



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

# Planification hospitalière fribourgeoise Actualisation de l'évaluation des besoins

Rapport méthodologique

**Auteure** Sylvie Füglistner-Dousse, Obsan

Neuchâtel, mai 2025

Date de mise à jour : 19 juin 2025

Type de modification : ajustement mineur de l'introduction, notamment dans la version allemande. Des modifications de forme ont également été apportées, sans impact sur le contenu.

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction – Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Données et méthode</b>	<b>4</b>
2.1	Sources de données	4
2.1.1	Statistique médicale des hôpitaux (MS)	4
2.1.2	Statistique des hôpitaux (KS)	4
2.1.3	Statistique des ménages et de la population (STATPOP)	4
2.1.4	Scénarios de l'évolution de la population du service de la statistique et de la donnée (SSD)	4
2.1.5	Autres bases de données	5
2.2	Critères d'inclusion	5
2.3	Délimitation des types de soins	5
2.4	Groupes de prestations	7
2.4.1	Soins aigus	7
2.4.2	Psychiatrie	8
2.4.3	Réadaptation	9
2.5	Calcul de la durée de séjour	10
2.5.1	Soins aigus	10
2.5.2	Psychiatrie et réadaptation	10
2.6	Modèle de projection	10
2.6.1	Technique de projection	11
2.6.2	Évolution démographique	12
2.6.3	Autres facteurs	16
2.6.4	Les hypothèses de projection en bref	19
<b>3</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>22</b>

# 1 Introduction

Dans le cadre de la révision de la planification hospitalière pour le domaine des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation, le service de la santé publique du canton de Fribourg a confié à l'Obsan l'actualisation de l'évaluation des besoins. Ce projet fait suite au « Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024<sup>1</sup> » également réalisé par l'Obsan et consiste en une mise à jour des tableaux standards des projections. Les résultats de ces travaux permettent de relancer l'appel d'offre sur la base des besoins actualisés, en tenant compte des données médicales les plus récentes (MS2023 vs MS2019) et des nouveaux scénarios démographiques (Service de la statistique et de la donnée du canton de Fribourg 2025 vs Office fédéral de la statistique 2020). Les hypothèses de projections des hospitalisations sont restées essentiellement les mêmes. Pour les soins aigus, une hypothèse supplémentaire a été formulée pour tenir compte de l'acceptation du contre-projet à l'initiative « Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité » lors des votations cantonales du 9 juin 2024. Le présent rapport méthodologique met l'accent sur tous les éléments essentiels et/ou nouveaux, qui impactent les résultats et justifient une mise à jour. Pour la base commune, il réfère à plusieurs reprises au rapport d'évaluation des besoins de 2023 précité.

# Einleitung

Im Rahmen der Überarbeitung der Spitalplanung für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation hat das Gesundheitsamt des Kantons Freiburg das Obsan mit der Aktualisierung der Bedarfsanalyse beauftragt. Dieses Projekt baut auf dem « Bericht zur Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2024<sup>2</sup> », ebenfalls vom Obsan erstellt, auf und umfasst eine Aktualisierung der Standardtabellen für die Prognosen. Die Ergebnisse dieser Arbeiten ermöglichen die Wiederaufnahme der Ausschreibung auf Basis der aktualisierten Bedarfslage unter Berücksichtigung der neuesten medizinischen Daten (MS2023 vs. MS2019) sowie der neuen Bevölkerungsszenarien (Amt für Statistik und Daten des Kantons Freiburg 2025 vs. Bundesamt für Statistik 2020). Die Annahmen für die Prognosen der Hospitalisierungen bleiben im Wesentlichen unverändert. Im Bereich der Akutsomatik wurde eine zusätzliche Annahme formuliert, um der Zustimmung des Gegenvorschlags zur Initiative «Für bürgernahe öffentliche Spitalnotaufnahme 24/24» bei den kantonalen Abstimmungen vom 9. Juni 2024 Rechnung zu tragen. Der vorliegende methodologische Bericht legt den Fokus auf alle wesentlichen und/oder neuen Elemente, die die Ergebnisse beeinflussen und eine Aktualisierung rechtfertigen. Als Grundlage wird wiederholt auf den oben genannten Bedarfsbericht von 2023 Bezug genommen.

<sup>1</sup> <https://www.fr.ch/document/499101>

<sup>2</sup> <https://www.fr.ch/de/document/499101>

## 2 Données et méthode

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

### 2.1 Sources de données

La Statistique médicale des hôpitaux (MS) et la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont à la base des analyses de la situation actuelle et des projections des besoins. Les données démographiques selon la statistique de la population et des ménages (STATPOP) ont permis de calculer les taux d'hospitalisation, tandis que les scénarios démographiques fribourgeois du service de la statistique et de la donnée (SSD) du canton de Fribourg ont servi de base aux calculs des projections. Pour l'estimation des autres facteurs d'influence, le canton de Fribourg s'est basé essentiellement sur des informations cantonales.

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

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

#### 2.1.2 Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux de l'OFS sert principalement à décrire l'infrastructure et l'activité des hôpitaux et des maisons de naissances en Suisse et fournit des informations sur la typologie des hôpitaux. Elle permet, notamment avec les données de la statistique médicale des hôpitaux, de répartir les cas entre les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation. La procédure exacte de délimitation des domaines de soins est décrite dans l'Encadré 1, à la page 6.

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

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

#### 2.1.4 Scénarios de l'évolution de la population du service de la statistique et de la donnée (SSD)

L'actualisation des projections des besoins s'appuie sur les scénarios démographiques cantonaux du service de la statistique et de la donnée (SSD) du canton de Fribourg<sup>3</sup>. Basés sur les données de population de STATPOP 2023, ces scénarios viennent d'être publiés (avril 2025), mais ont été mis à disposition préalablement sous forme provisoire pour permettre la réalisation

<sup>3</sup> <https://www.fr.ch/deef/ssd/statistiques-par-themes/evolution-future>

des travaux du présent rapport. Les données provisoires étant très proches des données publiées, il est renoncé à une mise à jour dont le bénéfice serait marginal dans le cadre de ce projet.

Comme pour les scénarios de l'OFS, le SSD calcule trois scénarios démographiques différents. Le scénario « moyen » prolonge les évolutions des dernières années. Le scénario « haut » repose sur une combinaison d'hypothèses favorables à la croissance démographique, tandis que le scénario « bas » combine des hypothèses moins favorables. Les trois scénarios couvrent la plage plausible de l'évolution démographique future possible pour le canton de Fribourg. Les informations détaillées se trouvent dans le rapport du SSD<sup>4</sup>.

A noter que les anciennes projections des hospitalisations (voir rapport d'évaluation 2023) se basaient sur les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS (OFS 2020). La section 2.6.2 mettra en évidence les écarts entre les effectifs de population attendus selon les deux sources.

### 2.1.5 Autres bases de données

Les cas à effectuer en principe en ambulatoire ont été identifiés sur la base de l'Annexe 1a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), adaptée au 1<sup>er</sup> janvier 2023<sup>5</sup>. Cette dernière décrit également les critères à satisfaire pour un traitement en milieu hospitalier. En ce qui concerne les développements épidémiologiques et médico-techniques, le pré-

sent rapport s'appuie sur les études et expertises réalisées sur mandat de la direction de la santé du canton de Zurich (ISPM, 2009 ; Hess et al. 2009, 2016 ; Höglinger et al. 2019 ; GDZH, 2021) ainsi que sur le rapport d'évaluation des besoins du canton de Schaffhouse (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021).

## 2.2 Critères d'inclusion

L'année 2023 est l'année de référence pour les projections. Les tableaux présentent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)<sup>6</sup>, le but du présent rapport étant d'évaluer les besoins en soins de la population fribourgeoise qui relèvent de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Cela est conforme à la pratique des cantons romands. La part des cas AOS dans l'ensemble des cas est de 93,5% pour les soins aigus, 99,3% pour la psychiatrie et 94,5% pour la réadaptation.

