PLANIFICATION HOSPITALIERE

DU CANTON DE FRIBOURG

Fribourg, le 31 mars 2008

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 5

2 DONNEES GENERALES RELATIVES AU CANTON DE FRIBOURG 7

2.1 Territoire 7

2.2 Population 8

2.3 Santé de la population 10

2.4 Primes d'assurance-maladie et dépenses de santé 13

3 FONDEMENT DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE 17

3.1 Bases légales 17

3.2 Nature et portée juridique de la planification hospitalière 18

3.3 Méthodologie préconisée 22

3.4 Compétences au niveau cantonal 24

4 HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE FRIBOURGEOISE 26

5 PLANIFICATION HOSPITALIERE 2008 31

5.1 Définitions 31

5.2 Objectifs et critères de la planification hospitalière 33

5.2.1 Garantie de la qualité des soins 34

5.2.2 Dépassement des limites administratives 34

5.2.3 Amélioration du taux de prise en charge intracantonale 35

5.2.4 Maintien des soins de base et de proximité au sein des hôpitaux publics 35

5.2.5 Utilisation rationnelle des ressources 36

5.2.6 Diminution des durées de séjour 36

5.2.7 Application des principes de planification aux cliniques privées 36

5.2.8 Réduction du recours à une prise en charge stationnaire en soins psychiatriques 37

5.2.9 Formation du personnel 38

5.2.10 Différenciation des niveaux de prise en charge 38

5.3 Détermination des besoins en soins hospitaliers stationnaires 39

5.3.1 Evolution démographique 39
5.3.2 Recours aux hospitalisations 48

5.4 Planification des soins somatiques aigus 48
5.4.1 Besoins en lits 48
5.4.2 Evaluation de l'offre et de la prise en charge intracantonale 57
5.4.2.1 Infrastructures et équipements 58
5.4.2.2 Champ d'activité et étendue des prestations 59
5.4.2.3 Lourdeur moyenne des cas 59
5.4.2.4 Types de prise en charge 60
5.4.2.5 Force d'attraction (provenance et destination des patients) 65
5.4.2.6 Personnel 67
5.4.2.7 Lieu de formation 69
5.4.2.8 Données financières 70
5.4.2.9 Garantie des capacités à court terme et pérennité de la prise en charge 77
5.4.2.10 Lien entre l'activité stationnaire et de semi-hospitalisation 77
5.4.3 Evaluation de l'offre et de la prise en charge extracantonale 78
5.4.3.1 Champ d'activité et étendue des prestations 79
5.4.3.2 Lourdeur moyenne des cas 79
5.4.3.3 Types de prise en charge 80
5.4.4 Analyse détaillée des besoins, de l'offre et attribution des mandats de prestations 83
5.4.4.1 Généralités 83
5.4.4.2 Salles d'opération 85
5.4.4.3 Interventions chirurgicales au RHF-Meyriez 88
5.4.4.4 Analyses et prévisions détaillées par discipline 91
5.4.4.5 Autres prestations 158
5.4.5 Mandats de prestations 160
5.4.6 Attribution des capacités pour répondre aux mandats de prestations 162
5.4.7 Planification de la prise en charge des urgences stationnaires 167
5.4.7.1 Définitions 167
5.4.7.2 Evaluation des besoins et de l'offre disponible 168
5.4.7.3 Mandat de prestations 175

5.5 Planification des soins de réadaptation 175
5.5.1 Besoins en lits 175
5.5.2 Evaluation de l'offre et de la prise en charge intracantonale 179
5.5.2.1 Infrastructures et équipements 179

5.5.2.2 Personnel 180
5.5.2.3 Champ d'activité et étendue des prestations 180
5.5.2.4 Types de prise en charge 181
5.5.2.5 Force d'attraction (provenance et destination des patients) 184
5.5.2.6 Données financières 186
5.5.2.7 Garantie des capacités à court terme et pérennité de la prise en charge 188
5.5.3 Evaluation de l'offre et de la prise en charge extracantonale 189
5.5.3.1 Champ d'activité et étendue des prestations 189
5.5.3.2 Types de prise en charge 189
5.5.4 Analyse détaillée des besoins, de l'offre et attribution des mandats de prestations 193
5.5.5 Mandats de prestations 201
5.5.6 Attribution des capacités pour répondre aux mandats de prestations 201
5.6 Planification des soins psychiatriques *203*
5.6.1 Besoins en lits 203
5.6.2 Evaluation de l'offre et de la prise en charge intracantonale 206
5.6.2.1 Infrastructures et équipements 206
5.6.2.2 Champ d'activité et étendue des prestations 207
5.6.2.3 Types de prise en charge 207
5.6.2.4 Force d'attraction (provenance et destination des patients) 209
5.6.2.5 Personnel 211
5.6.2.6 Lieu de formation 212
5.6.2.7 Données financières 213
5.6.2.8 Garantie des capacités à court terme et pérennité de la prise en charge 215
5.6.3 Evaluation de l'offre et de la prise en charge extracantonale 215
5.6.3.1 Champ d'activité et étendue des prestations 215
5.6.3.2 Types de prise en charge 216
5.6.4 Analyse détaillée des besoins, de l'offre et attribution des mandats de prestations 219
5.6.5 Mandats de prestations 222
5.6.6 Attribution des capacités pour répondre aux mandats de prestations 223
5.7 Liste des hôpitaux du canton de Fribourg *225*
6 CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE **226**
7 REVISON DE LA LOI FEDERALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE **227**

8 CONCLUSIONS **230**

9 ANNEXES **233**

1 INTRODUCTION

Le présent rapport de planification a pour but de déterminer les besoins en soins dans le domaine hospitalier compte tenu de l'évolution démographique et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique afin de garantir des soins appropriés de qualité. Pour ce faire, il s'appuie sur un éventail de données vaste et varié pour présenter la situation de la prise en charge hospitalière fribourgeoise de la manière la plus complète et la plus transparente possible.

La plupart des tableaux et illustrations graphiques ont volontairement été intégrés directement dans le corps du texte et non relégués en fin de document en annexe pour éviter au lecteur un aller-retour fastidieux.

La présente analyse se fonde plus particulièrement sur les informations de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS) 2002 à 2006, de la statistique administrative OFS 2005 et 2006 et de la comptabilité analytique des hôpitaux 2001 à 2006. Il convient de préciser que l'estimation des besoins futurs se fonde sur les données de la statistique médicale 2005, qui représentent les dernières données complètes disponibles. L'année 2005 intègre en effet également les données relatives aux hospitalisations hors canton des patients fribourgeois, données qui doivent être prises en compte, selon la jurisprudence, pour que l'analyse soit exhaustive et conformes aux exigences légales. Les données de la statistique médicale 2006 ne sont pour l'instant disponibles que pour les hospitalisations réalisées dans les hôpitaux du canton de Fribourg (données intracantonales). Par ailleurs, les informations complémentaires fournies par certains établissements (RHF-Meyriez et Hôpital Daler) concernant les premiers mois, trimestres ou semestre 2007 ont également été analysées, sans néanmoins avoir été inscrites dans le présent rapport, puisqu'elles sont disponibles uniquement pour un nombre limité d'établissements et, en plus, pour des durées différentes.

La planification se réfère également aux informations issues des rapports annuels des établissements hospitaliers et à celles fournies directement par les hôpitaux.

D'autres données issues de publications fédérales officielles telles que l' « Evolution des coûts de l'assurance maladie OFSP 2005 » ou les « Résultats de la statistique médicale 2005 OFS » ont également été utilisées, notamment pour situer le canton de Fribourg dans le contexte national. Les données démographiques puisent leurs sources dans la publication de l'Office fédéral de la statistique de 2002 intitulée « Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060 » et celle de 2004 intitulée « L'évolution démographique des cantons de 2002 à 2040. Le Scénario tendance AR-00-2002 ». Ces données ont été réactualisées en novembre 2006 par le Service cantonal d'informations et de recherche statistique du canton de Vaud (SCRIS) en tenant compte

des dernières données disponibles en la matière. Les prévisions résultant de cette correction correspondent parfaitement aux nouvelles prévisions publiées par l'Office fédéral de la statistique au moins d'avril 2007.

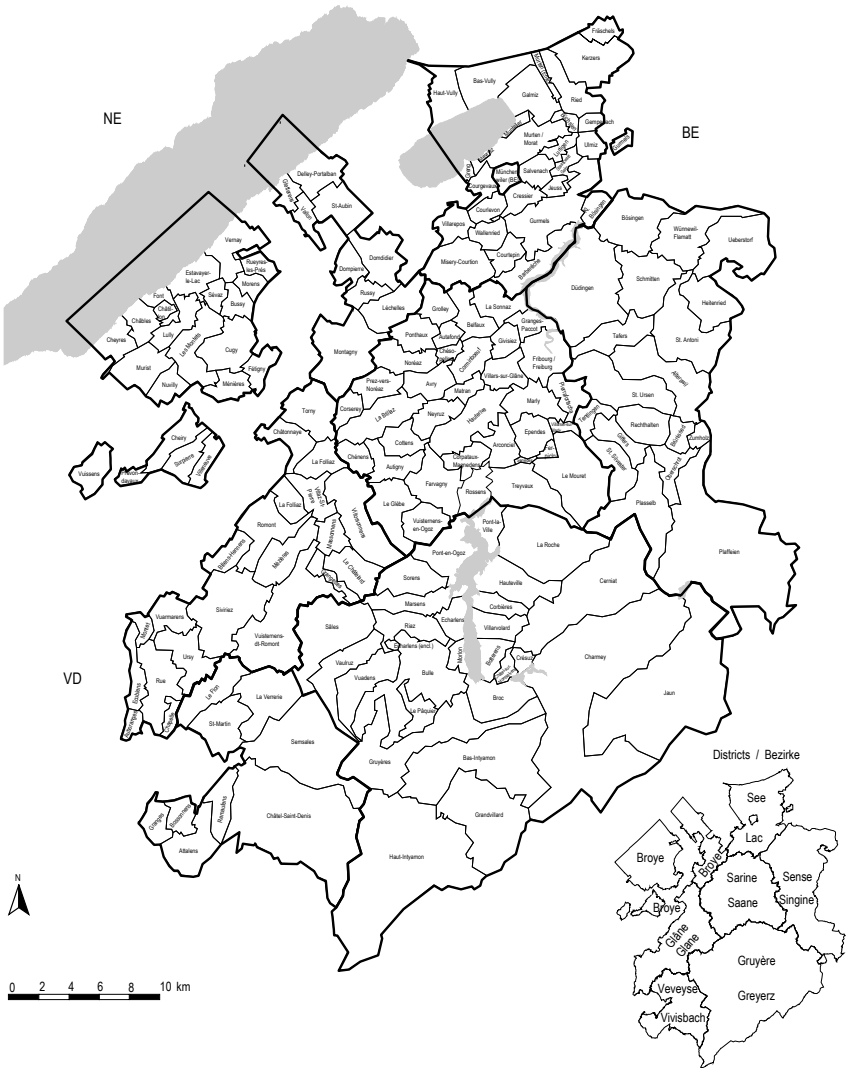
Enfin, diverses informations ont été tirées de l'Annuaire statistique du canton de Fribourg 2006 / 2007. Enfin, le présent rapport de planification hospitalière s'appuie également sur le Plan Directeur cantonal en matière d'aménagement du territoire et plus particulièrement sur le chapitre relatif aux hôpitaux (chap. 17).

Il convient également de mentionner, à titre préliminaire, que le présent rapport utilise toujours la dénomination de « Clinique Générale » et de Réseau hospitalier fribourgeois « RHF + site » (ex. RHF-Fribourg, RHF-Riaz, etc.) indépendamment de l'année concernée. En effet, même si ces dénominations ne sont effectives que depuis 2006 respectivement 2007, l'utilisation d'une dénomination unique facilite la lecture et la comparaison des données dans le temps. Quant à la nouvelle dénomination « hôpital fribourgeois » décidée récemment par le Conseil d'administration du Réseau hospitalier fribourgeois, celle-ci sera prise en compte pour la publication de la liste des hôpitaux.

2 DONNEES GENERALES RELATIVES AU CANTON DE FRIBOURG

2.1 Territoire

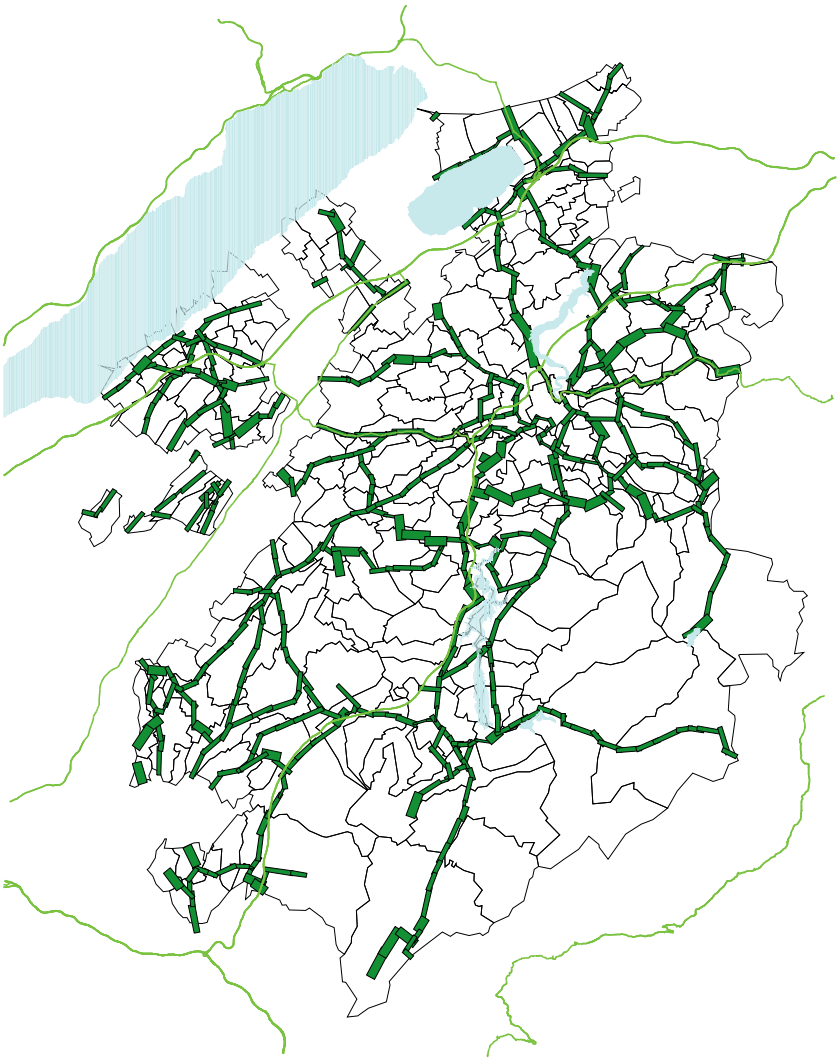
Le canton de Fribourg s'étend sur une superficie de 167'078 hectares, soit 4% du territoire national[1]. Il partage ses frontières avec les cantons de Berne sur une distance de 131.1 kilomètres (district de la Singine : 66 kilomètres, du Lac : 50.9 kilomètres, de la Gruyère : 14.2 kilomètres), de Vaud sur 301.4 kilomètres (district de la Broye : 148.9 kilomètres, de la Glâne : 49.5 kilomètres, de la Veveyse : 45 kilomètres, de la Gruyère : 33.6 kilomètres et du Lac : 24.4 kilomètres) et de Neuchâtel sur 13 kilomètres (district de la Broye : 13 kilomètres)[2].



[1] Annuaire statistique du canton de Fribourg Stat-FR 2006 / 2007, p. 67

[2] Annuaire statistique du canton de Fribourg Stat-FR 2006 / 2007, p. 69

Le réseau routier est bien développé avec au total 84 kilomètres de routes nationales, 641 kilomètres de routes cantonales et 2'736 kilomètres de routes communales[3]. Le réseau ferroviaire compte 240 kilomètres de voies[4].



Compte tenu de la topographie du canton de Fribourg et des voies de communication existantes, on peut affirmer que, pour la population, il n'existe pas d'obstacles géographiques majeurs à l'accès aux soins hospitaliers.

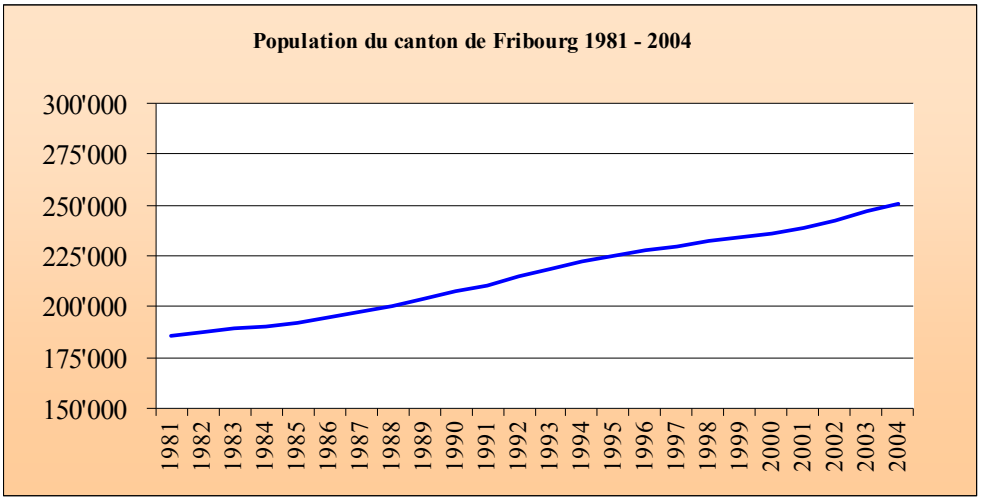
2.2 Population

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, la population fribourgeoise croît à un rythme soutenu

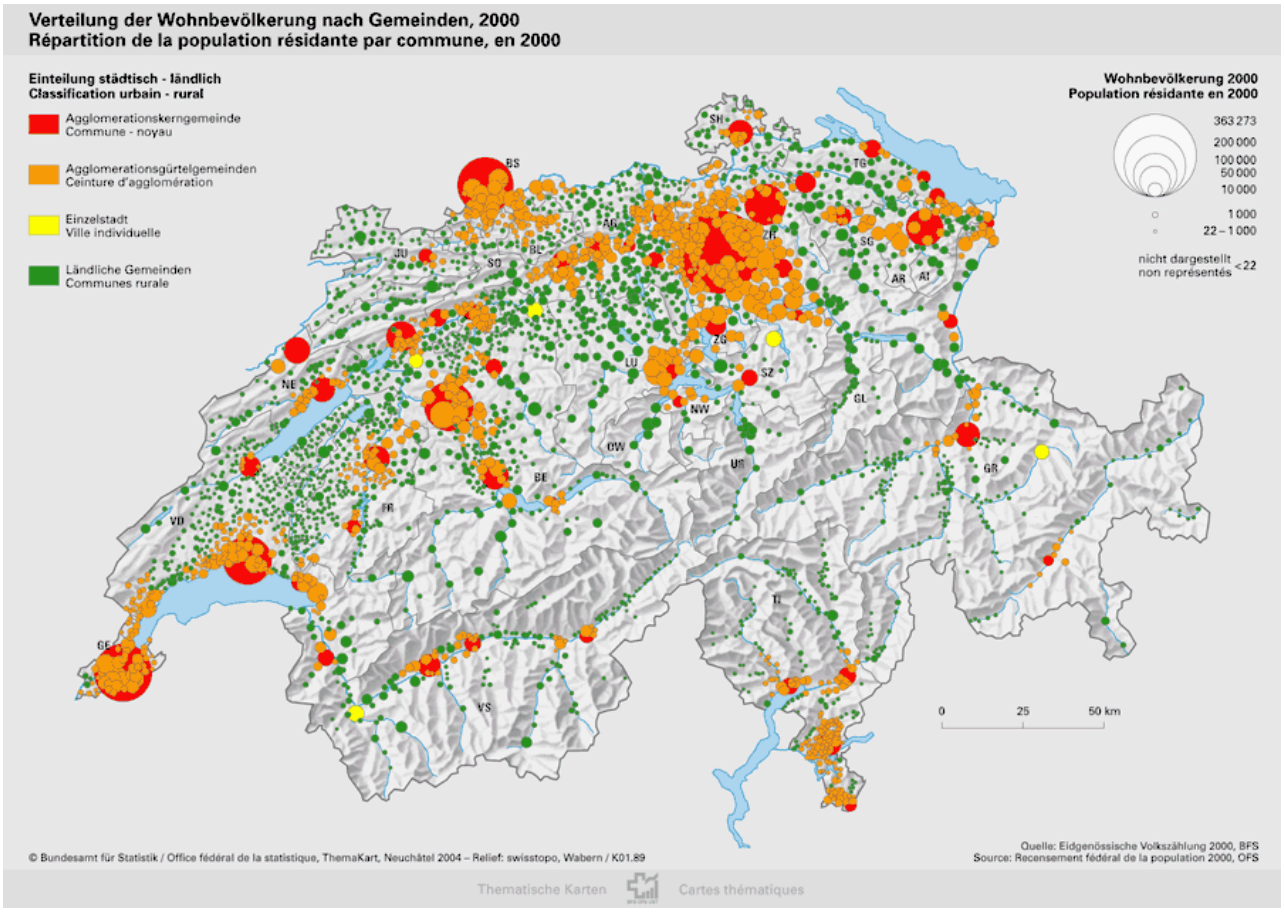
[3] Annuaire statistique du canton de Fribourg Stat-FR 2006 / 2007, p. 258

[4] Annuaire statistique du canton de Fribourg Stat-FR 2006 / 2007, p. 265

depuis 1981. En vingt-trois ans, elle est ainsi passée de 186'000 habitants à environ 250'000, ce qui représente une augmentation de 64'000 habitants ou un taux de croissance de près de 35%.

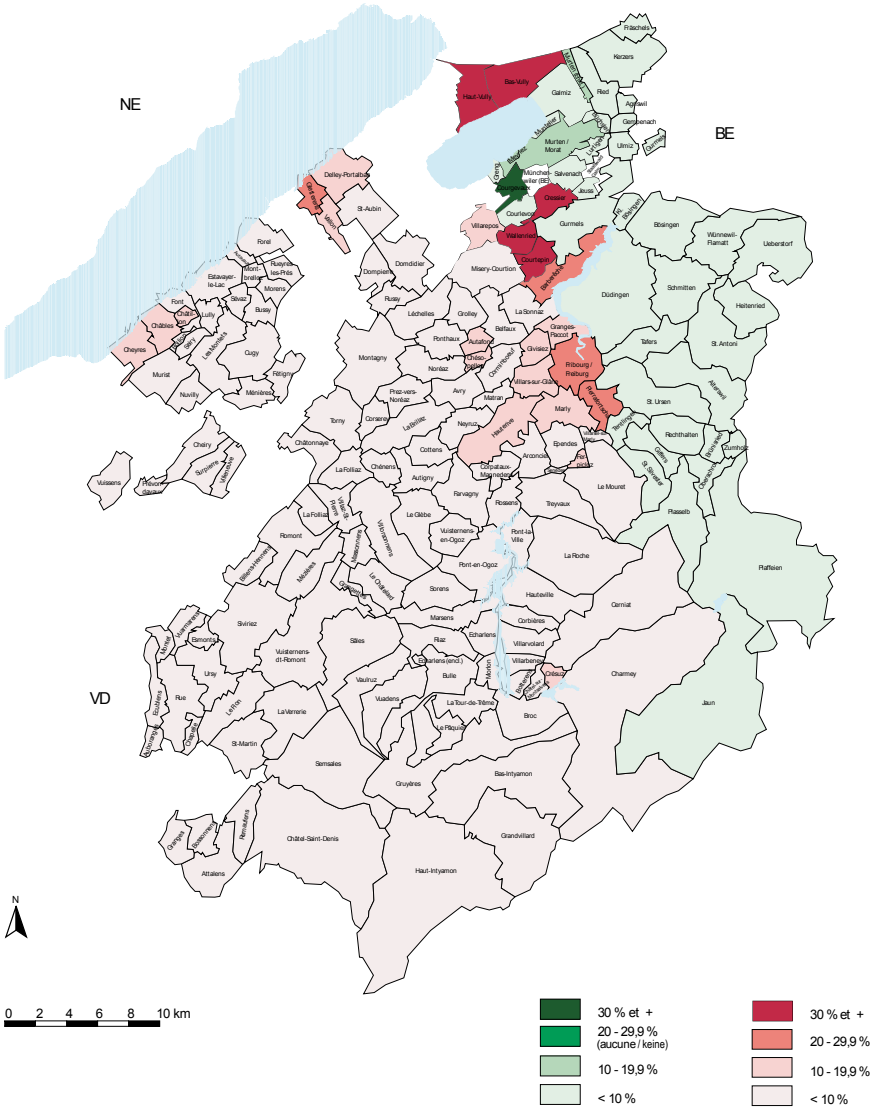


La majorité de la population se concentre dans les principales communes urbaines. La carte ci-dessous présente la répartition de la population résidente par commune en Suisse en 2000.



Par ailleurs, Fribourg est un canton bilingue à la frontière entre la Suisse romande et la Suisse

alémanique. Comme l'illustre la carte ci-après, les communes du « Sud-ouest » sont majoritairement francophones (dégradé de couleur rouge-gris) tandis que les commune du « Nord-est » sont majoritairement germanophones (dégradé de couleur verte). La proportion de population avec une appartenance à l'autre langue officielle du canton varie selon les communes[5].

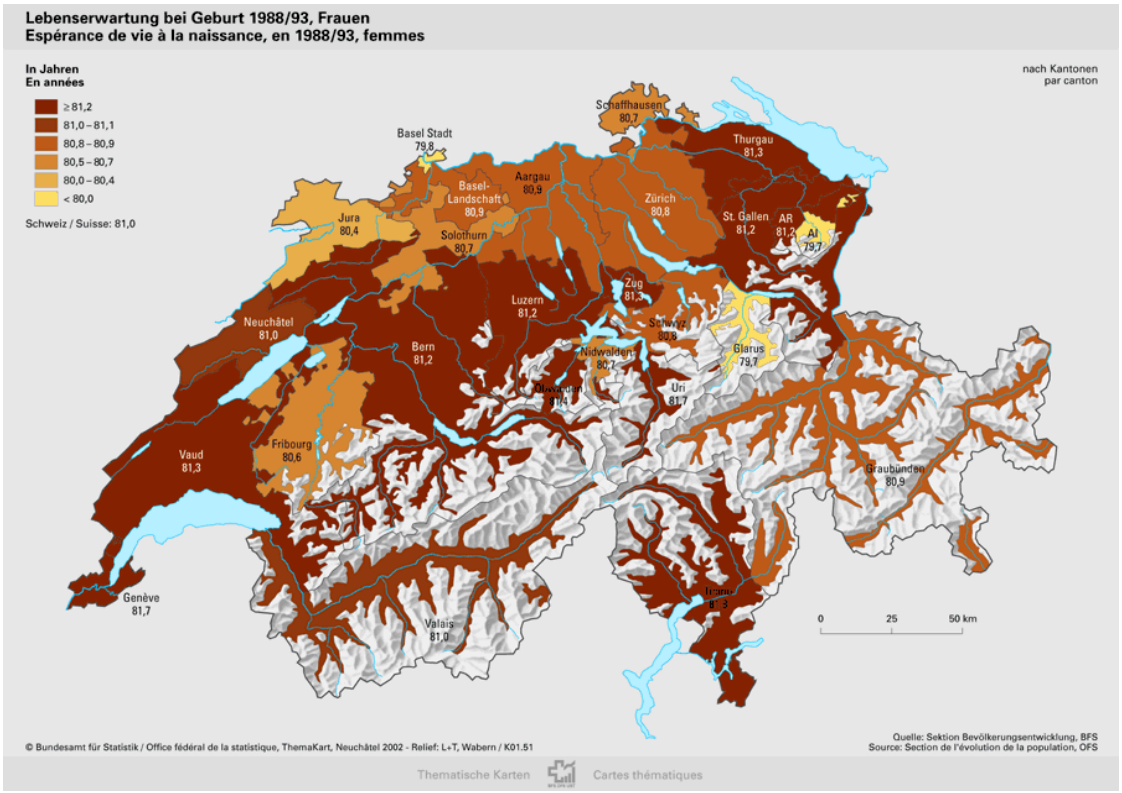


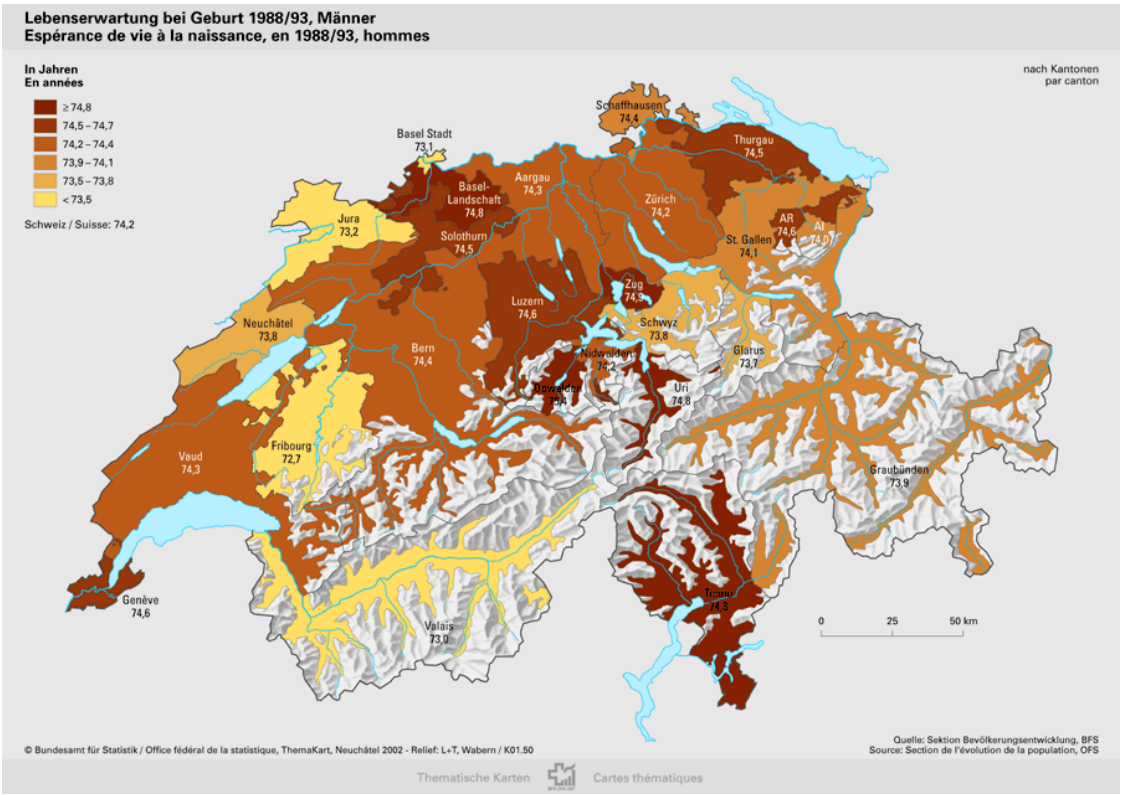
2.3 Santé de la population

A l'instar des autres pays membres de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), l'espérance de vie à la naissance a augmenté depuis 1960 en Suisse de près d'une dizaine d'années. En 1993, comme le montre la représentation ci-dessous, elle se situait à 74.2 ans en moyenne nationale pour les hommes et à 81 ans pour les femmes. A cette même période, dans le

[5] Annuaire statistique du canton de Fribourg Stat-FR 2006 / 2007, p.67

canton de Fribourg elle se situait à 72.7 ans pour les hommes et 80.6 ans pour les femmes, soit légèrement en dessous de la moyenne suisse.

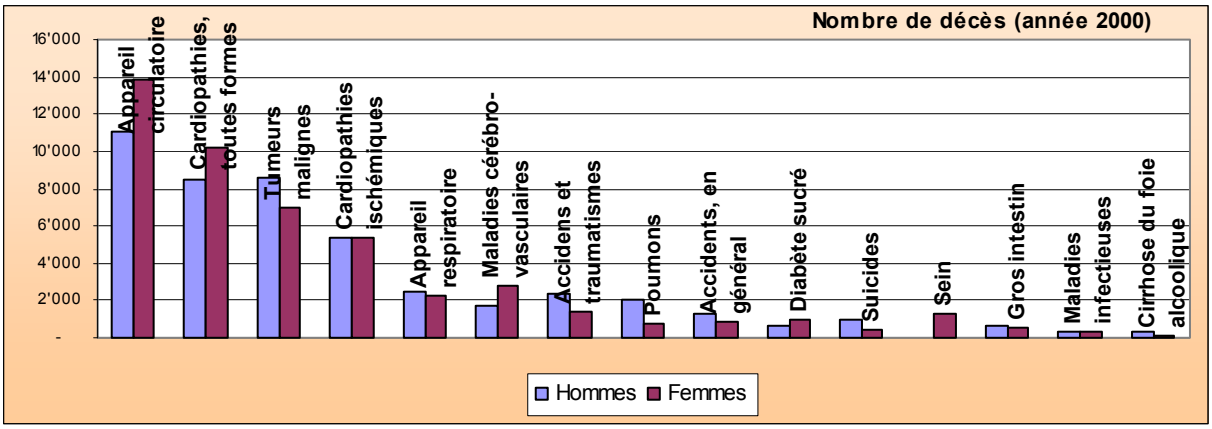




En 2005, l'espérance de vie moyenne à la naissance en Suisse est de 78.7 ans pour les hommes et de 83.9 pour les femmes.

Selon le dernier rapport de l'OFS concernant la statistique des causes de décès [6], le recul général de la mortalité se poursuit. Entre 1990 et 2002, le taux de mortalité standardisé par âge en Suisse est passé de 940 à 700 pour 100'000 habitants chez les hommes, et de 530 à 440 pour 100'000 habitants chez les femmes.

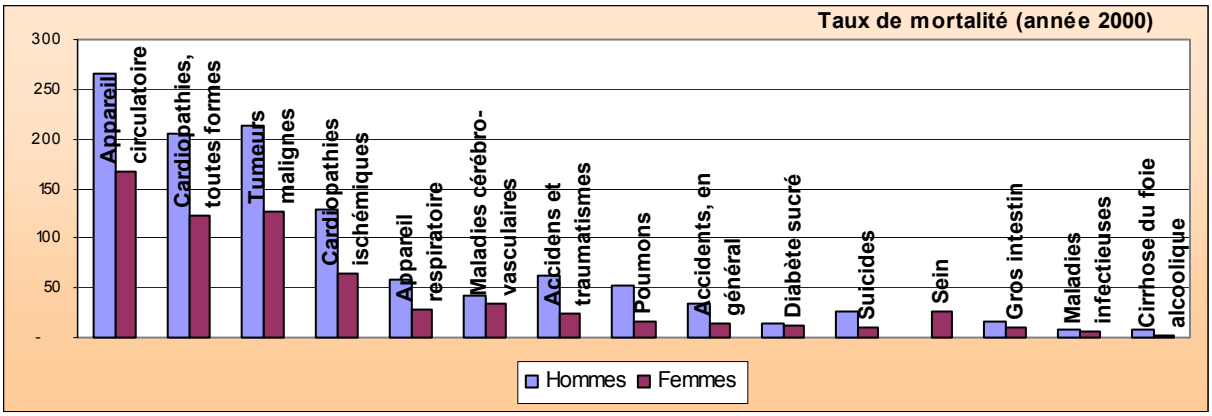
La grande majorité des décès se répartit entre quelques groupes de maladies : les maladies cardiovasculaires représentent les causes de décès les plus fréquentes chez les hommes comme chez les femmes (40% des décès). Les tumeurs malignes arrivent en deuxième position chez l'un et l'autre sexe (26%), devant les maladies de l'appareil respiratoire (7%) et les causes externes (accidents, suicides) (6%).



Source : Office fédéral de la statistique

Le taux de mortalité des hommes est nettement plus élevé que celui des femmes. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à être victimes d'un infarctus, d'un cancer de la trachée, des poumons ou des bronches ou à décéder des suites d'un accident de la circulation ou d'un suicide.

[6] Statistique des causes de décès, Causes de mortalité en 2001 et 2002, OFS.

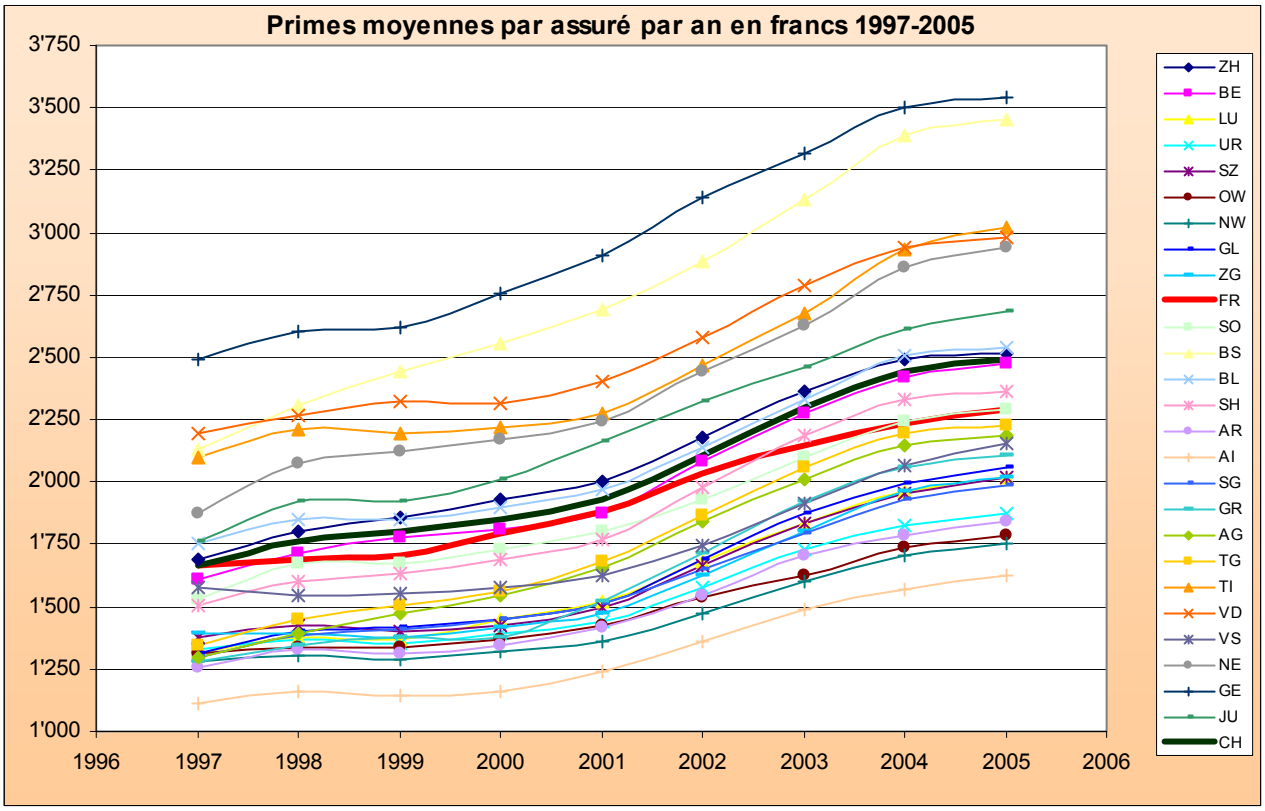


Source : Office fédéral de la statistique

Le taux de mortalité augmente évidemment avec l'âge. Les causes de décès varient elles aussi fortement selon l'âge auquel le décès survient. Chez les nourrissons, les enfants et les jeunes adultes, ce sont les maladies congénitales qui dominent dans un premier temps, puis les causes externes (décès accidentels ou suicides) leur succèdent. Chez les personnes d'âge moyen, les tumeurs malignes sont la cause la plus fréquente de décès. Les maladies cardiovasculaires viennent au premier rang chez les personnes plus âgées.

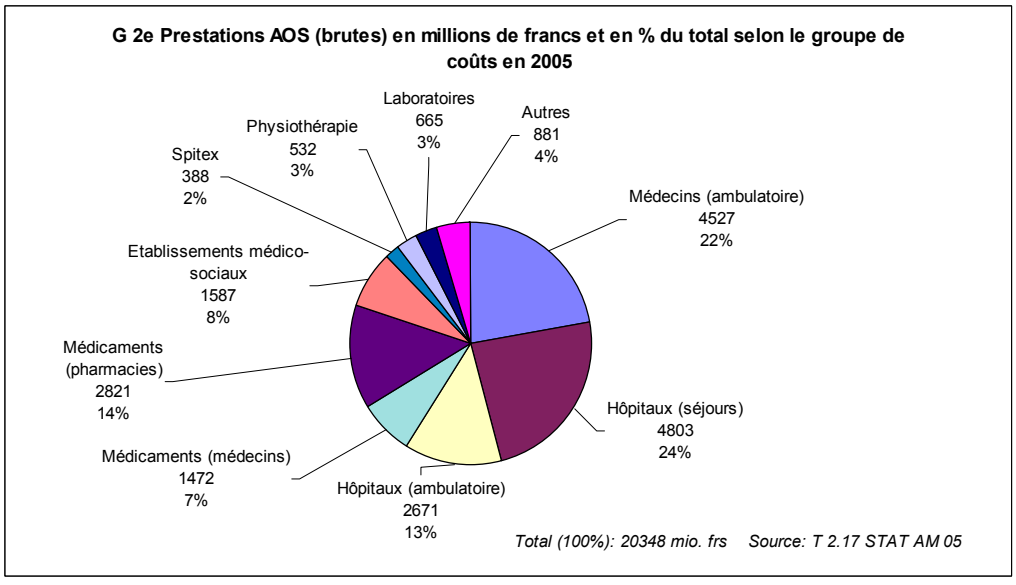
2.4 Primes d'assurance-maladie et dépenses de santé

Depuis 1996, l'évolution des primes de l'assurance obligatoire des soins dans le canton de Fribourg a progressé de manière analogue à celle des autres cantons. La prime cantonale moyenne se situe néanmoins en dessous de la moyenne nationale comme le montre le graphique ci-après.



Source : Office fédéral de la santé publique

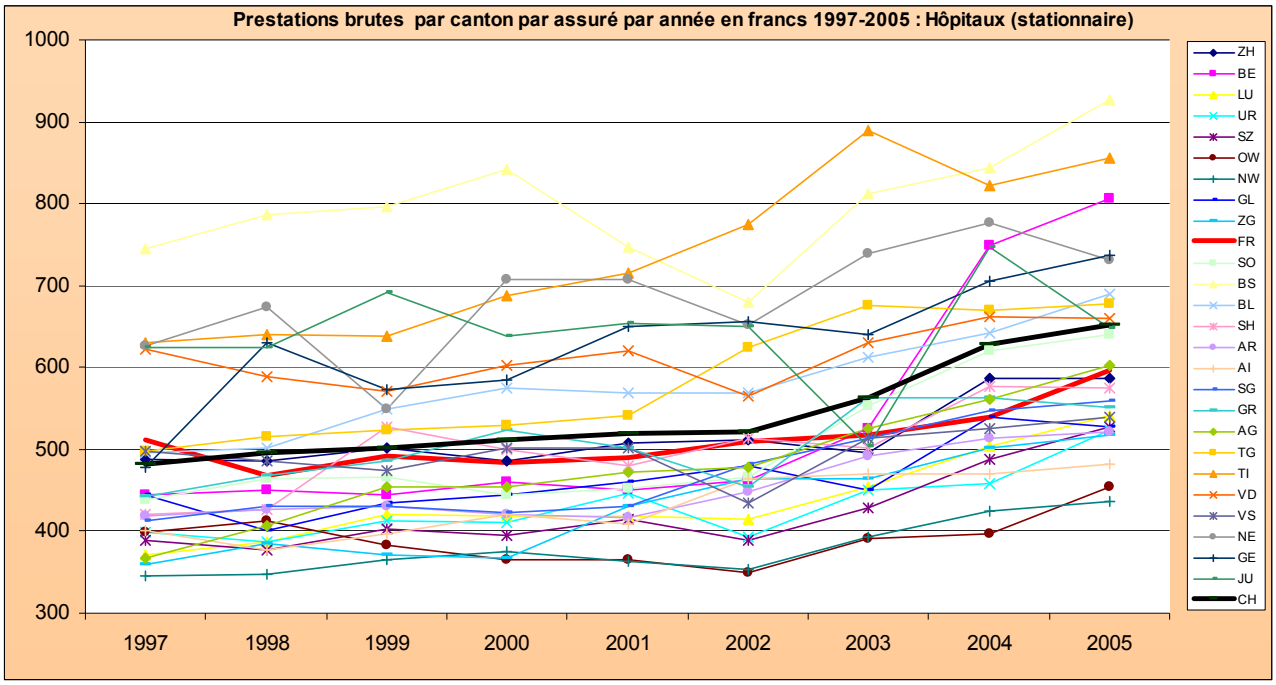
Comme l'illustre le graphique ci-dessous, les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance obligatoire des soins représentaient, en 2005 en Suisse, 37 % des dépenses totales, dont près d'un quart (24%) concernant le secteur hospitalier stationnaire.



Source : Office fédéral de la santé publique / données : santésuisse

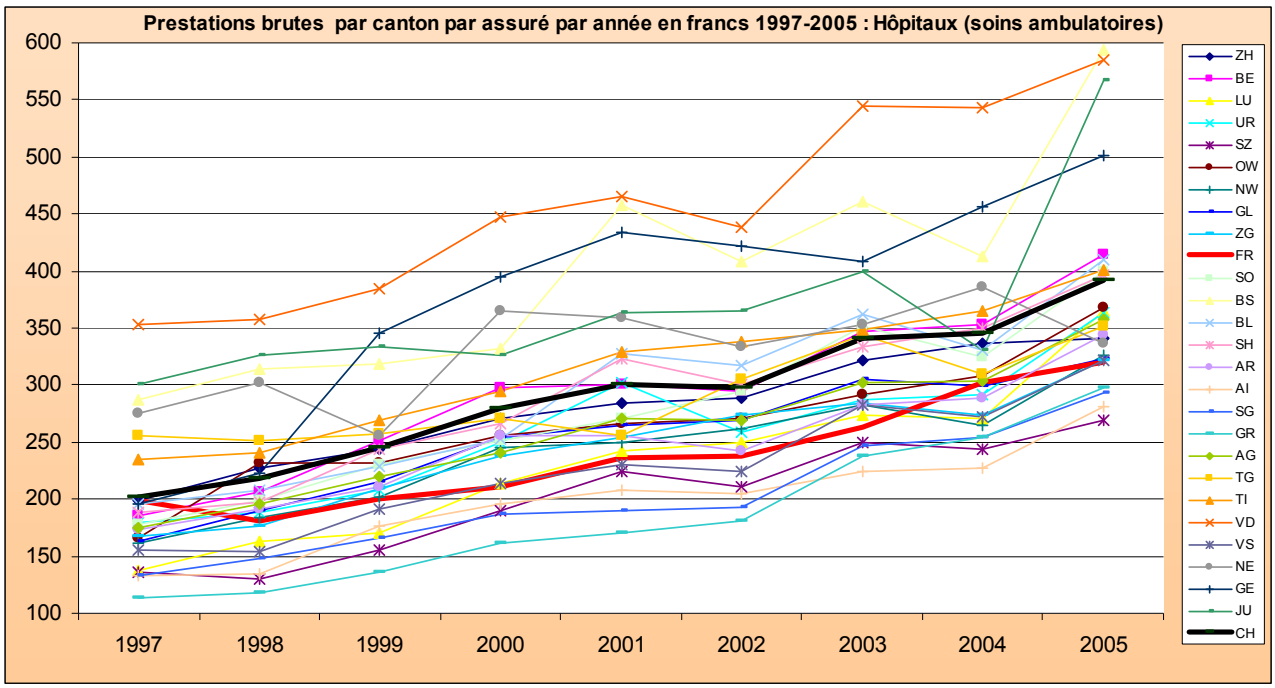
Dans le canton de Fribourg les proportions sont sensiblement les mêmes avec, en ce qui concerne les prestations hospitalières, environ 23% des coûts pour le secteur stationnaire (séjours) et 13% pour le secteur ambulatoire.

Néanmoins, si on observe l'évolution des prestations brutes annuelles par assuré (en francs) pour les prestations hospitalières stationnaires entre 1997-2005, on constate que celles-ci ont augmenté de manière moins importante qu'en moyenne nationale. Ce qui est illustré par le graphique ci-dessous :



Source : Office fédéral de la santé publique / données : santésuisse

Cette tendance se confirme également dans le secteur hospitalier ambulatoire :



Source : Office fédéral de la santé publique / données : santésuisse

On constate que, tandis que les prestations de l'activité stationnaire ont augmenté d'environ +16% dans le canton de Fribourg entre 1997 et 2005 (CH : +35%), les prestations de l'activité ambulatoires ont progressé de l'ordre de +61% (CH : +95%). Cet écart est le signe d'une modification dans le mode de prise en charge des patients avec un transfert du secteur stationnaire vers le secteur semi-hospitalier consécutif aux progrès médicaux et à l'augmentation notamment des interventions laparoscopiques et artroscopiques.

3 FONDEMENT DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE

La planification hospitalière qui concerne exclusivement la prise en charge des soins en milieu hospitalier s'inscrit dans un contexte plus large de planification sanitaire en général.

Cette planification sanitaire s'axe autour de 6 volets spécifiques : le plan cantonal de promotion de la santé et prévention, la planification des soins ambulatoires, la planification des organisations de soins et de l'aide à domicile, la planification des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, le plan cantonal de soins en santé mentale et la planification hospitalière.

La planification sanitaire cantonale a pour buts, sur la base d'une évaluation de la santé de la population, de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité. Le présent rapport de planification, bien qu'il ne concerne qu'un aspect spécifique de la prise en charge sanitaire, poursuit également ces buts.

3.1 Bases légales

La planification hospitalière se fonde sur la loi cantonale sur la santé et les législations cantonales spécifiques concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) et l'organisation des soins en santé mentale (LSM), mais avant tout sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un hôpital doit remplir les conditions de prestations de services et d'infrastructures prescrites à l'art. 39 al. 1 let. a à c LAMal. Selon cette disposition :

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

a. garantissent une assistance médicale suffisante;

b. disposent du personnel qualifié nécessaire;

c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments; »

De plus, il faut également que ces établissements :

« *d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, cette planification devant prendre en considération*

les organismes privés de manière adéquate ;

e. figurent sur une liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. »

3.2 Nature et portée juridique de la planification hospitalière

Le but de la planification est de couvrir les besoins de la population à des coûts supportables et sans surcapacités. Plus précisément, il s'agit d'établir une coordination entre les fournisseurs de prestations, d'optimiser l'utilisation des ressources et d'infléchir les coûts[7].

Le champ d'application de la planification hospitalière selon l'article 39 LAMal s'étend aux séjours hospitaliers stationnaires LAMal de la division commune, semi-privée et privée. Ceci appelle les précisions suivantes :

a. Séjours stationnaires uniquement

Seuls sont soumis à l'obligation de planification par les cantons les séjours hospitaliers stationnaires[8]. La planification au sens de l'article 39 LAMal ne concerne donc pas les traitements ambulatoires ou les traitements semi-hospitaliers (hospitalisations d'un jour).

b. Séjours LAMal uniquement

Par ailleurs, l'obligation de planification selon la LAMal se limite exclusivement aux cas soumis à cette législation[9]. Elle ne couvre donc pas les activités soumises à d'autres législations telles que par

---

[7] Décision du Conseil fédéral du 13 avril 2005 concernant le nombre de lits planifiés pour AndreasKlinik AG à Cham dans liste hospitalière du canton de Zoug : *„Gemäss Praxis des Bundesrates sind Spitalplanungen und Spitallisten nötigenfalls an die neuen Verhältnisse und namentlich an den neuen Bedarf anzupassen. Die Spitalplanung und die Spitalliste sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken. Für den Bundesrat handelt es sich dabei um besonders gewichtige öffentliche Interssen, welche eine regelmässige Überprüfung der Spitalplanung der Spitalplanung und Spitallisten erfordern."* (considérant 3.2)

[8] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 concernant la liste hospitalière du canton de Fribourg : „*Le devoir des cantons de procéder à une planification hospitalière et de constituer une liste hospitalière ne concerne que les prestations stationnaires des hôpitaux"* (considérant 5.7.5)

[9] Décision du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 concernant la liste hospitalière du canton des Grisons : *„Die Planungspflicht der Kantone im Bereich der Spitalversorgung gestützt auf Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG erstreckt sich damit lediglich auf diesen Bereich, welcher nachfolgend KVG-Leistungsbereich genannt wird. Von der Planungspflicht ausgenommen sind damit jene stationär durchgeführten Behandlungen und Massnahmen, für welche keine Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG-Leistungen) erbracht werden. Dies betrifft insbeson-*

exemple les séjours hospitaliers relevant de la loi fédérale sur l'assurance accident, de la loi fédérale sur l'assurance invalidité ou de la loi fédérale sur l'assurance militaire. Elle ne concerne pas non plus les traitements financés exclusivement par les patients eux-mêmes ou exclusivement pas une assurance en vertu exclusivement de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Par conséquent, les contraintes engendrées par la liste hospitalière telles que la limitation des capacités ou l'obligation de garantir la fourniture des prestations mentionnées, ne peuvent donc s'appliquer qu'aux séjours hospitaliers stationnaires soumis à l'assurance maladie obligatoire.

Si le canton souhaite néanmoins établir des prévisions pour l'ensemble des traitements hospitaliers stationnaires, ce qui est admis, les prestations LAMal doivent, selon la jurisprudence, être clairement distinguées.

Etant donné que du point de vue du droit cantonal la planification n'est pas aussi limitative et qu'il importe de prévoir les capacités et les prestations pour l'ensemble de la population quelque soit le garant financier de la prestation (assurance-maladie, accident, invalidité, militaire, autopayeur), les besoins en soins dans leur intégralité ont également été analysés.

c. Séjours concernant toutes les divisions hospitalières (commune, semi-privée, privée)

Selon la jurisprudence, les cantons doivent établir une planification qui concerne aussi bien la division commune que la division semi-privée et privée[10] . En effet, en vertu du principe de

---

dere Unfälle, für welche eine obligatorische oder private Unfallversicherung aufkommt (sogenannte subsidiäre Deckung des KVG für Unfallkosten; vgl. KVG-Botschaft, BBI 1992 93, S. 141).“ (considérant 5.2.5.1)

„*Die Planungspflicht ist damit in sachlicher und personeller Hinsicht begrenzt. Sie umfasst lediglich jenen Bereich, in dem an Personen (die der Versicherungspflicht nach KVG unterstehen) Leistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung erbracht werden. Zwar ist es den Kantonen nicht verwehrt, auch ausserhalb dieses KVG-Leistungsbereichs Angebot und Bedarf an stationär-medizinischen Leistungen – beispielsweise Unfälle, für welche die Unfallversicherung aufkommt oder Personen, die nicht der KVG-Versicherungspflicht unterstehen – zu ermitteln. Demgegenüber besteht ausschliesslich für den KVG-Leistungsbereich eine gesetzliche Grundlage, Angebot und Nachfrage mittels hoheitlichen Planungsmassnahmen wie Zulassung von Spitälern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Erteilung von Leistungsaufträgen und Zuweisung von Kapazitäten bedarfsgerecht zu steuern. Daraus folgt, dass die Kantone verpflichtet sind, sich entweder auf die Ermittlung und Planung im KVG- Leistungsbereich zu beschränken. Beabsichtigen sie, Angebot und Bedarf darüber hinausgehend zu ermitteln, müssen sie den KVG-Leistungsbereich getrennt erfassen.“* (considérant 5.2.5.2)

[10] Décision du Conseil fédéral du 13 avril 2005 concernant le nombre de lits planifiés pour AndreasKlinik AG à Cham dans liste hospitalière du canton de Zoug : *„Gemäss Rechtsprechung des Bundesrates (RKUV 6/1998 521 ff. E. 3.2.2) müssen die Kantone sowohl für die allgemeinen Abteilung wie auch für die Halbprivat- und Privatabteilungen der Spi-*

l'obligation d'assurance maladie, les patients qui suivent un traitement en division privée ou en division semi-privée ont droit à une contribution de base de l'assurance obligatoire des soins, la prise en charge des frais n'étant pas limitée aux seuls assurés traités en division commune[11].

d. Conséquences pour les établissements

Par conséquent, les établissements ont l'obligation de fournir les prestations qui leur sont octroyées par la liste des hôpitaux (mandat de prestations) et de garantir les capacités en lits prévues par la liste. Ces capacités ne peuvent être dépassées sous peine de créer des surcapacités. Le nombre de lits prévus pour chaque établissement ne se limite pas qu'aux patients au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins (division « commune »), mais également aux patients au bénéfice d'une assurance complémentaire (division semi-privée et privée). Ainsi, par leur prise en compte dans la planification hospitalière et leur inscription sur la liste, les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, ont l'obligation d'accepter tous les patients même sans couverture d'assurance complémentaire pour les prestations prévues.

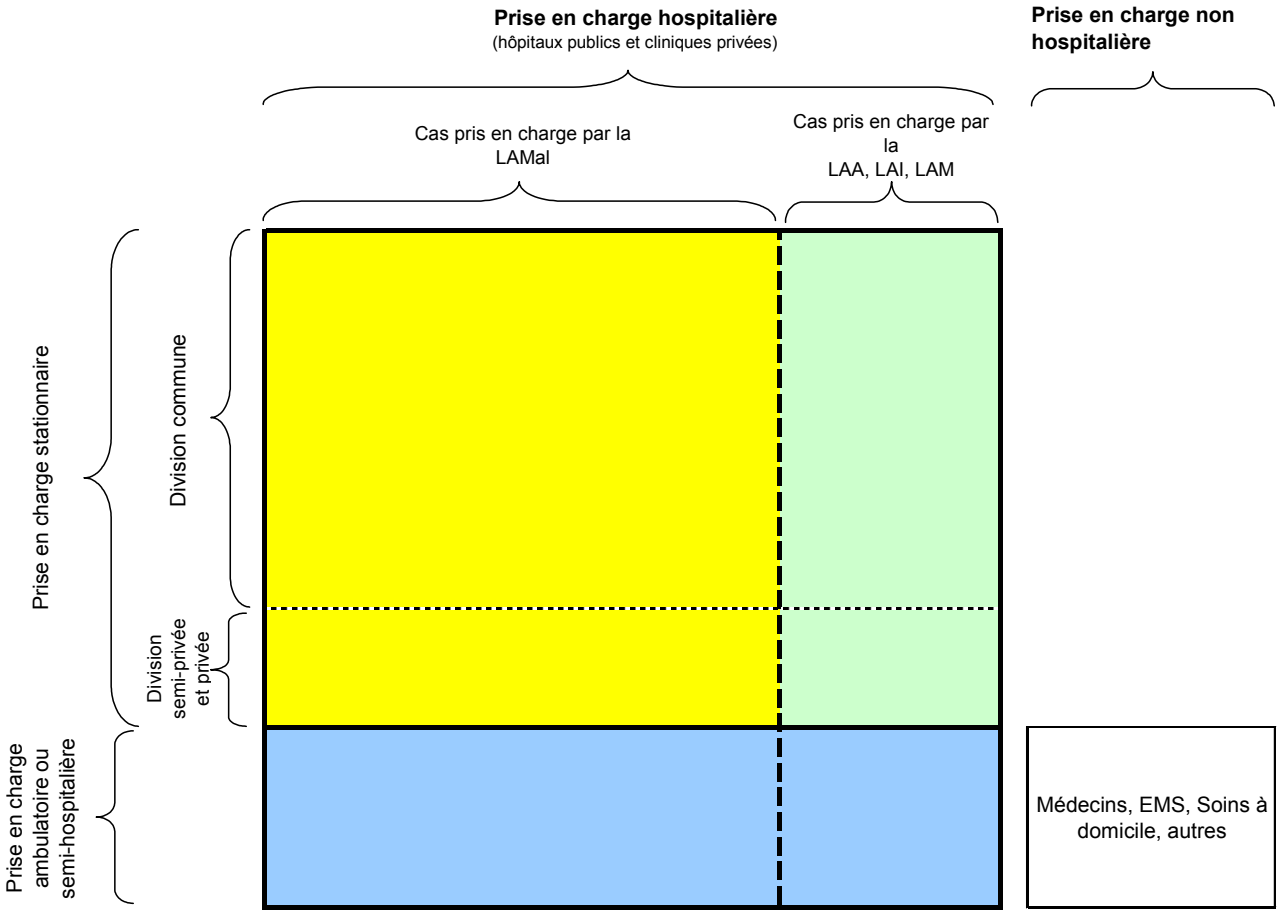
Ces obligations ne concernent cependant que l'activité stationnaire et non l'activité ambulatoire ou semi-hospitalière. Par ailleurs, elles sont limitées aux prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire et ne concernent pas les autres domaines tels que l'assurance-accident, l'assurance invalidité ou l'assurance invalidité, ni les patients payant eux-mêmes les prestations.

---

täler eine Spitalplanung im Sinne von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG durchführen. Dies bedeutet namentlich, dass das Angebot und der Bedarf für alle Versicherungsklassen gesamthaft zu ermitteln sind. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums können nämlich nicht nur Patientinnen und Patienten, die sich in der allgemeinen Abteilung behandeln lassen, sondern auch solche, welche die Halbprivat- und Privatabteilung beanspruchen, einen Sockelbeitrag aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen. Das Angebot und der Bedarf an denjenigen Leistungen der privaten und halbprivaten Abteilungen, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden, sind folglich ebenfalls zu ermitteln." (considérant 4.1)

[11] Décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 concernant la liste hospitalière du canton de Fribourg : „*Le Conseil fédéral considère que en effet que le législateur a voulu définir à l'aide de la notion de division commune l'étendue des prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins ; ce faisant il n'a ni créé un type de division séparée dans l'espace, ni institué une catégorie particulière de patients. La notion de division commune se rapporte donc à l'étendue des prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire lors d'un traitement stationnaire. Par « division commune », on entend l'ensemble des prestations qui donne droit aux assurés sous le régime de la LAMal à une prise en charge complète de leurs frais par l'assurance-maladie (art. 41, 1er et 2e al., art. 44, 1er al. et art. 49, 4e al. LAMal)"* (considérant 2.4)

Le champ d'application de la planification hospitalière selon l'article 39 LAMal peut être illustré selon le schéma ci-dessous et concerne le périmètre de couleur jaune.



Périmètre de la planification hospitalière selon l'article 39 LAMal : **lits LAMal** (= Lits LAMal division commune + Lits LAMal divisions semi-privée et privée).

Périmètre non soumis à la planification hospitalière selon art. 39 LAMal : Lits LAA/AI/AM (Lits LAA/AI/AM division commune + Lits LAA/AI/AM divisions semi-privée et privée).

Lits "totaux" = Lits LAMal + Lits LAA/AI/AM.

Périmètre non soumis à la planification hospitalière selon art. 39 LAMal : ambulatoire et semi-hospitalisation.

Périmètre non soumis à la planification hospitalière selon art. 39 LAMal : prise en charge non hospitalière.

Abbréviations :

LAMal :	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LAA :	Loi fédérale sur l'assurance accident
LAI :	Loi fédérale sur l'assurance invalidité
LAM :	Loi fédérale sur l'assurance militaire

3.3 Méthodologie préconisée

La loi fédérale sur l'assurance-maladie ne spécifie pas la manière dont le canton doit établir la planification hospitalière. Néanmoins, selon la jurisprudence du Conseil fédéral en matière de recours contre la liste des hôpitaux, la planification hospitalière doit reposer sur une planification conforme aux besoins et comprendre les cinq étapes suivantes :

1. détermination des ***objectifs*** et des ***critères de planification***
2. détermination des ***besoins en lits***

Pour la détermination des besoins en lits, le Conseil fédéral admet en principe aussi bien la méthode analytique que la méthode normative. La méthode analytique présuppose qu'un pronostic suffisamment précis puisse être établi pour les paramètres relevants (nombre et durées des hospitalisations, taux d'occupation des lits et éventuellement d'autres facteurs). Si cela n'est pas possible, les besoins doivent être évalués de manière normative, c'est à dire au moyen de valeurs de référence. Dans de tels cas, le taux de lits par nombre d'habitants doit principalement être déduit de comparaisons intercantonales.

3. ***description*** et ***évaluation de l'offre*** disponible des établissements concernés

L'évaluation de l'offre doit se baser sur des critères objectifs, respectueux du principe de la transparence des coûts. Le choix entre plusieurs possibilités relève de l'appréciation du Conseil d'Etat. Le droit fédéral n'impose pas aux cantons de suivre une voie déterminée pour la planification hospitalière, mais leur laisse le choix entre différentes solutions, pour autant que les exigences susmentionnées soient remplies[12 et 13].

---

[12] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 concernant la liste hospitalière du canton de Fribourg : *„Pour attribuer les capacités, on procédera à l'évaluation de l'offre des fournisseurs de prestations aptes à garantir leur couverture. Cette évaluation doit se baser sur des critères objectifs, respectueux du principe de la transparence des coûts. Le choix des fournisseurs de prestations ne procédera pas seulement de critères purement économiques ; il tiendra compte d'autres critères importants tels que la disposition et la capacité du fournisseur de prestations à se lier par un tarif et à accepter de traiter des cas lourds. Seule une appréciation globale de l'offre satisfait au principe de l'égalité de traitement (RAMA 4/1997 p. 257ss, consid. 4). Le choix entre plusieurs possibilité relève de l'appréciation du Conseil d'Etat."* (considérant 4.1)

[13] Décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 concernant la liste hospitalière du canton de Fribourg : « *Tout comme le Tribunal fédéral, le Conseil fédéral reconnaît aux autorités inférieures une liberté d'appréciation dans l'application de*

4. ***attribution*** et garantie ***des capacités hospitalières*** nécessaires par l'***octroi de mandats de prestations*** aux établissements portés sur la liste hospitalière.

La législation fédérale laisse un large pouvoir d'appréciation aux cantons en matière de la planification hospitalière. Le canton doit néanmoins respecter les principes généraux du droit tels que la bonne foi, la proportionnalité, l'interdiction de l'arbitraire et le respect de l'égalité de traitement[14].

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les cantons peuvent tout à fait privilégier une solution intracantonale à une solution extracantonale pour garantir la couverture des besoins de la population dans un domaine spécifique[15 et 16].

---

notions juridiques indéterminées, en particulier lorsqu'il en va de l'appréciation de circonstances locales. Il tient compte de cette marge de manœuvre en examinant avec retenue les questions sur lesquelles ces autorités disposent de meilleures connaissances des circonstances locales, techniques ou personnelles (RAMA 3/1999, cons. 1.7.1 avec renvoi à la jurisprudence). » (considérant 1.4)

[14] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 concernant la liste hospitalière du canton de Fribourg : « *Exercer correctement son pouvoir d'appréciation exige de l'autorité qui décide qu'elle tienne compte de tous les intérêts importants en cause, qu'elle procède soigneusement à leur pesée et se laisse guider par des motifs objectifs. Elle veillera en outre à respecter les principes généraux du droit tels que les principes de la bonne foi, celui de la proportionnalité et celui de l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement* » (considérant 4.1)

[15] Décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 concernant la planification hospitalière du canton de Fribourg : « *Selon la pratique constante du Conseil fédéral, il est loisible aux cantons de pourvoir aux besoins de chaque catégorie de patientes et de patients en recourant tout d'abord à l'offre intracantonale. Il ne sera procédé à l'évaluation d'établissements hors canton et, le cas échéant, à leur admission sur la liste hospitalière que si la prise en charge de la population ne peut être garantie par des établissements sis dans le canton (RAMA 6/1996 221 ss. et 6/1998 521 ss.). Si donc un canton renonce à bon droit à faire appel à des prestations d'établissements hors canton, ceux-ci en peuvent se réclamer de l'article 39, 1^er^ alinéa, 2^e^ phrase LAMal et invoquer qu'ils n'auraient pas été pris en considération de manière adéquate en tant qu'organismes privés.* » (cons. 2.3)

[16] Décision du Conseil fédéral du 27 août 2003 concernant la liste des hôpitaux du canton de Berne (Centre jurassien de réadaptation cardio-vasculaire du Noiremont) : « *Gemäss konstanter Rechtsprechung dürfen die Kantone die innerkantonalen Kliniken gegenüber den ausserkantonalen Kliniken bevorzugt auf die Spitalliste setzen. Dies gilt selbst dann, wenn die ausserkantonale Klinik kostengünstiger ist als die innerkantonalen (unpublizierter Entscheid des Bundesrates vom 13.1.1999 in Sachen Spitalliste de Kantons Zürich, Psychiatrie)".* (cons. 4.2.2)

5. établissement de la ***liste des hôpitaux***

La liste des hôpitaux traduit les conclusions du rapport de planification. Cette liste, qui a un rôle contraignant pour les établissements, vise principalement à garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population avec une prise en charge financière par le biais de l'assurance obligatoire de soins. La liste des hôpitaux a de ce fait également un rôle de publicité à l'attention des patients[17].

3.4 Compétences au niveau cantonal

Au niveau cantonal, la législation précise l'attribution respective des compétences entre les différentes instances en matière de planification hospitalière.

Ainsi, la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSAN) prévoit que c'est le Conseil d'Etat qui définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé. A ce titre, il arrête la planification sanitaire cantonale (art. 6 alinéa 1 et 2 LSAN).

La loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) mentionne quant à elle que le Réseau hospitalier fribourgeois (RHF) exerce ses activités hospitalières sur plusieurs sites, dont la localisation et la mission sont arrêtées dans le cadre de la planification hospitalière établie par le Conseil d'Etat. En outre, le caractère bilingue du canton doit être pris en compte, en particulier pour l'organisation des services auxquels la planification confère une mission cantonale (art. 25 LRHF). Le conseil d'administration et la direction du RHF sont tenus de se conformer à la planification hospitalière établie par le Conseil d'Etat (art. 9 LRHH). Le RHF organise, dans le cadre de la planification hospitalière et du mandat de prestations établis par le Conseil d'Etat, les activités hospitalières en veillant à la mise en place de structures rationnelles et efficaces (art. 12 LRHF).

En matière de soins psychiatriques, la loi du 5 octobre 2006 sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM) prévoit également que c'est le Conseil d'Etat qui est compétent pour établir le plan

---

[17] Décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 concernant la planification hospitalière du canton de Fribourg : « *Assimilable à un registre public, la liste sert à la sécurité du droit. Tous les intéressés - fournisseurs, assurés, assureurs - doivent pouvoir réclamer en tout temps de son caractère obligatoire. Elle déploie donc des effets de publicité tant négatifs que positifs : chaque institution qui, à un moment donné, figure sur la liste hospitalière d'un canton doit, à ce moment, être considérée comme admise au sens de l'article 39, alinéa 1 LAMal (RAMA 4/1999 345, cons. 2.2)* » (cons. 7.2)

cantonal de soins en santé mentale (art. 3 LSM). Le conseil d'administration définit, dans le cadre de la planification sanitaire et du mandat de prestations établis par le Conseil d'Etat, les activités des secteurs en veillant à la mise en place de structures rationnelles et efficaces (art. 13 LSM). Dans le cadre de la planification sanitaire, le Réseau fribourgoies de soins en santé mentale (RFSM) exploite trois secteurs, à savoir un secteur de psychiatrie pour enfants et adolescents, un secteur de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie pour personnes âgées. La création de nouveaux secteurs est soumise à l'approbation du Conseil d'Etat. Les secteurs sont organisés en chaînes de soins spécialisés, selon des critères scientifiques, démographiques et linguistiques (art. 5 LSM). Dans le cadre de la planification sanitaire, la mission, la taille et la structure interne des secteurs sont définies par le conseil d'administration qui détermine notamment l'organisation et les appellations des chaînes de soins spécialisés dont disposent les secteurs (art. 25 LSM).

Il convient de rappeler que les compétences en matière de planification hospitalière attribuées précédemment aux communes par l'ancienne loi du 28 février 1984 sur les hôpitaux (LH, en vigueur jusqu'au 31.12.2006) a été jugée non conforme à la législation fédérale. Cette loi stipulait que « *Les associations de communes peuvent décider de ne pas ouvrir ou de supprimer un service. D'un commun accord, le Conseil d'Etat et l'association de communes peuvent décider de l'extension de la mission d'un hôpital de district ou de la suppression de ce dernier* » (article 12, alinéa 3 et 4 LH). Or, le Conseil fédéral a indiqué dans sa décision du 15 février 2006 que « *L'art. 39 al. 1 let. d LAMal prévoit que les cantons établissent la planification hospitalière. Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, il n'est pas compatible avec cette disposition de conférer aux communes une large autonomie dans ce domaine* ». « *Si le Conseil d'Etat est libre d'associer les communes à la procédure de planification comme il l'entend, il doit lui-même veiller à ce que le résultat forme un tout cohérent qui corresponde aux exigences de la LAMal et de la jurisprudence qui s'y rapporte* » (considérant 6.2.3) et « *Aussi, les communes jouent un rôle de taille dans l'approvisionnement en soins hospitaliers et peuvent être associées à la planification dans un processus à portée politique. L'influence exercée notamment par les autorités locales et la population ne saurait toutefois se substituer à une réflexion englobant tous les aspects de la planification* » (cons. 6.2.5).

La législation actuelle sur les hôpitaux (LRHF et LSM) qui attribue cette compétence exclusivement au canton est désormais conforme au droit fédéral.

4 HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE FRIBOURGEOISE

La planification hospitalière a déjà fait l'objet de nombreux rapports au cours des 25 dernières années. Citons, à titre d'exemple, le rapport de décembre 1983 « Analyse et propositions en vue de l'établissement d'une planification hospitalière et médico-sociale du canton de Fribourg », le rapport du 14 mars 1989 « Médiplan 89 – organisation du réseau hospitalier», le rapport du 26 novembre 1990 « rapport complémentaire au plan médico-hospitalier Médiplan 89 », le rapport d'août 1997 de « planification hospitalière du conseil d'Etat du canton de Fribourg » et enfin le rapport du 9 juillet 2004 « Rapport du groupe de travail : Future offre de prestations de l'hôpital du district du Lac à Meyriez ».

Les propositions formulées dans ces divers rapports et concrétisées pendant ces décennies ont largement contribué à modifier le paysage hospitalo-sanitaire fribourgeois à un rythme qui s'est encore accéléré depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie le 1er janvier 1996.

D'un hôpital cantonal, 6 hôpitaux de district et 3 cliniques privées, on a abouti aujourd'hui à un réseau hospitalier cantonal unique, un hôpital intercantonal et 2 cliniques privées. En outre, plusieurs établissements dédiés précédemment aux soins aigus se sont vus confier de nouvelles missions par leur transformation en centre de soins et de réadaptation. Dans le domaine de la psychiatrie, l'Hôpital de Marsens va quant à lui intégrer prochainement le Réseau fribourgeois de soins en santé mentale qui regroupera au sein d'une même entité juridique les services psychiatriques ambulatoires cantonaux et les activités stationnaires.

Le canton de Fribourg a fait des efforts soutenus pour réorganiser ses structures hospitalières. Chaque publication de la liste des hôpitaux, instrument de concrétisation de la planification hospitalière attribuant formellement les mandats de prestations et les capacités en lits aux hôpitaux, a cependantfait l'objet, à chaque reprise, d'un recours de la part des assureurs-maladie auprès du Conseil fédéral qui a partiellement admis les griefs des assureurs.

Par décision du 15 mai 2002 (recours contre la planification 1997 et la liste des hôpitaux 1998), le Conseil fédéral a demandé au Conseil d'Etat de revoir ses objectifs de planification hospitalière en terme de capacités en lits et de compléter la liste hospitalière par l'inscription des mandats de prestations que la planification doit attribuer aux hôpitaux. A cet effet, le Conseil fédéral a notamment invité le Conseil d'Etat à déterminer la demande en fonction des catégories de soins et à suivre un calendrier plus rapproché pour procéder à une diminution plus marquée du nombre de lits,

ces éléments devant tenir compte de l'évolution démographique et des flux de patients.

En décembre 2004, le Conseil d'Etat publie une nouvelle liste des hôpitaux intégrant le nouveau mandat de prestations défini pour l'Hôpital du district du Lac, qui prévoit notamment le maintien d'une activité de soins aigus et la transformation de la moitié des lits pour la prise en charge des suites de traitement et de la réadaptation. Par la même occasion, les capacités en lits figurant sur la liste ont été adaptées pour l'ensemble des hôpitaux du canton, pour répondre à l'objectif fixé par le Conseil fédéral d'une réduction plus rapide des capacités.

Par décision du 15 février 2006 (recours contre la planification dans le district du Lac et la liste des hôpitaux 2005), le Conseil fédéral a accepté partiellement le recours des assureurs, qui contestaient en particulier les missions de l'Hôpital du district du Lac et les mandats de prestations attribués aux cliniques privées. La liste des hôpitaux reste cependant valable, mais uniquement à titre transitoire, jusqu'à la publication d'une nouvelle liste par le Conseil d'Etat dans un délai de 18 mois.

En substance, le Conseil fédéral indique qu' « *une planification n'est ainsi complète que si les aspects suivants ont été examinés, sur la base de données actuelles : développement démographique, nombre et durée des hospitalisations, taux d'occupation effectifs des lits, flux de patients intra- et inter-cantonaux. La motivation de la liste hospitalière, ou un document séparé auquel celle-ci renvoie, doit montrer la manière avec laquelle la prise en compte de tous ces facteurs a conduit à la solution choisie.* » « *Le premier rapport de planification [1997] ne saurait dispenser le Conseil d'Etat de procéder à une nouvelle appréciation de l'ensemble de la situation pour chaque renouvellement de la liste hospitalière.* » (considérant 4.3.4)

Concernant la répartition des mandats de prestations, le Conseil fédéral indique que « *s'il est vrai que certaines prestations de base doivent être largement accessibles, cela ne saurait dispenser le Conseil d'Etat de fonder l'attribution des mandats sur une planification différenciée. L'attribution des mandats doit reposer sur une analyse approfondie des besoins de la population en fonction des domaines de prestations. Sur la base de cette analyse, les mandats seront ensuite définis de manière à remplir au mieux les objectifs de la planification. Les choix retenus doivent être motivés, de manière à ce qu'il soit possible de retracer les réflexions qui ont conduit aux mandats tels qu'ils figurent sur la liste hospitalière*. » (considérant 5.4.2)

A propos des mandats de prestations attribués aux cliniques privées, le Conseil fédéral précise que « *Les remarques concernant l'attribution des mandats de prestations dans leur ensemble sont également valables en ce qui concerne les mandats attribués aux cliniques privées* ». (considérant 5.5.3)

En matière de centres de soins et de réadaptation, le Conseil fédéral précise que « *Comme pour les mandats attribués aux hôpitaux de soins aigus, une planification basée sur l'analyse des besoins telle que l'exige la LAMal fait défaut en matière de CSR.* » (considérant 5.6.4)

Concernant la planification des urgences, le Conseil fédéral mentionne que « *la liste hospitalière doit mentionner l'étendue des services d'urgence. La planification des soins d'urgence doit se faire de la même manière que celle des autres domaines dans le mesure où les besoins doivent être déterminés, les établissements entrant en ligne de compte doivent être évalués, puis des mandats de prestations précis doivent être attribués* » (considérant 5.7.2). « *Le devoir des cantons de procéder à une planification hospitalière et de constituer une liste hospitalière ne concerne que les prestations stationnaires des hôpitaux (art. 39 al. 1 LAMal). La prise en charge des urgences ne doit ainsi en principe être couverte par la planification que dans la mesure où elle implique une prise en charge stationnaire. Par conséquent, la planification selon l'art. 39 LAMal ne doit recouvrir parmi les prestations d'urgences que celles qui impliquent une hospitalisation des patients.* » (considérant 5.7.5). « *Afin de diriger efficacement l'offre hospitalière et d'informer les assurés, les mandats de prestations doivent être formulés de manière à ce qu'il soit possible de reconnaître clairement quelles prestations peuvent être fournies par quels établissements à charge de l'assurance obligatoire des soins. En l'espèce, cela n'est pas le cas pour les remarques selon lesquelles les hôpitaux du district de la Singine et du district du Lac peuvent accueillir des patients en urgence dans la mesure où ils disposent du personnel et des équipements nécessaires.* » (considérant 5.7.6).

A propos du maintien de 25 lits de soins aigus à l'Hôpital du district du Lac à Meyriez, le Conseil fédéral précise que « *A l'intérieur du cadre fixé par la loi et la jurisprudence, le canton est libre de choisir de quelle manière il veut procéder pour la planification hospitalière. Il peut ainsi revenir sur des décisions qu'il a prises antérieurement et s'écarter des conclusions des experts qu'il a mandatés, dans la mesure où cela lui permet de mieux concrétiser les objectifs de la planification. Dans de tels cas, il est toutefois important que la motivation de ce choix démontre clairement les réflexions qui y ont conduit et dans quelle mesure la solution adoptée est plus à même de réaliser les objectifs de la LAMal* ». « *La planification sert notamment à contenir les coûts. Doivent également être pris en compte la qualité des prestations médicales, la situation géographique des établissements et la possibilité d'intégrer ses prestations à un concept de fourniture des soins appropriés. En revanche, le maintien et la promotion de l'économie régionale ne figurent pas parmi les buts de la planification hospitalière selon l'art. 39 al. 1 LAMal et ne peuvent ainsi être pris en compte lors de l'établissement de la liste* ». « *Selon la jurisprudence, la fixation d'un nombre minimum de lits par établissement constitue un critère fondé et concevable. Il peut être justifié dans une optique de gestion d'entreprise, bien qu'il ne puisse être exclu que des établissements avec*

moins de lits soient également en mesure de fournir des prestations de manière économique ». (considérant 6.1.6)

Concernant la compétence des communes en matière de planification, le Conseil fédéral rappelle que « *L'art. 39 al. 1 let. d LAMal prévoit que les cantons établissent la planification hospitalière. Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, il n'est pas compatible avec cette disposition de conférer aux communes une large autonomie dans ce domaine* ». « *Si le Conseil d'Etat est libre d'associer les communes à la procédure de planification comme il l'entend, il doit lui-même veiller à ce que le résultat forme un tout cohérent qui corresponde aux exigences de la LAMal et de la jurisprudence qui s'y rapporte* ». (considérant 6.2.3)

Par ailleurs, le Conseil fédéral est d'avis que « *En justifiant la diminution de lits effectuée à Meyriez par l'inopportunité d'une telle diminution dans les autres hôpitaux entrant en compte, le rapport [« Future offre de prestations de l'Hôpital du district du Lac à Meyriez »] a contourné la question de la possibilité de fournir les soins aigus restants dans un autre établissement. Le groupe de travail aurait dû procéder à une comparaison complète de toutes les variantes discutées, en incluant les critères qui avaient été mis en avant à l'appui des solutions proposées auparavant. Ainsi, l'opportunité de fournir des soins aigus pour un bassin de population de la taille du district du Lac dans les conditions données, la question de la masse critique des interventions prévues, une comparaison des différentes solutions au niveau des coûts auraient dû être examinées* ». (considérant 6.2.4.)

Le Conseil fédéral ajoute que « *La prise en compte d'éléments géographiques, donc aussi linguistiques n'est en tant que telle par critiquable. En effet, il s'agit de critères importants pour garantir à la population l'accès aux soins hospitaliers. La marge d'appréciation des cantons implique qu'il n'y a pas qu'une solution qui puisse être considérée conforme à la LAMal. En ce que les choix effectués n'y sont que très partiellement motivés et que de nombreux éléments discutés dans les étapes antérieures de la planification n'y ont pas été traités, la planification présente des lacunes* ». (considérant 6.2.5)

En matière financière, le Conseil fédéral précise que « *On ne saurait affirmer de manière générale que les traitements fournis par de grandes structures sont automatiquement plus économiques que ceux que peuvent prodiguer de plus petits hôpitaux. Dans le processus de planification, les coûts doivent être calculés pour les différents types de prestations du mandat prévu et comparés aux coûts correspondants des autres solutions entrant en ligne de compte. Seul un tel procédé permet de véritablement mesurer l'économicité de la solution examinée* ». (considérant 6.2.7)

Enfin le Conseil fédéral mentionne que « *Dans les travaux de planification à venir, il s'agira, par rapport à l'Hôpital de Meyriez, d'examiner quel rôle peut lui être attribué dans*

l'approvisionnement en soins en fonction des besoins, de comparer les différentes solutions en matière de coûts, de qualité des prestations et en fonction des autres critères à prendre en compte, notamment celui de la répartition linguistique et géographique de la population. Les mêmes réflexions devront être menées en matière de soins de réadaptation et psychiatriques ». (considérant 6.2.8).

En conclusion, le Conseil fédéral rappelle donc que « *Les travaux à effectuer en matière de planification pour aboutir à un résultat satisfaisant aux exigences légales ont été énumérés. En résumé, les besoins de la population pour les différents types de prestations doivent être analysés en prenant en compte les paramètres de la planification, les offres doivent être évaluées puis des capacités en lits et des mandats de prestations doivent être attribués en fonction du résultat de cette analyse, sur la base d'une réflexion objective. Les raisons qui ont motivé les choix effectués doivent être clairement mentionnées soit dans la motivation de la liste elle-même, soit dans un document séparé, auquel la motivation renvoie* ».

Compte tenu de ces éléments, le Conseil fédéral décide que :

« *Le Conseil d'Etat doit adapter sa planification aux exigences mentionnées et édicter, en l'espace de 18 mois à partir du moment où la présente décision est rendue, une nouvelle liste hospitalière en tenant compte des considérants ci-dessus* ».

Le présent rapport de planification hospitalière s'inscrit donc dans le contexte général mentionné ci-dessus et entend en particulier répondre aux exigences du Conseil fédéral.

