

hôpital fribourgeois

Rapport final du projet

StrateGO

Étude de faisabilité sur le thème de la
centralisation des soins aigus à l'HFR

Traduction française de l'original
(l'original en allemand fait foi)

Table des matières

1	Executive Summary.....	2
2	Projet StrateGO.....	4
2.1	Situation initiale	4
2.2	Mandat et mise en oeuvre	5
2.3	Méthodologie et structure du projet	6
2.4	La situation actuelle à l'HFR et les scénarios d'avenir	9
3	Développement de l'HFR par la centralisation des soins aigus.....	16
3.1	Activité médicale de l'HFR.....	16
3.1.1	Méthode pour le domaine de l'activité médicale	16
3.1.2	Situation initiale	19
3.1.3	Résultats de la simulation.....	20
3.2	Infrastructures de l'HFR.....	22
3.2.1	Méthode pour le domaine des infrastructures.....	23
3.2.2	Situation initiale	23
3.2.3	Résultats de la simulation.....	24
3.3	Résultat financier de l'HFR.....	27
3.3.1	Méthode pour le domaine des finances	28
3.3.2	Situation initiale	28
3.3.3	Résultats de la simulation.....	29
3.4	Sensibilité des résultats en cas de modification des hypothèses	32
4	Évaluation des scénarios pour l'HFR.....	35
5	Évaluation globale	47
6	Évaluation critique des résultats	49
7	Annexes	52
7.1	Hypothèses de la simulation effectuée	52
7.2	Description détaillée des résultats de la simulation.....	61
7.3	Exemples en provenance de l'analyse du marché hospitalier effectuée	62
7.4	Organisation du projet StrateGO	68
7.5	Projet médical	68
8	Sources	69

1 Executive Summary

Situation initiale difficile pour l'HFR

L'HFR est soumis à un important besoin d'actions. Les trois causes principales de cette situation sont :

- Concurrence accrue pour l'acquisition de patients
- Pénurie de personnel qualifié et
- Défaut de couverture des coûts.

Ces trois points peuvent être illustrés par des exemples concrets :

- A partir de 2012, le libre choix de l'hôpital a pour effet d'augmenter la compétition entre les hôpitaux en vue de s'attirer des patients, qui sont à la recherche de la meilleure qualité de prise en charge médicale.
- En quête d'employés qualifiés, l'HFR a déjà dû faire face à des problèmes concrets l'année précédente, en particulier dans le domaine de la gynécologie.
- L'hôpital a planifié un défaut de couverture des coûts de CHF 65 millions¹ pour l'année 2012. Ce défaut de couverture continuera de se creuser dans le futur, notamment en raison des besoins d'investissements.
- L'attractivité de l'HFR envers les patients et le personnel de même que sa situation financière doivent donc être améliorées au plus vite. Un réalignement stratégique s'impose à l'HFR en raison des points énoncés ci-dessus.

Le Projet StrateGO présente des perspectives d'avenir pour l'HFR sous la forme d'une analyse comparative

Le Projet StrateGO compare différentes variantes d'actions à long terme de l'HFR afin de trouver des solutions à la situation décrite. Dans ce but, plusieurs analyses comparatives nationales et internationales du marché des hôpitaux ont été réalisées dans une première phase afin d'élargir les perspectives. Dans une deuxième phase, des concepts d'avenir ont été élaborés pour les différents domaines de spécialité médicale de l'HFR, démontrant si, et comment, l'hôpital peut se développer de manière plus ciblée. Dans une troisième phase, une simulation de l'évolution de l'HFR sur 10 ans en ce qui concerne l'activité médicale, le besoin en infrastructures et les résultats financiers a été rédigée.

Cette simulation étudie quatre scénarios d'avenir potentiels. Ceux-ci couvrent un large éventail de possibilités, de la structure décentralisée à la centralisation complète des soins aigus, en mettant l'accent sur les conséquences de ces différentes variantes d'organisation.

L'ensemble du projet s'est déroulé en étroite concertation avec le corps médical et la direction de l'HFR ; toutes les hypothèses ont été discutées en détail et de façon transparente. Les résultats présentés dans cette étude représentent le premier pas d'une nouvelle orientation de l'HFR sur le long terme et ne doivent pas être confondus avec les mesures à court et moyen terme mises en place en 2012. Dans un deuxième volet du projet, un bureau d'architectes travaillera jusqu'à la fin de l'année sur l'analyse détaillée et l'organisation des différentes infrastructures.

¹ Pour une explication/ventilation du montant, voir le chapitre 3.3.2 de ce rapport

La centralisation avec la tendance positive la plus rapide

Les résultats du projet montrent une image nuancée. Une évaluation des quatre scénarios d'avenir par les médecins-chefs révèle qu'une centralisation des soins aigus aurait un effet positif sur « l'attractivité en tant qu'employeur » et sur « la qualité médicale ». Dans le scénario de centralisation, on arrive de plus à atteindre plus rapidement un résultat opérationnel équilibré, avant tout en raison de la proportion réduite de personnel par rapport à l'activité médicale (nombre de sorties) qui résulte de ce scénario. Après 4 ans déjà, l'HFR jouirait de résultats positifs et, après 10 ans, ses déficits cumulés devraient être comblés.