## 2.3 Délimitation des types de soins

Les types de soins dans les hôpitaux sont délimités essentiellement selon les centres de prise en charge des coûts et la typologie des établissements de santé de l'OFS. Pour le canton de Fribourg, des adaptations supplémentaires ont été apportées en lien avec les cas pédiatriques du HFR relevant de la psychiatrie (voir Encadré 1).

<sup>4</sup> <https://www.fr.ch/sites/default/files/2025-04/methodologie--projections-demographiques-pour-le-canton-et-les-districts-20242055-ssd.pdf>

<sup>5</sup> Edition complète de l'annexe 1a de l'OPAS pour le 1er janvier 2023, <https://www.bag.admin.ch>

<sup>6</sup> Variable agent payeur MS 1.4.V02=1 (le principal agent payeur désigne la principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune)

**Encadré 1 Délimitation des domaines de soins et définition d'un cas****Délimitation des domaines de soins**

Les cas de la Statistique médicale des hôpitaux sont attribués aux différents domaines de soins, à savoir les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation à l'aide du type d'hôpital contenu dans la Statistique des hôpitaux (selon la typologie des hôpitaux de l'OFS), du centre de prise en charge des coûts (1.4.V01) et du tarif retenu pour la facturation (4.8.V01). Cela se déroule en cinq étapes :

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

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

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

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

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

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

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

**Définition du cas**

Un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année sont pris en compte (cas A). En psychiatrie, les cas qui passent toute l'année à l'hôpital sont également pris en compte (cas C). Depuis l'introduction de SwissDRG (2012), TARPSY (2018) ou ST Reha (2022), les cas qui sont réadmis dans les 18 jours sous certaines conditions sont regroupés (regroupement des cas).

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux

© Obsan 2025

## 2.4 Groupes de prestations

### 2.4.1 Soins aigus

Les cas en soins somatiques aigus ont été regroupés à l'aide du grouper développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), selon la systématique SPL2023, dans sa version *akut-2024.0.51*. Tous les cas de la MS sont attribués à un groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Chaque

groupe est clairement défini par des codes de diagnostic et de traitement spécifiques, sur la base de la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM). Les groupes de prestations peuvent être regroupés en domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH). Afin de rester en adéquation avec la stratégie cantonale « soins palliatifs », les soins palliatifs ont été identifiés sur la base des DRG et considérés comme un domaine propre (voir aussi rapport d'évaluation des besoins 2023). Les domaines de prestations sont présentés dans l'Encadré 2.

**Encadré 2 Domaines de prestations pour les soins aigus**

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

### 2.4.2 Psychiatrie

Pour la psychiatrie, il n'existe pas de système de planification utilisé par tous les cantons. Les cas de psychiatrie ont été regroupés à l'aide du groupeur développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), selon la systématique SPL2023, dans sa version *psy-2024.0.51*. Les taux d'hospitalisation par

groupe de prestations (GPPH) et par classe d'âge sont à la base des projections. Trois catégories d'âge ont également été définies pour la présentation des résultats, correspondant à la définition des mandats de prestations actuels du canton de Fribourg. Les domaines de prestations, groupes de prestations et catégories d'âge pour la psychiatrie sont présentés dans l'Encadré 3.

**Encadré 3 Domaines, groupes de prestations et catégories d'âges pour la psychiatrie**

Domaines de prestations	Groupes de prestations
Démences et délire	Démences et délire
Psychiatrie médico-légale	Intervention de crise en milieu carcéral Médecine pénitentiaire
Syndrome de dépendance	Syndrome de dépendance : alcool, médicaments et nicotine Syndrome de dépendance : drogues Syndrome de dépendance non lié à une substance
Traitement mère enfant	Traitement mère enfant
Troubles psychotiques et bipolaires	Schizophrénie, troubles schizoaffectifs et délirants, catatonies Manies, troubles bipolaires et cyclothymie
Troubles dépressifs	Troubles dépressifs, dysthymie, troubles de l'adaptation et liés au stress
Troubles anxieux, obsessionnels et liés au stress	Troubles anxieux et phobiques Troubles obsessionnels, impulsifs et tics Syndrome du stress post-traumatique
Troubles de la personnalité	Troubles de la personnalité
Troubles dissociatifs et somatoformes, syndrome douloureux	Troubles dissociatifs et somatoformes, syndrome douloureux
Troubles de l'alimentation	Anorexie, boulimie, syndrome d'hyperphagie incontrôlé et obésité
Troubles de l'attention-hyperactivité	Troubles de l'attention-hyperactivité
Trouble du spectre de l'autisme	Trouble du spectre de l'autisme
Troubles du comportement social	Troubles du comportement social
Troubles en lien avec la sexualité	Troubles en lien avec la sexualité
Troubles du sommeil non organiques	Troubles du sommeil non organiques
Troubles spécifiques du nourrisson et de l'enfant	Troubles spécifiques du nourrisson et de l'enfant
Déficiência intellectuelle	Traitement des patients présentant une déficiencia intellectuelle
Catégories d'âge	Définitions
Pédopsychiatrie	Moins de 18 ans
Psychiatrie adulte	18 à 64 ans
Psychogériatrie	65 ans et plus



### 2.4.3 Réadaptation

Pour la réadaptation non plus, il n'existe pas système de planification utilisé par tous les cantons. Le canton de Fribourg s'appuie sur les recommandations de la CDS concernant le système de planification type et les définitions des domaines de réadaptation (CDS 2022). Ces recommandations permettent de fonder les planifications cantonales sur des domaines définis de manière uniforme tout en organisant les groupes de prestations, les domaines de prestations ou les domaines transversaux de façon à tenir compte des réalités cantonales. Dans une première étape, les cas de réadaptation ont été regroupés dans des groupes de prestations (GPPH) et des domaines de prestations (DPPH) à l'aide du groupeur développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), selon la systématique SPL2023, dans sa version la plus récente au moment des calculs, à savoir la version *reha\_ges-2025.0.5a*. Non encore officielle, cette version présente l'avantage d'identifier les cas de réadaptation gériatrique. Ce domaine est composé de deux groupes distincts : la réadaptation gériatrique de base et la réadaptation gériatrique spécialisée.

Les patients en réadaptation gériatrique de base sont moins complexes et peuvent bénéficier d'un traitement gériatrique de liaison. Pour la réadaptation gériatrique spécialisée, les prestataires doivent répondre à des exigences plus élevées en termes de personnel spécialisé (un service de réadaptation gériatrique ou gériatre membre de l'équipe). Dans le canton de Fribourg, la réadaptation gériatrique est traitée comme un domaine de prestations, et non comme un domaine transversal. Par ailleurs, le groupeur zurichois est très restrictif en ce qui concerne les diagnostics psychiatriques en réadaptation. Seule la réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques est considérée. Comme le prévoient les recommandations de la CDS, le canton de Fribourg a considéré la réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques comme un groupe de prestations au sein du domaine de prestations « réadaptation psychosomatique ». Dans ce domaine ont également été considérés les cas non attribuables avec un diagnostic principal F (groupe « réadaptation psychosomatique »). Les domaines et groupes de prestations retenus pour la planification hospitalière fribourgeoise sont présentés dans l'Encadré 4.

