

Question

Récemment, la Direction de la santé et des affaires sociales mettait en consultation sa future planification hospitalière. Membre du Conseil de fondation de l'hôpital Daler, j'ai eu l'occasion de traiter le sujet dans ce cadre et m'interroge sur plusieurs points. Je me permets par conséquent de poser au Conseil d'État les questions suivantes :

- 1) Pourquoi les milieux concernés, en l'occurrence les responsables de l'hôpital Daler, n'ont pas été associés au projet de planification hospitalière ?
- 2) Quels ont été les critères retenus dans le cadre de cette planification hospitalière car le critère économique, à savoir les relations prestations/coûts, la politique structurelle des établissements et les activités ambulatoires, ne semblent pas avoir été pris en considération ?
- 3) Pourquoi n'a-t-on pas tenu compte dans cette planification hospitalière des chiffres actuels et basé la planification sur les chiffres de 2005 ? Dans le cadre du Daler, l'orthopédie en 2007 a par exemple triplé par rapport à 2005. D'autre part, les chiffres utilisés de 2005 sont pour la plupart erronés.
- 4) La fermeture de la Clinique Garcia a-t-elle été prise en considération ?
- 5) L'hôpital Daler est réputé dans le cadre de la maternité et figure depuis 2006, dans ce domaine, comme leader dans le canton. Comment peut-on lui assigner cette tâche et ne pas lui reconnaître les urgences, à savoir ne pas lui donner la possibilité d'intervenir au bloc opératoire entre 18h00 et 8h00 ainsi que le week-end ?
- 6) Sur quelles bases a-t-on décidé de confier l'orthopédie à la clinique générale ?

Le 8 octobre 2007

Réponse du Conseil d'Etat

Le rapport de planification hospitalière mis en consultation en juillet 2007 faisait suite à l'acceptation partielle par le Conseil fédéral du recours des assureurs maladie contre la liste des hôpitaux du canton de Fribourg. Ceux-ci avaient contesté en particulier les missions de l'hôpital de Meyriez et les mandats de prestations attribués aux cliniques privées. Le délai de consultation pour ce rapport a pris fin en septembre 2007.

1) Pourquoi les milieux concernés, en l'occurrence les responsables de l'Hôpital Daler, n'ont pas été associés au projet de planification hospitalière ?

Dans la première phase du projet, les responsables de l'Hôpital Daler, à l'instar des organes décisionnels des autres hôpitaux, n'ont pas été associés aux réflexions puisqu'ils ne disposent pas de compétences formelles particulières pour définir la planification

hospitalière. En revanche, tous les établissements hospitaliers ont été entendus dans la phase de consultation et ont ainsi pu déposer leurs déterminations. Il en va de même, notamment, pour la société de médecine, les partis politiques, les régions, les collectivités publiques et les assureurs maladie. Par conséquent, tous les établissements hospitaliers, aussi bien privés que publics, ont été consultés sans négociations préalables particulières par souci d'égalité de traitement.

Il est néanmoins à relever que, suite au renouvellement du Conseil d'Etat et à l'élection d'une nouvelle Directrice en charge de la santé, plusieurs rencontres ont eu lieu durant le premier semestre 2007 entre la Direction de la santé et des affaires sociales (ci-après : DSAS) et les représentants de l'Hôpital Daler (27 avril 2007 et 24 mai 2007) ainsi que les représentants de la Clinique Générale (2 mai 2007 et 14 mai 2007). Si ces rencontres avaient principalement pour but une présentation réciproque des partenaires en présence ainsi qu'une visite des deux établissements, la question de la planification hospitalière a évidemment été abordée par les représentants des cliniques. A cette occasion, la DSAS s'est montrée ouverte à étudier d'éventuelles propositions de concentration ou de nouvelle répartition des missions entre les deux cliniques privées. L'Hôpital Daler a ainsi transmis à la DSAS un dossier décrivant la situation actuelle de l'établissement ainsi que les prévisions relatives à l'activité 2007. Sa « proposition » concernant la nouvelle planification hospitalière concluait au maintien de l'ensemble des prestations fournies actuellement.

2) *Quels ont été les critères retenus dans le cadre de cette planification hospitalière, car le critère économique, à savoir les relations prestations/coûts, la politique structurelle des établissements et les activités ambulatoires, ne semblent pas avoir été pris en considération ?*

L'ensemble des critères retenus figure dans le rapport de planification mis en consultation. Ils sont les suivants : garantie de la qualité des soins, dépassement des limites administratives, amélioration du taux de prise en charge intracantonale, maintien des soins de base et de proximité 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 et différenciation des niveaux de prise en charge.