5 PLANIFICATION HOSPITALIERE 2008

5.1 Définitions

La planification hospitalière concerne exclusivement les séjours hospitaliers stationnaires. Les patients devant être pris en charge par les infrastructures hospitalières du canton peuvent être regroupés comme suit :

a. Soins aigus : (patients A)

Ce sont les patients en phase aigue de la maladie ou des patients qui nécessitent des investigations, des soins et une surveillance, des opérations des traitements importants et continus.

b. Réadaptation : (patients A' et patients B)

Les patients en suite de traitement (A') sont des patients en phase stable de la maladie qui requièrent une moindre surveillance, quelques investigations courantes, des traitements simples (par ex. injections, perfusions, pansements, etc.). Les patients en gériatrie (patients A') sont des personnes âgées malades souffrant d'un syndrome de fragilité, de pertes fonctionnelles significatives ou encore de plusieurs pathologies à la fois (poly-morbidités). Les prises en charge sont interdisciplinaires, c'est-à-dire coordonnées entre les différents professionnels (médecins, infirmiers/ères, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux, diététiciennes). Ceux-ci peuvent venir d'un hôpital de soins aigus, d'un établissement médico-social ou du domicile et sont envoyés par leur médecin.

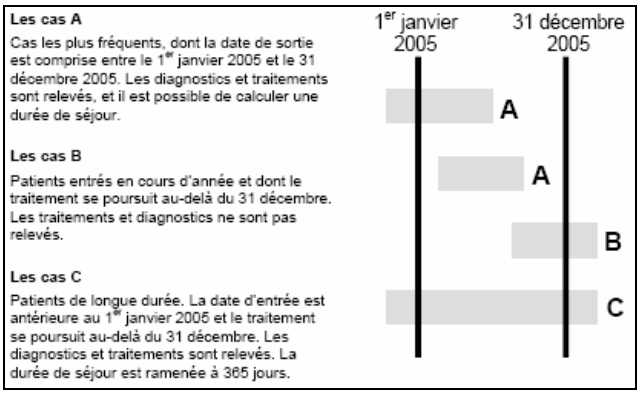
Les patients en réadaptation (B) sont des patients en phase stable de la maladie et qui nécessitent surtout de la physiothérapie intensive, de la réadaptation, dans le but d'un retour à domicile.

Dans le présent rapport ces deux derniers groupes de patients sont traités en commun au chapitre de la réadaptation, car les données à disposition de la statistique fédérale ne permettent pas de les distinguer. Le chapitre consacré à la réadaptation prend en compte tous cas de gériatrie (centre de prise en charge M900 de la statistique OFS) et de médecine physique et réadaptation (centre de prise en charge M950 de la statistique OFS).

c. Soins psychiatriques

Quant au chapitre traitant des soins psychiatriques, il concerne tous les patients du site de Marsens du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale ainsi que les patients des autres établissements pris en charge dans le domaine psychiatrique (centre de prise en charge M500 de la statistique OFS).

L'analyse du présent rapport se fonde principalement sur les données 2002 à 2006. Les cas pris en considération pour établir l'estimation des besoins futurs sont les cas 2005 et en particulier les cas sortis entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2005. Sont donc pris en compte aussi bien les patients avec un séjour entièrement sur le calendrier 2005 que les séjours chevauchant entre la période 2004 et 2005 comme l'illustre le schéma ci-dessous.



N.B. : la typologie alphabétique de l'OFS : A, B et C ci-dessus est une typologie temporelle qui n'a rien à voir avec la typologie des prises en charge indiquées précédemment concernant les patients A (soins aigus), A' (suite de traitement et gériatrie) ou B (réadaptation).

Source : OFS, statistique médicale des hôpitaux 2005, résultats définitifs

Le fait de prendre en compte les cas OFS A ayant débuté avant le 1er janvier 2005 permet de compenser la non prise en compte des cas OFS B qui ne figurent pas dans les fichiers de la période concernée. Les cas OFS B ne sont en effet inclus que dans les fichiers du relevé 2006. Par conséquent, les données de la statistique médicale peuvent légèrement varier par rapport aux données de la statistique administrative des hôpitaux qui ne comptabilise que les cas et les journées de la période du 01.01 au 31.12 (cas OFS A, B et C, mais uniquement partie grise entre les bornes noires). Ces différences n'ont pas d'impact significatif dans le domaine des soins aigus et de la réadaptation. Dans le domaine particulier de la psychiatrie, l'analyse détaillée des séjours A a montré a posteriori qu'une correction était nécessaire concernant les journées. En effet, il s'avère que 11 cas sortis en 2005 sont entrés non pas durant l'année précédente 2004, mais encore avant. Par conséquent, l'analyse dans le domaine de la psychiatrie doit donc tenir compte d'un nombre de jours inférieur qui ne tient compte que des journées réalisées en 2004 ou 2005, mais pas avant.

5.2 Objectifs et critères de la planification hospitalière

Le but de la planification sanitaire cantonale est de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité.

La planification hospitalière doit permettre ainsi de redéfinir les missions des établissements hospitaliers dans le cadre des infrastructures existantes en veillant à ne pas créer de surcapacités en lits hospitaliers.

Pour parvenir à atteindre ce but, la présente planification fixe les objectifs et les critères spécifiques suivants :

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

Les objectifs et critères de planification 2008 sont proches des ceux fixés par la planification hospitalière de 1997 qui étaient les suivants :

- couverture des besoins de la population ;
- garantie de la qualité des soins ;
- utilisation optimale des ressources ;
- augmentation du taux de couverture intracantonale ;
- adaptation du nombre de lits aux besoins du canton ;
- garantie d'une activité minimale (masse critique) ;
- garantie d'un nombre de lits minimum ;

- polyvalence des établissements en soins aigus et fonctionnalité des bâtiments ;
- coordination des services d'urgences ;
- coordination avec les services de maintien à domicile et des homes.

5.2.1 Garantie de la qualité des soins

L'objectif principal est de pouvoir garantir une qualité irréprochable des soins. Pour ce faire, en matière d'interventions opératoires notamment, un nombre d'actes suffisamment élevé doit être réalisé dans chaque discipline pour pouvoir garantir cet objectif pour chaque patient. Les experts sont unanimes pour indiquer que plus la fréquence d'un acte opératoire est élevée, meilleure sera la qualité de la prestation. La fréquence et les seuils minimaux varient évidemment en fonction des disciplines. Ces seuils tiennent compte des interventions ambulatoires et semi-hospitalières dont les données précises font par ailleurs défaut, alors que la planification se concentre sur l'activité stationnaire. Ainsi, sans pour autant définir des seuils précis pour chaque discipline, il est donc primordial de pouvoir réaliser un nombre d'actes suffisamment important dans chaque établissement pour garantir la qualité de soins. Le rapport de planification de 1997 fixait les seuils unanimement reconnus pour le nombre minimal annuel d'accouchements et d'anesthésies à respectivement 500 et 3'000. Pour un canton avec une population située entre 250'000 et 300'000 habitants, ces seuils sont difficilement atteignables. Bien que ces chiffres ne peuvent pas être respectés, il convient néanmoins d'établir la planification hospitalière de sorte à s'en rapprocher le plus possible. Depuis 1997, un rapprochement de ces seuils a déjà pu être opéré par le regroupement de sites opératoires de Châtel-St-Denis, de Billens et de Riaz sur ce dernier site uniquement. De même, il a été procédé au regroupement dans un seul lieu des sites opératoires d'Estavayer-le-Lac et de Payerne. Ceci a permis d'augmenter sensiblement le nombre d'actes réalisés dans une même discipline ainsi que le nombre total d'actes d'anesthésies par site. De manière analogue en matière d'accouchements, les maternités de Châtel-St-Denis, de Billens et de Riaz ont été concentrées sur un seul site à Riaz tandis que la maternité de Meyriez a été fermée à fin 2004. La tendance au rapprochement à des valeurs plus élevées doit se poursuivre, une masse critique suffisante étant sans conteste un gage important de sécurité et de qualité de soins.

5.2.2 Dépassement des limites administratives

En Suisse, en matière de planification hospitalière, il est nécessaire de raisonner au minimum au plan cantonal, voire au plan supra-cantonal. Dans un canton comme celui de Fribourg, dont le bassin de population s'élève à environ 250'00 habitants, une réflexion au niveau du district n'est pas pertinente dans le contexte actuel de la croissance des coûts de la santé et compte tenu de la

mobilité accrue des personnes. La défense d'intérêts régionaux ne peut prévaloir sur l'objectif général de la planification hospitalière qui, selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, est la maîtrise des coûts. Par le récent regroupement des anciens hôpitaux de district en un établissement unique autonome de droit public (Réseau hospitalier fribourgeois, RHF) et par la création en 1999 déjà de l'Hôpital intercantonal de la Broye (Vaud et Fribourg), le canton de Fribourg poursuit sans conteste cet objectif.

Ce dépassement des limites administratives, va de pair avec le développement de disciplines à vocation cantonale à l'exemple des unités de soins palliatifs et de réadaptation pulmonaire développées à Châtel-St-Denis. Par ailleurs, « l'achat » de prestations universitaires hautement spécialisées hors canton, plus particulièrement à l'Inselspital à Berne, au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne et dans une moindre mesure aux Hôpitaux universitaires genevois (HUG), de même qu'aux hôpitaux universitaires de Bâle et de Zurich, doit être maintenu.

5.2.3 Amélioration du taux de prise en charge intracantonale

Le taux de prise en charge intracantonale représente le nombre de séjours hospitaliers de patients fribourgeois traités dans les établissements du canton par rapport à l'ensemble des séjours hospitaliers de la population fribourgeoise. Le canton entend conserver une prise en charge hospitalière performante pour maintenir, voire augmenter la prise en charge intracantonale. Pour y parvenir, les établissements doivent pouvoir garantir des prestations de qualité avec du personnel qualifié et des médecins dont les compétences sont reconnues au-delà des frontières cantonales. Par ailleurs, pour autant que les besoins soient avérés et le nombre de patients concernés important, le « rapatriement » de prestations dans les hôpitaux du canton doit être envisagé pour des disciplines spécifiques, dans le but de répondre à la couverture des besoins de la population du canton de Fribourg et d'améliorer la prise en charge des patients.

5.2.4 Maintien des soins de base et de proximité au sein des hôpitaux publics

Le canton souhaite maintenir une offre minimale en soins de base et de proximité dans les établissements actuels pour autant que les autres critères mentionnés précédemment soient remplis. Cela vaut tout particulièrement pour les soins aigus de médecine. Une couverture régionale et linguistique des soins de base doit être assurée et il est important que, suite à la mise en place du Réseau hospitalier fribourgeois, les différents établissements où se rendent spontanément les patients puissent jouer un rôle de « porte d'entrée » vers d'autres établissements du canton.

5.2.5 Utilisation rationnelle des ressources

Pour une utilisation rationnelle des ressources un nombre de cas relativement important doit pouvoir être pris en charge pour répartir au mieux les coûts fixes sur un plus grand nombre de patients et réduire ainsi le coût unitaire. En matière d'interventions chirurgicales, l'augmentation des interventions d'un même type par une équipe en place entraîne indéniablement un raccourcissement des durées opératoires et donc des coûts d'intervention tout en garantissant une sécurité accrue pour le patient. Le regroupement des actes devrait également permettre des économies en terme d'investissement et d'équipements spécifiques.

5.2.6 Diminution des durées de séjour

En comparaison internationale, la Suisse affiche des durées de séjours au-delà de la moyenne (selon le rapport 2006 de l'OCDE *: Examens des systèmes de santé – Suisse*). Au niveau national, le canton de Fribourg se situe en dessous de la moyenne, mais dispose encore d'un potentiel de réduction des durées de séjours hospitaliers en soins somatiques aigus. En effet, compte tenu de l'évolution des techniques médicales et en regard des durées moyennes de séjours affichées pour des prestations analogues par d'autres établissements en Suisse, la tendance à la réduction des durées moyennes de séjours doit être maintenue et renforcée. Cette réduction peut également passer par un transfert de l'activité stationnaire vers une activité semi-hospitalière et par une baisse des journées d'hospitalisations inappropriées. Il faut souligner à ce sujet qu'une prise en charge ambulatoire est une solution souvent préférée par la population, dans la mesure où elle permet un retour plus rapide à domicile dans un environnement habituel. Elle accélère également une réintégration dans les activités courantes, aussi bien au plan privé que professionnel. Ce mode de prise en charge est par ailleurs globalement et de manière générale moins coûteux qu'une prise en charge stationnaire impliquant une infrastructure et des équipements importants. Pour ces motifs, le canton de Fribourg entend privilégier et favoriser, dans la mesure du possible, une prise en charge ambulatoire plutôt qu'une prise en charge stationnaire. Toutefois, le présent rapport se limite à formuler cet objectif général puisque, comme mentionné au point 3.2 lettre a ci-dessus, il ne traite que de la prise en charge stationnaire (article 39 LAMal).

5.2.7 Application des principes de planification aux cliniques privées

La planification de 1997 ne contenait pas encore de propositions d'adaptation des missions des cliniques privées fribourgeoises, se contentant de leur attribuer un nombre global de lits. Néanmoins, la liste des hôpitaux mentionnait explicitement les disciplines offertes par ces établissements et les capacités reconnues. Aucun des deux établissements n'étant en mesure d'offrir

à lui seul toutes les prestations et capacités nécessaires à la couverture des besoins (environ 110 lits) avec les infrastructures actuelles, les deux cliniques privées jouent dès lors un rôle important dans l'approvisionnement en soins du canton de Fribourg.

Néanmoins, ces établissements sont soumis à la même législation et aux mêmes critères de planification que les établissements publics. Les objectifs fixés, à savoir la garantie de la qualité des soins et de l'utilisation rationnelle des moyens financiers, doivent donc également être appliqués. Des regroupements de disciplines doivent également intervenir dans le secteur privé à l'instar des nombreuses et importantes adaptations qui ont été effectuées pendant cette dernière décennie dans les hôpitaux publics. Le canton recherche donc à concentrer les prestations pour améliorer la masse critique des interventions, atteindre des économies d'échelle et permettre une couverture suffisante des coûts fixes. Les cliniques privées doivent avoir une taille suffisante pour garantir une gestion et une utilisation des ressources rationnelles. Selon la décision du Conseil fédéral concernant l'actuelle liste des hôpitaux du canton de Fribourg, des mandats de prestations différenciés doivent être attribués aux hôpitaux. Par ailleurs, le fait que les deux établissements privés soient localisés dans un périmètre très restreint, avec au surplus des établissements publics dans un rayon géographique de moins de quelques kilomètres, justifie également cet objectif de réorganisation et concentration de l'offre sans que les patients n'aient à en subir d'inconvénients majeurs.

L'application des principes de planification aux cliniques privées et le regroupement de certaines activités a en outre pour objectif de favoriser la création de pôles de compétence entre les deux établissements, tout en maintenant néanmoins des prestations de base communes aux deux cliniques pour satisfaire les besoins de la population du canton.

Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, la planification ne saurait pas être simplement la confirmation d'une situation existante. Etablir la liste des hôpitaux en se basant sur le nombre de journées enregistrées par les établissements ainsi que sur les propres prévisions d'activité communiquées par chaque hôpital est jugé contraire à la loi.

5.2.8 Réduction du recours à une prise en charge stationnaire en soins psychiatriques

Conformément aux objectifs poursuivis par la loi du 16 mai 2006 sur l'organisation des soins en santé mentale, la priorité dans la conception de la prise en charge psychiatrique pour le canton se définit par une décentralisation des soins et le développement des structures ambulatoires et intermédiaires, visant une réduction du recours à une prise en charge stationnaire. En effet, alors que précédemment l'hôpital psychiatrique qui fonctionnait à la fois comme lieu de traitement et lieu de vie, était au centre du dispositif de soins, il est devenu un lieu de passage limitant ses

interventions aux phases aiguës. A l'avenir, les ressources ambulatoires doivent être utilisées en priorité, car elle représentent la forme d'intervention psychiatrique la plus douce et permet à la personne touchée de rester dans son environnement habituel. Les traitements dans des structures intermédiaires doivent également être encouragés et développés. Ils constituent une forme de thérapie qui se situe entre les offres de soins ambulatoires et les traitements stationnaires. Les accueils de nuit, en foyers ou en appartements protégés par exemple, permettent aux patients d'avoir une activité de jour régulière tout en bénéficiant de soutien au niveau du logement, des loisirs et des relations sociales. De même, l'accueil de jour représente une véritable alternative à la pris en charge hospitalière lorsque le patient est capable d'habiter seul, mais ne parvient pas structurer ses journées. La prise en charge hospitalière stationnaire ne doit donc être utilisée que lorsque les possibilités de traitement aux niveaux précédents ont été épuisées ou sont inadéquats.

5.2.9 Formation du personnel

Pour assurer, à long terme, le bon fonctionnement du système sanitaire, les établissements ont un rôle important à jouer dans la formation du personnel, aussi bien du personnel soignant, que du personnel médico-technique et des médecins.

En matière de formation des médecins-assistants, seuls les hôpitaux publics participent à cette tâche. Cette mission doit être maintenue dans les établissements importants et il faut donc veiller à ne pas attribuer exclusivement une prestation à un établissement privé, dont le corps médical n'est pas employé par l'établissement, mais qui est organisé selon un système « ouvert » de médecins accrédités ne participant pas à la formation des médecins-assistants.

5.2.10 Différenciation des niveaux de prise en charge

Pour remplir de manière efficace les critères énumérés ci-dessus et inscrire les prestations individuelles de chaque établissement dans un ensemble cohérent, la prise en charge des besoins doit s'effectuer de manière hiérarchisée à plusieurs niveaux.

Les soins de base et de proximité sont offerts dans les hôpitaux périphériques en particulier. Pour la population du centre du canton, ce rôle est confié à l'hôpital public du centre.

Les soins spécialisés somatiques aigus sont fournis par un hôpital central qui est l'hôpital de référence pour les prestations à caractère non universitaires.

En matière de réadaptation et suite de traitement, les établissements offrent des prestations de base, mais peuvent également se voir attribuer un rôle d'hôpital de référence (mission cantonale)

Les cliniques privées remplissent un rôle complémentaire, dans la mesure où elles répondent à un

réel besoin de prise en charge que les établissements publics ne peuvent assumer en raison du volume important des cas traités. Ces établissements n'ont néanmoins pas la mission spécifique de garantir les soins de base et de proximité pour la population de la Sarine, rôle dévolu à l'établissement public du centre, ni d'être un établissement de référence pour les soins spécialisés.

5.3 Détermination des besoins en soins hospitaliers stationnaires

Le traitement des données pour la détermination des besoins en soins hospitaliers stationnaires, a été réalisé sur mandat par le Service cantonal de recherche et d'information statistiques du canton de Vaud (SCRIS).

Le modèle se fonde sur le relevé de la statistique médicale 2005 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour les hôpitaux fribourgeois et pour les patients fribourgeois hospitalisés hors des frontières cantonales et sur le relevé de la statistique médicale 2004 de l'ensemble des patients et des cantons suisses pour la détermination des durées de séjour standards. Plus d'un million de séjours sont ainsi pris en considération dans cette base de données.

Vu le caractère particulier de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) qui est à la fois un établissement fribourgeois et vaudois, les données de cet hôpital ont été traitées de manière spécifique. Il a été procédé à une séparation des données de l'HIB en deux établissements fictifs, soit un établissement « fribourgeois » et un établissement « vaudois ». Pour ce premier, seuls ont été retenus les patients fribourgeois (suppression des patients vaudois) et une partie des patients qui ne sont ni vaudois ni fribourgeois (au prorata de la proportion des patients vaudois et fribourgeois à l'HIB). Ainsi, il est possible de respecter le périmètre auquel doit s'appliquer la planification hospitalière du canton de Fribourg, tout en veillant également au respect de l'accord particulier entre les cantons de Vaud et de Fribourg régissant les prestations fournies par l'HIB aux populations des deux cantons.

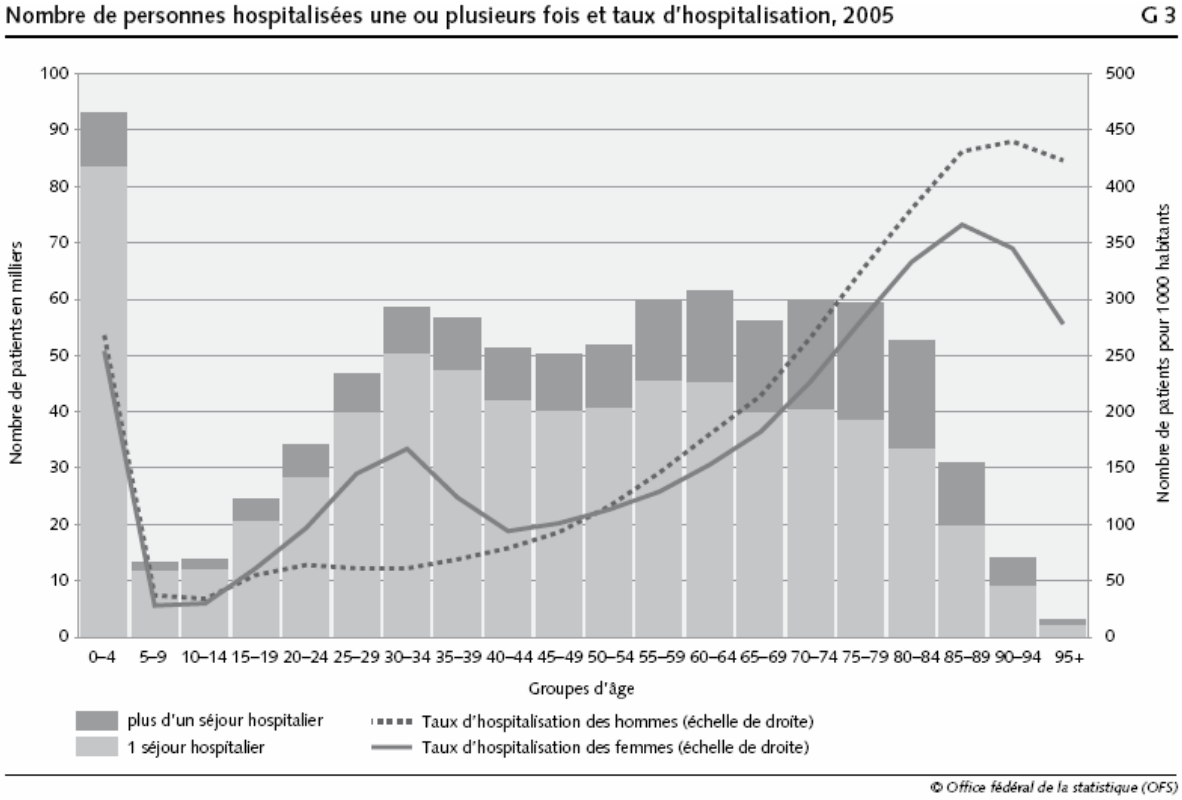
Le descriptif détaillé de la méthode de détermination des besoins figure en annexe *(cf. ANNEXE 1 : Planification hospitalière basée sur les prestations*)

Les prévisions démographiques de la population du canton de Fribourg ont également été mises à jour par le SCRIS pour tenir compte des dernières données disponibles au moment de la réalisation de ces travaux.

5.3.1 Evolution démographique

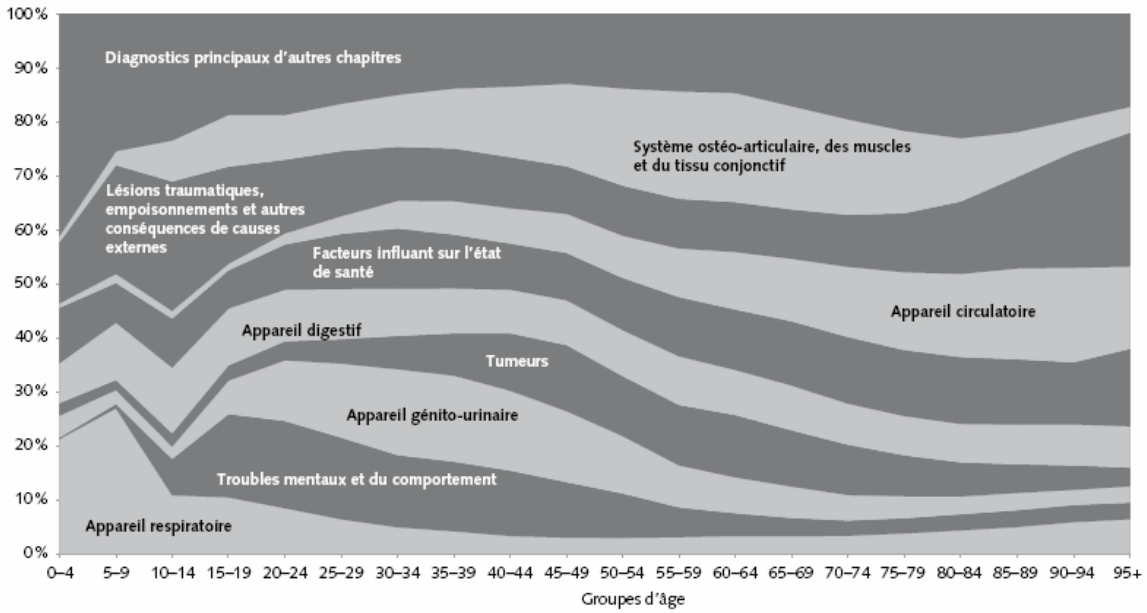
Dans le cadre de la planification des besoins en soins hospitaliers, il est essentiel de tenir compte de l'évolution de la population et de sa structure, car les taux d'hospitalisation et les raisons des séjours hospitaliers varient en fonction de l'âge comme le montrent ci-après les données 2005 de

l'Office fédéral de la Statistique (OFS) pour l'ensemble des hôpitaux suisses. Ce qui implique des durées de séjours moyennes qui diffèrent selon les classes d'âge.



Source : Office fédéral de la statistique, Actualités OFS, 14 Santé, Hospitalisations: principaux résultats, Résultats de la statistique médicale 2005, Neuchâtel, mars 2007

Part des femmes hospitalisées[1] par diagnostic principal (chapitre CIM-10) et par âge, 2005 G 4

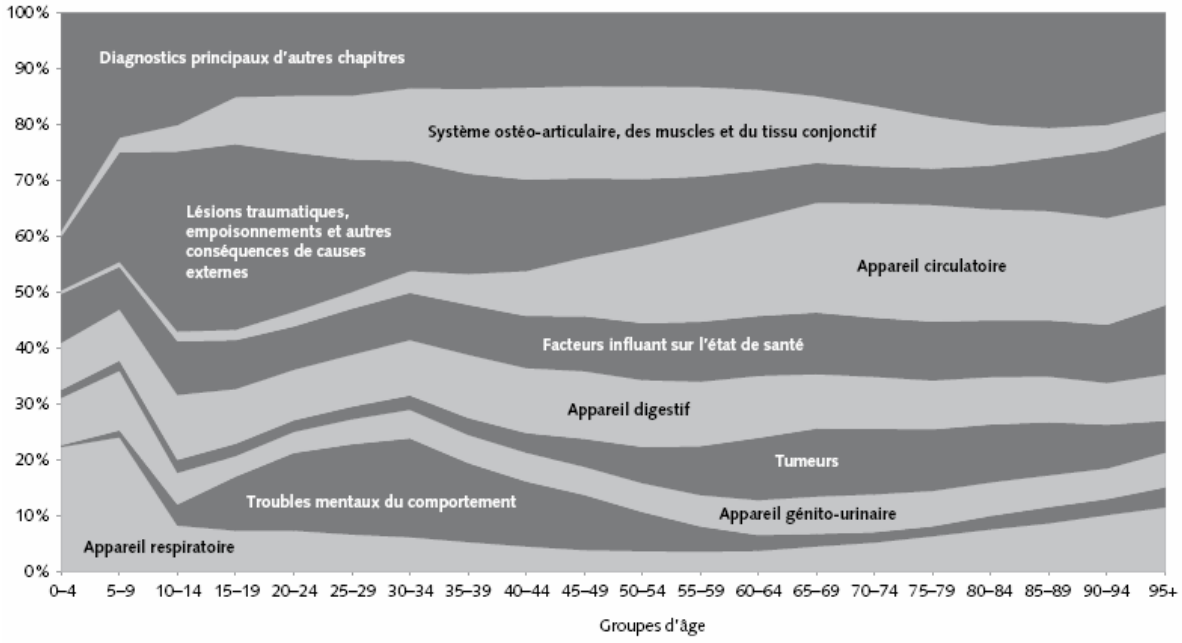


[1] Cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation de type A et C, sans les nouveau-nés et sans les séjours attribués aux grossesses et aux accouchements (N=618'200 cas)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Source : Office fédéral de la statistique, Actualités OFS, 14 Santé, Hospitalisations: principaux résultats, Résultats de la statistique médicale 2005, Neuchâtel, mars 2007

Part des hommes hospitalisés[1] par diagnostic principal (chapitre CIM-10) et par âge, 2005 G 5

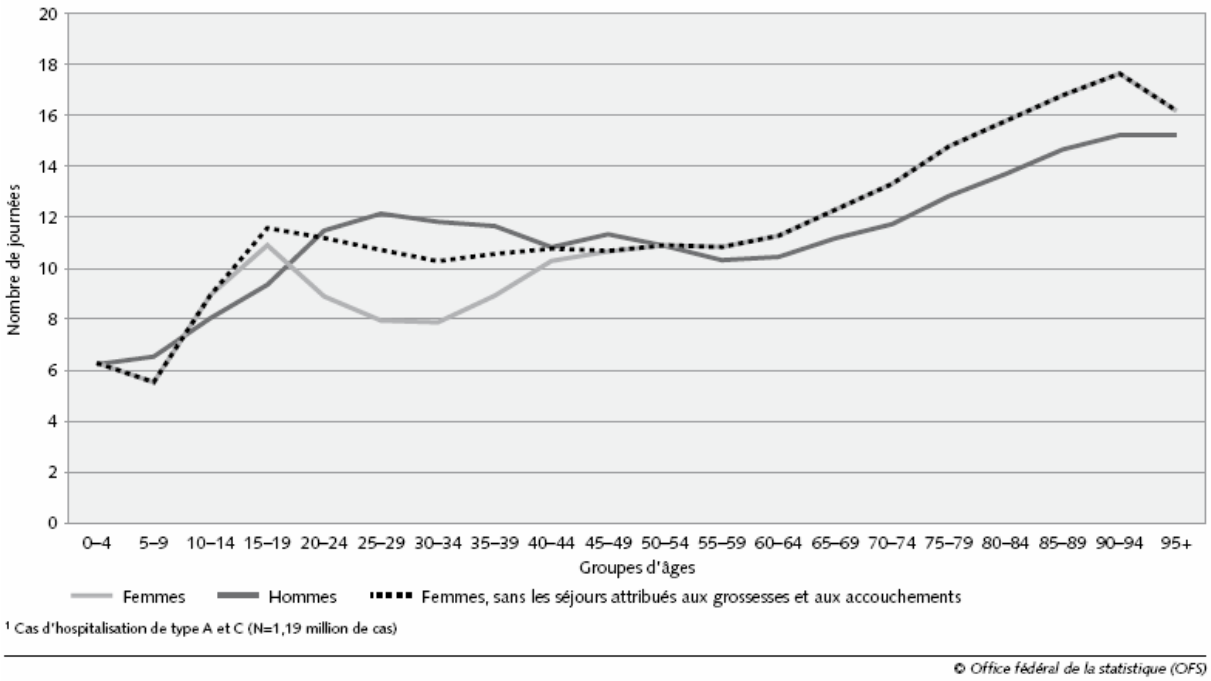


[1] Cas d'hospitalisation et de semi-hospitalisation de type A et C, sans les nouveau-nés (N=596'900 cas)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Source : OFS, Actualités OFS, 14 Santé, Hosp.: principaux résultats, Résultats de la statistique médicale 2005, Neuchâtel, mars 2007

Durée de séjour moyenne par cas[1] selon l'âge et le sexe, 2005 G 7



[1] Cas d'hospitalisation de type A et C (N=1,19 million de cas)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Source : Office fédéral de la statistique, Actualités OFS, 14 Santé, Hospitalisations: principaux résultats, Résultats de la statistique médicale 2005, Neuchâtel, mars 2007

En 2003, l'OFS a établi des projections démographiques par canton. Le scénario « tendance » a été présenté dans une publication[18]. L'évolution de la population correspondant à deux autres scénarios sont disponibles sur le site de l'OFS : l'un intitulé « dynamique positive » (B) et l'autre « dynamique négative » (C). Une présentation générale, au niveau national, a également été publiée[19].

En 2006, on constate que le solde migratoire du canton de Fribourg se situe à un niveau nettement supérieur à celui des hypothèses formulées précédemment. Il est aussi vraisemblable que la mortalité aux âges élevés est un peu surestimée. En outre, entre-temps, l'OFS a recalculé la population résidante permanente du canton par âge; il existe une nouvelle série annuelle 2001-2004 qui est calculée[20] sur la base des informations du recensement fédéral de la population de 2000.

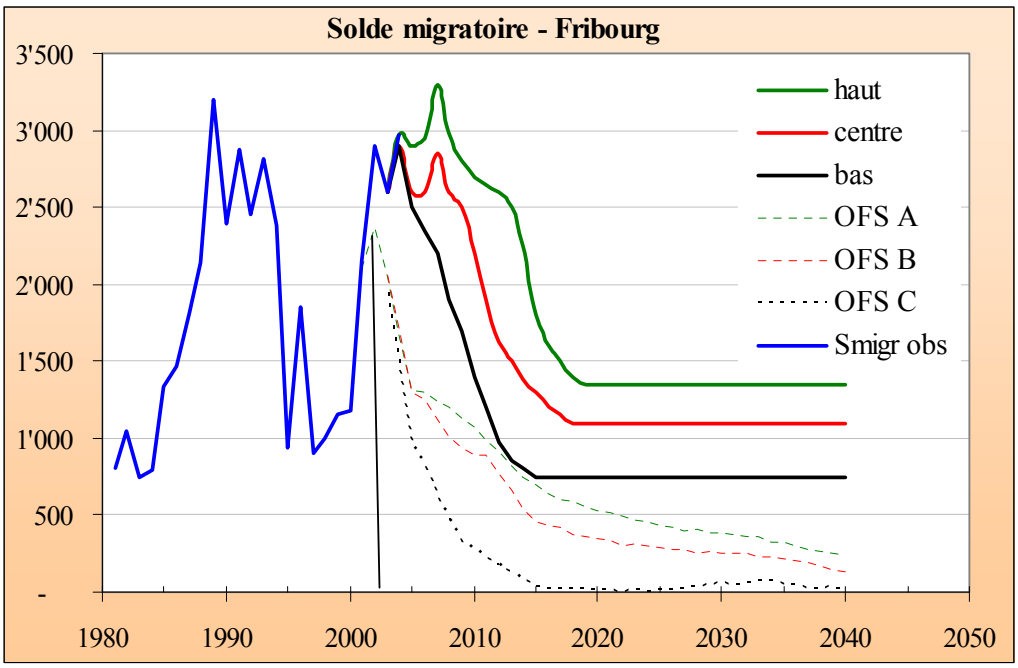
[18] L'évolution démographique des cantons de 2002 à 2040. Le scénario « tendance » AR-00-2002. OFS, 2004

[19] Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060. OFS, 2002.

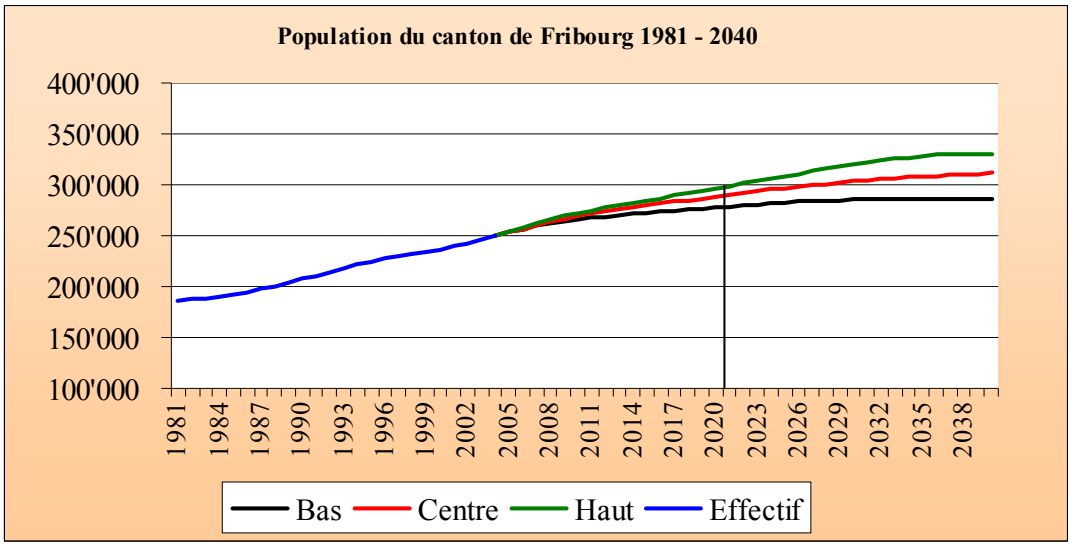
[20] Calcul de l'OFS, statistique ESPOP.

A la fin de l'année 2006, le SCRIS a donc décidé de réajuster les prévisions. Par souci d'efficacité, il a été décidé de préparer trois séries de projections établies à partir des projections de l'OFS. En simplifiant, on peut dire que deux corrections ont été faites :

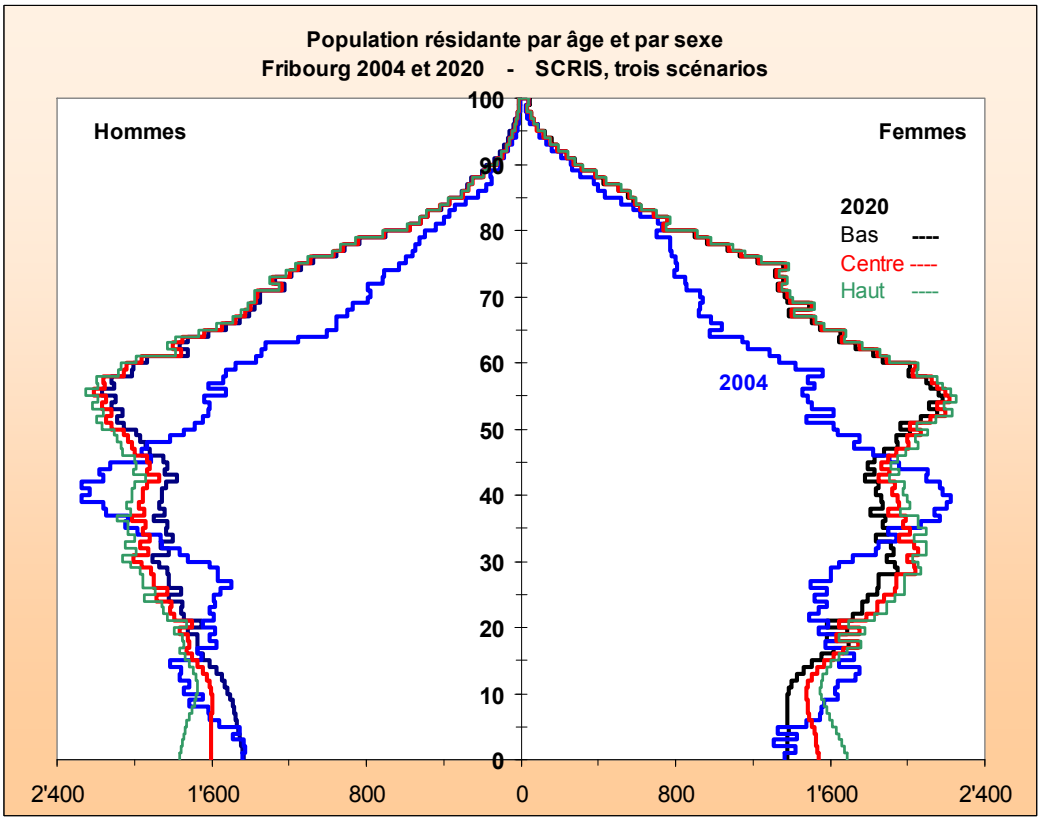
- l'évolution de la population a été ajustée au nouveau concept (base 2000 à la place de la base 1990). A noter que l'écart observé en 2004 pour un âge donné doit être reporté, année après année, décalé d'un an. En outre, il a été tenu compte de l'effet de la mortalité (par âge selon le sexe) qui atténue l'écart au fil du temps.
- un ajustement a été fait pour corriger l'effet de la sous-estimation des migrations. Pour ce faire, les valeurs de (Px,t-Px-1,t-1) ont été étudiées au cours des années passées et comparées aux valeurs équivalentes des projections de l'OFS. Sachant qu'avant 60 ans, cet accroissement est essentiellement le reflet des migrations, une correction a été faite en tenant compte de trois hypothèses (haut, centre, bas) sur l'évolution du solde migratoire :



Les trois scénarios se distinguent par le choix du niveau des migrations et par celui de la fécondité. Alors que la population résidante du canton se situe à 250'400 en 2004, les calculs la situent en 2020 à 277'867, à 288'387 ou à 296'409 selon le scénario retenu :



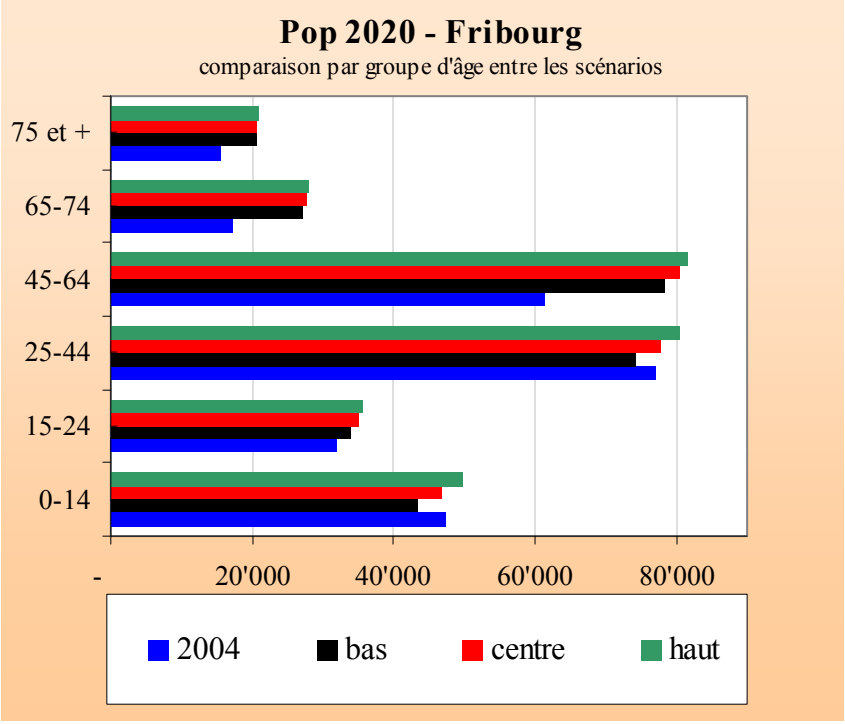
La pyramide des âges obtenue en 2020 illustre chaque scénario. La pyramide de 2004 permet de visualiser l'évolution de la population à chaque âge :



Par groupe d'âges, les résultats sont les suivants :

Population par âge selon trois scénarios

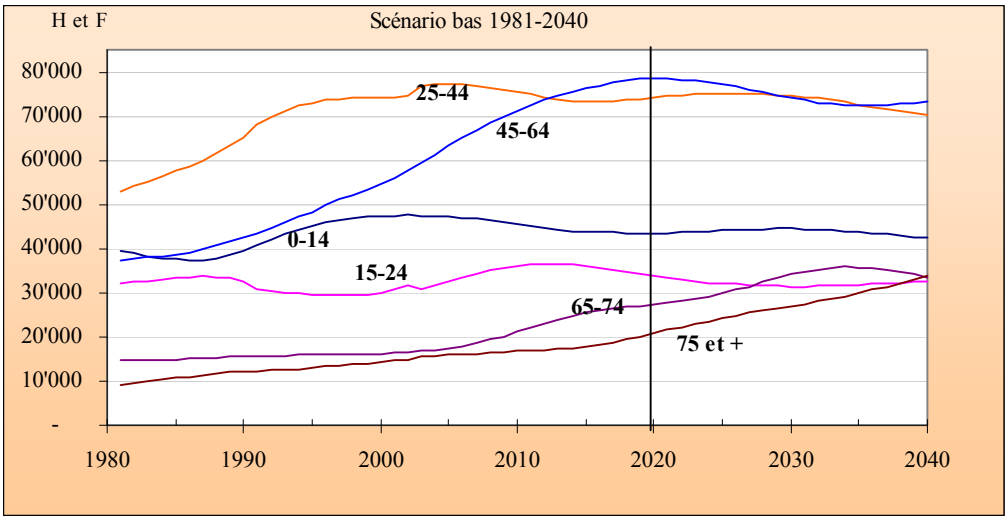
	2004	2020		
		bas	centre	haut
0-14	47'232	43'432	46'839	49'795
15-24	31'969	33'882	35'045	35'773
25-44	77'107	74'045	77'929	80'298
45-64	61'342	78'474	80'251	81'631
65-74	17'131	27'309	27'619	27'908
75 et +	15'596	20'726	20'704	21'004
65-79	23'680	37'063	37'462	37'883
80 et+	9'047	10'972	10'861	11'029
total	**250'377**	**277'867**	**288'387**	**296'409**



L'évolution de la population de 1981 à 2040 selon ces groupes d'âge est illustrée pour chacun des 3 scénarios ci-après :

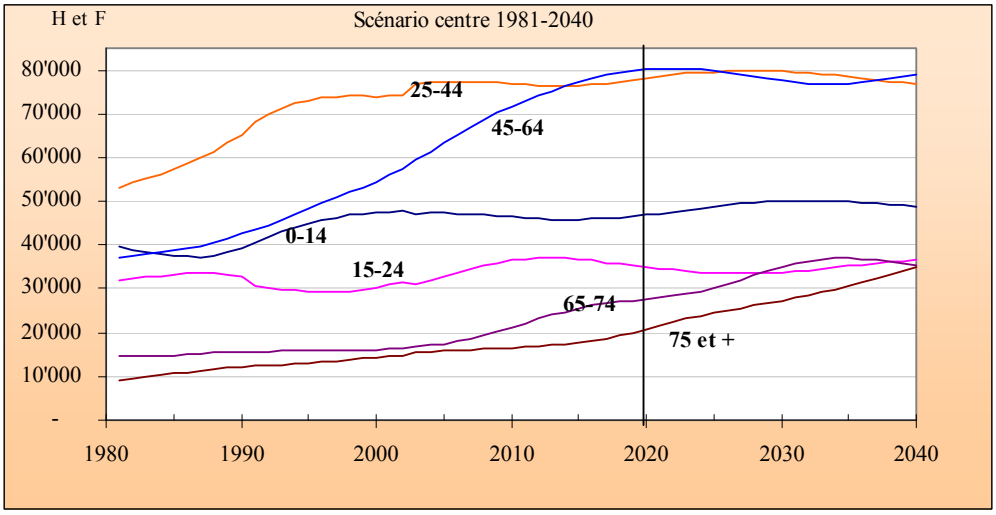
- Scénario « bas »

	2004	2010	2015	2020
0-14	47'286	45'480	43'824	43'432
15-24	31'819	35'937	35'861	33'882
25-44	77'176	75'434	73'402	74'045
45-64	61'309	71'295	76'223	78'474
65-74	17'116	21'051	25'436	27'309
75 et +	15'669	16'742	17'748	20'726
Bas	**250'375**	**265'939**	**272'495**	**277'867**



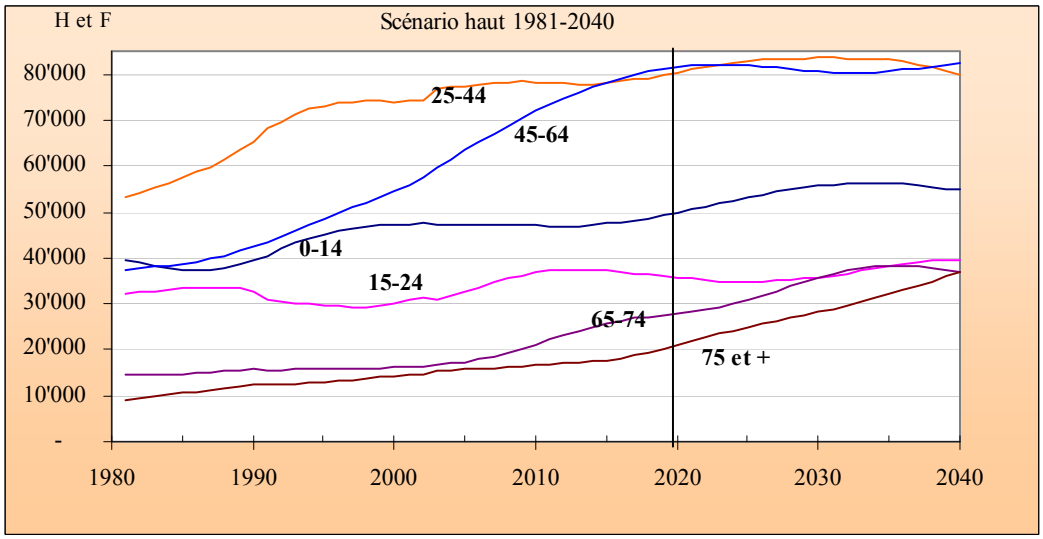
- Scénario « centre »

	2004	2010	2015	2020
0-14	47'321	46'429	45'933	46'839
15-24	31'817	36'468	36'753	35'045
25-44	77'209	76'967	76'470	77'929
45-64	61'317	71'727	77'280	80'251
65-74	17'112	21'097	25'611	27'619
75 et +	15'601	16'590	17'613	20'704
Centre	**250'377**	**269'277**	**279'661**	**288'387**



- Scénario « haut »

	2004	2010	2015	2020
0-14	47'337	47'158	47'482	49'795
15-24	31'820	36'808	37'151	35'773
25-44	77'211	78'271	78'132	80'298
45-64	61'314	72'124	78'021	81'631
65-74	17'105	21'139	25'761	27'908
75 et +	15'590	16'615	17'727	21'004
Haut	**250'377**	**272'115**	**284'276**	**296'409**



Les spécialistes estiment que la prise en compte du scénario intermédiaire est le plus adéquat pour établir les prévisions de soins. Ce scénario permet également de limiter les adaptations ultérieures en cas d'évolution de la situation réelle plutôt vers le haut ou vers le bas. L'estimation des besoins en lits hospitaliers du présent rapport se fonde donc sur le scénario de population « centre ».

5.3.2 Recours aux hospitalisations

Le recours de la population aux soins hospitaliers selon les différentes classes d'âge et les diverses pathologies se base sur les données 2005 de l'OFS. La mise en lien de ces éléments avec les prévisions démographiques permet d'obtenir le nombre de séjours prévisionnel pour les différentes pathologies. En appliquant à ces résultats des objectifs en terme de durées moyennes de séjour et de taux d'occupation des lits, il est possible de déterminer les capacités nécessaires à la couverture des besoins. Selon la jurisprudence fédérale, l'estimation de ces besoins et la manière d'organiser l'offre pour en assurer la couverture doit être réalisée distinctement dans le domaine des soins somatiques aigus, dans le domaine des soins de réadaptation et celui des soins psychiatriques.

5.4 Planification des soins somatiques aigus

5.4.1 Besoins en lits

Les besoins en lits de soins somatiques aigus sont donc déterminés en fonction des perspectives d'évolution de la population, du recours aux hospitalisations des différentes classes d'âge, des durées de séjours prévues pour chaque type de pathologie et des taux d'occupation normatifs des lits[21]. Une distinction est établie entre les patients fribourgeois traités dans les hôpitaux fribourgeois, ceux traités à l'extérieur du canton et les patients non fribourgeois qui subissent un traitement dans le canton de Fribourg. De cette manière, il est possible de déterminer les capacités nécessaires dans les hôpitaux du canton en tenant compte des flux de patients. Les prévisions, établies pour l'ensemble des hospitalisations stationnaires, distinguent également les hospitalisations stationnaires LAMal (à l'exclusion de cas soumis à la LAA, LAI, LAM) pour répondre aux exigences de la jurisprudence[22].

Pour déterminer le nombre de lits nécessaires en soins somatiques aigus, les journées d'hospitalisations concernant les nouveau-nés sains (APDRG 620, 629, 637, 638) ne sont pas prises en considération étant donné qu'ils ne font « qu'accompagner » leur mère durant les jours suivant l'accouchement et n'occupent pas à proprement parler de lit. Par ailleurs, conformément à la loi

[21] La jurisprudence admet un taux d'occupation normatif des lits de 85% en soins somatiques aigus, de 90% en réadaptation et 90% en soins psychiatriques pour une utilisation optimale des ressources sans surcapacités.

[22] Les prévisions LAMal mentionnées dans les tableaux sont très légèrement surestimées, car le RHF-Riaz a attribué, sans distinction, toutes les hospitalisations exclusivement à la catégorie LAMal. Une correction sera opérée dans les conclusions et propositions finales, notamment en terme de capacités de lits LAMal.

fédérale sur l'assurance-maladie, les frais liés aux nouveau-nés sains sont pris en charge par l'assurance de la mère.

a. Durée moyenne de séjour

Trois variantes de durée moyenne de séjour par pathologie sont établies :

- maintien de la durée moyenne de séjour actuelle par pathologie ;
- rapprochement vers la durée moyenne de séjour par hôpital la deuxième plus basse de Suisse ;
- rapprochement vers la durée moyenne de séjour par hôpital la plus basse de Suisse.

Une quatrième variante consistant à se rapprocher de la durée moyenne de séjour générale de l'ensemble des hôpitaux suisse a d'emblée été écartée, car les hôpitaux du canton de Fribourg se situent déjà globalement en dessous de cette valeur.

Il convient de souligner ici la notion de *rapprochement* vers la durée de séjour moyenne-cible définie. En effet, pour tenir compte de la particularité que pourraient présenter certains établissements pris comme cible ainsi que du manque d'informations concernant d'éventuels taux de transferts ou de réhospitalisations plus élevés que la normale, la méthode limite le rapprochement de la durée de séjour par pathologie à une diminution maximale de 4 jours ou de 30%.

Le tableau détaillé des durées moyennes de séjour par pathologie pour le canton de Fribourg et pour les hôpitaux suisses retenus (données anonymes) figure en annexe (*cf. ANNEXE 2* : *Durée moyenne de séjour par pathologie*).

Ce rapprochement devrait être atteint progressivement dans un délai-cible de 10 ans (2015). A partir de cette date-cible, les durées de séjour auront atteints un seuil incompressible et les besoins en lits évolueront parallèlement à l'évolution de la population (2016 à 2020).

Les résultats de cette analyse, en terme de journées d'hospitalisation prévues, selon les 3 variantes de durée de séjour proposées sont présentés ci-dessous. La mention « FR » correspond aux patients fribourgeois hospitalisés dans un hôpital fribourgeois, « Non FR » aux patients en provenance d'un autre canton ou d'un autre pays hospitalisés dans un hôpital fribourgeois et « Hors FR » aux patients fribourgeois hospitalisés dans un hôpital hors canton.

Variante 1 : Evolution des cas et des journées d'hospitalisations de 2005 à 2020 sans modification de la durée moyenne de séjour

	Toutes les hospitalisations						*dont hospitalisations LAMal*					
	Cas			Journées			*Cas*			*Journées*		
	FR	Non FR	Hors FR	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	25'773	1'252	6'681	197'614	7'642	48'222	*24'284*	*1'059*	*5'552*	*188'998*	*6'761*	*39'584*
2006	26'165	1'263	6'780	200'776	7'717	48'932	*24'658*	*1'070*	*5'638*	*192'070*	*6'837*	*40'222*
2007	26'580	1'271	6'885	204'086	7'782	49'612	*25'055*	*1'078*	*5'730*	*195'287*	*6'901*	*40'818*
2008	27'008	1'284	6'961	207'632	7'863	49'897	*25'463*	*1'090*	*5'822*	*198'733*	*6'983*	*41'424*
2009	27'409	1'293	7'099	210'940	7'929	51'059	*25'845*	*1'099*	*5'918*	*201'930*	*7'047*	*42'034*
2010	27'826	1'303	7'208	214'471	8'006	51'903	*26'248*	*1'109*	*6'014*	*205'381*	*7'126*	*42'764*
2011	28'219	1'312	7'315	217'921	8'074	52'635	*26'628*	*1'118*	*6'109*	*208'755*	*7'194*	*43'399*
2012	28'624	1'321	7'423	221'484	8'142	53'506	*27'023*	*1'127*	*6'207*	*212'251*	*7'262*	*44'154*
2013	29'024	1'328	7'527	225'107	8'197	54'263	*27'412*	*1'134*	*6'300*	*215'797*	*7'317*	*44'801*
2014	29'426	1'338	7'634	228'861	8'298	55'117	*27'807*	*1'145*	*6'398*	*219'496*	*7'421*	*45'528*
2015	29'816	1'345	7'734	232'563	8'358	55'909	*28'189*	*1'152*	*6'488*	*223'140*	*7'481*	*46'219*
2016	30'227	1'356	7'839	236'456	8'465	56'703	*28'595*	*1'164*	*6'584*	*226'989*	*7'591*	*46'901*
2017	30'640	1'365	7'933	240'488	8'551	57'425	*29'002*	*1'174*	*6'669*	*230'970*	*7'679*	*47'517*
2018	31'040	1'376	8'033	244'390	8'655	58'221	*29'398*	*1'185*	*6'762*	*234'829*	*7'782*	*48'230*
2019	31'442	1'384	8'124	248'469	8'736	58'931	*29'798*	*1'193*	*6'845*	*238'865*	*7'861*	*48'861*
2020	31'838	1'392	8'215	252'479	8'830	59'633	*30'191*	*1'201*	*6'930*	*242'846*	*7'955*	*49'490*

Variante 2 : Evolution des cas et des journées d'hospitalisations de 2005 à 2020 avec un rapprochement vers la valeur du deuxième hôpital avec la durée moyenne de séjour la plus basse

	Toutes les hospitalisations						*dont hospitalisations LAMal*					
	Cas			Journées			*Cas*			*Journées*		
	FR	Non FR	Hors FR	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	25'773	1'252	6'681	197'614	7'642	48'222	*24'284*	*1'059*	*5'552*	*188'998*	*6'761*	*39'584*
2006	26'165	1'263	6'780	197'461	7'601	48'437	*24'658*	*1'070*	*5'638*	*188'926*	*6'732*	*39'811*
2007	26'580	1'271	6'885	197'353	7'548	48'609	*25'055*	*1'078*	*5'730*	*188'900*	*6'688*	*39'983*
2008	27'008	1'284	6'961	197'350	7'509	48'368	*25'463*	*1'090*	*5'822*	*188'978*	*6'660*	*40'155*
2009	27'409	1'293	7'099	197'012	7'453	48'993	*25'845*	*1'099*	*5'918*	*188'713*	*6'613*	*40'318*
2010	27'826	1'303	7'208	196'772	7'401	49'275	*26'248*	*1'109*	*6'014*	*188'581*	*6'573*	*40'581*
2011	28'219	1'312	7'315	196'354	7'338	49'433	*26'628*	*1'118*	*6'109*	*188'277*	*6'521*	*40'737*
2012	28'624	1'321	7'423	195'881	7'275	49'707	*27'023*	*1'127*	*6'207*	*187'929*	*6'469*	*40'998*
2013	29'024	1'328	7'527	195'341	7'198	49'862	*27'412*	*1'134*	*6'300*	*187'509*	*6'403*	*41'140*
2014	29'426	1'338	7'634	194'777	7'152	50'073	*27'807*	*1'145*	*6'398*	*187'088*	*6'369*	*41'332*
2015	29'816	1'345	7'734	194'043	7'070	50'215	*28'189*	*1'152*	*6'488*	*186'494*	*6'300*	*41'480*
2016	30'227	1'356	7'839	197'211	7'159	50'915	*28'595*	*1'164*	*6'584*	*189'629*	*6'391*	*42'072*
2017	30'640	1'365	7'933	200'536	7'231	51'553	*29'002*	*1'174*	*6'669*	*192'915*	*6'465*	*42'618*
2018	31'040	1'376	8'033	203'731	7'316	52'260	*29'398*	*1'185*	*6'762*	*196'081*	*6'549*	*43'248*
2019	31'442	1'384	8'124	207'079	7'380	52'878	*29'798*	*1'193*	*6'845*	*199'396*	*6'613*	*43'804*
2020	31'838	1'392	8'215	210'368	7'458	53'488	*30'191*	*1'201*	*6'930*	*202'666*	*6'690*	*44'352*

Variante 3 : Evolution des cas et des journées d'hospitalisations de 2005 à 2020 avec un rapprochement vers la valeur du premier hôpital avec la durée moyenne de séjour la plus basse

	Toutes les hospitalisations						*dont hospitalisations LAMal*					
	Cas			Journées			*Cas*			*Journées*		
	FR	Non FR	Hors FR	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	25'773	1'252	6'681	197'614	7'642	48'222	*24'284*	*1'059*	*5'552*	*188'998*	*6'761*	*39'584*
2006	26'165	1'263	6'780	196'786	7'570	48'258	*24'658*	*1'070*	*5'638*	*188'276*	*6'705*	*39'662*
2007	26'580	1'271	6'885	195'981	7'487	48'246	*25'055*	*1'078*	*5'730*	*187'579*	*6'634*	*39'682*
2008	27'008	1'284	6'961	195'258	7'415	47'825	*25'463*	*1'090*	*5'822*	*86'962*	*6'578*	*39'696*
2009	27'409	1'293	7'099	194'178	7'328	48'247	*25'845*	*1'099*	*5'918*	*185'983*	*6'503*	*39'697*
2010	27'826	1'303	7'208	193'170	7'243	48'328	*26'248*	*1'109*	*6'014*	*185'111*	*6'433*	*39'794*
2011	28'219	1'312	7'315	191'965	7'147	48'280	*26'628*	*1'118*	*6'109*	*184'046*	*6'351*	*39'778*
2012	28'624	1'321	7'423	190'675	7'050	48'343	*27'023*	*1'127*	*6'207*	*182'910*	*6'268*	*39'860*
2013	29'024	1'328	7'527	189'295	6'938	48'283	*27'412*	*1'134*	*6'300*	*181'677*	*6'171*	*39'821*
2014	29'426	1'338	7'634	187'870	6'854	48'270	*27'807*	*1'145*	*6'398*	*180'423*	*6'103*	*39'826*
2015	29'816	1'345	7'734	186'252	6'737	48'184	*28'189*	*1'152*	*6'488*	*178'973*	*6'002*	*39'783*
2016	30'227	1'356	7'839	189'300	6'821	48'859	*28'595*	*1'164*	*6'584*	*181'989*	*6'088*	*40'351*
2017	30'640	1'365	7'933	192'500	6'891	49'472	*29'002*	*1'174*	*6'669*	*185'152*	*6'160*	*40'874*
2018	31'040	1'376	8'033	195'573	6'971	50'155	*29'398*	*1'185*	*6'762*	*188'197*	*6'240*	*41'483*
2019	31'442	1'384	8'124	198'801	7'033	50'750	*29'798*	*1'193*	*6'845*	*191'394*	*6'301*	*42'018*
2020	31'838	1'392	8'215	201'967	7'107	51'337	*30'191*	*1'201*	*6'930*	*194'540*	*6'375*	*42'545*

b. Taux d'occupation normatif des lits

En appliquant à ces journées un taux d'occupation normatifs des lits, on obtient les mêmes prévisions exprimées en terme de nombre de lits nécessaires à une prise en charge des patients.

En ce qui concerne les soins somatiques aigus, un taux d'occupation de 85% est retenu. Alors qu'en matière tarifaire, la jurisprudence du Conseil fédéral fixe un taux de 85% pour les hôpitaux de soins somatiques aigus avec prise en charge des urgences et de 90% pour les hôpitaux de soins somatiques aigus sans prise en charge des urgences, un taux unique de 85% pour tous les hôpitaux de soins aigus (indépendamment de l'existence d'un service d'urgence ou non) est admis par le Conseil fédéral en matière de planification hospitalière[23].

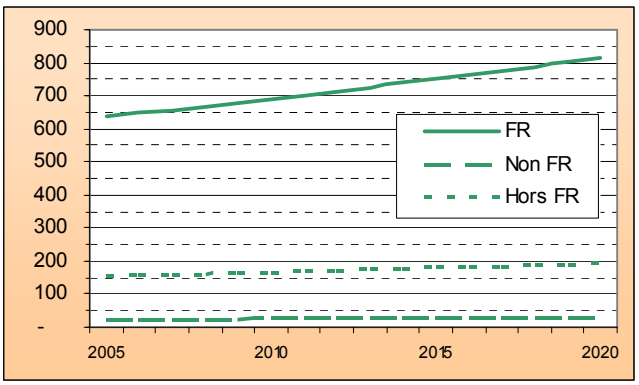
Sur cette base, les lits nécessaires à la prise en charge des patients, selon les 3 variantes de durée de

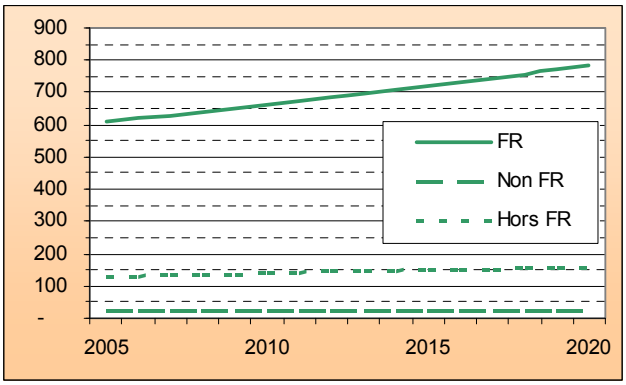
[23] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 concernant la liste des hôpitaux du canton de Fribourg : « *Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, la capacité en lits peut être calculée sur la base d'un taux d'occupation des lits de 85% pour les hôpitaux de soins aigus avec prise en charge des urgences pour tous les hôpitaux de soins somatiques aigus. Cette valeur doit être distinguée de celles qui sont utilisées pour la détermination des forfaits hospitaliers (art.49 al. 1 LAMal), où les forfaits pour les hôpitaux de soins aigus sans prise en charge des urgences sont calculées sur la base d'un taux d'occupation de 90% (RAMA 5/2001 p. 428 ss)* » (cons. 4.3.3)

séjour proposées, sont les suivants :

Variante 1 : Evolution des besoins en lits de 2005 à 2020 sans modification de la durée moyenne de séjour

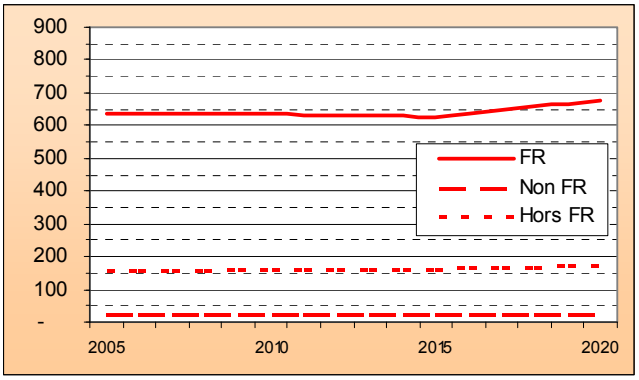
	Toutes les hospitalisations			*dont hospitalisations LAMal*		
	Lits			*Lits*		
	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	637	25	155	*609*	*22*	*128*
2006	647	25	158	*619*	*22*	*130*
2007	658	25	160	*629*	*22*	*132*
2008	669	25	161	*641*	*23*	*134*
2009	680	26	165	*651*	*23*	*135*
2010	691	26	167	*662*	*23*	*138*
2011	702	26	170	*673*	*23*	*140*
2012	714	26	172	*684*	*23*	*142*
2013	726	26	175	*696*	*24*	*144*
2014	738	27	178	*707*	*24*	*147*
2015	750	27	180	*719*	*24*	*149*
2016	762	27	183	*732*	*24*	*151*
2017	775	28	185	*744*	*25*	*153*
2018	788	28	188	*757*	*25*	*155*
2019	801	28	190	*770*	*25*	*157*
2020	814	28	192	*783*	*26*	*160*

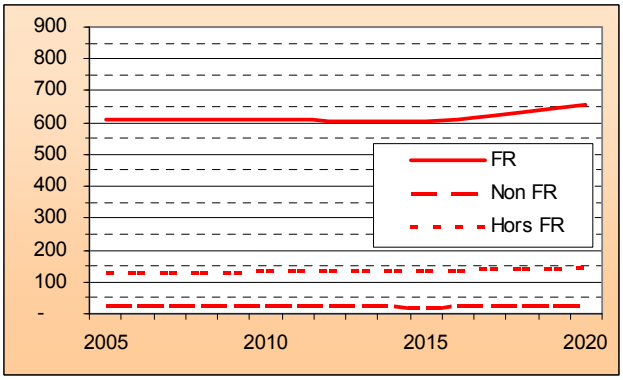




Variante 2 : Evolution des besoins en lits de 2005 à 2020 avec un rapprochement vers la valeur du deuxième hôpital avec la durée moyenne de séjour la plus basse

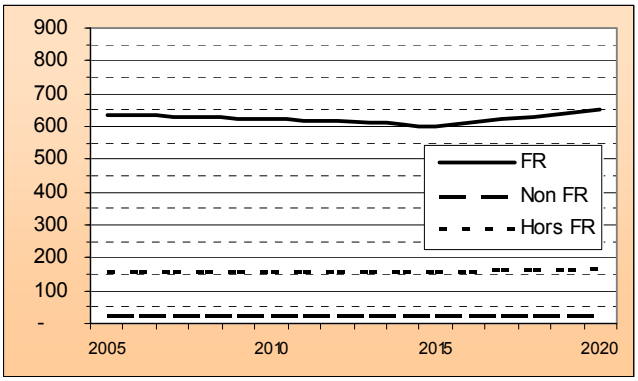
	Toutes les hospitalisations			*dont hospitalisations LAMal*		
	Lits			*Lits*		
	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	637	25	155	*609*	*22*	*128*
2006	636	24	156	*609*	*22*	*128*
2007	636	24	157	*609*	*22*	*129*
2008	636	24	156	*609*	*21*	*129*
2009	635	24	158	*608*	*21*	*130*
2010	634	24	159	*608*	*21*	*131*
2011	633	24	159	*607*	*21*	*131*
2012	631	23	160	*606*	*21*	*132*
2013	630	23	161	*604*	*21*	*133*
2014	628	23	161	*603*	*21*	*133*
2015	625	23	162	*601*	*20*	*134*
2016	636	23	164	*611*	*21*	*136*
2017	646	23	166	*622*	*21*	*137*
2018	657	24	168	*632*	*21*	*139*
2019	667	24	170	*643*	*21*	*141*
2020	678	24	172	*653*	*22*	*143*

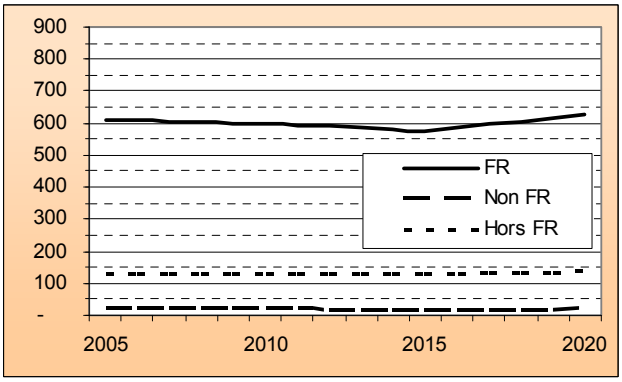




Variante 3 : Evolution des besoins en lits de 2005 à 2020 avec un rapprochement vers la valeur du premier hôpital avec la durée moyenne de séjour la plus basse

	Toutes les hospitalisations			*dont hospitalisations LAMal*		
	Lits			*Lits*		
	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	637	25	155	*609*	*22*	*28*
2006	634	24	156	*607*	*22*	*128*
2007	632	24	156	*605*	*21*	*128*
2008	629	24	154	*603*	*21*	*128*
2009	626	24	156	*599*	*21*	*128*
2010	623	23	156	*597*	*21*	*128*
2011	619	23	156	*593*	*20*	*128*
2012	615	23	156	*590*	*20*	*128*
2013	610	22	156	*586*	*20*	*128*
2014	606	22	156	*582*	*20*	*128*
2015	600	22	155	*577*	*19*	*128*
2016	610	22	157	*587*	*20*	*130*
2017	620	22	159	*597*	*20*	*132*
2018	630	22	162	*607*	*20*	*134*
2019	641	23	164	*617*	*20*	*135*
2020	651	23	165	*627*	*21*	*137*





c. Prise en compte des flux de patients

Conformément à la jurisprudence du Conseil fédéral, il y a lieu de tenir compte des flux de patients dans le cadre de la planification hospitalière.

C'est pourquoi, une distinction entre patients fribourgeois et non fribourgeois ainsi qu'une autre entre séjours hospitaliers intra- et extra-cantonaux doivent être réalisées.

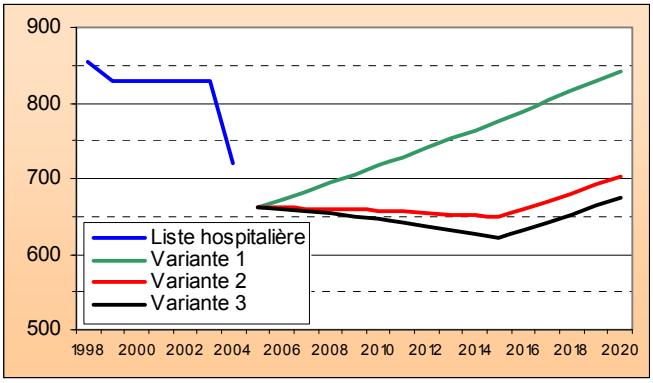
Pour prévoir les capacités hospitalières des hôpitaux fribourgeois, sont uniquement pris en compte les patients fribourgeois et non fribourgeois dans les hôpitaux du canton. Les patients fribourgeois hors canton ne peuvent être inclus dans l'évaluation des besoins en lits des hôpitaux fribourgeois, à moins que des modifications de flux soient attendues ou prévues (ex. développement ou suppression

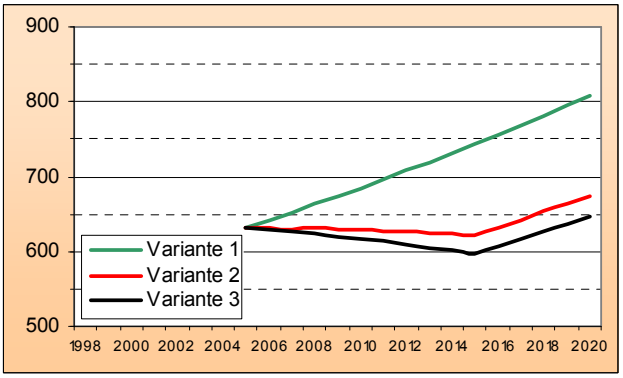
de prestations dans le canton, accueil de nouveaux patients extracantonaux selon accords particuliers, etc.).

Sur cette base, avec le maintien des flux de patients actuels, le besoin en lits dans les hôpitaux fribourgeois jusqu'en 2020, selon les 3 variantes de durée de séjour proposées, évolue comme suit :

Variante 1, 2 et 3 : Evolution des besoins en lits dans les hôpitaux du canton de Fribourg de 2005 à 2020 selon les différents objectifs de durée moyenne de séjour

	Toutes les hospitalisations (FR + Non FR)			*dont hospitalisations LAMal (FR + Non FR)*		
		Lits			*Lits*	
		Liste hospitalière				
1998		855				
1999		830				
2000		830				
2001		830				
2002		830				
2003		830				
2004		719				
	Variante 1	Variante 2	Variante 3	*Variante 1*	*Variante 2*	*Variante 3*
2005	662	662	662	*631*	*631*	*631*
2006	672	661	659	*641*	*631*	*628*
2007	683	660	656	*652*	*630*	*626*
2008	695	660	653	*663*	*631*	*624*
2009	705	659	649	*674*	*630*	*620*
2010	717	658	646	*685*	*629*	*617*
2011	728	657	642	*696*	*628*	*614*
2012	740	655	637	*708*	*627*	*610*
2013	752	653	633	*719*	*625*	*605*
2014	764	651	628	*731*	*624*	*601*
2015	777	648	622	*743*	*621*	*596*
2016	789	659	632	*756*	*632*	*606*
2017	803	670	643	*769*	*643*	*617*
2018	816	680	653	*782*	*653*	*627*
2019	829	691	663	*795*	*664*	*637*
2020	842	702	674	*808*	*675*	*648*





d. Choix d'une variante

La variante no 2 est la plus adéquate pour l'établissement de la présente planification hospitalière. Le maintien des durées moyennes de séjour actuelles (variante 1) serait contraire au but de rationalisation visé par la planification hospitalière. Bien que le canton de Fribourg se situe, de manière générale, déjà en dessous de la moyenne nationale, l'exemple d'autres établissements montre qu'il existe encore un potentiel de diminution sans pour autant toucher à la qualité de soins. Par ailleurs, l'innovation des techniques médicales, le progrès de la recherche pharmaceutique, l'amélioration du matériel et des équipements, « l'informatisation » de la médecine ont déjà démontré et démontreront encore que les séjours hospitaliers en soins aigus sont de plus en plus courts. Par contre, la variante no 3 semble simplement trop ambitieuse. C'est par conséquent, la variante no 2 qui est retenue dans le présent rapport notamment pour déterminer les capacités futures en lits hospitaliers pour le canton. Si l'atteinte de cet objectif peut sembler a priori élevé, il est néanmoins tout à fait réalisable. En effet, le résultat de ces estimations tient compte uniquement d'une diminution attendue des durées moyennes de séjours, mais pas d'un éventuel transfert de cas hospitaliers (dont la durée de séjour actuelle se situe à 1 ou 2 jours) vers une prise en charge semi-hospitalière ou ambulatoire (avec une durée de séjour d'un seul jour). Un transfert de cette nature doit donc également permettre d'atteindre l'objectif retenu. De plus, comme mentionné précédemment, la méthode limite le rapprochement de la durée moyenne de séjour par pathologie vers la deuxième meilleure valeur nationale à une diminution maximale de 4 jours ou de 30%.

e. Résultats

Les résultats montrent que l'augmentation de la population peut être compensée par une baisse des durées moyennes de séjour durant les premières années. Une fois les valeurs incompressibles de durées de séjour atteintes, un nombre de lits plus important sera à nouveau nécessaire compte tenu de la croissance et du vieillissement de la population. Il faut également préciser, au sujet de l'écart constaté entre le nombre de lits mentionné sur l'actuelle liste des hôpitaux et la situation de départ 2005 des prévisions, que, d'une part, environ 15 lits du RHF-Fribourg sont à présent comptabilisés dans les soins de réadaptation (centre de prise en charge M900 et : / M950) et que, d'autre part, 9 lits manquent concernant 2'830 journées d'hospitalisations non répertoriées dans la statistique médicale 2005 de l'Hôpital Daler (9 lits = 2'830 journées / 365 jours / 85% de taux d'occupation).

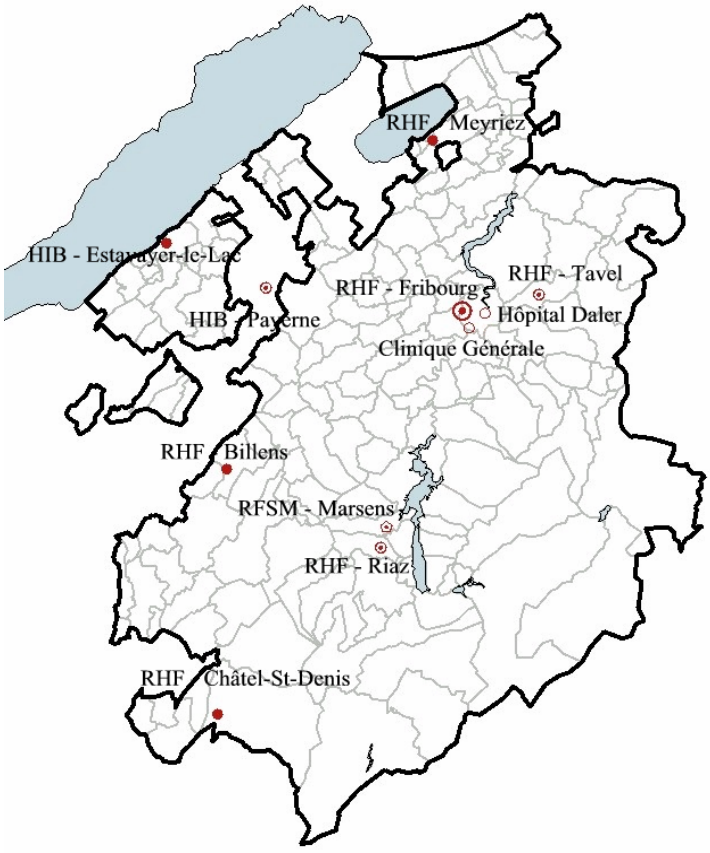
Il a lieu de préciser également qu'il s'agit de prévisions brutes qui ne tiennent pas encore compte d'éventuelles propositions de rapatriements de prestations offertes hors canton.

Les prévisions et résultats détaillés par pathologie (APDRG) figurent en annexe (*cf. ANNEXE 3* ***:*** *Prévisions par APDRG : 2008, 2010, 2015, 2020)*

5.4.2 Evaluation de l'offre et de la prise en charge intracantonale

A titre préliminaire, il convient de mentionner, que sans mention particulière les chiffres présentés ci-après concernent l'exercice 2005 et l'ensemble de l'activité des établissements (patients LAMal et non LAMal). Néanmoins, la liste des hôpitaux mentionnera également, de manière distincte, les capacités concernant les patients LAMal.

Les établissements figurant actuellement sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg avec un mandat de prestation pour des soins aigus sont les suivants : le site de Fribourg du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Fribourg) en tant qu'hôpital de référence pour l'ensemble du canton, le site de Riaz du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Riaz), le site de Payerne de l'Hôpital intercantonal de la Broye (ci-après HIB-Payerne), le site de Tavel du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Tavel), le site de Meyriez du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF- Meyriez), la Clinique Générale à Fribourg et l'Hôpital Daler à Fribourg. Tous ces établissements figurent en tant qu'hôpitaux fournissant des soins de base, y compris le RHF-Fribourg pour la population du district de la Sarine.



Carte : sites hospitaliers du canton de Fribourg

5.4.2.1 Infrastructures et équipements

Le tableau ci-dessous présente les infrastructures et équipements des différents hôpitaux de soins aigus.

	RHF-Fribourg	RHF-Riaz	HIB – Payerne	RHF-Tavel	RHF-Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Infrastructure à usage spécifique							
Salles d'urgences (admission)	✓	✓	✓	✓	✓		
Nombre de salles d'opération	11	4	4	3	2	8	4
Lithotripteur (fixe)							✓
Salles de réveil	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Salles d'accouchements	✓	✓	✓			✓	✓
Stérilisation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Centre de transfusion sanguine	tiers						
Ecographie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Radiologie et médecine nucléaire							
IRM	✓						
PET (Positron Emission Tomographe)	✓						
Scanner	✓	✓	✓	tiers*		tiers*	✓
Labo. d'isotopes	✓						
Densitométrie osseuse		✓					✓
Radiothérapie							
Thérapie superficielle	✓						
Thérapie conventionnelle	✓						
Thérapie à haute énergie	✓						
Services diagnostics							
Labo. de chimie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	tiers*
Labo. d'hématologie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	tiers*
Labo. de microbiologie	✓	✓	✓	✓	✓		tiers*
Labo. d'immunologie		✓		✓			tiers*
Labo. de sérologie	✓			✓	✓	✓	tiers*
Labo. de pathologie							tiers*
EEG, EMG	✓		✓				
Autres services thérapeutiques spécifiques							
Hémodialyse	✓	✓					

* tiers = équipement avec accès direct dans l'hôpital, mais exploité par une société extérieure

Source : statistique administrative OFS des hôpitaux 2006

Il est à relever que, dans l'intervalle, la Clinique Générale ne compte plus que 4 salles d'opérations, toute l'activité hospitalière ayant été déplacée sur un seul site (Bâtiment Ste-Anne). Par ailleurs, cet hôpital a également fermé ses salles d'accouchement.

5.4.2.2 Champ d'activité et étendue des prestations

En 2005, le 40% environ des cas d'hospitalisations est pris en charge par le RHF-Fribourg, plus de 35% des cas par les autres hôpitaux publics du canton et légèrement moins de 25% par les cliniques privées.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Cas	10'673	4'197	1'854	2'510	1'510	3'891	2'390	27'025
Jours	98'074	28'195	12'150	20'358	10'800	22'277	13'402	205'256
Lits	316	91	39	66	35	72	43	662

Les données de la statistique médicale peuvent diverger légèrement de celles de la statistique administrative des hôpitaux en raison de la prise en compte d'un périmètre annuel différent dans les deux statistiques (voir définition au chapitre 5.1). Par ailleurs, il y a lieu de relever que les données de la statistique médicale fournies par l'Hôpital Daler ne sont pas exhaustives, malgré les exigences de la loi fédérale sur la statistique. Un certain nombre de cas n'ont pas été codés et ont été communiqués séparément. Ils ne figurent donc pas dans l'analyse détaillée des prestations ci-après, d'autant plus qu'ils ont été communiqués de manière globale (cas et journées d'hospitalisation par discipline) sans détail du type de prise en charge, du garant, de la provenance, de la pathologie exacte, etc. de chaque patient/séjour. Il est à relever que ces cas concernent essentiellement des prestations de gynécologie et d'obstétrique, domaines pour lesquels aucune proposition de modification du mandat de prestations pour l'Hôpital Daler n'est faite dans le présent rapport. L'analyse séparée qui a été faite de ces données complémentaires n'est donc pas susceptible de remettre en cause les propositions qui sont faites dans les autres domaines. De plus, le nombre de lits correspondant aux cas et journées manquantes a été ajouté aux capacités déterminées au chapitre 5.4.6 pour l'Hôpital Daler.