**Encadré 4 Groupes de prestations pour la réadaptation**

Domaines de prestations	Groupes de prestations
Musculo-squelettique	Musculo-squelettique général
	Rhumatisme inflammatoire
	Polytraumatisme sans lésion cérébrale
	Amputations
	Brûlures
Neurologique	Neurologique général
	Neurologique avec symptômes neuro-psychiatriques sévères
	Sclérose en plaque (stade avancé)
	Parkinson (stade avancé, évaluation)
	Polytraumatisme avec lésion cérébrale
Réadaptation des paraplégies	Paraplégie et syndromes de type paraplégique
Cardio-vasculaire	Cardio-vasculaire général
	Cardio-vasculaire après transplantation cardiaque/cœur artificiel
Pulmonaire	Pulmonaire général
	Hypertension pulmonaire/transplantation pulmonaire
Médecine-oncologie	Médecine
	Oncologie
Réadaptation psychosomatique	Réadaptation psychosomatique
	Réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques
Réadaptation gériatrique	Réadaptation gériatrique de base
	Réadaptation gériatrique spécialisée

## 2.5 Calcul de la durée de séjour

De façon générale, les durées de séjour sont calculées selon les règles et définitions prévues par le système tarifaire SwissDRG pour chacun des trois domaines (SwissDRG 2024).

### 2.5.1 Soins aigus

Pour les soins aigus (y compris la gériatrie aiguë), la durée de séjour est calculée de la façon suivante :

**Date de sortie – date d'entrée – jours de congé**

Le jour d'entrée<sup>7</sup> et chaque jour d'hospitalisation supplémentaire sont comptés dans la durée de séjour, excepté le jour de transfert ou de sortie. Les jours entiers de congé ne sont pas comptés dans la durée de séjour. De plus, dans les analyses de l'Obsan, la durée de séjour est limitée à 365 jours.

### 2.5.2 Psychiatrie et réadaptation

De façon générale, le nombre de jours de soins est calculé comme suit :

**Date de sortie – date d'entrée – jours de congé + 1**

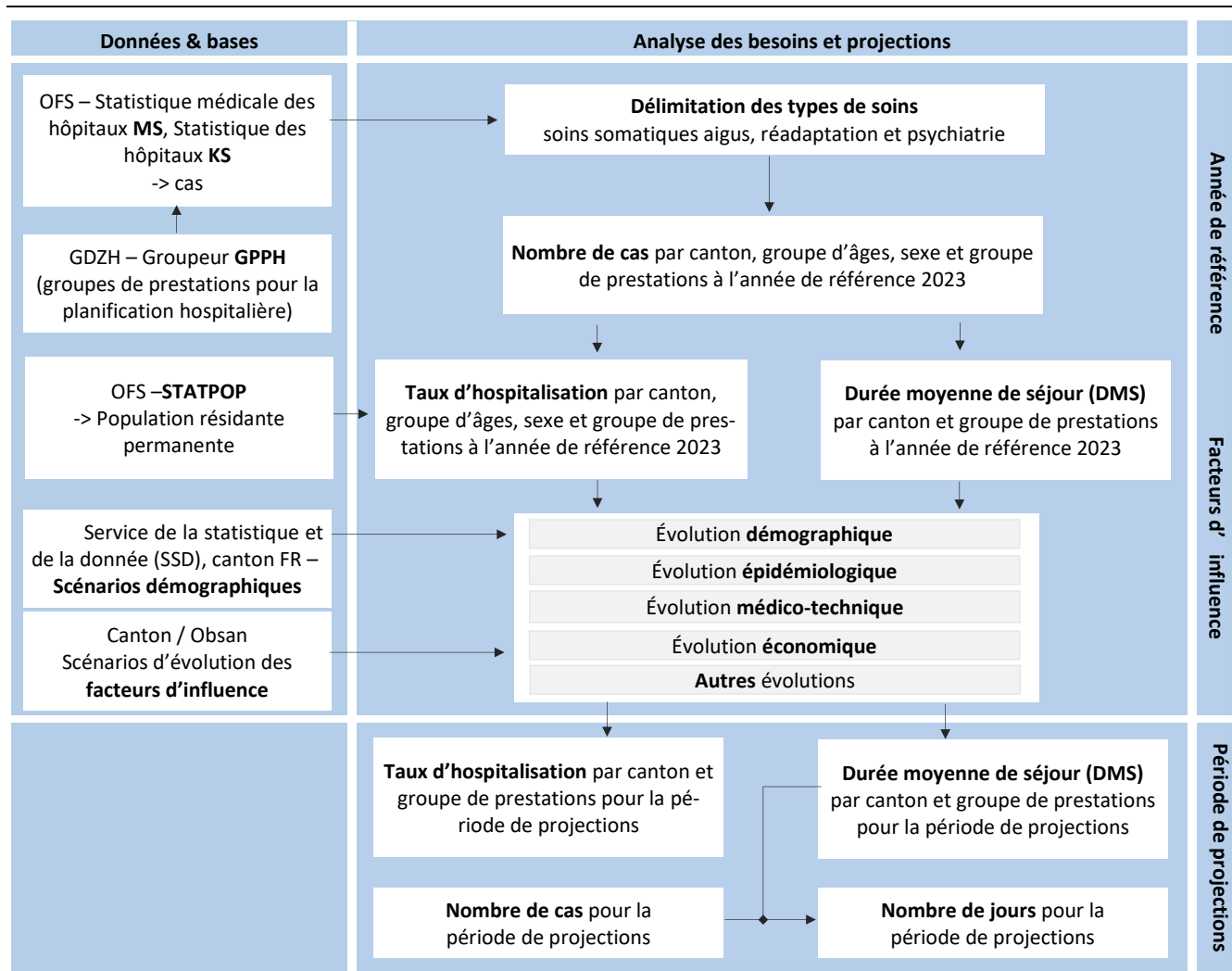
Le jour d'entrée<sup>5</sup> et chaque jour d'hospitalisation supplémentaire sont comptés comme jours de soins, excepté le jour de transfert. Les jours entiers de congés ne sont pas comptés comme jours de soins. De plus, dans les analyses de l'Obsan, la durée de séjour est limitée à 365 jours.

## 2.6 Modèle de projection

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer, l'Obsan a élaboré en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS) un modèle de projection du nombre de cas et de jours de soins qui sert de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et alémaniques. Le dossier de l'Obsan n° 32 (Weaver et al., 2009) contient une documentation détaillée sur le modèle ainsi que sur la méthodologie sous-jacente. Le modèle utilisé actuellement est une version révisée de ce modèle permettant de mieux tenir compte de l'exigence de prendre en compte les divers facteurs d'influence. La figure G 2.1 montre une représentation schématique du modèle de projection. La technique de projection ainsi que les facteurs d'influence déterminants sont expliqués ci-après.

<sup>7</sup> Si le jour de son entrée, un patient est transféré dans un autre hôpital ou décède, le jour d'entrée compte pour un jour.

### G 2.1 Modèle de projection de l'Obsan pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires



Source: propre représentation

© Obsan 2025

#### 2.6.1 Technique de projection

Contrairement à ce que l'on appelle l'extrapolation de tendance ou les modèles de séries temporelles, dans lesquels les projections s'effectuent sur la base des tendances observées dans le passé, le modèle de projection de l'Obsan se base uniquement sur une année de référence, généralement l'année de données la plus récente. En effet, l'extrapolation de tendance nécessite des séries temporelles stables. Dans le contexte de la planification hospitalière, cela n'est pas garanti. Les systèmes de classification médicale utilisés pour coder les diagnostics et les traitements - notamment CHOP et CIM - sont adaptés en permanence à l'évolution des

conditions. De ce fait, les groupes de prestations sur lesquels se base la planification hospitalière sont également mis à jour chaque année. Ces adaptations sont essentielles, mais elles ont pour conséquence qu'il n'existe pas forcément de séries temporelles stables au niveau de tous les groupes de prestations. Par ailleurs, la pandémie de Covid-19 a largement influencé les données récentes, particulièrement l'année 2020 qui relève d'une situation extraordinaire avec de nombreuses hospitalisations en urgence et également un nombre considérable d'annulations et/ou de reports d'interventions électives. Pour toutes ces raisons, il est plus judicieux de se baser sur l'année la plus récente pour les projections, c'est-à-dire l'année 2023. Dans le

modèle de projection de l'Obsan, seuls sont intégrés les facteurs d'influence et les évolutions pour lesquels il existe des évidences empiriques ou un large consensus parmi les spécialistes, et uniquement à condition que ces évolutions soient quantifiables.