Il n'y a donc pas qu'un seul critère qui a prévalu dans les choix retenus par la planification hospitalière, mais bien une combinaison de plusieurs critères. Le critère économique ne saurait donc de loin pas être considéré comme étant le seul à prendre en compte pour l'attribution des mandats de prestations. La jurisprudence du Conseil fédéral en matière de planification hospitalière confirme par ailleurs ce principe de prise en compte de facteurs multiples. Elle prévoit en effet que *« 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. Le choix entre plusieurs possibilités relève de l'appréciation du Conseil d'Etat »*.

La non limitation au seul critère financier est d'autant plus importante que, d'une part, les coûts varient fortement d'un exercice à l'autre et que, d'autre part, ils doivent être mis en relation avec les prestations fournies. Les simples comparaisons établies entre des coûts moyens ne sauraient à elles seules fonder des décisions probantes de planification. Ainsi, si l'Hôpital Daler semble effectivement afficher des coûts plus bas en chirurgie orthopédique que la Clinique Générale, à l'inverse, cette dernière présente des coûts plus bas en chirurgie générale. Il ne serait ainsi pas concevable, suivant le seul critère économique, d'attribuer toute la chirurgie générale à la Clinique Générale et la Chirurgie orthopédique à l'Hôpital Daler.

La concentration de missions exigée par les assureurs maladie et l'attribution de mandats différenciés demandée par le Conseil fédéral, ont amené la DSAS à favoriser la création de pôles de compétence entre les deux établissements (ophtalmologie, obstétrique et urologie à l'Hôpital Daler et chirurgie orthopédique et ORL à la Clinique Générale) tout en maintenant des prestations de base communes aux deux établissements (chirurgie générale et médecine notamment).

Concernant les activités ambulatoires, le rapport de planification hospitalière en tient compte en ce qui concerne l'activité de semi-hospitalisation. Bien que la planification selon l'article 39 de la loi fédérale sur l'assurance maladie ne peut porter que sur l'activité hospitalière stationnaire, il est néanmoins important de pouvoir connaître également les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine semi-hospitalier. Une enquête a donc été réalisée auprès de tous les établissements pour obtenir les données relatives aux périodes 2005 et 2006. Les résultats figurent dans le rapport qui précise, par ailleurs, qu'à l'exception 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. Il y a donc lieu d'en tenir compte lors de l'attribution des mandats.

Enfin, par le projet de planification hospitalière mis en consultation, la DSAS reconnaît l'importance des deux cliniques privées dans la prise en charge de la population fribourgeoise. Alors que la précédente planification de 1997 prévoyait 110 lits pour les deux établissements, la planification actuelle en propose près de 120.

3) Pourquoi n'a-t-on pas tenu compte dans cette planification hospitalière des chiffres actuels et basé la planification sur les chiffres de 2005 ? Dans le cadre du Daler, l'orthopédie en 2007 a par exemple triplé par rapport à 2005. D'autre part, les chiffres utilisés de 2005 sont pour la plupart erronés.

La planification hospitalière s'est basée sur les données 2005, car il s'agit des derniers chiffres disponibles répondant aux exigences d'exhaustivité fixées par la jurisprudence, en particulier pour ce qui est de la comptabilisation des séjours hospitaliers hors canton.

Cette exigence figure aussi bien dans la première décision fédérale du 15 mai 2002 que la seconde du 15 février 2006. En effet, le Conseil fédéral a indiqué au Conseil d'Etat en 2002 que « *pour déterminer les besoins en lits de la population cantonale, le Conseil fédéral demande de prendre en compte les cas d'exportation et les cas d'importation de patients. Le solde de cet import-export est en effet susceptible d'affecter l'offre à mettre à disposition dans le canton, respectivement à l'extérieur du canton* » et en 2006 que « *Si les cantons disposent d'une marge d'appréciation en matière de planification, la jurisprudence a toutefois fixé de critères qu'ils doivent respecter. Indépendamment de la méthode suivie, ils doivent notamment procéder à une analyse des besoins de la population en prestations hospitalières. Une planification n'est ainsi complète que si les aspects suivants ont été examinés, sur la base des données actuelles : développement démographique, nombre et durée des hospitalisations, taux d'occupation effectif des lits, flux de patients intra- et inter-cantonaux.* ».

Le Conseil d'Etat entend donc se conformer à la législation et à la jurisprudence en vigueur en basant sur des données exhaustives comprenant également les cas des patients hospitalisés hors canton.

Néanmoins, les données 2006 ou 2007, même partielles, n'ont pas du tout été négligées. Elles ont fait l'objet d'un examen particulier pour déterminer dans quelle mesure elles pouvaient avoir une influence sur les choix futurs. Les propositions faites par le rapport de

planification hospitalière en juillet 2007 l'ont été en connaissance des chiffres des dernières années et plus particulièrement des cas affichés par l'Hôpital Daler en orthopédie en 2006 et durant la première moitié de l'année 2007.