5.4.2.3 Lourdeur moyenne des cas

Le RHF-Fribourg est l'établissement offrant le plus large éventail de prestations selon la classification des APDRG, avec au total 532 DRG distincts (sur plus de 640 disponibles). Les autres hôpitaux publics offrent entre 250 et 400 DRG distincts tandis que les cliniques privées ont un éventail plus restreint avec moins de 200 DRG distincts. Sans surprise, le RHF-Fribourg, qui fonctionne comme hôpital de référence pour le canton de Fribourg pour les prestations médicales non universitaires, affiche la lourdeur moyenne des cas la plus élevée. Cette lourdeur médico-économique se mesure au moyen de l'indice de casemix qui s'obtient par l'addition des cost-weights de chaque cas divisé par le nombre total de cas traités. La moyenne nationale est fixée à 1.00. Un établissement avec un indice de 1.20 réalise une activité qui devrait être de 20% plus

coûteuse que la moyenne. A l'inverse, un hôpital affichant un indice de 0.80 offre une activité qui devrait être de 20% moins coûteuse que la moyenne. Sur cette base, le RHF-Fribourg présente un indice de casemix de 1.21 (version 4.1 des cost-weights en 2005 selon les recommandations de l'association « APDRG Suisse »). Suivent le RHF-Riaz et le HIB-Payerne avec des indices respectifs de 0.99 et 0.95. Le RHF-Tavel et le RHF-Meyriez ont une lourdeur moyenne des cas 2005 de 0.90 et 0.87 tandis que les cliniques privées présentent les lourdeurs moyennes les plus basses avec 0.80 pour la Clinique Générale et 0.81 pour l'Hôpital Daler.

	RHF - Fri-bourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Nombre moyen de diagnostics par cas	3.96	5.33	4.75	2.13	2.06	1.53	1.44	3.38
Nombre moyen de diagnostics pas cas (sans le diagnostic principal complémentaire)	3.82	5.18	4.59	2.13	2.06	1.43	1.42	3.27
Nombre moyen de traitements par cas	1.28	1.29	1.06	0.72	0.78	1.55	1.45	1.24
Nombre de DRG distincts	532	400	305	271	252	177	164	556
Casemix	12'882	4'143	1'757	2'271	1'308	3'123	1'927	27'412
Cas	10'673	4'197	1'854	2'510	1'510	3'891	2'390	27'025
Indice de casemix	1.21	0.99	0.95	0.90	0.87	0.80	0.81	1.01

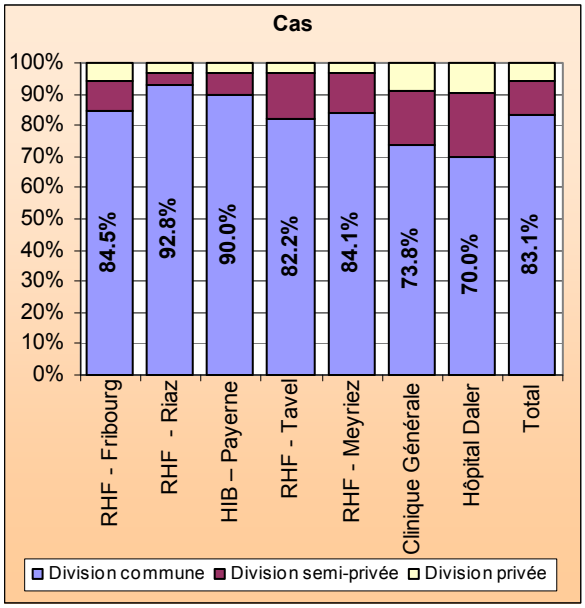
5.4.2.4 Types de prise en charge

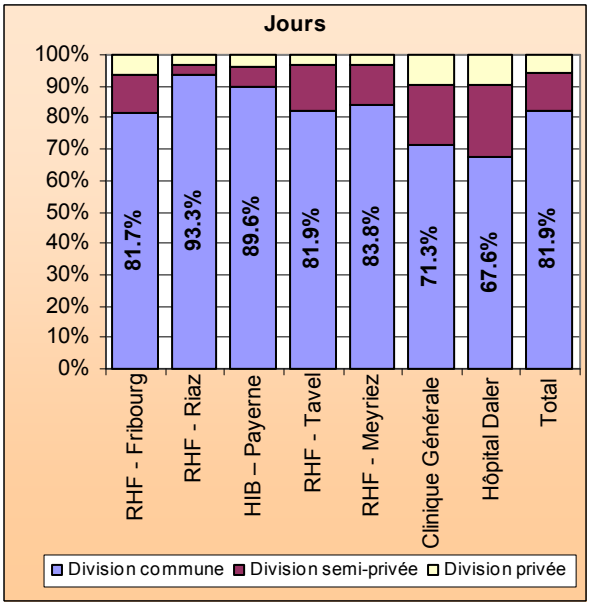
Le présent chapitre analyse l'offre selon les différents critères suivants : la division d'hospitalisation, le garant principal (agent payeur), le type de séjour avant l'admission des patients et le type de séjour à la sortie du patient.

a. Prise en charge selon la division

Dans les hôpitaux publics, les cas traités en division commune par le RHF-Fribourg, le RHF-Tavel représentent entre 82% et 85% de l'activité. Le HIB-Payerne et le RHF-Riaz affichent une prise en charge en division commune entre 90% et 93%. Ce taux est plus faible, mais tout de même relativement élevé dans les cliniques privées : la Clinique Générale réalise près de 74% des journées en division commune et l'Hôpital Daler 70%. L'activité semi-privée ou privée concerne donc moins d'un tiers de l'activité totale de ces établissements privés.

	RHF - Fribourg		RHF - Riaz		HIB – Payerne		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler		Total	
	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours
Division commune	9'016	80'164	3'893	26'311	1'669	10'885	2'064	16'680	1'270	9'049	2'870	15'878	1'674	9'057	22'456	168'024
Division semi-privée	1'032	11'446	171	999	123	816	360	3'023	195	1'411	670	4'213	488	3'052	3'039	24'960
Division privée	625	6'464	133	885	62	449	86	655	45	340	351	2'186	228	1'293	1'530	12'272
Total	10'673	98'074	4'197	28'195	1'854	12'150	2'510	20'358	1'510	10'800	3'891	22'277	2'390	13'402	27'025	205'256



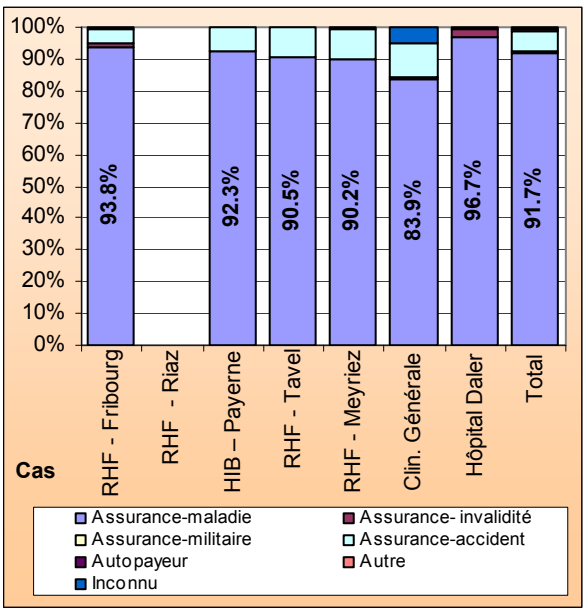


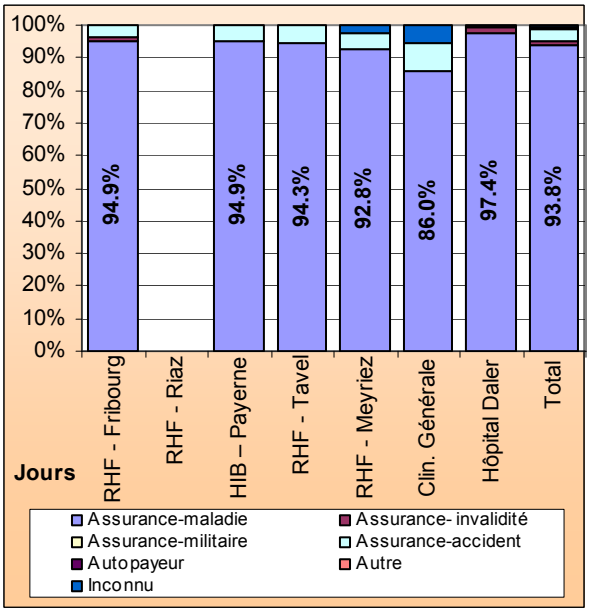
Les cliniques privées couvrent près de 17.5% des journées totales d'hospitalisations en soins aigus des hôpitaux fribourgeois (35'679 journées sur 205'256). On peut donc en déduire qu'elles sont nécessaires à la couverture des besoins hospitaliers du canton.

b. Prise en charge selon le garant

Dans tous les établissements, l'activité soumise à la loi fédérale sur l'assurance-maladie représente plus de 80% des cas ou des journées. Il faut préciser que les données concernant le RHF-Riaz ne sont pas pertinentes, puisque cette variable n'a pas été relevée ; la valeur réelle devrait vraisemblablement également se situer entre 90 et 95% à l'instar des autres hôpitaux publics.

	RHF - Fribourg		RHF - Riaz		HIB – Payerne		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler		Total	
	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours
Assurance-maladie	10'015	93'100	-	-	1'712	11'526	2'271	19'207	1'362	10'027	3'266	19'166	2'312	13'049	20'938	166'075
Assurance-invalidité	136	1'513	-	-	2	44	-	-	-	-	4	16	67	301	209	1'874
Assurance-militaire	18	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	85
Assurance-accident	468	3'192	-	-	139	576	239	1'151	134	516	425	1'853	-	-	1'405	7'288
Autopayeur	30	165	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	11	52	42	221
Autre	6	19	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10	-	-	8	29
Inconnu	-	-	4'197	28'195	-	-	-	-	14	257	194	1'232	-	-	4'405	29'684
Total	10'673	98'074	4'197	28'195	1'854	12'150	2'510	20'358	1'510	10'800	3'891	22'277	2'390	13'402	27'025	205'256





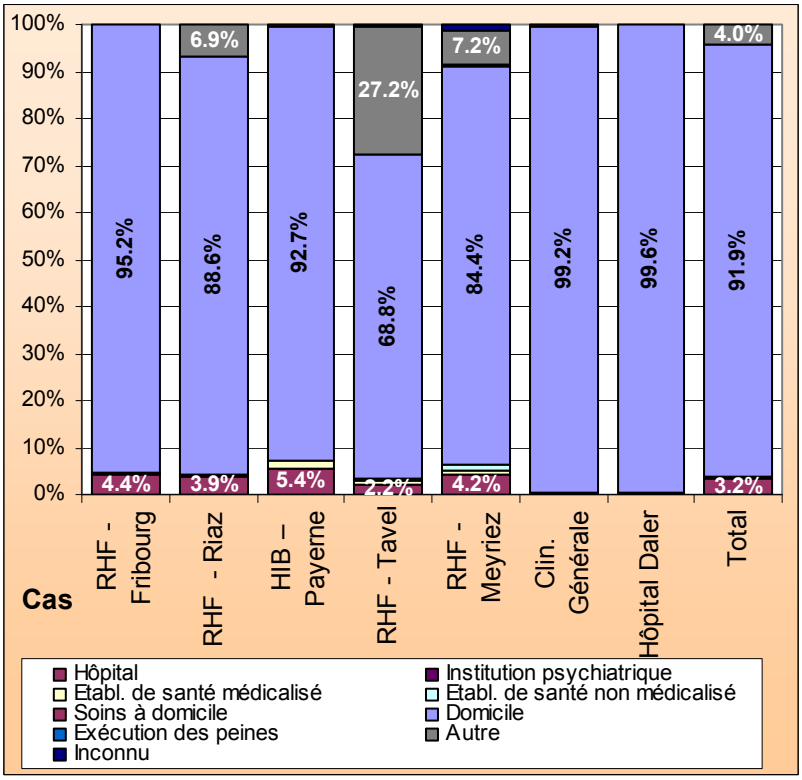
L'ensemble des établissements contribuent donc de manière prépondérante à la couverture des besoins hospitaliers LAMal.

c. Prise en charge selon le type de séjour avant l'admission (cas)

La plupart des patients sont admis dans les hôpitaux fribourgeois en provenance de leur domicile. Dans les établissements publics de soins aigus, seulement 2 à 6% des patients sont admis en provenance d'un autre hôpital. Ce taux est par ailleurs quasi nul dans les cliniques privées dont les

admissions concernent presque exclusivement des patients en provenance du domicile.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Domicile	10'158	3'719	1'719	1'726	1'275	3'859	2'380	24'836
Soins à domicile	-	-	-	-	-	-	-	-
Etabl. de santé médicalisé	46	-	28	13	15	1	-	103
Etabl. de santé non médicalisé	-	-	-	16	19	-	-	35
Institution psychiatrique	1	21	3	2	-	-	-	27
Hôpital	465	164	100	55	63	19	7	873
Exécution des peines	-	-	-	-	9	-	-	9
Autre	-	291	4	683	108	4	3	1'093
Inconnu	3	2	-	15	21	8	-	49
Total	10'673	4'197	1'854	2'510	1'510	3'891	2'390	27'025

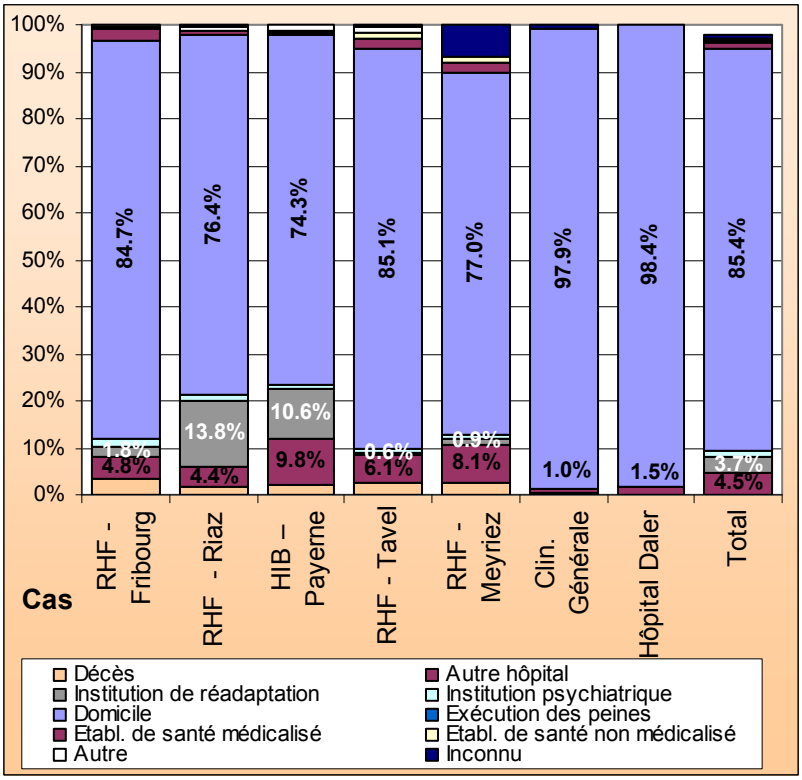


d. Prise en charge selon le type de séjour à la sortie (cas)

Le RHF-Riaz et le HIB-Payerne, qui offrent en 2005 également une activité de réadaptation au sein de leur propre entité juridique (RHF – Châtel-St-Denis, RHF-Billens et HIB – Estavayer-le-Lac), affichent logiquement les taux de transferts vers une institution de réadaptation les plus élevés (13.8% et 10.6%). Cela prouve que les transferts des patients des soins aigus vers les soins de suite de traitement ou de réadaptation semblent bien fonctionner sur les sites de RHF - Châtel-St-Denis, RHF-Billens et HIB - Estavaver-le-Lac. Quant aux transferts vers un autre hôpital de soins aigus, ils varient entre 4% et 10% dans les établissements publics et sont de l'ordre de 1% à 2 % dans les

cliniques privées.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Décès	370	75	38	61	41	11	3	599
Domicile	9'038	3'206	1'377	2'135	1'162	3'810	2'352	23'080
Etabl. de santé médicalisé	261	44	8	53	30	1	-	397
Etabl. de santé non médicalisé	70	-	8	29	16	1	-	124
Institution psychiatrique	195	58	20	16	14	-	-	303
Institution de réadaptation	189	581	197	16	14	-	-	997
Autre hôpital	510	183	181	152	122	37	35	1'220
Exécution des peines	1	-	-	-	6	-	-	7
Autre	37	32	22	38	2	-	-	131
Inconnu	2	18	3	10	103	31	-	167
Total	10'673	4'197	1'854	2'510	1'510	3'891	2'390	27'025



Très peu de personnes traitées en cliniques privées bénéficient de traitement de réadaptation. La proportion est plus importante pour les patients des établissements publics regroupant en leur sein également sous la même entité juridique un centre de soins et de réadaptation (RHF-Riaz et HIB-Payerne). On peut s'attendre à ce que le regroupement des établissements au sein du Réseau hospitalier fribourgeois entraîne une amélioration des flux de patients vers les soins de réadaptation depuis tous les sites de soins aigus, y compris des cliniques privées qui bénéficient également de cette possibilité de transferts des patients en soins de réadaptation à la fin du séjour aigus.

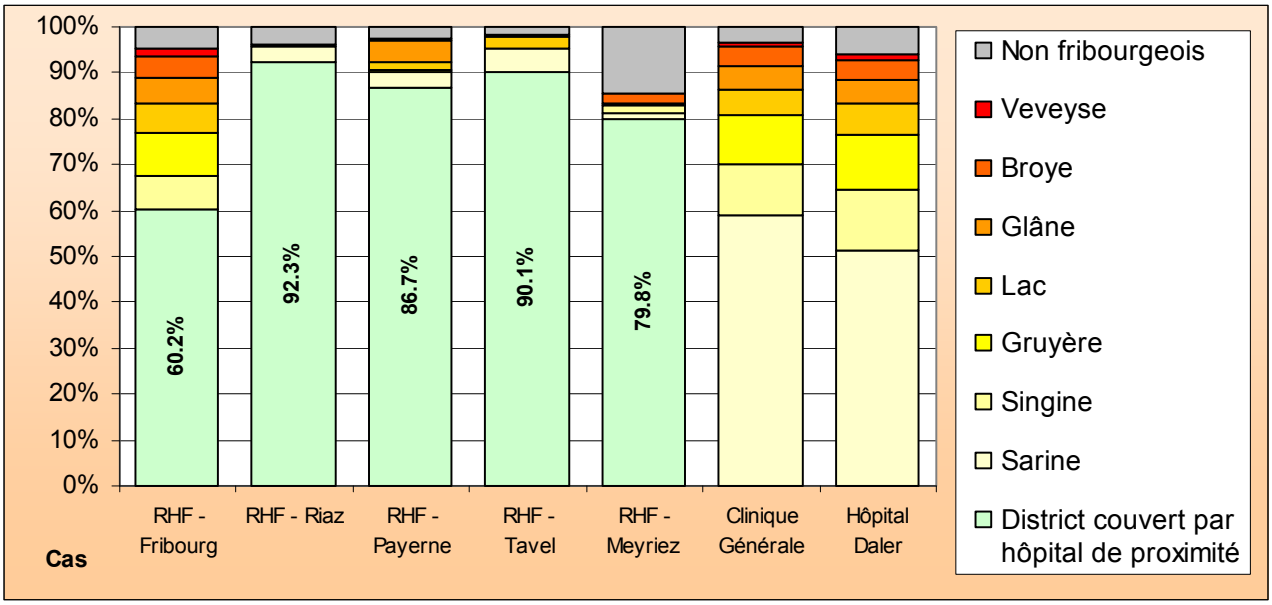
5.4.2.5 Force d'attraction (provenance et destination des patients)

Les informations relatives aux flux de patients sont primordiales pour connaître le rôle que joue un établissement dans la couverture des besoins hospitaliers pour le canton ou pour une région. Ces flux sont analysés sous deux angles : le premier, axé sur l'hôpital, détermine la provenance des patients, le second, axé sur le district, indique la destination de tous les patients/habitants.

a. Prise en charge par hôpital selon la provenance des patients (cas)

Dans les quatre hôpitaux publics « périphériques », les patients proviennent essentiellement du district où ces établissements jouent un rôle d'hôpital de proximité avec prise en charge des soins de base. Ainsi, au RHF-Meyriez 79.8% des patients proviennent du district du Lac, au HIB-Payerne 86.7% des patients proviennent de la Broye, au RHF-Tavel 90.1% des patients sont issus de la Singine et au RHF-Riaz 92.3% des patients proviennent des districts de la Gruyère, de la Glâne et de la Veveyse. Le RHF-Fribourg, qui joue non seulement le rôle d'établissement de proximité et de soins de base pour la population du district de la Sarine, mais également de site de référence pour les prestations spécialisées, affiche logiquement un taux de patient en provenance de ce district inférieur, avec 60.2%. On constate que le 40% des patients restant provient de manière égale des autres districts du canton et également du canton de Vaud puisqu'en vertu de l'accord intercantonal sur l'HIB passé entre les cantons de Vaud et de Fribourg, le RHF-Fribourg est également le site de référence pour les prestations spécialisées non universitaires des patients vaudois en provenance de l'HIB. Enfin, les cliniques privées attirent entre 50% et 60% des patients en provenance de la région centrale du canton (Sarine), le solde en provenance de tous les autres districts du canton.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	RHF - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
District couvert par hôpital de proximité	60.2%	92.3%	86.7%	90.1%	79.8%		
Sarine		3.5%	3.2%	5.0%	1.3%	58.9%	51.4%
Singine	7.6%	0.0%	0.1%		1.9%	11.1%	13.2%
Gruyère	9.3%		0.6%	0.2%	0.2%	10.6%	12.1%
Lac	6.4%	0.1%	1.7%	2.6%		5.6%	6.8%
Glâne	5.6%		4.7%	0.1%	0.1%	5.1%	4.9%
Broye	4.6%	0.3%		0.1%	2.1%	4.5%	4.5%
Veveyse	1.6%		0.2%	0.1%	0.0%	0.6%	1.1%
Non fribourgeois	4.7%	3.8%	2.6%	1.9%	14.7%	3.4%	6.0%
Total par hôpital	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



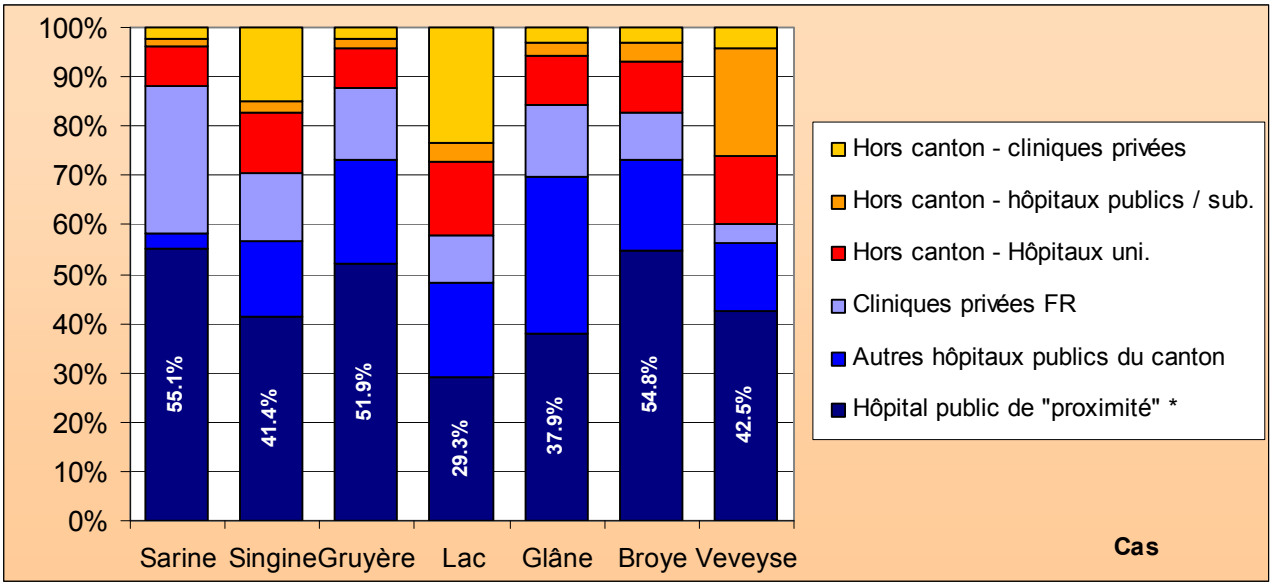
b. Prise en charge de la population du district selon l'hôpital de destination (cas)

La provenance des patients d'un hôpital ne saurait encore démontrer la couverture des besoins pour une région ou un district. Pour ce faire, il est nécessaire de tenir compte de l'ensemble des patients d'un district et de déterminer leur hôpital de destination. Seule cette analyse permet de connaître le taux de couverture des besoins d'une région par un établissement.

Sur cette base, on constate que 55.1% des habitants de la Sarine se font hospitaliser dans leur hôpital public de proximité, près de 30% se font traiter dans les cliniques privées du canton et seuls 11.7% se font hospitalisés hors canton.

La population de la Broye affiche un taux d'utilisation de leur hôpital de proximité de 54.8%,. les habitants de la Gruyère de 51.9%, ceux de la Veveyse de 42.5%. Les district de la Singine, de la Glâne et du Lac affichent les taux d'utilisation de leur hôpital de proximité les plus faibles du canton, avec 41.4%, 37.9% et de 29.3% pour le district du Lac. C'est par ailleurs la population du district du Lac qui recoure le plus aux hospitalisations hors canton, avec plus de 42% de séjours en dehors du territoire fribourgeois, notamment dans les cliniques privées bernoises. Les patients de la Veveyse affiche également un taux de recours d'hospitalisations hors canton élevé de près de 40%.

	Traitement intracantonal			Traitement hors canton			Total	*dont patients hors canton*
	Hôpital public de "proximité"*	Autres hôpitaux publics du canton	Cliniques privées FR	Hors canton - Hôpitaux uni.	Hors canton - hôpitaux publics / sub.	Hors canton - cliniques privées		
Sarine	55.1%	3.0%	30.2%	7.8%	1.6%	2.3%	100.0%	11.7%
Singine	41.4%	15.4%	13.7%	12.2%	2.5%	14.8%	100.0%	29.5%
Gruyère	51.9%	21.2%	14.7%	8.2%	1.7%	2.4%	100.0%	12.2%
Lac	29.3%	19.2%	9.2%	14.9%	4.2%	23.2%	100.0%	42.3%
Glâne	37.9%	31.6%	14.6%	10.0%	2.9%	2.9%	100.0%	15.8%
Broye	54.8%	18.3%	9.7%	10.4%	3.7%	3.1%	100.0%	17.1%
Veveyse	42.5%	13.8%	4.0%	13.9%	21.6%	4.3%	100.0%	39.7%
Total patients FR	47.4%	13.6%	18.5%	10.1%	3.2%	7.3%	100.0%	20.6%



* Sarine = RHF-Fribourg, Singine = RHF-Tavel, Gruyère = RHF-Riaz, Lac = RHF-Meyriez, Glâne = RHF-Riaz, Broye = HIB-Payerne, Veveyse = RHF-Riaz.

5.4.2.6 Personnel

a. Equivalent plein temps selon catégorie de personnel (tout l'hôpital)

Les données relatives aux personnes ne concernent pas uniquement les soins aigus, mais l'ensemble des activités des hôpitaux (soins aigus et réadaptation, stationnaires et ambulatoires).

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer *		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Médecins et autres univ.	204.9	209.0	58.2	54.8	50.5	49.5	24.6	25.0	13.5	18.5	0.0	-	0.2	0.2
Pers. soins	429.1	427.8	169.8	169.5	147.2	131.3	62.4	62.7	41.0	38.9	71.5	69.4	59.5	66.5
Pers. autres discip. méd.	379.4	374.7	150.9	151.4	99.7	122.6	41.8	42.0	18.8	22.2	46.9	35.9	30.7	32.0
Pers. admin.	67.2	67.6	31.9	30.0	40.3	30.8	15.7	16.8	13.6	8.8	14.6	14.5	11.3	11.1
Personnel économat	177.9	180.4	92.5	90.6	101.7	82.0	34.0	33.9	12.7	13.3	24.2	21.9	24.1	22.1
Pers. serv. technique	35.1	34.7	8.6	7.6	8.8	9.1	4.0	4.0	2.0	2.0	4.0	4.1	3.0	3.9
Total pers.	1'293.6	1'294.2	512.0	503.9	448.0	425.3	182.4	184.3	101.6	103.6	161.2	145.8	128.8	135.8

* HIB : y compris l'activité vaudoise

Source : statistique administrative OFS

Les proportions entre les différentes catégories de personnel ne varient que très peu entre les établissements publics. Elles sont en moyenne les suivantes : 12% environ de médecins et autres universitaires, 35% de personnel soignant, 28% de personnel d'autres disciplines (médico-technique), 7% de personnel administratif, 16% de personnel de l'économat et 2% de personnel du service technique. Dans les cliniques privées qui n'ont pas de médecins salariés et qui fonctionnent selon un système d'hôpital « ouvert », avec des médecins accrédités, les proportions sont de ce fait légèrement différentes.

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Médecins et autres univ.	16%	16%	11%	11%	11%	12%	13%	14%	13%	18%	0%	0%	0%	0%
Pers. soins	33%	33%	33%	34%	33%	31%	34%	34%	40%	38%	44%	48%	46%	49%
Pers. autres discip. méd.	29%	29%	29%	30%	22%	29%	23%	23%	18%	21%	29%	25%	24%	24%
Pers. admin.	5%	5%	6%	6%	9%	7%	9%	9%	13%	8%	9%	10%	9%	8%
Personnel économat	14%	14%	18%	18%	23%	19%	19%	18%	13%	13%	15%	15%	19%	16%
Pers. serv. technique	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	2%	3%
Total pers.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

b. Charge par équivalent plein temps selon les catégories de personnel (tout l'hôpital, sans charges sociales, en francs)

Les charges moyennes par équivalent plein temps laissent apparaître d'importants écarts selon les catégories de personnel.

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer *		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Médecins et autres univ.	92'008	94'234	123'066	135'068	124'666	130'549	101'729	102'292	135'626	107'476	150'412	-	130'499	129'999
Pers. soins	83'270	83'386	78'111	79'809	71'747	77'815	72'438	73'683	81'173	84'124	77'603	64'051	56'791	56'097
Pers. autres discip. méd.	76'728	77'789	66'366	68'004	82'576	69'536	92'348	97'811	107'768	104'562	98'168	75'860	114'072	124'946
Pers. admin.	66'520	69'536	73'368	75'377	47'549	67'150	67'023	67'721	63'378	102'085	116'511	93'022	71'563	73'162
Personnel économat	57'271	59'263	53'816	56'731	43'978	53'850	52'440	52'991	54'249	56'075	53'698	46'023	45'583	48'483
Pers. serv. technique	80'691	82'773	92'256	108'502	84'178	72'355	82'000	86'000	95'000	99'000	102'183	76'163	69'183	70'048
Total personnel	78'219	79'415	75'308	78'285	71'883	76'052	76'962	78'990	87'842	90'901	84'129	67'456	70'046	72'774

* HIB : y compris l'activité vaudoise

Source : statistique administrative OFS

5.4.2.7 Lieu de formation

Pour garantir à long terme le bon fonctionnement du système hospitalier, il est essentiel d'une part de disposer de personnel qualifié, mais également d'autre part de pouvoir assurer la relève pour éviter dans l'avenir les éventuelles pénuries de personnel tant redoutées. Dans ce cadre, les établissements hospitaliers ont un rôle fondamental à jouer. En ce qui concerne le personnel soignant ou médico-technique, tous les établissements participent à la formation du personnel. Par contre, la formation des médecins-assistants n'est assurée que par les hôpitaux publics, soit les sites du RHF et de l'HIB. La Clinique Générale et l'Hôpital Daler n'ont pas cette vocation. Il est par conséquent important d'en tenir compte dans l'attribution des mandats de prestations en n'octroyant ainsi pas une discipline spécifique à un établissement privé qui ne saurait par la même occasion garantir dans ce domaine une formation adéquate aux médecins de demain.

Selon la conception détaillée de la statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique, le tableau ci-dessous montre le niveau de reconnaissance pour la formation postgraduée reconnue par la FMH (par ordre d' « importance » de A à C)

	RHF-Fribourg	RHF-Riaz	HIB – Payerne	RHF-Tavel	RHF-Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Soins intensifs (en général)	A	-	B	-	-	-	-
Médecine interne (en général)	A	B	B	C	C	-	-
- gastroentérologie	-	-	B	-	-	-	-
- cardiologie	-	-	B	-	-	-	-
- pneumologie	-	-	-	-	-	-	-
- néphrologie	C	-	-	-	-	-	-
- rhumatologie	-	-	-	-	-	-	-
- neurologie	-	-	B	-	-	-	-
- onco-hématologie	B	B	B	-	-	-	-
- angiologie	-	-	-	-	-	-	-
- hématologie	C	-	-	-	-	-	-
Chirurgie (en général)	A	C	C	C	C	-	-
- chirurgie orthopédique	B	C	C	C	-	-	-
- chirurgie plastique et reconstructive	-	-	C	-	-	-	-
- urologie	-	-	C	-	-	-	-
- neurochirurgie	-	-	C	-	-	-	-
- chirurgie de la main	-	-	C	-	-	-	-
- chirurgie maxillo-faciale	-	-	C	-	-	-	-
Gynécologie et obstétrique (en général)	B	B	C	-	-	-	-
Pédiatrie	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie et psychothérapie	-	-	B	-	-	-	-
Ophtalmologie	C	B	B	-	-	-	-
Oto-rhino-laryngologie (en général)	C	B	B	-	-	-	-
Dermatologie et vénérologie	-	-	B	-	-	-	-
- allergologie	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie médicale	-	-	-	-	-	-	-
- radiodiagnostic	A	-	B	-	-	-	-
- radio-oncologie	B	-	-	-	-	-	-
Gériatrie	-	-	-	-	-	-	-
Médecine physique et réadaptation	-	-	-	-	-	-	-
- spécialité en rhumatologie	B	-	-	-	-	-	-
Autres domaines d'activité	-	-	-	-	-	-	-
- anesthésiologie	A	B	B	-	-	-	-

Source : statistique administrative OFS 2006 (état mars 2007)

5.4.2.8 Données financières

L'analyse des données financières est évidemment importante dans la perspective de la recherche de la maîtrise des coûts de la santé. La planification doit en tenir compte, mais le choix des fournisseurs de prestations ne saurait tenir compte de seuls critères purement économiques. L'utilisation des données financières a en effet les limites suivantes :

- la comptabilité financière des hôpitaux inclut aussi bien l'activité stationnaire

qu'ambulatoire ;

- pour les établissements multi-sites, la comptabilité financière ne permet de distinguer ni les différents sites ni les différents types de prise en charge (comme l'activité de soins aigus et l'activité de réadaptation) ;
- la comptabilité analytique par centre de charge permet de déterminer un coût moyen par service sans tenir compte des prestations variables fournies par les divers établissements pour un même service ;
- la pondération des coûts par cas par un indice de casemix permet d'indiquer une tendance, mais cette méthode se confronte au fait que les sources d'informations, les définitions des cas et les périmètres des centres de charges sont différents ;
- la démonstration fiable et sans conteste des écarts de coûts pour des prestations identiques ne sera possible qu'à terme, dès la mise en place de manière généralisée au sein du RHF et des cliniques privées de la comptabilité analytique par unité finale d'imputation (coût par patient) et d'un financement par pathologie (projet national Swiss-DRG).

Malgré ces limites, les données financières sont tout de même mentionnées dans le but :

- d'établir un maximum de transparence concernant les données à disposition sur les différents établissements. Ceci est d'autant plus légitime que la majorité des revenus proviennent des assurances sociales (LAMal, LAA, LAI), y compris dans les cliniques privées ;
- d'indiquer des tendances correctes et de s'approcher ainsi tout de même de la vérité des coûts tout en gardant à l'esprit les réserves mentionnées précédemment.

a. Comptabilité financière (tout l'hôpital, en milliers de francs)

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer *		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale**		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Médecins et autres univ.	18849	19692	7162	7398	6291	6456	2498	2561	1833	1993	3	0	26	25
Pers. soins	35732	35675	13262	13528	10558	10218	4520	4618	3325	3270	5546	4448	3379	3730
Pers. autres discip. méd.	29111	29148	10017	10296	8231	8527	3860	4108	2022	2322	4604	2720	3502	3970
Pers. admin.	4467	4701	2343	2261	1915	2068	1051	1136	864	894	1696	1345	809	812
Personnel économat	10191	10691	4980	5142	4471	4413	1782	1794	690	743	1301	1010	1098	1071
Pers. serv. technique	2836	2874	790	823	738	662	328	344	190	198	411	313	207	273
Autres, inconnus	18031	18971	8373	8630	5990	5906	2534	2683	1466	1511	2202	1706	1327	1455
Honoraires méd.	8494	8381	2911	2766	1866	1582	1279	1420	1014	777	2699	3780	1	1
Autres charges pers.	315	8381	286	268	183	273	106	36	64	70	135	93	47	106
Sous-total pers.	**128026**	**130412**	**50124**	**51112**	**40243**	**40105**	**17958**	**18700**	**11468**	**11778**	18597	**15415**	**10396**	**11443**

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer *		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale**		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Matériel méd.	27322	28883	10342	10796	8023	8888	3548	3758	1780	2055	6582	5474	4342	4317
Produits alimentaires	2319	2414	1102	1159	1647	1708	778	786	477	519	1035	546	460	434
Autres charges Mén.	739	760	1697	1718	506	448	196	159	787	823	1155	866	355	395
Entr., rép. Immeubles	5387	5942	1508	1534	1086	1048	526	674	352	341	839	676	800	1445
Charges invest.	13305	15450	1857	2712	1213	1128	322	388	244	610	1418	1634	3010	3184
Eau et énergie	2737	3008	732	806	729	895	356	378	193	219	494	430	208	210
Charges des intérêts	107	107	132	135	336	291	135	116	213	90	704	232	304	1090
Frais bureau, admin.	3279	3419	963	1046	1326	1324	563	566	397	589	996	838	437	866
Evacuation déchets	263	217	119	129	54	57	22	24	27	34	51	29	14	18
Primes ass., taxes	2636	2792	898	859	1029	1114	515	510	715	691	325	327	275	275
Sous-total autres cha.	58094	62994	19350	20894	15949	16901	6961	7359	5185	5971	13599	11052	10205	12234
Total charges	186120	193406	69474	72006	56192	57006	24919	26059	16653	17749	32196	26467	20601	23677
Taxes d'hosp.	42411	44768	17612	18562	31407*	32440	7173	7263	4029	4822				
Honoraires méd.	21047	25006	3404	3122	0	0	1234	1417	1274	1152				
Autres prest. Méd.	12844	17680	5651	5871	8031	8492	1828	2401	813	1047				
Services spéc.	18985	17178	5582	5611	2851	2947	1832	1937	1323	1219				
Cliniques de jour, nuit	0	0	613	544	614	582	0	144	0	0				
Sous-total hosp., soins	95287	104692	32862	33710	42903	44461	12067	13162	7439	8240				
Autres prest. Malades	158	133	22	122	0	0	45	10	39	64				
Loyers et intérêts	759	884	209	225	69	61	35	40	28	39				
Prest. pers. et tiers	5411	5473	1049	1106	2359	2779	1427	1246	1152	1209				
Sous-total autres prod.	6328	6490	1280	1453	2428	2840	1507	1296	1219	1312				
Subv. Comm. et cant.	18742	19564	35287	36843	10393	10616	11345	11601	7988	8197				
Subv. Confédération	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Subv. Fondations, privés	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0				
Sous-total subvention	18742	19564	35278	36843	10393	10616	11345	11601	7995	8197				
Total prod.	120357	130746	69420	72006	55724	57917	24919	26059	16653	17749				
Perte d'exploitation	65763	62660	54	0	468		0	0	0	0				
Bénéfice d'exploit.						911								

* HIB : y compris l'activité vaudoise

** Clinique générale = somme des données concernant les cliniques Ste-Anne et Garcia (du 01.01.2005 au 31.07.2005) et de la Clinique générale (du 01.08.2005 au 31.12.2005)

Source : statistique administrative OFS

b. Charges nettes par jour selon la comptabilité financière (tout l'hôpital, en milliers de francs)

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer*		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale**		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Total charges	186'120	193'406	69'474	72'006	56'192	57'006	24'919	26'059	16'653	17'749	32'196	26'467	20'601	23'677
./. charges invest.	13'305	15'450	1'857	2'712	1'213	1'128	322	388	244	610	1'418	1'634	3'010	3'184
./. ambulatoire	37'537	44'127	13'040	12'558	613	581	2'968	3'449	1'943	2'135	-	672	-	3'102
Charges nettes	135'278	133'829	54'577	56'736	54'366	55'297	21'629	22'222	14'466	15'004	30'778	24'161	17'591	17'391
Journées ***	101'935	102'327	52'261	51'990	47'126	48'794	20'581	21'185	11'514	13'749	23'450	16'641	16'229	18'620
Charges nettes par jour	1.327	1.308	1.044	1.091	1.154	1.133	1.051	1.049	1.256	1.091	1.312	1.452	1.084	0.934

* HIB : y compris l'activité vaudoise
** Clinique générale : 2005 = somme Ste-Anne / Garcia / Clinique générale
*** Journées sur l'année selon statistique administrative (sans nouveau-nés sains)

Source : statistique administrative OFS

Les charges nettes par jour ne représentent qu'un indicateur et une estimation du coût de la journée d'hospitalisation. Elles ne tiennent pas compte notamment de la variété de l'activité réalisée. Par ailleurs, cette valeur englobe aussi bien les prestations de soins aigus que celles de réadaptation. En 2006, les valeurs se situent entre 934 francs pour la plus basse (Hôpital Daler) et 1'452 francs pour la plus haute (Clinique Générale).

c. Coût par cas selon la comptabilité analytique (en francs)

Le tableau ci-dessous montre les coûts par cas des différents centres de charges. Il s'agit des coûts complets (à 100%) par sortie sans les investissements supérieurs à 3'000 francs.

		RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne *	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Médecine	2001	8'888	5'481	5'228	7'670	7'176	-	-
	2002	9'063	5'957	6'137	7'606	7'381	-	-
	2003	9'164	5'155	6'772	6'548	7'344	5'250 **	6'571
	2004	10'014	6'304	6'853	7'362	7'964	non disp.	5'548
	2005	9'719	6'429	7'512	7'310	7'340	non disp.	non disp.
	2006	10'646	6'092	5'979	7'310	6'166	4'396	3'846
Chirurgie	2001	9'807	6'330	5'746 ***	7'547	5'507	-	-
	2002	10'133	7'944	6'735 ***	6'948	6'290	-	-
	2003	11'748	7'692	7'054 ***	7'360	6'004	5'931 **	6'195
	2004	11'428	8'706	7'106 ***	6'531	6'421	non disp.	6'595
	2005	10'617	9'252	7'797 ***	7'158	7'763	non disp.	non disp.
	2006	11'693	8'274	7'588 ***	7'229	6'692	5'234	6'497

		RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne *	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Orthopédie	2001	12'580	9'780	-	8'105	7'790	-	-
	2002	12'054	10'747	-	7'773	7'211	-	-
	2003	11'856	11'346	-	9'597	7'803	8'494 **	8'612
	2004	12'535	13'666	-	8'178	11'549	non disp.	7'434
	2005	12'956	15'163	-	7'804	10'453	non disp.	non disp.
	2006	12'944	14'102	-	8'452	9'058	8'440	7'136
Gynécologie	2001	5'416	4'160	4'406	-	6'204	-	-
	2002	5'806	6'180	6'475	-	5'778	-	-
	2003	6'670	9'484	8'692	-	6'283	7'217 **	5'971
	2004	5'561	7'250	6'656	-	6'279	non disp.	6'023
	2005	6'462	7'269	7'320	-	15'105	non disp.	non disp.
	2006	9'009	8'222	5'556	-	8'425	5'229	5'784
Obstétrique	2001	12'152	7'800	6'529	-	7'428	-	-
	2002	12'854	7'787	6'754	-	7'902	-	-
	2003	11'501	7'453	6'577	-	8'041	9'050 **	10'046
	2004	10'651	7'937	6'610	-	9'500	non disp.	9'500
	2005	11'016	7'950	6'627	-	-	non disp.	non disp.
	2006	9'399	7'123	7'054	-	-	8'461	7'567
Pédiatrie	2001	6'149	-	3'271	-	-	-	
	2002	7'478	-	5'531	-	-	-	-
	2003	7'350	-	5'125	-	-	-	-
	2004	6'781	-	4'019	-	-	-	-
	2005	7'716	-	3'497	-	-	-	-
	2006	8'440	-	3'963	-	-	-	-
Ophtalmologie	2001	6'950	-	-	-	-	-	-
	2002	7'408	-	-	-	-	-	-
	2003	6'997	-	-	-	-	-	4'468
	2004	7'648	-	-	-	-	-	4'679
	2005	14'228	-	-	-	-	-	non disp.
	2006	23'167	-	-	-	-	-	4'127
ORL	2001	8'717	-	-	-	-	-	-
	2002	8'551	-	-	-	-	-	-
	2003	9'045	-	-	-	-	-	-
	2004	9'183	-	-	-	-	-	-
	2005	8'373	-	-	-	-	-	-
	2006	8'565	-	-	-	-	-	-

* y compris activité vaudoise, sans soins intensifs
** les données jusqu'en 2004 ne concernent que l'ancienne Clinique St-Anne.
*** inclus chirurgie orthopédique

Source : comptabilité analytique des hôpitaux

On constate que les coûts moyens par cas par centre de charge varient d'un exercice à l'autre, aussi bien à la hausse qu'à la baisse. Ces variations sont principalement dues aux variations d'activité annuelles. Une augmentation notoire du nombre de cas traités permet en effet de répartir les coûts fixes sur un nombre plus important de patients, réduisant par la même occasion le coût du traitement par patient.

A relever qu'une comptabilité analytique fiable de la Clinique Générale, formée suite à la reprise de la Clinique Ste-Anne par la Clinique Garcia S.A, n'est pas disponible pour l'exercice 2004 et 2005. La première comptabilité analytique harmonisée pour ces deux anciens établissements concerne l'exercice 2006.

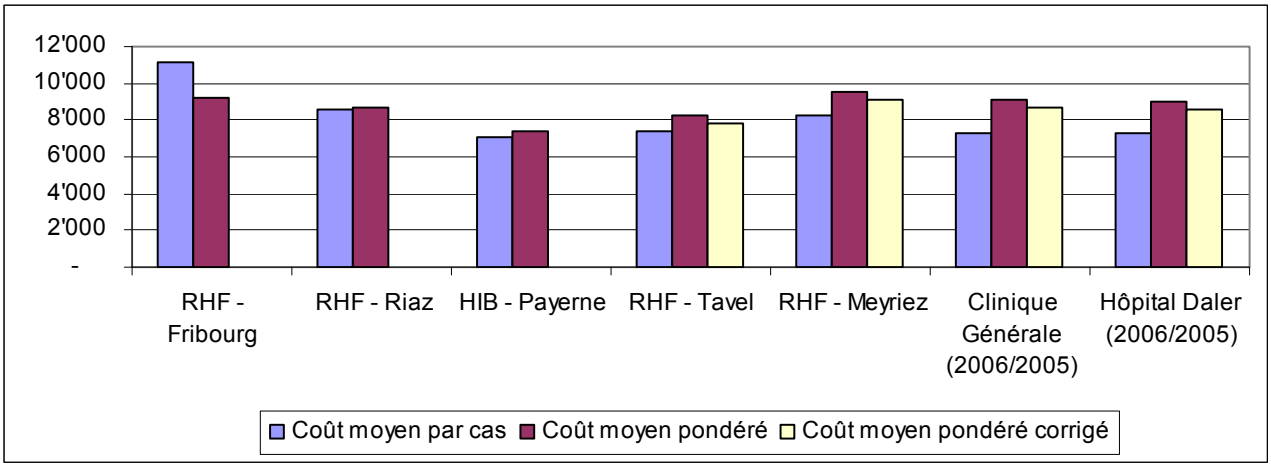
Par ailleurs, les conclusions qui peuvent être tirées de ces données sont limitées du fait que les comptabilités analytiques ne sont forcément construites de la même manière et que ces coûts moyens par cas ne tiennent pas compte de la variété des prestations offertes par les différents hôpitaux. Pour rappel, l'indice de casemix global 2005 (sans les nouveau-nés sains) est au RHF-Fribourg de 1.21, au RHF-Riaz de 0.99, à l'HIB-Payerne de 0.95, au RHF-Tavel de 0.90, au RHF-Meyriez de 0.87, à l'Hôpital Daler de 0.81 et à la Clinique Générale de 0.80.

La pondération du coût moyen par cas total 2005 de chaque établissement par son indice de casemix permet d'établir le coût par cas de chaque hôpital « à activité égale ». Les résultats présentés ci-dessous doivent être considérés comme des tendances visant à s'approcher de la « vérité des coûts ».

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Coût moyen par cas total 2005 (2006)	11'147	8'609	7'072	7'404	8'297	non disp. (7'320)	non disp. (7'301)
Lourdeur moyenne par cas 2005 (cost-weights version 4.1)	1.21	0.99	0.95	0.90	0.87	0.80	0.81
Coût moyen par cas total pondéré 2005 (2006)	9'212	8'696	7'444	8'227	9'537	non disp. (9'150)	non disp. (9'014)

Si l'on tient compte d'un éventuel « sous-codage » des diagnostics et des traitements dans les hôpitaux ne disposant pas de codeurs professionnel (RFH-Tavel, RHF-Meyriez, Clinique Générale et Hôpital Daler) et que l'on corrige artificiellement la casemix en l'augmentant de 5%, on obtient le résultat suivant :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Coût moyen par cas total 2005 (2006)	11'147	8'609	7'072	7'404	8'297	non disp. (7'320)	non disp. (7'301)
Lourdeur moyenne par cas 2005 ***corrigée*** (cost-weights version 4.1)	1.21	0.99	0.95	***0.95***	***0.91***	***0.84***	***0.85***
Coût moyen par cas total pondéré 2005 ***corrigé*** (2006)	9'212	8'696	7'444	***7'835***	***9'083***	non disp. ***(8'714)***	non disp. ***(8'584)***



d. Tarifs de l'assurance obligatoire des soins (en francs)

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz		HIB – Payerne		RHF - Tavel		RHF – Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler	
	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)
Forfait par cas														
Médecine	1'498 (1'643)	1'805 (1'690)	1'218 (1'256)	1'219 (1'290)	1'646 (1'844)	1'756 (1'909)	932 (1'320)	1'259 (1'343)	1'333 (1'518)	1'333 (1'553)	4'450 (3'855)	3'813 (3'600)	5'906 (5'325)	5'267 (3'739)
Chirurgie générale	2'915 (2'627)	2'739 (2'688)	1'974 (2'063)	2'003 (2'110)			1'893 (1'999)	1'751 (2'045)	1'500 (1'467)	1'500 (1'498)	5'060 (5'038)	4'983 (5'375)	6'040 (6'226)	6'158 (6'502)
Chir. orthopédique	2'959 (3'492)	3'147 (3'572)	2'696 (2'983)	2'896 (3'057)			2'766 (2'325)	2'376 (2'378)	2'100 (2'259)	2'100 (2'311)	7'200/ 7'275 (7'684)	7'600 (8'290)	7'275 (6'733)	6'600 (7'245)
Chirurgie					2'127 (2'186)	2'081 (2'263)								
ORL	2'139 (1'976)	2'230 (2'021)												
Gynécologie	1'278 (1'297)	924 (1'327)	1'221 (1'060)	1'029 (1'084)	2'357 (2'139)	2'242 (2'214)			1'365 (1'305)	1'365 (1'335)	6'181 (5'634)	5'573 (5'885)	6'181 (5'606)	5'545 (5'769)
Obstétrique	1'675 (1'856)	1'461 (1'900)	1'680 (1'778)	1'726 (1'820)	1'361 (1'545)	1'497 (1'599)					7'786 (8'128)	8'040 (-)	7'786 (8'480)	8'388 (7'767)
Ophtalmologie	1'128 (2'015)	1'384 (2'061)											4'502 (4'413)	4'365 (3'956)
Pédiatrie	866 (770)	606 (794)			1'159 (678)	942 (702)								
Soins intensifs (supplément)	4'158 (5'146)	4'200 (5'264)												
Soins continus (supplément)	1'458 (1'966)	2'207 (2'011)												
Forfait par jour														
Pension + hôtellerie (supplément)	208 (234)	218 (239)	199 (195)	196 (199)	181 (181)	178 (187)	151 (156)	153 (160)	155 (158)	155 (162)				

Source : conventions tarifaires conclues entre santésuisse et les hôpitaux

La comparaison des tarifs des établissements n'est pas chose aisée. D'une part ces tarifs sont composés d'un forfait par cas et d'un forfait journalier dans les établissements publics (correspondant au maximum à 50% des coûts imputables issus de la comptabilité analytique), alors qu'ils sont uniquement constitués d'un forfait par cas sans composante journalière dans les cliniques privées (correspondant au maximum au 100% des coûts imputables issus de la comptabilité analytique). Par ailleurs, d'un exercice à l'autre les tarifs peuvent évoluer aussi bien à la hausse qu'à la baisse selon les services ou selon les établissements.

5.4.2.9 Garantie des capacités à court terme et pérennité de la prise en charge

La planification hospitalière, même si elle est sujette à révision périodique, doit être établie avec une vue à moyen et à long terme. La prise en charge des patients doit pouvoir être garantie en tout temps. Les conséquences pour les établissements ont été exposées au chapitre consacré à la nature et à la portée juridique de la planification hospitalière. Le tableau ci-dessous présente pour chaque établissement, une appréciation relative au risque de ne pas garantir les prestations fixées par mandat sur le moyen et le long terme. Ce risque dépend notamment de la nature juridique de l'établissement, de l'organe de décision et de l'implication de l'Etat dans le fonctionnement et le financement de l'établissement.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Support juridique	Autonome de droit public	Autonome de droit public	Société simple + convention intercantonale	Autonome de droit public	Autonome de droit public	Société anonyme	Fondation reconnue d'intérêt public
Organe de décision	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil de fondation
Implication de l'Etat	Importante	Importante	Importante, en commun avec l'Etat de Vaud	Importante	Importante	Nulle	Nulle
-> Risque	***Nul***	***Nul***	***Faible***	***Nul***	***Nul***	***Modéré à important***	***Faible à modéré***

Sur la base de ces critères et de l'expérience de ces dernières années, le risque de non garantie des capacités ou de la pérennité de la prise en charge des prestations peut être considéré comme nul pour les sites du RHF, faible pour les sites du HIB, faible à modéré à l'Hôpital Daler et modéré à important à la Clinique Générale.

5.4.2.10 Lien entre l'activité stationnaire et de semi-hospitalisation

Bien que la planification selon l'article 39 LAMal se rapporte à l'activité stationnaire, il est important de pouvoir connaître également les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine semi-hospitalier, notamment en chirurgie. En effet, on peut en principe s'attendre à ce que l'attribution ou le retrait d'un mandat de prestations dans le domaine stationnaire à un établissement

ait également une répercussion sur son activité semi-hospitalière. En effet, il est fort probable qu'un établissement qui ne dispose plus, pour une discipline donnée, d'un mandat de prestations pour l'activité stationnaire, renonce également à ses prestations de semi-hospitalisation dans cette discipline. A l'exception peut-être de l'ophtalmologie où la majorité des prestations opératoires sont aujourd'hui réalisées de manière semi-hospitalière, les modes de prise en charge stationnaire et semi-hospitalière sont fortement liés et interdépendants. Le maintien, pour un établissement, d'une offre exclusivement semi-hospitalière dans une discipline ne semble économiquement pas rationnel en raison de la perte d'économies d'échelles réalisées par la fourniture conjointe des deux modes de prise en charge (et donc un nombre global de patients plus élevé). Il y a donc lieu d'en tenir compte lors de la réflexion d'attribution des mandats ; il est indispensable en effet d'être certain que les établissements ont bien les capacités d'assumer les deux modes de prise en charge avec les infrastructures existantes en cas de transferts d'activité.

Les données ci-dessous indiquent le nombre de cas par service. Elles n'ont qu'une valeur indicative et n'ont pas fait l'objet d'une validation particulière.

	RHF - Fribourg		RHF – Riaz, Châtel, Billens		HIB – Payerne, Estavayer		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Soins intensifs	2		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	--
Médecine interne	98		283	269	577	503	393	489	267	366	62	52	198	224
Chirurgie générale	1'467		552	522	205	183	467	618	206	238	79	89	236	315
Chirurgie orthopédique			978	941	487	471	196	240	17	39	685	516	56	57
Gynécologie	272		216	235	234	129	-	-	6	12	564	426	101	154
Obstétrique			9	6	9	6	-	-	-	-	16	10	404	438
Pédiatrie	968		-	-	7	24	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie			-	-			-	-	-	-	-	-	-	-
Ophtalmologie	212		102	91	37	146	-	-	-	-	-	-	767	588
ORL	198		75	62	15	58	-	-	8	22	56	27	15	13
Dermatologie et vénérologie	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie médicale	25		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gériatrie	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Méd. physique, réadaptation	34		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	3'354		2'215	2'126	1'571	1'520	1'056	1'347	504	677	1'462	1'120	1'777	1'789

Source : enquête auprès des hôpitaux (mai 2007)

5.4.3 Evaluation de l'offre et de la prise en charge extracantonale

Les établissements hors canton figurant actuellement sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg avec un mandat de prestation pour des soins aigus sont les suivants : le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne, l'Inselspital à Berne, les Hôpitaux universitaires

genevois (HUG) à Genève et l'Unispital à Zurich (USZ) pour les soins hautement spécialisés ainsi que de l'Hôpital de l'Enfance, l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande et l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin, tous trois à Lausanne pour les soins spécialisés. Les patients fribourgeois recourent évidemment à d'autres établissements hospitaliers hors canton qui ne figurent pas sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg au moyen de leurs assurances complémentaires (division commune pour toute la Suisse, division semi-privée et division privée).

A titre préliminaire, il convient de mentionner que, sans mention particulière, les chiffres présentés ci-après concernent l'exercice 2005 et l'ensemble de l'activité des établissements (patients LAMal et non LAMal).

5.4.3.1 Champ d'activité et étendue des prestations

	Insel	CHUV	HUG	USZ	Uni BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Cas	1'867	1'228	161	16	15	227	1'991	519	239	293	125	6'681
Jours	13'622	11'094	1'369	123	96	1'669	11'183	2'645	1'398	1'797	3'226	48'222
Lits	44	36	4	-	-	5	36	9	5	6	10	155

Les plus importants fournisseurs de prestations hors canton sont l'Inselspital à Berne, le CHUV à Lausanne ainsi que les cliniques privées bernoises.

5.4.3.2 Lourdeur moyenne des cas

Les établissements qui prennent en charge le plus large éventail de prestations pour les patients fribourgeois sont les deux établissements universitaires de Berne et de Lausanne (371 et 281 DRG distincts). Il y a lieu de relever que la lourdeur moyenne des cas est nettement plus importante dans les hôpitaux universitaires que dans les établissements du canton de Fribourg. Les indices de casemix se situent 1.54 et 2.08 contre 1.21 au RHF-Fribourg.

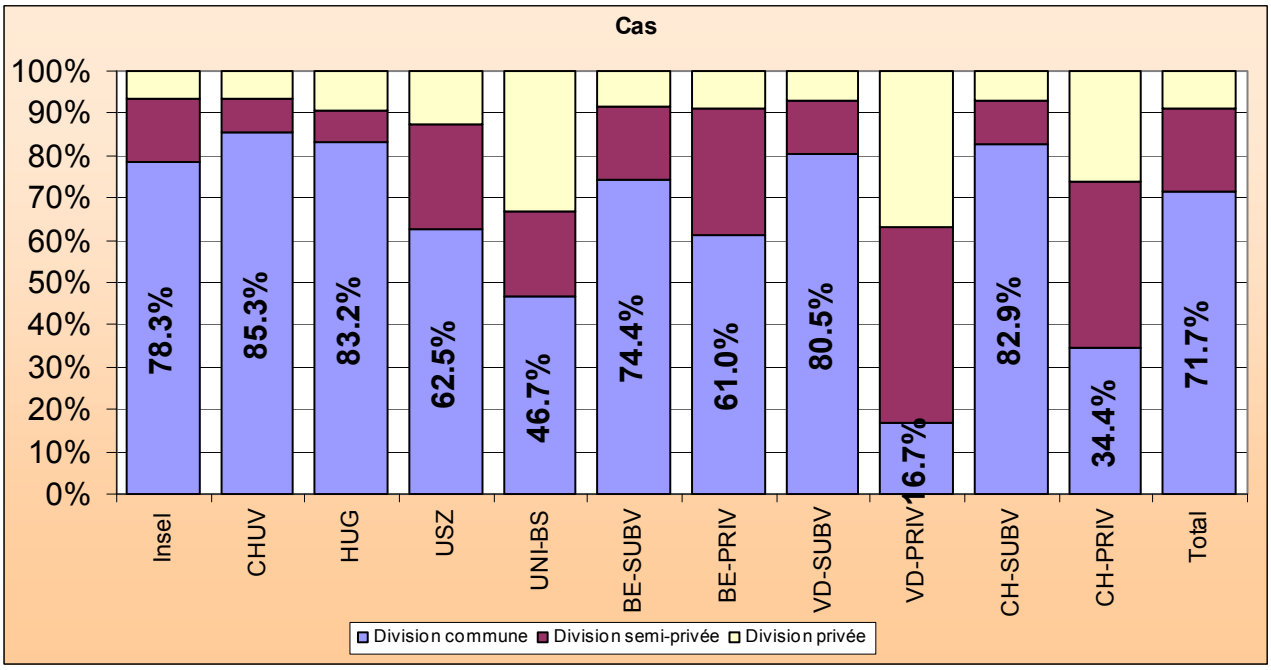
	Insel	CHUV	HUG	USZ	Uni BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Nombre moyen de diagnostics par cas	5.06	5.27	3.96	4.63	4.13	3.91	1.45	3.21	1.39	3.32	2.83	3.56
Nombre moyen de diagnostics pas cas (sans le dia princ compl)	4.96	5.16	3.96	4.38	4.00	3.77	1.33	3.00	1.29	3.01	2.78	3.44
Nombre moyen de traitements par cas	3.49	2.82	2.03	2.19	2.53	2.59	1.62	1.62	1.69	1.48	3.22	2.44
Nombre de DRG distincts	371	281	78	14	12	117	226	199	71	145	74	518
Casemix	2'883	2'260	281	25	31	236	1'821	488	222	293	408	8'947
Cas	1'867	1'228	161	16	15	227	1'991	519	239	293	125	6'681
Indice de casemix	1.54	1.84	1.74	1.57	2.08	1.04	0.91	0.94	0.93	1.00	3.26	1.34

5.4.3.3 Types de prise en charge

a. Prise en charge selon la division (cas)

En moyenne, plus de 70% des séjours concernent la division commune. Les cliniques privées vaudoises et les autres établissements privés du reste de la Suisse affichent les taux de prise en charge en division commune les plus bas avec respectivement 16.7% et 34.4% des patients. Les autres catégories d'hôpitaux présentent des taux entre 60% et 85% (le taux de l'Unispital de Bâle n'est pas représentatif avec 15 patients uniquement).

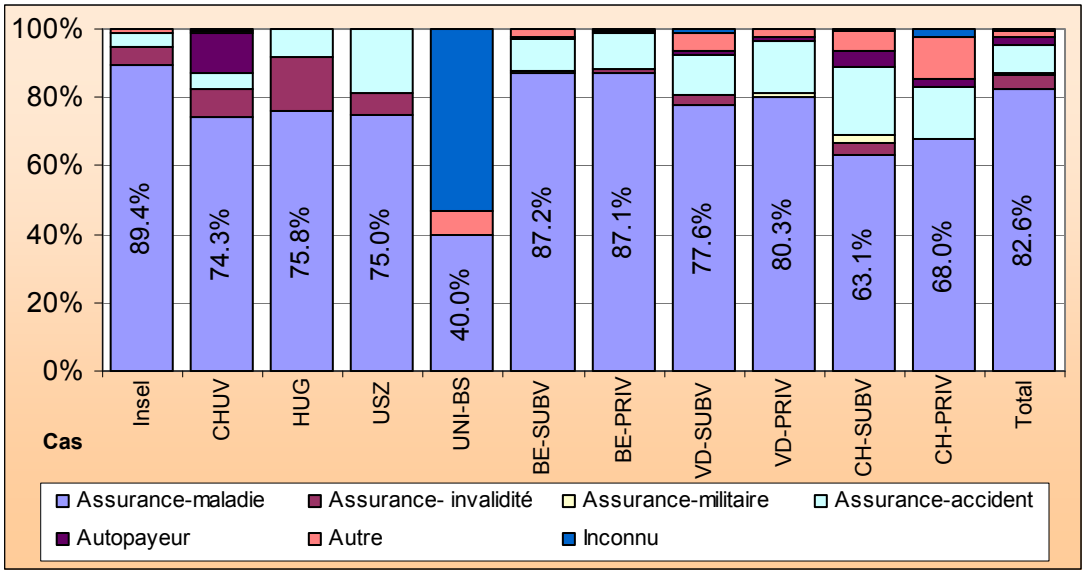
	Insel	CHUV	HUG	USZ	Uni BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Division commune	1'462	1'048	134	10	7	169	1'215	418	40	243	43	4'789
Division semi-priv.	281	100	12	4	3	39	599	65	111	30	49	1'293
Division privée	124	80	15	2	5	19	177	36	88	20	33	599
Total	1'867	1'228	161	16	15	227	1'991	519	239	293	125	6'681



b. Prise en charge selon le garant (cas)

La grande majorité des cas dans tous les établissements relève de l'assurance-maladie. Le reste l'activité se concentre sur les cas de l'assurance-accident et de l'assurance invalidité.

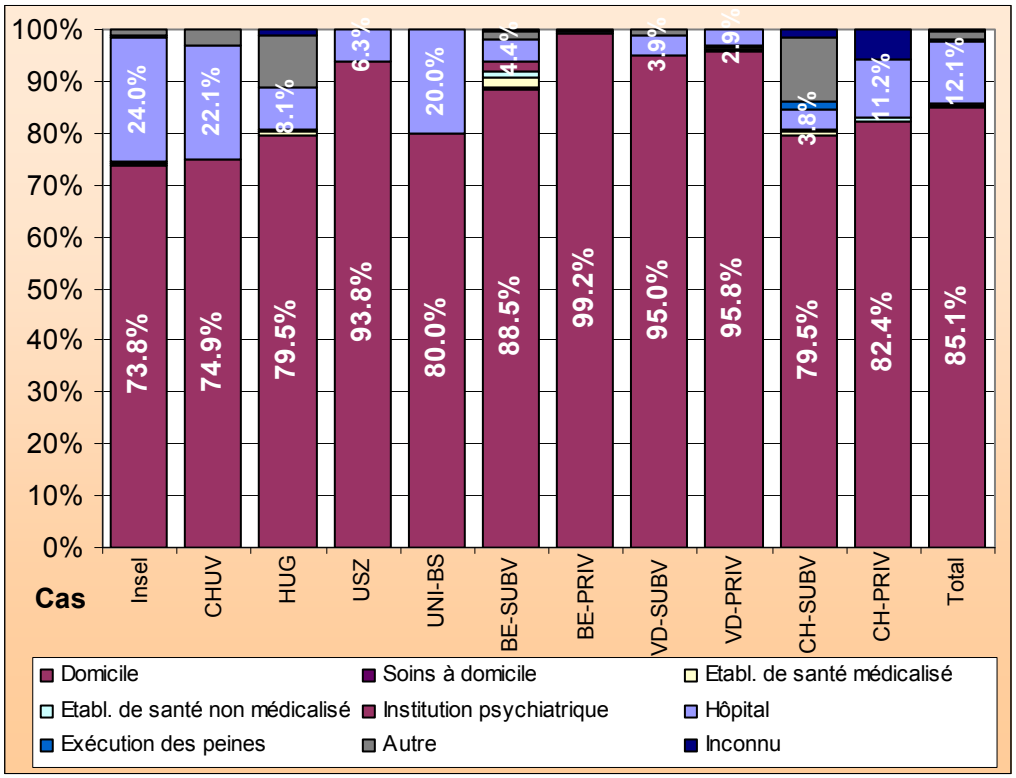
	Insel	CHUV	HUG	USZ	Uni BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Assurance-maladie **	1'669	912	122	12	6	198	1'735	403	192	185	85	5'519
Assurance- invalidité	98	98	26	1	-	-	18	15	-	11	-	267
Assurance-militaire	3	2	-	-	-	1	8	-	2	6	-	22
Assurance-accident	71	56	13	3	-	22	203	62	37	58	19	544
Autopayeur	-	148	-	-	-	1	10	7	3	15	3	187
Autre	21	2	-	-	1	5	17	26	5	17	15	109
Inconnu **	5	10	-	-	8	-	-	6	-	1	3	33
Total	1'867	1'228	161	16	15	227	1'991	519	239	293	125	6'681



c. Prise en charge selon le séjour avant l'admission (cas)

Pour la plupart des séjours hospitaliers hors canton, les patients viennent également du domicile. On remarque néanmoins que dans les deux principaux hôpitaux universitaires pour ce qui concerne les patients provenant du canton de Fribourg (Insel et CHUV), plus de 20% des patients ont été transférés d'un établissement fribourgeois.

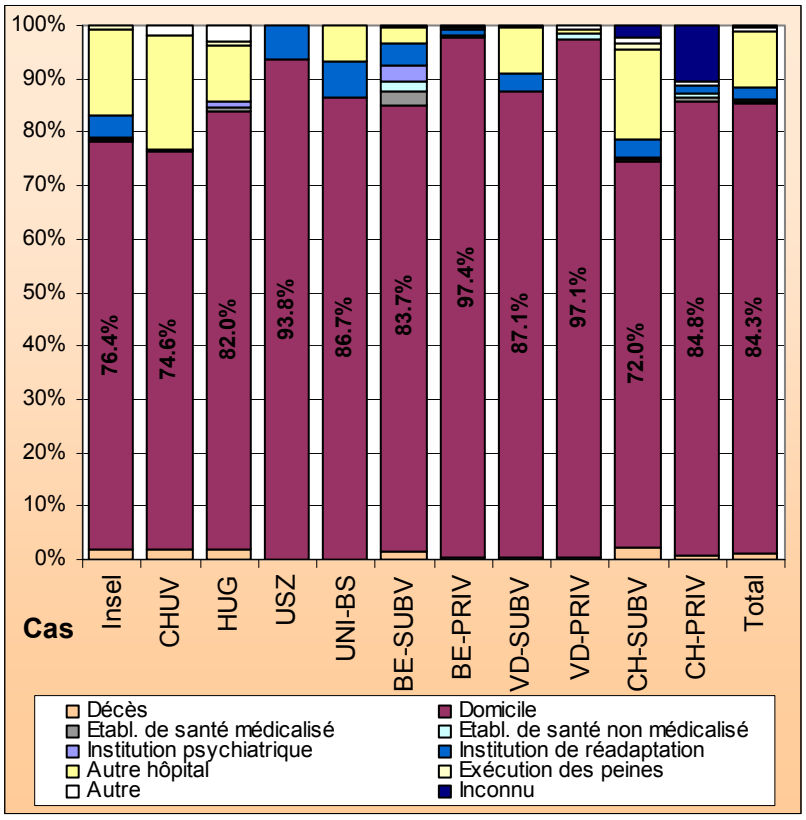
	Insel	CHUV	HUG	USZ	Uni BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Domicile	1'378	920	128	15	12	201	1'975	493	229	233	103	5'687
Soins à domicile	6	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	8
Etabl. de santé médic.	1	-	1	-	-	4	-	-	1	2	-	9
Etabl. de santé non méd.	3	-	-	-	-	3	-	-	1	1	1	9
Institution psychiatrique	-	-	1	-	-	4	-	-	-	1	-	6
Hôpital	448	272	13	1	3	10	11	20	7	11	14	810
Exécution des peines	8	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	12
Autre	20	36	16	-	-	3	1	6	-	36	-	118
Inconnu	3	-	2	-	-	1	4	-	-	5	7	22
Total	1'867	1'228	161	16	15	227	1'991	519	239	293	125	6'681



d. Prise en charge selon le type de séjour à la sortie (cas)

De la même manière, à la fin du traitement universitaire, une part non négligeable de patients est à nouveau transférée vers un autre établissement. Cela vaut également, dans une moindre mesure dans les hôpitaux publics non universitaires. Par contre, les cas pris en charge dans les cliniques privées hors canton retournent généralement à leur domicile à la fin du traitement.

	Insel	CHUV	HUG	USZ	Uni BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Décès	34	21	3	-	-	3	9	2	1	7	1	81
Domicile	1'426	916	132	15	13	190	1'940	452	232	211	106	5'633
Etabl. de santé méd.	6	2	1	-	-	6	5	-	-	-	1	21
Etabl. de santé non méd.	8	-	-	-	-	4	1	-	2	1	1	17
Institution psychia.	3	-	2	-	-	7	-	-	-	2	-	14
Institution de réadapt.	77	5	-	1	1	9	19	19	-	9	2	142
Autre hôpital	302	259	17	-	1	7	12	44	2	50	-	694
Exécution des peines	11	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	15
Autre	-	25	5	-	-	1	5	2	2	3	1	44
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	13	20
Total	1'867	1'228	161	16	15	227	1'991	519	239	293	125	6'681



5.4.4 Analyse détaillée des besoins, de l'offre et attribution des mandats de prestations

5.4.4.1 Généralités

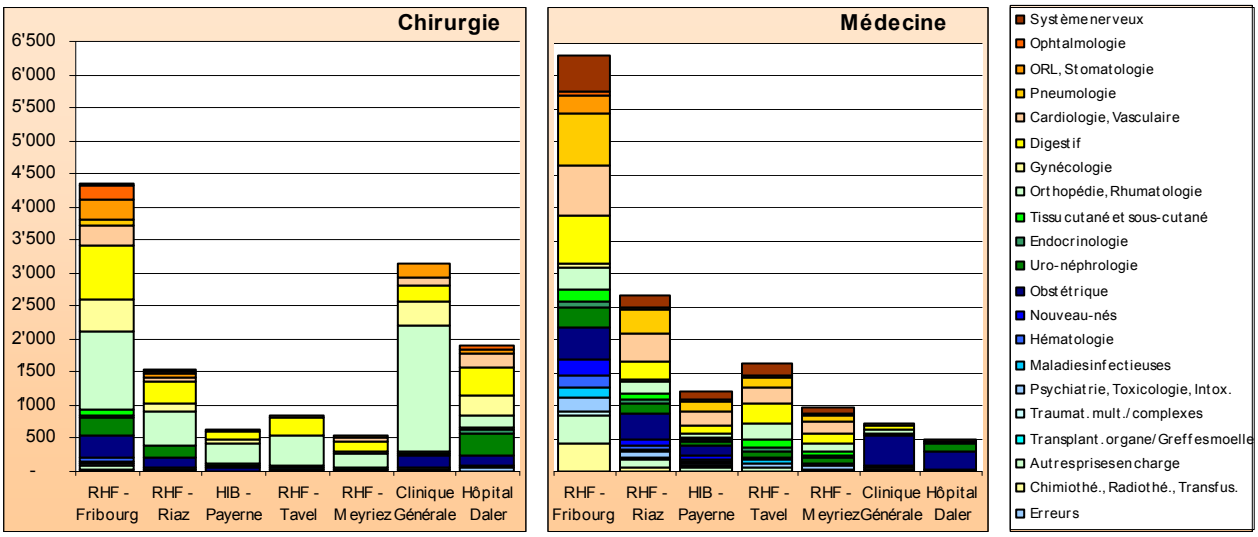
Le tableau ci-dessous montre le nombre de cas traités en 2005 par les établissements du canton de Fribourg, en distinguant les cas de chirurgie (avec intervention opératoire) de ceux de médecine.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Chirurgie	4'352	1'527	649	860	532	3'156	1'914	12'990
Médecine	6'314	2'668	1'203	1'647	975	734	471	14'012
Autres	7	2	2	3	3	1	5	23
Total	10'673	4'197	1'854	2'510	1'510	3'891	2'390	27'025
Nombre d'interventions chirurgicales moyen par jour	11.9	4.2	1.8	2.4	1.5	8.6	5.2	30.3

Le RHF-Meyriez affiche le plus faible nombre de cas de chirurgie. Le RHF-Fribourg ainsi que les deux cliniques privées sont les établissements réalisant le plus grand nombre d'opérations. En médecine, ce sont les cliniques privées qui prennent en charge le nombre le moins élevé de cas.

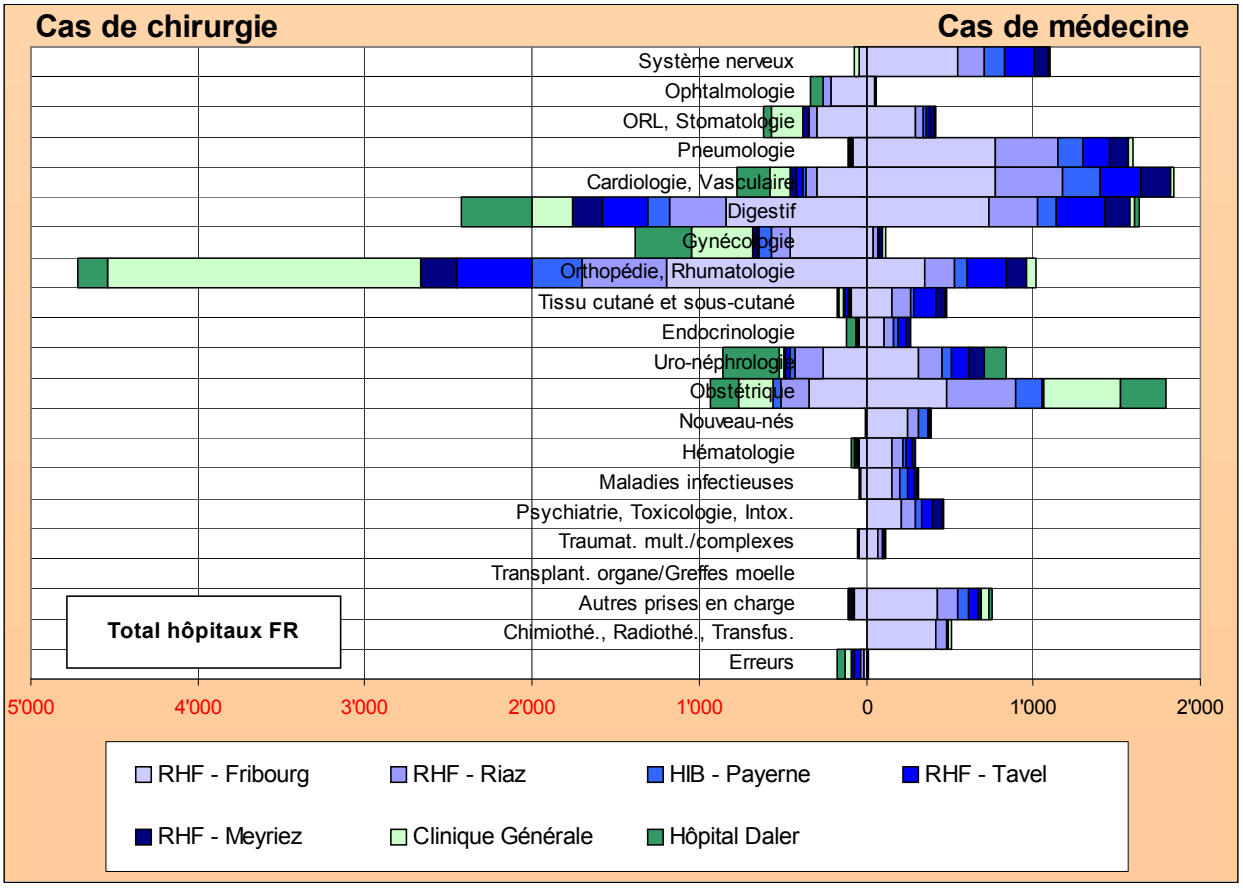
En ce qui concerne l'HIB-Payerne, il convient de rappeler que les cas mentionnés dans le présent chapitre ne concernent que le canton de Fribourg, soit environ 40% de l'activité de l'établissement. Pour estimer la totalité des prestations stationnaires offertes aux patients fribourgeois et vaudois dans chaque discipline par le site, il a donc lieu de multiplier le nombre de cas par un facteur d'environ 2.5 ; le nombre moyen total d'interventions chirurgicales par jour est donc d'environ 4.5.

Le graphique ci-après opère encore une distinction plus fine selon les différentes disciplines, aussi bien pour les cas chirurgicaux que ceux de médecine.



De manière générale, on peut relever en chirurgie la prédominance dans quasi tous les établissements, à l'exception de l'Hôpital Daler, des interventions orthopédiques (en vert clair). Les interventions sur le système digestif représentent également une part importante de l'activité opératoire (jaune vif). Quant aux interventions gynécologiques (jaune pâle), elles ont été essentiellement réalisées au RHF-Fribourg et dans les clinique privées.

Le schéma suivant montre la répartition entre les hôpitaux de la prise en charge pour chacune des disciplines :



Le « profil » détaillé de chaque hôpital (avec la répartition de son activité en fonction de chacune de ces disciplines, aussi bien pour la chirurgie que pour la médecine) figure en annexe *(cf. ANNEXE 4 : Répartition de l'activité des hôpitaux par discipline*). Chaque discipline fera plus loin l'objet d'une analyse détaillée des besoins futurs et de la manière d'en assurer la prise en charge, par l'attribution mandats de prestations.

5.4.4.2 Salles d'opération

Avant de procéder à une analyse par discipline, plus particulièrement dans le domaine de la chirurgie, il paraît intéressant d'évaluer les besoins en salle d'opération pour le canton.

Ces besoins peuvent être évalués au moyen d'une méthode relativement simple et développée dans le cadre de la planification sanitaire du canton de Neuchâtel [24].

Cette méthode se base sur les actes totaux d'anesthésie répertoriés dans les rapports annuels des établissements indépendamment du type d'anesthésie ou d'activité (ambulatoire, semi-hospitalier ou stationnaire). Cette méthode présente l'avantage de pouvoir déterminer de manière simple un nombre théorique de salle d'opération avec comme objectif une utilisation optimum et rationnelle des infrastructures. Selon l'expert mandaté par le canton de Neuchâtel, « *La notion d'intervention chirurgicale est donc assimilée à celle d'anesthésie et par extension à celle d'une occupation de salle d'opération.* »

En 2005, les hôpitaux du canton de Fribourg présentaient un indice d'intervention de 10.4 pour 100 habitants (= 26'959 actes ./. 253'9540 habitants). Pour comparaison, le canton de Neuchâtel affichait un indice de 8 interventions pour 100 habitants sur la base des données 1997.

	RHF - Fribourg	RHF – Riaz *	HIB – Payerne **	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale ***	Hôpital Daler ****	Total
Nombre d'acte d'anesthésie	10'535	4'445	1'390	1'517	939	3'700	3'800	26'326

* nombre d'interventions chirurgicales
** patients fribourgeois uniquement (= 3'475 actes d'anesthésie x 40%)
*** extrapolation sur la base des données 2005 de l'ancienne Clinique Ste-Anne uniquement et 2006 de la Clinique Générale (réunion de l'ancienne Clinique Ste-Anne et Garcia)
**** extrapolation sur la base des données 2003 de l'Hôpital Daler, dernières données disponibles en matière d'anesthésie

Source : rapports annuels 2005 des hôpitaux

Le nombre théorique de salles d'opération peut être estimé en multipliant le nombre d'interventions pour une durée moyenne d'intervention de 1.2 à 1.6 heures. Cette durée moyenne est estimée par analogie avec les hôpitaux de même taille : entre 1.35 et 1.45 heures dans les hôpitaux de Cadolles, Yverdon et Sion, et entre 1.6 et 1.7 heures dans le bloc opératoire du CHUV[25]. Chaque intervention est en outre majorée de 0.3 heures (20 minutes) pour l'enchaînement des opérations, la remise en état des lieux et du matériel. Le nombre d'heures d'ouverture d'une salle d'opération par année est estimé à 2'080 heures (= 52 semaines x 5 jours x 8 heures).

Le tableau ci-dessous présente les durées présumées d'intervention et le nombre théorique de salles

[24] Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification sanitaire (Neuchâtel), 25 août 1999

[25] Répartition de l'activité chirurgicale du canton de Neuchâtel sur deux sites principaux et un site régional

d'opération selon les 3 hypothèses de durée moyenne d'intervention :

	A	B	C	D = B + C	E = A x D	F = E ./. 2'080
	Nombre d'inter-ventions	Durée moyenne d'intervention (heures)	Majoration (heures)	Durée totale (heures)	Durée présumée (heures)	**Nombre théorique de salles d'opération**
Hypothèse I (1.2 + 0.3)	26'326	1.2	0.3	1.5	39'489	**19.0**
Hypothèse II (1.4 + 0.3)	26'326	1.4	0.3	1.7	44'754	**21.5**
Hypothèse III (1.6 + 0.3)	26'326	1.6	0.3	1.9	50'019	**24.0**

A ce nombre de salles d'opération théorique doit être appliqué un coefficient d'exploitation. Il s'agit d'un taux d'utilisation correspondant aux heures d'occupation des salles divisées par les heures disponibles. Selon l'expert, « *un coefficient relativement bas (<75%) est favorable à l'activité chirurgicale parce qu'il permet une programmation très souple, mais est défavorable sur le plan économique. A l'inverse, un coefficient élevé (>85%) est économiquement plus favorable, mais* n'offre pas de souplesse, favorise les listes d'attente et tend à prolonger les séjours hospitaliers ».