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

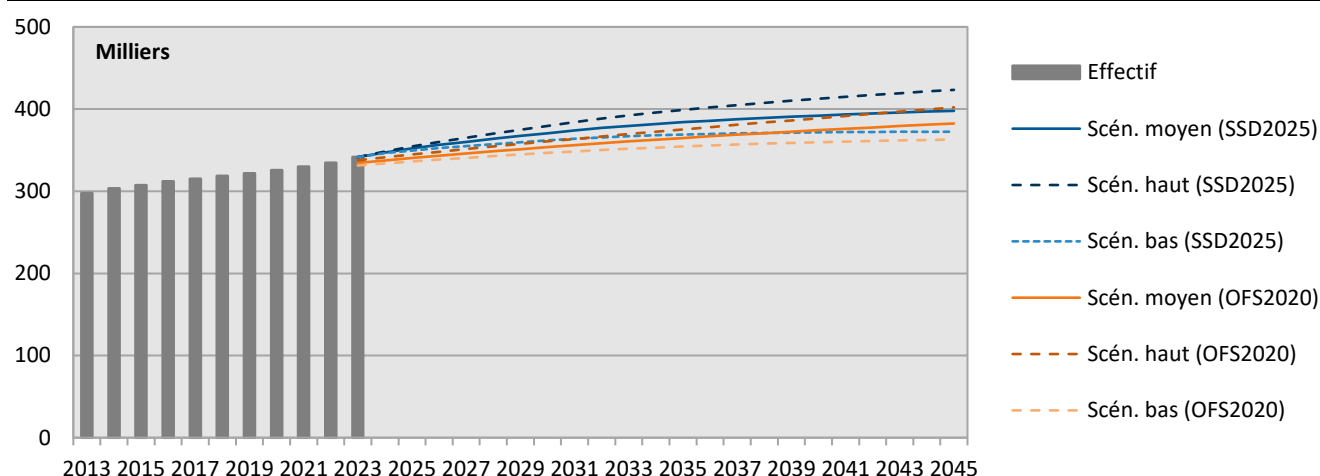
1. Identification des prestations pertinentes pour l'évaluation des besoins : la délimitation des domaines de soins somatiques aigus, de psychiatrie et de réadaptation parmi les cas de la statistique médicale est ici décisive.
2. Calcul du nombre de cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et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

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

## 2.6.2 Évolution démographique

Les perspectives démographiques constituent un outil majeur pour la planification du système des soins et sont intégrées dans le modèle de projection de l'Obsan. Dans le rapport d'évaluation des besoins 2023, les scénarios de l'OFS 2020 avaient été utilisés. Les événements récents (notamment pandémie de Covid-19, guerre en Ukraine, baisse de la natalité) ont eu un impact majeur sur l'évolution de la population ces dernières années, rendant judicieuse la prise en compte des nouvelles projections démographiques pour l'évaluation des besoins. À la fin de l'année 2023, la population résidente du canton de Fribourg s'élevait à 341 537 personnes (G 2.2). Depuis 2013, la population du canton n'a cessé d'augmenter, enregistrant près de 44 000 personnes de plus en 10 ans soit une augmentation de 14,8%. Pour la période allant de 2023 à 2045, le scénario moyen du SSD prévoit que la population résidente du canton de Fribourg passe à 397 771 personnes à l'horizon 2045 (+56 234 par rapport à 2023). Les scénarios bas et haut établissent une fourchette allant respectivement de 372 246 (+30 709) à 423 338 personnes (+81 801). Si on compare ces résultats avec les précédentes projections utilisées, on observe que les nouvelles projections attendent une croissance supérieure de la population dans son ensemble (toutes classes d'âge confondues) et que l'intervalle entre les scénarios minimum et maximum tend à augmenter. En revanche, le taux de croissance annuel en moyenne devrait être inférieur à 1% quel que soit le scénario, donc moins soutenu que celui des dix dernières années (TCAM de 1,4%).

## G 2.2 Population résidente permanente et projections démographiques selon différents scénarios, 2013-2045



### Population résidente, 2013-2023

Canton	Population		Δ 2013-2023		
	2013	2023	n	%	TCAM
FR	297 622	341 537	+43 915	+14,8%	+1,4%

### Projections démographiques, 2023-2045

Scénario démographique	Population		Δ 2023-2045		
	2023	2045	n	%	TCAM
Bas (SSD2025)	341 537	372 246	+30 709	+9,0%	+0,4%
Moyen (SSD2025)	341 537	397 771	+56 234	+16,5%	+0,7%
Haut (SSD2025)	341 537	423 338	+81 801	+24,0%	+1,0%
Bas (OFS2020)	334 467	362 936	+28 469	+8,5%	+0,4%
Moyen (OFS2020)	337 616	382 422	+44 806	+13,3%	+0,6%
Haut (OFS2020)	331 381	402 028	+70 647	+21,3%	+0,9%

Source : OFS – STATPOP; SSD (résultats provisoires) et OFS – projections démographiques cantonales

© Obsan 2025

Note : Les résultats selon les projections OFS2020 représentent la population projetée en 2023 et 2045, tandis que les résultats selon les projections SSD2025 montrent la population projetée en 2045 et effective en 2023 (selon STATPOP).

TCAM : taux de croissance annuel moyen

Les pyramides des âges selon les nouvelles et anciennes projections à l'aide du scénario moyen mettent en évidence les évolutions récentes mentionnées en début de section : diminution du nombre de naissances, augmentation de la population active et réduction relative de la population âgée (G 2.3). Les résultats des parts relatives par classe d'âge montrent la situation effective en 2023 (SSD2025) comparés à ce qui était prévu par les précédents scénarios démographiques (OFS2020). On voit en particulier que la part