Le Conseil d'Etat tient à rappeler que la planification n'est pas simplement la confirmation d'une situation existante. Alors que la précédente liste des hôpitaux arrêtée par le Conseil d'Etat le 13 décembre 2004 se basait précisément sur le nombre de journées enregistrées par les établissements en 2001, 2002 et 2003 ainsi que sur les prévisions d'activité 2004 et 2005 communiquées individuellement par chaque hôpital, cette démarche a été jugée contraire à la loi. Dans sa décision du 15 février 2006, le Conseil fédéral a en effet explicitement indiqué 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 satisfaisants 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, comme le préconise l'Hôpital Daler dans sa détermination rendue dans le cadre de la procédure de consultation, ne satisfait donc pas aux exigences légales.

Seule une méthode « de haut en bas » qui passe par les étapes suivantes, rappelées par le Conseil fédéral, est conforme à la législation :

- 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.

Par conséquent, la planification hospitalière vise 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.

C'est pourquoi, elle ne saurait en aucun cas simplement suivre l'évolution constatée ou confirmer la situation existante. Elle doit établir le cadre futur que les établissements doivent suivre.

Concernant la qualité des données, il y a lieu de préciser que ces données proviennent des établissements eux-mêmes ; ils en portent donc la responsabilité. Si, au cours de la procédure de consultation, des corrections sont apportées par les établissements (à leurs propres données), elles sont évidemment intégrées dans le rapport final de planification hospitalière. La procédure de consultation sert également à cette fin.

S'il est vrai qu'une partie des séjours de l'Hôpital Daler n'a pas pu être intégrée au chapitre consacré à l'évaluation quantitative de l'offre, ces séjours ont néanmoins été pris en compte et ajoutés aux capacités fixées pour l'Hôpital Daler avec une mention particulière dans le rapport : « *Concernant l'Hôpital Daler, 7 lits ont été ajoutés aux résultats en raison de 2157 journées et 338 cas non répertoriés dans la statistique médicale de cet établissement.* ». En effet, ces cas ayant été communiqués séparément par l'établissement, en dehors de la statistique médicale obligatoire, et sans détail concernant l'âge, la provenance, les diagnostics, les traitements précis, le type d'assurance, la division de prise en charge, le mode de séjour avant et après l'admission, il n'a pas été possible d'y faire référence dans le cadre de la description détaillée de l'activité de chaque établissement. C'est pourquoi, l'activité manquante n'a pu être traitée que globalement et simplement ajoutée en terme de lits supplémentaires.

Il convient de préciser que toutes les données se basent sur des chiffres fournis et produits par les établissements hospitaliers eux-mêmes. La responsabilité en incombe aux seuls fournisseurs de données. A ce titre, la DSAS, en collaboration avec l'Office fédéral de la statistique, veillera particulièrement, à l'avenir, à l'application plus stricte de la loi fédérale sur la statistique qui exige un relevé et une transmission des données exhaustives par les hôpitaux. En cas de non respect de la législation fédérale, les sanctions prévues par celle-ci pourront également être appliquées.

4) La fermeture de la Clinique Garcia a-t-elle été prise en considération ?

Oui, la fermeture de la Clinique Garcia a entièrement été prise en considération dans le rapport de planification.

5) L'hôpital Daler est réputé dans le cadre de la maternité et figure depuis 2006, dans ce domaine, comme leader dans le canton. Comment peut-on lui assigner cette tâche et ne pas lui reconnaître les urgences, à savoir ne pas lui donner la possibilité d'intervenir au bloc opératoire entre 18h00 et 8h00 ainsi que le week-end ?

Le rapport de planification hospitalière reconnaît au contraire les urgences pour la maternité. Dans ce domaine, l'Hôpital Daler a ainsi la possibilité d'intervenir au bloc opératoire également la nuit entre 18h00 et 8h00 ainsi que durant les week-ends et non seulement durant la journée et la semaine comme le laisserait croire, à tort, la question ci-dessus.

La réalisation de césarienne d'urgence au bloc opératoire est donc admise en tout temps. Cela est d'ailleurs mentionné spécifiquement dans le rapport de planification à la page 169 (de la version française) fixant les horaires d'ouverture des salles d'opération : « *sauf césariennes d'urgences non programmées et réalisables en tout temps compte tenu du mandat de prestations d'obstétrique* ».

6) Sur quelles bases a-t-on décidé de confier l'orthopédie à la clinique générale ?