Le tableau ci-dessous permet d'estimer le nombre de salles nécessaire, en fonction de trois coefficients d'exploitation soit 70%, 80% et 90% :

Coefficient d'exploitation	70%	***80%***	90%
Heures disponibles	1'456	1'664	1'872
Hypothèse I (1.2 + 0.3)	27.1	23.7	21.1
Hypothèse II (1.4 + 0.3)	30.7	***26.9***	23.9
Hypothèse III (1.6 + 0.3)	34.2	30.1	26.7

En tenant compte de l'hypothèse intermédiaire de durée moyenne d'intervention et d'un coefficient d'exploitation de 80%, le nombre théorique de salles pour le canton de Fribourg serait de 26.9. Ce modèle représente une approche très globale et surestime légèrement (environ 10%) le nombre de salles, car certaines interventions ne nécessitent pas l'infrastructure d'une salle d'opération (par exemple salle d'accouchement ou autre local).

En comparant ce résultat au nombre de salles mentionné par les établissements dans la statistique administrative OFS qui s'élève à 29.6 salles (si l'on ne prend en compte que, d'une part, 40% de la valeur de l'HIB pour les seuls patients fribourgeois et, d'autre part, 4 salles d'opération seulement à la Clinique Générale qui a fermé les salles situées précédemment sur le site de Garcia), on constate qu'il existe donc encore un potentiel de rationalisation :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Salles d'opérations	11	4	*1.6*	3	2	4	4	29.6

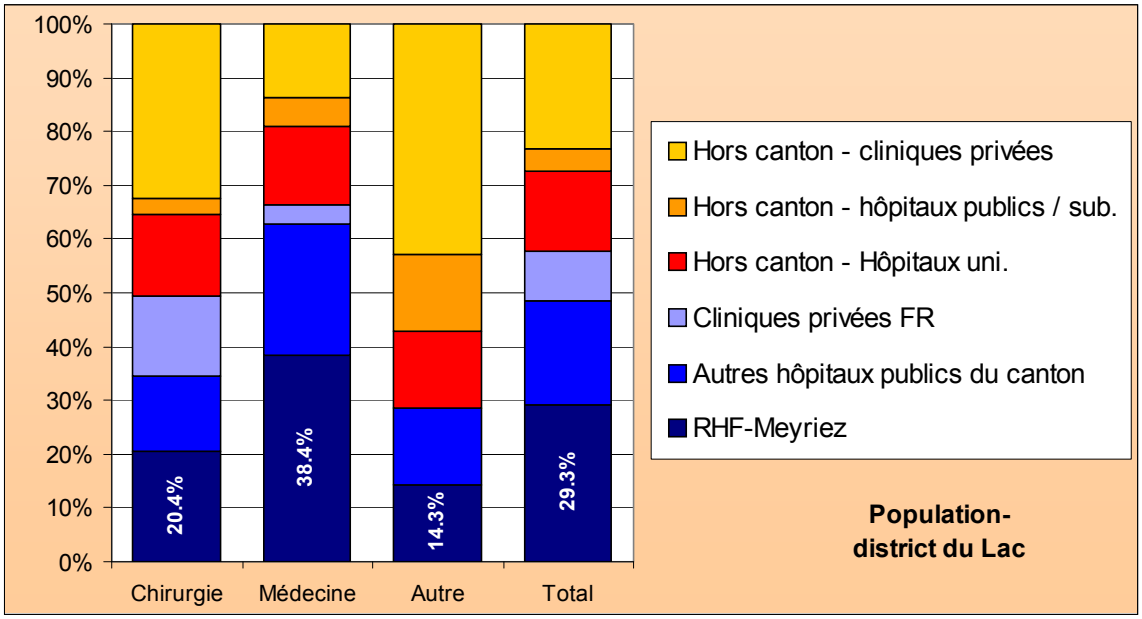
Source : statistique administrative 2006 OFS

Il convient de préciser également que le RHF – Fribourg disposera prochainement, dans le cadre de la réalisation du projet « Bertigny III », d'un bloc opératoire destiné spécifiquement à la prise en charge des cas d'urgences.

5.4.4.3 Interventions chirurgicales au RHF-Meyriez

De cette analyse préliminaire de l'offre hospitalière, en particulier de l'activité chirurgicale déployée dans les différents hôpitaux, il ressort que le maintien d'un site opératoire au RHF-Meyriez ne répond plus aux objectifs fixés par la planification hospitalière. En effet, vu les critères de garantie de la qualité de prestations, de l'utilisation rationnelle des ressources, du dépassement des limites administratives sur la base de l'analyse de l'offre des différents établissements et vu les besoins en salles d'opération, le maintien d'une activité chirurgicale au RHF-Meyriez n'est guère défendable. Le nombre de cas traités est insuffisant à justifier le maintien d'un plateau technique ; le nombre total annuel d'anesthésies est d'ailleurs le plus bas du canton, avec une moyenne de seulement 3 anesthésies quotidiennes. La situation en 2006 est identique à celle constatée en 2005. De plus, comme le montre le tableau ci-après, le taux de recours de la population du Lac au RHF-Meyriez pour la chirurgie ne représente qu'environ 20%. C'est-à-dire que près de 80% de la population choisit déjà actuellement, et ceci depuis de nombreuses années, d'autres établissements.

	Traitement intracantonal			Traitement hors canton			Total	*dont patients FR hors canton*
	RHF-Meyriez	Autres hôpitaux publics du canton	Cliniques privées FR	Hors canton - Hôpitaux uni.	Hors canton - hôpitaux publics / sub.	Hors canton - cliniques privées		
Chirurgie	20.4%	14.3%	14.6%	15.3%	3.1%	32.4%	100.0%	50.7%
Médecine	38.4%	24.3%	3.8%	14.6%	5.2%	13.7%	100.0%	33.5%
Autre	14.3%	14.3%	0.0%	14.3%	14.3%	42.9%	100.0%	71.4%
Total	29.3%	19.2%	9.2%	14.9%	4.2%	23.2%	100.0%	42.3%



A noter en outre que « l'exode » des patients de la population du district du Lac sera encore accentué avec la probable « ouverture des frontières hospitalières cantonales ». Le principe de la liberté du choix de l'établissement en Suisse, dont les Chambres fédérales débattent actuellement, rencontre l'adhésion d'une large majorité des parlementaires fédéraux.

De plus, comme le précise le rapport annuel 2005 du RHF-Meyriez (alors encore hôpital du district du Lac) au chapitre consacré aux salles d'opération, la remise à niveau des salles d'opérations actuelles devrait inévitablement passer par de nouveaux investissement : « *L'assurance de la qualité a été l'objectif prioritaire de l'année sous revue. Dans le cadre des ces activités, nous avons demandé un nouvel état des lieux en matière de respect des normes d'hygiène à un spécialiste externe. Le résultat de cet audit fut fort réjouissant, puisque les seules remarques négatives concernaient des points qui ne pourraient être améliorés qu'à condition de consentir à des aménagements nécessitant d'importants travaux.* »

Par ailleurs, la fermeture du bloc opératoire du RHF-Meyriez ne nécessitera pas la création de nouvelles infrastructures. Une optimisation de l'utilisation actuelle des infrastructures existantes du RHF permettra la prise en charge de ces patients. Depuis 2006, le RHF-Meyriez ne prend en charge plus que les cas légers et programmés, durant la semaine et la journée uniquement. De telles interventions ne sont donc en principe pas urgentes et d'autres solutions peuvent être trouvées. Les prestations de chirurgie supprimées au RHF-Meyriez pourraient aisément être transférées dans les autres hôpitaux selon l'hypothèse suivante : 50% dans les autres hôpitaux publics du canton (RHF-Fribourg et RHF-Tavel), 25% dans les cliniques privées fribourgeoises (Clinique Générale et Hôpital Daler) et 25% dans les établissements hors canton.

En revanche, le maintien d'une activité de soins aigus dans les différentes disciplines de médecine est pleinement justifié, dans la mesure où il permettra une couverture des soins de base et de proximité. La force d'attraction des prestations de médecine pour la population du district du Lac est aujourd'hui déjà plus importante (près de 40%) que celle de la chirurgie (environ 20%). De plus, les activités de médecine ne nécessitent pas l'utilisation d'une infrastructure aussi lourde qu'un plateau technique et, en médecine, le nombre de traitements effectués n'a pas la même signification en terme de coûts et de sécurité qu'en chirurgie. Le maintien d'un service de médecine est par ailleurs nécessaire pour permettre au RHF-Meyriez de jouer le rôle de « porte d'entrée » du Réseau hospitalier fribourgeois pour les habitants du Lac pour les prestations non disponibles, dont les interventions chirurgicales. Les prestations de médecine aiguë feront encore l'objet de précisions dans le cadre du mandat de prestations fixé selon les articles 5 alinéa 3 et 12 alinéa 2 lettre a de la loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF).

Avec la suppression des interventions chirurgicales au RHF-Meyriez et le maintien d'une activité de soins aigus en médecine, le présent rapport de planification s'écarte partiellement des conclusions du rapport du groupe de travail « Future offre de prestations de l'hôpital du district du Lac à Meyriez » adopté par le Conseil d'Etat le 17 août 2004. C'est l'application à l'analyse détaillée des critères fixés par la jurisprudence du Conseil fédéral (prévisions de besoins, analyse de l'offre actuelle, attribution des mandats et des capacités), le changement futur du cadre légal général (liberté de choix de l'établissement en Suisse) et le regroupement des établissements individuels au sein du Réseau hospitalier fribourgeois qui justifie aujourd'hui, trois ans plus tard, ce changement partiel de position[26].

Les résultats attendus de ce changement consistent en une économie concernant les investissements, une amélioration de la prise en charge des patients, une réduction des risques anesthésiques avec une augmentation nette du seuil d'intervention par établissement bien au-delà des 1'000 actes par an et enfin une viabilité garantie à long terme pour le site du RHF-Meyriez pour des prestations durables.

---

[26] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 concernant la planification le canton de Fribourg : « *A l'intérieur du cadre fixé par la loi et la jurisprudence, la canton est libre de choisir de quelle manière il veut procéder pour la planification hospitalière. Il peut ainsi revenir sur des décisions qu'il a prises antérieurement et s'écarter des conclusions des experts qu'il a mandatés, dans la mesure où cela lui permet de mieux concrétiser les objectifs de la planification. Dans de tels cas, il est toutefois important que la motivation de ce choix démontre clairement les réflexions qui ont conduit et dans quelle mesure la solution adoptée est plus à même de réaliser les objectifs de la LAMal.* » (cons.6.2.1)

5.4.4.4 Analyses et prévisions détaillées par discipline

Pour définir le mandat de prestations de chacun des établissements hospitaliers, une analyse de la prise en charge par discipline est nécessaire. Elle se base sur les prestations par pathologie (APDRG[27]) de la période 2002 à 2006 fournies par chaque hôpital. La liste détaillée de l'activité de chaque établissement pour les deux dernières années (2005 et 2006) figure en annexe (*cf. ANNEXE 5: Cas par APDRG : 2005 et 2006*). Les tableaux et graphiques ci-après n'en présentent qu'une synthèse par discipline avec, à chaque fois, une distinction entre les prestations de chirurgie et celles de médecine. Ces catégories de prestations, plus synthétiques, ainsi que l'attribution de chacune des pathologies (DRG) à l'une d'entre elles ont été développées par les Hospices cantonaux vaudois, à Lausanne. Ces catégories sont les suivantes : système nerveux (catégorie A), ophtalmologie (B), ORL et stomatologie (C), pneumologie (D), cardiologie et système vasculaire (E), appareil digestif (F), gynécologie (G), orthopédie et rhumatologie (H), tissus cutanés et sous-cutanés (I), endocrinologie (J), uro-néphrologie (K), obstétrique (M), nouveau-nés (N), hématologie (O), psychiatrie, toxicologie, intoxication et alcool (Q), traumatismes multiples, traumatismes complexes graves et brûlures (S), transplantations d'organes et greffes de moelle (T), autres prises en charge (U), chimiothérapie, radiothérapie et transfusions (V).

Au début de chaque catégorie, les prévisions des « cas 2008 », « cas 2010 », « cas 2015 » et « cas 2020 » représentent des prévisions brutes qui ne tiennent pas encore compte d'éventuels transferts ou rapatriements des prestations hors canton. En revanche, la nouvelle répartition de la prise en charge présentée en deuxième partie de chaque catégorie de prestations en tient compte. Les résultats chiffrés se fondent sur la dernière période de données complètes disponibles, soit 2005. Les données mentionnées ci-après pour la période 2006 sont incomplètes puisqu'elles n'indiquent que les séjours réalisés dans les hôpitaux du canton de Fribourg. En effet, pour cette période, les données des hospitalisations hors canton font défaut. Cette nouvelle organisation de la prise en charge s'appuie sur les objectifs et critères de planification fixés précédemment : masse critique suffisante pour des raisons économiques et de qualité des prestations, maintien des soins de base et de proximité accessibles pour la population, réduction des durées moyennes de séjour, maintien et amélioration du taux de recours aux hospitalisations intra-cantontales.

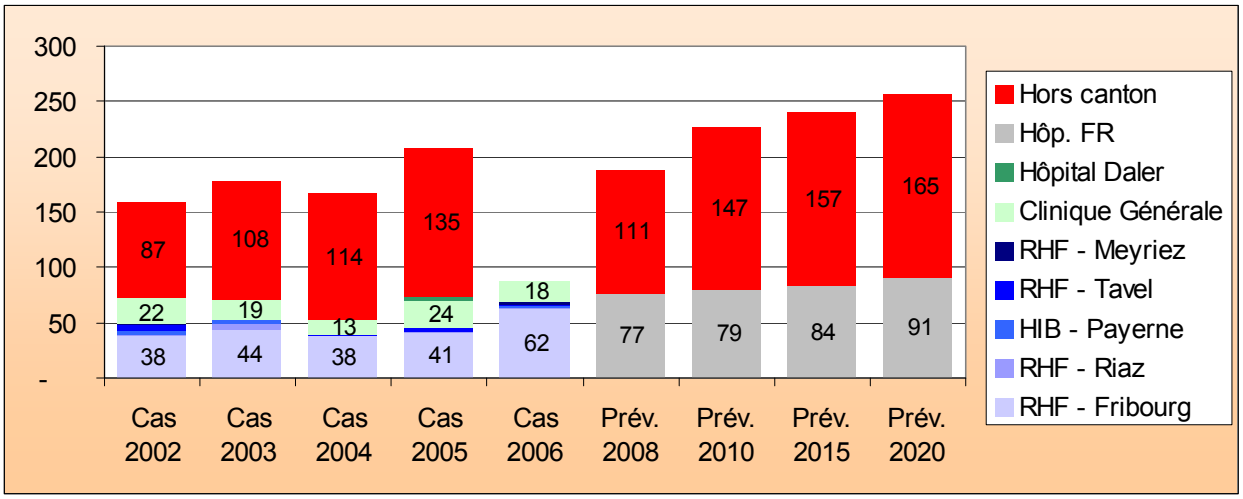
[27] APDRG : All Patients Diagnoses Related Groups

A. Système nerveux

Chirurgie *(Système nerveux)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	38	2	3	5	2	22	-	72	87
Cas 2003	44	6	2	-	-	19	-	71	108
Cas 2004	38	-	-	1	-	13	1	53	114
Cas 2005	41	2	-	2	-	24	4	73	135
Cas 2006	62	1	2	2	3	18	-	88	Non disp.
Prévision 2008								77	111
Prévision 2010								79	147
Prévision 2015								84	157
Prévision 2020								91	165



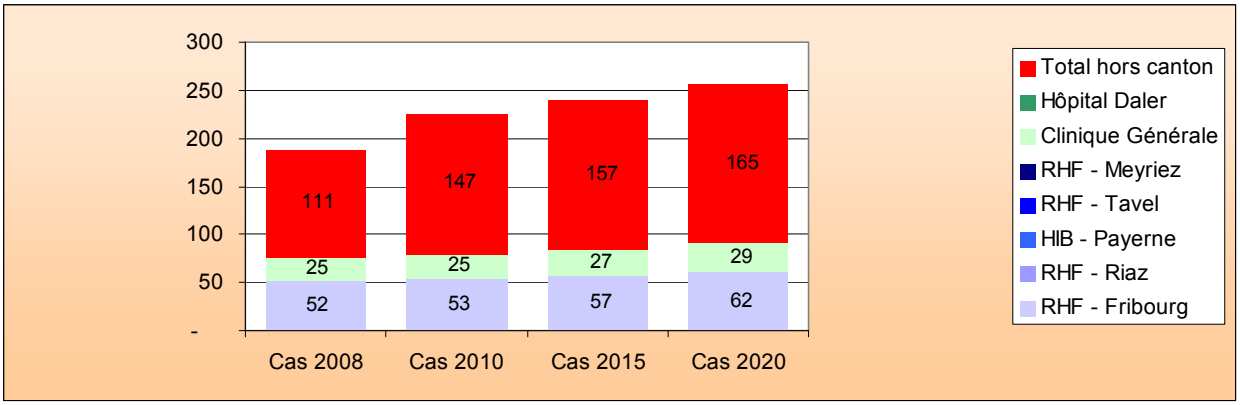
Le nombre de patients traités est faible dans chaque établissement. Les autres interventions se répartissent essentiellement entre le RHF-Fribourg et la Clinique Générale. Il est à relever que, dans la présente classification des disciplines, les prestations de libération du tunnel carpien (DRG No 6) et les arthrodèses vertébrales (DRG No 755, 756, 806 et 807) ainsi que les interventions plus générales sur le dos et le cou (DRG 757 et 758) qui peuvent également avoir un lien avec le système nerveux, ne sont par répertoriées dans la catégorie ci-dessus, mais dans celle de la chirurgie orthopédique (voir ci-après sous catégorie H).

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Pour des raisons de masse critique, les prestations ne sont plus offertes au RHF-Riaz, à l'HIB-Payerne, au RHF-Tavel, au RHF-Meyriez (également en raison de la suppression des interventions opératoires sur ce site) et à l'Hôpital Daler. En outre, les prestations spécifiques de craniotomie sont concentrées au RHF-Fribourg. Les interventions de neurochirurgie (dos, nerfs périphériques, à l'exception de la libération du tunnel carpien) sont limitées exclusivement au RHF-Fribourg et à la Clinique Générale.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

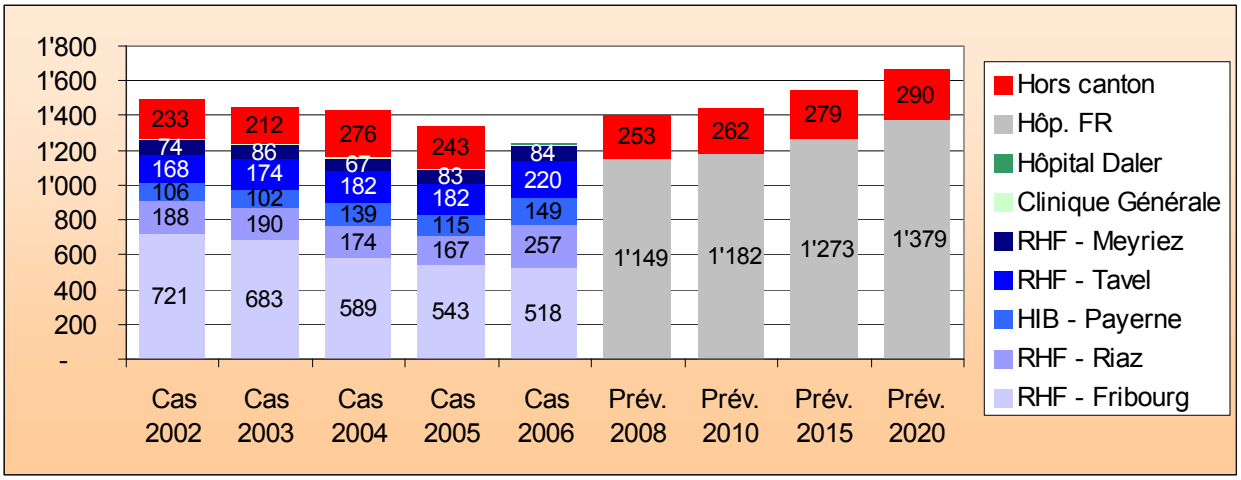
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	52	-	-	-	-	25	-	77	111
Cas 2010	53	-	-	-	-	25	-	79	147
Cas 2015	57	-	-	-	-	27	-	84	157
Cas 2020	62	-	-	-	-	29	-	91	165
Jours 2008	734	-	-	-	-	85	-	819	2'308
Jours 2010	768	-	-	-	-	85	-	853	2'827
Jours 2015	852	-	-	-	-	85	-	937	2'917
Jours 2020	954	-	-	-	-	91	-	1'045	3'040
Lits 2008	2.4	-	-	-	-	0.3	-	2.6	7.4
Lits 2010	2.5	-	-	-	-	0.3	-	2.7	9.1
Lits 2015	2.7	-	-	-	-	0.3	-	3.0	9.4
Lits 2020	3.1	-	-	-	-	0.3	-	3.4	9.8



Médecine *(Système nerveux)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	721	188	106	168	74	8	-	1'265	233
Cas 2003	683	190	102	174	86	3	2	1'240	212
Cas 2004	589	174	139	182	67	6	-	1'157	276
Cas 2005	543	167	115	182	83	8	1	1'099	243
Cas 2006	518	257	149	220	84	9	3	1'240	Non disp.
Prévision 2008								1'149	253
Prévision 2010								1'182	262
Prévision 2015								1'273	279
Prévision 2020								1'379	290



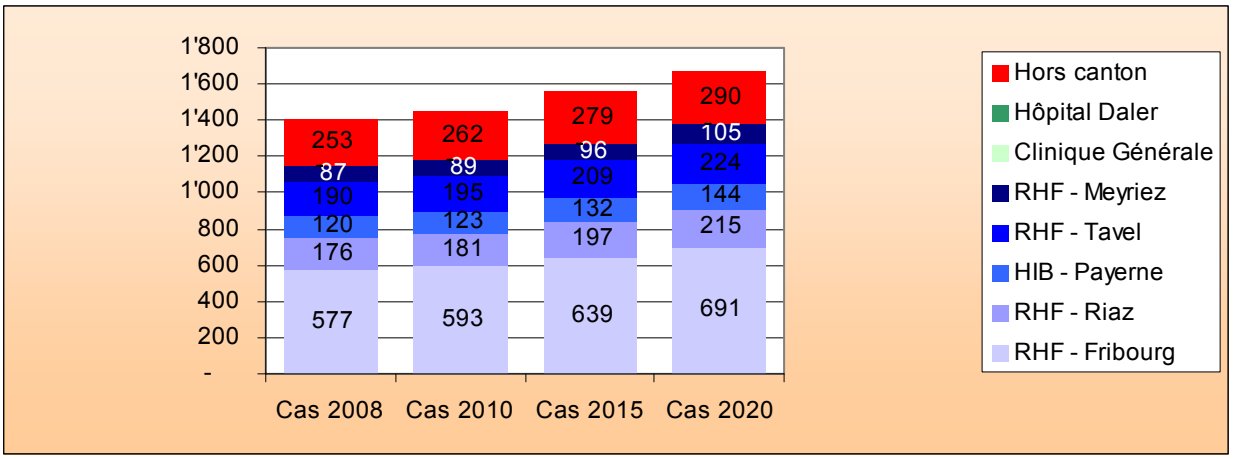
A l'exception des cliniques privées qui ne comptent que quelques cas isolés, l'ensemble des établissements publics offre des prestations de médecine en neurologie. Il s'agit essentiellement de traitement d'affections cérébrovasculaires, de commotions et d'épilepsie.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations de médecine en neurologie sont maintenues sur tous les sites à l'exception des cliniques privées qui n'ont pas la mission spécifique d'offrir les prestations de base à la population. Ce rôle est dévolu au RHF-Fribourg pour le district de la Sarine.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	577	176	120	190	87	-	-	1'149	253
Cas 2010	593	181	123	195	89	-	-	1'182	262
Cas 2015	639	197	132	209	96	-	-	1'273	279
Cas 2020	691	215	144	224	105	-	-	1'379	290
Jours 2008	6'680	943	719	1'208	682	-	-	10'233	2'601
Jours 2010	6'733	950	724	1'219	689	-	-	10'314	2'649
Jours 2015	6'900	973	741	1'258	710	-	-	10'582	2'765
Jours 2020	7'604	1'076	816	1'382	786	-	-	11'664	2'871
Lits 2008	21.5	3.0	2.3	3.9	2.2	-	-	33.0	8.4
Lits 2010	21.7	3.1	2.3	3.9	2.2	-	-	33.2	8.5
Lits 2015	22.2	3.1	2.4	4.1	2.3	-	-	34.1	8.9
Lits 2020	24.5	3.5	2.6	4.5	2.5	-	-	37.6	9.3

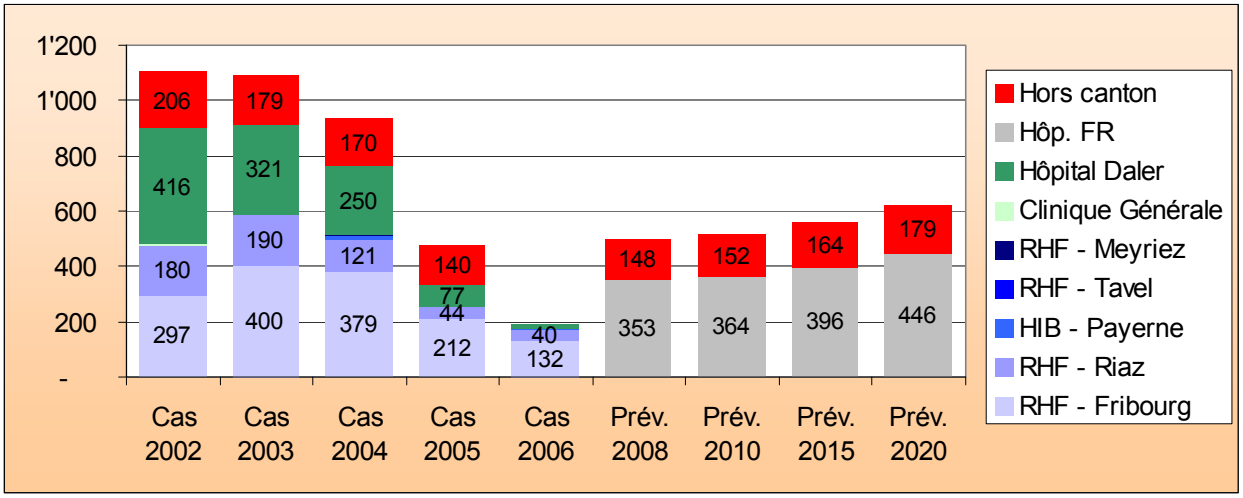


B. Ophtalmologie

Chirurgie *(Ophtalmologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	297	180	-	-	-	5	416	898	206
Cas 2003	400	190	-	-	-	-	321	911	179
Cas 2004	379	121	11	-	2	2	250	765	170
Cas 2005	212	44	-	-	-	-	77	333	140
Cas 2006	132	40	1	-	-	-	19	192	Non disp.
Prévision 2008								353	148
Prévision 2010								364	152
Prévision 2015								396	164
Prévision 2020								446	179



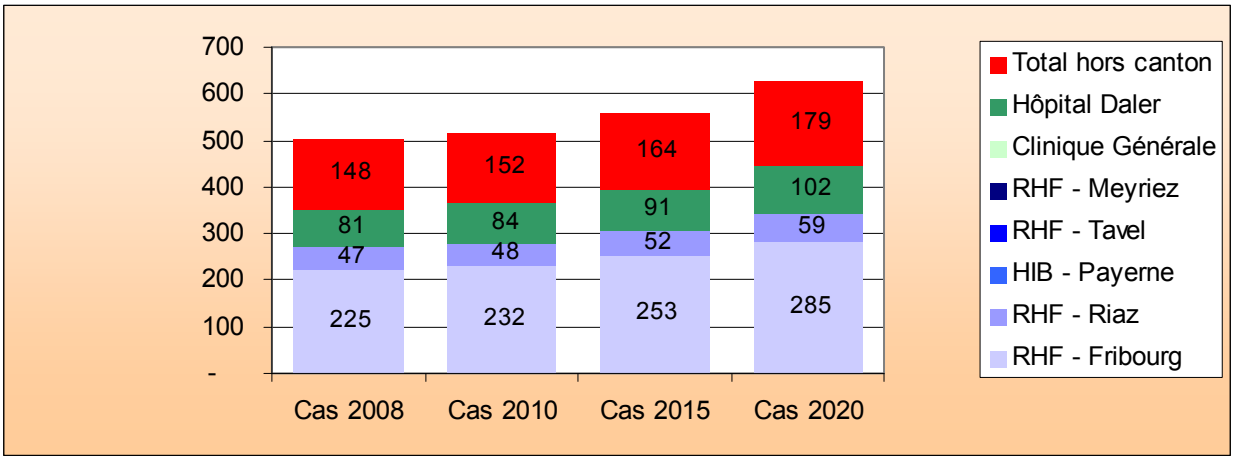
Trois établissements offrent des prestations de chirurgie ophtalmologiques, soit deux sites publics et un établissement privé. Dans ce domaine spécifique, les prestations stationnaires ne représentent qu'une faible partie de l'activité réalisée, la majorité des cas étant pris en charge de manière ambulatoire ou semi-hospitalière.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations offertes sont maintenues exclusivement dans les trois établissements hospitaliers suivants : RHF-Fribourg, RHF-Riaz et Hôpital Daler.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

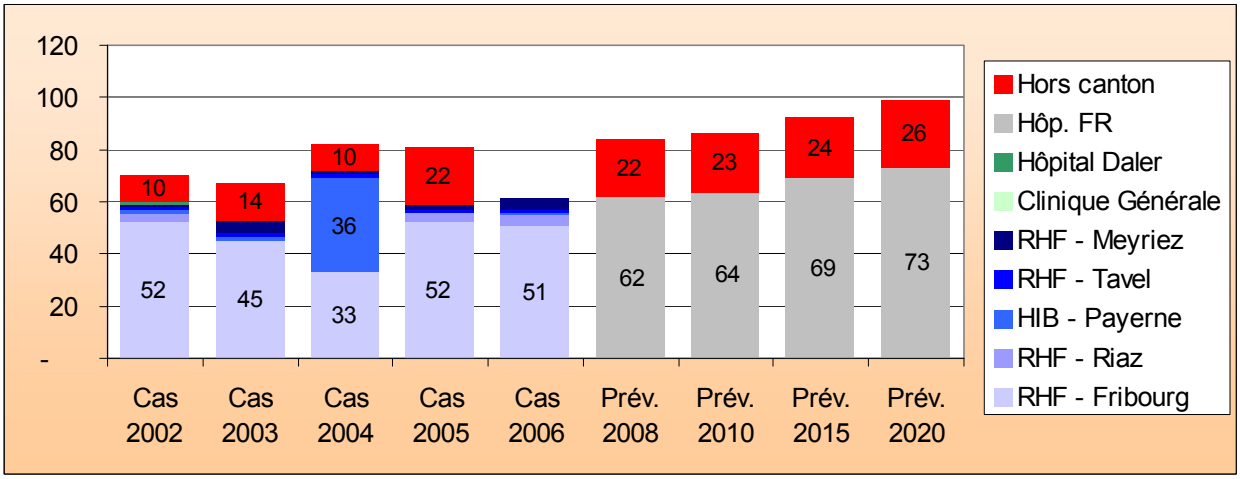
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	225	47	-	-	-	-	81	353	148
Cas 2010	232	48	-	-	-	-	84	364	152
Cas 2015	253	52	-	-	-	-	91	396	164
Cas 2020	285	59	-	-	-	-	102	446	179
Jours 2008	754	87	-	-	-	-	198	1'039	428
Jours 2010	735	81	-	-	-	-	186	1'002	420
Jours 2015	688	63	-	-	-	-	149	900	401
Jours 2020	769	71	-	-	-	-	166	1'007	435
Lits 2008	2.4	0.3	-	-	-	-	0.6	3.3	1.4
Lits 2010	2.4	0.3	-	-	-	-	0.6	3.2	1.4
Lits 2015	2.2	0.2	-	-	-	-	0.5	2.9	1.3
Lits 2020	2.5	0.2	-	-	-	-	0.5	3.2	1.4



***Médecine** (Ophtalmologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	52	3	2	1	1	-	1	60	10
Cas 2003	45	-	2	1	5	-	-	53	14
Cas 2004	33	-	36	2	1	-	-	72	10
Cas 2005	52	4	-	1	2	-	-	59	22
Cas 2006	51	4	1	1	4	-	-	61	Non disp.
Prévision 2008								62	22
Prévision 2010								64	23
Prévision 2015								69	24
Prévision 2020								73	26



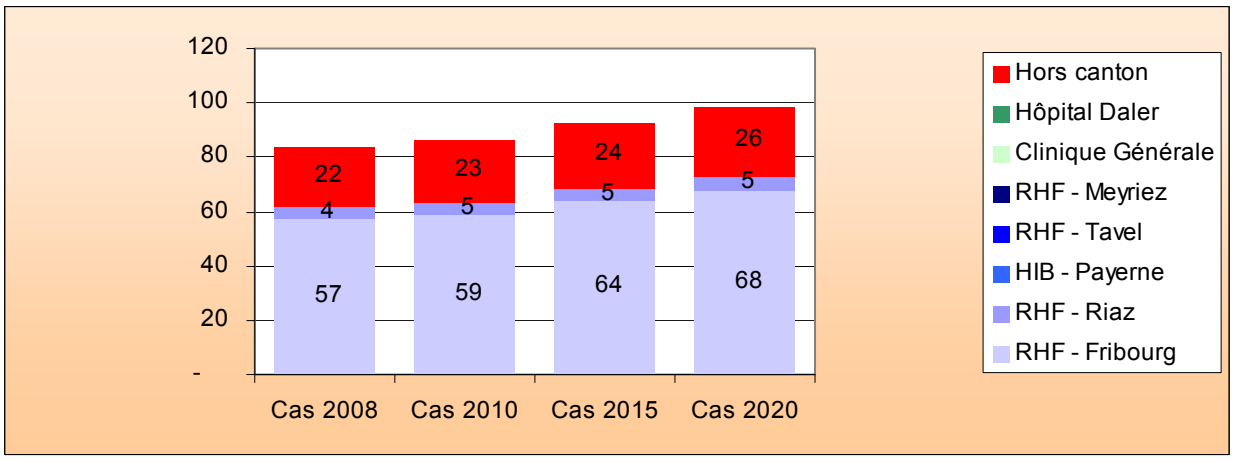
Les prestations ophtalmologiques de médecine sont très rares et essentiellement offertes au RHF-Fribourg.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

A l'instar des prestations de chirurgie ophtalmologiques, les prestations de médecine sont maintenues exclusivement dans les trois établissements hospitaliers suivants : RHF-Fribourg, RHF-Riaz et Hôpital Daler (même si ce dernier établissement n'a pas eu de cas stationnaire de 2003 à 2006).

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	57	4	-	-	-	-	-	62	22
Cas 2010	59	5	-	-	-	-	-	64	23
Cas 2015	64	5	-	-	-	-	-	69	24
Cas 2020	68	5	-	-	-	-	-	73	26
Jours 2008	335	15	-	-	-	-	-	351	101
Jours 2010	353	16	-	-	-	-	-	369	97
Jours 2015	379	17	-	-	-	-	-	396	88
Jours 2020	398	17	-	-	-	-	-	415	96
Lits 2008	1.1	0.0	-	-	-	-	-	1.1	0.3
Lits 2010	1.1	0.1	-	-	-	-	-	1.2	0.3
Lits 2015	1.2	0.1	-	-	-	-	-	1.3	0.3
Lits 2020	1.3	0.1	-	-	-	-	-	1.3	0.3

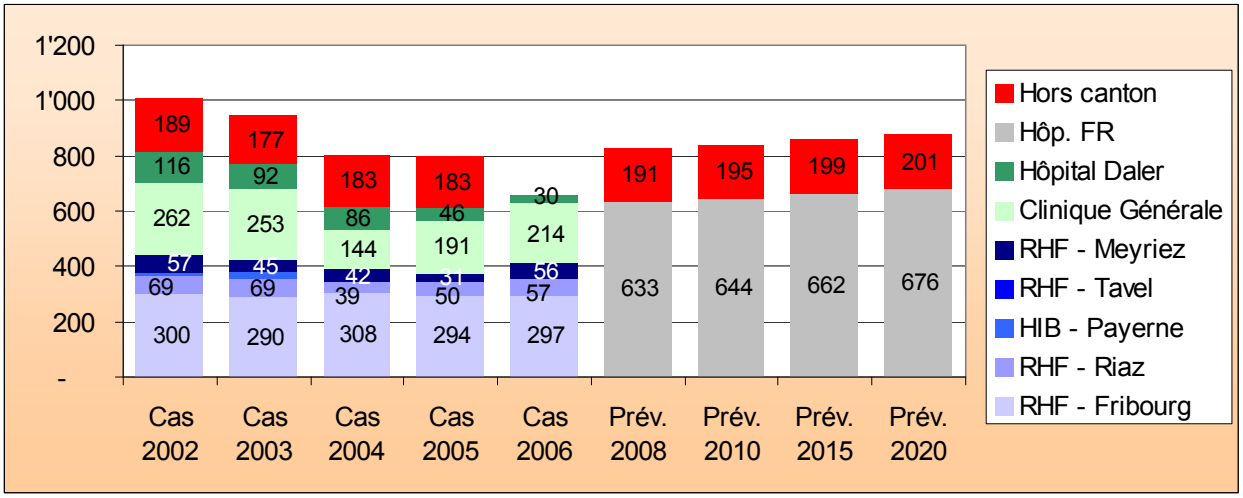


C. ORL, Stomatologie

***Chirurgie** (ORL, Stomatologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	300	69	13	-	57	262	116	817	189
Cas 2003	290	69	19	1	45	253	92	769	177
Cas 2004	308	39	-	-	42	144	86	619	183
Cas 2005	294	50	1	-	31	191	46	613	183
Cas 2006	297	57	2	2	56	214	30	658	Non disp.
Prévision 2008								633	191
Prévision 2010								644	195
Prévision 2015								662	199
Prévision 2020								676	201



Les hôpitaux RHF-Fribourg et la Clinique Générale prennent en charge à eux deux près de 80% des prestations stationnaires. Les sites de RHF-Riaz, RHF-Meyriez et de l'Hôpital Daler offrent également des prestations dans une faible mesure.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Vu la faible ampleur des cas pris en charge à l'Hôpital Daler et de l'objectif de concentration fixé pour les cliniques privées, ces prestations ne sont confiées plus qu'à un établissement privé, à savoir à la Clinique Générale.

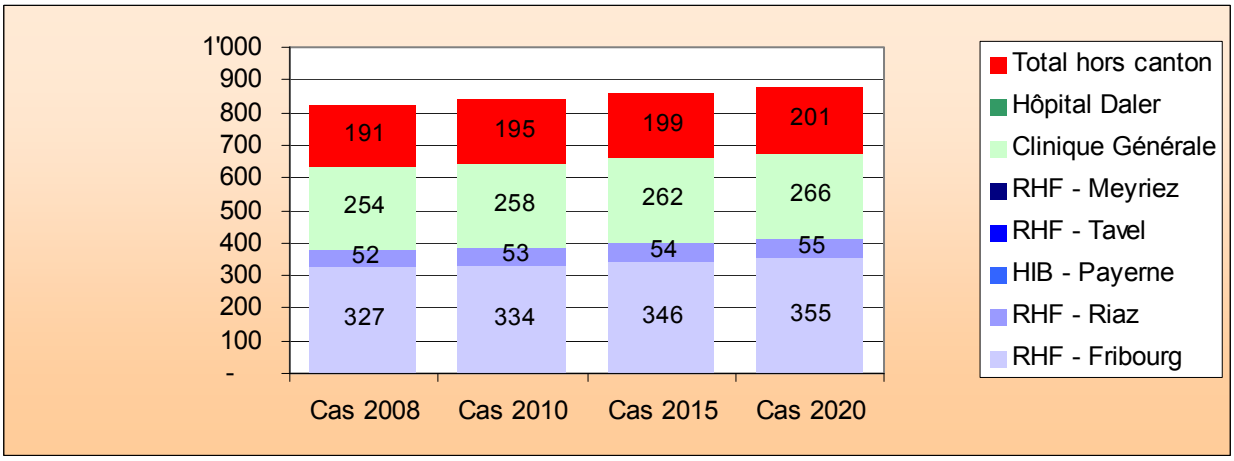
Dans les hôpitaux publics ces prestations de chirurgie sont limitées aux RHF-Fribourg et RHF-Riaz étant donné la suppression des interventions opératoires au RHF-Meyriez.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	327	52	-	-	-	254	-	633	191
Cas 2010	334	53	-	-	-	258	-	644	195
Cas 2015	346	54	-	-	-	262	-	662	199
Cas 2020	355	55	-	-	-	266	-	676	201

Jours 2008	1'875	149	-	-	-	748	-	2'771	724
Jours 2010	1'822	142	-	-	-	702	-	2'666	708
Jours 2015	1'671	121	-	-	-	570	-	2'362	649
Jours 2020	1'753	122	-	-	-	581	-	2'456	664

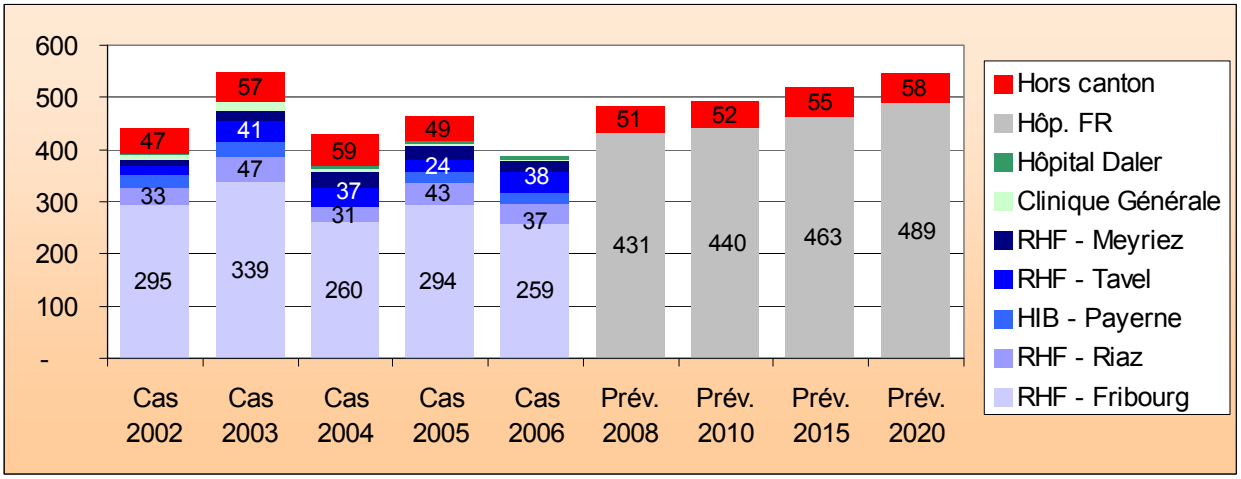
Lits 2008	6.0	0.5	-	-	-	2.4	-	8.9	2.3
Lits 2010	5.9	0.5	-	-	-	2.3	-	8.6	2.3
Lits 2015	5.4	0.4	-	-	-	1.8	-	7.6	2.1
Lits 2020	5.7	0.4	-	-	-	1.9	-	7.9	2.1



Médecine *(ORL, Stomatologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	295	33	24	16	14	9	3	394	47
Cas 2003	339	47	29	41	19	16	1	492	57
Cas 2004	260	31	-	37	28	6	7	369	59
Cas 2005	294	43	21	24	27	3	4	416	49
Cas 2006	259	37	23	38	20	4	5	386	Non disp.
Prévision 2008								431	51
Prévision 2010								440	52
Prévision 2015								463	55
Prévision 2020								489	58



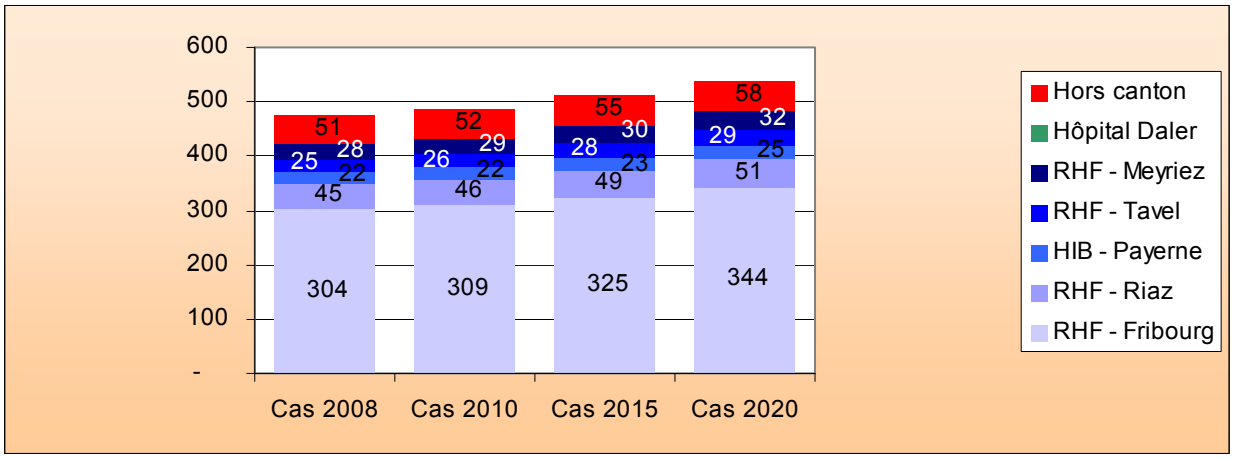
A l'exception des cliniques privées qui ne comptent que quelques cas isolés, l'ensemble des établissements publics offre des prestations de médecine en ORL. Il s'agit essentiellement de traitement d'affections d'infections des voies respiratoires hautes, d'otites moyennes et de troubles de l'équilibre.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues sur tous les sites des hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité et à la Clinique Générale en tant qu'activité complémentaire à la chirurgie ORL et de stomatologie.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	304	45	22	25	28	7	-	431	51
Cas 2010	309	46	22	26	29	8	-	440	52
Cas 2015	325	49	23	28	30	8	-	463	55
Cas 2020	344	51	25	29	32	8	-	489	58
Jours 2008	1'484	183	88	196	135	20	-	2'106	210
Jours 2010	1'482	185	89	198	137	20	-	2'110	209
Jours 2015	1'484	189	90	204	139	20	-	2'124	207
Jours 2020	1'596	200	95	220	147	20	-	2'279	218
Lits 2008	4.8	0.6	0.3	0.6	0.4	0.1	-	6.8	0.7
Lits 2010	4.8	0.6	0.3	0.6	0.4	0.1	-	6.8	0.7
Lits 2015	4.8	0.6	0.3	0.7	0.4	0.1	-	6.8	0.7
Lits 2020	5.1	0.6	0.3	0.7	0.5	0.1	-	7.3	0.7

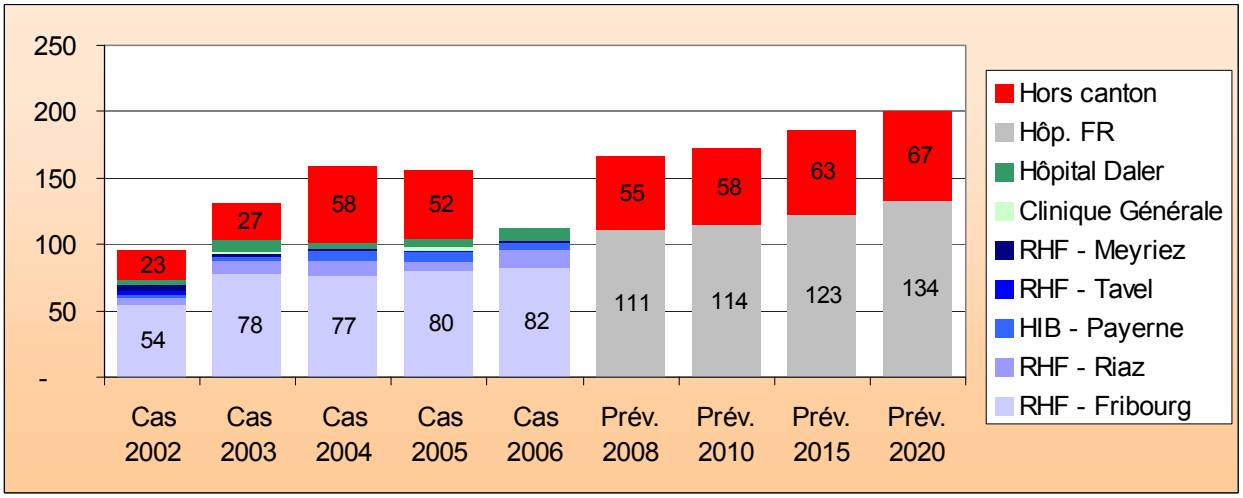


D. Pneumologie

Chirurgie *(Pneumologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	54	6	3	2	4	1	3	73	23
Cas 2003	78	9	4	-	2	1	10	104	27
Cas 2004	77	10	8	-	2	-	4	101	58
Cas 2005	80	7	7	1	1	2	6	104	52
Cas 2006	82	14	5	-	2	-	9	112	Non disp.
Prévision 2008								111	55
Prévision 2010								114	58
Prévision 2015								123	63
Prévision 2020								134	67



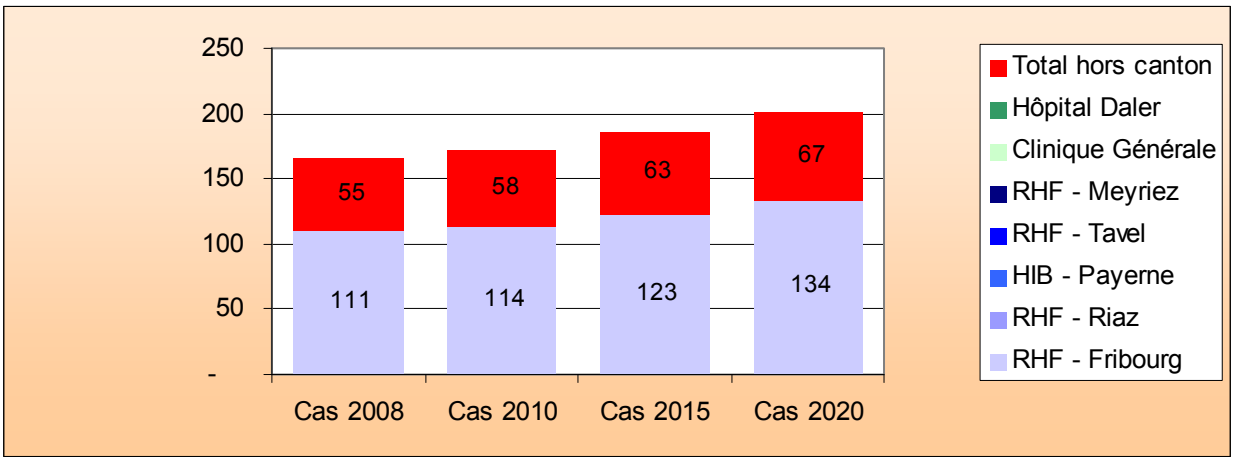
Le nombre de patients traités est faible dans tous les établissements (moins de 15 cas) à l'exception du RHF-Fribourg où se concentre l'essentiel de l'activité (environ 80 cas).

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu d'une masse critique insuffisante dans cette discipline spécialisée dans quasi tous les autres établissements, les prestations de chirurgie en pneumologie sont exclusivement prises en charge par le RHF-Fribourg, seul établissement habilité à offrir cette prestation.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

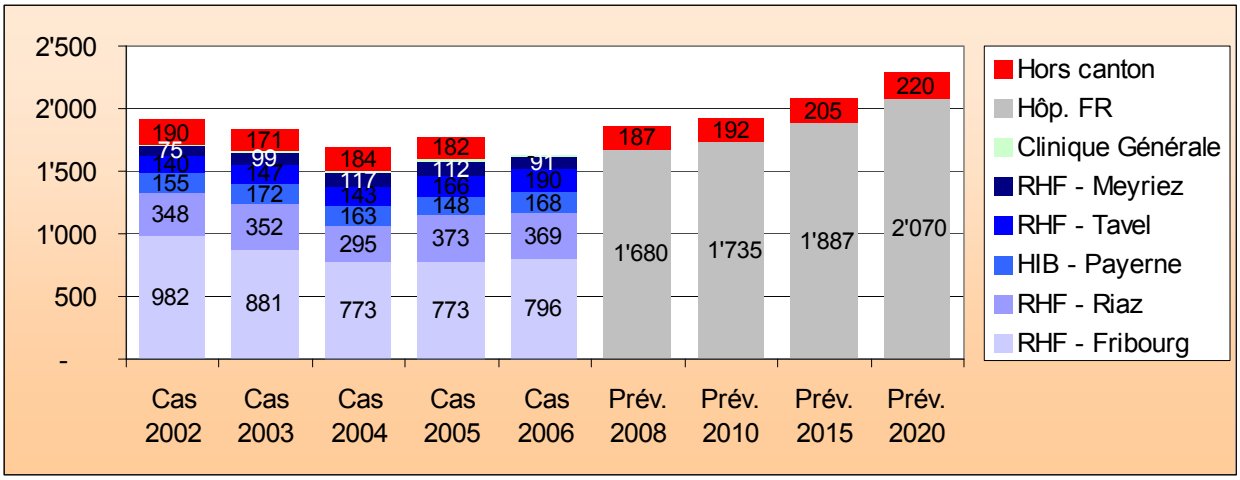
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	111	-	-	-	-	-	-	111	55
Cas 2010	114	-	-	-	-	-	-	114	58
Cas 2015	123	-	-	-	-	-	-	123	63
Cas 2020	134	-	-	-	-	-	-	134	67
Jours 2008	2'326	-	-	-	-	-	-	2'326	705
Jours 2010	2'391	-	-	-	-	-	-	2'391	752
Jours 2015	2'563	-	-	-	-	-	-	2'563	851
Jours 2020	2'793	-	-	-	-	-	-	2'793	912
Lits 2008	7.5	-	-	-	-	-	-	7.5	2.3
Lits 2010	7.7	-	-	-	-	-	-	7.7	2.4
Lits 2015	8.3	-	-	-	-	-	-	8.3	2.7
Lits 2020	9.0	-	-	-	-	-	-	9.0	2.9



***Médecine** (Pneumologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	982	348	155	140	75	17	4	1'721	190
Cas 2003	881	352	172	147	99	15	6	1'672	171
Cas 2004	773	295	163	143	117	8	5	1'504	184
Cas 2005	773	373	148	166	112	24	2	1'598	182
Cas 2006	796	369	168	190	91	8	4	1'626	Non disp.
Prévision 2008								1'680	187
Prévision 2010								1'735	192
Prévision 2015								1'887	205
Prévision 2020								2'070	220



A l'exception des cliniques privées qui ne comptent que quelques cas isolés, l'ensemble des établissements publics offre des prestations de médecine en pneumologie. Il s'agit essentiellement de traitement de bronchites et d'asthme, de pneumonies et de maladies pulmonaires obstructives.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

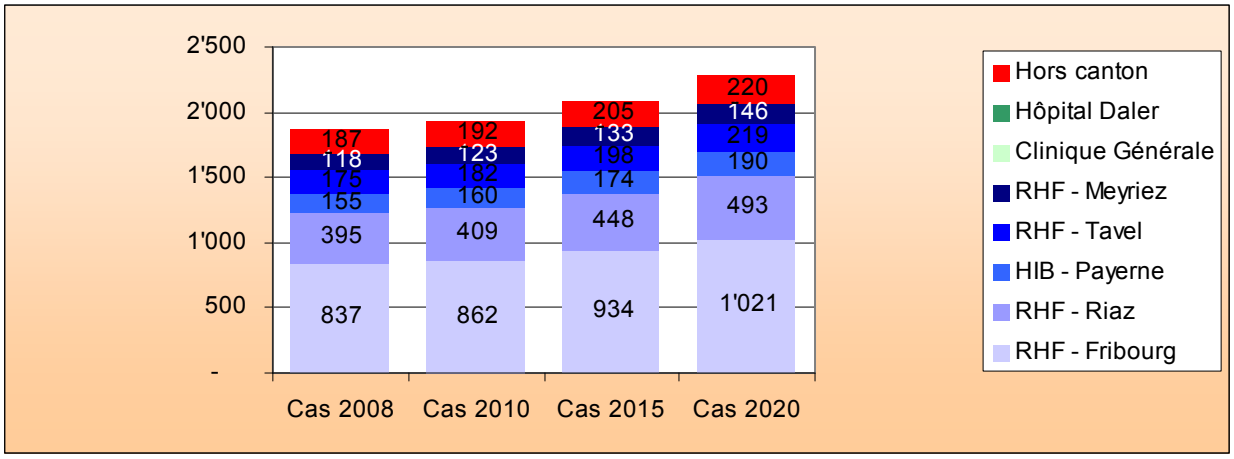
Les prestations de médecine en pneumologie sont maintenues sur tous les sites à l'exception des cliniques privées qui n'ont pas la mission spécifique d'offrir les prestations de base et de proximité à la population. Ce rôle est dévolu au RHF-Fribourg pour le district de la Sarine.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	837	395	155	175	118	-	-	1'680	187
Cas 2010	862	409	160	182	123	-	-	1'735	192
Cas 2015	934	448	174	198	133	-	-	1'887	205
Cas 2020	1'021	493	190	219	146	-	-	2'070	220

Jours 2008	8'776	2'868	1'441	1'888	962	-	-	15'935	1'355
Jours 2010	8'830	2'889	1'448	1'896	964	-	-	16'027	1'372
Jours 2015	8'964	2'939	1'464	1'908	966	-	-	16'241	1'434
Jours 2020	9'866	3'235	1'610	2'104	1'059	-	-	17'874	1'551

Lits 2008	28.3	9.2	4.6	6.1	3.1	-	-	51.4	4.4
Lits 2010	28.5	9.3	4.7	6.1	3.1	-	-	51.7	4.4
Lits 2015	28.9	9.5	4.7	6.1	3.1	-	-	52.3	4.6
Lits 2020	31.8	10.4	5.2	6.8	3.4	-	-	57.6	5.0

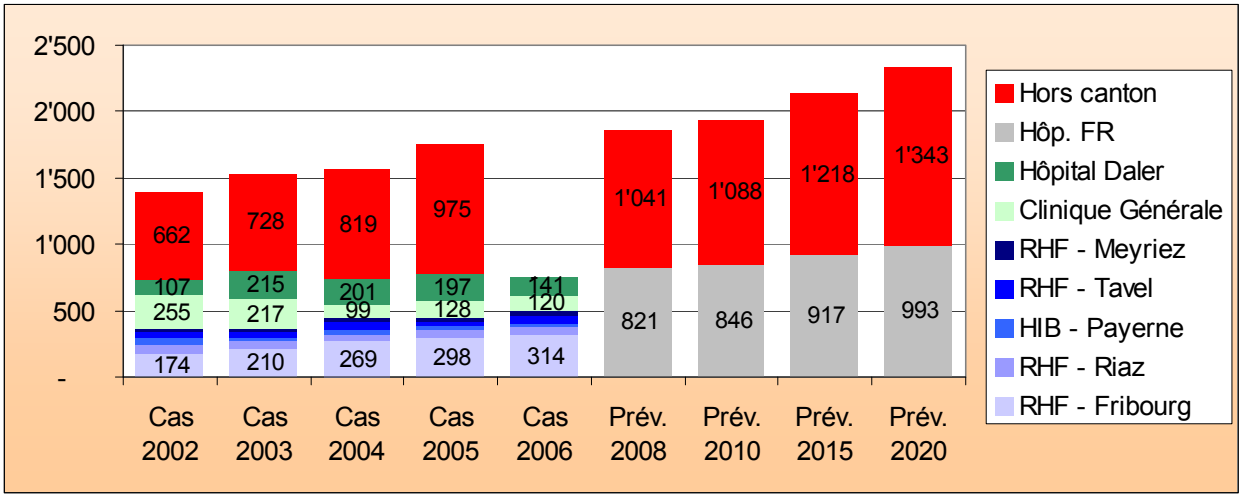


E. Cardiologie, système vasculaire

Chirurgie *(Cardiologie, système vasculaire)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	174	73	48	43	32	255	107	732	662
Cas 2003	210	64	21	52	22	217	215	801	728
Cas 2004	269	49	34	56	37	99	201	745	819
Cas 2005	298	60	26	33	36	128	197	778	975
Cas 2006	314	65	23	60	31	120	141	754	Non disp.
Prévision 2008								821	1'041
Prévision 2010								846	1'088
Prévision 2015								917	1'218
Prévision 2020								993	1'343



Les prestations sont couvertes par l'ensemble des établissements. Néanmoins, la prise en charge offerte par RHF- Riaz, HIB-Payerne, RHF-Tavel, RHF-Meyriez, la Clinique Générale et l'Hôpital Daler concerne quasi exclusivement deux interventions, à savoir la « ligature de veine et stripping » (DRG no 119) et la revascularisation du membre inférieur (DRG no 796, 797 et 913). De plus, il est à relever que pour les années 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006 l'Hôpital Daler est intervenu respectivement à 1, 1, 2, 5 et 4 reprises pour des révisions ou des remplacements de pacemaker cardiaque tandis que le RHF-Fribourg a pratiqué ces interventions, avec en plus l'insertion de pacemacker à plus de 100 reprises par année. Par ailleurs, en matière de cardiologie interventionnelle endoscopique (corono-ventriculographies, insertion de stents, etc.), environ 450 interventions cardiovasculaires percutanées (DRG No 112 et 808) ont été prises en charge hors canton ces dernières années pour des patients stationnaires.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations de chirurgie cardiaque et vasculaire sont fournies exclusivement par le RHF-Fribourg en raison d'un nombre de cas insuffisants dans les autres établissements, à l'exception des ligatures de veine, stripping et de la revascularisation du membre inférieur que peuvent offrir tous les établissements. Par conséquent, l'Hôpital Daler n'est plus habilité à fournir des interventions en relation avec des pacemaker, électrodes intracardiaques ou défibrillateurs.

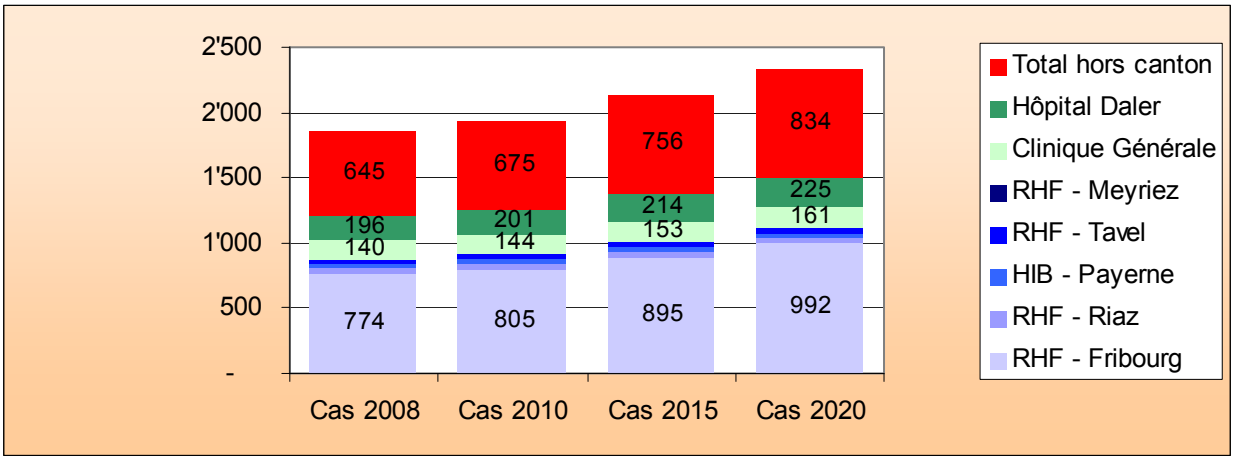
En outre, depuis le 1er février 2007, le RHF-Fribourg est équipé pour la réalisation d'actes de cardiologie interventionnelle. Le rapatriement de ces prestations (DRG No 112 et 808), sous l'hypothèse que 80% des cas pris en charge hors canton seront réalisés dans le canton, entraîne donc un transfert du même ordre des établissements hors canton vers le RHF-Fribourg.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	774	43	23	42	-	140	196	1'217	645
Cas 2010	805	44	23	43	-	144	201	1'259	675
Cas 2015	895	47	25	45	-	153	214	1'378	756
Cas 2020	992	49	26	48	-	161	225	1'501	834

Jours 2008	5'458	166	53	185	-	449	725	7'036	5'514
Jours 2010	5'546	156	50	174	-	423	682	7'033	5'721
Jours 2015	5'849	129	41	143	-	347	561	7'070	6'306
Jours 2020	6'510	137	44	153	-	370	597	7'811	6'969

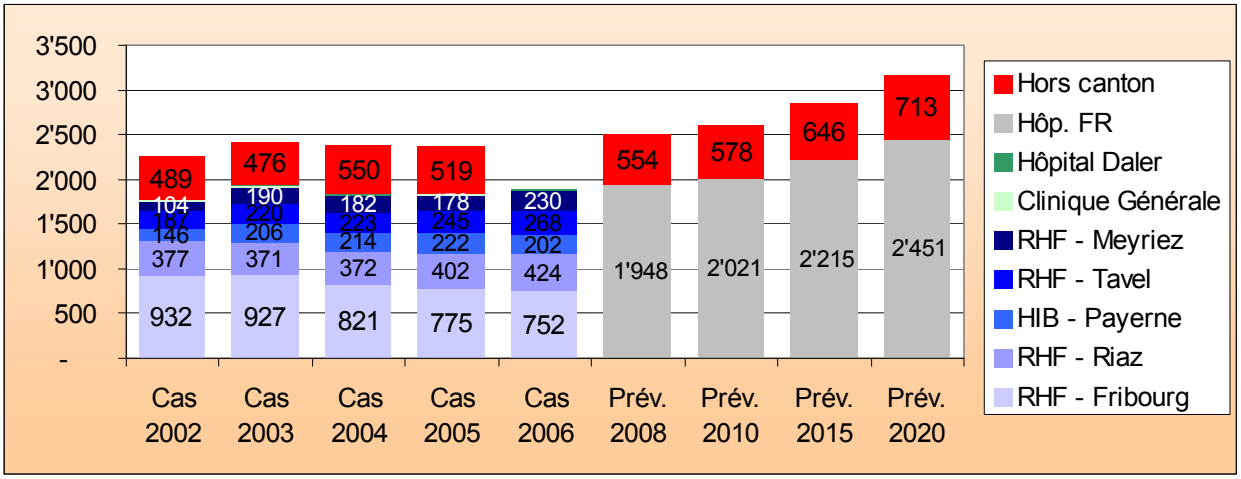
Lits 2008	17.6	0.5	0.2	0.6	-	1.4	2.3	22.7	17.8
Lits 2010	17.9	0.5	0.2	0.6	-	1.4	2.2	22.7	18.4
Lits 2015	18.9	0.4	0.1	0.5	-	1.1	1.8	22.8	20.3
Lits 2020	21.0	0.4	0.1	0.5	-	1.2	1.9	25.2	22.5



Médecine *(Cardiologie, système vasculaire)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	932	377	146	187	104	21	8	1'775	489
Cas 2003	927	371	206	220	190	14	18	1'946	476
Cas 2004	821	372	214	223	182	8	14	1'834	550
Cas 2005	775	402	222	245	178	15	3	1'840	519
Cas 2006	752	424	202	268	230	4	8	1'888	Non disp.
Prévision 2008								1'948	554
Prévision 2010								2'021	578
Prévision 2015								2'215	646
Prévision 2020								2'451	713



A l'exception des cliniques privées qui ne comptent que quelques cas isolés, l'ensemble des établissements publics offre des prestations de médecine en cardiologie. Il s'agit essentiellement de traitement d'affections circulatoires avec infarctus, d'angines de poitrine, d'insuffisance ou d'arythmie cardiaque. Par ailleurs, en matière de cardiologie interventionnelle endoscopique plus de 300 interventions pour affections circulatoires (excepté infarctus du myocarde) avec cathétérisme cardiaque (DRG No 124 et 125) ont été prises en charge hors canton ces dernières années pour des patients stationnaires.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations, en médecine, de cardiologie et du système vasculaire sont maintenues sur tous les sites à l'exception des cliniques privées qui n'ont pas la mission spécifique d'offrir les prestations de base et de proximité à la population. Ce rôle est dévolu au RHF-Fribourg pour le district de la Sarine.

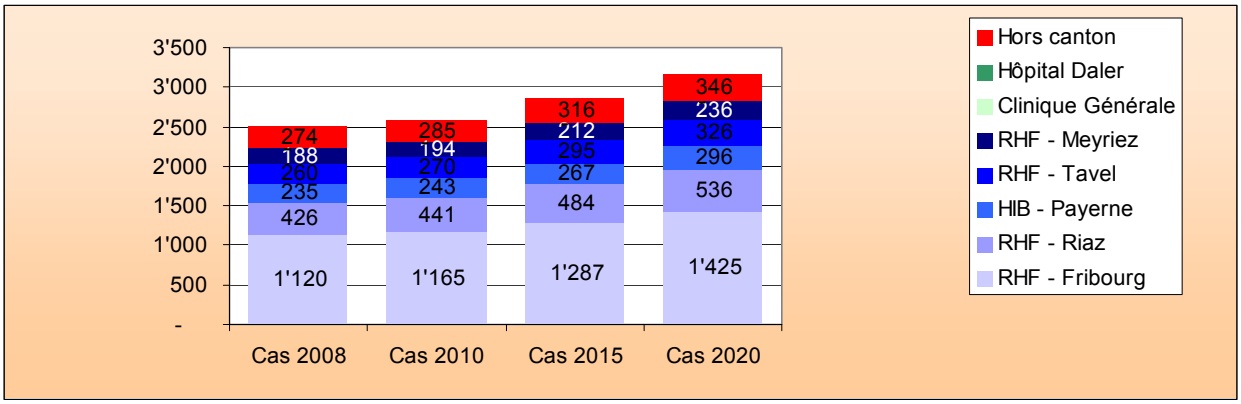
En outre, depuis le 1er février 2007, le RHF-Fribourg est équipé pour la réalisation d'actes de cardiologie interventionnelle. Le rapatriement de ces prestations (DRG No 124 et 125), sous l'hypothèse que 80% des cas pris en charge hors canton seront réalisés dans le canton, entraîne donc un transfert du même ordre des établissements hors canton vers le RHF-Fribourg.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	1'120	426	235	260	188	-	-	2'228	274
Cas 2010	1'165	441	243	270	194	-	-	2'314	285
Cas 2015	1'287	484	267	295	212	-	-	2'545	316
Cas 2020	1'425	536	296	326	236	-	-	2'818	346

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Jours 2008	8'491	2'709	1'622	2'454	1'368	-	-	16'644	1'333
Jours 2010	8'479	2'713	1'619	2'451	1'362	-	-	16'624	1'367
Jours 2015	8'458	2'737	1'606	2'437	1'343	-	-	16'583	1'481
Jours 2020	9'410	3'047	1'784	2'719	1'499	-	-	18'459	1'609

Lits 2008	27.4	8.7	5.2	7.9	4.4	-	-	53.6	4.3
Lits 2010	27.3	8.7	5.2	7.9	4.4	-	-	53.6	4.4
Lits 2015	27.3	8.8	5.2	7.9	4.3	-	-	53.4	4.8
Lits 2020	30.3	9.8	5.8	8.8	4.8	-	-	59.5	5.2

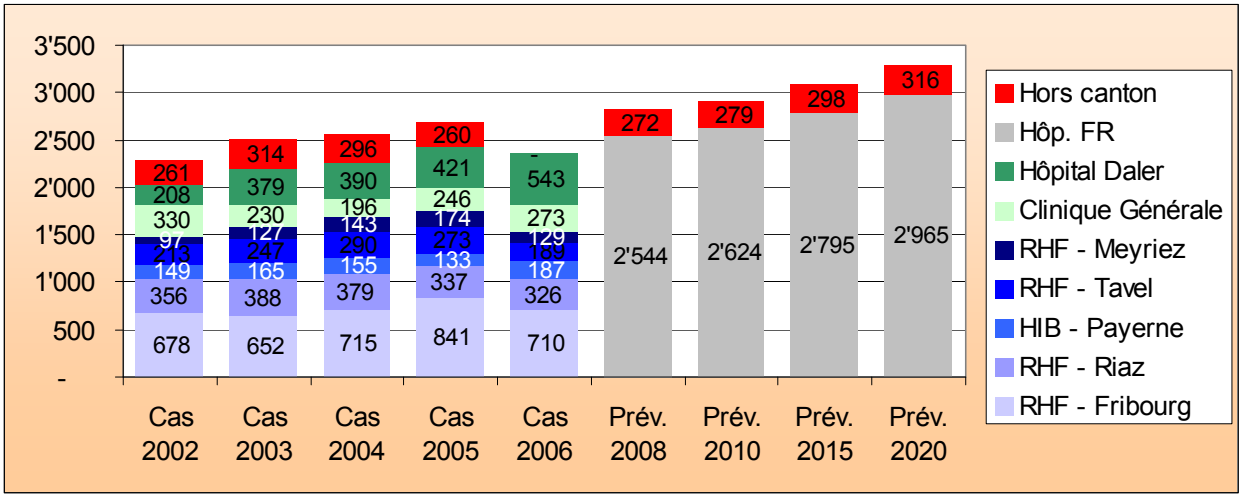


F. Appareil digestif

Chirurgie *(Appareil digestif)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	678	356	149	213	97	330	208	2'031	261
Cas 2003	652	388	165	247	127	230	379	2'188	314
Cas 2004	715	379	155	290	143	196	390	2'268	296
Cas 2005	841	337	133	273	174	246	421	2'425	260
Cas 2006	710	326	187	189	129	273	543	2'357	Non disp.
Prévision 2008								2'544	272
Prévision 2010								2'624	279
Prévision 2015								2'795	298
Prévision 2020								2'965	316



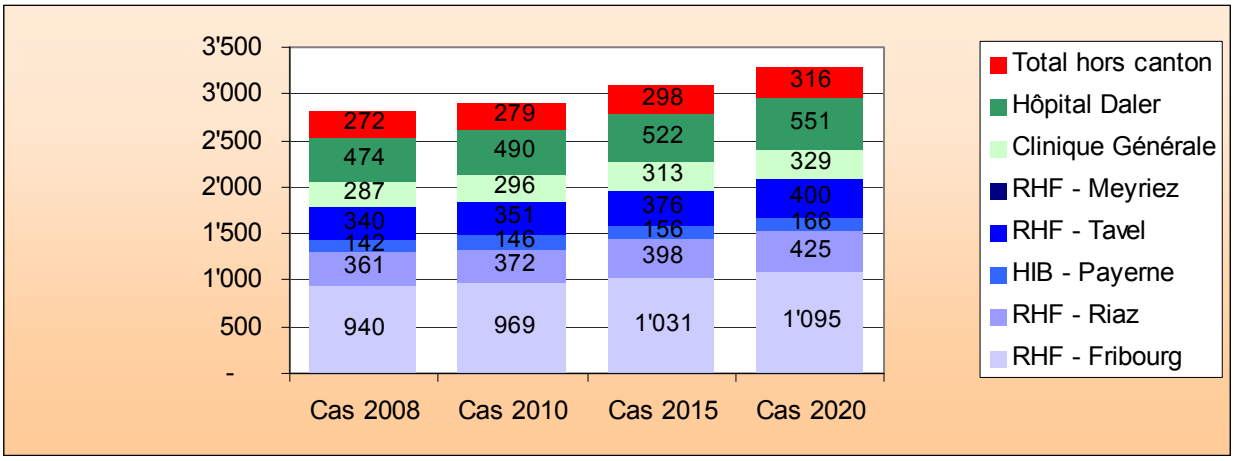
Les prestations sont couvertes par l'ensemble des établissements dans un large éventail. Il s'agit notamment de cures de hernies, de cholécystectomies, d'interventions sur le gros intestin, l'intestin grêle et l'anus, d'appendicectomies, etc.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues sur tous les sites des hôpitaux publics sauf au RHF-Meyriez étant donné la suppression des interventions opératoires sur ce site. Compte tenu des volumes d'activité et d'une répartition relativement équilibrée entre la Clinique Générale et l'Hôpital Daler, les prestations sont également maintenues dans les deux cliniques privées,

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

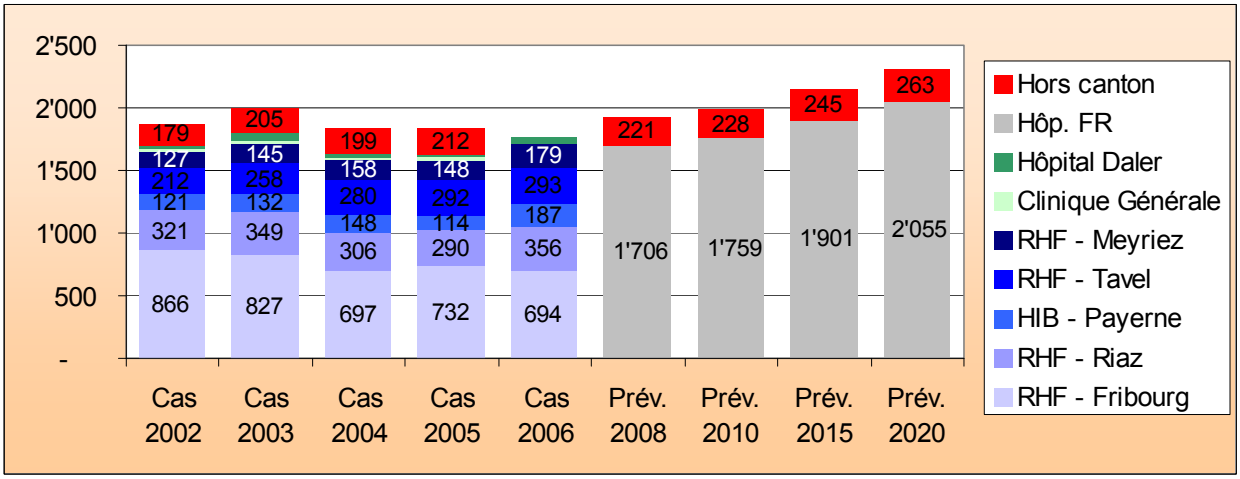
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	940	361	142	340	-	287	474	2'544	272
Cas 2010	969	372	146	351	-	296	490	2'624	279
Cas 2015	1'031	398	156	376	-	313	522	2'795	298
Cas 2020	1'095	425	166	400	-	329	551	2'965	316
Jours 2008	9'333	2'381	698	2'198	-	1'245	2'405	18'260	2'110
Jours 2010	9'395	2'374	694	2'150	-	1'214	2'356	18'182	2'106
Jours 2015	9'398	2'340	678	1'988	-	1'109	2'181	17'695	2'060
Jours 2020	10'173	2'548	737	2'144	-	1'181	2'324	19'108	2'208
Lits 2008	30.1	7.7	2.3	7.1	-	4.0	7.8	58.9	6.8
Lits 2010	30.3	7.7	2.2	6.9	-	3.9	7.6	58.6	6.8
Lits 2015	30.3	7.5	2.2	6.4	-	3.6	7.0	57.0	6.6
Lits 2020	32.8	8.2	2.4	6.9	-	3.8	7.5	61.6	7.1



Médecine *(Appareil digestif)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	866	321	121	212	127	26	22	1'695	179
Cas 2003	827	349	132	258	145	30	53	1'794	205
Cas 2004	697	306	148	280	158	13	41	1'643	199
Cas 2005	732	290	114	292	148	35	19	1'630	212
Cas 2006	694	356	187	293	179	9	45	1'763	Non disp.
Prévision 2008								1'706	221
Prévision 2010								1'759	228
Prévision 2015								1'901	245
Prévision 2020								2'055	263



Les prestations sont couvertes par l'ensemble des établissements. Il s'agit essentiellement de traitement d'oesophagite, de gastro-entérites et d'hémorragie gastro-intestinales.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

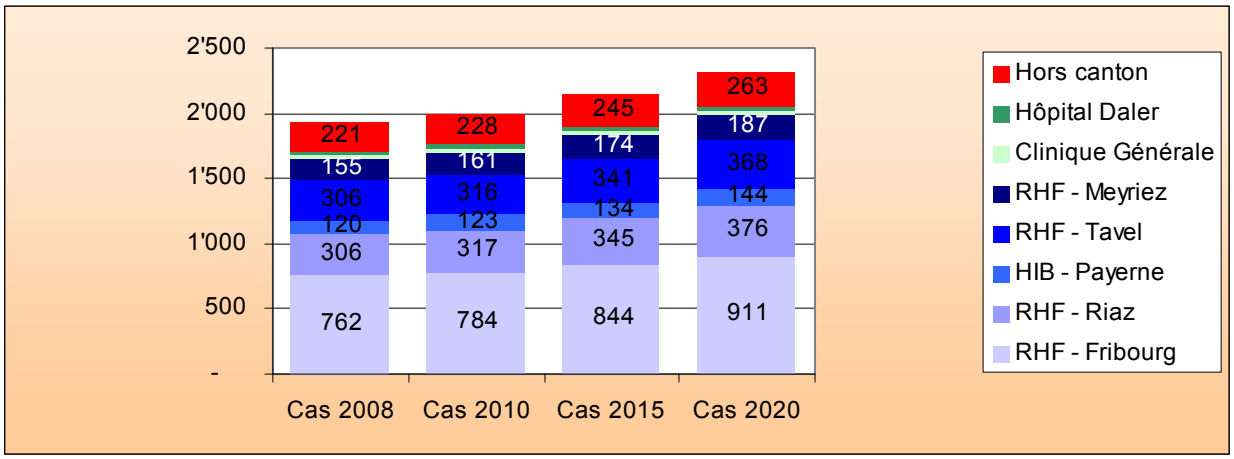
Les prestations sont maintenues dans tous les sites des hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité et également à la Clinique Générale et à l'Hôpital Daler en tant qu'activité complémentaire à la chirurgie digestive.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas2008	762	306	120	306	155	37	20	1'706	221
Cas2010	784	317	123	316	161	38	21	1'759	228
Cas2015	844	345	134	341	174	41	22	1'901	245
Cas2020	911	376	144	368	187	45	24	2'055	263

Jours2008	6'525	2'014	785	2'112	866	206	72	12'580	1'348
Jours2010	6'562	2'035	791	2'111	870	205	71	12'645	1'380
Jours2015	6'677	2'093	807	2'106	880	205	69	12'837	1'465
Jours2020	7'282	2'284	879	2'290	956	226	75	13'990	1'595

Lits2008	21.0	6.5	2.5	6.8	2.8	0.7	0.2	40.5	4.3
Lits2010	21.1	6.6	2.6	6.8	2.8	0.7	0.2	40.8	4.4
Lits2015	21.5	6.7	2.6	6.8	2.8	0.7	0.2	41.4	4.7
Lits2020	23.5	7.4	2.8	7.4	3.1	0.7	0.2	45.1	5.1

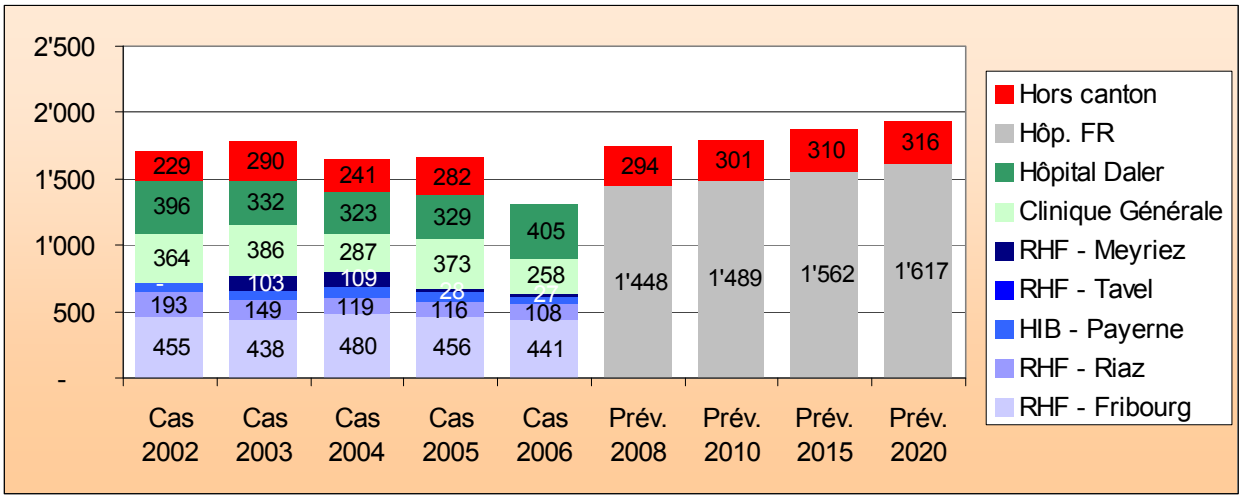


G. Gynécologie

***Chirurgie** (Gynécologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	455	193	72	5	-	364	396	1'485	229
Cas 2003	438	149	68	9	103	386	332	1'485	290
Cas 2004	480	119	80	8	109	287	323	1'406	241
Cas 2005	456	116	71	6	28	373	329	1'379	282
Cas 2006	441	108	62	3	27	258	405	1'304	Non disp.
Prévision 2008								1'448	294
Prévision 2010								1'489	301
Prévision 2015								1'562	310
Prévision 2020								1'617	316



A l'exception de quelques cas isolés au RHF-Tavel et au RHF-Meyriez, les prestations sont fournies dans des volumes importants dans tous les établissements.