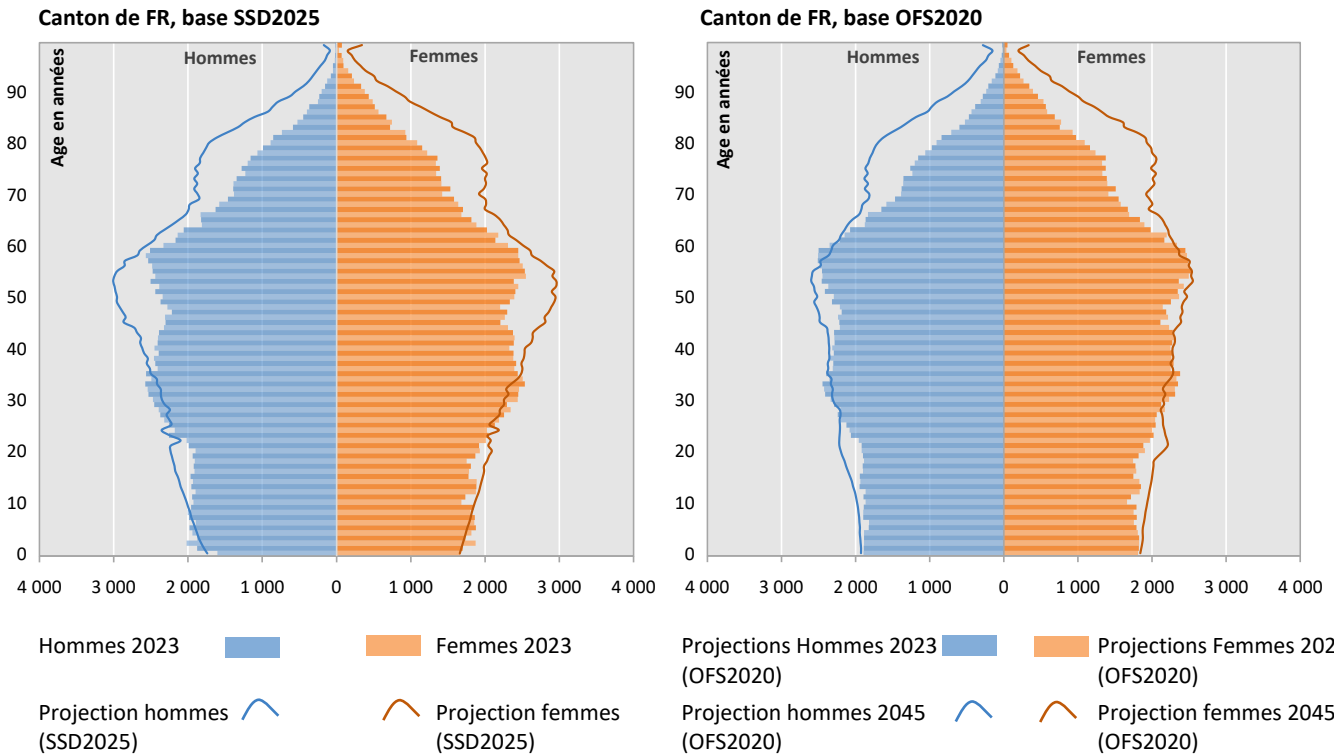
de la classe d'âge des 18-39 ans est plus forte qu'il était prévu en 2023 (29,3% contre 28,5%), tandis que celles des personnes âgées de 60-79 ans et de 80 ans et plus sont moins élevées (18,7% et 4,3%, contre 19,1% et 4,7%). D'ailleurs, le scénario moyen de l'OFS prévoyait une augmentation du rapport de dépendance des jeunes<sup>8</sup> d'un point de pourcentage, tandis que dans le nouveau scénario, il diminue de 2 points. Cela s'explique par le fait que dans les nouveaux scénarios, le nombre de jeunes augmentera moins fortement que

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

prévu dans les anciens scénarios, tandis que le nombre d’actifs augmentera davantage. Quant au rapport de dépendance des personnes âgées<sup>9</sup>, il augmentera de 13 points de pourcentage selon les nouveaux scénarios, contre 16 points prévus auparavant. Là aussi, cet écart s’explique essentiellement par la plus forte progression attendue des actifs dans les nouveaux scénarios. De plus, le nombre de personnes âgées devrait

fortement augmenter, mais légèrement moins que ce qui avait été prévu dans les précédents scénarios. La différence se voit surtout chez les personnes âgées de 80 ans et plus, dont la part devrait passer de 4,3% en 2023 à 8,3% en 2045, tandis que les anciens scénarios prévoyaient qu’ils passent de 4,7% à 9,4%.

G 2.3 Structure prospective de la population fribourgeoise, comparaison des projections démographiques, scénario moyen, 2023 et 2045

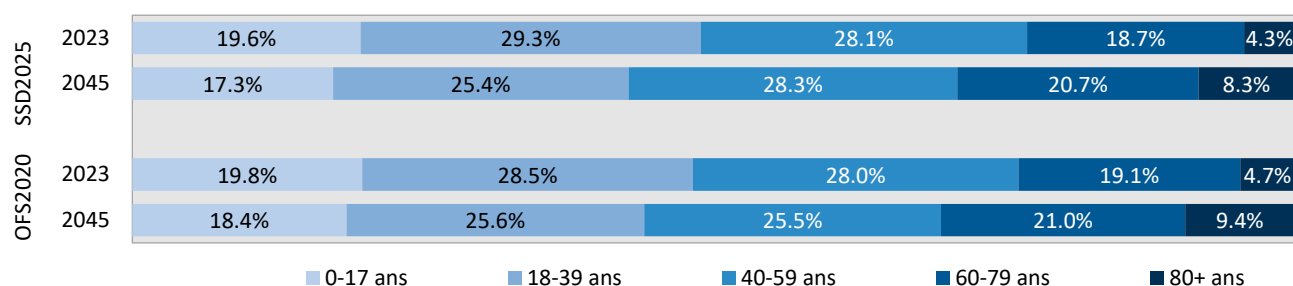


Chiffres-clés	FR (SSD2025)			FR (OFS2020)		
	2023	2045	Δ	2023	2045	Δ
Population	0,3 Mio.	0,4 Mio.	+16%	0,3 Mio.	0,4 Mio.	+14%
Rapport de dépendance des jeunes	36%	34%	-2 pp.	36%	38%	+1 pp.
Rapport de dépendance des personnes âgées	27%	40%	+13 pp.	29%	45%	+16 pp.

pp. = points de pourcentage, Δ = Différence (Delta)

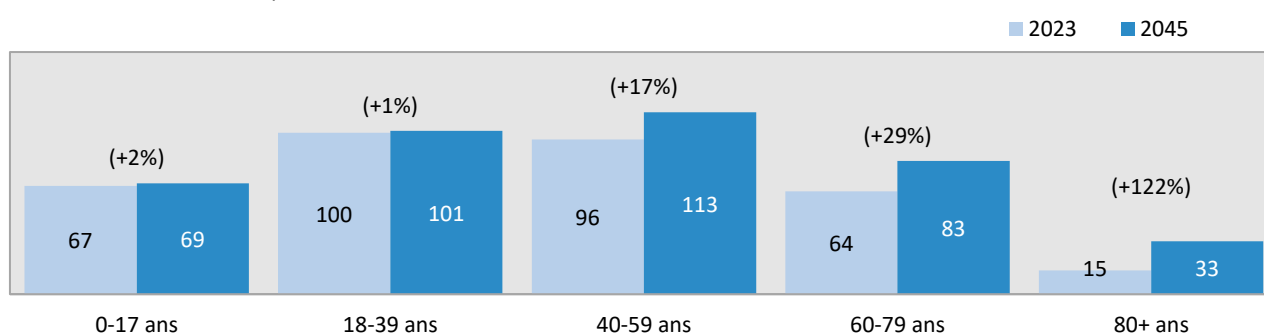
<sup>9</sup> Rapport de dépendance des personnes âgées: 65+ ans / 20–64 ans

### Parts relatives par classe d'âge, FR, selon les projections SSD2025 et OFS2020, 2019 et 2035



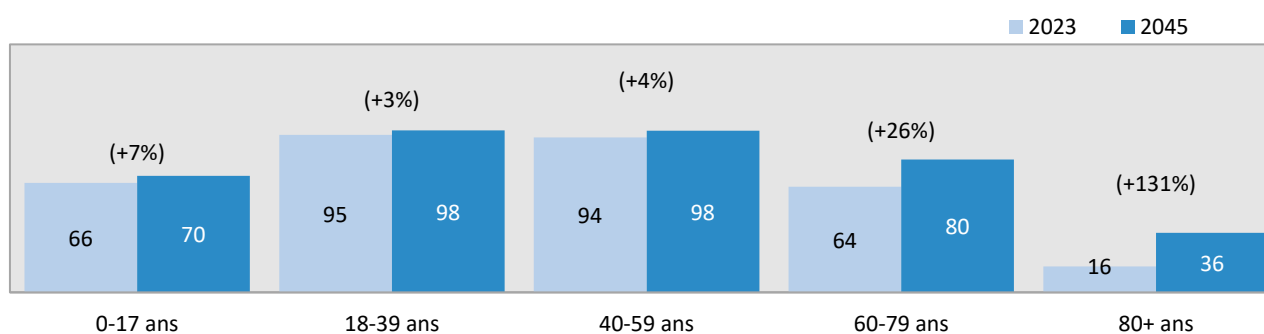
### Population résidente (en milliers) par classe d'âge, FR selon les projections SSD2025

Taux de croissance en % entre parenthèses



### Population résidente (en milliers) par classe d'âge, FR selon les projections OFS2020

Taux de croissance en % entre parenthèses



Note : Les résultats selon les projections OFS2020 représentent la population projetée en 2023 et 2045, tandis que les résultats selon les projections SSD2025 montrent la population projetée en 2045 et effective en 2023 (selon STATPOP).