Dans son recours contre la liste des hôpitaux, santésuisse faisait notamment valoir que les mandats attribués tant aux hôpitaux qu'aux cliniques, en particulier en ce qui concerne la chirurgie et la médecine interne, auraient pour ainsi dire le même contenu pour tous les établissements. L'organisation faîtière des assureurs maladie estimait que certaines spécialités ou sous-spécialités ne devaient être attribuées qu'à quelques établissements. A titre d'exemple, elle citait la prise en charge des traitements orthopédiques en indiquant que, dans la région de la ville de Fribourg (rayon de 5 kilomètres), les établissements privés, le site hospitalier de Tavel et de Fribourg disposaient tous d'un mandat de prestations de chirurgie orthopédique. Par conséquent, elle exigeait que les mandats soient attribués de manière plus spécifique à certains établissements et retirés à d'autres.

Dans le cadre de sa décision, le Conseil fédéral a reconnu que, s'il était 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* » et que si « *l'art. 39 al. 1 let. d LAMal stipule que les hôpitaux privés doivent être pris en considération de manière adéquate dans la planification hospitalière. La loi n'exige pas qu'ils y figurent sans exception, les cantons peuvent par conséquent procéder à un choix entre les établissements* ».

La prise en considération de ces aspects a ainsi conduit la DSAS à répartir un certain nombre de prestations entre les deux établissements, à l'instar de ce qui a été entrepris dans

le secteur des hôpitaux publics, non seulement dans le cadre de la présente planification, mais depuis maintenant plus d'une décennie.

Pour rappel, d'un hôpital cantonal et 6 hôpitaux de district, on a abouti aujourd'hui à un réseau hospitalier cantonal unique ainsi qu'à un hôpital intercantonal. 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. Les cliniques privées, bien que soumises à la planification hospitalière depuis 1996, n'ont pour l'heure pas été touchées par les mesures de planification décidées par le Conseil d'Etat. Or, selon les exigences du Conseil fédéral, il s'agit d'appliquer aussi, et intégralement, la planification aux cliniques privées. Les concentrations ne se limitent donc pas uniquement aux hôpitaux publics ou aux régions périphériques pour lesquels les sacrifices ont été importants.

Un réajustement des missions s'avère donc nécessaire. Concernant en particulier l'activité de chirurgie orthopédique, il est à relever que l'évolution et la progression de cette activité à l'Hôpital Daler n'est que très récente et que ce site a toujours été celui présentant le plus faible nombre de cas dans ce domaine. Ainsi, entre 2% à 4% seulement des cas totaux des hôpitaux fribourgeois ont été pris en charge par l'Hôpital Daler durant les années 2002 à 2005 et environ 8% en 2006. En comparaison, la Clinique Générale a pris en charge annuellement, à elle seule, entre 34% et 40% des cas de 2002 à 2006, ce qui en fait le premier hôpital du canton dans cette discipline. Or, pour répondre aux exigences de planification hospitalière, la DSAS n'estime pas nécessaire de disposer de 4 centres de chirurgie orthopédique au centre du canton (site de Fribourg, Tafers, Clinique générale et Hôpital Daler). La prise en charge de cette discipline sur 3 sites est suffisante pour garantir la couverture des besoins de la population tout en répondant aux griefs soulevés par santésuisse.

De plus, la décision d'attribution du mandat de prestation d'orthopédie ne peut pas être analysée séparément pour elle-même sans tenir compte de l'ensemble de la situation. Elle s'intègre en effet dans une réflexion plus générale et plus large, qui consiste à organiser l'offre de soins par la concentration d'un certain nombre de missions (ophtalmologie, obstétrique et urologie à l'Hôpital Daler et chirurgie orthopédique et ORL à la Clinique Générale) en créant ainsi des pôles de compétences. Les propositions émises dans le rapport de planification hospitalière s'appuient donc sur une analyse de l'ensemble des critères évoqués au point 2 ci-dessus. Le résultat garantit une prise en charge cantonale cohérente et équilibrée pour la population et les patients.

La Commission de planification sanitaire a examiné, au cours de 9 séances de travail, les propositions mises en consultation en juillet 2007 ainsi que les différentes prises de positions des acteurs concernés. Dans le cadre de ses travaux, la Commission a disposé des données relatives à la période 2002 à 2006 pour chaque établissement et chaque discipline. Par ailleurs, le volume de prestations d'orthopédie pris en charge par l'Hôpital Daler durant la période de janvier à octobre 2007, en hausse par rapport à 2005 et 2006, a également été pris en considération par la Commission. Fort de ces éléments, elle a néanmoins confirmé la suppression de l'activité d'orthopédie à l'Hôpital Daler et la nouvelle répartition des prestations entre les deux cliniques privées.

Les organismes directement concernés par les nouvelles propositions de la Commission de planification sanitaire ont la possibilité de transmettre leur détermination à la DSAS jusqu'au 23 février 2008.

Le Conseil d'Etat se prononcera définitivement sur la planification hospitalière, en principe, en mars 2008.

Fribourg, le 19 février 2008