Il s'agit essentiellement d'interventions sur l'utérus pour carcinome, de mastectomie pour affections malignes et de biopsie du sein.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

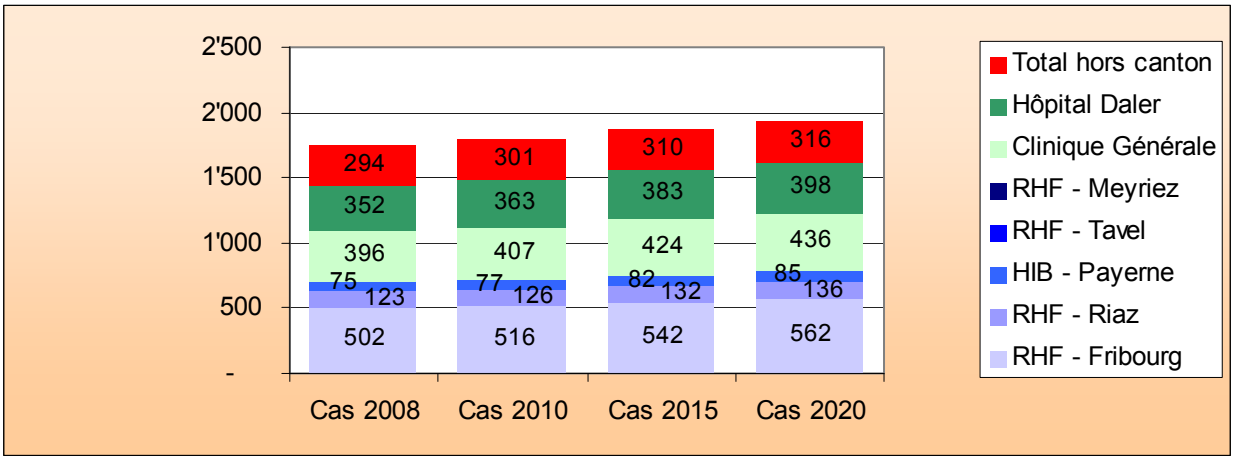
Pour des raisons de masse critique, les prestations ne sont plus offertes au RHF-Tavel et au RHF-Meyriez (également en raison de la suppression des interventions opératoires sur ce site). Compte tenu des volumes d'activité et d'une répartition relativement équilibrée entre la Clinique Générale et l'Hôpital Daler, les prestations sont maintenues dans les deux cliniques privées.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	502	123	75	-	-	396	352	1'448	294
Cas 2010	516	126	77	-	-	407	363	1'489	301
Cas 2015	542	132	82	-	-	424	383	1'562	310
Cas 2020	562	136	85	-	-	436	398	1'617	316

Jours 2008	2'932	661	393	-	-	2'072	1'970	8'028	1'301
Jours 2010	2'861	643	384	-	-	2'003	1'913	7'805	1'302
Jours 2015	2'623	577	352	-	-	1'760	1'703	7'015	1'269
Jours 2020	2'753	601	372	-	-	1'817	1'773	7'315	1'295

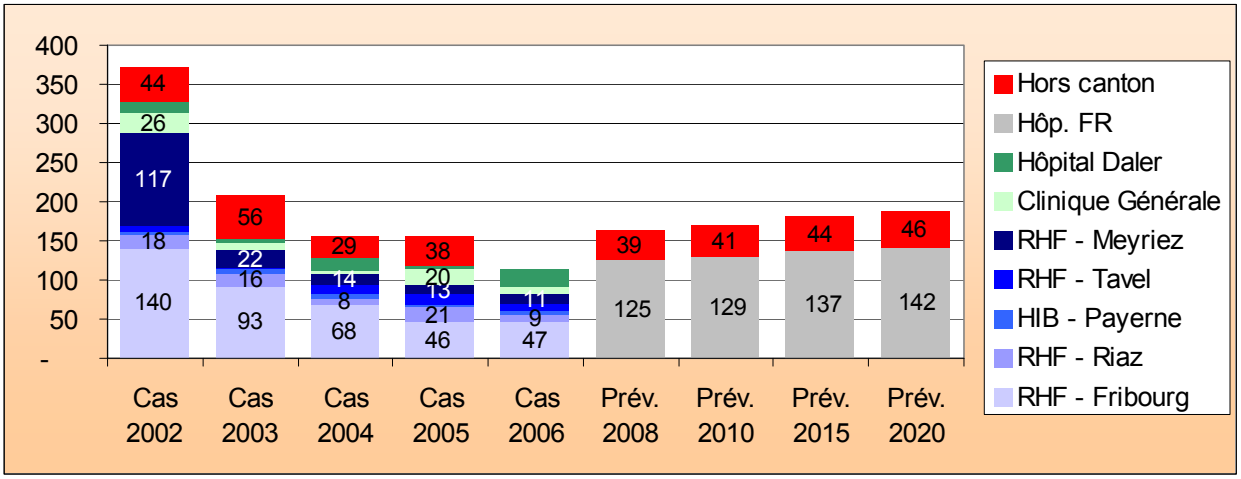
Lits 2008	9.4	2.1	1.3	-	-	6.7	6.3	25.9	4.2
Lits 2010	9.2	2.1	1.2	-	-	6.5	6.2	25.2	4.2
Lits 2015	8.5	1.9	1.1	-	-	5.7	5.5	22.6	4.1
Lits 2020	8.9	1.9	1.2	-	-	5.9	5.7	23.6	4.2



Médecine *(Gynécologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	140	18	5	8	117	26	15	329	44
Cas 2003	93	16	6	2	22	9	4	152	56
Cas 2004	68	8	6	12	14	5	15	128	29
Cas 2005	46	21	2	13	13	20	3	118	38
Cas 2006	47	9	5	10	11	11	22	115	Non disp.
Prévision 2008								125	39
Prévision 2010								129	41
Prévision 2015								137	44
Prévision 2020								142	46



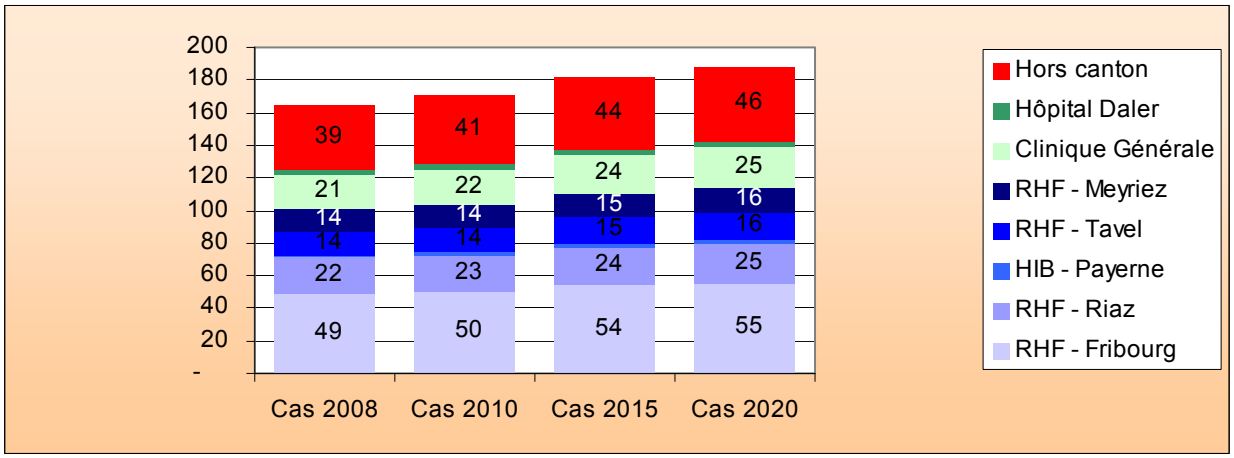
Les prestations sont offertes par l'ensemble des établissements dans une proportion relativement faible (moins de 50 cas par établissement). De manière générale, il s'agit d'une activité hospitalière marginale du point de vue du nombre de cas traité en stationnaire.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues dans tous les sites des hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité et également à la Clinique Générale et à l'Hôpital Daler en tant qu'activité complémentaire à la chirurgie gynécologique.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	49	22	2	14	14	21	3	125	39
Cas 2010	50	23	2	14	14	22	3	129	41
Cas 2015	54	24	2	15	15	24	3	137	44
Cas 2020	55	25	2	16	16	25	3	142	46
Jours 2008	399	96	10	183	70	136	10	904	303
Jours 2010	411	99	10	191	72	140	10	934	320
Jours 2015	431	102	11	206	76	147	11	984	333
Jours 2020	454	108	11	220	81	157	11	1'041	358
Lits 2008	1.3	0.3	0.0	0.6	0.2	0.4	0.0	2.9	1.0
Lits 2010	1.3	0.3	0.0	0.6	0.2	0.5	0.0	3.0	1.0
Lits 2015	1.4	0.3	0.0	0.7	0.2	0.5	0.0	3.2	1.1
Lits 2020	1.5	0.3	0.0	0.7	0.3	0.5	0.0	3.4	1.2

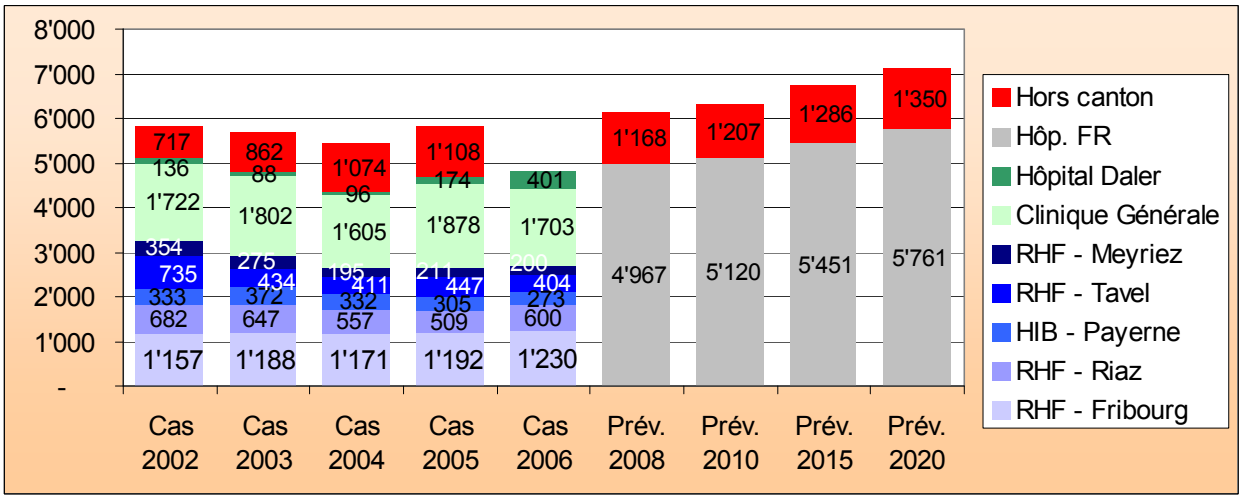


H. Orthopédie, Rhumatologie

Chirurgie *(Orthopédie, Rhumatologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	1'157	682	333	735	354	1'722	136	5'119	717
Cas 2003	1'188	647	372	434	275	1'802	88	4'806	862
Cas 2004	1'171	557	332	411	195	1'605	96	4'367	1'074
Cas 2005	1'192	509	305	447	211	1'878	174	4'716	1'108
Cas 2006	1'230	600	273	404	200	1'703	401	4'811	Non disp.
Prévision 2008								4'967	1'168
Prévision 2010								5'120	1'207
Prévision 2015								5'451	1'286
Prévision 2020								5'761	1'350



Les prestations sont offertes par l'ensemble des établissements. Plus de 60% des cas sont pris en charge par deux établissements, le RHF-Fribourg et la Clinique Générale, ce dernier ayant l'activité la plus importante du canton. Les sites de RHF-Riaz, de RHF-Tavel et de HIB-Payerne affichent également un nombre important de cas (en incluant le canton de Vaud pour l'HIB-Payerne). Le RHF-Meyriez compte entre 200 et 300 cas par an, tandis que l'Hôpital Daler est l'établissement dont l'activité est la plus faible du canton dans ce domaine jusqu'en 2005 (entre 2 % et 4% des cas totaux). Dès 2005, l'Hôpital Daler affiche une augmentation du nombre de cas traités.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Pour les cliniques privées, vu l'objectif de concentration des activités fixé et la prise en charge relativement limitée à l'Hôpital Daler malgré la hausse d'activité constatée depuis 2006, ces prestations ne sont confiées plus qu'à un établissement privé, à savoir à la Clinique Générale qui est déjà spécialisée dans ce domaine et qui fournit le nombre le plus élevé de prestations dans ce domaine.

Dans les hôpitaux publics, les prestations de chirurgie orthopédiques sont maintenues sur tous les sites sauf au RHF-Meyriez étant donné la suppression des interventions opératoires sur ce site.

Néanmoins, vu la spécificité des prestations d'arthrodèses vertébrales (DRG No 755, 756, 806 et 807) et les interventions plus générales sur le dos et le cou (DRG 757 et 758) qui peuvent également avoir un lien avec le système nerveux, seuls le RHF-Fribourg et la Clinique Générale sont habilités à offrir ces prestations (voir ci-dessus sous catégorie A).

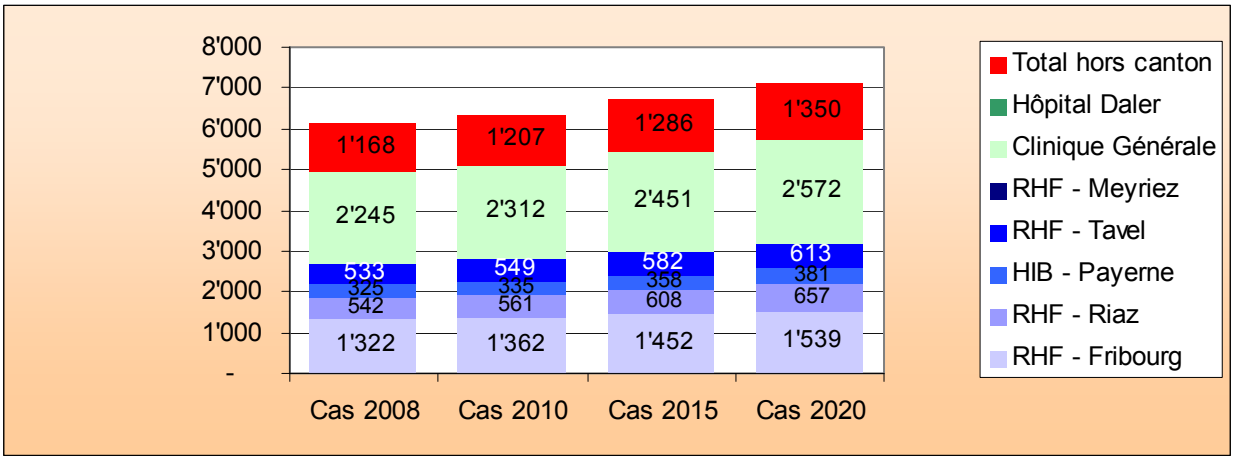
Une restriction supplémentaire ou une spécialisation sur d'autres sites, tel que le RHF-Tavel n'est pas envisageable. En effet, d'une part les autres établissements ne disposeraient pas des capacités suffisantes pour reprendre ces prestations. D'autre part, il n'y a pas lieu d'empiéter sur les compétences de gestion dévolues au Conseil d'administration du RHF qui doit, dans le cadre de la planification hospitalière et des missions arrêtées pour les sites, organiser les activités hospitalières en veillant à la mise en place de structures rationnelles et efficaces.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas2008	1'322	542	325	533	-	2'245	-	4'967	1'168
Cas2010	1'362	561	335	549	-	2'312	-	5'120	1'207
Cas2015	1'452	608	358	582	-	2'451	-	5'451	1'286
Cas2020	1'539	657	381	613	-	2'572	-	5'761	1'350

Jours2008	12'527	4'649	1'601	3'473	-	12'205	-	34'455	7'269
Jours2010	12'396	4'585	1'576	3'365	-	11'926	-	33'848	7'180
Jours2015	11'930	4'358	1'484	3'014	-	10'951	-	31'738	6'880
Jours2020	12'941	4'774	1'610	3'241	-	11'747	-	34'313	7'423

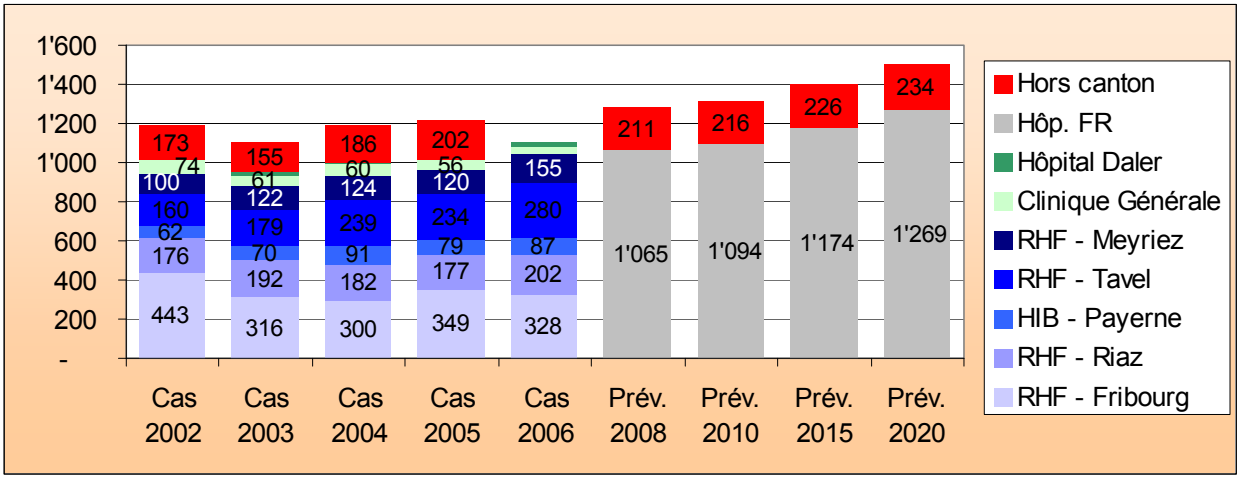
	RHF-Fribourg	RHF-Riaz	HIB-Payerne	RHF-Tavel	RHF-Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Totalhôp.FR	Total hors canton
Lits2008	40.4	15.0	5.2	11.2	-	39.3	-	111.1	23.4
Lits2010	40.0	14.8	5.1	10.8	-	38.4	-	109.1	23.1
Lits2015	38.5	14.0	4.8	9.7	-	35.3	-	102.3	22.2
Lits2020	41.7	15.4	5.2	10.4	-	37.9	-	110.6	23.9



Médecine *(Orthopédie, Rhumatologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	443	176	62	160	100	74	5	1'020	173
Cas 2003	316	192	70	179	122	61	12	952	155
Cas 2004	300	182	91	239	124	60	8	1'004	186
Cas 2005	349	177	79	234	120	56	3	1'018	202
Cas 2006	328	202	87	280	155	32	19	1'103	Non disp.
Prévision 2008								1'065	211
Prévision 2010								1'094	216
Prévision 2015								1'174	226
Prévision 2020								1'269	234



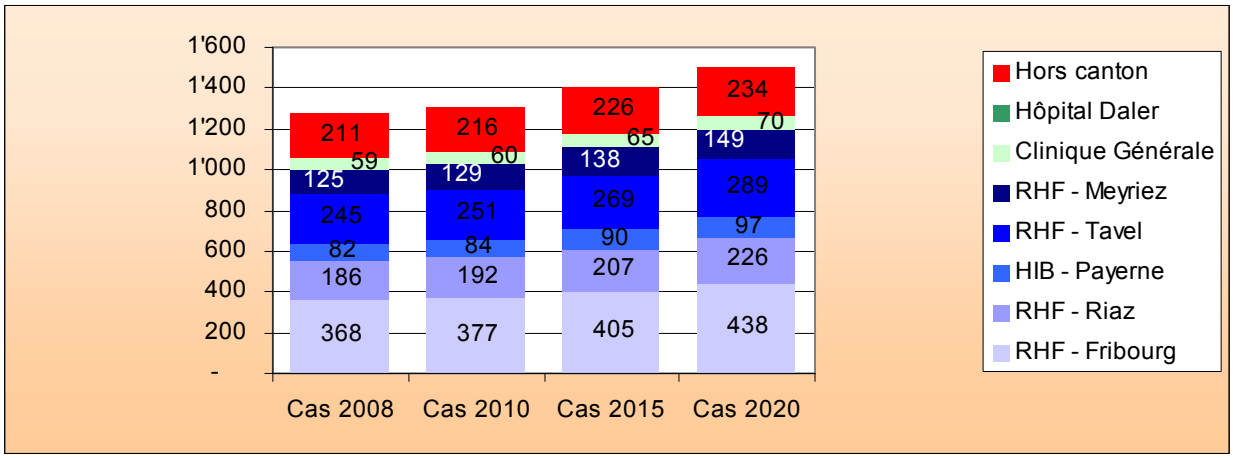
A l'exception de l'Hôpital Daler qui ne compte que quelques cas isolés, l'ensemble des établissements offre des prestations de médecine en orthopédie et en rhumatologie. Il s'agit principalement de traitement de problèmes médicaux de dos, d'entorse, de foulure, de luxation et de fractures.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues dans tous les sites des hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité et également à la Clinique Générale en tant qu'activité complémentaire à la chirurgie orthopédique.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	368	186	82	245	125	59	-	1'065	211
Cas 2010	377	192	84	251	129	60	-	1'094	216
Cas 2015	405	207	90	269	138	65	-	1'174	226
Cas 2020	438	226	97	289	149	70	-	1'269	234
Jours 2008	4'387	1'388	589	1'793	1'174	510	-	9'841	1'244
Jours 2010	4'372	1'387	588	1'783	1'168	507	-	9'805	1'285
Jours 2015	4'346	1'382	583	1'766	1'150	499	-	9'726	1'373
Jours 2020	4'796	1'524	643	1'940	1'267	549	-	10'719	1'437
Lits 2008	14.1	4.5	1.9	5.8	3.8	1.6	-	31.7	4.0
Lits 2010	14.1	4.5	1.9	5.7	3.8	1.6	-	31.6	4.1
Lits 2015	14.0	4.5	1.9	5.7	3.7	1.6	-	31.4	4.4
Lits 2020	15.5	4.9	2.1	6.3	4.1	1.8	-	34.5	4.6

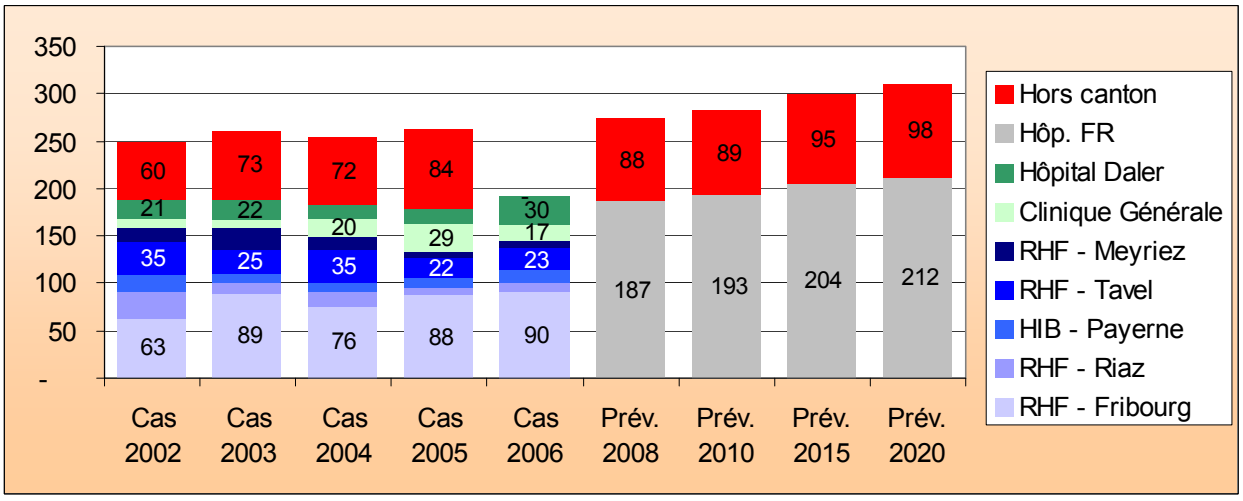


I. Tissu cutané et tissu sous-cutané

Chirurgie *(Tissu cutané et tissu sous-cutané)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	63	28	18	35	14	10	21	189	60
Cas 2003	89	12	10	25	22	8	22	188	73
Cas 2004	76	14	11	35	13	20	14	183	72
Cas 2005	88	7	10	22	7	29	15	178	84
Cas 2006	90	11	13	23	8	17	30	192	Non disp.
Prévision 2008								187	88
Prévision 2010								193	89
Prévision 2015								204	95
Prévision 2020								212	98



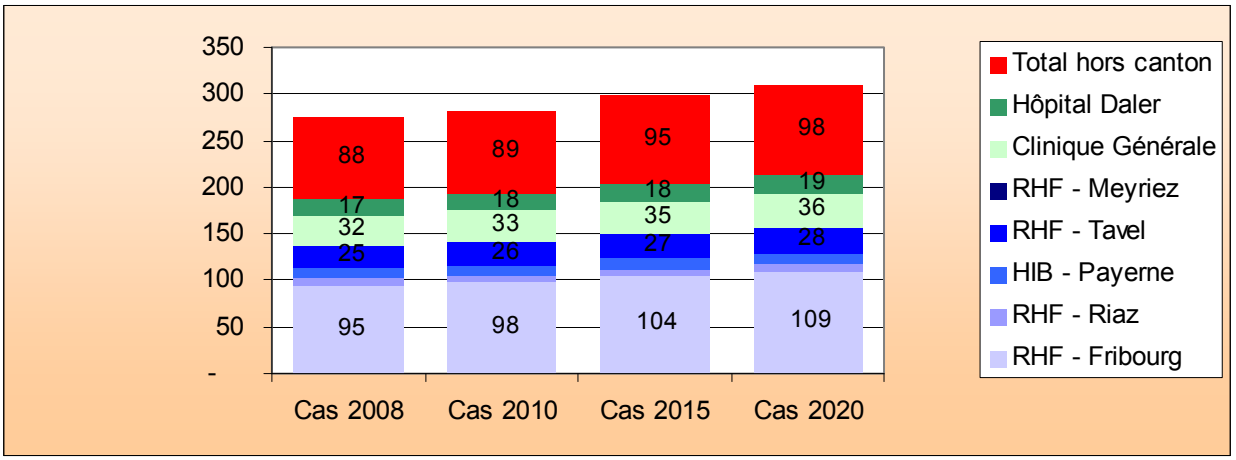
Les prestations sont offertes par l'ensemble des établissements dans une proportion relativement faible (moins de 90 cas au RHF-Fribourg et moins de 30 cas dans chacun des autres établissements). De manière générale, il s'agit d'une activité hospitalière marginale du point de vue du nombre de cas traités.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues dans tous les hôpitaux dans le cadre de l'activité de chirurgie générale, sauf au RHF-Meyriez étant donné la suppression des interventions opératoires sur ce site.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

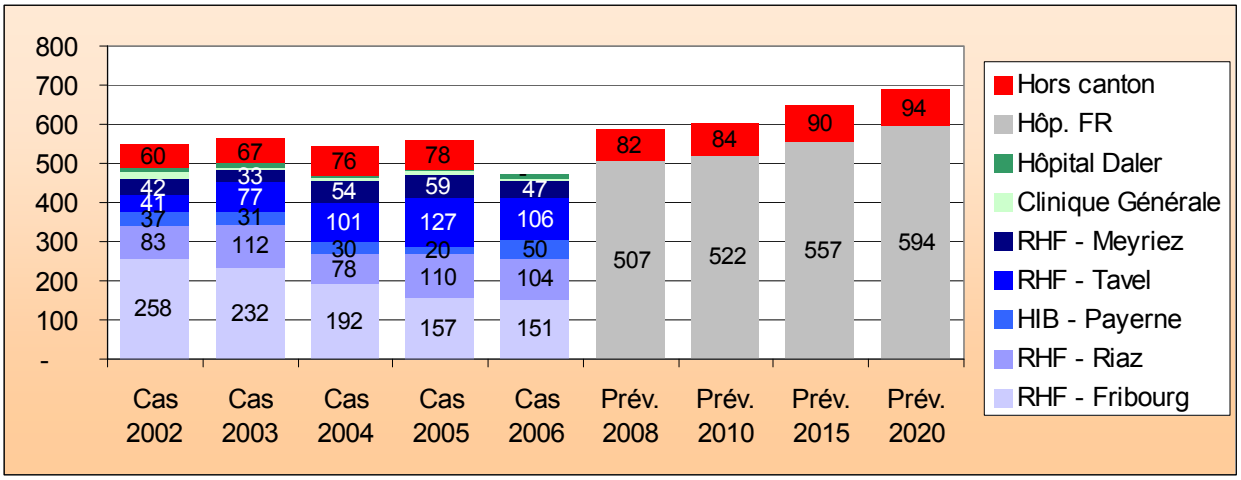
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	95	7	11	25	-	32	17	187	88
Cas 2010	98	8	11	26	-	33	18	193	89
Cas 2015	104	8	12	27	-	35	18	204	95
Cas 2020	109	8	12	28	-	36	19	212	98
Jours 2008	1'493	83	45	328	-	79	51	2'079	925
Jours 2010	1'533	85	45	330	-	79	50	2'121	940
Jours 2015	1'604	88	45	320	-	76	49	2'182	980
Jours 2020	1'671	92	49	337	-	82	52	2'284	1'011
Lits 2008	4.8	0.3	0.1	1.1	-	0.3	0.2	6.7	3.0
Lits 2010	4.9	0.3	0.1	1.1	-	0.3	0.2	6.8	3.0
Lits 2015	5.2	0.3	0.1	1.0	-	0.2	0.2	7.0	3.2
Lits 2020	5.4	0.3	0.2	1.1	-	0.3	0.2	7.4	3.3



Médecine *(Tissu cutané et tissu sous-cutané)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	258	83	37	41	42	18	9	488	60
Cas 2003	232	112	31	77	33	5	9	499	67
Cas 2004	192	78	30	101	54	8	4	467	76
Cas 2005	157	110	20	127	59	9	2	484	78
Cas 2006	151	104	50	106	47	2	12	472	Non disp.
Prévision 2008								507	82
Prévision 2010								522	84
Prévision 2015								557	90
Prévision 2020								594	94



Les prestations sont offertes par l'ensemble des établissements. Il s'agit principalement de traitement de la cellulite ainsi que des traumatismes et affections diverses de la peau.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

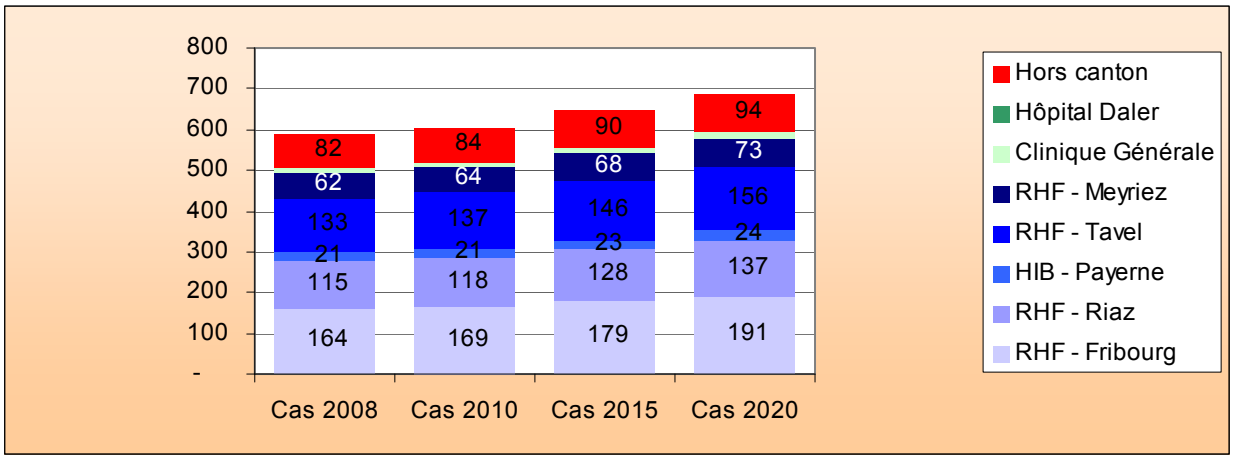
Les prestations sont maintenues dans tous les sites des hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité et également à la Clinique Générale et à l'Hôpital Daler en tant qu'activité complémentaire à la chirurgie dermatologique.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	164	115	21	133	62	9	2	507	82
Cas 2010	169	118	21	137	64	10	2	522	84
Cas 2015	179	128	23	146	68	10	2	557	90
Cas 2020	191	137	24	156	73	11	2	594	94

Jours 2008	1'229	746	77	912	437	123	5	3'529	620
Jours 2010	1'247	753	78	913	440	126	5	3'562	616
Jours 2015	1'283	770	77	898	436	130	5	3'598	621
Jours 2020	1'395	832	83	978	474	149	6	3'916	651

Lits 2008	4.0	2.4	0.2	2.9	1.4	0.4	0.0	11.4	2.0
Lits 2010	4.0	2.4	0.3	2.9	1.4	0.4	0.0	11.5	2.0
Lits 2015	4.1	2.5	0.2	2.9	1.4	0.4	0.0	11.6	2.0
Lits 2020	4.5	2.7	0.3	3.2	1.5	0.5	0.0	12.6	2.1

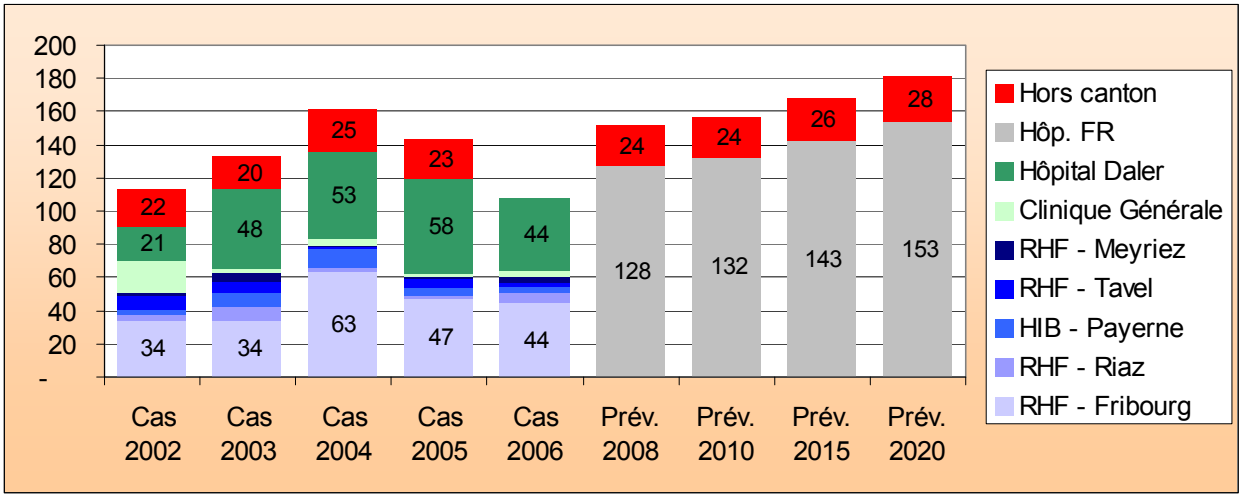


J. Endocrinologie

Chirurgie *(Endocrinologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	34	4	3	8	2	19	21	91	22
Cas 2003	34	8	9	7	5	2	48	113	20
Cas 2004	63	3	11	1	1	4	53	136	25
Cas 2005	47	2	5	5	1	2	58	120	23
Cas 2006	44	7	4	2	3	4	44	108	Non disp.
Prévision 2008								128	24
Prévision 2010								132	24
Prévision 2015								143	26
Prévision 2020								153	28



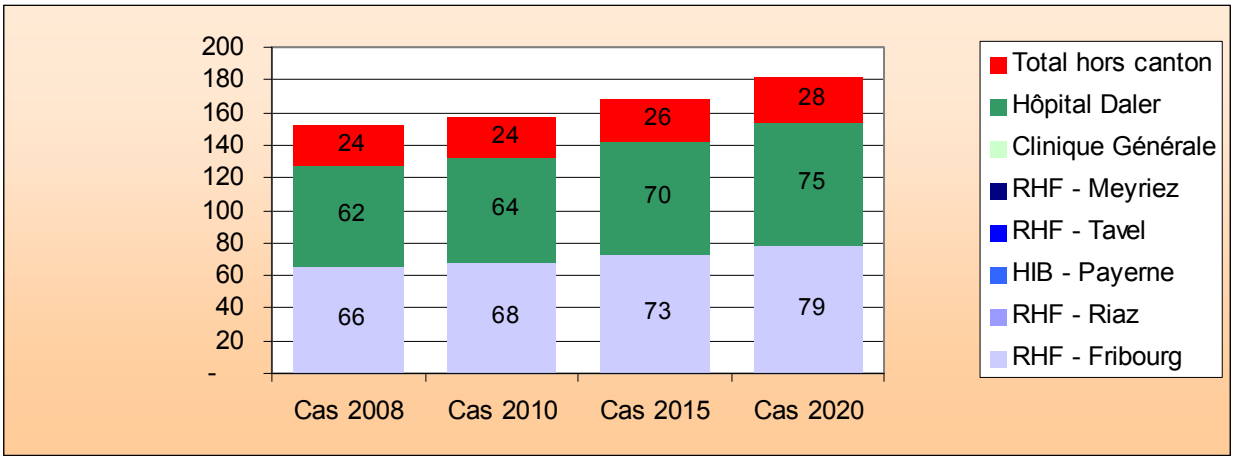
Excepté des cas isolés pris en charge dans les autres établissements fribourgeois, les prestations ne sont offertes que par deux établissements, environ à part égale: le RHF-Fribourg et l'Hôpital Daler. Il s'agit principalement d'interventions sur la thyroïde.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues exclusivement au RHF-Fribourg et à l'Hôpital Daler. En effet, il n'est pas envisageable de n'attribuer cette mission qu'à l'Hôpital Daler, étant donné que le RHF-Fribourg a également une mission de formation des médecins assistants que n'ont pas les cliniques privées. Ces établissements fonctionnent comme hôpitaux « ouverts » avec des médecins agréés extérieurs sans médecins assistants en formation. De plus, le RHF-Fribourg est l'hôpital de référence pour le canton pour l'ensemble des prestations avant que le patient ne nécessite une prise en charge hospitalière universitaire hautement spécialisée.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

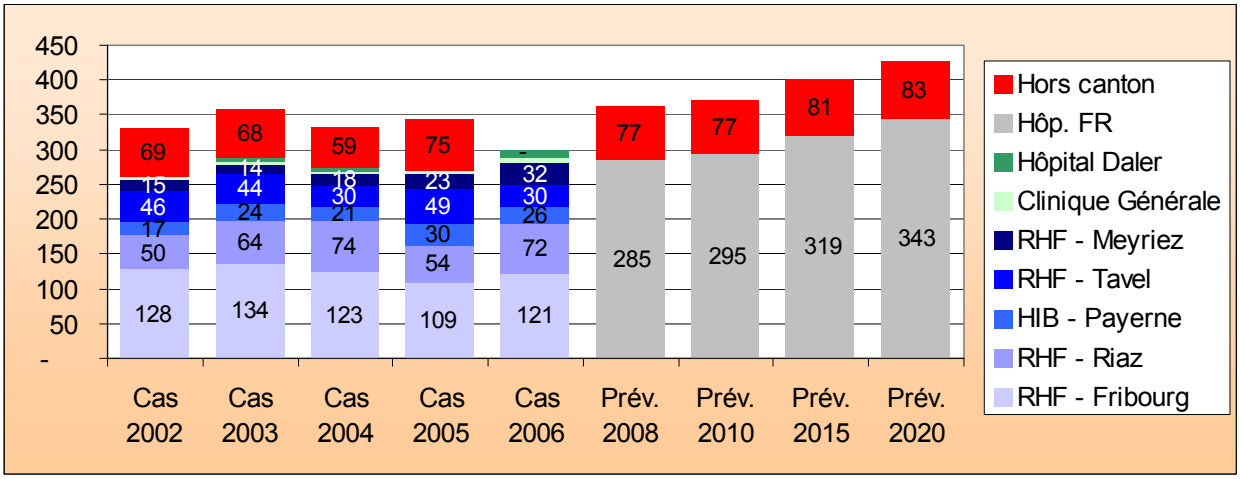
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	66	-	-	-	-	-	62	128	24
Cas 2010	68	-	-	-	-	-	64	132	24
Cas 2015	73	-	-	-	-	-	70	143	26
Cas 2020	79	-	-	-	-	-	75	153	28
Jours 2008	406	-	-	-	-	-	315	721	139
Jours 2010	403	-	-	-	-	-	312	715	137
Jours 2015	390	-	-	-	-	-	298	688	135
Jours 2020	427	-	-	-	-	-	322	749	146
Lits 2008	1.3	-	-	-	-	-	1.0	2.3	0.4
Lits 2010	1.3	-	-	-	-	-	1.0	2.3	0.4
Lits 2015	1.3	-	-	-	-	-	1.0	2.2	0.4
Lits 2020	1.4	-	-	-	-	-	1.0	2.4	0.5



Médecine *(Endocrinologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	128	50	17	46	15	5	1	262	69
Cas 2003	134	64	24	44	14	4	5	289	68
Cas 2004	123	74	21	30	18	2	6	274	59
Cas 2005	109	54	30	49	23	4	1	270	75
Cas 2006	121	72	26	30	32	8	11	300	Non disp.
Prévision 2008								285	77
Prévision 2010								295	77
Prévision 2015								319	81
Prévision 2020								343	83



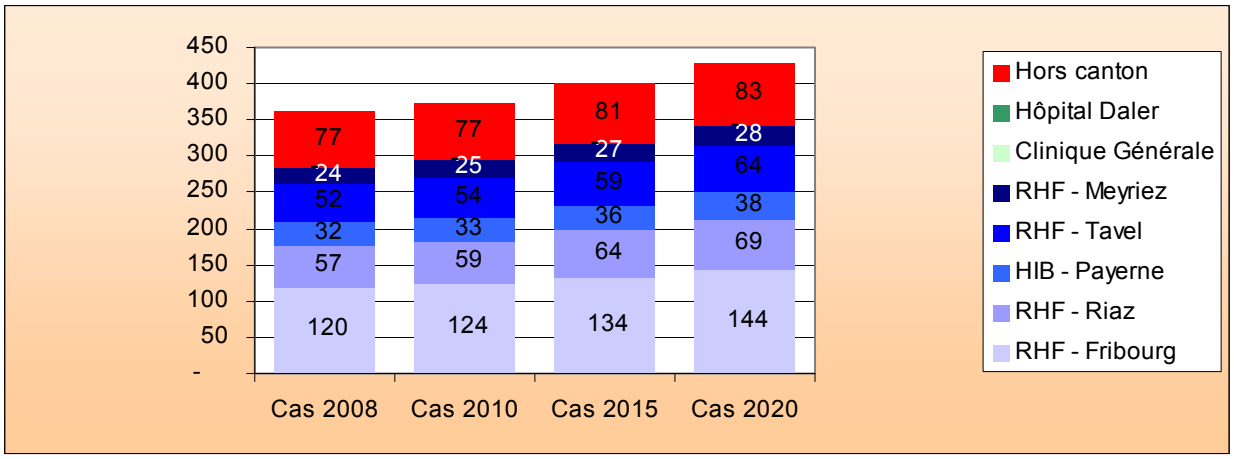
Les prestations sont offertes par l'ensemble des établissements. Il s'agit principalement de traitement du diabète et d'affections nutritionnelles et du métabolisme.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues exclusivement dans les hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	120	57	32	52	24	-	-	285	77
Cas 2010	124	59	33	54	25	-	-	295	77
Cas 2015	134	64	36	59	27	-	-	319	81
Cas 2020	144	69	38	64	28	-	-	343	83
Jours 2008	1'395	396	220	606	216	-	-	2'833	1'292
Jours 2010	1'395	397	219	601	216	-	-	2'827	1'282
Jours 2015	1'393	396	217	584	213	-	-	2'803	1'297
Jours 2020	1'494	429	234	625	231	-	-	3'013	1'338
Lits 2008	4.5	1.3	0.7	2.0	0.7	-	-	9.1	4.2
Lits 2010	4.5	1.3	0.7	1.9	0.7	-	-	9.1	4.1
Lits 2015	4.5	1.3	0.7	1.9	0.7	-	-	9.0	4.2
Lits 2020	4.8	1.4	0.8	2.0	0.7	-	-	9.7	4.3

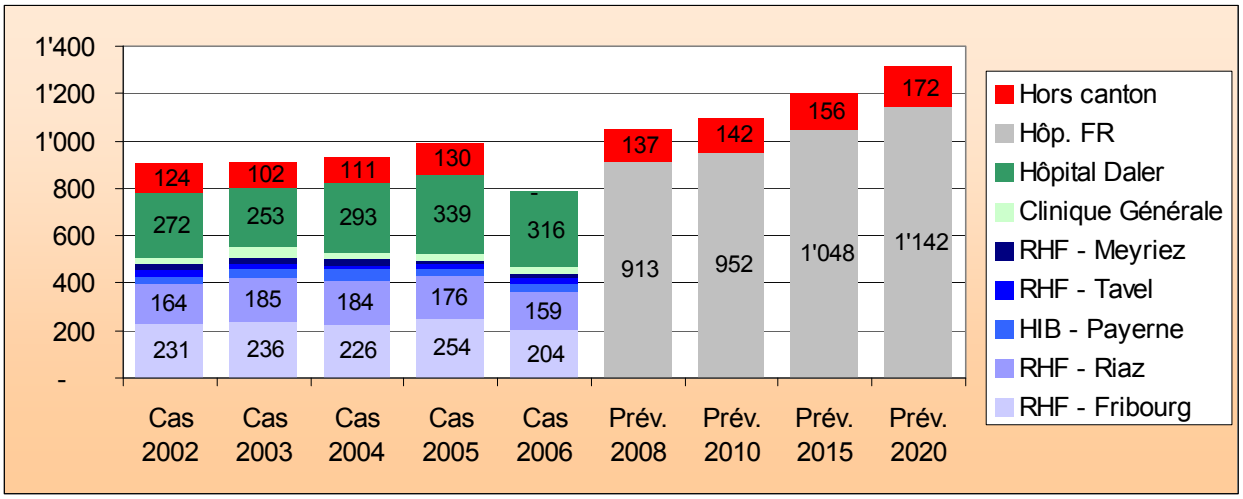


K. Uro-néphrologie

***Chirurgie** (Uro-néphrologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	231	164	37	24	24	28	272	780	124
Cas 2003	236	185	40	24	26	43	253	807	102
Cas 2004	226	184	49	19	27	25	293	823	111
Cas 2005	254	176	29	22	14	27	339	861	130
Cas 2006	204	159	32	26	23	24	316	784	Non disp.
Prévision 2008								913	137
Prévision 2010								952	142
Prévision 2015								1'048	156
Prévision 2020								1'142	172



L'ensemble des hôpitaux réalise des interventions d'uro-néphrologie. L'Hôpital Daler (près de 300 cas par an), le RHF-Fribourg (plus de 200 cas par an) et le RHF-Riaz (plus de 150 cas par an) en réalisent le plus grand nombre. Viennent ensuite le HIB-Payerne (environ 70 cas par an avec l'activité pour le canton de Vaud) et les hôpitaux RHF-Tavel, le RHF-Meyriez et la Clinique Générale (avec chacun moins de 30 cas par an). Les traitements concernent principalement des prostatectomies ainsi que des interventions transurètrales.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

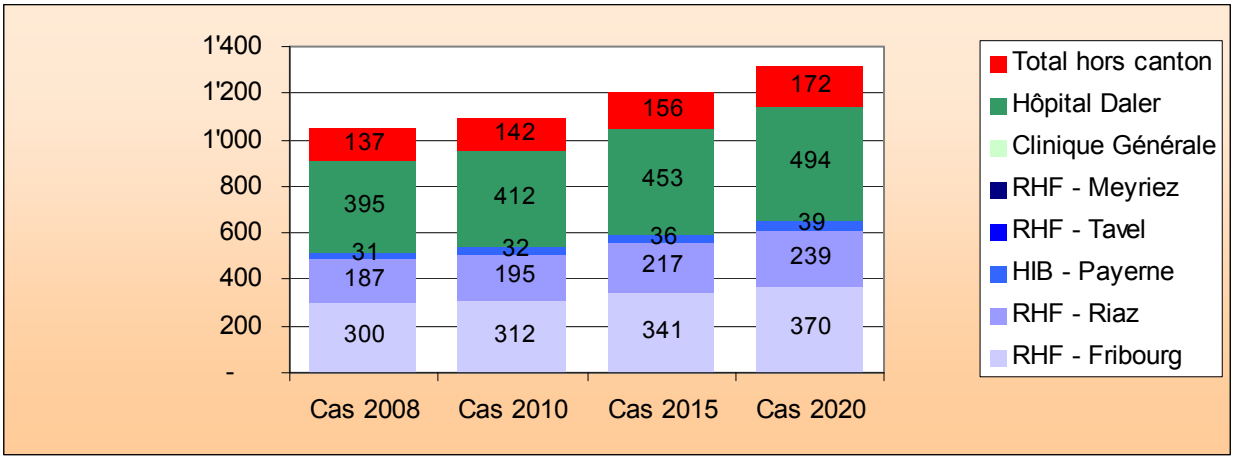
En raison d'un nombre de cas insuffisants, les prestations ne sont plus fournies à la Clinique Générale, au RHF-Tavel et au RHF-Meyriez (également en raison de la suppression des interventions chirurgicales). Elles sont donc maintenues au RHF-Fribourg, au RHF-Riaz, à l'HIB-Payerne et à l'Hôpital Daler.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	300	187	31	-	-	-	395	913	137
Cas 2010	312	195	32	-	-	-	412	952	142
Cas 2015	341	217	36	-	-	-	453	1'048	156
Cas 2020	370	239	39	-	-	-	494	1'142	172

Jours 2008	2'527	945	186	-	-	-	2'201	5'859	830
Jours 2010	2'551	952	186	-	-	-	2'203	5'892	851
Jours 2015	2'606	971	186	-	-	-	2'172	5'935	891
Jours 2020	2'851	1'070	204	-	-	-	2'381	6'506	1'000

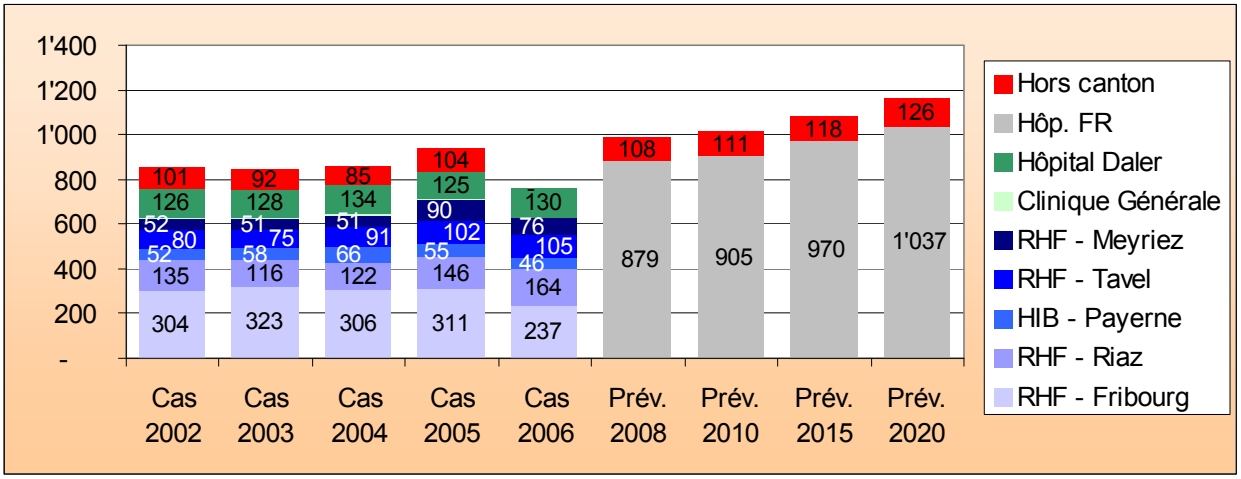
Lits 2008	8.1	3.0	0.6	-	-	-	7.1	18.9	2.7
Lits 2010	8.2	3.1	0.6	-	-	-	7.1	19.0	2.7
Lits 2015	8.4	3.1	0.6	-	-	-	7.0	19.1	2.9
Lits 2020	9.2	3.4	0.7	-	-	-	7.7	21.0	3.2



Médecine *(Uro-néphrologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	304	135	52	80	52	5	126	754	101
Cas 2003	323	116	58	75	51	5	128	756	92
Cas 2004	306	122	66	91	51	9	134	779	85
Cas 2005	311	146	55	102	90	7	125	836	104
Cas 2006	237	164	46	105	76	3	130	761	Non disp.
Prévision 2008								879	108
Prévision 2010								905	111
Prévision 2015								970	118
Prévision 2020								1'037	126



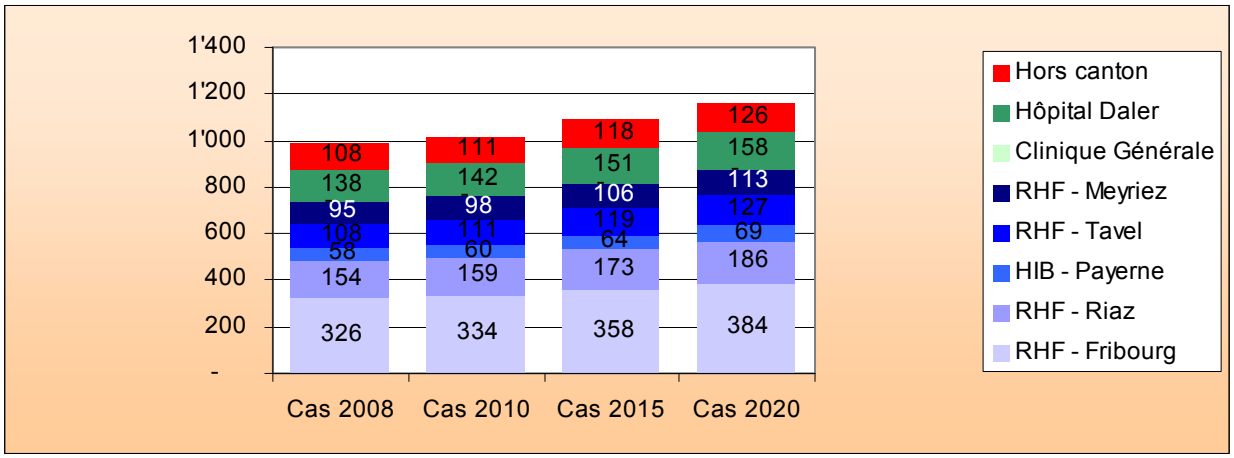
L'ensemble des établissements fribourgeois offre des prestations de médecine uro-néphrologiques dans une mesure relativement importante, à l'exception de la Clinique Générale qui ne dénombre que quelques cas isolés. Il s'agit essentiellement de traitements d'infections des reins et des voies urinaires ainsi que des lithiases urinaires.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont maintenues dans tous les sites des hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité et à l'Hôpital Daler en tant qu'activité complémentaire à la chirurgie uro-néphrologique.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	326	154	58	108	95	-	138	879	108
Cas 2010	334	159	60	111	98	-	142	905	111
Cas 2015	358	173	64	119	106	-	151	970	118
Cas 2020	384	186	69	127	113	-	158	1'037	126
Jours 2008	2'360	902	376	687	730	-	388	5'443	610
Jours 2010	2'387	917	380	695	744	-	387	5'510	615
Jours 2015	2'479	957	393	714	780	-	386	5'710	642
Jours 2020	2'707	1'045	433	777	846	-	411	6'219	686
Lits 2008	7.6	2.9	1.2	2.2	2.4	-	1.2	17.5	2.0
Lits 2010	7.7	3.0	1.2	2.2	2.4	-	1.2	17.8	2.0
Lits 2015	8.0	3.1	1.3	2.3	2.5	-	1.2	18.4	2.1
Lits 2020	8.7	3.4	1.4	2.5	2.7	-	1.3	20.0	2.2

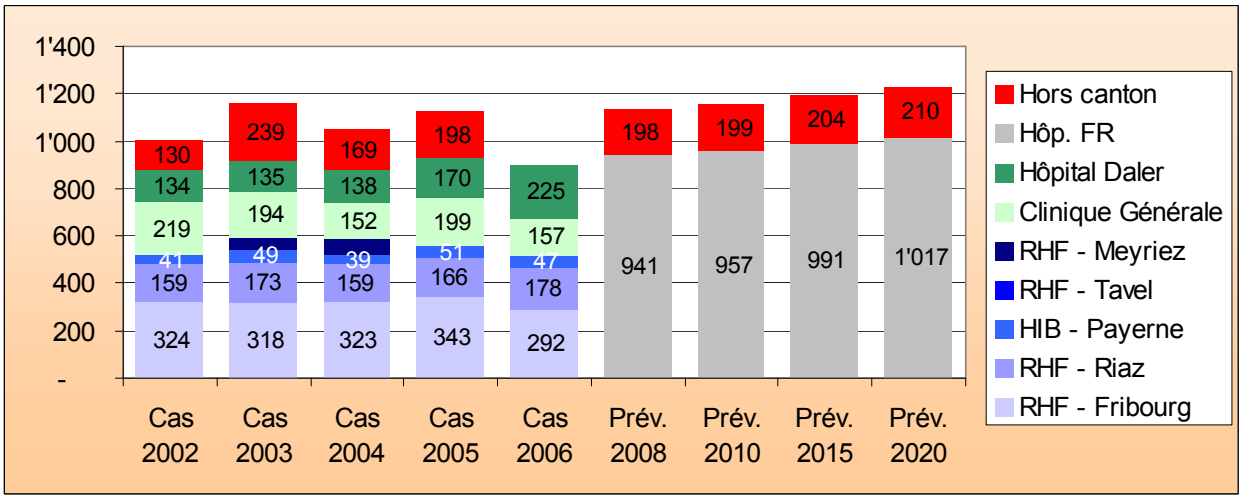


M. Obstétrique

Chirurgie *(Obstétrique)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	324	159	41	-	-	219	134	877	130
Cas 2003	318	173	49	-	52	194	135	921	239
Cas 2004	323	159	39	-	68	152	138	879	169
Cas 2005	343	166	51	-	1	199	170	930	198
Cas 2006	292	178	47	-	-	157	225	899	Non disp.
Prévision 2008								941	198
Prévision 2010								957	199
Prévision 2015								991	204
Prévision 2020								1'017	210



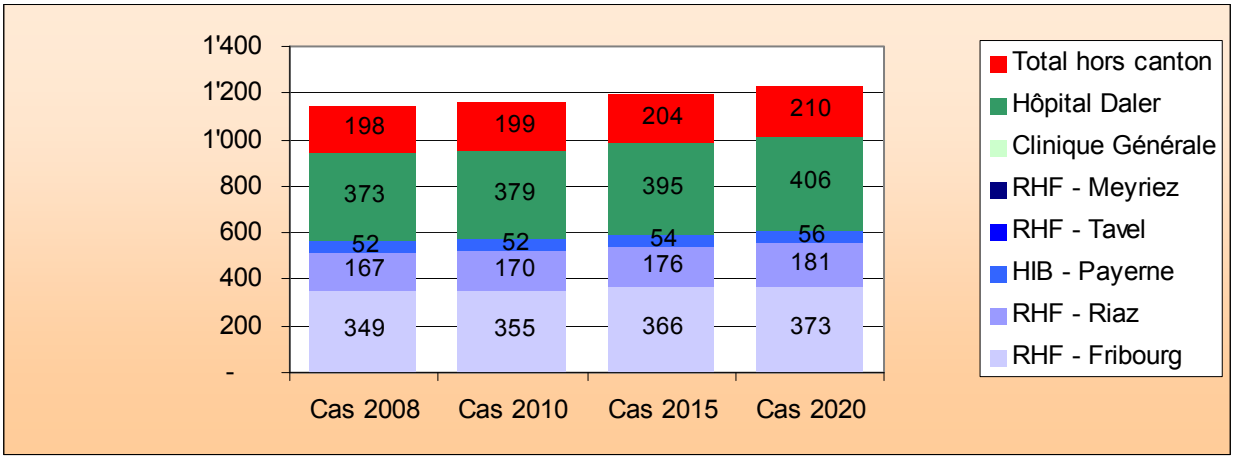
Les prestations sont offertes par tous les établissements à l'exception de RHF-Tavel et de RHF-Meyriez qui ne disposent pas de maternité. Les interventions concernent presque exclusivement des accouchements par césariennes, avec néanmoins un nombre relativement important d'avortements avec dilatation, aspiration, curetage ou hystérectomie au RHF-Fribourg.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Depuis avril 2007, la Clinique Générale a fermé sa maternité. Cette modification correspond à l'objectif de concentration d'activité entre les deux cliniques privées. Les prestations sont donc offertes par le RHF-Fribourg, le RHF-Riaz et le HIB-Payerne et exclusivement par l'Hôpital Daler en ce qui concerne le secteur privé.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

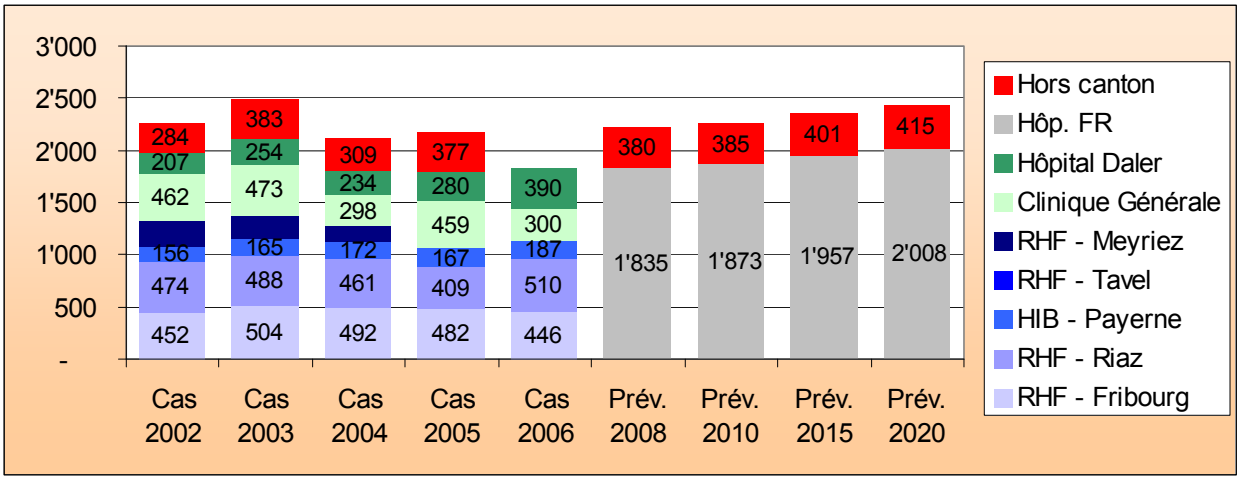
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	349	167	52	-	-	-	373	941	198
Cas 2010	355	170	52	-	-	-	379	957	199
Cas 2015	366	176	54	-	-	-	395	991	204
Cas 2020	373	181	56	-	-	-	406	1'017	210
Jours 2008	1'815	1'157	334	-	-	-	2'718	6'024	1'470
Jours 2010	1'774	1'142	329	-	-	-	2'670	5'915	1'440
Jours 2015	1'657	1'099	315	-	-	-	2'535	5'606	1'377
Jours 2020	1'703	1'133	325	-	-	-	2'613	5'774	1'425
Lits 2008	5.9	3.7	1.1	-	-	-	8.8	19.4	4.7
Lits 2010	5.7	3.7	1.1	-	-	-	8.6	19.1	4.6
Lits 2015	5.3	3.5	1.0	-	-	-	8.2	18.1	4.4
Lits 2020	5.5	3.7	1.0	-	-	-	8.4	18.6	4.6



***Médecine** (Obstétrique)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	452	474	156	-	232	462	207	1'983	284
Cas 2003	504	488	165	-	229	473	254	2'113	383
Cas 2004	492	461	172	-	147	298	234	1'804	309
Cas 2005	482	409	167	-	1	459	280	1'798	377
Cas 2006	446	510	187	3	1	300	390	1'837	Non disp.
Prévision 2008								1'835	380
Prévision 2010								1'873	385
Prévision 2015								1'957	401
Prévision 2020								2'008	415



L'analyse est la même que pour les prestations chirurgicales d'obstétrique.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

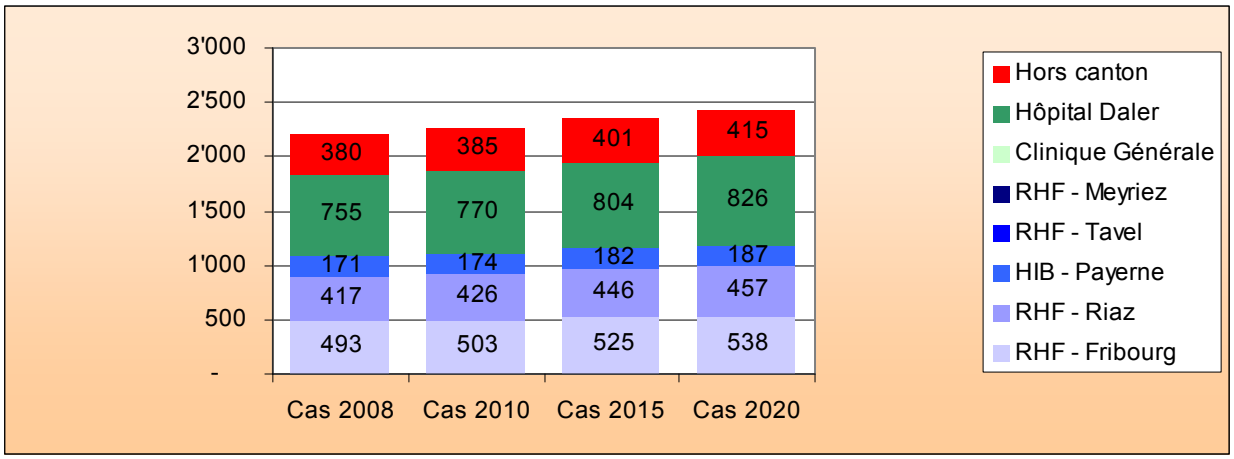
La solution est identique à celle concernant les prestations chirurgicales d'obstétrique. Les prestations sont donc offertes par le RHF-Fribourg, le RHF-Riaz et le HIB-Payerne et exclusivement par l'Hôpital Daler en ce qui concerne le secteur privé.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	493	417	171	-	-	-	755	1'835	380
Cas 2010	503	426	174	-	-	-	770	1'873	385
Cas 2015	525	446	182	-	-	-	804	1'957	401
Cas 2020	538	457	187	-	-	-	826	2'008	415

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Jours 2008	2'494	2'127	809	-	-	-	4'475	9'905	2'078
Jours 2010	2'457	2'094	797	-	-	-	4'382	9'730	2'047
Jours 2015	2'337	1'988	760	-	-	-	4'106	9'190	1'973
Jours 2020	2'398	2'041	780	-	-	-	4'219	9'438	2'041

Lits 2008	8.0	6.9	2.6	-	-	-	14.4	31.9	6.7
Lits 2010	7.9	6.8	2.6	-	-	-	14.1	31.4	6.6
Lits 2015	7.5	6.4	2.4	-	-	-	13.2	29.6	6.4
Lits 2020	7.7	6.6	2.5	-	-	-	13.6	30.4	6.6

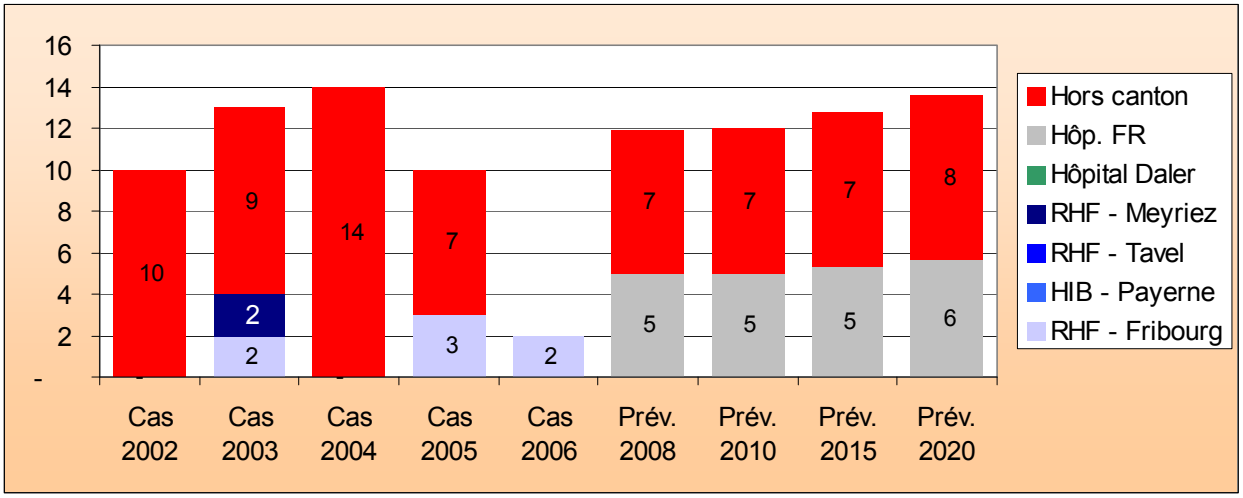


N. Nouveau-nés

Chirurgie *(Nouveau-nés)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Cas 2003	2	-	-	-	2	-	-	4	9
Cas 2004	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Cas 2005	3	1	-	-	-	1	-	5	7
Cas 2006	2	-	-	-	-	-	-	2	Non disp.
Prévision 2008								5	7
Prévision 2010								5	7
Prévision 2015								5	7
Prévision 2020								6	8



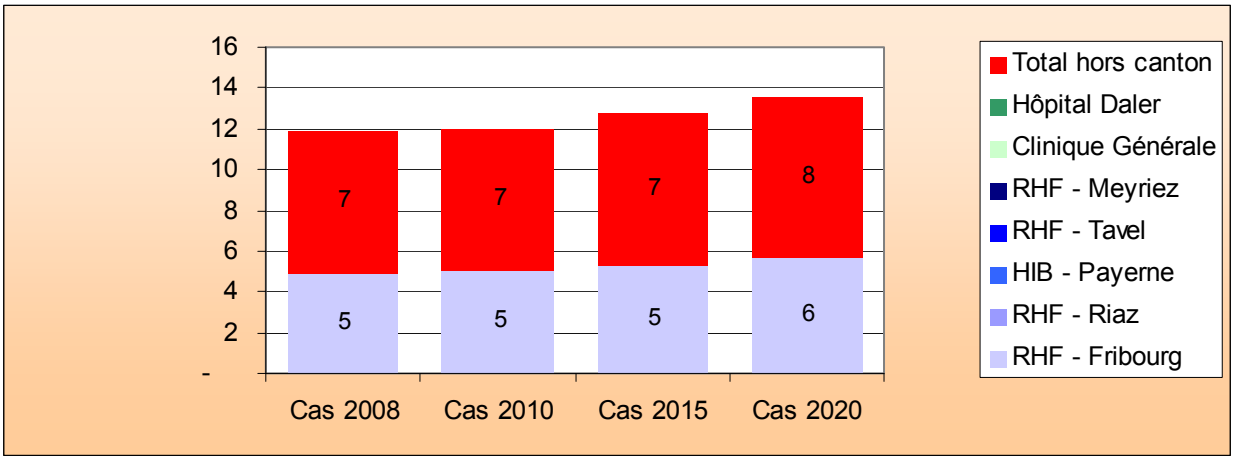
Le nombre de cas dans cette catégorie est extrêmement faible et concerne très peu de cas aussi bien dans les hôpitaux fribourgeois que hors canton.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu de la spécificité des prestations de chirurgie du nouveau-né, l'offre est concentrée au RHF-Fribourg seulement et, pour les cas plus complexes, dans les hôpitaux universitaires hors canton.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

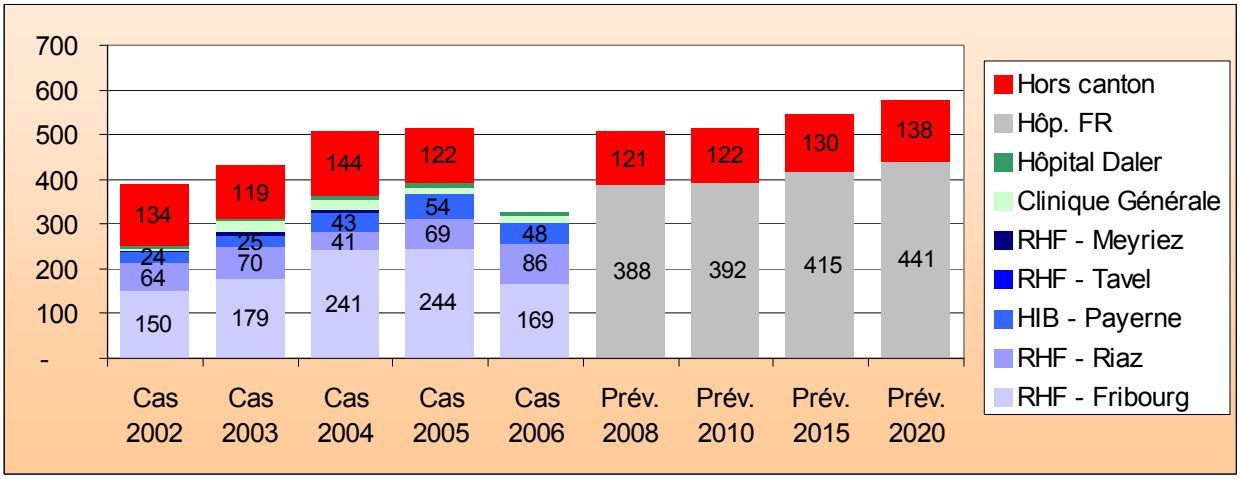
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	5	-	-	-	-	-	-	5	7
Cas 2010	5	-	-	-	-	-	-	5	7
Cas 2015	5	-	-	-	-	-	-	5	7
Cas 2020	6	-	-	-	-	-	-	6	8
Jours 2008	76	-	-	-	-	-	-	76	236
Jours 2010	77	-	-	-	-	-	-	77	235
Jours 2015	83	-	-	-	-	-	-	83	239
Jours 2020	88	-	-	-	-	-	-	88	254
Lits 2008	0.2	-	-	-	-	-	-	0.2	0.8
Lits 2010	0.2	-	-	-	-	-	-	0.2	0.8
Lits 2015	0.3	-	-	-	-	-	-	0.3	0.8
Lits 2020	0.3	-	-	-	-	-	-	0.3	0.8



Médecine *(Nouveau-nés)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	150	64	24	-	4	4	7	253	134
Cas 2003	179	70	25	-	9	25	4	312	119
Cas 2004	241	41	43	-	7	23	8	363	144
Cas 2005	244	69	54	-	-	14	10	391	122
Cas 2006	169	86	48	-	-	17	5	325	Non disp.
Prévision 2008								388	121
Prévision 2010								392	122
Prévision 2015								415	130
Prévision 2020								441	138



L'analyse est la même que pour les prestations chirurgicales d'obstétrique. L'ensemble des hôpitaux exploitant une maternité fournissent évidemment ces prestations. Il est à relever que les

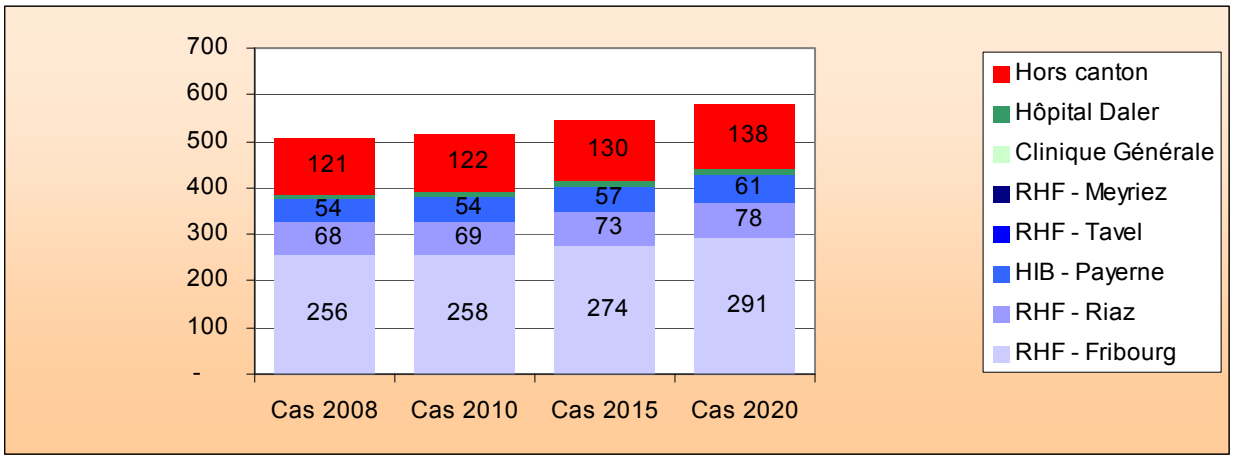
nouveau-nés sains (DRG No 620, 629, 237, 638 conformément aux règle de l'association APDRG Suisse) ne sont pas pris en compte dans le modèle d'estimation des besoins, car il n'occupent pas à proprement parlé de lits et ne sont pas considérés comme des personnes malades.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu de la suppression de l'obstétrique à la Clinique Générale, les prestations relatives aux nouveau-nés y sont est évidemment également supprimées et maintenues sur les autres sites disposant de prestations de maternité.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	256	68	54	-	-	-	10	388	121
Cas 2010	258	69	54	-	-	-	10	392	122
Cas 2015	274	73	57	-	-	-	11	415	130
Cas 2020	291	78	61	-	-	-	11	441	138
Jours 2008	2'312	219	360	-	-	-	27	2'918	1'816
Jours 2010	2'302	218	362	-	-	-	26	2'908	1'800
Jours 2015	2'356	223	379	-	-	-	25	2'982	1'818
Jours 2020	2'503	236	402	-	-	-	26	3'168	1'933
Lits 2008	7.5	0.7	1.2	-	-	-	0.1	9.4	5.9
Lits 2010	7.4	0.7	1.2	-	-	-	0.1	9.4	5.8
Lits 2015	7.6	0.7	1.2	-	-	-	0.1	9.6	5.9
Lits 2020	8.1	0.8	1.3	-	-	-	0.1	10.2	6.2

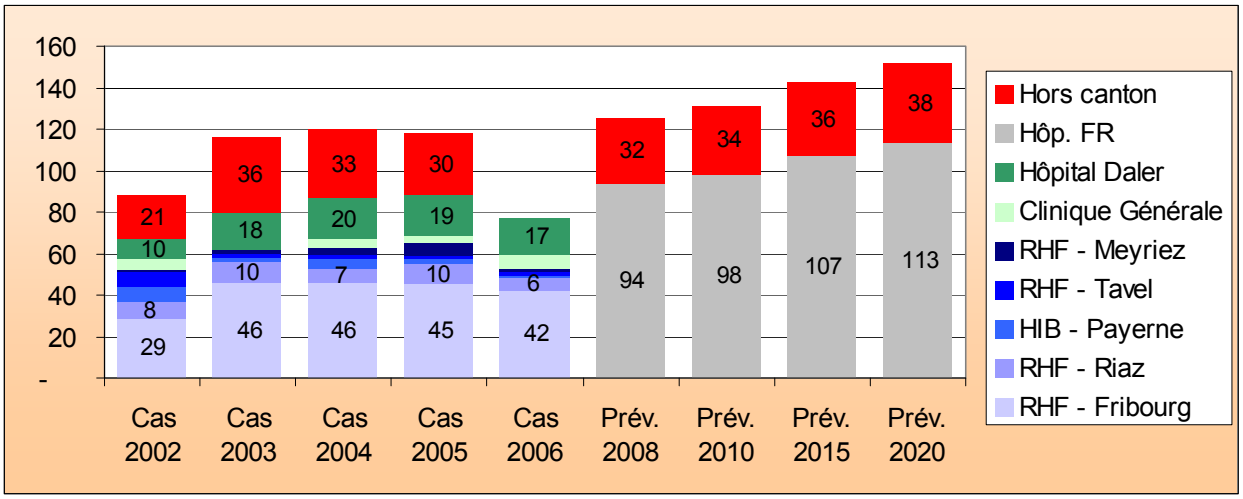


O. Hématologie

***Chirurgie** (Hématologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	29	8	7	7	1	5	10	67	21
Cas 2003	46	10	2	2	2	-	18	80	36
Cas 2004	46	7	4	3	3	4	20	87	33
Cas 2005	45	10	2	2	6	4	19	88	30
Cas 2006	42	6	1	2	2	7	17	77	Non disp.
Prévision 2008								94	32
Prévision 2010								98	34
Prévision 2015								107	36
Prévision 2020								113	38



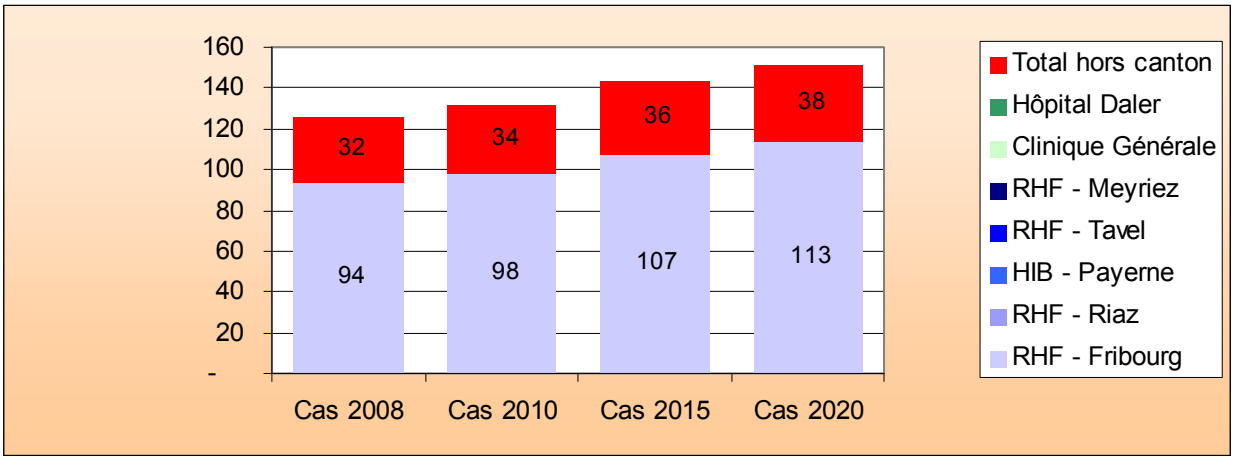
Le nombre de patients traités est faible dans tous les établissements (moins de 50 cas par an). L'activité la plus importante est réalisée au RHF-Fribourg (entre 40 et 50 cas par an). La prise en charge concerne essentiellement des traitements de lymphome, de leucémie et de maladies myéloprolifératives avec intervention chirurgicale.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations sont regroupées au RHF-Fribourg pour atteindre ainsi un volume d'environ une centaine de cas par année.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

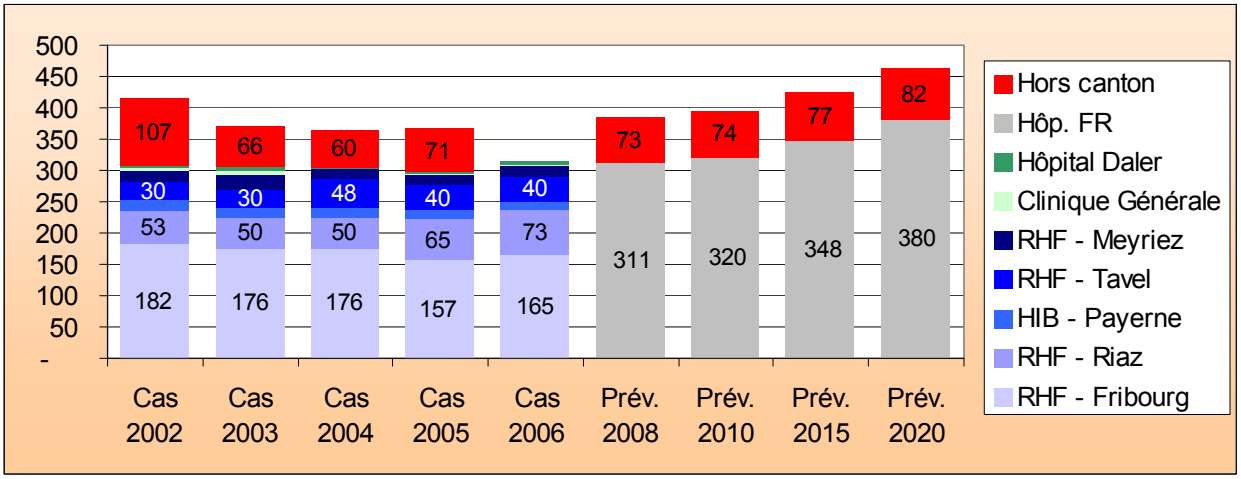
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	94	-	-	-	-	-	-	94	32
Cas 2010	98	-	-	-	-	-	-	98	34
Cas 2015	107	-	-	-	-	-	-	107	36
Cas 2020	113	-	-	-	-	-	-	113	38
Jours 2008	863	-	-	-	-	-	-	863	232
Jours 2010	889	-	-	-	-	-	-	889	241
Jours 2015	931	-	-	-	-	-	-	931	262
Jours 2020	989	-	-	-	-	-	-	989	277
Lits 2008	2.8	-	-	-	-	-	-	2.8	0.7
Lits 2010	2.9	-	-	-	-	-	-	2.9	0.8
Lits 2015	3.0	-	-	-	-	-	-	3.0	0.8
Lits 2020	3.2	-	-	-	-	-	-	3.2	0.9