Sources : OFS – STATPOP, projections démographiques SSD2025 (résultats provisoires) et OFS2020

© Obsan 2025

Dans les années à venir, les effets du vieillissement démographique devraient clairement se manifester, même si les évolutions démographiques récentes et la mise à jour des projections entraînent des progressions légèrement moins fortes des domaines/prestations auxquels les personnes âgées recourent le plus (réadaptation, certaines prestations des soins aigus

comme vaisseaux, cœur, etc.). A contrario, les prestations qui concernent davantage la population active, en particulier la psychiatrie (adulte), devraient enregistrer des augmentations plus importantes. Notons encore qu'après le pic de 2021, les naissances ont fortement diminué. Cela contraste avec les projections dé-

mographiques de la classe d'âge 0, composée essentiellement des naissances, qui est supposée se situer en 2024 à un niveau supérieur à 2023, soit entre les effectifs de 2021 et de 2022. Si les projections s'avèrent trop optimistes<sup>10</sup>, la projection des naissances pourrait être surestimée en 2024, voire les années suivantes si la baisse des naissances devait se poursuivre ou si les naissances devaient stagner au niveau de 2023.

### 2.6.3 Autres facteurs

Outre l'évolution démographique, d'autres facteurs peuvent influencer les futurs besoins en soins. Il s'agit en particulier des conditions-cadres économiques, des changements épidémiologiques et des développements médico-techniques. Ces évolutions peuvent affecter la fréquence des hospitalisations et leur durée. Il est possible d'intégrer de tels facteurs d'influence supplémentaires dans le modèle de projection des besoins en soins sous la forme de scénarios sur les taux d'hospitalisation. Dans cette section, seules les hypothèses retenues par le canton de Fribourg seront développées, car les éléments généraux ont déjà été décrits en détail dans le précédent rapport de 2023 (voir section 2.7.3).

#### *Évolution de la situation économique, transfert vers l'ambulatoire*

Afin d'encourager le transfert vers le secteur ambulatoire, plusieurs cantons ont introduit pour les soins somatiques aigus dès 2017 des listes de prestations chi-

urgicales qui, sauf contre-indication médicale justifiée, doivent être effectuées en ambulatoire. La Confédération a également édicté des prescriptions en la matière en adaptant l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)<sup>11</sup>. Ces prescriptions s'appliquent au niveau national et sont connues sous la désignation « L'ambulatoire avant le stationnaire ». Elles concernaient d'abord six groupes d'interventions chirurgicales, avant d'être étendues. En effet, la Confédération a décidé de modifier l'OPAS (annexe 1a) sur la base d'un rapport d'évaluation commandé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), recommandant l'harmonisation des différentes listes existantes dans les cantons et la Confédération à l'échelle suisse. L'annexe 1a de l'OPAS a donc été adaptée à cet effet au 1<sup>er</sup> janvier 2023<sup>12</sup> avec une liste composée de 18 groupes d'interventions qui doivent désormais être réalisées en ambulatoire, à moins que des circonstances particulières n'exigent une hospitalisation. C'est cette liste élargie qui a été utilisée pour la mise à jour des projections du canton de Fribourg, tandis que lors de la première évaluation des besoins, la liste réduite avait été considérée. Les différences au niveau des groupes d'interventions sont résumées dans l'Encadré 5 ci-dessous.

Pour le canton de Fribourg, le nombre de cas identifiés avec une telle intervention s'élève à 1436 en 2023. Tous ces cas pour lesquels des soins ambulatoires sont en principe possibles ne sont pas nécessairement traités en ambulatoire, par exemple lorsqu'il existe des maladies secondaires graves ou que d'autres interventions nécessitant l'hospitalisation sont effectuées au cours du même séjour. C'est pourquoi, dans une deuxième étape, on examine quels cas, parmi ceux

#### **Encadré 5 : Groupes d'interventions selon la liste**

##### *Liste initiale au 1er janvier 2019*

Amygdalectomie, arthroscopie du genou, col utérin, utérus, hernie inguinale, hémorroïdes, varices

##### *Élargissement au 1<sup>er</sup> janvier 2023*

Ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO), cataracte, chirurgie de la main, chirurgie du pied, circoncision, ESWL, examens cardiologiques, PTA, pacemaker, fistule anale, hernie ombilicales.

<sup>10</sup> Comme le suggèrent les résultats provisoires des naissances 2024 de l'OFS au niveau suisse (<https://www.bfs.admin.ch>)

<sup>11</sup> La modification de l'OPAS est entrée en vigueur le 1er janvier 2019 (voir art. 3c et annexe 1a, OPAS)

<sup>12</sup> <https://www.bag.admin.ch>



identifiés précédemment, remplissent certains critères pour une hospitalisation. Pour ce faire, les critères de l'OFSP sont aussi déterminés dans l'annexe 1a de l'OPAS. Certains peuvent être identifiés à l'aide de la statistique médicale : 213 cas répondant aux critères réduisent le potentiel de transfert pour le canton de Fribourg à 1223 cas en 2023. D'autres critères ne peuvent pas être identifiés. Cette impossibilité d'identifier précisément les critères justifiant une hospitalisation dans la statistique médicale conduit à une surestimation des cas transférables. Pour tenir compte de cette situation, il convient d'estimer le pourcentage de cas qui pourront raisonnablement être transférés vers le secteur ambulatoire. Le canton de Fribourg a estimé ces pourcentages comme suit : 70% du potentiel de transfert dans le scénario minimum, 40% dans le scénario de base et 10% dans le scénario maximum à l'horizon 2030. A titre de comparaison, sur la base des données médicales 2019 et de la liste réduite des groupes d'interventions, le potentiel de transfert était estimé à 596<sup>13</sup> cas dans le rapport d'évaluation des besoins de 2023 (voir section 3.2.2, T 3.22) et l'estimation du pourcentage réellement transférable était également de 70%, 40% et 10% selon le scénario.

Pour la psychiatrie, le canton de Fribourg considère comme possible un transfert vers l'ambulatoire et maintient l'hypothèse d'une baisse de 10% des taux d'hospitalisation dans le scénario minimum<sup>14</sup>. En effet, les cliniques de jour représentent une solution de substitution, du moins partielle, à la prise en charge en stationnaire et cela pour toutes les classes d'âge.

### *Évolutions épidémiologiques*

Comme dans l'évaluation des besoins de 2023 (voir section 2.7.3 du rapport), le vieillissement démographique est considéré comme le facteur d'influence épidémiologique central, et est intégré dans les projections via les scénarios démographiques du Service de la statistique et de la donnée du canton de Fribourg.

En raison du manque de preuves empiriques qui permettraient de quantifier les effets épidémiologiques, et en s'appuyant sur les travaux de la GDZH (2021), il est renoncé à intégrer des développements épidémiologiques supplémentaires dans le modèle.