Médecine *(Hématologie)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	182	53	18	30	18	4	3	308	107
Cas 2003	176	50	15	30	21	9	3	304	66
Cas 2004	176	50	14	48	14	-	2	304	60
Cas 2005	157	65	15	40	15	3	2	297	71
Cas 2006	165	73	12	40	17	4	5	316	Non disp.
Prévision 2008								311	73
Prévision 2010								320	74
Prévision 2015								348	77
Prévision 2020								380	82



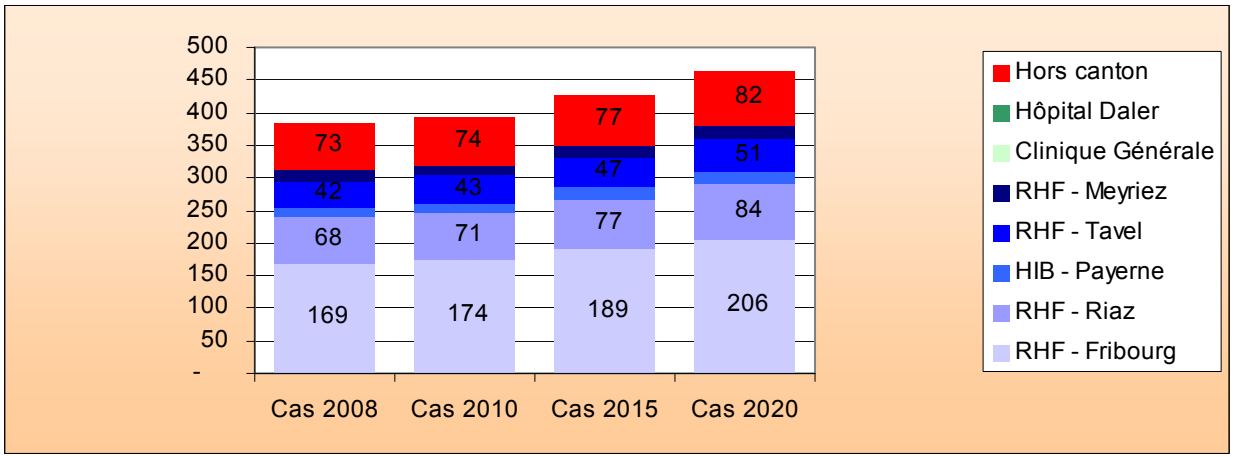
Tous les établissements fournissent ces prestations, mais dans une mesure relativement faible au RHF- Riaz, au HIB-Payerne, au RHF-Tavel et au RHF-Meyriez. Les cliniques privées ne comptent qu'un nombre de cas isolés.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations de médecine en hématologie sont maintenues sur tous les sites à l'exception des cliniques privées qui n'ont pas la mission spécifique d'offrir les prestations de base à la population. Ce rôle est dévolu au RHF-Fribourg pour le district de la Sarine.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	169	68	16	42	16	-	-	311	73
Cas 2010	174	71	16	43	16	-	-	320	74
Cas 2015	189	77	18	47	18	-	-	348	77
Cas 2020	206	84	19	51	19	-	-	380	82
Jours 2008	2'072	591	148	457	155	-	-	3'424	837
Jours 2010	2'101	601	151	456	156	-	-	3'465	833
Jours 2015	2'210	634	161	455	160	-	-	3'620	824
Jours 2020	2'439	702	177	506	177	-	-	4'000	895
Lits 2008	6.7	1.9	0.5	1.5	0.5	-	-	11.0	2.7
Lits 2010	6.8	1.9	0.5	1.5	0.5	-	-	11.2	2.7
Lits 2015	7.1	2.0	0.5	1.5	0.5	-	-	11.7	2.7
Lits 2020	7.9	2.3	0.6	1.6	0.6	-	-	12.9	2.9

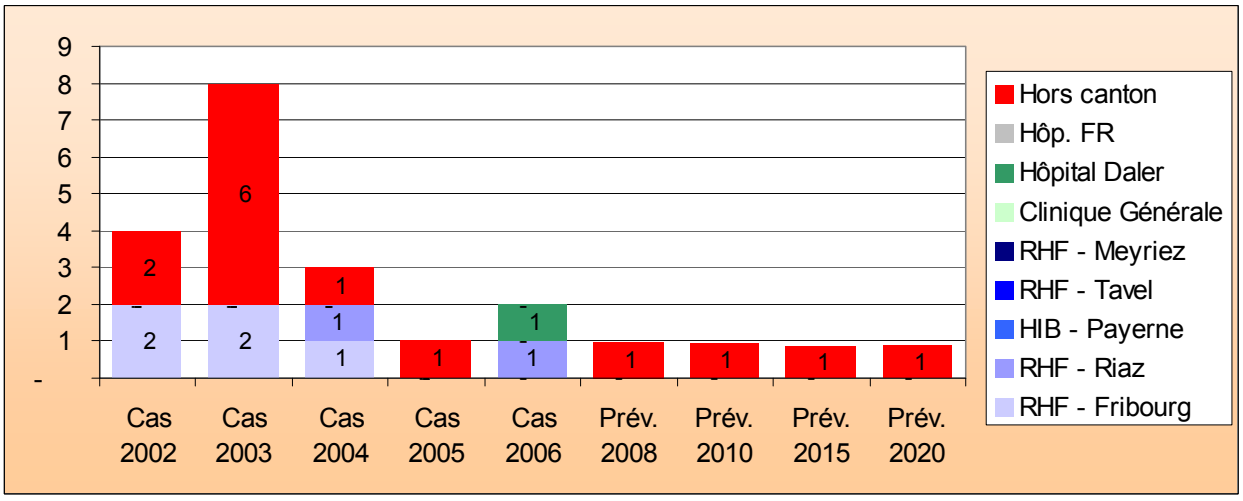


Q. Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool

Chirurgie *(Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	2	-	-	-	-	-	-	2	2
Cas 2003	2	-	-	-	-	-	-	2	6
Cas 2004	1	1	-	-	-	-	-	2	1
Cas 2005	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cas 2006	-	1	-	-	-	-	1	2	Non disp.
Prévision 2008								-	1
Prévision 2010								-	1
Prévision 2015								-	1
Prévision 2020								-	1



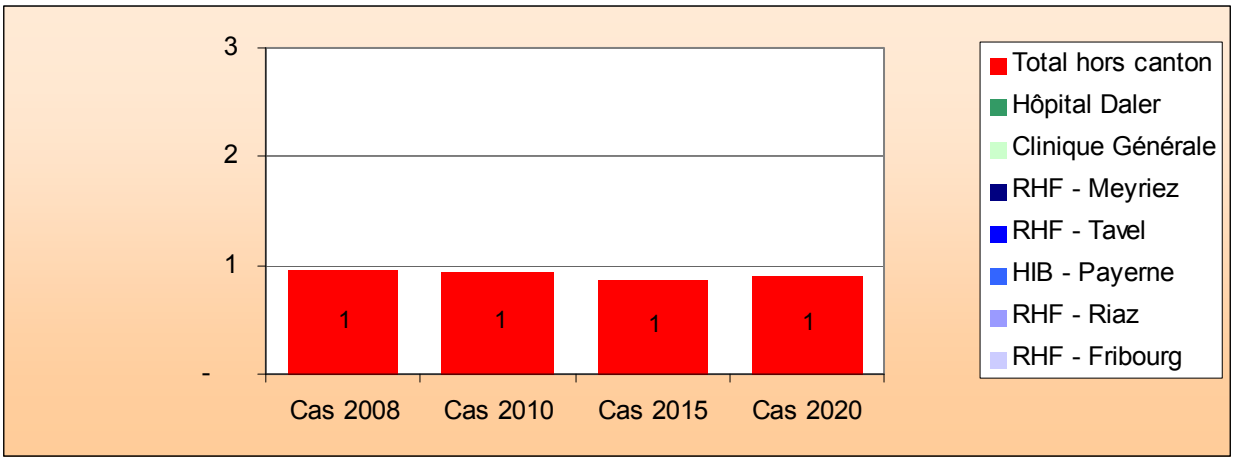
Cette catégorie ne contient qu'une seule prestation : les interventions chirurgicales avec diagnostics principale de maladie mentale (DRG No 424). Ces cas sont, en principe, répertoriés directement dans le domaine chirurgical spécifique concerné (orthopédie, appareil digestif, etc.). C'est pourquoi, le nombre de cas est insignifiant et ne peut servir à établir une analyse valable.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu de la particularité de cette prestation et du nombre insignifiant de cas, cette prestation ne peut pas faire l'objet d'une analyse ou de propositions particulières.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

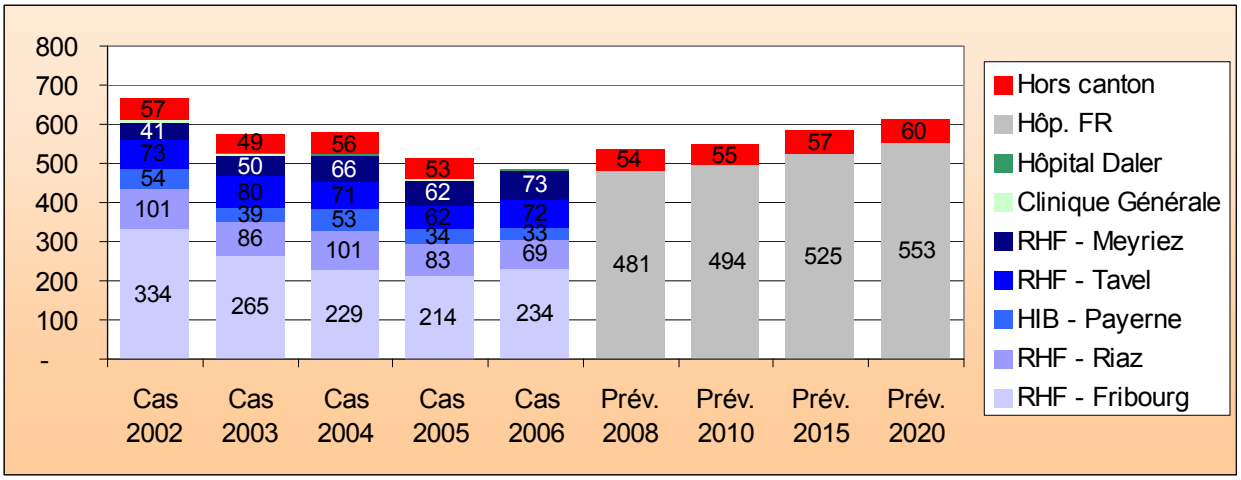
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cas 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cas 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cas 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Jours 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Jours 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Jours 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Jours 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Lits 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
Lits 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
Lits 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
Lits 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0



Médecine *(Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	334	101	54	73	41	8	2	613	57
Cas 2003	265	86	39	80	50	5	4	529	49
Cas 2004	229	101	53	71	66	2	2	524	56
Cas 2005	214	83	34	62	62	4	-	459	53
Cas 2006	234	69	33	72	73	-	3	484	Non disp.
Prévision 2008								481	54
Prévision 2010								494	55
Prévision 2015								525	57
Prévision 2020								553	60



A l'exception de l'Hôpital Daler, tous les établissements offrent les prestations, toutefois de manière très isolée à la Clinique Générale. Il s'agit principalement de traitements de psychoses, de névroses et d'abus ou de dépendance d'alcool.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

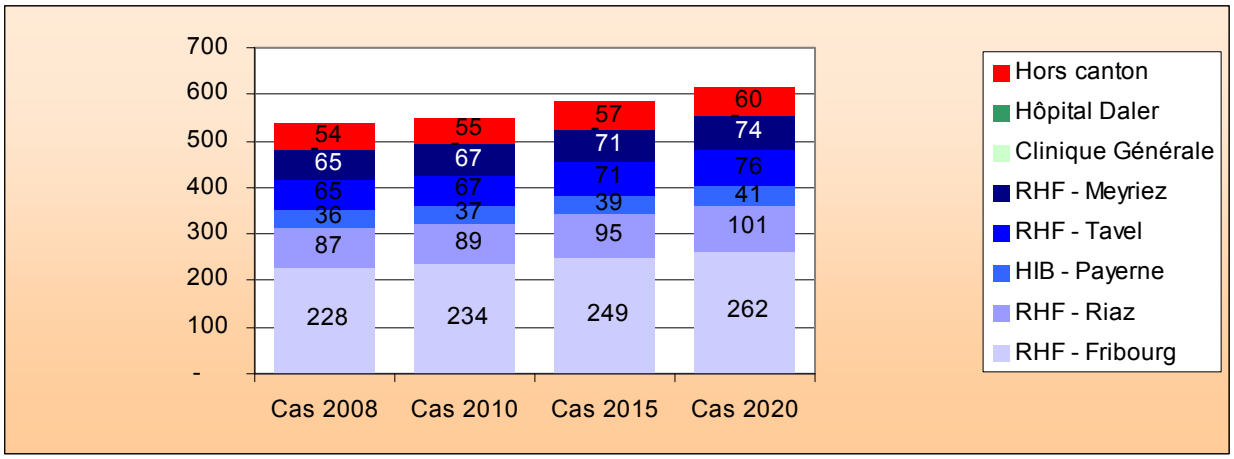
Les prestations sont maintenues exclusivement dans les hôpitaux publics en tant que soins de base et de proximité.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	228	87	36	65	65	-	-	481	54
Cas 2010	234	89	37	67	67	-	-	494	55
Cas 2015	249	95	39	71	71	-	-	525	57
Cas 2020	262	101	41	76	74	-	-	553	60

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Jours 2008	1'425	368	202	570	469	-	-	3'033	788
Jours 2010	1'425	369	201	569	465	-	-	3'029	764
Jours 2015	1'423	372	197	566	453	-	-	3'011	682
Jours 2020	1'518	400	211	613	479	-	-	3'221	702

Lits 2008	4.6	1.2	0.6	1.8	1.5	-	-	9.8	2.5
Lits 2010	4.6	1.2	0.6	1.8	1.5	-	-	9.8	2.5
Lits 2015	4.6	1.2	0.6	1.8	1.5	-	-	9.7	2.2
Lits 2020	4.9	1.3	0.7	2.0	1.5	-	-	10.4	2.3

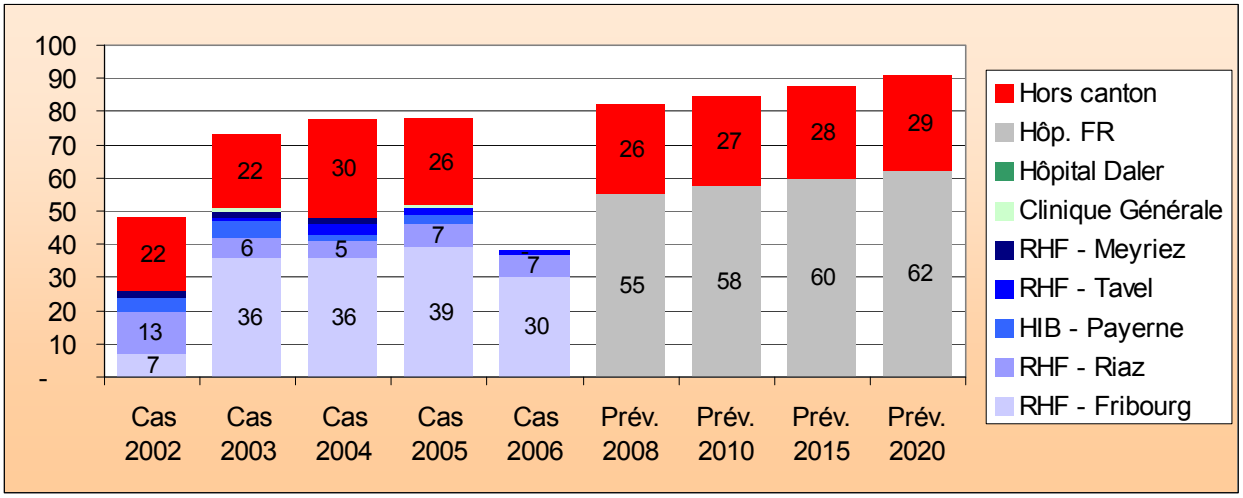


S. Traumatismes multiples, traumatismes complexes graves, brûlures

Chirurgie *(Traumatismes multiples, traumatismes complexes graves)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	7	13	4	-	2	-	-	26	22
Cas 2003	36	6	5	1	2	1	-	51	22
Cas 2004	36	5	2	3	2	-	-	48	30
Cas 2005	39	7	3	2	-	1	-	52	26
Cas 2006	30	7	-	1	-	-	-	38	Non disp.
Prévision 2008								55	26
Prévision 2010								58	27
Prévision 2015								60	28
Prévision 2020								62	29



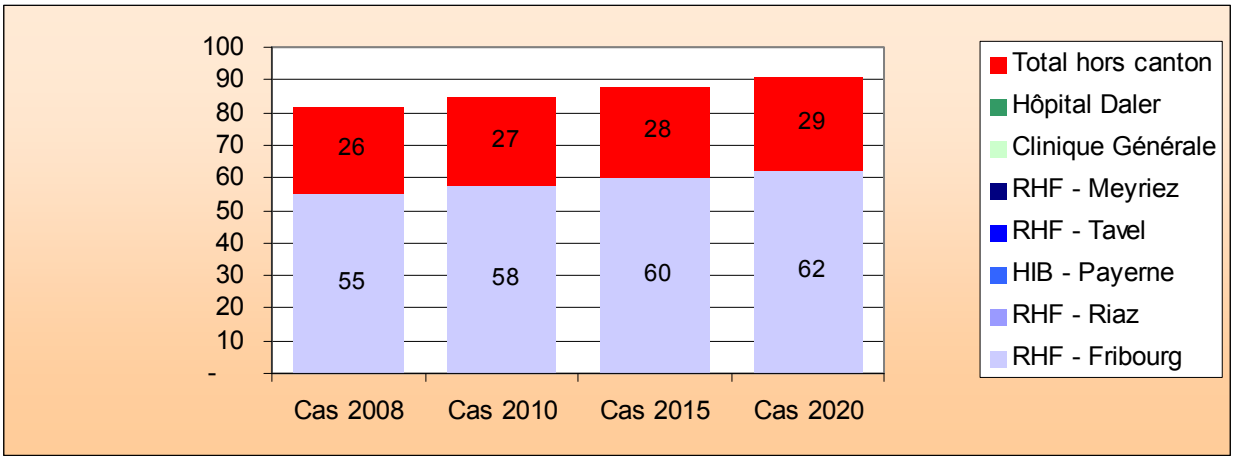
L'essentiel des prestations est offert au RHF-Fribourg (environ 30 cas par an) et de manière très isolée dans d'autres établissements (moins de 10 cas par hôpital). La prise en charge concerne principalement les interventions pour traumatisme avec complications majeures et les interventions pour polytraumatisme grave.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu d'une masse critique insuffisante dans cette discipline spécialisée, les prestations sont regroupées exclusivement au RHF-Fribourg, seul établissement habilité à offrir cette prestation.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

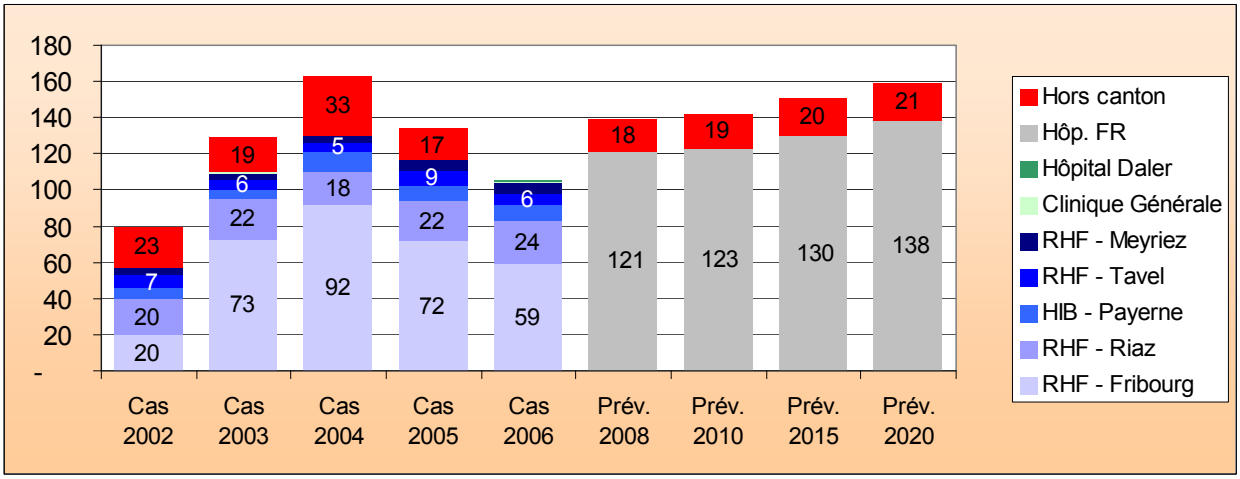
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	55	-	-	-	-	-	-	55	26
Cas 2010	58	-	-	-	-	-	-	58	27
Cas 2015	60	-	-	-	-	-	-	60	28
Cas 2020	62	-	-	-	-	-	-	62	29
Jours 2008	1'077	-	-	-	-	-	-	1'077	413
Jours 2010	1'123	-	-	-	-	-	-	1'123	435
Jours 2015	1'148	-	-	-	-	-	-	1'148	471
Jours 2020	1'196	-	-	-	-	-	-	1'196	476
Lits 2008	3.5	-	-	-	-	-	-	3.5	1.3
Lits 2010	3.6	-	-	-	-	-	-	3.6	1.4
Lits 2015	3.7	-	-	-	-	-	-	3.7	1.5
Lits 2020	3.9	-	-	-	-	-	-	3.9	1.5



Médecine *(Traumatismes multiples, traumatismes complexes graves)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	20	20	6	7	4	-	-	57	23
Cas 2003	73	22	5	6	3	1	-	110	19
Cas 2004	92	18	11	5	4	-	-	130	33
Cas 2005	72	22	8	9	6	-	-	117	17
Cas 2006	59	24	9	6	6	1	1	106	Non disp.
Prévision 2008								121	18
Prévision 2010								123	19
Prévision 2015								130	20
Prévision 2020								138	21



A l'exception des cliniques privées, tous les établissements offrent cette prestation. Il s'agit de la prise en charge médicale de personnes atteintes d'un traumatisme grave ou d'un traumatisme

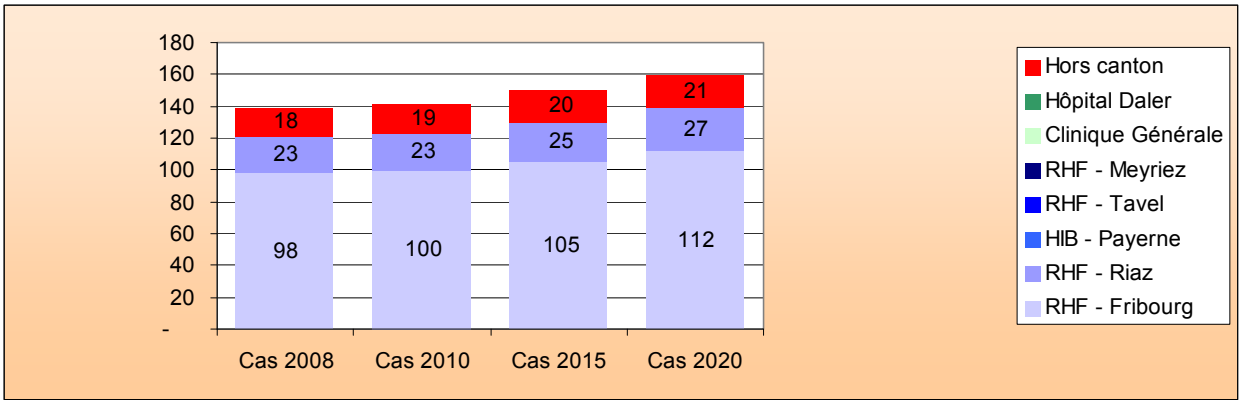
multiple.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu du faible nombre de cas dans plusieurs sites hospitaliers, les prestations ne sont maintenues que sur les sites du RHF-Fribourg et du RHF-Riaz.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

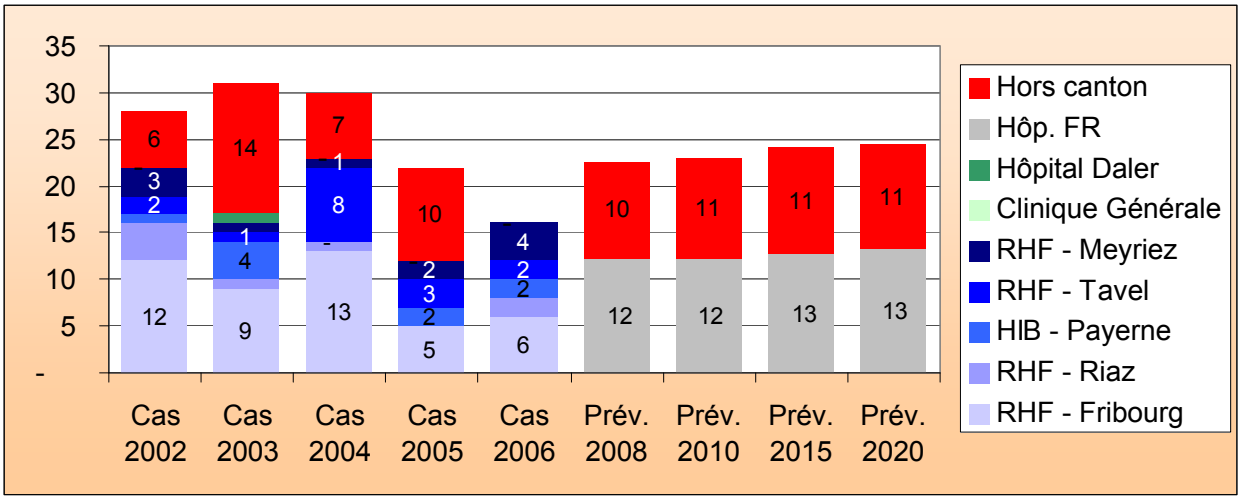
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	98	23	-	-	-	-	-	121	18
Cas 2010	100	23	-	-	-	-	-	123	19
Cas 2015	105	25	-	-	-	-	-	130	20
Cas 2020	112	27	-	-	-	-	-	138	21
Jours 2008	558	132	-	-	-	-	-	689	100
Jours 2010	559	132	-	-	-	-	-	691	104
Jours 2015	573	136	-	-	-	-	-	709	111
Jours 2020	620	147	-	-	-	-	-	767	117
Lits 2008	1.8	0.4	-	-	-	-	-	2.2	0.3
Lits 2010	1.8	0.4	-	-	-	-	-	2.2	0.3
Lits 2015	1.8	0.4	-	-	-	-	-	2.3	0.4
Lits 2020	2.0	0.5	-	-	-	-	-	2.5	0.4



Autre – Brûlures *(brûlures)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	12	4	1	2	3	-	-	22	6
Cas 2003	9	1	4	1	1	-	1	17	14
Cas 2004	13	1	-	8	1	-	-	23	7
Cas 2005	5	-	2	3	2	-	-	12	10
Cas 2006	6	2	2	2	4	-	-	16	Non disp.
Prévision 2008								12	10
Prévision 2010								12	11
Prévision 2015								13	11
Prévision 2020								13	11



Le nombre de cas de traitements stationnaires de brûlures est extrêmement faible. Les hôpitaux publics du canton assurent la prise en charge de brûlures non étendues uniquement, tandis que les cas de brûlures sévères sont traités hors canton dans les centres universitaires hautement spécialisés.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

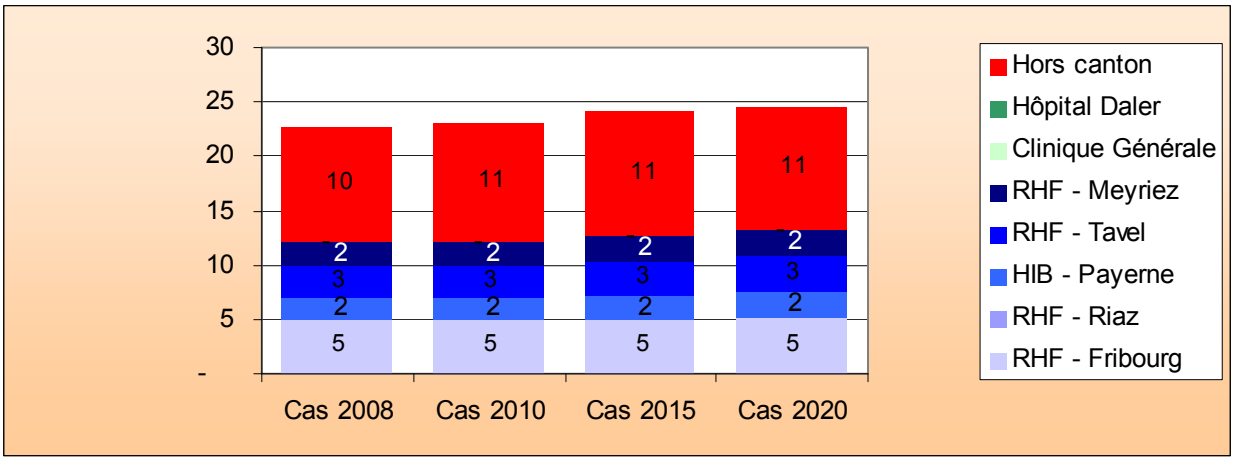
L'offre n'est pas modifiée. La prestation de base est maintenue dans tous les hôpitaux publics. Les cas complexes sont pris en charge hors canton.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	5	-	2	3	2	-	-	12	10
Cas 2010	5	-	2	3	2	-	-	12	11
Cas 2015	5	-	2	3	2	-	-	13	11
Cas 2020	5	-	2	3	2	-	-	13	11

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Jours 2008	37	-	2	22	26	-	-	87	288
Jours 2010	38	-	2	21	27	-	-	88	292
Jours 2015	42	-	2	22	26	-	-	92	304
Jours 2020	43	-	2	22	28	-	-	96	302

Lits 2008	0	-	0	0	0	-	-	0	1
Lits 2010	0	-	0	0	0	-	-	0	1
Lits 2015	0	-	0	0	0	-	-	0	1
Lits 2020	0	-	0	0	0	-	-	0	1

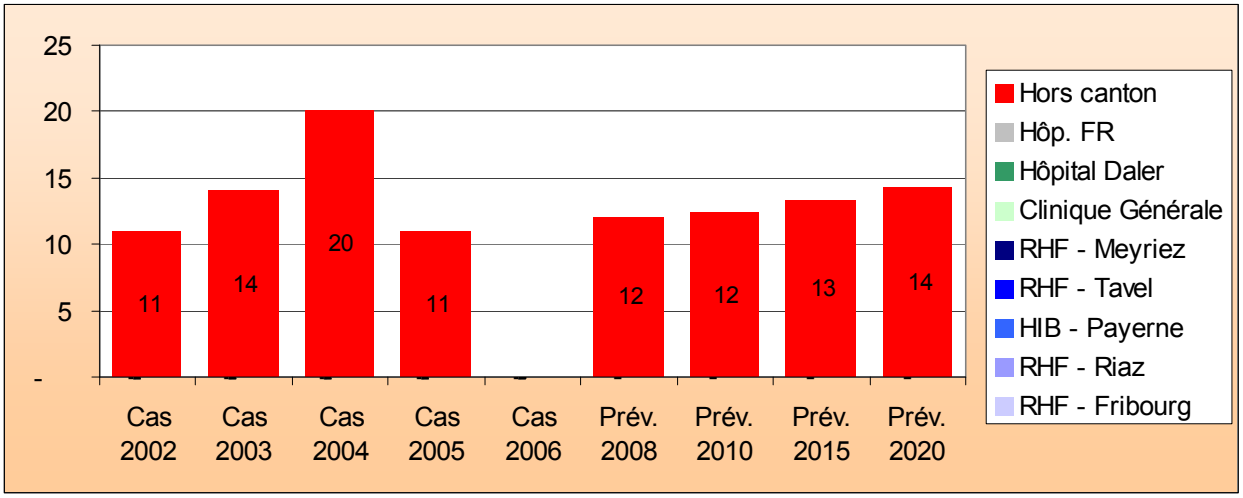


T. Transplantation d'organes, Greffes de moelle

Chirurgie *(Transplantation d'organes)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Cas 2003	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Cas 2004	-	-	-	-	-	-	-	-	20
Cas 2005	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Cas 2006	-	-	-	-	-	-	-	-	Non disp.
Prévision 2008								-	12
Prévision 2010								-	12
Prévision 2015								-	13
Prévision 2020								-	14



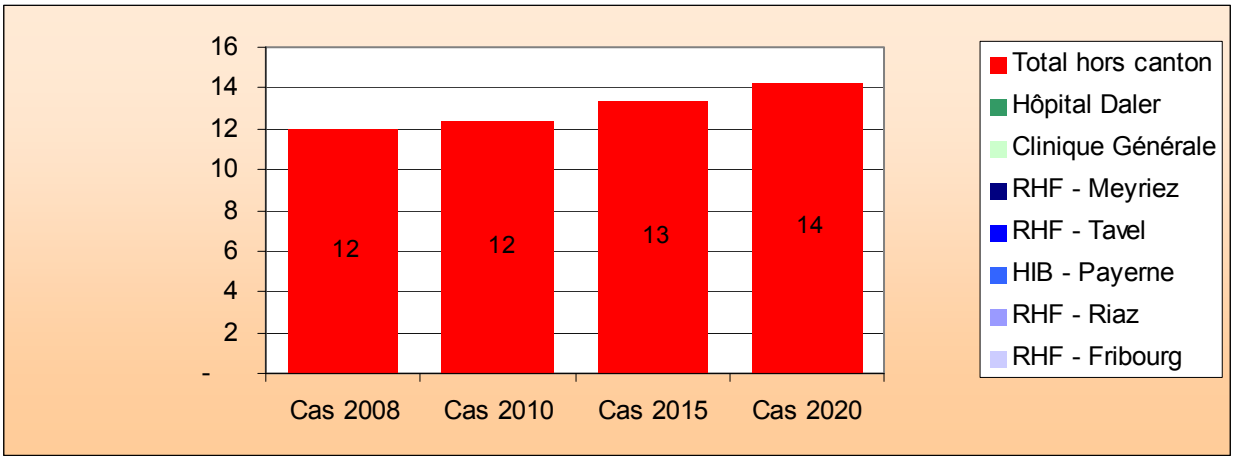
Les transplantations d'organe sont réalisées exclusivement dans les centres universitaires hautement spécialisés hors canton.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

L'offre de prestations exclusivement hors canton n'est pas modifiée.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

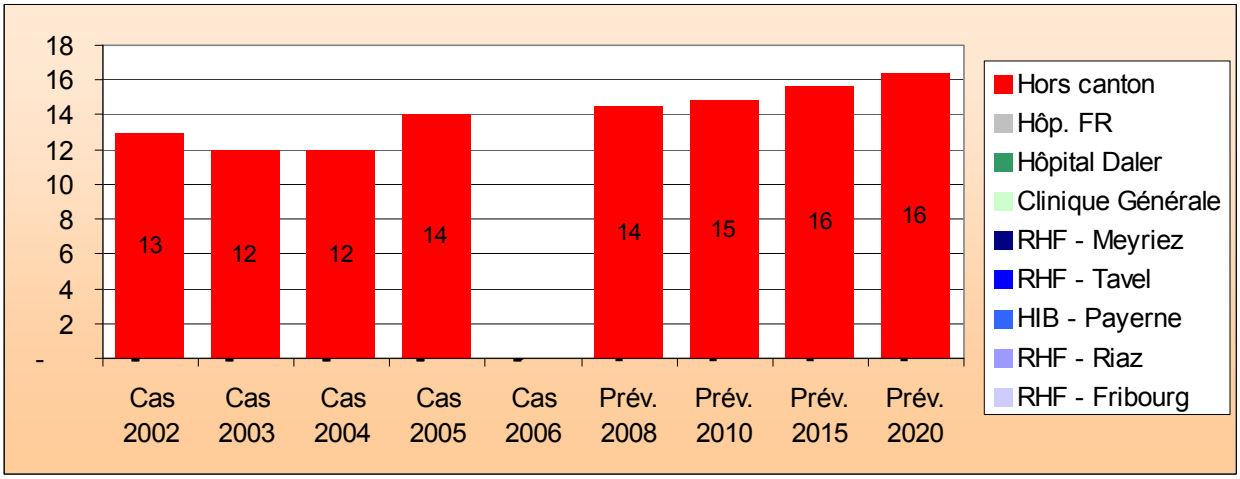
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Cas 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Cas 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Cas 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Jours 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	339
Jours 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	347
Jours 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	367
Jours 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	386
Lits 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1
Lits 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1
Lits 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2
Lits 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2



Médecine *(Greffes de moelle)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Cas 2003	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Cas 2004	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Cas 2005	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Cas 2006	-	-	-	-	-	-	-	-	Non disp.
Prévision 2008								-	14
Prévision 2010								-	15
Prévision 2015								-	16
Prévision 2020								-	16



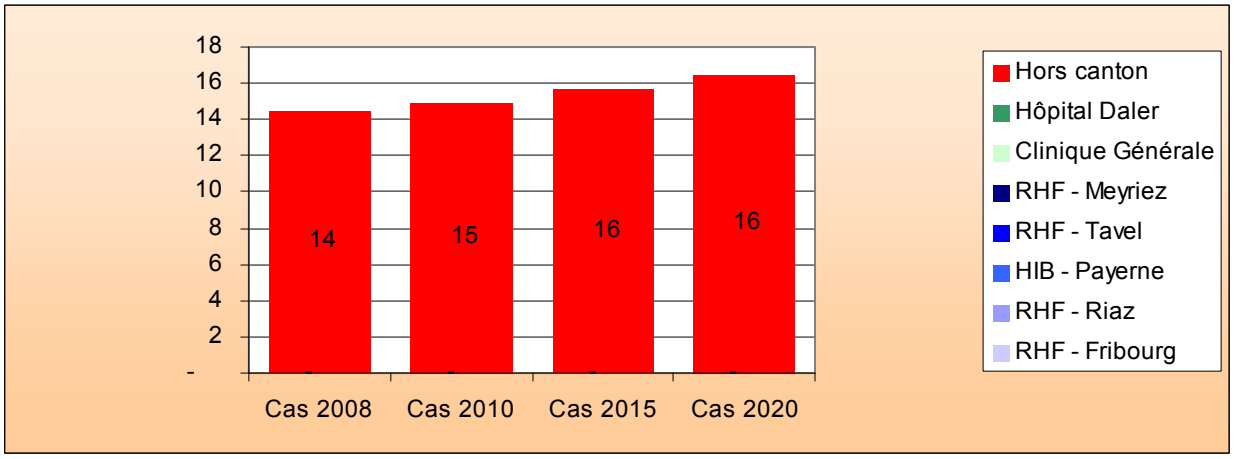
Les greffes de moelle osseuse sont réalisées exclusivement dans les centres universitaires hautement spécialisés hors canton.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

L'offre de prestations exclusivement hors canton n'est pas modifiée.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	14
Cas 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	15
Cas 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Cas 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Jours 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	326
Jours 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	334
Jours 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	349
Jours 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	367
Lits 2008	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1
Lits 2010	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1
Lits 2015	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1
Lits 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2

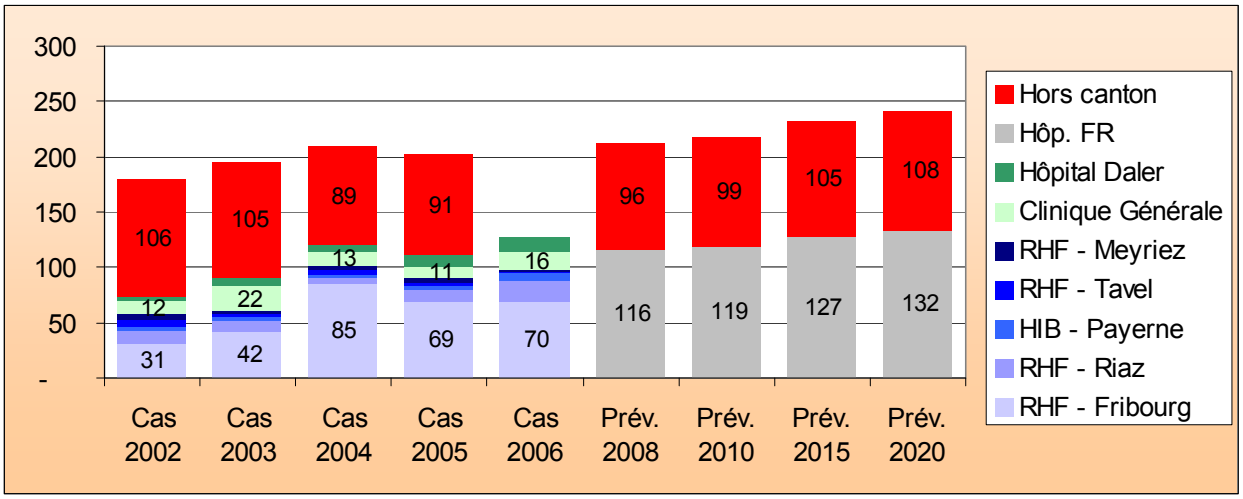


U. Autres prises en charge

Chirurgie *(Autres prises en charge)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	31	12	3	6	6	12	4	74	106
Cas 2003	42	10	3	3	3	22	7	90	105
Cas 2004	85	5	4	4	4	13	5	120	89
Cas 2005	69	10	5	2	4	11	11	112	91
Cas 2006	70	18	7	1	2	16	14	128	Non disp.
Prévision 2008								116	96
Prévision 2010								119	99
Prévision 2015								127	105
Prévision 2020								132	108



Cette catégorie concerne des prestations non clairement définies et peut être considérée comme un groupe de prestations de type « divers ». Aucune analyse ne peut valablement être réalisée pour cette catégorie dont les prestations ne sont pas suffisamment clairement définies.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

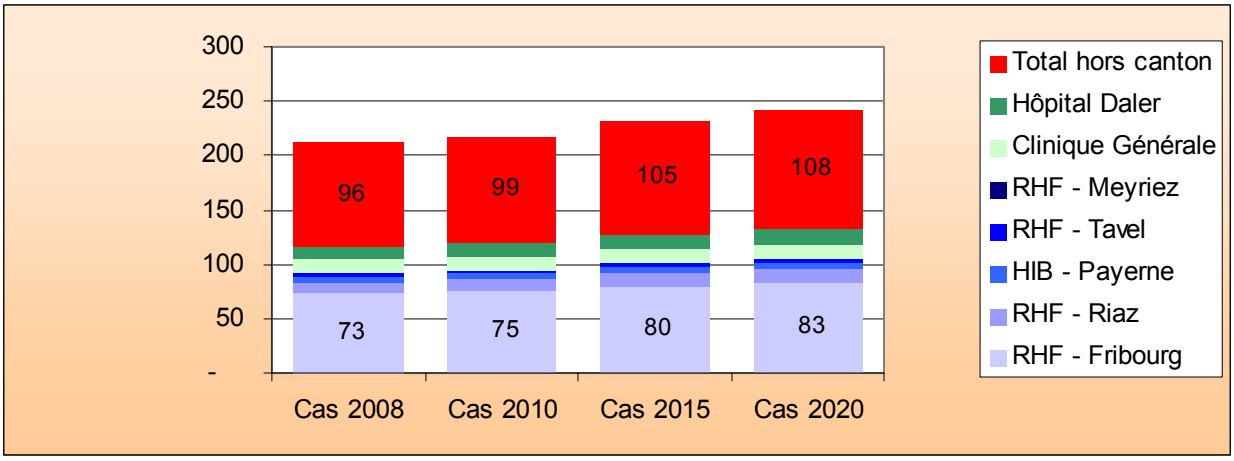
Compte tenu de la particularité de cette catégorie de prestations, l'offre n'est pas modifiée, à l'exception de Meyriez en raison de la suppression des interventions chirurgicales.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	73	10	5	3	-	12	12	116	96
Cas 2010	75	11	5	3	-	12	12	119	99
Cas 2015	80	12	6	3	-	13	13	127	105
Cas 2020	83	12	6	3	-	14	14	132	108

Jours 2008	562	124	62	39	-	88	117	992	561
Jours 2010	561	126	62	39	-	88	118	993	577
Jours 2015	578	131	61	40	-	88	122	1'019	608
Jours 2020	617	144	66	42	-	93	133	1'095	627

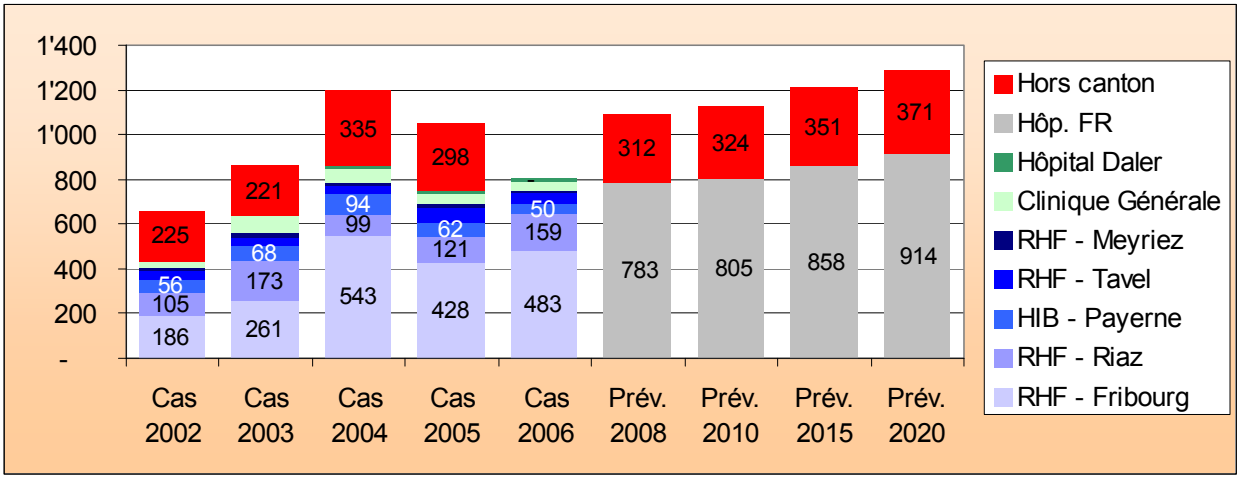
Lits 2008	1.8	0.4	0.2	0.1	-	0.3	0.4	3.2	1.8
Lits 2010	1.8	0.4	0.2	0.1	-	0.3	0.4	3.2	1.9
Lits 2015	1.9	0.4	0.2	0.1	-	0.3	0.4	3.3	2.0
Lits 2020	2.0	0.5	0.2	0.1	-	0.3	0.4	3.5	2.0



Médecine *(Autres prises en charge)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	186	105	56	43	13	28	3	434	225
Cas 2003	261	173	68	39	17	77	5	640	221
Cas 2004	543	99	94	31	14	65	13	859	335
Cas 2005	428	121	62	58	23	44	13	749	298
Cas 2006	483	159	50	49	11	37	18	807	Non disp.
Prévision 2008								783	312
Prévision 2010								805	324
Prévision 2015								858	351
Prévision 2020								914	371



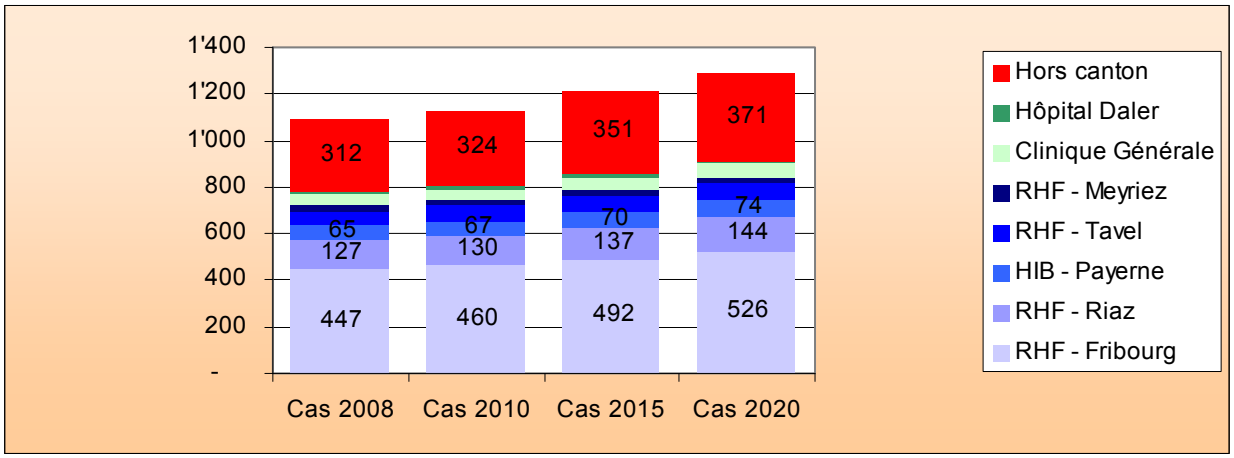
Cette catégorie concerne des prestations non clairement définies et peut être considérée comme un groupe de prestation de type « divers ». Aucune analyse ne peut valablement être réalisée pour cette catégorie dont les prestations ne sont pas suffisamment clairement définies. Il s'agit par exemple de traitement « d'autres facteurs influençant l'état de santé » (DRG No 467) ou de « signes et symptômes » (DRG No 463).

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Compte tenu de la particularité de cette catégorie de prestations, l'offre n'est pas modifiée.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	447	127	65	61	24	46	14	783	312
Cas 2010	460	130	67	62	25	47	14	805	324
Cas 2015	492	137	70	67	26	51	15	858	351
Cas 2020	526	144	74	72	28	54	16	914	371
Jours 2008	4'055	650	625	529	160	268	60	6'349	1'806
Jours 2010	4'083	657	630	523	159	268	59	6'380	1'802
Jours 2015	4'144	666	640	515	156	271	58	6'450	1'776
Jours 2020	4'500	717	686	572	172	296	64	7'006	1'884
Lits 2008	13.1	2.1	2.0	1.7	0.5	0.9	0.2	20.5	5.8
Lits 2010	13.2	2.1	2.0	1.7	0.5	0.9	0.2	20.6	5.8
Lits 2015	13.4	2.1	2.1	1.7	0.5	0.9	0.2	20.8	5.7
Lits 2020	14.5	2.3	2.2	1.8	0.6	1.0	0.2	22.6	6.1

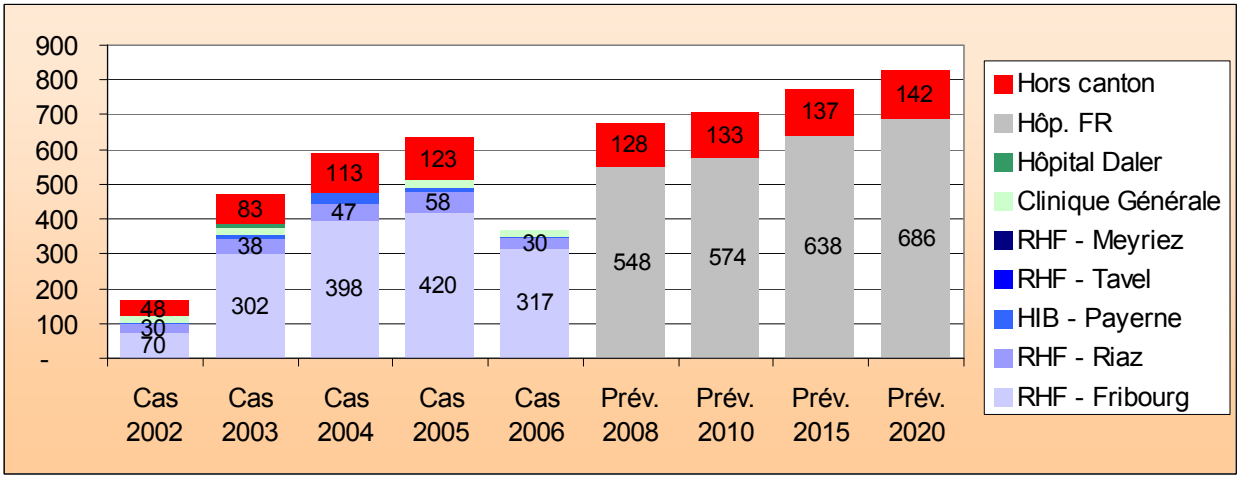


V. Chimiothérapie, radiothérapies, Transfusions

Médecine *(Chimiothérapie, radiothérapies, Transfusions)*

Situation 2002 à 2006 et prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	70	30	4	-	-	16	-	120	48
Cas 2003	302	38	14	-	-	18	16	388	83
Cas 2004	398	47	31	-	-	-	-	476	113
Cas 2005	420	58	13	-	-	21	-	512	123
Cas 2006	317	30	5	-	-	19	-	371	Non disp.
Prévision 2008								548	128
Prévision 2010								574	133
Prévision 2015								638	137
Prévision 2020								686	142



Quatre établissements offrent des prestations de chimiothérapie stationnaires soit le RHF-Fribourg, le RHF-Riaz, l'HIB-Payerne et la Clinique Générale. En outre le RHF-Fribourg réalise également

des traitements stationnaires de radiothérapie.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

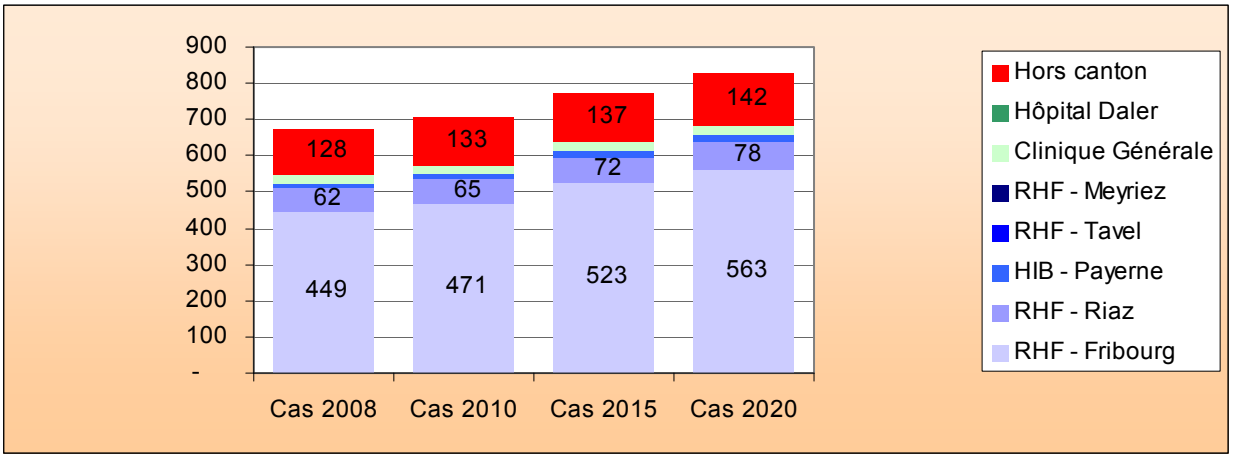
L'offre de prestation stationnaire est maintenue au RHF-Fribourg, RHF-Riaz, à l'HIB-Payerne et à la Clinique Générale. Le mandat est par ailleurs également attribué au RHF-Tavel et au RHF-Meyriez en complément à l'activité ambulatoire développée dans ce domaine sur ces sites.

En tenant compte de l'évolution des besoins futurs, la nouvelle situation se présente comme suit :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2008	449	62	14	-	-	22	-	548	128
Cas 2010	471	65	15	-	-	24	-	574	133
Cas 2015	523	72	16	-	-	26	-	638	137
Cas 2020	563	78	17	-	-	28	-	686	142

Jours 2008	1'915	237	33	-	-	47	-	2'232	553
Jours 2010	1'930	238	33	-	-	47	-	2'249	540
Jours 2015	1'929	238	33	-	-	47	-	2'248	470
Jours 2020	2'079	257	36	-	-	51	-	2'424	487

Lits 2008	6.2	0.8	0.1	-	-	0.2	-	7.2	1.8
Lits 2010	6.2	0.8	0.1	-	-	0.2	-	7.2	1.7
Lits 2015	6.2	0.8	0.1	-	-	0.2	-	7.2	1.5
Lits 2020	6.7	0.8	0.1	-	-	0.2	-	7.8	1.6



Par ailleurs, les hôpitaux ont enregistré un certain nombre de cas comportant des erreurs de codage (DRG 468 : interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal, 476 : interventions sur la prostate non liées au diagnostic principale, 477 : interventions moins importantes non liées au diagnostic principal, 469 : diagnostic principal non valable comme diagnostic principal, 470 : séjours non groupables).

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	149	30	2	26	38	54	43	342	84
Cas 2003	75	44	2	17	43	37	68	286	97
Cas 2004	9	33	3	8	84	23	40	200	102
Cas 2005	20	23	-	38	16	42	54	193	92
Cas 2006	17	19	1	21	16	23	132	229	Non disp.

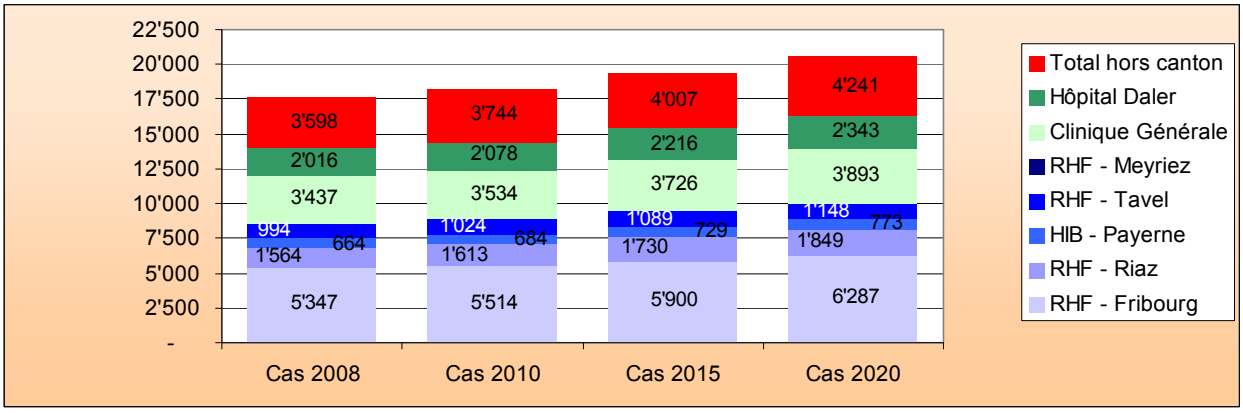
Ces cas ont été ajoutés aux prévisions des hôpitaux sans pouvoir faire l'objet d'une analyse particulière.

De même, les hôpitaux ont enregistré un certain nombre de cas relatifs aux maladies infectieuses aussi bien en chirurgie qu'en médecine. Ces maladies pouvant se rapporter à de nombreuses prestations et toucher à divers autres domaines, elles n'ont pas fait l'objet d'une analyse particulière et les cas ont simplement été ajoutés aux prévisions des hôpitaux.

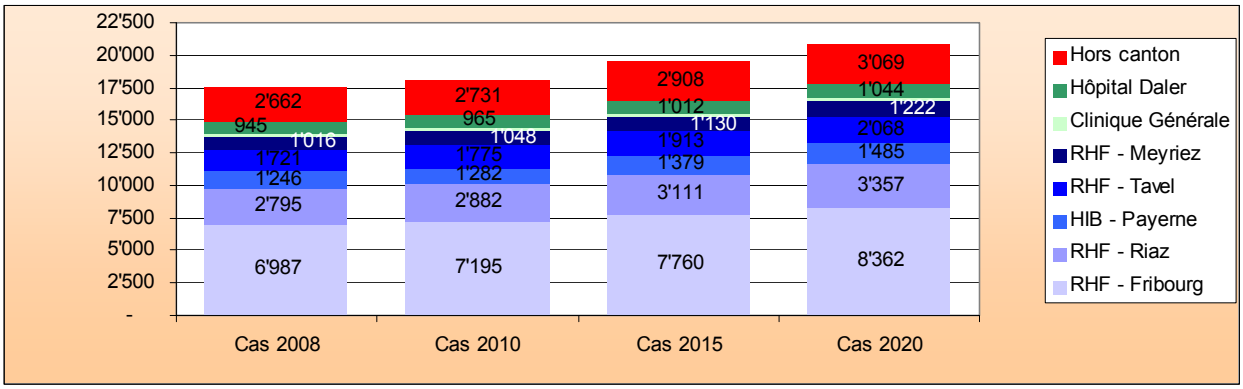
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total hôp. FR	Total hors canton
Cas 2002	163	59	26	28	14	3	1	294	49
Cas 2003	188	50	20	21	29	6	1	315	63
Cas 2004	173	73	35	52	20	6	2	361	44
Cas 2005	188	56	45	48	16	7	2	362	44
Cas 2006	170	59	32	47	25	3	7	343	Non disp.

<u>Synthèse des prévisions 2008, 2010, 2015 et 2020</u>

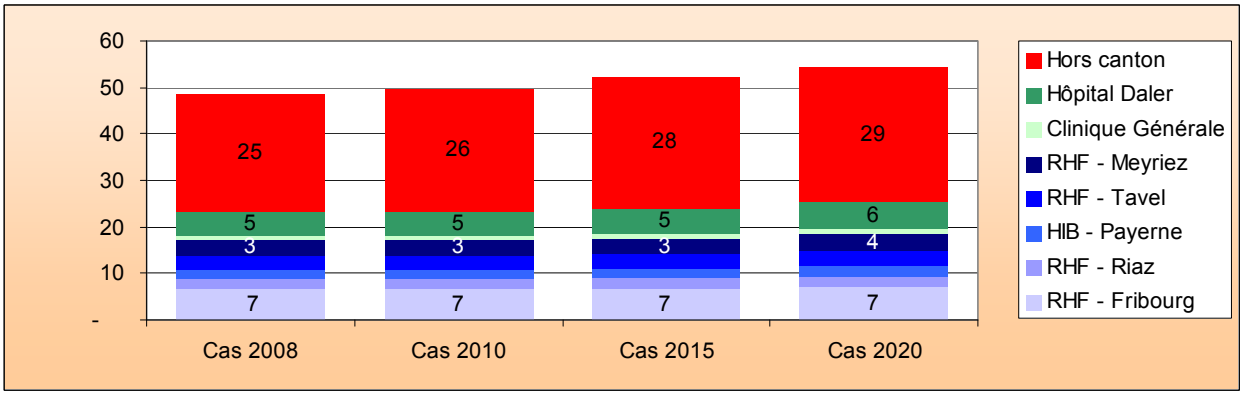
Chirurgie



Médecine



Autre



5.4.4.5 Autres prestations

Dans le cadre de l'offre de prestations mentionnée ci-dessus, les établissements hospitaliers s'appuient également sur des « prestations de soutien » telles que la radiologie, l'anesthésiologie/réanimation ou encore la psychiatrie de liaison.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations de radiologie sont offertes dans tous les établissements, l'anesthésiologie est offerte dans les hôpitaux pratiquant des interventions chirurgicales au bloc opératoire. Quant aux prestations de psychiatrie de liaison, elles sont offertes dans les hôpitaux publics uniquement.

Par ailleurs, la prise en charge de certains patients nécessite des infrastructures plus importantes en terme d'équipements techniques ou de personnel ainsi qu'une surveillance accrue. L'offre en soins

intensifs ou continus doit permettre de répondre à ces besoins spécifiques.

Actuellement, le RHF-Fribourg et l'HIB-Payerne disposent de soins intensifs et continus tandis que le RHF-Riaz est doté d'une unité de soins continus spécifique. L'Hôpital Daler est équipé d'une chambre à deux lits dans une unité de soins ordinaire permettant néanmoins une surveillance des patients plus importante que dans une chambre standard.

Afin de décharger les soins continus du RHF-Fribourg, d'éviter des transferts de patients dans cet établissement et d'améliorer la prise en charge des patients, une unité de soins continus doit être développée au RHF-Tavel. Cette offre doit permettre de prendre en charge un nombre supplémentaire de patients, respectivement d'interventions opératoires qui nécessitent d'emblée une prise en charge en soins continus par la suite et laisser des capacités disponibles suffisantes au RHF-Fribourg, qui devra faire face au report partiel des cas de chirurgie traités jusqu'à maintenant dans les blocs opératoires du RHF-Meyriez.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

L'offre de prestations de soins intensifs et continus est maintenue au RHF-Fribourg et à l'HIB-Payerne. Le RHF-Riaz et le RHF-Tavel ont le mandat de gérer chacun une unité spécifique de soins continus, de respectivement 6 lits et 4 lits (sans augmentation du nombre global de lits).

L'offre de la prestation telle que fournie à l'Hôpital Daler est maintenue sans cependant de reconnaissance d'une unité de soins continus à part entière.

Par ailleurs, afin de pouvoir traiter de manière adéquate sous l'angle psychiatrique des cas pris en charge au RHF-Fribourg (site de soins somatiques), la création d'une unité de psychiatrie de crise dans cet hôpital avec 8 lits est nécessaire. Ces situations concernent notamment des tentatives de suicide (plus d'une centaine par année) avec une phase de surveillance somatique en général entre 24 et 48 heures et une deuxième phase d'intervention psychiatrique pouvant nécessiter entre deux et trois jours supplémentaires. Elles concernent également des cas de troubles de l'adaptation (troubles réactionnels), dans le cadre d'une crise. En l'absence d'une telle structure au RHF-Fribourg, près de la moitié de ces situations de crise nécessite actuellement un encadrement en milieu hospitalier psychiatrique avec le risque de régression et de stigmatisation sociale que cela comporte. La création de cette unité correspond également aux priorités de développement du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale ainsi qu'aux recommandations émises en 2004 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de son évaluation sur la prise en charge des soins psychiatriques dans le canton de Fribourg.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Des prestations relatives à la psychiatrie de crise sont fournies dans une unité spécifique au RHF-Fribourg selon les règles de fonctionnement de ce site sous la responsabilité du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM) et sa direction médicale. Des postes de travail et des capacités en lits sont transférés du RFSM-Marsens au RHF-Fribourg.

5.4.5 Mandats de prestations

Ainsi, conformément à l'article 39 LAMal, le canton de Fribourg entend répondre à la couverture des besoins en soins hospitaliers aigus en attribuant aux différents établissements hospitaliers les mandats par discipline suivants (en vert : octroi d'un mandat LAMal, en rouge : pas de mandat LAMal):

		RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF – Meyriez [7]	Clinique Générale [6]	Hôpital Daler [6]
A	Système nerveux - chirurgie						1	
	Système nerveux - médecine							
B	Ophtalmologie - chirurgie							
	Ophtalmologie - médecine							
C	ORL, Stomatologie - chirurgie							
	ORL, Stomatologie - médecine							
D	Pneumologie - chirurgie							
	Pneumologie - médecine							
E	Cardiologie, Vasculaire - chirurgie		2	2	2		2	2
	Cardiologie, Vasculaire - médecine							
F	Appareil digestif - chirurgie							
	Appareil digestif - médecine							
G	Gynécologie - chirurgie							
	Gynécologie - médecine							
H	Orthopédie, Rhumatologie - chirurgie	3	4	4	4			
	Orthopédie, Rhumatologie - médecine	3						
I	Tissu cutané et tissu sous-cutané - chirurgie							
	Tissu cutané et tissu sous-cutané - médecine							
J	Endocrinologie - chirurgie							
	Endocrinologie - médecine							
K	Uro-néphrologie - chirurgie							
	Uro-néphrologie - médecine							
M	Obstétrique - chirurgie							
	Obstétrique - médecine							
N	Nouveau-nés : chirurgie							
	Nouveau-nés : médecine							
O	Hématologie - chirurgie							
	Hématologie - médecine							
Q	Psychiatrie, Toxicologie, Intox., Alcool – chir.							
	Psychiatrie, Toxi., Intoxications, Alcool – méd.							

		RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF – Meyriez [7]	Clinique Générale [6]	Hôpital Daler [6]
S	Traumatolgies mult. ou complexes graves - chirurgie							
	Traumatolgies mult. ou complexes graves - médecine							
S	Brûlures							
T	Transplantations d'organes - chirurgie							
	Greffes de moelle - médecine							
V	Chimiothérapie							
	Radiothérapie							
	Radiologie							
	Anesthésiologie et réanimation							
	Psychiatrie de crise	5						
	Psychiatrie de liaison							
	Soins continus							
	Soins intensifs							

1 à l'exclusion des craniotomies
2 uniquement la ligature de veines et stripping ainsi que la revascularisation des membres inférieurs
3 y compris rhumatologie, médecine physique et rééducation en phase aiguë
4 à l'exclusion des prestations d'arthrodèses vertébrales et des interventions plus générales sur le dos et le cou, en lien avec la neurochirurgie
5 sous la responsabilité du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale
6 la Clinique Générale et l'Hôpital Daler ne doivent pas assurer un service d'urgences, mais peuvent prendre en charge des cas non programmés
7 le RHF-Meyriez peut prendre en charge des cas non programmés en médecine

Il convient de préciser que, si les mesures de planification retenues par le présent rapport se fondent sur l'analyse de la statistique médicale 2002 à 2006, certains établissements ont transmis des informations complémentaires concernant les premiers mois, trimestres ou semestres de l'exercice 2007. L'analyse des ces éléments ne remet nullement en cause les résultats obtenus sur la base des données des années 2002 à 2006. Même si dans des cas particuliers des variations d'activités ont pu être enregistrées, cet aspect n'est pas déterminant pour justifier la modification des résultats et renoncer à la poursuite des objectifs fixés. Ainsi, le développement particulier de l'activité de chirurgie orthopédique à l'Hôpital Daler en 2006 et 2007 (environ 400 cas en 2006 et près de 550 en 2007 contre 100 à 200 cas les années précédentes) cède le pas à la volonté de concentration retenue par la présente planification en vue de la création de pôles spécifiques de prise en charge. Cette augmentation est du reste également, au moins partiellement, le reflet de la fermeture momentanée et provisoire de lits à la Clinique Générale durant le deuxième semestre 2006 et le début 2007 pour réaliser d'importants travaux de rénovation avec provisoirement un accès réduit aux infrastructures opératoires dans cet établissement. La couverture des besoins en chirurgie orthopédique pour la population du canton peut indéniablement être garantie sans les capacités de l'Hôpital Daler. La prise en charge des patients dans ce domaine par cet établissement, qui ne représentait qu'environ 4% des cas totaux dans le canton jusqu'en 2005, ne représente toujours qu'environ 8% à 10% à ce jour. La présente planification doit répondre, rappelons-le, aux besoins globaux des patients et non aux besoins individuels des établissements hospitaliers. En ce sens, elle satisfait entièrement aux exigences de la jurisprudence. En effet, le Conseil fédéral a explicitement

indiqué dans sa décision du 15 février 2006 qu'« en basant la détermination des capacités en lits principalement sur les hospitalisations des années précédentes et les prévisions des hôpitaux qui en découlent, le Conseil d'Etat a en principe fondé sa planification sur la situation existante » et que la liste hospitalière ne repose ainsi pas sur une analyse des besoins en soins de la population satisfaisant aux critères établis par la jurisprudence. Etablir une planification sur la base d'une simple prise en compte ou confirmation des données individuelles de chaque établissement (de « bas en haut ») ne satisfait donc pas aux exigences légales. Seule une méthode de « haut en bas » qui passe par les étapes suivantes est conforme aux règles en vigueur :

- détermination des besoins globaux en soins pour l'ensemble de la population ;
- détermination et évaluation de l'offre disponible des établissements hospitaliers ;
- attribution et garantie des capacités hospitalières nécessaires par l'octroi des mandats de prestations aux établissements ;
- établissement de la liste hospitalière.

La planification ne saurait donc en aucun cas simplement suivre l'évolution constatée ou confirmer la situation existante. Elle doit établir le cadre futur que les établissements doivent suivre en visant en priorité à répondre aux besoins de la population et en particulier des patients/assurés et non aux besoins ou aux intérêts particuliers des établissements hospitaliers.

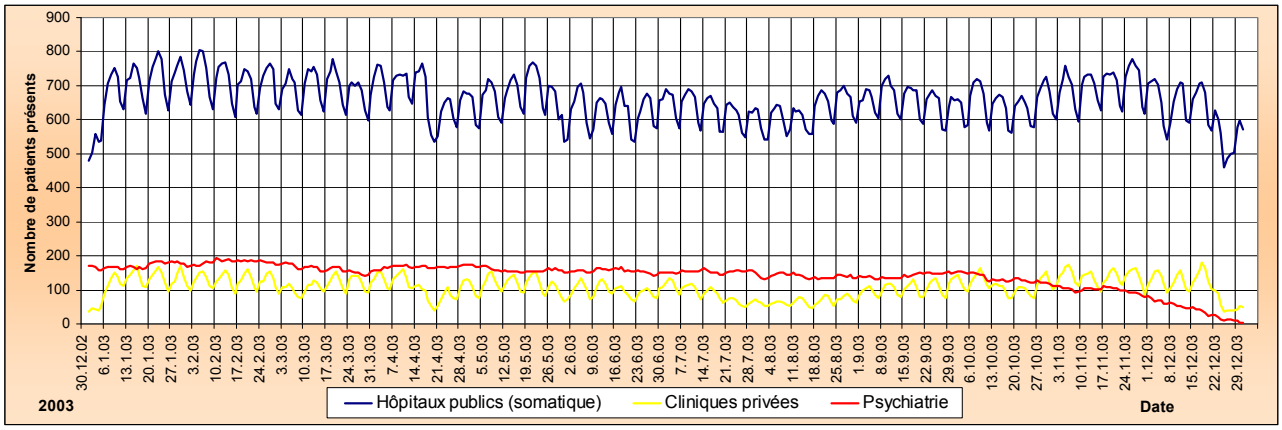
5.4.6 Attribution des capacités pour répondre aux mandats de prestations

Conformément à la jurisprudence le canton doit également attribuer les capacités aux établissements d'une part pour garantir une prise en charge suffisante des patients dans les différentes disciplines et d'autre part pour éviter la création de surcapacités hospitalières. Il n'est néanmoins pas nécessaire d'attribuer des capacités précises pour chacune des disciplines des soins aigus, mais de manière générale pour l'ensemble de l'établissement concerné[28]. Le critère le plus communément utilisé

[28] Décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 concernant la planification hospitalière du canton de Fribourg : « *Il n'y a pas non plus lieu de répartir un nombre de lits précis pour chaque discipline médicale en fonction du mandat attribué à un établissement, à tout le moins dans le domaine des soins de base. La jurisprudence, applicable au cas d'espèce, ne pose en effet pas une telle exigence, car une répartition détaillée des capacités par discipline médicale serait trop rigide et nécessiterait des adaptations incessantes des listes hospitalières (RAMA 5/2001 438, cons. II.4.2.4.1) ; cela limiterait également de manière excessive la marge de manœuvre nécessaire aux hôpitaux, par exemple pour répondre à certaines variations saisonnières.* » (cons. 6.1)

pour définir les capacités est le « lit ». Cependant, cette notion qui peut sembler simple de prime abord, peut être interprétée de nombreuses façons. Ainsi, le Service de la santé publique du canton de Vaud a recensé plus d'une dizaine de définitions différentes de cette notion : lit occupé, lit financé, lit exploité, lit en service, lit mobilisable, lit selon maximum architectural, lit autorisé, lit déclaré, lit spécial, lit doté, etc. (*cf. ANNEXE 6 : Types de lits)*.

La meilleure solution pour définir des capacités hospitalières en répondant au double objectif de garantie de la couverture des besoins et de suppression des surcapacités paraît être de se limiter à indiquer un nombre de journées-malade maximum par année pour chaque établissement. Pour éviter les écueils d'interprétation évoqués ci-dessus tout en indiquant tout de même une notion de « lit », la planification et la liste des hôpitaux utilisent la dénomination de « nombre annuel moyen de lits ». Ce notion est le résultat du calcul JOURNEES ANNUELLES / 365 jours / 85 % de taux d'occupation. Cette notion traduit l'idée des capacités en journées et permet de tenir compte de la fluctuation hebdomadaire (week-end) ou saisonnière (vacances, fermetures temporaires) qui caractérise l'activité hospitalière de tous les établissements comme l'illustre la présentation graphique ci-dessous, établie pour les hôpitaux fribourgeois en 2003 (N.B. : Le nombre de patients présents à la fin de l'année n'est pas exhaustif puisqu'il ne prend en compte que les séjours des patients sortis en 2003. En effet, les patients sortis en début 2004, mais déjà présents à fin 2003 ne sont relevés qu'à la période suivante. Ce qui explique notamment la courbe descendante en psychiatrie, qui ne reflète pas la situation réelle).



Source : statistique médicale des hôpitaux 2003

Sur la base de l'analyse détaillée réalisée au chapitre 5.4.4.4, le nombre annuel moyen de lits pour chaque site pour couvrir les besoins de la population conformément à l'attribution des mandats définie précédemment est le suivant :

		RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
2008	Lits totaux	336	89	38	67	24	60	52	**666**
2010	Lits totaux	337	89	38	66	24	58	51	**664**
2015	Lits totaux	339	88	38	65	24	53	48	**655**
2020	Lits totaux	368	96	41	70	27	57	50	**709**
	dont soins continus	*8*	*6*	*3*	*4*	-	-	-	
	dont soins intensifs	*12*	-		-	-	-	-	

Ces résultats « bruts » doivent encore faire l'objet d'un certain nombre de réajustements dont les explications sont mentionnées ci-dessous :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Changement de définition « semi-hospitalier – hospitalier stationnaire » : lits supplémentaires	+ 5	+ 3	+ 1					+ 9
Neuroréhabilitation au RHF-Meyriez : transferts de lits de soins aigus en réadaptation	- 10							- 10
Soins palliatifs au RHF-Meyriez : transfert de lits de soins aigus en réadaptation	- 5			+ 3				- 8
Réadaptation au RHF- Meyriez : transfert et transformation de lits de soins aigus en réadaptation	- 3			- 1	- 9			- 13
Soins continus au RHF-Tavel : adaptation des capacités suite à la réduction des flux de patients entre RHF-Tavel et RHF-Fribourg	- 2			+ 2				0
Rhumatologie et médecine physique classifiés en soins aigus au lieu d'en réadaptation *	+ 15							+ 15
Nouvelles activités (psychiatrie de crise, accord RHF-Riaz - canton de Vaud)	+ 8	+ 2						+ 10
Cas non codés de la statistique médicale (différence avec journées de la statistique administrative)							+ 9	+ 9
Correction totale des lits	+ 8	+ 5	+ 1	- 2	- 9	-	+ 9	+ 12

* selon les prévisions : + 15 lits en 2010, +17 lits en 2015 et + 19 lits en 2020

- Les hôpitaux du canton de Fribourg appliquent depuis peu les définitions de *l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)* qui délimitent les traitements hospitaliers, des traitements semi-hospitaliers et ambulatoires. Ainsi, les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant un nuit sont également réputés comme traitements hospitaliers stationnaires, ce qui n'était pas le cas en 2005. Ceci implique qu'un

certain nombre de cas, considérés en 2005 comme semi-hospitaliers et non soumis à planification hospitalière, sont à considérer effectivement comme des cas hospitalisés pour lesquels des capacités en lits doivent également être prévues. C'est pourquoi, 9 lits ont été ajoutés sur la base de ces séjours mentionnés dans la statistique médicale des hôpitaux pour ces cas (cas semi-hospitaliers sur 2 jours).

- Au chapitre consacré à la réadaptation, il est proposé d'attribuer un mandat de prestations au RHF-Meyriez pour les traitements de neuroréhabilitation (10 lits). Les journées correspondant à cette activité sont actuellement répertoriées avec les séjours en médecine du RHF-Fribourg. Elles forment statistiquement un tout avec la phase aiguë du séjour. Les capacités pour la phase de réhabilitation proprement dite sont dès lors retranchées des capacités du RHF-Fribourg pour être transférées en réadaptation.
- Au chapitre consacré à la réadaptation, il est proposé d'attribuer un mandat de prestations au RHF-Meyriez pour les traitements de soins palliatifs (8 lits). Un nombre de lits correspondant a été retranché des capacités respectives du RHF-Fribourg et du RHF-Tavel, qui pourront désormais transférer des patients dans cette unité de soins palliatifs.
- De même, l'augmentation de l'offre de réadaptation au RHF-Meyriez permettra un transfert plus marqué et plus rapide des patients des soins aigus en suite de traitement et réadaptation. Dès lors, une diminution correspondante a été appliquée aux capacités respectives du RHF-Fribourg et du RHF-Tavel.
- Sur la base des données 2005, le RHF-Meyriez se verrait attribuer 24 lits de médecine aiguë (résultat brut). Les capacités ont néanmoins été réduites de 9 lits sur ce site et fixées à 15 unités, car ce résultat brut se fonde encore sur l'activité de médecine aiguë réalisée selon l'ancien mandat de prestations, avant l'attribution des missions de réadaptation. En effet, la réduction des anciennes missions (soins aigus) au profit des nouvelles (réadaptation) n'est intervenue que progressivement. Ainsi, on constate sur la base des dernières données disponibles que, entre 2005 et 2007, un important transfert de volume d'activité, en terme de journées, a eu lieu de la médecine aiguë vers une prise en charge de suites de traitement, gériatrie ou réadaptation. Depuis le 1er janvier 2006 jusqu'au 1er janvier 2007, le nombre de lits pour les suites de traitement, la gériatrie et la réadaptation a progressivement été augmenté. Ceci a permis de diminuer la durée moyenne des séjours en médecine aiguë de près de 20% entre 2005 et 2006 pour un nombre de patients quasiment identique. Dès lors, compte tenu de ce changement de mode de prise en charge, un nombre de 15 lits en médecine aiguë est suffisant, en lieu et place des 24 résultant des statistiques de l'activité 2005 (- 9 lits). Sur ce point, les données de l'année 2005 peuvent donc être considérées

comme transitoires pour cet établissement dont le mandat de prestations a connu une importante modification. Cette correction de 9 lits ainsi que les autres mentionnées ci-dessus sont par ailleurs tout à fait conformes à la jurisprudence du Conseil fédéral[29].

- La mise en place d'une unité de soins continus au RHF-Tavel doit permettre de décharger le RHF-Fribourg et d'éviter un certain nombre de transferts de patients dans cet établissement pour en améliorer la prise en charge. Pour tenir compte de la réduction des flux de patients entre le RHF-Tavel et le RHF-Fribourg, des capacités sont transférées entre ces deux sites.
- Les cas et journées de rhumatologie, de médecine physique et de rééducation en phase aiguë du traitement du RHF-Fribourg sont également classifiés, d'un point de vue statistique, en réadaptation (centre de charge M950 selon OFS). C'est pourquoi un correctif est nécessaire. Cette activité ainsi que le nombre lits correspondant sont pris en compte dans le cadre des soins aigus et portés en déduction dans le chapitre consacré à la réadaptation.
- Le nombre de lits correspondant à l'attribution de la nouvelle mission de psychiatrie de crise au RHF-Fribourg est inscrit sous cet établissement (en soins aigus), bien que l'activité soit sous la responsabilité du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale.
- En vertu d'un accord de collaboration entre le canton de Fribourg et le canton de Vaud[30] garantissant depuis le 1er avril 2006 et dans des circonstances particulières aux patientes et patients vaudois du district du Pays-d'Enhaut une prise en charge (accouchement et interventions chirurgicales d'urgences) par le RHF-Riaz, un nombre de lits correspondant à cette activité nouvelle non comptabilisée en 2005 a été ajouté aux capacités (+ 2 lit).
- Concernant l'Hôpital Daler, 9 lits ont été ajoutés aux résultats en raison d'environ 2'830 journées non répertoriées dans la statistique médicale 2005 de cet établissement, mais

---

[29] Décision du Conseil fédéral du 15 mai 2002 concernant la planification hospitalière du canton de Fribourg : «*L'instauration de lits de suite de traitement a été confirmée par la jurisprudence du Conseil fédéral, à condition que la planification des soins aigus y compris les suites de traitements corresponde aux besoins de la population en soins hospitaliers stationnaires (décision du 5 juillet 200 en matière de liste hospitalière thurgovienne, in : RAMA 5/2001 438, cons. II.3.1.1.1). En d'autre termes, il faut que la planification tienne compte de cette catégorie de lits, afin d'éviter qu'elle ne s'ajoute aux lits destinés à la première phase du traitement de soins aigus (ou au contraire aux lits de réadaptation) et n'aboutisse ainsi à de surcapacités. […] La création de ces lits ne comporte dès lors en soi aucun risque d'aboutir à d'éventuelles surcapacités, dans la mesure où elle doit s'accompagner d'une diminution équivalente du nombre de lits de type A*. » (cons. 6.3)

[30] Convention intercantonale d'hospitalisation entre le canton de Vaud, le canton de Fribourg, l'Hôpital du Pays-d'Enhaut et l'Hôpital Sud Fribourgeois (aujourd'hui intégré au RHF) du 26 avril 2006.

figurant dans la statistique administrative (différence entre statistique médicale et statistique administrative)

Le nombre de lits net résultant de la prise en compte de ces différents éléments est le suivant :

		RHF – Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
2008	Lits totaux	344 *	94	39	65	15	60	61	**678**
2010	Lits totaux	345	94	39	64	15	58	60	**677**
2015	Lits totaux	348	93	39	63	15	53	57	**669**
2020	Lits totaux	380	101	42	68	18	57	59	**725**
	dont soins continus	*8*	*6*	*3*	*4*	-	-	-	
	dont soins intensifs	*12*	-		-	-	-	-	

2008	*dont lits totaux LAMal*	*326*	*89*	*37*	*61*	*14*	*51*	*60*	***639***
2010	*dont lits totaux LAMal*	*328*	*89*	*37*	*61*	*14*	*50*	*59*	***638***
2015	*dont lits totaux LAMal*	*331*	*89*	*37*	*59*	*14*	*46*	*55*	***631***
2020	*dont lits totaux LAMal*	*360*	*96*	*40*	*64*	*16*	*49*	*58*	***684***

* dès le transfert du RFSM-Marsens au RHF-Fribourg des 8 lits de psychiatrie de crise

Le nombre total de lits s'écarte donc logiquement des prévisions brutes calculées au chapitre 5.4.1, qui ne tiennent pas compte des changements de mode de prise en charge (transfert de soins aigus en soins de suite de traitement, suppression de prestations intracantonales ou développement de prestations).

5.4.7 Planification de la prise en charge des urgences stationnaires

5.4.7.1 Définitions

a. Urgences ambulatoires :

Il s'agit de la prise en charge de cas non programmés qui ne nécessite pas la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens pour intervenir. Le patient peut retourner à domicile après sa prise en charge.

b. Urgences stationnaires

Il s'agit de la prise en charge de cas non programmés qui nécessitent des examens médicaux particuliers, un suivi important ou une intervention chirurgicale avec l'utilisation d'un plateau technique complet (opérateur, assistant, anesthésiste, instrumentistes, etc.). Le patient est admis dans une unité de l'hôpital après avoir été examiné ou après l'intervention chirurgicale.

Pour rappel la première notion d'urgence mentionnée ci-dessus (cf. lettre a) n'est pas soumise à

planification selon l'article 39 LAMal. Seules la prise en charge des urgences stationnaires est concernée[31].

5.4.7.2 Evaluation des besoins et de l'offre disponible

a. Généralités

La statistique médicale des hôpitaux permet de connaître le mode d'admission des patients. Selon la conception détaillée de cette statistique publiée par l'OFS, ce critère indique les circonstances de l'admission, c'est-à-dire « *comment le patient a-t-il été accueilli* ». La notion d'urgence ne correspond pas ici à une notion médicale d'urgence telle par exemple une urgence vitale avec prise en charge immédiate. Elle correspond à la « *nécessité d'un traitement dans le 12 heures* ». Cette notion doit donc être relativisée et être interprétée conformément à cette définition de l'OFS.

Il est par ailleurs relevant d'analyser séparément les modes d'admission des cas ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale ou non.

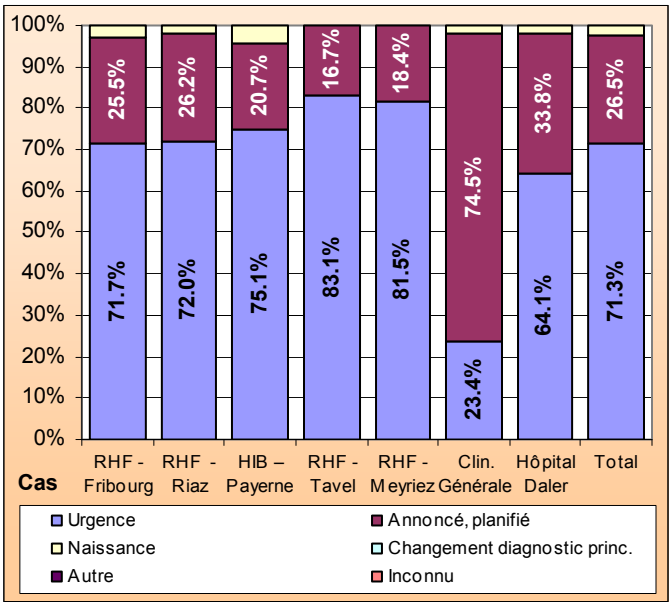
b. Prise en charge selon le mode d'admission - cas de médecine

L'analyse du mode d'admission des patients hospitalisés en médecine laisse apparaître que moins d'un quart des séjours sont annoncés ou planifiés dans les hôpitaux publics. A l'Hôpital Daler, il s'agit de moins d'un tiers des séjours. A l'inverse, à la Clinique Générale, un quart seulement des séjours de médecine ne sont pas planifiés.

Prise en charge selon le mode d'admission - médecine (cas)

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Urgence	4'528	1'920	903	1'369	795	172	302	9'989
Annoncé, planifié	1'610	698	249	275	179	547	159	3'717
Naissance	163	49	51	-	-	14	10	287
Changement diagnostic princ.	-	-	-	-	-	-	-	-
Autre	13	1	-	3	1	-	-	18
Inconnu	-	-	-	-	-	1	-	1
Total	6'314	2'668	1'203	1'647	975	734	471	14'012

[31] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2005 concernant la planification du canton de Fribourg : « *Selon la jurisprudence, un traitement ou une mesure est considéré comme stationnaire s'il doit être suivi de soins et d'une surveillance stationnaire par du personnel qualifié (décision non publiée du Conseil fédéral du 20 décembre 2000). Par Conséquent, la planification selon l'art. 39 LAMal de doit recouvrir parmi les prestations d'urgences que celles qui impliquent une hospitalisation des patients.* » (cons. 5.7.5)



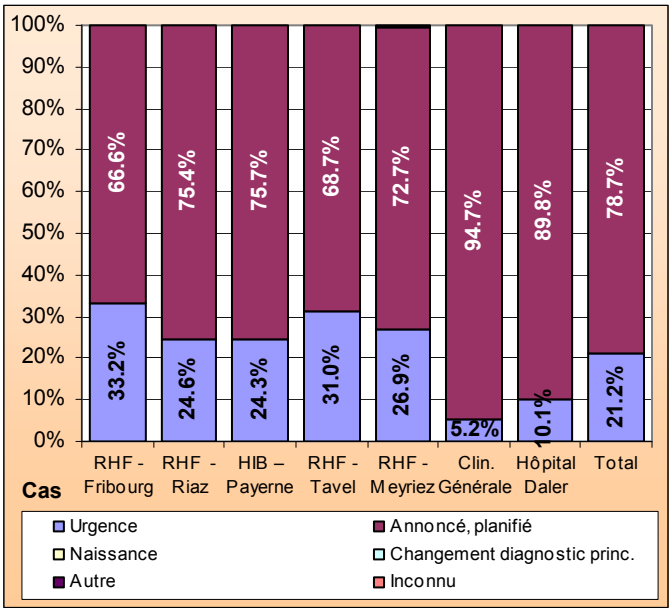
Il s'avère que tous les établissements publics de soins aigus jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des cas non planifiés et répondent à un réel besoin dans ce domaine.

c. Prise en charge selon le mode d'admission - Cas de chirurgie

En ce qui concerne les cas de chirurgie, l'analyse de la situation 2005 montre qu'au RHF-Fribourg près d'un tiers des interventions ne sont pas programmées, 31% au RHF-Tavel, un peu plus de 24% au RHF-Riaz et au HIB-Payerne. Les cliniques privées, qui concentrent leur activité essentiellement sur des interventions programmées, affichent des taux bien plus bas d'environ 10% pour l'Hôpital Daler et 5% pour la Clinique Générale.

Prise en charge selon le mode d'admission - chirurgie (cas)

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne *	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Urgence	1'447	376	158	267	143	164	194	2'749
Annoncé, planifié	2'898	1'151	491	591	387	2'990	1'719	10'227
Naissance	2	-	-	-	-	1	-	3
Changement diagnostic princ.	-	-	-	-	-	-	-	-
Autre	5	-	-	2	2	-	-	9
Inconnu	-	-	-	-	-	1	1	2
Total	4'352	1'527	649	860	532	3'156	1'914	12'990



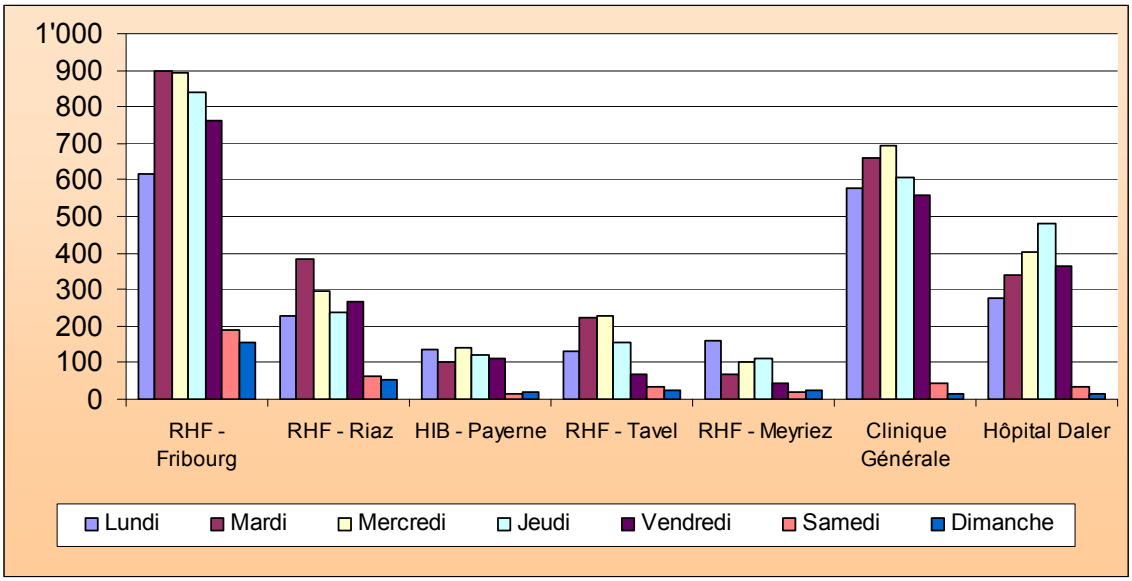
En terme de prise en charge des cas de chirurgie, l'analyse doit encore être affinées d'une part en fonction des jours de la semaine et d'autre part en fonction des heures d'interventions durant la journée. Cela permet de délimiter de manière plus précise l'étendue de la prise en charge pour chaque établissement[32].

L'analyse de la répartition des cas entre les différents jours de la semaine, selon le jour de l'intervention (cas totaux : planifiés, urgence et autres), laisse apparaître que l'activité chirurgicale est fortement réduite, voire quasi nulle dans certains établissements les samedi et dimanche.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne*	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Lundi	618	226	134	131	160	579	278	2'126
Mardi	899	385	102	224	69	660	341	2'680
Mercredi	891	295	143	226	104	693	401	2'753
Jeudi	838	240	121	157	113	606	480	2'555
Vendredi	763	265	114	66	43	560	362	2'173
Samedi	190	62	16	34	18	44	36	400
Dimanche	153	54	19	22	25	14	16	303
Total	4'352	1'527	649	860	532	3'156	1'914	12'990

* Sans l'activité vaudoise (multiplier par 2.5 pour estimer la valeur totale)

[32] Décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 concernant la planification du canton de Fribourg : « *Rien ne s'oppose à ce que des mandats différenciés soient attribués pour l'accueil des urgences en fonction de la gravité des cas qui peuvent y être pris en charge, des heures d'ouverture ou d'autres critères. Sur la base des besoins, il s'agit dans ce cas de délimiter les cas pouvant être pris en charge dans chaque type d'accueil puis de mentionner clairement le mandat attribué ainsi que, le cas échéant, les limites de la prise en charge.*» (cons. 5.7.5)



Si l'on considère ainsi le nombre moyen d'interventions selon le jour de la semaine, on constate qu'en principe l'activité est déjà réduite le vendredi. Par ailleurs, dans les hôpitaux du RHF-Tavel, RHF-Meyriez et les deux cliniques privées, en moyenne annuelle le nombre d'interventions le samedi et le dimanche représente moins d'un patient.

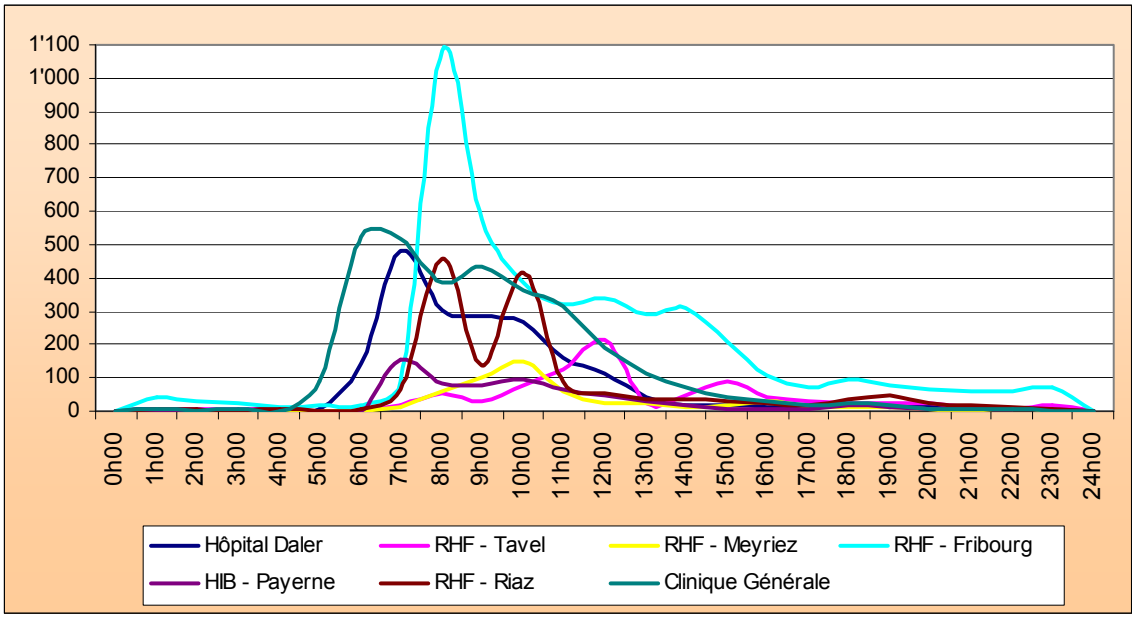
	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne*	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
Lundi	11.9	4.3	2.6	2.5	3.1	11.1	5.3	40.8
Mardi	17.2	7.4	2.0	4.3	1.3	12.7	6.5	51.4
Mercredi	17.1	5.7	2.7	4.3	2.0	13.3	7.7	52.8
Jeudi	16.1	4.6	2.3	3.0	2.2	11.6	9.2	49.0
Vendredi	14.6	5.1	2.2	1.3	0.8	10.7	6.9	41.7
Samedi	3.6	1.2	0.3	0.7	0.3	0.8	0.7	7.7
Dimanche	2.9	1.0	0.4	0.4	0.5	0.3	0.3	5.8

* Sans l'activité vaudoise (multiplier par 2.5 pour estimer la valeur totale)

Quant à l'analyse de la répartition des interventions entre les différentes périodes de la journée (cas totaux : planifiés, urgence et autres), elle laisse apparaître de manière générale une prise en charge importante en début de matinée avec une diminution progressive dans l'après-midi.

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB – Payerne*	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler	Total
0h00	*-*	*-*	*1*	*-*	*-*	*-*	*-*	*1*
1h00	*44*	*5*	*2*	*5*	*1*	*5*	*3*	*65*
2h00	*29*	*4*	*1*	*4*	*-*	*2*	*1*	*41*
3h00	*24*	*-*	*2*	*3*	*-*	*3*	*1*	*33*
4h00	*14*	*5*	*-*	*1*	*-*	*2*	*3*	*25*
5h00	*16*	*2*	*2*	*1*	*-*	*87*	*4*	*112*
6h00	**20**	**6**	**2**	**2**	**-**	**525**	**143**	**698**
7h00	**88**	**66**	**157**	**15**	**10**	**516**	**482**	**1'334**
8h00	**1'085**	**458**	**82**	**51**	**61**	**389**	**304**	**2'430**
9h00	**578**	**139**	**76**	**28**	**101**	**432**	**284**	**1'638**
10h00	**389**	**418**	**96**	**80**	**146**	**360**	**266**	**1'755**
11h00	**319**	**87**	**68**	**127**	**58**	**316**	**158**	**1'133**
12h00	**339**	**54**	**47**	**213**	**24**	**189**	**112**	**978**
13h00	**290**	**37**	**30**	**21**	**26**	**111**	**40**	**555**
14h00	**310**	**38**	**18**	**49**	**11**	**70**	**20**	**516**
15h00	**210**	**27**	**7**	**91**	**16**	**41**	**20**	**412**
16h00	**105**	**25**	**8**	**42**	**28**	**27**	**12**	**247**
17h00	**71**	**15**	**4**	**27**	**14**	**20**	**12**	**163**
18h00	**95**	**38**	**15**	**22**	**10**	**25**	**16**	**221**
19h00	*78*	*49*	*13*	*21*	*12*	*18*	*11*	*202*
20h00	*65*	*21*	*5*	*22*	*6*	*6*	*15*	*140*
21h00	*57*	*15*	*6*	*9*	*2*	*6*	*4*	*99*
22h00	*57*	*11*	*4*	*8*	*4*	*6*	*3*	*93*
23h00	*69*	*7*	*3*	*18*	*2*	*-*	*-*	*99*
24h00	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
Total	4'352	1'527	649	860	532	3'156	1'914	12'990

* Sans l'activité vaudoise (multiplier par 2.5 pour estimer la valeur totale)



L'activité devient marginale à partir de 18h00 et de manière plus prépondérante encore au RHF-Tavel, RHF-Meyriez, à la Clinique Générale et à l'Hôpital Daler.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Le RHF-Fribourg, le RHF-Riaz, le HIB-Payerne et le RHF-Tavel doivent garantir une prise en charge des urgences par un service approprié, avec à disposition des soins continus si nécessaire. Le RHF-Fribourg et l'HIB-Payerne dispose en outre des soins intensifs et prennent ainsi en charge des cas plus importants. En cas de nécessité, les patients sont transférés vers un centre universitaire après que leur situation ait été stabilisée.

Afin de pouvoir jouer son rôle de porte d'entrée au réseau hospitalier, le RHF-Meyriez doit disposer d'un service d'urgence qui soit apte :

- à prendre en charge et traiter de manière compétente et avec toute la sécurité et la qualité voulues les cas a priori ambulatoires et
- à orienter correctement les patients vers les sites de référence de soins aigus du canton ou les hôpitaux universitaires pour les cas les plus complexes.

Cette organisation de prise en charge des patients doit permettre de faire face à la diminution de médecins de premier recours. Elle peut être organisée autour d'un centre d'accueil et de consultation en urgence, couplé à une polyclinique de consultation ambulatoire.

Les infrastructures doivent être adaptée pour pouvoir disposer, dans la polyclinique, de trois box de consultations en urgences sans rendez-vous. Un box devrait être équipé pour permettre une prise en

charge d'une urgence vitale survenant soudainement. Les autres box doivent permettre la prise en charge de cas médicaux ou de cas chirurgicaux de moindre importance qui ne nécessitent pas de bloc opératoire ou d'anesthésistes. Une salle de plâtre est également requise pour prendre en charge les cas de traumatologie ambulatoire. Pour les consultations de la polyclinique, il s'agira pour le RHF de proposer à deux médecins internistes ou de premier recours de s'installer dans les cabinets médicaux de la polyclinique et de leur adjoindre des médecins assistants. Dans le cadre de l'obtention du titre FMH de médecine interne, un minimum de 6 mois de médecine ambulatoire est nécessaire pour les médecins-assistants. Le concept de policlinique au RHF-Meyriez offre cette opportunité, à l'instar de ce qu'offre la polyclinique médico-chirurgicale de l'HIB-Estavayer-le-Lac.

Par ailleurs, l'installation de cabinets médicaux pour des consultations de type orthopédique ou de chirurgie avec la possibilité pour les médecins y pratiquant de réaliser des interventions opératoires sur les autres sites du RHF, en particulier au RHF-Fribourg et au RHF-Tavel, permettra encore d'accroître le rôle de porte d'entrée au réseau hospitalier du canton que doit jouer le RHF-Meyriez pour la population du district du Lac, même sans activité chirurgicale et sans blocs opératoires.

La mise en place d'un tel concept, avec le maintien d'une activité de médecine interne malgré l'absence d'activité chirurgicale, est tout à fait réalisable. De tels modèles sont déjà en fonction dans d'autres hôpitaux. Ainsi, l'Hôpital Riviera, qui regroupe notamment les sites de Vevey et de Montreux, prend en charge les cas de médecine sur le site de Vevey tandis que le site de Montreux est dévolu à la chirurgie.

Par ailleurs, conformément au mandat de prestations fixé ci-dessus au chapitre 5.4.5, le RHF-Meyriez peut prendre en charge des cas programmés et non programmés en médecine.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Le RHF est chargé de mettre en œuvre une telle prise en charge 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures sans salle d'opération ni d'équipe d'anesthésie. Le RHF-Meyriez peut prendre en charge des cas programmés et non programmés en médecine. Pour ce qui concerne les cliniques privées, elles ne doivent pas assurer un service d'urgence, mais peuvent prendre en charge des cas non programmés.

5.4.7.3 Mandat de prestations

Le mandat de prestations pour la prise en charge des urgences stationnaires se présente donc de la manière suivante :

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	Clinique Générale	Hôpital Daler
Urgences stationnaires							

	RHF - Fribourg	RHF - Riaz	HIB - Payerne	RHF - Tavel	RHF - Meyriez	HIB – Estavayer-le-Lac
Urgences ambulatoires *(hors périmètre des mandats selon art. 39 LAMal : pour information uniquement)*						

Le RHF-Meyriez peut prendre en charge des cas programmés et non programmés en médecine.

La Clinique Générale et l'Hôpital Daler ne doivent pas assurer un service d'urgence, mais peuvent prendre en charge des cas non programmés.

5.5 Planification des soins de réadaptation

Le présent chapitre est consacré à la réadaptation au sens large, notion qui regroupe aussi bien les suites de traitement et la gériatrie que la réadaptation. Les besoins futurs dans le domaine ont été établis en tenant compte de l'évolution de la population. La méthode est semblable à celle retenue pour les soins aigus, à l'exception de la prise en compte d'une modification des durées moyennes de séjour.

5.5.1 Besoins en lits

a. Durée moyenne de séjour

Compte tenu de l'hétérogénéité des cas et des durées moyennes de séjour en matière de réadaptation, les valeurs 2005 sont maintenues.

Les résultats de l'analyse, en terme de cas et de journées d'hospitalisation prévues pour le scénario de population « centre » retenu dans le présent rapport sont présentés ci-dessous.

- Evolution des cas et journées d'hospitalisations de 2005 à 2020

	Toutes les hospitalisations						*dont hospitalisations LAMal*					
	Cas			Journées			*Cas*			*Journées*		
	FR	Non FR	Hors FR	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	1'744	25	770	36'227	486	19'869	*1'726*	*21*	*614*	*35'865*	*375*	*15'040*
2006	1'774	25	784	36'868	487	20'207	*1'756*	*21*	*626*	*36'495*	*379*	*15'345*
2007	1'805	26	800	37'642	496	20'626	*1'787*	*22*	*639*	*37'265*	*389*	*15'674*
2008	1'838	26	816	38'372	506	21'006	*1'819*	*22*	*653*	*37'982*	*396*	*16'012*
2009	1'868	27	831	39'009	519	21'430	*1'849*	*23*	*666*	*38'608*	*404*	*16'336*
2010	1'900	27	845	39'724	534	21'791	*1'880*	*23*	*678*	*39'309*	*414*	*16'637*
2011	1'934	28	862	40'484	547	22'214	*1'914*	*23*	*693*	*40'064*	*419*	*17'003*
2012	1'966	28	877	41'321	556	22'568	*1'946*	*24*	*707*	*40'897*	*422*	*17'328*
2013	2'003	29	894	42'048	562	22'999	*1'983*	*24*	*723*	*41'624*	*428*	*17'701*
2014	2'040	29	908	42'885	571	23'347	*2'019*	*24*	*736*	*42'456*	*434*	*18'004*
2015	2'081	30	924	43'839	582	23'718	*2'061*	*25*	*750*	*43'411*	*438*	*18'346*
2016	2'120	30	940	44'782	582	24'108	*2'099*	*25*	*766*	*44'353*	*440*	*18'698*
2017	2'162	30	956	45'728	588	24'469	*2'142*	*25*	*780*	*45'303*	*448*	*19'027*
2018	2'207	31	970	46'606	594	24'822	*2'186*	*26*	*794*	*46'178*	*453*	*19'351*
2019	2'252	31	983	47'606	605	25'109	*2'231*	*26*	*807*	*47'178*	*465*	*19'631*
2020	2'300	32	1'000	48'627	613	25'489	*2'279*	*27*	*823*	*48'206*	*471*	*20'002*

b. Taux d'occupation normatif des lits

En appliquant à ces journées un taux d'occupation normatifs des lits, on obtient les mêmes prévisions exprimées en terme de lits nécessaires pour la prise en charge des patients.

En ce qui concerne la réadaptation, un taux d'occupation de 90% est admis par la jurisprudence du Conseil fédéral. Ainsi, la prévision des besoins en lits est la suivante :

- Evolution des besoins en lits de 2005 à 2020

	Toutes les hospitalisations			*dont hospitalisations LAMal*		
	Lits			*Lits*		
	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	110	1	60	*109*	*1*	*46*
2006	112	1	62	*111*	*1*	*47*
2007	115	2	63	*113*	*1*	*48*
2008	117	2	64	*116*	*1*	*49*
2009	119	2	65	*118*	*1*	*50*
2010	121	2	66	*120*	*1*	*51*
2011	123	2	68	*122*	*1*	*52*
2012	126	2	69	*124*	*1*	*53*
2013	128	2	70	*127*	*1*	*54*
2014	131	2	71	*129*	*1*	*55*
2015	133	2	72	*132*	*1*	*56*
2016	136	2	73	*135*	*1*	*57*
2017	139	2	74	*138*	*1*	*58*
2018	142	2	76	*141*	*1*	*59*
2019	145	2	76	*144*	*1*	*60*
2020	148	2	78	*147*	*1*	*61*

c. Prise en compte des flux de patients

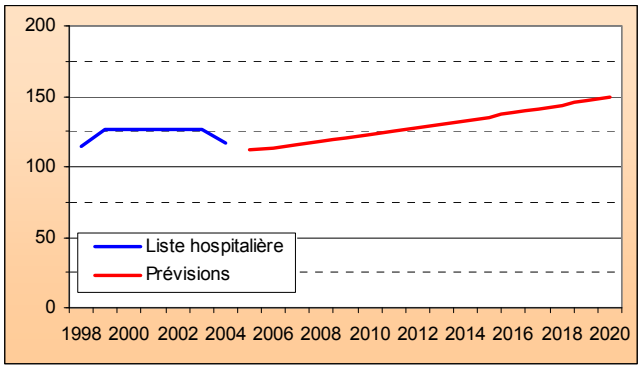
Conformément à la jurisprudence du Conseil fédéral, il y a lieu de tenir compte des flux de patients dans le cadre de la planification hospitalière. C'est pourquoi, une distinction est réalisée entre les patients fribourgeois et non fribourgeois ainsi qu'entre les séjours hospitaliers intra- et extra-cantonaux.

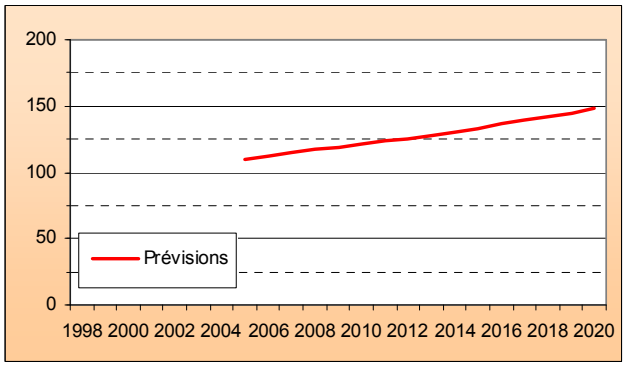
Ainsi, pour prévoir les capacités hospitalières des hôpitaux fribourgeois, sont pris en compte uniquement les patients fribourgeois et non fribourgeois dans les hôpitaux du canton. Les patients fribourgeois hors canton ne peuvent pas être inclus dans l'évaluation des besoins en lits des hôpitaux fribourgeois, à moins que des modifications de flux soient attendus ou prévus (ex. développement ou suppression de prestations dans le canton, accueil de nouveaux patients extracantonaux selon accords particuliers, etc.).

Sur cette base, avec le maintien des flux de patients actuels, le besoin en lits dans les hôpitaux fribourgeois jusqu'en 2020 évolue comme suit :

- Evolution des besoins en lits dans les hôpitaux du canton de Fribourg de 2005 à 2020

	Toutes les hospitalisations (FR + Non FR)	*dont hospitalisations LAMal (FR + Non FR)*
	Liste hospitalière	
1998	114	
1999	127	
2000	127	
2001	127	
2002	127	
2003	127	
2004	117	
	Lits	*Lits*
2005	112	*110*
2006	114	*112*
2007	116	*115*
2008	118	*117*
2009	120	*119*
2010	123	*121*
2011	125	*123*
2012	127	*126*
2013	130	*128*
2014	132	*131*
2015	135	*133*
2016	138	*136*
2017	141	*139*
2018	144	*142*
2019	147	*145*
2020	150	*148*





d. Résultat

Les résultats montrent que les besoins en lits seront plus importants à l'avenir compte tenu de la croissance et du vieillissement de la population. Il a lieu de préciser également qu'il s'agit de prévisions brutes qui ne tiennent pas encore compte d'éventuelles propositions de rapatriements de prestations hors canton ou de changement de mission de certains hôpitaux.

5.5.2 Evaluation de l'offre et de la prise en charge intracantonale

Les établissements figurant actuellement sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg qui fournissent des soins aigus de réadaptation et suite de traitement sont les suivants : le site de Fribourg du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Fribourg) pour les traitements de rhumatologie, de rééducation physique en phase aiguë du traitement et de neuroréhabilitation, le site de Châtel-St-Denis du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Châtel-St-Denis), le site de Billens du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Billens), le site de Meyriez du Réseau hospitalier fribourgeois (ci-après RHF-Meyriez) et le site d'Estavayer-le-Lac de l'Hôpital intercantonal de la Broye (ci-après HIB-Estavayer-le-Lac). A titre préliminaire, il convient de mentionner que, sans indication particulière, les chiffres présentés ci-après concernent l'exercice 2005 et l'ensemble de l'activité des établissements (patients LAMal et non LAMal).

5.5.2.1 Infrastructures et équipements

A l'exception du RHF-Meyriez, tous les sites hospitaliers qui ont connu un changement de missions ces dernières années avec l'attribution d'un mandat de prestations de réadaptation ont fait l'objet d'importants travaux de transformation ou de rénovation, travaux en cours de réalisation à Billens. Ainsi, d'importants investissements ont déjà été consentis par les pouvoirs publics (canton et communes), par les décrets du Grand Conseil, pour mettre en œuvre les bases de la planification hospitalière 1997 :

- HIB - Estavayer-le-Lac : environ Fr. 29 millions (décret 1998)
- RHF - Châtel-St-Denis : environ Fr. 3 millions (décret 2001)
- RHF – Billens : environ Fr. 20 millions (décret 2005).

Pour rappel, les sites des soins aigus ont également bénéficié d'importants investissements depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en 1996 à savoir le RHF-Riaz : environ Fr. 52 millions (décret 1997), le RHF-Tavel : environ Fr. 41 millions (décret 1996) et le RHF-Fribourg : environ Fr. 57 millions (décret 1997) et environ Fr. 12 millions (décret 2006).

Pour ce qui concerne le site du RHF-Meyriez, il se situe à l'aube d'une échéance importante en terme d'investissements pour répondre aux exigences du mandat de prestations attribué par la présente planification hospitalière et ce conformément au cadre fixé par la loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois[33].

[33] « *En accord avec le Conseil d'Etat, chaque association de communes engage, au plus tard dans les trois ans qui*

5.5.2.2 Personnel

Les données concernant le personnel ne sont pas présentées de manière distincte entre les soins aigus et les soins de réadaptation. Il n'y a donc pas de données spécifiques dans ce domaine. Les informations pour l'ensemble des sites ont déjà été données sous le chapitre consacré aux soins aigus (cf. chapitre 5.4.2.6).

5.5.2.3 Champ d'activité et étendue des prestations

Les sites du RHF - Châtel-St-Denis / RHF-Billens réunis sont ceux qui présentent l'activité la plus importante pour le canton. On constate que le RHF-Meyriez n'a pas encore réellement amorcé son changement de mission en 2005. Les données de réadaptation pour ce site ne peuvent donc pas encore être considérées comme représentatives.

Par ailleurs, conformément à la méthode retenue pour l'établissement du présent rapport, le centre de prise en charge « *médecine physique et réadaptation* » (code M950 de la statistique OFS) est logiquement inclus dans le chapitre consacré à la réadaptation. Par conséquent, le RHF-Fribourg qui enregistre également des prestations dans ce domaine, fait aussi partie des établissements pris en considération dans l'analyse de l'offre de réadaptation bien qu'il s'agisse de patients d'orthopédie, de rhumatologie, de médecine physique et rééducation en phase aiguë de la maladie. C'est pourquoi, bien qu'analysée avec les soins de réadaptation, cette activité du RHF-Fribourg sera finalement prise en considération dans le mandat de prestations de la catégorie des soins aigus.

	RHF - Fribourg	RHF - Châtel-St-Denis / Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez	Total
Cas	254	1'180	299	36	1'769
Jours	4'473	24'908	6'716	616	36'713
DMS *	17.6	21.1	22.5	17.1	20.8
Lits	14	76	20	2	112

* DMS . durée moyenne de séjour

Le RHF-Meyriez qui a poursuivi la mise en place de ses nouvelles missions a pris en charge, en 2006, 146 cas pour 2'712 journées.

---

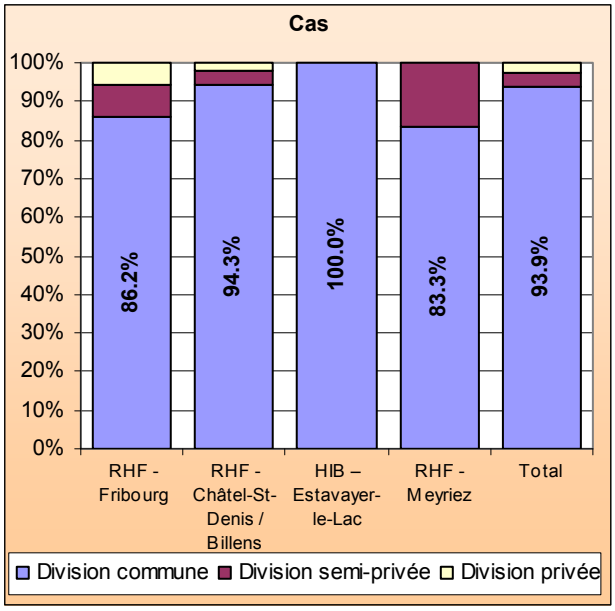
suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, les investissements nécessaires pour que son hôpital puisse assumer la mission que lui assigne la planification hospitalière. Les investissements engagés seront répartis à raison de 45% à la charge de l'association et de 55% à la charge de l'Etat. […] Si les investissements ne sont pas engagés dans le délai de trois ans, les dispositions de la législation sur les communes en matière de surveillance et d'intervention sont réservées. La part des investissements incombant à l'Etat fait l'objet d'un décret du Grand Conseil. » (article 46 LRHF)

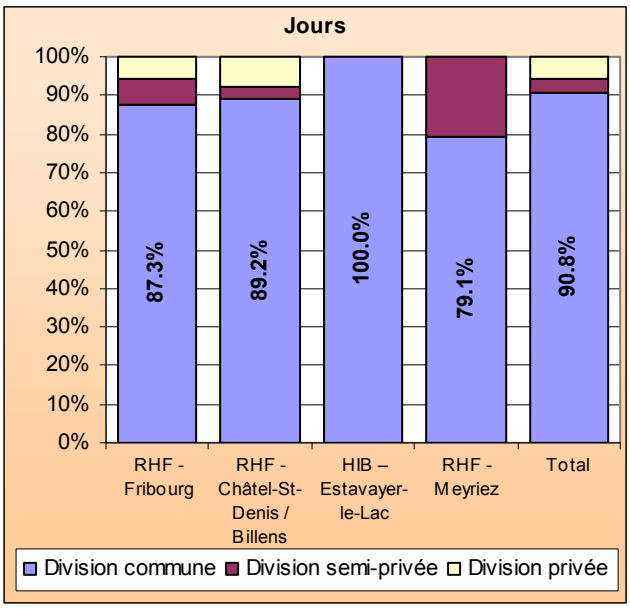
5.5.2.4 Types de prise en charge

a. Prise en charge selon la division

Dans le domaine de la réadaptation, la plupart des séjours sont réalisés en division commune. En effet, pas tous les assureurs ne proposent de produits pour ce domaine. Par ailleurs, certaines offres limitent la durée de prise en charge annuelle en division privée ou semi-privée (par exemple 90 jours par an).

	RHF - Fribourg		RHF - Châtel-St-Denis / Billens		HIB – Estavayer-le-Lac		RHF - Meyriez		Total	
	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours
Division commune	219	3'907	1'113	22'213	299	6'716	30	487	1'661	33'323
Division semi-privée	20	320	40	779	-	-	6	129	66	1'228
Division privée	15	246	27	1'916	-	-	-	-	42	2'162
Total	254	4'473	1'180	24'908	299	6'716	36	616	1'769	36'713

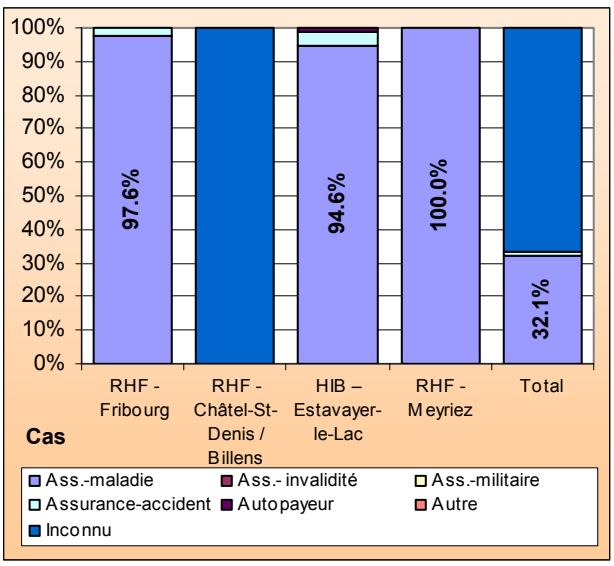


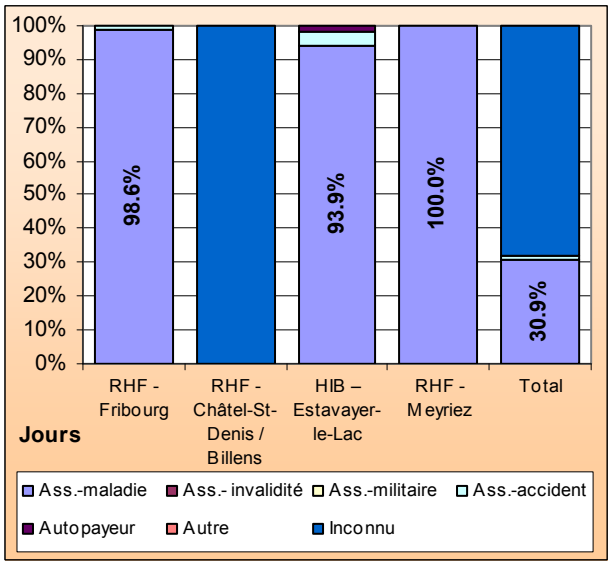


b. Prise en charge selon le garant

De même, les cas de réadaptation concernent presque exclusivement l'assurance-maladie, voire rarement l'assurance-accident. Il est à relever que le RHF - Châtel-St-Denis / RHF-Billens ne fournissent pas de données précises dans ce domaine.

	RHF - Fribourg		RHF - Châtel-St-Denis / Billens		HIB – Estavayer-le-Lac		RHF - Meyriez		Total	
	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours	Cas	Jours
Assurance-maladie	248	4'412	-	-	283	6'304	36	616	567	11'332
Assurance-invalidité	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Assurance-militaire	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Assurance-accident	6	61	-	-	12	294	-	-	18	355
Autopayeur	-	-	-	-	4	118	-	-	4	118
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Inconnu	-	-	1'180	24'908	-	-	-	-	1'180	24'908
Total	254	4'473	1'180	24'908	299	6'716	36	616	1'769	36'713

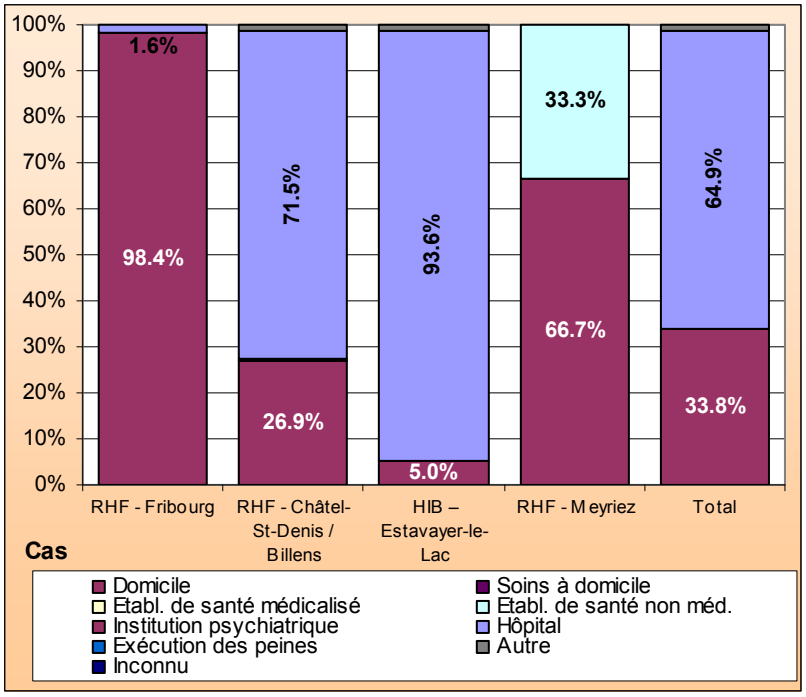




c. Prises en charge selon le séjour avant l'admission (cas)

Alors que les entrées directes en provenance du domicile sont très rares au HIB - Estavayer-le-Lac (5%), elles concernent près de 27% au RHF – Châtel-St-Denis / RHF – Billens. Dans ces trois sites, les patients admis proviennent essentiellement d'un autre établissement hospitalier, ce qui prouve que les flux entre les soins aigus et les suites de traitement ou la réadaptation fonctionnent correctement. L'activité du RHF – Fribourg qui concerne majoritairement de la rééducation et de la rhumatologie se concentre sur des patients provenant du domicile. Avec seulement 36 cas, les données du RHF-Meyriez ne sont pas représentatives.

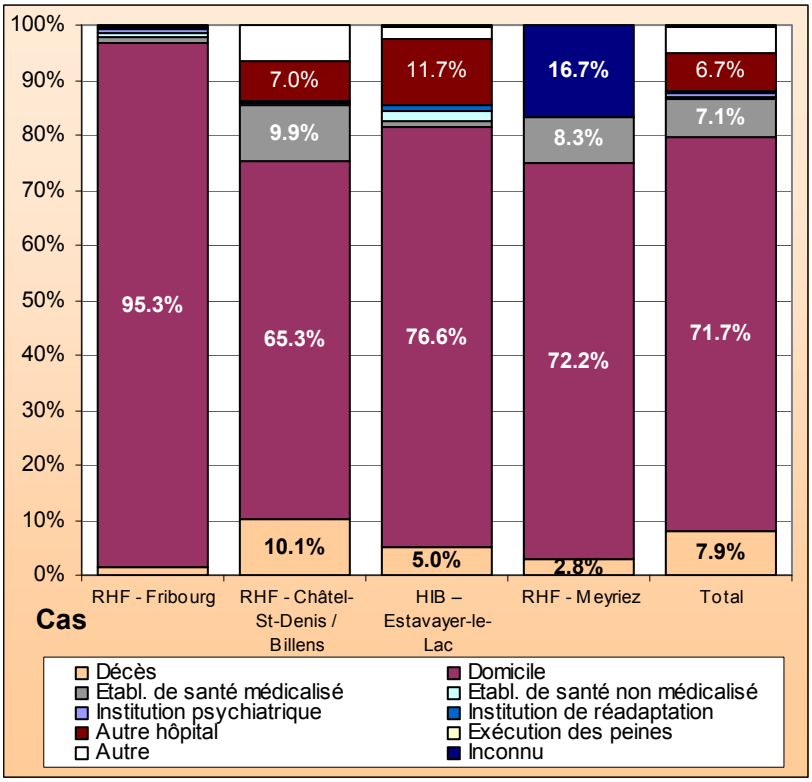
	RHF - Fribourg	RHF - Châtel-St-Denis / Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez	Total
Domicile	250	318	15	4	587
Soins à domicile	-	-	-	-	0
Etabl. de santé médicalisé	-	3	-	-	3
Etabl. de santé non médicalisé	-	-	-	2	2
Institution psychiatrique	-	-	-	-	0
Hôpital	4	844	280	-	1'128
Exécution des peines	-	-	-	-	0
Autre	-	15	4	-	19
Inconnu	-	-	-	-	0
Total	254	1'180	299	6	1'739



d. Prise en charge selon le séjour après la sortie (cas)

Après leur traitement, la grande majorité des patients peuvent retourner à domicile. Le taux varie entre 65% au RHF – Châtel-St-Denis / RHF – Billens et 95% au RHF-Fribourg. Un certain nombre de personnes sont également placées dans une institution de santé médicalisée (EMS, 7%). On constate également près de 10% de décès au RHF-Châtel-St-Denis / RHF – Billens, essentiellement dans l'unité spécialisée de soins palliatifs.

	RHF - Fribourg	RHF - Châtel-St-Denis / Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez	Total
Décès	4	119	15	1	139
Domicile	242	771	229	26	1'268
Etabl. de santé médicalisé	2	117	3	3	125
Etabl. de santé non médicalisé	2	-	5	-	7
Institution psychiatrique	2	7	-	-	9
Institution de réadaptation	1	5	4	-	10
Autre hôpital	1	83	35	-	119
Exécution des peines	-	-	-	-	0
Autre	-	78	7	-	85
Inconnu	-	-	1	6	7
Total	254	1'180	299	36	1'769



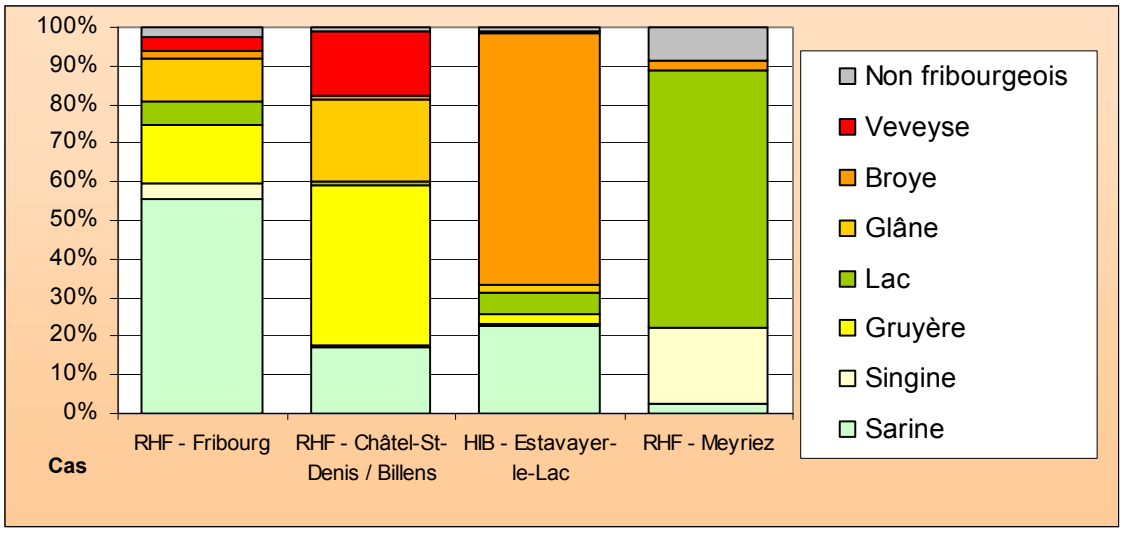
5.5.2.5 Force d'attraction (provenance et destination des patients)

a. Prise en charge par hôpital selon la provenance des patients (cas)

Plus de la moitié des patients du RHF-Fribourg proviennent du district de la Sarine. Les patients gruyériens et glânois y sont également nombreux. Les sites de Châtel-St-Denis et de Billens du RHF traitent principalement des personnes provenant de la Gruyère, de la Glâne et de la Veveyse, mais également, légèrement moins de 20%, des patients du district de la Sarine. Enfin, les patients

de l'HIB - Estavayer-le-Lac proviennent à raison de 65% du district de la Broye tandis que plus de 20% de l'activité concerne des personnes provenant du district de la Sarine. Ces chiffres tendent à prouver que, malgré l'absence d'un centre de traitement et de réadaptation spécifique pour la population du centre du canton (Sarine), les flux de patients au-delà des frontières des districts fonctionnent bien. La mise en réseau de tous les sites publics du canton devrait permettre d'accroître encore cette collaboration. Le RHF-Meyriez, notamment, devrait à l'avenir prendre en charge une proportion plus importante de patient des districts de la Singine et de la Sarine ; il en ira de même pour le RHF-Châtel-St-Denis / Billens, après la fin des travaux de transformation du site de Billens.

	RHF - Fribourg	RHF - Châtel-St-Denis / Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez
Sarine	55.5%	17.2%	22.7%	2.8%
Singine	3.9%	0.3%	0.7%	19.4%
Gruyère	15.4%	41.5%	2.3%	0.0%
Lac	5.9%	1.3%	5.4%	66.7%
Glâne	11.0%	21.3%	2.0%	0.0%
Broye	2.4%	0.9%	65.6%	2.8%
Veveyse	3.1%	16.5%	0.3%	0.0%
Non fribourgeois	2.8%	1.0%	1.0%	8.3%
Total par hôpital	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**	**100.0%**

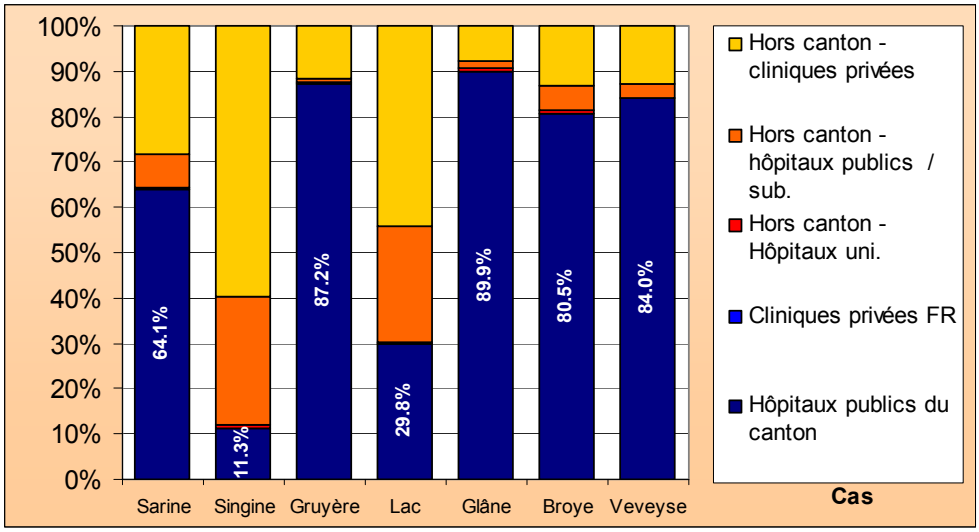


b. Prise en charge de la population du district selon l'hôpital de destination (cas)

En procédant à l'analyse de l'utilisation des infrastructures de réadaptation du canton par rapport à l'offre extracantonale, on remarque que dans certains districts la population utilise principalement les établissements du canton de Fribourg. Il en est ainsi dans les districts de la Glâne (89.9%), de la Gruyère (87.2%), de la Veveyse (84%) et de la Broye (80.5%). La population de la Sarine affiche

un taux plus faible de 64,1% alors que les patients des districts du Lac et de la Singine se font traiter majoritairement hors canton. Ces chiffres prouvent la nécessité du développement du centre de soins et de réadaptation en faveur des patients de ces trois districts. La mise en place d'une offre spécifique au RHF-Meyriez doit permettre de combler ce déficit de couverture des besoins.

	Traitement intracantonal		Traitement hors canton			Total	*dont patients hors canton*
	Hôpitaux publics du canton	Cliniques privées FR	Hors canton - Hôpitaux uni.	Hors canton - hôpitaux publics / sub.	Hors canton - cliniques privées		
Sarine	64.1%	0.0%	0.3%	7.3%	28.3%	100.0%	35.9%
Singine	11.3%	0.0%	0.5%	28.4%	59.8%	100.0%	88.7%
Gruyère	87.2%	0.0%	0.3%	1.0%	11.5%	100.0%	12.8%
Lac	29.8%	0.0%	0.4%	25.5%	44.3%	100.0%	70.2%
Glâne	89.9%	0.0%	0.6%	1.9%	7.6%	100.0%	10.1%
Broye	80.5%	0.0%	0.8%	5.6%	13.2%	100.0%	19.5%
Veveyse	84.0%	0.0%	0.0%	3.3%	12.8%	100.0%	16.0%
Total patients FR	**69.4%**	**0.0%**	**0.4%**	**7.8%**	**22.4%**	**100.0%**	**30.6%**



5.5.2.6 Données financières

a. Comptabilité financière

Concernant la comptabilité financière, les données sont disponibles uniquement pour l'ensemble d'un établissement, sans distinction particulière entre les soins aigus et la réadaptation. Les données globales ont été présentées au chapitre consacré aux soins aigus (cf. chapitre 5.4.2.8).

b. Coût par jour selon la comptabilité analytique (en francs)

Le tableau ci-dessous montre les coûts par jour des différents centres de charges. Il s'agit des coûts complets par journée sans les investissements supérieurs à 3'000 francs.

		RHF - Fribourg	RHF – Châtel-St-Denis	RHF - Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez
Médecine A' / Gériatrie	2001	-	-	-	581	-
	2002	-	-	-	527	-
	2003	-	704	506	549	-
	2004	-	592	647	554	-
	2005	-	597	654	538	-
	2006	-	581	707	497	657
Réadaptation / Rhumatologie	2001	573 *	-	-	462	-
	2002	499 *	-	-	460	-
	2003	480 *	548 **		453	-
	2004	618 *	627 **		484	-
	2005	823	565 **	589	489	-
	2006	827	579 **	611	477	642
Soins palliatifs	2001	-	-	-	-	-
	2002	-	-	-	-	-
	2003	-	698	-	-	-
	2004	-	748	-	-	-
	2005	-	790	-	-	-
	2006	-	770	-	-	-
Neuroréhabilitation	2001	-	-	-	-	-
	2002	-	-	-	-	-
	2003	-	-	-	-	-
	2004	-	-	-	-	-
	2005	864	-	-	-	-
	2006	826	-	-	-	-

* y compris la neuroréhabilitation qui ne fait l'objet d'un centre de charges distinct que depuis 2005
** y compris la réadaptation respiratoire

Source : comptabilité analytique des hôpitaux

c. Tarifs de l'assurance obligatoire des soins

Les tarifs d'une même discipline sont très proches et ne varient guère d'un établissement à l'autre.

	RHF - Fribourg		RHF – Billens / Châtel-St-Denis		HIB – Estavayer-le-Lac		RHF - Tavel		RHF - Meyriez		Clinique Générale		Hôpital Daler	
	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)	2005 (2007)	2006 (2008)
Forfait par cas														
Neuroréhabilitation	1'498 (4'769)	1'805 (4'879)												
Rhumatologie	2'195 (2'239)	2'245 (2'446)												
Forfait par jour														
Pension + hôtellerie (supplément)	208 (234)	218 (239)												
Médecine A'			239 (245)	242 (251)	245 (240)	244 (219)			- (237)	238 (242)				
Réadaptation			194 (230)	212 (235)	214 (217)	214 (213)			- (188)	208 (192)				
Soins palliatifs			279 (300)	285 (307)										

5.5.2.7 Garantie des capacités à court terme et pérennité de la prise en charge

Le tableau ci-dessous présente une évaluation des risques liés à la garantie que peut donner chaque établissement pour offrir les prestations fixées par mandat sur le moyen et long terme. Ce risque dépend notamment de la nature juridique de l'établissement, de l'organe de décision et de l'implication de l'Etat dans le fonctionnement ou le financement de l'établissement.

	RHF - Fribourg	RHF – Châtel-St-Denis	RHF – Billens	HIB - Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez
Support juridique	Autonome de droit public	Autonome de droit public	Autonome de droit public	Société simple + convention intercantonale	Autonome de droit public
Organe de décision	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration	Conseil d'administration
Implication de l'Etat	Importante	Importante	Importante	Importante, en commun avec l'Etat de Vaud	Importante
-> Risque	***Nul***	***Nul***	***Nul***	***Faible***	***Nul***

Sur la base de ces critères et de l'expérience de ces dernières années, le risque de non garantie des capacités ou de pérennité de la prise en charge des prestations peut être considéré comme nul à faible pour les sites du RHF et celui du HIB. En outre, dans la mesure où les cantons de Fribourg et de Vaud aboutissent dans leur volonté commune de consolider le statut juridique de l'HIB, le risque présenté par l'HIB – Estavayer-le-Lac deviendrait également quasi nul.

5.5.3 Evaluation de l'offre et de la prise en charge extracantonale

Les établissements hors canton figurant actuellement sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg avec un mandat de prestation de réadaptation sont les suivants : la Berner Klinik à Montana et la Bethesda Klinik à Tschugg pour la réadaptation neurologique, la Clinique Le Noiremont (anciennement Centre Jurassien de réadaptation cardio-vasculaire) au Noiremont et le Berner Reha Zentrum à Heiligenschwendi pour la réadaptation cardiovasculaire, l'Institution de Lavigny à Lavigny et Bethesda Klinik à Tschugg pour les traitements d'épilepsie et le Centre paraplégique suisse à Nottwil pour les cas de paraplégie et tétraplégie. Tous ces établissements fournissent des soins spécialisés dans des domaines spécifiques. A titre préliminaire, il convient de mentionner que, sans indication particulière, les chiffres présentés ci-après concernent l'exercice 2005 et l'ensemble de l'activité des établissements (patients LAMal et non LAMal).

5.5.3.1 Champ d'activité et étendue des prestations

En matière de prise en charge de réadaptation hors canton, de nombreux patients choisissent de se faire traiter dans des cliniques privées par commodité personnelle. Ainsi, non seulement les cliniques bernoises ou vaudoises, mais également celles d'autres cantons prennent en charge un nombre non négligeable de cas.

	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Cas	6	4	-	-	-	163	86	23	128	11	349	770
Jours	338	247	-	-	-	4'127	1'762	410	3'141	224	9'540	19'789
DMS	56	62	-	-	-	25	20	18	25	20	27	254
Lits	1	1	0	0	0	13	5	1	10	1	29	60

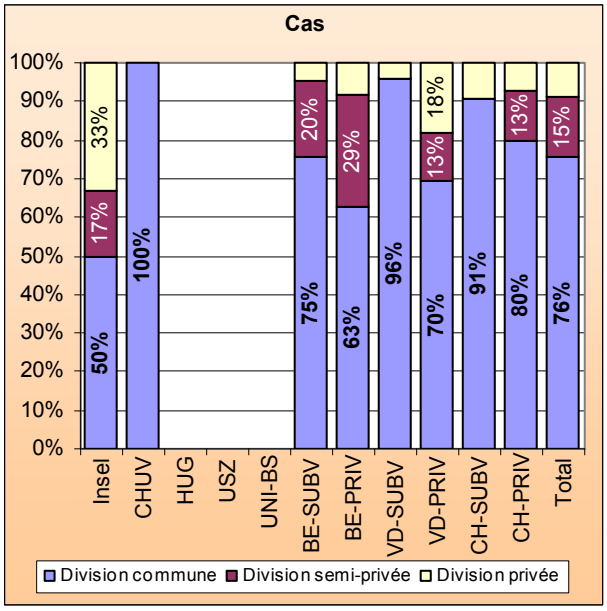
5.5.3.2 Types de prise en charge

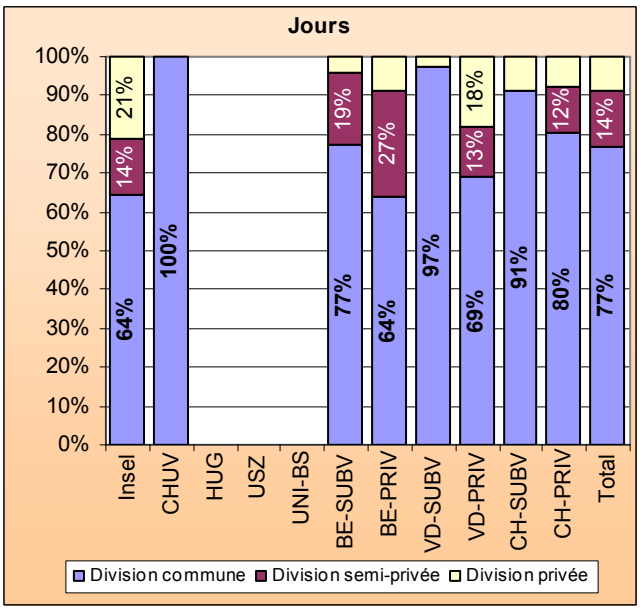
La majorité des séjours sont réalisés en division commune. Les établissements privées affichent néanmoins logiquement des taux d'hospitalisation en division semi-privée ou privée plus importantes que les hôpitaux subventionnés. Avec 3 patients, les proportions affichées par l'Inselspital ne sont pas représentatives.

a. Prise en charge selon la division

Cas	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Division commune	3	4	-	-	-	123	54	22	89	10	279	584
Division semi-privée	1	-	-	-	-	32	25	-	16	-	45	119
Division privée	2	-	-	-	-	8	7	1	23	1	25	67
Total	6	4	0	0	0	163	86	23	128	11	349	770

Jours	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Division commune	218	247	-	-	-	3'187	1'126	399	2'171	204	7'719	15'271
Division semi-privée	49	-	-	-	-	774	478	-	401	-	1'154	2'856
Division privée	71	-	-	-	-	166	158	11	569	20	747	1'742
Total	338	247	0	0	0	4'127	1'762	410	3'141	224	9'620	19'869



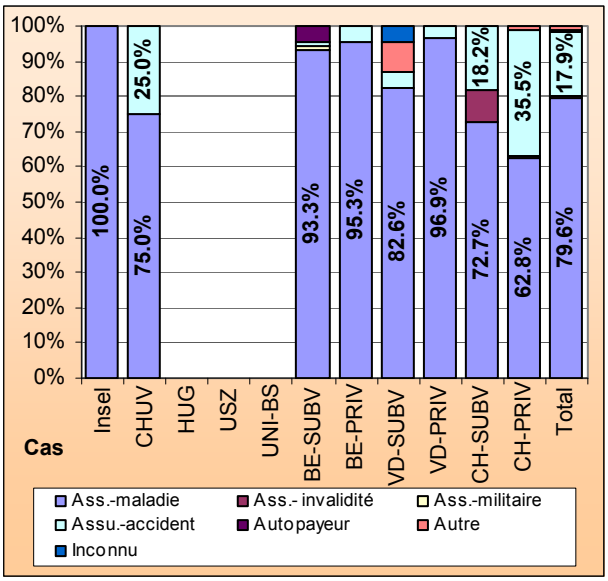


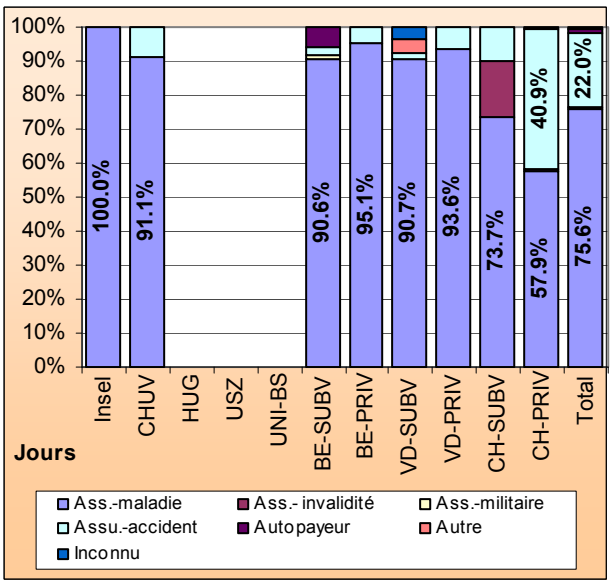
b. Prise en charge selon le garant

Les établissements du canton de Bern et du canton de Vaud ont une très faible part de patients ne relevant pas de l'assurance-maladie (< 10%). Les établissements des autres cantons présentent des taux supérieurs (entre 30 et 40% environ).

Cas	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Assurance-maladie	6	3	-	-	-	152	82	19	124	8	219	613
Assurance-invalidité	-	-	-	-	-	-	-	-		1	1	2
Assurance-militaire	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	3
Assurance-accident	-	1	-	-	-	2	4	1	4	2	124	138
Autopayeur	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-		7
Autre	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	4	6
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-		1
Total	6	4	0	0	0	163	86	23	128	11	349	770

Jours	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Assurance-maladie	338	225	-	-	-	3'740	1'676	372	2'941	165	5'569	15'026
Assurance-invalidité	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	19	55
Assurance-militaire	-	-	-	-	-	45	-	-	-	-	13	58
Assurance-accident	-	22	-	-	-	102	86	6	200	23	3'939	4'378
Autopayeur	-	-	-	-	-	240	-	-	-	-	-	240
Autre	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	80	98
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	14
Total	338	247	0	0	0	4'127	1'762	410	3'141	224	9'620	19'869

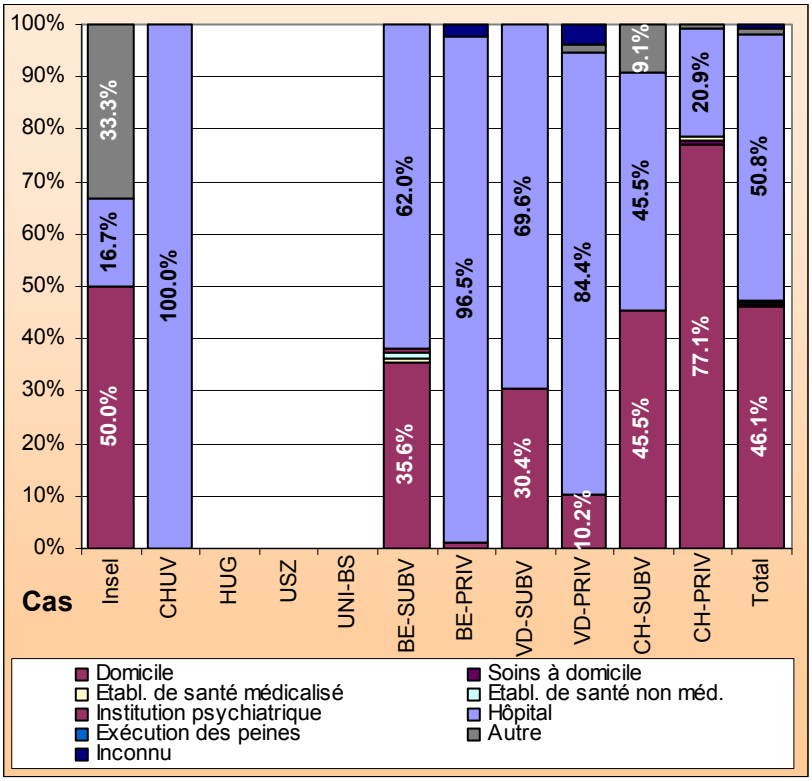




c. Prise en charge selon le séjour avant l'admission (cas)

Les séjours de réadaptation hors canton font la plupart du temps suite à un traitement préalable dans un autre établissement. Ceci est particulièrement marqué dans les établissements privés bernois (96.5%) et vaudois (84.4%).

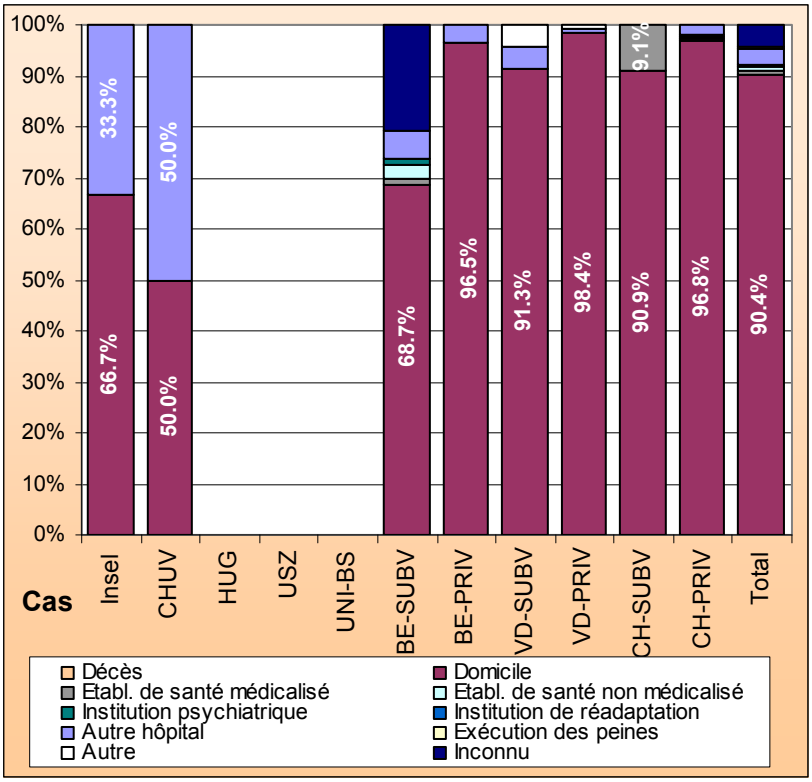
	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Domicile	3	-	-	-	-	58	-	7	13	5	269	355
Soins à domicile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
Etabl. de santé médicalisé	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	3
Etabl. de santé non médicalisé	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
Institution psychiatrique	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Hôpital	1	4	-	-	-	101	83	16	108	5	73	391
Exécution des peines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autre	2	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	7
Inconnu	-	-	-	-	-	-	2	-	5	-	-	7
Total	6	4	0	0	0	163	86	23	128	11	349	770



d. Prise en charge selon le séjour après la sortie (cas)

A la fin du traitement, la plupart des patients sont aptes à regagner leur domicile comme on peut s'y attendre. Les valeurs des hôpitaux universitaires avec moins de 10 patients ne sont pas relevantes.

	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Décès	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Domicile	4	2	-	-	-	112	83	21	126	10	338	696
Etabl. de santé médicalisé	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	4
Etabl. de santé non médicalisé	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	2	6
Institution psychiatrique	-	-	-	--	-	2	-	-	-	-		2
Institution de réadaptation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Autre hôpital	2	2	-	-	-	9	3	1	1	-	7	25
Exécution des peines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autre	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
Inconnu	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-	34
Total	6	4	0	0	0	163	86	23	128	11	349	770



5.5.4 Analyse détaillée des besoins, de l'offre et attribution des mandats de prestations

De manière générale, la plupart des traitements de réadaptation classique peuvent être pris en charge par les établissements du canton de Fribourg. Des activités spécialisées ne sont néanmoins pas couvertes par l'offre intracantonale. Il s'agit notamment de réadaptation spécialisée en

neurologie (système nerveux), en épileptologie et en maladies cardio-vasculaires.

Le tableau ci-dessous présente une synthèse de la prise en charge des patients fribourgeois de réadaptation par les hôpitaux intra-cantonaux et extra-cantonaux. Les cas sont regroupés selon les chapitres principaux de la codification internationale des diagnostics CIM/ICD10. La liste plus détaillée pour chaque diagnostic précis figure en annexe *(cf. ANNEXE 7 : cas par diagnostic principal : 2005).*

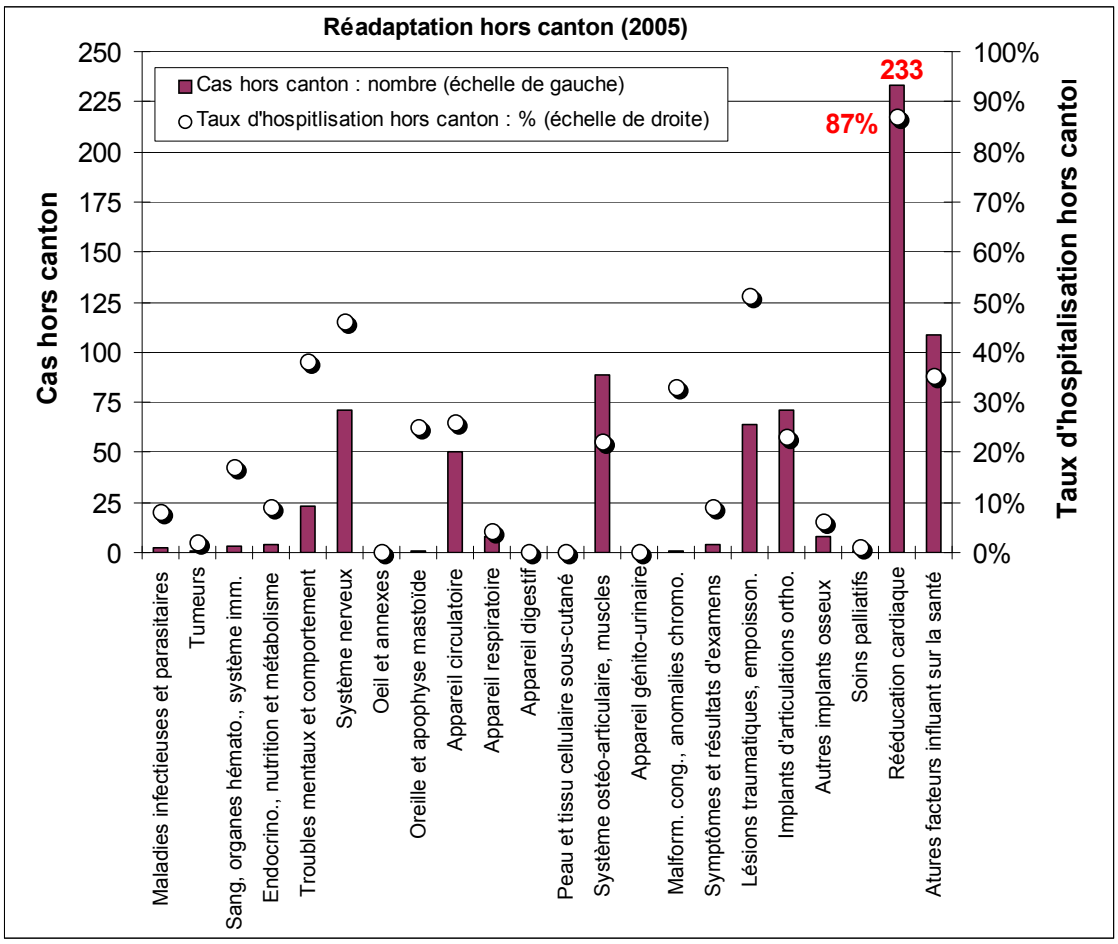
Synthèse de la prise en charge intracantonale et extracantonale en réadaptation (cas)

Description	RHF-Fribourg	RHF-Châtel-St-Denis/Billens	HIB-Estavayer-le-Lac	RHF-Meyriez	***Sous-total***	Insel	CHUV	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	***Sous-total***	***Total***	*Taux d'hosp. hors canton*
Inconnu	-	-	-	-	***-***	-	-	-	16	-	-	2	9	***27***	***27***	*100%*
Maladies infectieuses et parasitaires	1	19	2	-	***22***	-	-	1	-	-	-	-	1	***2***	***24***	*8%*
Tumeurs	1	45	8	-	***54***	-	-	1	-	-	-	-	-	***1***	***55***	*2%*
Sang, organes hématopoïétiques, système immunitaire	1	12	2	-	***15***	-	3	-	-	-	-	-	-	***3***	***18***	*17%*
Endocrinologie, nutrition et métabolisme	-	29	9	1	***39***	-	1	-	1	-	-	-	2	***4***	***43***	*9%*
Troubles mentaux et du comportement	3	27	2	5	***37***	-	-	15	-	3	-	-	5	***23***	***60***	*38%*
Système nerveux	7	58	18	2	85	-	-	38	-	2	7	1	23	71	156	46%
Oeil et annexes	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0%
Oreille et apophyse mastoïde	-	2	1	-	3	-	-	-	-	1	-	-	-	1	4	25%
Appareil circulatoire	2	103	32	9	146	5	-	21	6	1	-	-	17	50	196	26%
Appareil respiratoire	3	165	18	-	186	-	-	4	-	4	-	-	-	8	194	4%
Appareil digestif	2	19	4	1	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	0%
Peau et tissu cellulaire sous-cutané	2	6	4	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	0%
Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	216	82	9	4	311	-	-	8	-	2	19	2	58	89	400	22%
Appareil génito-urinaire	1	32	5	2	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	0%
Malformations congénitales, anomalies chromosomiques	-	2	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	1	3	33%
Symptômes et résultats anormaux d'examens	8	22	4	5	39	-	-	2	1	1	-	-	-	4	43	9%
Lésions traumatiques, empoissonnement, autres causes	6	34	15	7	62	1	-	2	4	1	6	2	48	64	126	51%
Présence d'implants d'articulations orthopédiques	-	159	75	-	234	-	-	7	49	4	-	-	11	71	305	23%
Présence d'autres implants osseux et tendineux	-	76	41	-	117	-	-	5	-	-	-	-	3	8	125	6%
Soins palliatifs	-	92	9	-	101	-	-	-	-	1	-	-	-	1	102	1%
Rééducation cardiaque	**-**	**21**	**14**	**-**	***35***	**-**	**-**	**36**	**-**	**-**	**95**	**1**	**101**	***233***	***268***	***87%***
Facteurs influant sur la santé, recours aux soins (autres)	1	175	26	-	*202*	-	-	22	9	3	1	3	71	*109*	*311*	*35%*
Total	254	1'180	299	36	***1'769***	6	4	163	86	23	128	11	349	***770***	***2'539***	*30%*

Si le volume de prestations est relativement faible en neurologie et très marginal en épileptologie, le nombre de cas concernés par une prise en charge en réadaptation cardiovasculaire stationnaire est quant à lui très important (233 cas) et mérite une attention particulière. En effet, cette seule

prestation représente1/3 de l'activité totale de réadaptation réalisée hors canton pour les patients fribourgeois.

La représentation graphique du tableau ci-dessous met en évidence une lacune de couverture des besoins pour la population fribourgeoise dans ce domaine au niveau intracantonal :



Comme le montre le tableau ci-dessous, quatre établissements se répartissent actuellement la prise en charge des cas de rééducation cardiaque des patients fribourgeois : le Centre jurassien de réadaptation du Noiremont (Jura), la Clinique la Lignière à Gland (Vaud), la Clinique Genolier (Vaud) et la Berner Reha Zentrum à Heiligenschwendi (Berne).

Cat.	Hôpital	Cas	Jours	DMS	Age moyen	Lits
CH-PRIV	CENTRE JURASSIEN DE READAPTATION	98	2'409	24.6	59.04	7.3
VD-PRIV	CLINIQUE LA LIGNIERE	52	1'287	24.8	60.60	3.9
VD-PRIV	CLINIQUE DE GENOLIERSA	43	1'047	24.3	61.37	3.2
BE-SUBV	BERNISCHE HOEHENKLINIK (Berner Reha Zentrum)	36	836	23.2	71.39	2.5
BE-PRIV	REHA-KLINIKHASLIBERGERHOF	2	41	20.5	62.00	0.1
CH-SUBV	LUZERNER HOEHENKLINIK MONTANA	1	20	20.0	77.00	0.1
CH-PRIV	KLINIK GAIS	1	20	20.0	59.00	0.1
	Total	233	5'660	24.3		17.2

Le besoin pour le canton se situe entre 18 et 20 lits.

Par ailleurs, selon les spécialistes, ce besoin sera sans cesse croissant en raison de l'augmentation prévisible du nombre de cas pour diverses raisons (vieillissement de la population, prévalence de l'insuffisance cardiaque, opérations de patients à risque toujours plus élevées, augmentation continuelle des co-morbidités et du risque global des opérés cardiaques, obésité et diabète) :

	Prévalence dans la population	Prévalence chez les hommes	Prévalence chez les femmes	Tendance	Remarque
Tabac	25-40%	> 40%	> 25%	à la hausse	à la hausse chez les jeunes
Sédentarité	35-50%	30%	> 50%	fortement à la hausse	chiffres sous-estimés
Taux de cholestérol total > 6.5 mmol/L	30-40%			à la hausse	plus de la moitié des cas ne sont pas médicalisés
Taux de cholestérol total > 5.2 mmol/L	60-80%			à la hausse	plus de la moitié des cas ne sont pas médicalisés
Indice de masse corporelle (BMI) > 25	25-50%	> 30%	> 20%	fortement à la hausse	chiffres sous-estimés
Alimentation non adaptée	30%	> 50%	25%	à la hausse	chiffres sous-estimés
Hypertension artérielle	10%			à la hausse	plus de la moitié des traitements sont insuffisants
Diabète	3%			à la hausse	plus de la moitié des cas ne sont pas médicalisés

Source : Symposium Cardiovavscular Prevention and Rehabilitation : Future Perspectives for Switzerland (Inselspital Bern, 27.09.2007)

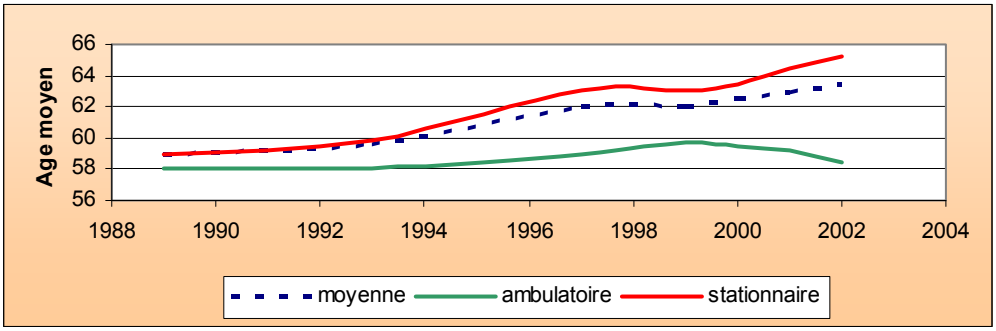
Par ailleurs, il faut rappeler que les affections cardio-vasculaires représentent aujourd'hui la cause la plus importante de décès en Suisse aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Le canton de Fribourg dispose d'un volume de patients suffisants pour prendre en charge ces prestations de manière rationnelle et qualitative, tout en améliorant la couverture des besoins, actuelle et à venir dans ce domaine, objectif premier de toute planification hospitalière.

Le tableau ci-dessous montre les éléments qui parlent plutôt en faveur d'un mode de traitement par rapport à un autre :

Réadaptation ambulatoire (25% à 30% des prises en charge)	**Réadaptation stationnaire** (70% -75% des prises en charge)
Cas non complexes	Cas plus complexes (évolution compliquée, importantes comorbidités, maladies associées)
Proximité du lieu d'habitation	Nécessité d'une prise en charge immédiate après l'événement aigu
Participation facilitée de l'entourage aux mesures de prévention	Capacité physique très réduite
Possibilités d'activités professionnelles à temps partiel en parallèle	Nécessité d'une surveillance médicale intensive
Prise en charge de plus longue durée (4 à 12 semaines)	Nécessité d'un encadrement médico-social important
	Nécessité d'un changement de cadre de vie
	Manque d'encadrement à domicile
	Durée d'hospitalisation en soins aigus raccourcie
	Prise en charge sur une période plus courte et plus concentrée (3 à 4 semaines)

Des études montrent par ailleurs que la réadaptation cardiovasculaire ambulatoire s'adresse à une population en moyenne plus jeune, comme l'illustre la représentation ci-dessous.



Pour être reconnu officiellement par le « Groupe suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire » (GSRC) de la société suisse de cardiologie, plusieurs critères de qualité doivent être remplis[34]. Ces exigences de qualité ont été définies pour la Suisse sur la base des recommandations internationales, adaptées aux conditions spécifiques de notre pays; la reconnaissance de la réadaptation cardio-vasculaire comme prestation thérapeutique à charge de l'assurance obligatoire

[34] Critères de qualité exigés pour les institutions officielles de réadaptation cardio-vasculaire reconnus par le groupe suisse de travail pour la réadaptation cardio-vasculaire de la société suisse de cardiologie (gsrc), version modifiée et acceptée par le plénum de la GSRC le 29.03.2001.

est subordonnée au respect de ces directives (selon OPAS, annexe 1, chap. 2.2.). Les principaux éléments sont les suivants :

- La direction médicale doit être placée sous la responsabilité d'un cardiologue avec expérience en réadaptation, régulièrement présent et dont le remplacement en cas d'absence est assuré. Il s'agit d'un poste fixe avec un engagement au taux d'activité minimum de 75%.