### *Développements médico-techniques*

Comme dans l'évaluation des besoins de 2023 (voir section 2.7.3 du rapport), l'actualisation s'appuie sur les travaux réalisés dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Zurich (cf. GDZH, 2021 ; Hess et al. 2009, 2016). Sur cette base, il est possible de quantifier des effets significatifs sur les besoins projetés du domaine de prestations de l'orthopédie<sup>15</sup>. On s'attend à une augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et des reprises de prothèse de genou (BEW7.2.1). Cette hypothèse est étayée par l'augmentation de ces interventions au cours des dernières années, ce qui signifie qu'une reprise de ces prothèses est nécessaire. Ces effets se répercutent sur la réadaptation, puisqu'un certain nombre de cas supplémentaires en soins aigus effectueront un séjour consécutif en réadaptation musculo-squelettique. Pour les autres domaines de prestations en soins aigus, aucune évolution médico-technique ayant un impact sur les besoins futurs en prestations n'est prise en compte dans le modèle de projection. Pour la réadaptation et la psychiatrie, les travaux réalisés par l'Institut d'économie de la santé de Winterthur dans le cadre de la planification hospitalière zurichoise, basés sur une revue de la littérature et des entretiens d'experts, suggèrent que le développement médico-technique est peu susceptible d'influencer les taux d'hospitalisation en réadaptation et en psychiatrie (Höglinger et al., 2019). En réadaptation stationnaire, des innovations sont mentionnées (robotique, exosquelette, dispositifs assistés, prothèses électroniques, stimulations électriques, interfaces cerveau-ordinateur, applications de réalité virtuelle et applications de télémédecine) sans qu'il en résulte un changement significatif du nombre

<sup>13</sup> 638 cas avec intervention permettant le transfert, moins 42 cas répondant aux critères pour un séjour stationnaire

<sup>14</sup> Le canton de Schaffhouse avait également émis une hypothèse qui allait dans ce sens (Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen, 2021).

<sup>15</sup> L'hypothèse d'une réduction des cas du groupe de prestations NEU3 (maladies cérébrovasculaires) au profit du groupe NEU3.1

(Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (CIMHS)) visant à prendre en charge un tiers des cas dans le second groupe avait été calculée sur la base d'une précédente version du grouper zurichois, qui a été corrigée dans l'intervalle. Cette hypothèse a par conséquent été abandonnée.

de cas de réadaptation stationnaire. En psychiatrie, l'influence du développement médico-technique sur le nombre de cas ne semble pas pertinente actuellement. En se basant sur ces travaux, aucun effet lié aux évolutions médico-techniques n'a été pris en compte ni en psychiatrie, ni en réadaptation excepté celui qui découle logiquement de l'évolution attendue dans les soins aigus : l'augmentation des reprises des prothèses de hanche et de genou entraînera une augmentation des séjours consécutifs en réadaptation.

### *Besoins et recours*

Comme mentionné au point 2.6.1, le modèle de projection utilise les taux d'hospitalisation de l'année de référence (par groupe de prestations, canton de résidence, sexe et groupe d'âges) comme base des projections des besoins en prestations. Ces taux d'hospitalisation résultent du recours effectif de la population résidente du canton au cours de l'année de référence. Le modèle de projection permet d'introduire différents scénarios de convergence des taux d'hospitalisation lorsque les taux de recours cantonaux sont considérés comme inadéquats. Concrètement, au lieu du taux cantonal, on prend comme référence le taux d'hospitalisation au niveau suisse par sexe, groupe d'âges et groupe de prestations. Selon le scénario, différentes hypothèses peuvent être formulées en vue de converger les taux cantonaux vers la moyenne nationale. Pour le canton de Fribourg, des scénarios de convergence n'ont pas été jugés pertinents, comme lors de la précédente évaluation des besoins (voir section 2.7.3 du rapport), sauf lorsque le canton n'enregistre qu'un petit nombre de cas (moins de cinq) par groupe de prestations. En effet, lors d'un très petit nombre de cas au niveau cantonal, parfois même aucun, la fluctuation d'année en année peut être importante et la convergence vers les taux suisses pour les groupes de prestations concernés permet de baser les projections sur des résultats moins volatils en prenant comme référence un point de départ plus fiable. Dans un tel cas, les trois scénarios sont concernés et la convergence est totale. L'impact de cette correction sur le nombre total de cas est naturellement marginal.

### *Autres développements*

Lors des votations cantonales du 9 juin 2024, le contre-projet à l'initiative « Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité » a été accepté par la population fribourgeoise. Ce contre-projet prévoit le renforcement du système de santé dans son ensemble et des solutions adaptées aux différentes situations d'urgence. Les mesures prévues par ce contre-projet, notamment le renforcement des permanences médicales dans toutes les régions du canton et le développement progressif d'équipes mobiles infirmières pour des interventions urgentes dans les lieux de vie 24/7 pourraient réduire à terme le nombre d'hospitalisations. Cette réduction concerne les soins aigus, plus précisément le paquet de base. Les hypothèses ont été formulées comme suit : entre 2027 et 2035 les mesures devraient permettre une réduction d'une, deux ou trois hospitalisations par jour selon le scénario (respectivement les scénarios minimum, de base et maximum).

### *COVID-19*

Si l'OMS ne considère plus le COVID-19 comme une urgence de santé publique internationale depuis mai 2023, la maladie continue d'avoir des répercussions sanitaires considérables dans le monde entier<sup>16</sup>. Le nombre de décès et d'hospitalisations directement imputables au COVID-19 a diminué grâce à l'immunité de la population, mais les conséquences sanitaires de l'infection et de la réinfection restent mal comprises. Une étude basée sur des données récoltées entre mai 2022 et juin 2024 au Danemark montre que le COVID-19 représente toujours un fardeau plus lourd que la grippe (influenza), en termes d'hospitalisations et de décès, et une maladie légèrement plus grave, surtout chez les personnes non vaccinées (Bager et al., 2025). En Suisse, les rapports hebdomadaires<sup>17</sup> de l'OFSP basés sur le système de surveillance des hospitalisations liées à la grippe et au COVID-19 (Covid-19 Hospital Based Surveillance : CH-SUR) montraient également un volume supérieur d'hospitalisations pour le COVID-19 par rapport à la

<sup>16</sup> <https://www.who.int/europe/fr/news/item/12-06-2023-with-the-international-public-health-emergency-ending--who-europe-launches-its-transition-plan-for-covid-19>

<sup>17</sup> <https://www.bag.admin.ch/> (rapport du 28.05.2024)

grippe entre septembre 2023 et mai 2024. Ce système est toutefois arrivé à échéance en 2024<sup>18</sup>.

Par ailleurs, un nombre grandissant d'études suggèrent que le COVID-19 est susceptible d'entraîner un fardeau de maladie s'étendant aux systèmes organiques pulmonaires et à différents systèmes extra pulmonaires (Davis et al., 2023 ; Ballouz et al., 2023 ; Xie et al., 2022 ; Pavel et al., 2022 ; Katsoularis, 2022 ; Douaud et al., 2022 ; Liu et al., 2022 ; Al-Aly et al., 2021), particulièrement pour les personnes atteintes de forme grave de COVID-19, mais pas uniquement. Une étude récente (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2024) souligne que les personnes atteintes de forme grave de COVID-19 sont plus susceptibles de souffrir à long terme, mais comme les personnes atteintes d'une forme légère sont beaucoup plus nombreuses, elles constituent la grande majorité des personnes souffrant d'effets à long terme du COVID-19 (aussi appelés « affections post-COVID-19 »<sup>19</sup>). Les répercussions de ces affections complexes sont susceptibles de se faire sentir sur le secteur ambulatoire et stationnaire et peuvent concerner tous les domaines de soins, notamment la réadaptation<sup>20</sup>, et tous les groupes d'âges. Plusieurs études semblent indiquer que les réinfections augmentent la mortalité globale et l'impact sur la santé, tant en phase aiguë que post-aiguë, et soulignent donc l'importance de la prévention

des réinfections (Babalola, et al., 2025 ; Al-Aly et al., 2024 ; Kuang et al., 2023 ; Bowe et al., 2022).