- En terme d'équipement, la structure doit disposer d'un équipement complet pour la réanimation, y compris un défibrillateur, d'un appareil ECG à trois ou six canaux, d'une place d'ergométrie avec cyclo-ergomètre ou tapis roulant, d'un écho-Doppler cardiaque et de télémétrie ou ECG de 24 heures.
- La prise en charge comprend un examen d'entrée (examen clinique général, test d'effort limité, bilan des facteurs de risques cardio-vasculaires) et un examen de sortie (auscultation cardio-pulmonaire, épreuve d'effort, bilan des facteurs de risques cardio-vasculaires). L'établissement doit en outre proposer un programme spécifique de réadaptation pour patients cardiaques à la phase précoce après un événement cardiaque aigu (infarctus du myocarde, PTCA, revascularisation chirurgicale, autres opérations cardiaques). Le programme spécifique de gymnastique médicale structurée doit comprendre les points suivants : animation par des thérapeutes formés ; exercice physique contrôlé et prescrit médicalement avec au minimum deux degrés de force ; 40 à 60 heures d'entraînement physique, dont 20-30 heures d'entraînement dynamique en endurance pour un programme stationnaire ; enseignement des maladies cardio-vasculaires, des facteurs de risque et de leur traitement, sous forme d'un minimum de 10 cours structurés et de 4 entretiens individuels ; au minimum 8 cours sur des techniques de relaxation et de gestion du stress, ainsi que des conseils diététiques sous forme d'entretiens individuels par une diététicienne diplômée.
- Pour un centre de réadaptation cardio-vasculaire stationnaire, le nombre minimal de patients est de 200 par an. Une admission provisoire dans le répertoire des institutions reconnues par le GSRC peut être accordée à des programmes de réadaptation nouvellement créés, même s'ils n'obtiennent pas encore le nombre requis de patients. Ils seront mentionnés dans le répertoire comme programmes "en développement". Le nombre annuel de patients exigé devra cependant être atteint dans un délai de deux ans.

Compte tenu du nombre de patients concernés dans le canton de Fribourg, un centre de compétence cantonal au RHF-Billens, qui prendrait en charge aussi bien les patients nécessitant une prise en charge ambulatoire que ceux nécessitant un traitement stationnaire dans ce domaine remplirait incontestablement les conditions pour une reconnaissance officielle.

Une réadaptation cardiovasculaire est notamment indiquée dans les situations suivantes : après un événement cardiaque aigu : infarctus, syndrome coronarien aigu avec ou sans angioplastie coronarienne ; lors de maladie coronarienne aiguë stable avec ou sans intervention antérieure par cathétérisme; près opération sur le cœur ou les vaisseaux ; pour la prise en charge de multiples facteurs de risques cardiovasculaires (par ex. syndrome métabolique avec ou sans maladie cardiaque chronique) ; pour d'autres maladies cardiovasculaires dont l'évolution est favorablement influencée par une réadaptation (par ex. insuffisance cardiaque).

A titre comparatif, le canton du Valais dont la taille de la population est comparable à celle du canton de Fribourg offre également une prise en charge intracantonale de réadaptation cardio-vasculaire pour leurs patients. Ainsi, 10 à 15 lits en moyenne sont occupés quotidiennement par des patients en réadaptation cardiaque au Centre valaisan de pneumologie à Montana (appartenant au Réseau santé Valais). Ce centre est reconnu par le GSRC.

Par ailleurs, l'attribution de cette mission cantonale au RHF-Billens s'inscrit tout à fait dans les objectifs de dépassement des limites administratives du district et d'amélioration du taux de prise en charge intracantonale. La planification confère ainsi une mission à vocation cantonale sur chacun des sites existants en complément aux activités de réadaptation « classique » ou de suites de traitement et gériatrie.

Le coût d'un traitement de réadaptation cardio-vasculaire stationnaire s'élève actuellement entre environ Fr. 300.- et Fr. 500.- par jour selon les établissements[35]. On peut ainsi estimer à environ 2 millions de francs le coût total de ces traitements pour les patients fribourgeois les prestations pourront être offertes à un coût d'exploitation journalier semblable à celui des autres établissements hors canton. En effet, le regroupement des activités de réadaptation générale, de réadaptation cardio-vasculaire (ambulatoire et stationnaire) et de rééducation respiratoire permet de dégager d'importantes synergies puisqu'un certain nombre de prestations fournies sont semblables dans ces différentes activités. Il est important de relever que suite aux investissements déjà consentis par décret du Grand Conseil pour la rénovation du site du RHF-Billens, cet hôpital offrira dès l'automne 2008 (date prévisible de la fin des travaux) des locaux et des équipements spécifiques pour les activités de réadaptation générale et de réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire. La réadaptation cardiovasculaire stationnaire pourra donc bénéficier de ces mêmes équipements déjà à disposition. Par ailleurs, des synergies supplémentaires peuvent également se créer entre établissements de soins aigus et de réadaptation pour la discipline de cardiologie. Ainsi, un transfert direct depuis le service de chirurgie ou de cardiologie interventionnelle du RHF-Fribourg vers le

[35] Taxes journalières des hôpitaux, édition : mars 2007, Abteilung Tarife und Preise, santésuisse

centre de réadaptation stationnaire du RHF-Billens permettra de raccourcir le séjour en hôpital de soins aigu dans de nombreux cas et de contribuer à diminuer les coûts, même si la jurisprudence précise que le critère financier n'est pas déterminant dans le cadre de l'attribution d'un mandat de prestations à un établissement intracantonal plutôt qu'à un établissement situé hors canton. Le développement de cette activité, dont le besoin est clairement avéré, s'inscrit dans un contexte global tout à fait cohérent.

Le potentiel de patients traités pourrait éventuellement être encore plus important après l'introduction de la liberté de choix de l'hôpital dans le cadre de la révision LAMal en cours, puisque les patients vaudois de la Broye n'ont pas d'infrastructure de ce type à proximité.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Pour garantir une prise en charge adéquate en matière de couverture des besoins de réadaptation cardio-vasculaire, les traitements sont réalisés au RHF-Billens pour les patients de l'ensemble du canton (mission cantonale). Les prestations doivent être fournies dans les deux langues officielles du canton.

Dans le domaine des soins non aigus, d'autres mesures de réorganisation de l'offre s'avèrent également judicieuses. En effet, l'objectif d'attribuer des mandats différenciés aux différents sites ne vaut pas que pour le domaine des soins somatiques aigus. Par ailleurs, le regroupement de certaines activités spécifiques entre elles permet de dégager des synergies et d'utiliser ainsi de manière optimale des ressources à disposition. En plus de ces éléments, il est souhaitable, dans la mesure du possible et des infrastructures disponibles, de garantir également une prise en charge de proximité.

Décision concernant la prise en charge future des prestations :

Les prestations de rééducation respiratoire (mission cantonale) fournies actuellement au RHF - Châtel-St-Denis sont regroupées avec les prestations de réadaptation cardio-vasculaire au RHF-Billens.

Le RHF-Billens se concentre exclusivement sur des prestations de réadaptation et devient ainsi l'un des sites de référence du canton en la matière. Les prestations de suite de traitement et de gériatrie sont prises en charge par le RHF - Châtel-St-Denis qui maintient par ailleurs ses prestations de réadaptation classique et ses soins palliatifs, mission à vocation cantonale.

Afin de répondre aux besoins de la population germanophone ainsi que pour contribuer à desservir la région du centre du canton, le RHF-Meyriez offre également des prestations spécialisées en soins

palliatifs, mission à vocation cantonale. En outre, les prestations de neuroréhabilitation sont transférées du RHF-Fribourg au RHF-Meyriez (mission à vocation cantonale), tandis que la phase aiguë du traitement est maintenue au RHF-Fribourg. Les prestations de réadaptation classique, de suite de traitement et de gériatrie sont maintenues au RHF-Meyriez et au HIB-Estavayer-le-Lac.

Les prestations relatives aux missions cantonales doivent être fournies dans les deux langues officielles du canton, néanmoins les soins palliatifs au RHF – Châtel-St-Denis peuvent être fournies qu'en français compte tenu du mandat de prestations bilingue de soins palliatifs au RHF-Meyriez.

Concernant les prestations d'alcoologie qui peuvent toucher autant le domaine psychiatrique que somatique, aucun mandat spécifique n'est attribué à un site hospitalier. En effet, en raison de la mise en place récente des deux nouveaux réseaux, soit le 1er janvier 2007 pour le réseau somatique et le 1er janvier 2008 pour le réseau de soins en santé mentale, une analyse conjointe et coordonnée entre ces deux organismes est souhaitée pour déterminer quel sera l'établissement le plus approprié pour la prise en charge à l'avenir des cas d'alcoologie.

5.5.5 Mandats de prestations

Conformément à l'article 39 LAMal, le canton de Fribourg entend répondre à la couverture des besoins en soins de réadaptation en attribuant aux différents sites hospitaliers les mandats par discipline suivants (en vert : octroi d'un mandat, en rouge : pas de mandat LAMal) :

	RHF – Châtel-St-Denis	RHF – Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez
Réadaptation				
Médecine interne : suite de traitement				
Médecine interne : gériatrie				
Neuroréhabilitation				Cantonal
Réadaptation cardio-vasculaire		Cantonal		
Rééducation respiratoire		Cantonal		
Soins palliatifs	Cantonal			Cantonal

5.5.6 Attribution des capacités pour répondre aux mandats de prestations

Conformément à la jurisprudence, le canton doit également attribuer les capacités aux établissements d'une part pour garantir une prise en charge suffisante des patients dans les différentes disciplines et d'autre part pour éviter la création de surcapacités hospitalières. Il n'est néanmoins pas nécessaire d'attribuer des capacités précises pour chacune des disciplines, mais de manière générale pour l'ensemble de l'établissement. Les prévisions brutes indiquent les capacités suivantes pour la couverture des besoins :

		Total hôpitaux FR
2008	Lits totaux	118
2010	Lits totaux	123
2015	Lits totaux	135
2020	Lits totaux	150

Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte d'un certain nombre de réajustements en fonction des éléments expliqués ci-avant au chapitre 5.6, auxquels s'ajoutent 19 lits pour la nouvelle activité de réadaptation cardiovasculaire au RHF-Billens et 2 lits au RHF-Châtel-St-Denis (pour 2008) :

	Total hôpitaux FR
Rhumatologie et médecine physique classifiés en soins aigus *	- 15
Transfert lits en réadaptation au RHF- Meyriez	+ 13
Transfert lits en soins palliatifs au RHF-Meyriez	+ 8
Transfert lits de neuroréhabilitation au RHF-Meyriez	+ 10
Nouvelle activité (réadaptation cardio-vasculaire)	+ 19
Correction totale	+ 35

* selon les prévisions : + 15 lits en 2010, +17 lits en 2015 et + 19 lits en 2020

Le nombre de lits résultant de la prise en compte de ces différents éléments pour couvrir les besoins de la population conformément à l'attribution des mandats définie précédemment pour chaque site est le suivant :

		RHF – Châtel-St-Denis	RHF – Billens	HIB – Estavayer-le-Lac	RHF - Meyriez	Total
2008	Lits totaux	45	45	22	43	**155**
2010	Lits totaux	46	45	23	44	**158**
2015	Lits totaux	50	45	25	48	**168**
2020	Lits totaux	55	45	27	54	**181**
2008	*dont lits totaux LAMal*	*42*	*42*	*21*	*41*	*146*
2010	*dont lits totaux LAMal*	*43*	*42*	*22*	*42*	*149*
2015	*dont lits totaux LAMal*	*47*	*42*	*23*	*46*	*158*
2020	*dont lits totaux LAMal*	*52*	*42*	*25*	*51*	*171*

Le nombre total de lits s'écarte donc logiquement des prévisions brutes calculées au chapitre 5.5.1 qui ne tiennent pas compte des changements de mode de prise en charge (transfert de soins aigus en soins de suite de traitement, suppression de prestations intracantonales ou développement de prestations).

5.6 Planification des soins psychiatriques

Le présent chapitre est consacré à la planification des soins psychiatriques. Les besoins futurs dans le domaine ont été établis en tenant compte de l'évolution de la population. La méthode est semblable à celle retenue pour les soins aigus à l'exception de la prise en compte d'une modification des durées moyennes de séjour.

5.6.1 Besoins en lits

a. Durée moyenne de séjour

Compte tenu de l'hétérogénéité des cas et des durées de séjour en matière de psychiatrie, les valeurs 2005 sont maintenues.

Les résultats de l'analyse, en terme de cas et de journées d'hospitalisation prévues pour le scénario de population « centre » retenu dans le présent rapport sont présentés ci-dessous.

- Evolution des journées d'hospitalisations de 2005 à 2020

	Toutes les hospitalisations						*dont hospitalisations LAMal*					
	Cas			Journées			*Cas*			*Journées*		
	FR	Non FR	Hors FR	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	1'587	46	179	71'716	785	7'100	*1'587*	*46*	*167*	*71'716*	*785*	*6'823*
2006	1'608	46	181	72'818	786	7'215	*1'608*	*46*	*169*	*72'818*	*786*	*6'932*
2007	1'631	46	183	74'211	779	7'336	*1'631*	*46*	*171*	*74'211*	*779*	*7'055*
2008	1'649	47	187	75'056	779	7'487	*1'649*	*47*	*175*	*75'056*	*779*	*7'194*
2009	1'667	47	190	76'005	774	7'587	*1'667*	*47*	*178*	*76'005*	*774*	*7'286*
2010	1'684	47	192	76'777	770	7'663	*1'684*	*47*	*180*	*76'777*	*770*	*7'354*
2011	1'699	47	195	77'722	772	7'766	*1'699*	*47*	*182*	*77'722*	*772*	*7'452*
2012	1'711	47	197	78'560	766	7'879	*1'711*	*47*	*184*	*78'560*	*766*	*7'565*
2013	1'720	47	199	79'191	765	7'939	*1'720*	*47*	*186*	*79'191*	*765*	*7'618*
2014	1'730	47	201	79'749	764	8'003	*1'730*	*47*	*187*	*79'749*	*764*	*7'673*
2015	1'740	47	202	80'699	766	8'041	*1'740*	*47*	*188*	*80'699*	*766*	*7'700*
2016	1'746	47	204	81'615	766	8'108	*1'746*	*47*	*190*	*81'615*	*766*	*7'771*
2017	1'753	47	204	82'392	770	8'111	*1'753*	*47*	*191*	*82'392*	*770*	*7'762*
2018	1'760	47	206	83'099	778	8'146	*1'760*	*47*	*192*	*83'099*	*778*	*7'795*
2019	1'766	47	206	83'839	786	8'183	*1'766*	*47*	*193*	*83'839*	*786*	*7'823*
2020	1'774	47	207	84'750	786	8'201	*1'774*	*47*	*193*	*84'750*	*786*	*7'841*

b. Taux d'occupation normatif des lits

En appliquant à ces journées un taux d'occupation normatifs des lits, on obtient les mêmes prévisions exprimées en terme de lits nécessaires pour la prise en charge des patients.

En ce qui concerne la psychiatrie un taux d'occupation de 90% est admis par la jurisprudence du Conseil fédéral. Néanmoins, un taux d'occupation plus élevé, soit de 95%, est retenu dans le présent

rapport de planification dans le contexte de la mise en œuvre du nouveau Réseau fribourgeois de soins en santé mentale qui doit privilégier une prise en charge des patients par des structures ambulatoires ou intermédiaires. Le développement de nouvelles capacités hospitalières pour une prise en charge stationnaire doit en effet être limité. Ainsi, la prévision de besoins en lits est la suivante :

- Evolution des besoins en lits de 2005 à 2020

	Toutes les hospitalisations			*dont hospitalisations LAMal*		
	Lits			*Lits*		
	FR	Non FR	Hors FR	*FR*	*Non FR*	*Hors FR*
2005	207	2	20	207	2	20
2006	210	2	21	210	2	20
2007	214	2	21	214	2	20
2008	216	2	22	216	2	21
2009	219	2	22	219	2	21
2010	221	2	22	221	2	21
2011	224	2	22	224	2	21
2012	227	2	23	227	2	22
2013	228	2	23	228	2	22
2014	230	2	23	230	2	22
2015	233	2	23	233	2	22
2016	235	2	23	235	2	22
2017	238	2	23	238	2	22
2018	240	2	23	240	2	22
2019	242	2	24	242	2	23
2020	244	2	24	244	2	23

La prise en charge psychiatrique intracantonale (patients FR et patients non FR ci-dessus) concerne exclusivement des patients LAMal, ce qui explique que le résultat est identique pour le total des hospitalisations (colonne de gauche) et les hospitalisations LAMal uniquement (colonne de droite).

c. Prise en compte des flux de patients

Conformément à la jurisprudence du Conseil fédéral, il y a lieu de tenir compte des flux de patients dans le cadre de la planification hospitalière.

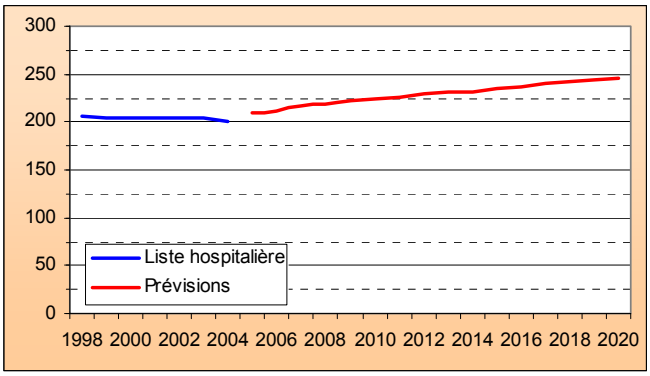
C'est pourquoi, une distinction est réalisée entre les patients fribourgeois et non fribourgeois ainsi qu'entre les séjours hospitaliers intra- et extra-cantonaux.

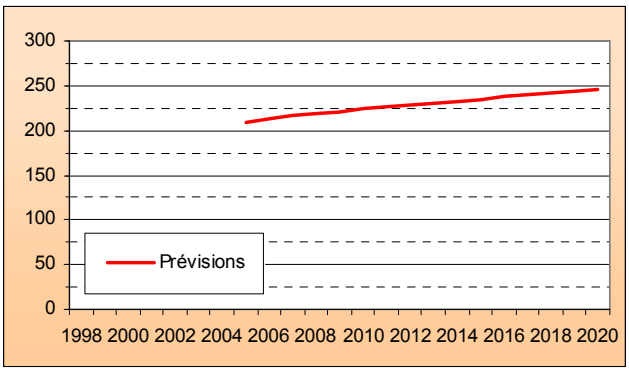
Ainsi, pour prévoir les capacités hospitalières des hôpitaux fribourgeois, sont pris en compte uniquement les patients fribourgeois et non fribourgeois dans les hôpitaux du canton. Les patients fribourgeois hors canton ne peuvent pas être inclus dans l'évaluation des besoins en lits des hôpitaux fribourgeois, à moins que des modifications de flux soient attendues ou prévues (ex. développement ou suppression de prestations dans le canton, accueil de nouveaux patients extracantonaux selon accords particuliers, etc.).

Sur cette base, avec le maintien des flux de patients actuels, le besoin en lits dans les hôpitaux fribourgeois jusqu'en 2020 évolue comme suit :

- Evolution des besoins en lits dans les hôpitaux du canton de Fribourg de 2005 à 2020

	Toutes les hospitalisations (FR + Non FR)	*dont hospitalisations LAMal (FR + Non FR)*
	Liste hospitalière	
1998	206	
1999	204	
2000	204	
2001	204	
2002	204	
2003	204	
2004	200	
	Lits	*Lits*
2005	209	*209*
2006	212	*212*
2007	216	*216*
2008	219	*219*
2009	221	*221*
2010	224	*224*
2011	226	*226*
2012	229	*229*
2013	231	*231*
2014	232	*232*
2015	235	*235*
2016	238	*238*
2017	240	*240*
2018	242	*242*
2019	244	*244*
2020	247	*247*





d. Résultat

Les résultats montrent que les besoins en lits seront plus importants à l'avenir compte tenu de la croissance et du vieillissement de la population. Il a lieu de préciser qu'il s'agit de prévisions brutes qui ne tiennent pas encore compte d'éventuelles propositions de transfert de la prise en charge par

exemple vers des structures intermédiaires ou en ambulatoire. Un accent particulier sur la mise en place de telles structures et sur un tel mode de prise en charge est inscrit dans la loi la loi du 5 octobre 2006 sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM) qui entrera en vigueur le 1er janvier 2008. De plus, il faut également préciser concernant l'écart constaté entre le nombre de lits mentionné sur l'actuelle liste des hôpitaux et la situation de départ 2005 des prévisions qu'environ 5'790 journées, correspondant à 18 lits, concernent des journées réalisées sur les périodes antérieures à 2004 pour des patients sortis en 2005 (cf. chapitre 5.1, définitions OFS des cas A, B et C de la statistique médicale). Ces lits devront donc être retranchés de ces prévisions.

5.6.2 Evaluation de l'offre et de la prise en charge intracantonale

Les établissements figurant actuellement sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg avec un mandat de prestation pour les soins psychiatriques sont l'Hôpital de Marsens et le RHF-Meyriez. Dans les faits, seul l'Hôpital de Marsens offre des prestations. Compte tenu du fait que seul un établissement prend en charge des patients en psychiatrie et que par ailleurs la prise en charge hors canton est marginale, l'analyse présentée dans ce chapitre est relativement succincte. Ceci ne remet nullement en cause l'importance et la qualité des soins fournis dans ce domaine, mais les choix de planification sont plus aisés dans ce contexte. A titre préliminaire, il convient de mentionner que, sans indication particulière, les chiffres présentés ci-après concernent l'exercice 2005 et l'ensemble de l'activité des établissements (patients LAMal et non LAMal).

5.6.2.1 Infrastructures et équipements

L'activité de l'Hôpital de Marsens est actuellement concentrée sur un seul site. Néanmoins, avec l'adoption par le Grand Conseil de la nouvelle loi sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM), une nouvelle organisation verra donc le jour en matière de prise en charge psychiatrique. Un changement majeur réside dans le fait que la prise en charge s'articulera désormais autour du patient et non plus autour du prestataire de soins. Des « chaînes de soins » seront ainsi créées selon les différentes catégories d'âge des patients : psychiatrie juvénile et des adolescents, psychiatrie adulte et psychiatrie de la personne âgée. Une étroite coordination devra être développée entre les instances cantonales actuellement existantes (Hôpital de Marsens, Centre psycho-social, Service cantonal de pédopsychiatrie) pour in fine s'organiser en chaîne de soins regroupant les différents modes de prise en charge (stationnaire, ambulatoire). Dans la mesure du possible, des antennes ambulatoires prendront en charge les patients tandis que les cas nécessitant une hospitalisation seront encore pris en charge sur le site de Marsens. Des structures intermédiaires devraient également voir le jour, ce qui laisse supposer qu'une partie de la prise en charge stationnaire actuelle pourra être transférée vers ces structures « allégées », voire vers une prise en charge

ambulatoire. Ces mécanismes et collaboration doivent néanmoins encore être mis en place.

5.6.2.2 Champ d'activité et étendue des prestations

Les données issues de la statistique médicale indiquent la prise en charge de 1'633 patients pour 66'715 journées (en tenant compte de la correction initiale apportée, qui retranche les journées comptabilisées sur la période antérieure à 2004. Voir les explications détaillées au chapitre consacré aux définitions).

	Marsens
Cas	1'633
Jours	66'715
DMS	40.9
Lits	203

Il est à relever que, malgré cette correction, la statistique administrative de l'établissement indique un nombre de cas et de journées différentes (1639 cas et 68'741 journées pour une DMS de 41.9). Ce sont néanmoins les données brutes de la statistique médicale qui ont été utilisées pour établir les prévisions étant donné que la méthode d'évolution des besoins futurs se base sur l'âge des patients et l'évolution de la population par âge. Or, les données d'âge doivent être connues pour chaque patient et la statistique administrative n'en fait évidemment pas état puisqu'elle ne fait que totaliser l'ensemble de cas et journées réalisées sur l'année sans données détaillées sur les patients.

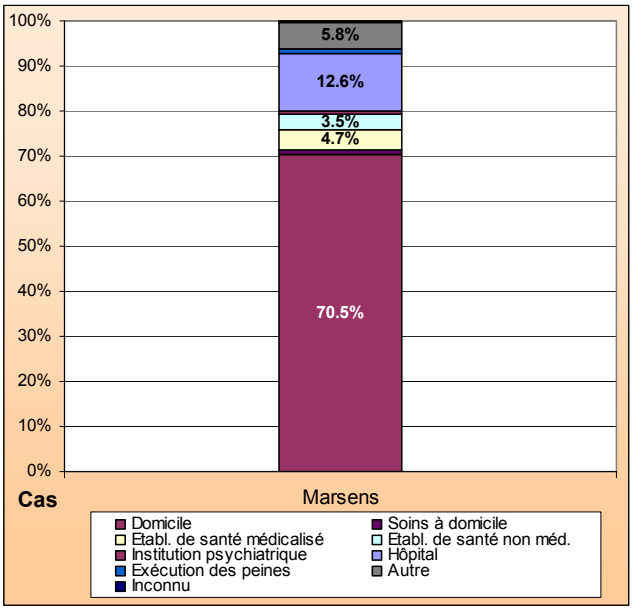
5.6.2.3 Types de prise en charge

La prise en charge selon la division (commune, semi-privée ou privée) et selon le garant (assurance-maladie, assurance-accident, etc.) ne fournissent pas d'informations déterminantes en matière de soins psychiatriques. En effet, les séjours concernent presque exclusivement la division commune relevant de l'assurance obligatoire des soins.

a. Prise en charge selon le séjour avant l'admission (cas)

En matière de soins psychiatriques stationnaires, on relève que près de 70% des patients « seulement » sont admis directement en provenance de leur domicile. 12.6% sont transférés en provenance d'un autre établissement hospitalier de soins aigus notamment. 4.7% sont issus d'un établissement de santé médicalisé (EMS) et 3.5% d'un établissement de santé non médicalisé.

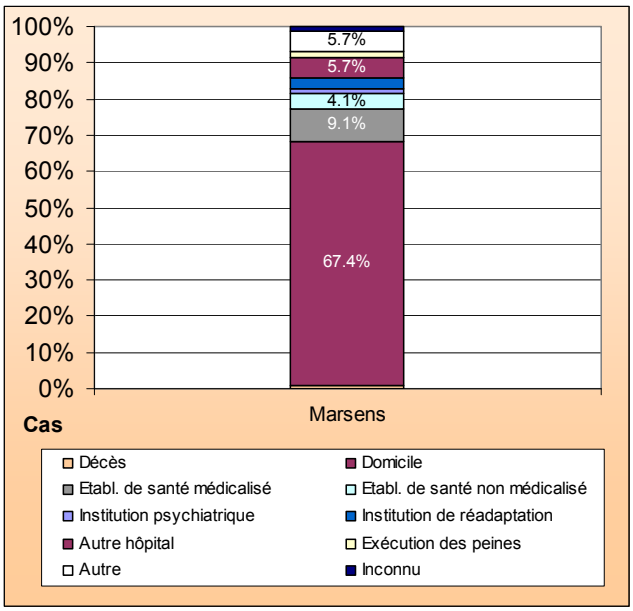
	Marsens
Domicile	1'151
Soins à domicile	12
Etabl. de santé médicalisé	77
Etabl. de santé non médicalisé	57
Institution psychiatrique	11
Hôpital	205
Exécution des peines	17
Autre	95
Inconnu	8
Total	1'633



b. Prise en charge selon le séjour après la sortie (cas)

Après leur séjour hospitalier, « seulement » 67.4% des patients retournent à domicile. Un peu moins de 10% est transféré dans un établissement de santé médicalisé (EMS), 5.7% dans un autre hôpital et 3.1% dans une institution de réadaptation.

	Marsens
Décès	14
Domicile	1'101
Etabl. de santé médicalisé	149
Etabl. de santé non médicalisé	67
Institution psychiatrique	22
Institution de réadaptation	50
Autre hôpital	93
Exécution des peines	23
Autre	93
Inconnu	21
Total	1'633

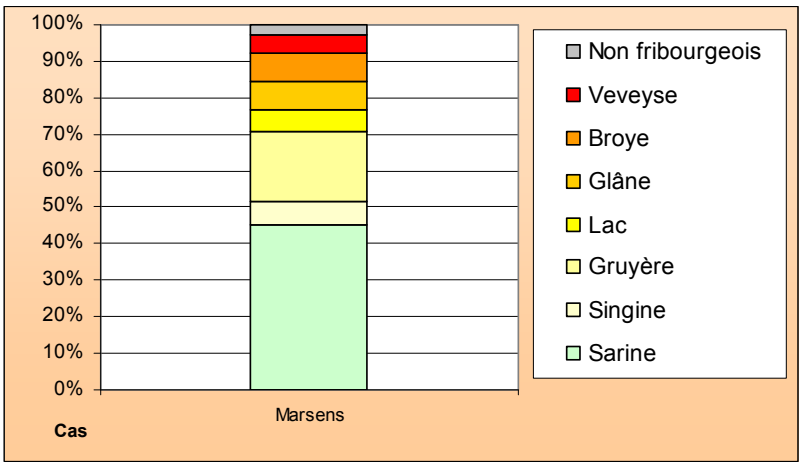


5.6.2.4 Force d'attraction (provenance et destination des patients)

a. Prise en charge par hôpital selon la provenance des patients (cas)

En tant qu'unique site de traitement stationnaire pour le canton, il est logique que l'Hôpital de Marsens traite des patients en provenance de tous les districts.

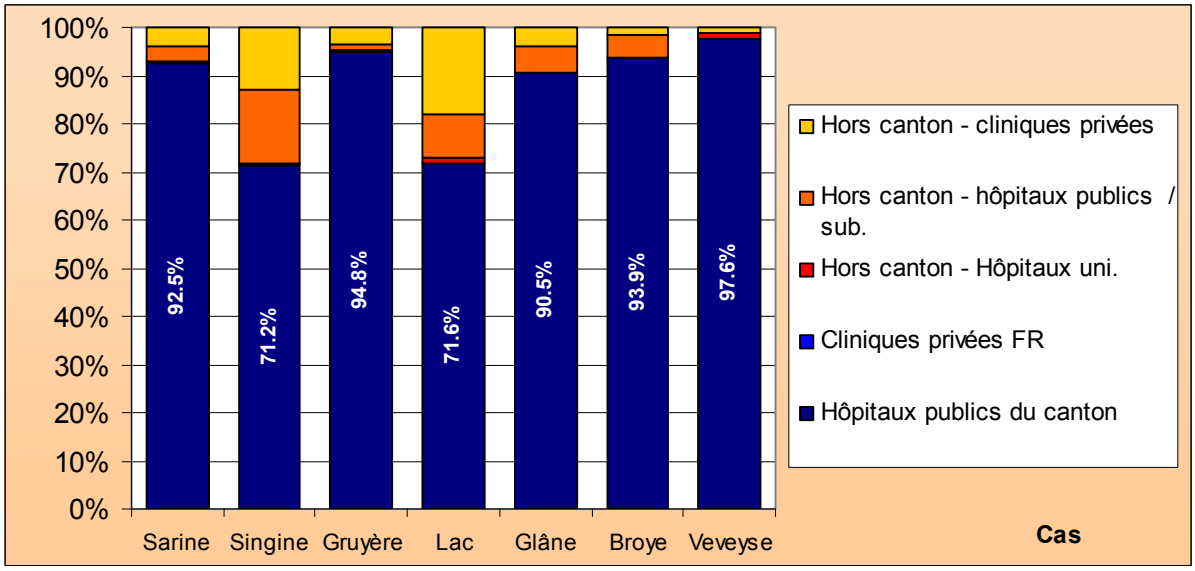
	Marsens
Sarine	45.4%
Singine	6.1%
Gruyère	19.2%
Lac	5.9%
Glâne	8.1%
Broye	7.5%
Veveyse	5.0%
Non fribourgeois	2.8%
Total par hôpital	**100.0%**



b. Prise en charge de la population du district selon l'hôpital de destination (cas)

Pour les districts de la Sarine, de la Gruyère, de la Glâne, de la Broye et de la Veveyse, plus de 90% des traitements de la population sont réalisés à l'Hôpital de Marsens. Ce taux est également relativement élevé pour les districts de la Singine et du Lac, puisqu'il se situe à plus de 70%. Ces chiffres témoignent d'une prise en charge bilingue adéquate pour répondre à la couverture des besoins de l'ensemble de la population du canton.

	Traitement intracantonal		Traitement hors canton			Total	*dont patients hors canton*
	Hôpitaux publics du canton	Cliniques privées FR	Hors canton - Hôpitaux uni.	Hors canton - hôpitaux publics / sub.	Hors canton - cliniques privées		
Sarine	92.5%	0.0%	0.5%	3.2%	3.7%	100.0%	7.5%
Singine	71.2%	0.0%	0.7%	15.1%	12.9%	100.0%	28.8%
Gruyère	94.8%	0.0%	0.3%	1.5%	3.3%	100.0%	5.2%
Lac	71.6%	0.0%	1.5%	9.0%	17.9%	100.0%	28.4%
Glâne	90.5%	0.0%	0.0%	5.4%	4.1%	100.0%	9.5%
Broye	93.9%	0.0%	0.0%	4.6%	1.5%	100.0%	6.1%
Veveyse	97.6%	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%	100.0%	2.4%
Total patients FR	**89.9%**	**0.0%**	**0.5%**	**4.4%**	**5.2%**	**100.0%**	**10.1%**



5.6.2.5 Personnel

a. Equivalent plein temps selon catégorie de personnel (tout l'hôpital)

L'Hôpital de Marsens emploie plus de 300 équivalents plein-temps (y compris les activités annexes).

	Marsens	
	2005	2006
Méd. et autres uni.	26.1	27.5
Pers. soins	166.8	164.5
Pers. autre disc. méd.	20.9	23.6
Pers. admin.	18.0	23.9
Pers. économat	64.2	42.5
Pers. serv. technique	24.3	23.3
Autres, inconnus	-	-
Total pers.	320.2	305.3

Source : statistique administrative OFS 2005

La proportion de médecins et autre personnel universitaire (8-9%) ainsi que la proportion de personnel d'autres disciplines médicales (7-8%) est sensiblement inférieure à celle enregistrée dans les hôpitaux de soins somatiques qui offrent des prestations plus « techniques » (respectivement 15% et 25% environ). Quant au personnel de soins, il représente plus de la moitié de l'effectif en psychiatrie contre environ 35% en soins somatiques.

	Marsens	
	2005	2006
Méd. et autres uni.	8%	9%
Pers. soins	52%	54%
Pers. autre disc. Méd.	7%	8%
Pers. admin.	6%	8%
Pers. économat	20%	14%
Pers. serv. technique	8%	8%
Autres, inconnus	-	-
Total pers.	100%	100%

b. Charge par équivalent plein temps selon les catégories de personnel (tout l'hôpital, sans charges sociales, en francs)

Les charges moyennes par équivalent plein temps ne laissent pas apparaître d'écarts notoires avec les établissement de soins somatiques.

	Marsens	
	2005	2006
Médecins et autres univ.	115'466	120'142
Pers. soins	79'245	80'359
Pers. autres discip. méd.	90'500	90'183
Pers. admin.	77'738	68'590
Personnel économat	41'643	63'860
Pers. serv. technique	77'148	71'477
Autres, inconnus	-	-
Total personnel	75'147	80'809

5.6.2.6 Lieu de formation

Pour garantir à long terme le bon fonctionnement du système hospitalier, il est essentiel d'une part de disposer de personnel qualifié et d'autre part d'assurer la relève pour éviter les pénuries de personnel future redoutées. Dans ce cadre, l'Hôpital de Marsens joue un rôle fondamental, non seulement concernant le personnel soignant, mais également les médecins ; ce rôle sera ensuite repris par le Réseau fribourgeois de soins en santé mentale.

Selon la conception détaillée de la statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique, le tableau ci-dessous montre le niveau de reconnaissance pour la formation postgraduée reconnu par la FMH (par ordre d' « importance » de A à C)

	Marsens
Psychiatrie et psychothérapie	A

5.6.2.7 Données financières

a. Comptabilité financière (en milliers de francs)

	Marsens	
	2005	2006
Méd. et autres uni.	3'013	3'305
Pers. soins	13'216	13'218
Pers. autre disc. méd.	1'891	2'132
Pers. admin.	1'398	1'638
Pers. économat	2'674	2'715
Pers. serv. technique	1'871	1'663
Charges sociales	4'365	4'501
Honoraires méd.	23	12
Autres charges pers.	332	356
Sous-total pers.	**28'783**	**29'540**
Matériel méd.	1'425	1'513
Produits alimentaires	941	1'067
Autres charges Mén.	519	522
Entr., rép. Immeubles	1'195	1'407
Charges invest.	1'677	2'982
Eau et énergie	1'012	968
Charges des intérêts	-	-
Frais bureau, admin.	284	305
Evacuation déchets	41	39
Primes ass., taxes	405	628
Sous-total autres charges	7'499	9'431
Total charges	36'282	38'971

	Marsens	
	2005	2006
Taxes d'hosp.	13'748	14'361
Honoraires méd.	192	230
Autres prest. Méd.	89	107
Services spéc.	81	107
Cliniques de jour, nuit	-	-
Sous-total hosp., soins	14'110	14'805
Autres prest. Malades	3	4
Loyers et intérêts	643	602
Prest. pers. et tiers	1'364	1'371
Sous-total autres prod.	2'010	1'977
Subv. Comm. et cant.	20'107	
Subv. Confédération		
Subv. Fondations, privés		
Sous-total subvention	20'107	-
Total produis	36'227	16'782
Perte d'exploitation	55	22'189
Bénéfice d'exploit.	-	-

Source : statistique administrative OFS 2005

Dans le domaine des soins psychiatriques, entre 75% et 80% des charges totales concernent des charges de personnel.

b. Coût par jour selon la comptabilité analytique (en francs)

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du coût par jour. Il s'agit du coût complet par journée sans les investissements supérieurs à 3'000 francs.

	Marsens
2003	463
2004	491
2005	498
2006	544

c. Tarifs de l'assurance obligatoire des soins (en francs)

	Marsens	
	2005 (2007)	2006 (2008)
Forfait par jour		
Psychiatrie (séjours ≤ 180 jours)	210 (232)	227 (250)
Psychiatrie (dès le 181e jour)	210 (160)	160 (160)

5.6.2.8 Garantie des capacités à court terme et pérennité de la prise en charge

Le tableau ci-dessous présente une évaluation des risques liés à la garantie que peut donner l'établissement, pour fournir sur le moyen et long terme les prestations fixées par mandat. Ce risque dépend notamment de la nature juridique de l'établissement, de l'organe de décision et de l'implication de l'Etat dans le fonctionnement ou le financement de l'établissement.

	Marsens
Support juridique	Autonome de droit public
Organe de décision	Conseil d'administration
Implication de l'Etat	Importante
-> Risque	***Nul***

Sur la base de ces critères et de l'expérience de ces dernières années, le risque de non garantie des capacités ou de pérennité de la prise en charge des prestations peut être considéré comme nul.

5.6.3 Evaluation de l'offre et de la prise en charge extracantonale

Le seul établissement hors canton figurant actuellement sur la liste des hôpitaux du canton de Fribourg avec un mandat de prestation pour les soins psychiatriques est l' « Universitäre psychiatrische Dienste » à Berne pour les patients de moins de 15 ans, les jeunes de 15 à 18 ans avec troubles graves nécessitant un traitement de longue durée ainsi que les hospitalisations urgentes de jeunes de 15 à 18 ans de langue allemande, en cas d'absence de personnel qualifié de langue allemande – médecin, soignants – au moment de l'urgence. A titre préliminaire, il convient de mentionner que, sans indication particulière, les chiffres présentés ci-après concernent l'exercice 2005 et l'ensemble de l'activité des établissements (patients LAMal et non LAMal).

5.6.3.1 Champ d'activité et étendue des prestations

La prise en charge hors canton se concentre principalement dans les cliniques privées et les hôpitaux publics bernois, ainsi que dans les cliniques privées vaudoises.

	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Cas	4	5	-	-	-	44	45	3	43	31	4	179
Jours	196	112	-	-	-	2'078	2'028	41	1'800	770	75	7'100
DMS	49	22	-	-	-	47	45	14	42	25	19	40
Lits	1	0	0	0	0	6	6	0	5	2	0	22

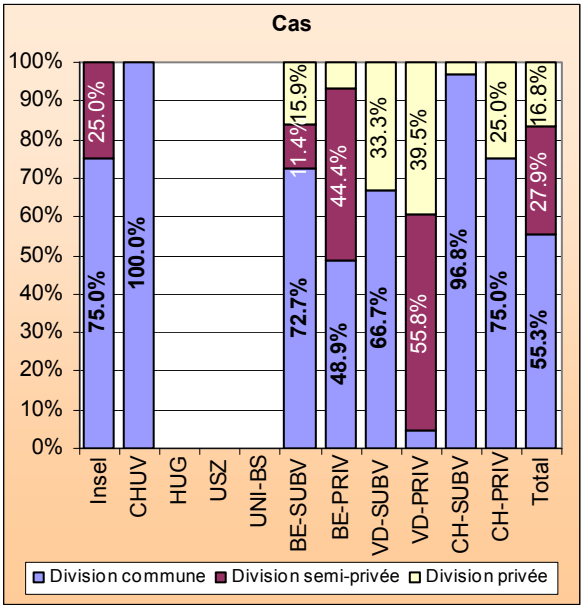
5.6.3.2 Types de prise en charge

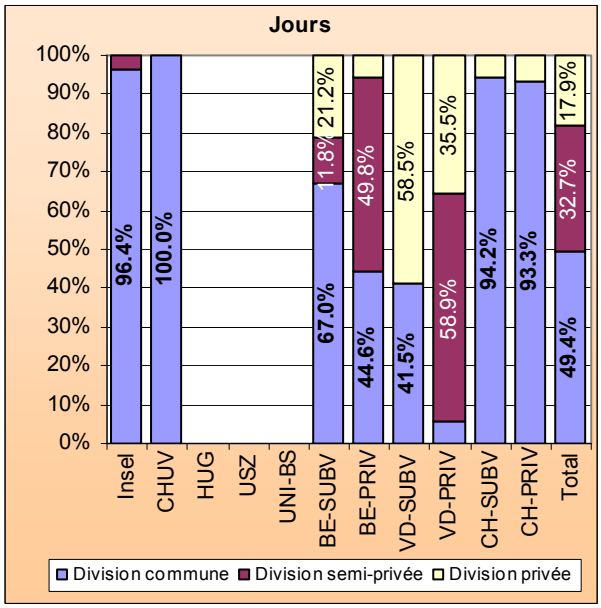
a. Prise en charge selon la division

Aucune tendance claire ne se dégage en matière de prise en charge par division. Alors que les hôpitaux subventionnés traitent majoritairement des patients en classe commune, les cliniques privées affichent logiquement une forte proportion de patients en divisions privées et semi-privées.

Cas	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Division commune	3	5	-	-	-	32	22	2	2	30	3	99
Division semi-privée	1	-	-	-	-	5	20	-	24	-	-	50
Division privée	-	-	-	-	-	7	3	1	17	1	1	30
Total	4	5	0	0	0	44	45	3	43	31	4	179

Jours	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Division commune	189	112	-	-	-	1'393	904	17	100	725	70	3'510
Division semi-privée	7	-	-	-	-	245	1'009	-	1'061	-	-	2'322
Division privée		-	-	-	-	440	115	24	639	45	5	1'268
Total	196	112	0	0	0	2'078	2'028	41	1'800	770	75	7'100



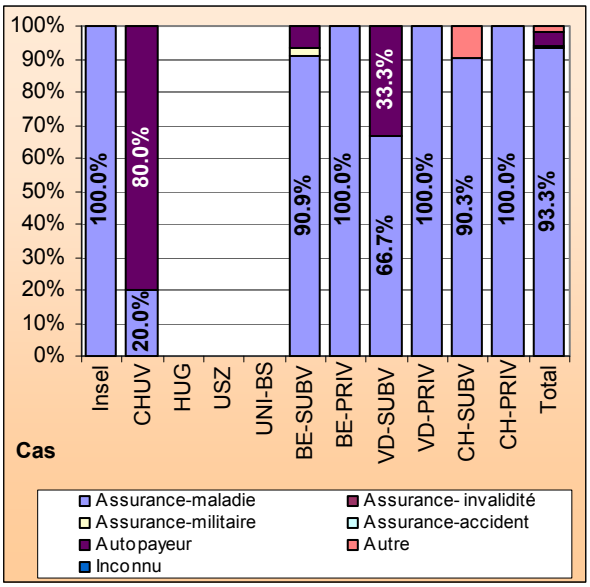


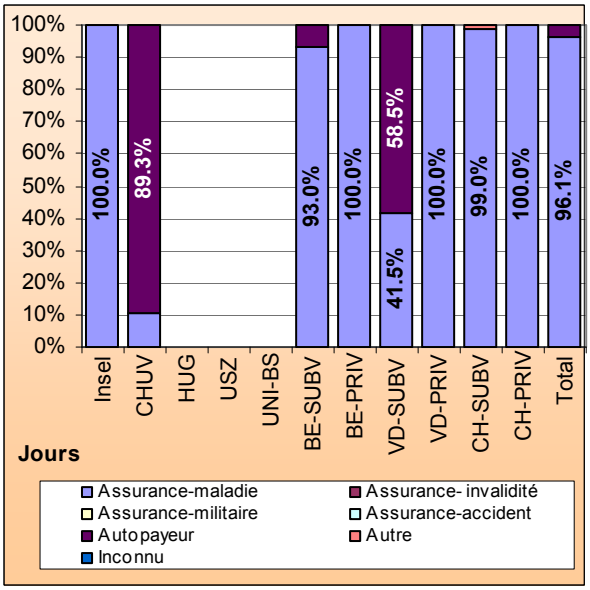
b. Prise en charge selon le garant

La prise en charge hors canton en soins psychiatrique concerne essentiellement des cas soumis à l'assurance-maladie. Les valeurs affichées par les hôpitaux vaudois subventionnés et le CHUV ne sont pas représentatives compte tenu d'un nombre de cas insignifiant (pas plus de 5 cas).

Cas	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Assurance-maladie	4	1	-	-	-	40	45	2	43	28	4	167
Assurance-invalidité	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Assurance-militaire	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Assurance-accident	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autopayeur	-	4	-	-	-	3	-	1	-	-	-	8
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	4	5	0	0	0	44	45	3	43	31	4	179

Jours	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Assurance-maladie	196	12	-	-	-	1'933	2'028	17	1'800	762	75	6'823
Assurance-invalidité	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Assurance-militaire	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
Assurance-accident	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autopayeur	-	100	-	-	-	143	-	24	-	-	-	267
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	8
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	196	112	0	0	0	2'078	2'028	41	1'800	770	75	7'100



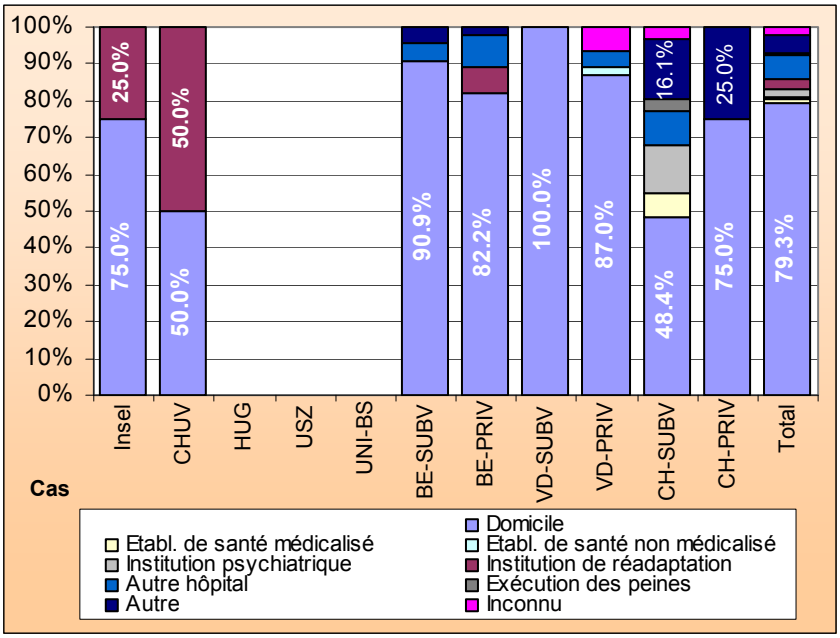


c. Prise en charge selon le séjour avant l'admission (cas)

Selon les différentes catégories d'hôpitaux hors canton, entre 75% et 100% des patients pris en charge proviennent directement du domicile. Néanmoins, les hôpitaux subventionnés des cantons autres que celui de Berne et de Vaud n'affichent qu'un taux de 48.8%. Dans ces établissements, une part non négligeable provient d'un établissement de santé médicalisée (EMS) ou d'un autre hôpital

psychiatrique ou somatique.

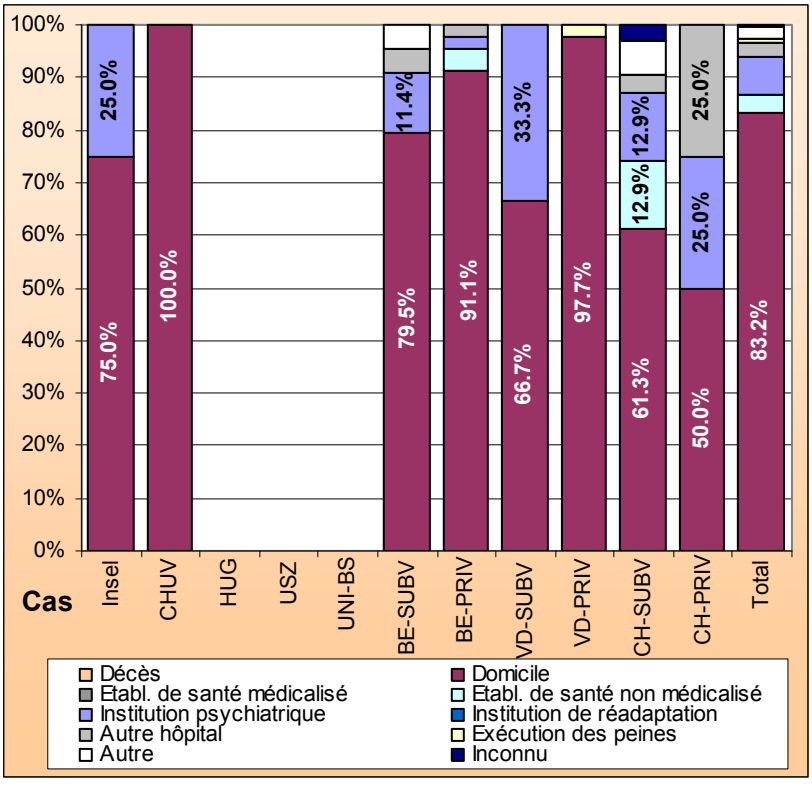
	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Domicile	3	1	-	-	-	40	37	3	40	15	3	142
Etabl. de santé médicalisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Etabl. de santé non médicalisé	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Institution psychiatrique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	4
Institution de réadaptation	1	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	5
Autre hôpital	-	-	-	-	-	2	4	-	2	3		11
Exécution des peines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Autre	--	-	-	-	-	2	1	-	-	5	1	9
Inconnu		-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	4
Total	4	2	0	0	0	44	45	3	46	31	4	179



d. Prise en charge selon le séjour après la sortie (cas)

Après leur séjour dans les cliniques privées bernoises et vaudoises, presque tous les patients retournent à domicile. Dans les autres catégories d'hôpitaux, un nombre important de patients est transféré dans un autre hôpital, psychiatrique ou somatique, ou dans un établissement de santé non médicalisé.

	Insel	CHUV	HUG	USZ	UNI-BS	BE-SUBV	BE-PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH-SUBV	CH-PRIV	Total
Décès	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Domicile	3	5	-	-	-	35	41	2	42	19	2	149
Etabl. de santé médicalisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Etabl. de santé non médicalisé	-	-	-	-	-	-	2	-	-	4	-	6
Institution psychiatrique	1	-	-	-	-	5	1	1	-	4	1	13
Institution de réadaptation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Autre hôpital	-	-	-	-	-	2	1	-	-	1	1	5
Exécution des peines	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Autre	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	4
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Total	4	5	0	0	0	44	45	3	43	31	4	179



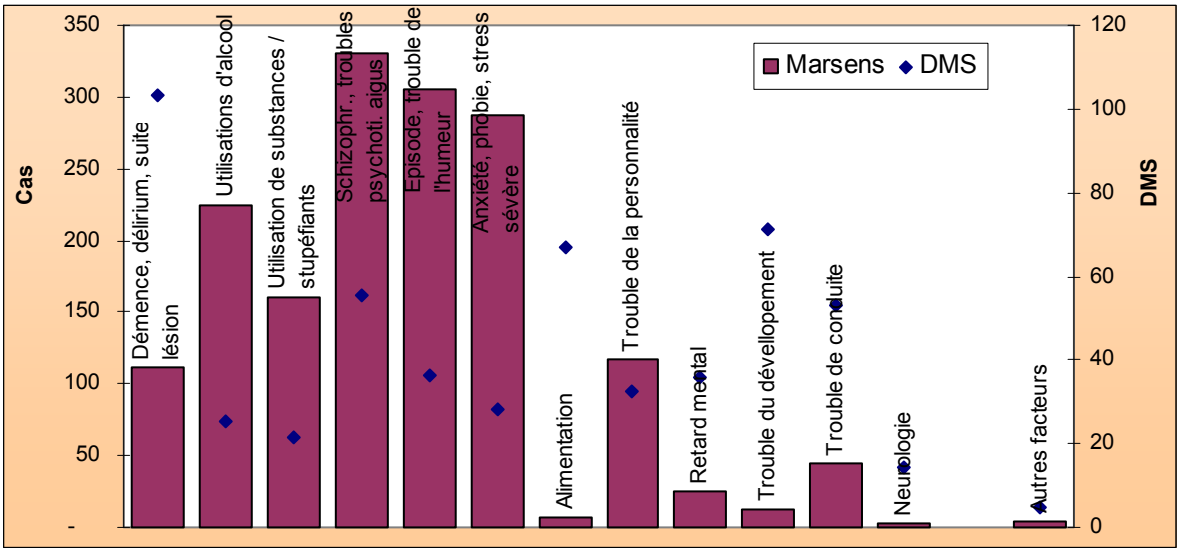
5.6.4 Analyse détaillée des besoins, de l'offre et attribution des mandats de prestations

Comme le démontre le tableau de synthèse ci-dessous, l'Hôpital de Marsens offre toutes les prestations nécessaires en matière de soins psychiatriques. La prise en charge hors canton est relativement marginale et relève de la liberté de choix des patients (traitement hors canton « par

commodité personnelle »). Les cas ci-dessous sont regroupés selon les chapitres principaux de la codification internationale des diagnostics CIM/ICD10. La liste plus détaillée pour chaque diagnostic précis figure en annexe *(cf. ANNEXE 8 : cas par diagnostic principal : 2005).*

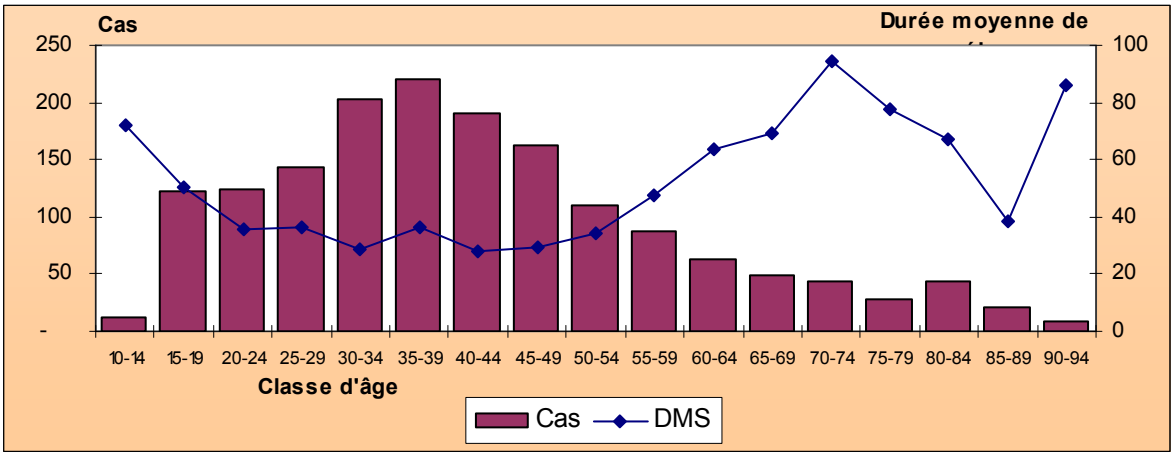
Diagnostics (CIM 10)	Description	Marsens	***Sous-total***	Insel	CHUV	BE-SUBV	BE_PRIV	VD-SUBV	VD-PRIV	CH_SUBV	CH-PRIV	***Sous-total***	***Total***
F0…	Démence, délirium, suite lésion	111	***111***	0	1	2	0	0	0	0	1	***4***	***115***
F10…	Utilisations d'alcool	224	***224***	0	1	2	1	0	4	3	0	***11***	***235***
F11…	Utilisation de substances/stupéfiants	161	***161***	0	2	3	3	1	1	2	0	***12***	***173***
F2…	Schizophrénie, troubles psychotiques aigus	331	***331***	0	1	7	5	0	3	3	0	***19***	***350***
F3…	Episode, trouble de l'humeur	305	***305***	0	0	19	22	1	18	11	3	***74***	***379***
F4…	Anxiété, phobie, stress sévère	287	***287***	0	0	7	8	0	9	4	0	***28***	***315***
F5…	Alimentation	7	***7***	3	0	0	3	0	5	1	0	***12***	***19***
F6…	Trouble de la personnalité	117	***117***	0	0	2	3	1	3	4	0	***13***	***130***
F7…	Retard mental	25	***25***	0	0	0	0	0	0	0	0	***0***	***25***
F8…	Trouble du développement	13	***13***	0	0	0	0	0	0	2	0	***2***	***15***
F9…	Trouble de conduite	45	***45***	0	0	1	0	0	0	1	0	***2***	***47***
G	*Neurologie*	*3*	***3***	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	***1***	***4***
R	*Symptômes et résultats anormaux d'examens*	*-*	***0***	*1*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	***1***	***1***
Z	*Autres facteurs*	*4*	***4***	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	***0***	***4***
	Total	1'633	***1633***	4	5	44	45	3	43	31	4	***179***	***354***

La majeure partie des causes d'hospitalisations est liée à des diagnostics de schizophrénie, de troubles psychotiques aigus, d'épisodes avec trouble de l'humeur ainsi que d'anxiété, de phobie ou de stress sévère. Il est à relever que les durées moyennes de séjour varient fortement selon les diagnostics.

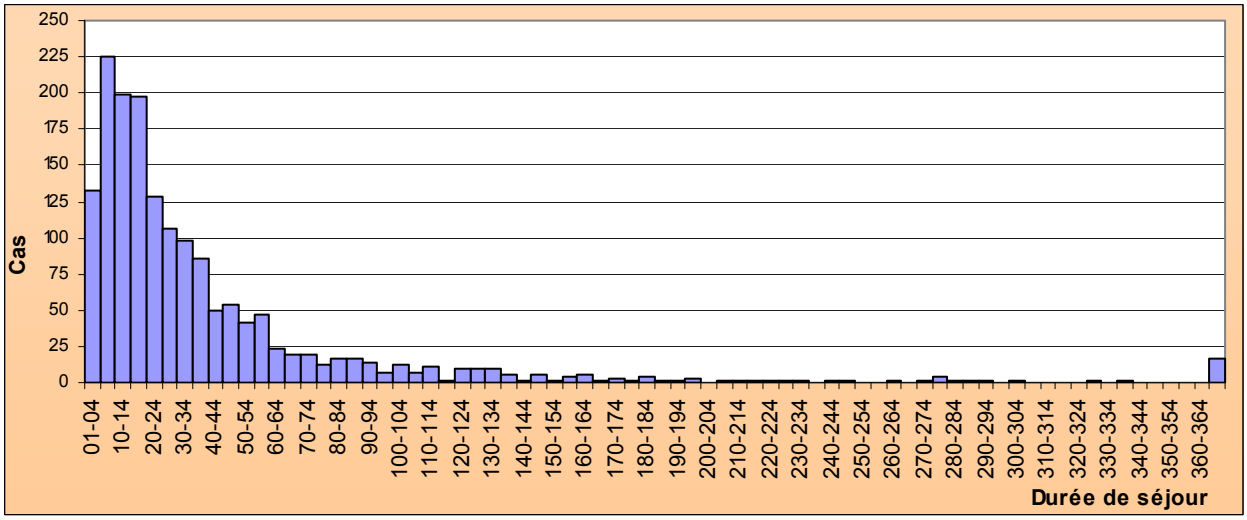


La répartition des cas par classes d'âge laisse apparaître que les patients de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans et de 40 à 44 ans font partie des classes d'âge affichant le plus grand nombre de séjours. On note que la durée moyenne de séjour est également fonction de l'âge des patients. Plus longue pour les adolescents et les jeunes adultes, elle est plus basse et relativement constante pour les patients de 20 à 54 ans, et en constante augmentation jusqu'à 74 ans. Au-delà de cet âge, la durée moyenne de séjour est en nouveau en baisse en raison probablement soit des décès ou des placements en institution de soins médicalisés.

Age	Cas	Jours	DMS
10-14	12	861	71.8
15-19	123	6170	50.2
20-24	124	4447	35.9
25-29	143	5218	36.5
30-34	202	5761	28.5
35-39	221	8017	36.3
40-44	191	5372	28.1
45-49	162	4783	29.5
50-54	110	3747	34.1
55-59	88	4183	47.5
60-64	63	4017	63.8
65-69	49	3383	69.0
70-74	43	4056	94.3
75-79	28	2167	77.4
80-84	44	2950	67.0
85-89	21	812	38.7
90-94	9	771	85.7
Total	1'633	66'715	40.9



Si l'on analyse de manière spécifique la fréquence des cas selon la durée moyenne de séjour, on constate qu'une grande partie des séjours durent entre 5 et 9 jours, de 10 à 14 jours et de 15 à 19 jours. Au delà de ces durées, le nombre de cas diminue au fur et à mesure que les séjours s'allongent.



Décision concernant la prise en charge future des prestations :

La prise en charge des soins psychiatriques stationnaires est exclusivement assurée par l'Hôpital de Marsens, qui sera intégré dans le futur Réseau fribourgeois de soins en santé mentale.

5.6.5 Mandats de prestations

Ainsi conformément à l'article 39 LAMal, le canton de Fribourg entend répondre à la couverture des besoins en soins de réadaptation en attribuant à l'hôpital les mandats par discipline suivants :

	Marsens
Psychiatrie enfants et adolescents	
Psychiatrie adultes	
Psychiatrie personnes âgées	

Par ailleurs, il convient de préciser que le RHF-Fribourg (site de soins somatiques) offre des prestations de psychiatrie de crise (8 lits) sous la responsabilité du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale.

5.6.6 Attribution des capacités pour répondre aux mandats de prestations

Conformément à la jurisprudence, le canton doit également attribuer les capacités aux établissements pour d'une part garantir une prise en charge suffisante des patients dans les différentes disciplines et d'autre part pour éviter la création de surcapacités hospitalières. Il n'est néanmoins pas nécessaire d'attribuer des capacités précises pour chacune des disciplines, mais de manière générale pour l'ensemble de l'établissement.

Dans le cas particulier de la prise en charge psychiatrique, afin de limiter l'activité stationnaire au profit d'une prise en charge ambulatoire ou d'une prise en charge par des structures intermédiaires qui devront être développées par le Réseau fribourgeois de soins en santé mentale, le nombre de lits est fixé volontairement en-deça des prévisions résultant de la prise en compte de l'évolution de la population.

Il convient de rappeler les principes directeurs auxquels doit répondre la prise en charge future :

a. offre de soins adaptée aux besoins des patients

L'intensité des soins que nécessite un patient psychiatrique est très variable. Un séjour hospitalier est souvent une mesure trop lourde, alors que des consultations ambulatoires spécialisées ou une prise en charge de jour uniquement peuvent s'avérer préférables et suffisantes.

b. proximité des soins

Les lieux de soins ambulatoires doivent être proches de la population et facilement accessibles.

c. continuité des soins

Afin d'éviter de néfastes ruptures de prise en charge, par exemple après un séjour hospitalier, il est important que le traitement subséquent soit assuré par une équipe des soins cohérente, partageant la même vision. Cela sera désormais possible par la réunion des secteurs hospitaliers, ambulatoires et intermédiaire sous une même organisation.

d. travail pluridisciplinaire et collaboration entre intervenants

Il s'agit de coordonner les efforts de ces intervenants dans un travail en réseau des différentes instances et des différentes professions (médecins, psychologues, assistants sociaux, infirmiers,

tuteurs, etc.), en y incluant autant que possible les proches du patient.

e. rapprochement avec la médecine somatique

Les médecins de soins somatiques sont souvent les premiers à déceler et à traiter les troubles psychiques. La psychiatrie doit donc être plus présente dans les hôpitaux généraux, mais aussi dans les homes, par le développement de la psychiatrie de liaison. La collaboration entre psychiatrie et médecins de premiers recours doit également être intensifiée.

f. collaboration avec les institutions spécialisées et autres institutions de santé

Le canton compte déjà nombre d'institutions spécialisées fournissant différents types d'aide et de soins aux personnes fragilisées. Les collaborations déjà existantes entre ces institutions et les services publics de psychiatrie doivent encore être renforcés.

Par ailleurs, l'attribution du nombre de lits tient également compte des effets du développement d'une unité de psychiatrie de crise au RHF-Fribourg sous la responsabilité du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale. Les capacités en lits pour cette unité de crise sont inscrites au RHF-Fribourg.

L'évolution future du nombre de lits a volontairement été fixée à la baisse pour favoriser le transfert de l'activité stationnaire vers un mode de prise en charge ambulatoire ou par des structures intermédiaires.

Le nombre de lits ainsi attribué à la prise en charge psychiatrique stationnaire pour couvrir les besoins de la population, qui tient compte des facteurs mentionnés ci-dessus, est le suivant :

		Marsens
2008	Lits totaux	185 *
2010	Lits totaux	183
2015	Lits totaux	178
2020	Lits totaux	173

2008	*dont lits totaux LAMal*	*185*
2010	*dont lits totaux LAMal*	*183*
2015	*dont lits totaux LAMal*	*178*
2020	*dont lits totaux LAMal*	*173*

***** après le transfert du RFSM-Marsens au RHF-Fribourg des 8 lits de psychiatrie de crise

Compte tenu des changements actuellement en cours dans ce domaine, l'évolution de la situation devra faire l'objet d'une attention particulière et les prévisions devront être mises à jour en fonction du développement de l'ensemble du secteur de prise en charge de la santé mentale.

Pour rappel, en fonction des ressources complémentaires allouées, le développement du RFSM

devra respecter les priorités retenues dans le message accompagnant le projet de loi sur la santé mentale. Le développement des prises en charges ambulatoires et en structures intermédiaires engendrera une réduction de l'activité stationnaire. Ainsi, toute réduction de l'activité stationnaire devra impliquer une réallocation des ressources, dans une mesure correspondante, aux activités ainsi développées. Il s'agira en particulier d'une part d'examiner l'allocation des ressources sur les structures existantes, voire la possibilité de transfert de postes et d'autre part de décider de la création de nouveaux postes, ce en fonction de l'évolution des besoins et dans le cadre des moyens budgétaires à disposition.

5.7 Liste des hôpitaux du canton de Fribourg

Les considérations figurant dans le présent rapport servent de base pour l'établissement de la nouvelle liste des hôpitaux du canton de Fribourg. Celle-ci fait l'objet d'une ordonnance spécifique du Conseil d'Etat.

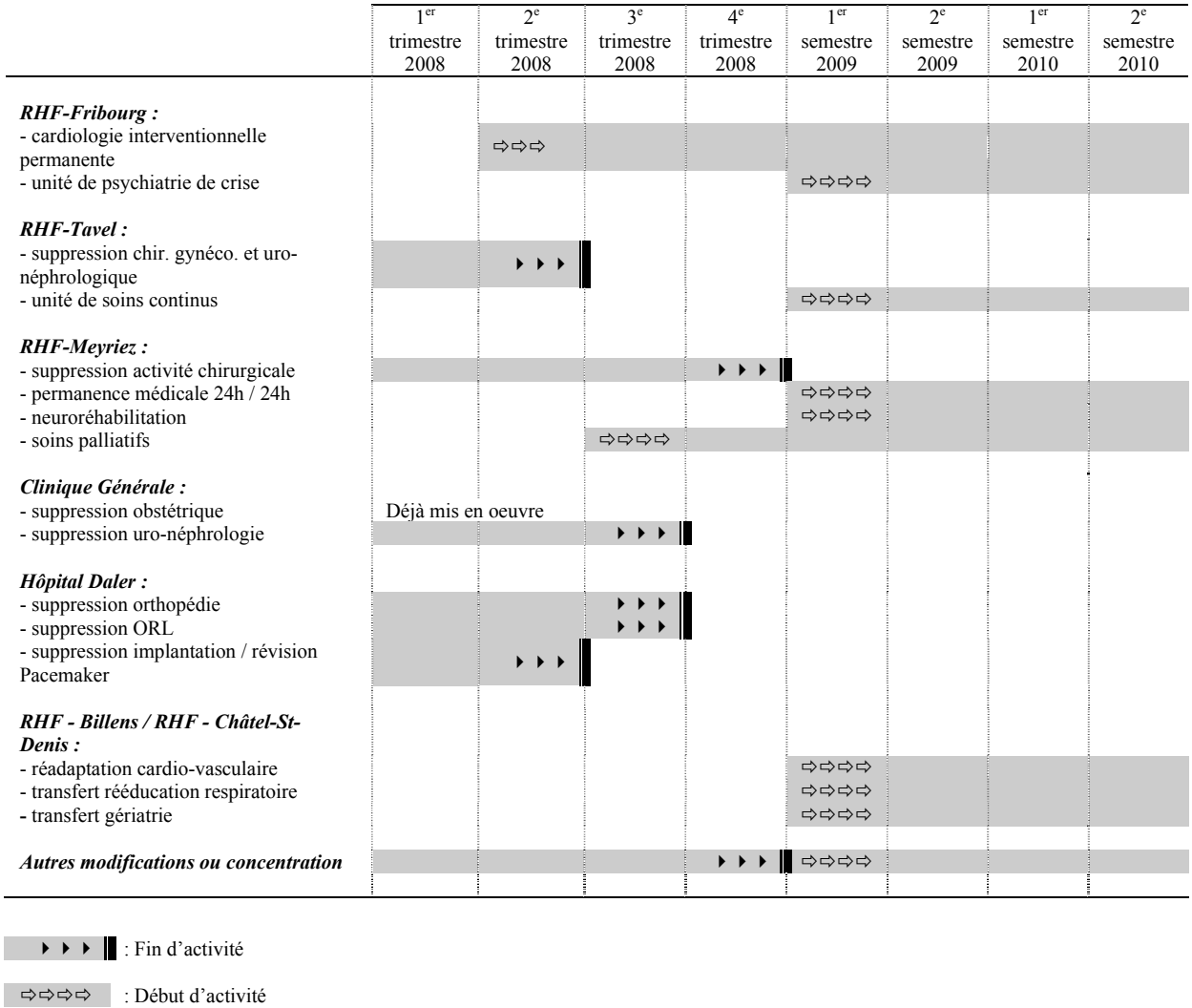
Concernant la liste des hôpitaux hors canton, les établissements qui y figurent actuellement permettent de couvrir les besoins de la population qui ne sont pas pris en charge à l'intérieur du canton. Cette liste est donc maintenue et reste en vigueur. Le recours des assureurs-maladie ainsi que la décision du Conseil fédéral du 15 février 2006 ne touchait d'ailleurs pas cette liste, mais exclusivement la liste des hôpitaux fribourgeois. La liste des hôpitaux hors canton est donc toujours valable.

Si des lacunes de couvertures dans des domaines très spécifiques concernant un nombre très faible de cas devaient subsister, il s'agirait de lacunes marginales pour lesquels la jurisprudence n'exige pas une inscription de la prestation ou de l'établissement sur la liste des hôpitaux[36]. Une prise en charge intégrale par l'assurance obligatoire des soins est néanmoins garantie selon législation.

[36] Décision du Conseil fédéral du 31 août 2005 concernant la liste des hôpitaux hors canton du canton de Fribourg : « *Der Bundesrat hat verschiedentlich festgehalten, dass keine Verplichtung des Kantons zur Evaluation und zur Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern besteht, wenn die im Kanton selbst vorhandene Versorgungslücke margininal ist*." (cons. 4.1)

6 CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre de la modification des mandats de prestations doit être échelonnée dans le temps pour permettre aux établissements de s'y adapter. Concernant les suppressions ou les concentrations d'activité, le tableau ci-dessous indique la date de fin d'activité. Concernant la mise en place des nouvelles prestations, le calendrier doit être considéré comme prévisionnel et peut évoluer en fonction de l'avancement de la situation dans les différents domaines.



▸▸▸▌ : Fin d'activité

⇨⇨⇨⇨ : Début d'activité

7 REVISON DE LA LOI FEDERALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE

Bien que la présente planification soit établie selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie actuellement en vigueur, il semble cependant opportun de présenter succinctement les modifications législatives qui pourraient intervenir à terme en matière de financement et de la planification des hôpitaux, pour apprécier les conséquences éventuelles sur la planification hospitalière[37].

C'est en automne 2000 que le Conseil fédéral a soumis une première proposition de révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie dans le domaine du financement hospitalier (message du 18 septembre 2000, FF 2001 693 ss). Après trois ans de discussions au Parlement, ce premier projet a été rejeté par le Conseil national le 17 décembre 2003.

Cependant, les modifications visant à une nouvelle réglementation du financement hospitalier n'ayant pratiquement pas été contestées, le Conseil fédéral a repris ce projet en l'adaptant, selon les nécessités, à l'évolution de la situation. C'est en automne 2004 que le Conseil fédéral a proposé une nouvelle version de la révision LAMal (message du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, FF 2004 5207).

Dans ce projet, le Conseil fédéral a renoncé par exemple à la notion de traitement semi-hospitalier et a tenu compte des résultats du rapport d'expert sur des modèles de financement moniste. Les grandes orientations restent toutefois inchangées : la révision de la loi vise à éliminer les imprécisions qui perturbent le fonctionnement du système et à appliquer de manière cohérente les principes inscrits dans la loi. La répartition du financement entre les assureurs et les cantons sera fixée dans la loi afin que la responsabilité des partenaires financiers soit fixée sans ambiguïté. Le financement sera lié aux prestations dans une optique d'accroissement de la transparence et d'incitation à une plus grande efficience.

Le projet a été examiné à plusieurs reprises, entre septembre 2005 et décembre 2007, par les Chambres fédérales. La version finale de la révision de la loi a été adoptée par l'Assemblée fédérale le 21 décembre 2007. Les principaux éléments de la révision de la loi, qui entrera en vigueur le 1er janvier 2009, sont les suivants :

---

[37] Source : site internet du Parlement fédéral, http://www.parlament.ch/afs/data/f/rb/f_rb_20040061.htm, consulté le 14 mai 2007 et le 15 mars 2008.

a. Forfait par prestations (y compris investissements)

La rémunération des hôpitaux se basera sur des forfaits liés aux prestations partout en Suisse, lesquels comprendront également les coûts d'investissements. Il sera ainsi plus aisé de comparer les prestations hospitalières à financer.

b. Financement des pouvoirs publics (y compris des cliniques privées)

Les frais, y compris les investissements, seront répartis entre les cantons et les assureurs avec une participation minimale de 55% à charge de l'Etat. La loi prévoit néanmoins une période transitoire durant laquelle les cantons où les primes d'assurance-maladie sont inférieures à la moyenne nationale ne supporteront qu'entre 45 % et 55% des tarifs. Ce financement par les pouvoirs publics s'appliquera aussi bien aux établissements publics qu'aux cliniques privées figurant sur la liste des hôpitaux établie par le canton.

c. Prestations d'intérêt général

Les forfaits par prestations ne comprendront pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général, en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et la recherche et la formation universitaire. Ces parts reviendront exclusivement à charge des pouvoirs publics.

d. Hôpitaux conventionnés (hors liste des hôpitaux)

A l'avenir, les assureurs pourront également conclure des conventions avec des hôpitaux privés qui ne figurent pas sur une liste cantonale et qui ne reçoivent pas de participation financière de la part des pouvoirs publics. Ces établissements pourront également recevoir une rémunération de la part de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Celle-ci ne pourra toutefois pas être plus élevée que celle fournie par l'AOS pour les prestations figurant sur liste des hôpitaux du canton, le solde de la facture restant à charge d'éventuelles assurances complémentaires selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

e. Médecine hautement spécialisée

Concernant les emplacements des sites réservés aux prestations de la médecine hautement spécialisée, les cantons devront établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Cependant, au cas où ceux-ci n'y parvenaient pas, le Conseil fédéral devra déterminer quels hôpitaux seraient inscrits sur les listes et pour quelles spécialités.

f. « Libre choix de l'hôpital »

Le financement des hospitalisations hors canton sera étendu sans toutefois encore être intégral. Les assurés, qui choisiront librement de se faire traiter hors canton, auront droit à la même rémunération de la part de leur assurance-maladie et des pouvoirs publics que le tarif pris en charge dans les hôpitaux du canton de domicile. Une éventuelle différence de tarif entre les hôpitaux hors canton et ceux du canton de Fribourg restera donc à charge du patient ou d'une éventuelle assurance complémentaire.

g. Maisons de naissances

Les maisons de naissance seront assimilés aux hôpitaux et feront, de manière analogue, l'objet d'une planification et d'un financement en vertu de l'assurance obligatoire des soins.

Une période transitoire est prévue jusqu'à l'entrée en vigueur effective des mesures décidées.

Conclusion :

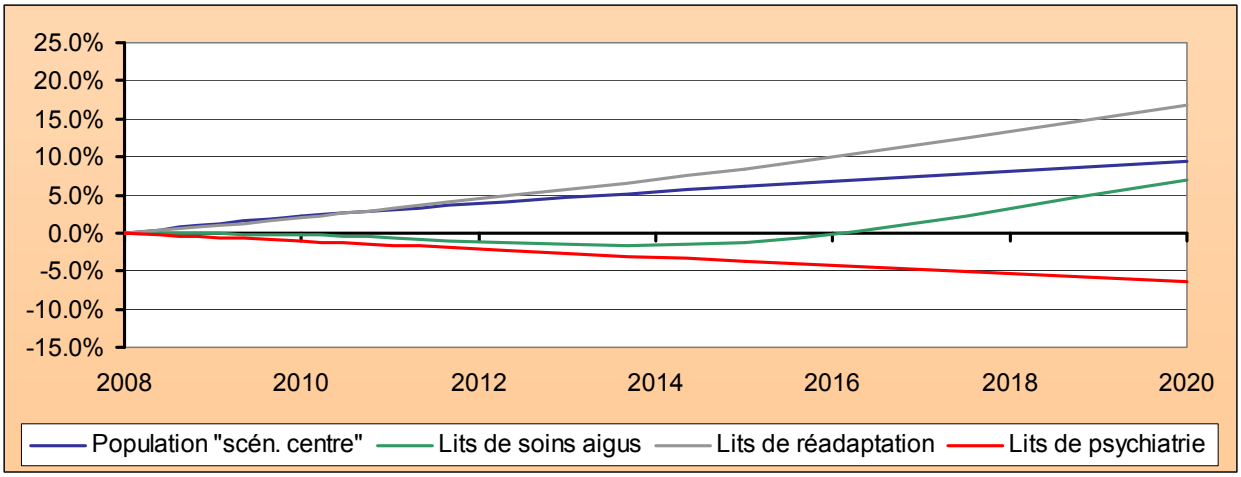
Compte tenu de ces éléments, et vu en particulier la limitation du « libre choix » de l'hôpital par un financement encore partiel seulement, il n'y a pas lieu de s'attendre à d'importantes modifications des flux de patients entre les cantons susceptibles d'influencer, à ce stade, les propositions de mandats de prestations et d'attribution de capacités retenues dans le présent rapport de planification hospitalière.

8 CONCLUSIONS

En conclusion, on peut affirmer que la forte croissance de la population fribourgeoise attendue ces prochaines années aura un impact non négligeable sur la prise en charge hospitalière des patients du canton de Fribourg.

Dans le domaine des soins somatiques aigus, l'augmentation des capacités hospitalières en terme de lits, qui devrait logiquement s'ensuivre, pourra néanmoins être compensée par une diminution des durées moyennes de séjours et, dans la mesure du possible, et un transfert de l'activité stationnaire vers l'ambulatoire. Dès que ces durées auront atteint un niveau incompressible, une augmentation des capacités sera inévitable.

En matière de prise en charge en soins de réadaptation et en soins psychiatriques, domaines dans lesquels une réduction des durées moyennes de séjour n'est pas envisagée compte tenu de l'hétérogénéité des cas, les capacités devront invariablement être augmentées. Cette augmentation pourrait être atténuée dans le domaine de la psychiatrie, d'une part par une prise en charge ambulatoire plus importante et, d'autre part, par la mise en place de structures intermédiaires entre le traitement ambulatoire et la prise en charge stationnaire.



Dans un souci constant de garantie de la qualité des prestations et d'une gestion économique des traitements hospitaliers stationnaires, une redistribution et une concentration de certaines activités chirurgicales entre les hôpitaux sont nécessaires. Dans les disciplines de médecine, un accès aux soins de base doit néanmoins pouvoir être garanti dans les différentes régions du canton. En matière de réadaptation, l'attribution de missions cantonales permet de fournir des prestations de haute qualité dans des domaines spécialisés et d'atteindre des masses critiques suffisantes pour la population du canton de Fribourg.

En particulier, à l'aube de la rénovation et de la transformation des infrastructures du site de Meyriez du RHF, il est primordial que l'investissement financier porte sur des activités d'avenir pour cet établissement et non sur des activités dont la pérennité ne saurait être garantie. Le RHF-Meyriez garde toute son importance au sein du Réseau hospitalier fribourgeois et la planification hospitalière n'entend pas y renoncer.

Les principales adaptations des mandats de prestations des différents hôpitaux peuvent être résumées de la manière suivante : Au RHF-Fribourg : attribution des activités permanentes de cardiologie interventionnelle, concentration de l'activité de chirurgie pneumologique avec suppression dans les autres établissements, concentration de l'activité de chirurgie endocrinologique au RHF-Fribourg et à l'Hôpital Daler avec suppression dans les autres établissements, concentration de l'activité de chirurgie hématologique avec suppression dans les autres établissements, concentration de l'activité de chirurgie pour traumatismes multiples et traumatismes complexes graves avec suppression dans les autres établissements et création d'une unité de psychiatrie de crise. Au RHF-Tavel : suppression de l'activité de chirurgie gynécologique et de chirurgie uro-néphrologique, attribution d'un mandat pour un service d'urgences stationnaires 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures et mise en place d'une unité de soins continus. Au RHF-Meyriez : suppression de l'activité chirurgicale (chirurgie générale et orthopédique), maintien d'une activité de soins aigus en médecine (avec possibilité de prise en charge des cas non programmés), attribution d'un mandat pour un service d'accueil d'urgences 7 jours / 7 jours et 24 heures / 24 heures, maintien des disciplines de suite de traitement, de gériatrie et de réadaptation, attribution d'une mission cantonale de neuroréhabilitation et de soins palliatifs. Au RHF-Billens : attribution d'une mission cantonale de réadaptation cardio-vasculaire stationnaire et de rééducation respiratoire, maintien de l'activité de réadaptation classique et suppression de l'activité de suite de traitement et gériatrie. Au RHF-Châtel-Saint-Denis : suppression de la rééducation respiratoire et maintien des autres activités. A la Clinique Générale : suppression de l'activité d'obstétrique et d'uro-néphrologie. A l'Hôpital Daler : suppression de l'activité d'orthopédie et d'ORL. Dans les autres sites hospitaliers (RHF-Riaz, HIB – Payerne, HIB – Estavayer-le-Lac, RFSM-Marsens), les prestations actuelles sont en principe maintenues avec quelques adaptations marginales.

Le nombre de lits total attribué à chaque hôpital pour répondre aux nouveaux mandats de prestations et répondre aux besoins de la population se présente de la manière suivante :

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

N.B. : d'éventuels écarts dans les totaux ci-dessus proviennent du fait que les chiffres présentés sont arrondis, alors que les calculs tiennent compte des données exactes avec toutes les décimales.

Ces différentes mesures et modification des capacités devront être mises en œuvre par étapes, pour laisser le temps aux prestataires concernés de s'adapter à leurs nouveaux mandats de prestations.

9 ANNEXES

1. Planification hospitalière basée sur les prestations
2. Durée moyenne de séjour par pathologie (soins somatiques aigus)
3. Prévisions par APDRG : 2008, 2010, 2015, 2020 (soins somatiques aigus)
4. Répartition de l'activité des hôpitaux par discipline : 2005 et 2006 (soins somatiques aigus)
5. Cas par APDRG : 2005 et 2006 (soins somatiques aigus)
6. Types de lits
7. Cas par diagnostic principal : 2005 (réadaptation)
8. Cas par diagnostic principal : 2005 (psychiatrie)