A noter aussi que l'impact épidémiologique du COVID-19 pourrait être atténué par des avancées technologiques médicales (p. ex. développement de vaccins alternatifs, notamment un vaccin nasal limitant la transmission, de nouveaux médicaments, par ex. antiviraux) et/ou des investissements dans la prévention des infections (p. ex. utilisation de technologies améliorant la qualité de l'air dans les espaces clos).

Pour toutes ces raisons, aucune hypothèse n'est formulée, mais la prise en compte des données médicales de 2023 au lieu de celles de 2019 présente l'avantage de capter l'activité hospitalière actuelle en lien avec les effets de ce nouveau virus. De plus, l'utilisation des nouvelles projections démographiques permet de corriger la surmortalité observée chez les personnes âgées, en particulier en 2020.

#### 2.6.4 Les hypothèses de projection en bref

Les facteurs d'influence explicités ci-dessus ainsi que les hypothèses retenues pour le canton de Fribourg sont résumés dans l'Encadré 6 pour les soins aigus, dans l'Encadré 7 pour la psychiatrie et dans l'Encadré 8 pour la réadaptation.

<sup>18</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/news/news-24-07-2024.html>

<sup>19</sup> [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)

<sup>20</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/post-covid-19-erkrankung/sprechstunden-rehaangebote.html#-1437939832>

**Encadré 6 : Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en soins somatiques aigus**

		3 SCENARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d' influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques du SSD FR	Scénario moyen selon les scénarios démographiques du SSD FR	Scénario haut selon les scénarios démographiques du SSD FR	Cas
	Convergence vers les taux de recours suisses	Aucune convergence, excepté lorsque le nombre de cas par GPPH est <5			
	Épidémiologie	Aucune hypothèse			
	Médico-technique: orthopédie	Pas d'évolution attendue	Augmentation des reprises de prothèse de hanche (BEW7.1.1) et de prothèse de genou (BEW7.2.1), selon travaux GD-ZH	Augmentation supérieure de 50% par rapport au scénario de base.	
	Transfert vers l'ambulatorioire (AVOS)	70% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS per 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2030	40% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS per 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2030	10% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS per 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2030	
	Effet « Mesures contre-projet »*	Baisse linéaire des hospitalisations de 2027 à 2035 dans le groupe de prestations « Paquet de base » pour arriver à 3 unités par jour de moins dès 2035	Baisse linéaire des hospitalisations de 2027 à 2035 dans le groupe de prestations « Paquet de base » pour arriver à 2 unités par jour de moins dès 2035	Baisse linéaire des hospitalisations de 2027 à 2035 dans le groupe de prestations « Paquet de base » pour arriver à 1 unité par jour de moins dès 2035	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections	Jours

\*En 2024, les Fribourgeois ont accepté le contre-projet à l'initiative « H24 ». Ce contre-projet prévoit le développement des permanences médicales et la création d'équipes infirmières mobiles.

**Encadré 7 : Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en soins psychiatriques**

		3 SCENARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d' influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques du SSD FR	Scénario moyen selon les scénarios démographiques du SSD FR	Scénario haut selon les scénarios démographiques du SSD FR	Cas
	Convergence vers les taux de recours suisses	Aucune convergence, excepté lorsque le nombre de cas par GPPH est <5			
	Épidémiologie Médico-technique	Aucune hypothèse			
	Transfert vers l'ambula-toire	Baisse des taux de recours de 10% à l'horizon 2035, dans tous les domaines de presta-tions	Aucune hypothèse	Aucune hypothèse	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les pro-jections	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les pro-jections	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les pro-jections	Jours

**Encadré 8 : Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en soins de réadaptation**

		3 SCENARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d' influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques du SSD FR	Scénario moyen selon les scénarios démographiques du SSD FR	Scénario haut selon les scénarios démographiques du SSD FR	Cas
	Convergence vers les taux de recours suisses	Aucune convergence, excepté lorsque le nombre de cas par GPPH est <5			
	Épidémiologie	Aucune hypothèse			
	Médico-technique (en lien avec l'évolution attendue pour les soins aigus)	Pas d'évolution attendue	En lien avec la hausse des révisions des prothèses de la hanche et du genou, sous l'hypothèse que la part des cas qui enregistrent un séjour consécutif en réadaptation en 2023 reste stable.	En lien avec la hausse supérieure de 50% par rapport au scénario de base des révisions des prothèses de la hanche et du genou, sous l'hypothèse que la part des cas qui enregistrent un séjour consécutif en réadaptation en 2023 reste stable	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections	DMS du canton – La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections	Jours

### 3 Bibliographie

- Al-Aly, Z., Davis, H., McCorkell, L. & al. (2024). *Long COVID science, research and policy*. Nat Med 30, 2148–2164. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03173-6>
- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. (2021). *High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19*. Nature 594, 259–264. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- Babalola, T.K., Clouston, S.A.P., Sekendiz, Z., Chowdhury, D., Soriolo, N., Kawuki, K., Meliker, J., Carr, M., Valenti, B.R., Fontana, A., Melendez, O.A., Morozova, O., Luft, B.J. (2025). *SARS-CoV-2 re-infection and incidence of post-acute sequelae of COVID-19 (PASC) among essential workers in New York: a retrospective cohort study*. The Lancet Regional Health – Americas, Volume 42, 100984. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100984>
- Bager, P., Svalgaard, I.B., Lomholt, K.F., Emborg, H.D., Christiansen, L.E., Soborg, B., Hviid, A.; Vestergaard, L.S. (2025). *The hospital and mortality burden of COVID-19 compared with influenza in Denmark: a national observational cohort study, 2022–24*. The Lancet Infectious Disease. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00806-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00806-5)
- Bowe, B., Xie, Y. & Al-Aly, Z. *Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection* (2022). Nat Med 28, 2398–2405. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02051-3>
- CDS (2022). *Recommandation de la CDS : Système de planification type en réadaptation et définition des domaines de réadaptation du 24 novembre 2022*. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/Rehabilitation/Empfehlungen/EM\\_Musterplanungssystematik-Definitionen\\_20221124\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/Rehabilitation/Empfehlungen/EM_Musterplanungssystematik-Definitionen_20221124_def_f.pdf)
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. *SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank*. Nature (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>
- Füglister-Dousse, S., Merçay, C. (2023). *Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024*. Canton de Fribourg. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. <https://www.fr.ch/document/499101>
- Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen (2021). *Schaffhauser Spitalplanung 2023: Planungsbericht und Prognose 2030. Vorlage des Regierungsrats an den Kantonsrat vom 8. Juni 2021*. [www.sh.ch](http://www.sh.ch)
- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)
- Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009). *Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). <https://digitalcollection.zhaw.ch>
- Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016). *Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären*

- Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). <https://digitalcollection.zhaw.ch>
- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Katsoularis I, Fonseca-Rodríguez O, Farrington P, et al. (2022). *Risks of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and bleeding after covid-19: nationwide self-controlled cases series and matched cohort study*. BMJ (Clinical Research ed.). 2022 Apr; 377:e069590. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069590>.
- Liu Y, Chen Y, Wang Q, et al. (2022). *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study*. JAMA Neurol.; 79(5):509–517. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0461>
- OFS (2020). *Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020–2050*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/14963222/master>
- SwissDRG (2024). *Règles et définitions pour la facturation des cas selon Swiss-DRG, TARPSY et ST Reha (Version Mai 2024)*. [https://www.swissdrg.org/application/files/3617/1931/4517/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fallabrechnung\\_unter\\_Swiss-DRG\\_TARPSY\\_und\\_ST\\_Reha\\_f.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/3617/1931/4517/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_Swiss-DRG_TARPSY_und_ST_Reha_f.pdf)
- Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (document de travail 32)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch>
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B. et al. (2022). *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. Nat Med 28, 583–590. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>