Les autres scénarios révèlent aussi une tendance positive en ce qui concerne l'évolution financière, mais de manière moins forte et dans un horizon temporel beaucoup plus lointain.

Une continuation de la structure décentralisée (statu quo) est évaluée de manière plus négative du point de vue des effets sur l'attractivité en tant qu'employeur et sur la qualité médicale, mais de manière plus positive en termes de proximité avec la population et de bilinguisme. Dans ce scénario (c.-à-d. la poursuite du statu quo), les changements au niveau du nombre de collaborateurs par sortie sont moindres et aucun résultat positif d'exploitation n'est attendu pendant les 10 ans de la projection. La somme des déficits cumulés devrait s'élever en fin de période de simulation à CHF 446 mio pour le scénario de la décentralisation.

Six points de vue à prendre en compte dans l'interprétation des résultats

Six thèmes doivent être pris en compte afin de bien comprendre cette étude :

1. Dans le cadre du nouveau financement hospitalier pour les soins aigus stationnaires (Swiss DRG), l'HFR obtient un *baserate* relativement élevé (déterminé de façon provisoire) par cas stationnaire. Il n'est pas certain que cela soit maintenu dans le futur. Si ces données devaient être revues à la baisse, cela aurait des conséquences négatives sur les résultats de tous les scénarios envisagés.
2. Il est indispensable que des mesures soient rapidement mises en œuvre à l'HFR. Dans la simulation réalisée, l'année 2013 constitue l'année de départ des modifications dans tous les scénarios. Le défaut de couverture des coûts (Fehlbetrag) augmente avec chaque année d'attente retardant et modifiant les chances de voir se réaliser un possible développement positif.
3. Le développement intervenant au-delà de la décennie étudiée n'a pas été pris en compte. Il ne peut être tenu pour acquis que les développements positifs survenus durant les dix premières années de leur mise en œuvre se poursuivront dans la même proportion par la suite. Cela s'applique à tous les scénarios envisagés.
4. La perspective financière de ce rapport est celle de l'HFR. Elle ne prend donc pas en compte les coûts émergeant au canton de Fribourg pour la prise en charge sanitaire de la population (p.ex. pour la prise en charge hors-canton des patients fribourgeois). Au lieu de cela, c'est la situation économique de l'hôpital qui est analysée.
5. La construction d'un nouveau site hospitalier n'est pas calculée dans cette simulation. Un projet subséquent viendra éclaircir ce thème avec l'appui d'architectes.
6. Les différents résultats énoncés dans ce rapport constituent des valeurs projetées. Ils se basent sur des données et hypothèses du projet StrateGO et ne peuvent donc pas être considérées comme définitives.

2 Projet StrateGO

Ce chapitre d'introduction devrait donner un aperçu du projet StrateGO. Dans ce sens, on décrira tout d'abord la situation de l'HFR, puis l'environnement du projet StrateGO. Ensuite, on énoncera le contenu du mandat de projet concret, avant d'aborder la mise en œuvre durant la réalisation du projet. Finalement, nous procéderons à une explication des méthodes utilisées et des scénarios envisagés au cœur de cette analyse.

2.1 Situation initiale

Comment est structuré l'environnement actuel de l'HFR et comment cela influence-t-il l'hôpital et ses perspectives ? Les points suivants examinent le besoin criant de nouvelles mesures. L'environnement réglementaire et la demande en prestations médicales se sont modifiés. L'HFR est donc à la recherche d'une nouvelle stratégie globale et souhaite définir des objectifs à long terme. Cependant, quels sont les facteurs spécifiques qui sont à l'origine de la pression que subit l'HFR ? Les cinq points suivants décrivent les développements généraux survenus dans le paysage hospitalier suisse qui sont d'une importance cruciale pour l'HFR. Dans l'ensemble, ils démontrent clairement que ces différents défis nécessitent la mise en place de mesures proactives.

1. Le nouveau financement des hôpitaux pour les soins aigus stationnaires (SwissDRG), en vigueur en Suisse à partir de janvier 2012, impose de grands changements. A la place de la couverture traditionnelle des coûts annuels par le canton, celui-ci se partage maintenant le montant avec les assureurs maladie sur la base du « prix » des prestations médicales. Le financement, intervenant selon des forfaits par cas en fonction des prestations stationnaires fournies, est assumé par le canton et les assureurs. La nouvelle logique de financement change le montant qui sera à disposition des hôpitaux dans le futur. Cela représente pour la plupart des hôpitaux publics une forte augmentation de la pression des coûts.
2. Il y a en général un grand besoin d'investissement étant donné qu'une grande part de l'infrastructure médicale suisse doit être renouvelée. C'est pourquoi les coûts d'entretien et d'investissement sont aujourd'hui élevés. Cela s'applique également à l'HFR, par exemple au regard du besoin en espace du site de Fribourg ; p.ex. des plus grandes surfaces seront nécessaires pour les traitements ambulatoires, le service des urgences devrait être agrandi et de nouvelles chambres pour le personnel devraient être aménagées (voir également hôpital fribourgeois : Masterplan 2010).
3. Le besoin des patients en qualité et sécurité dans le diagnostic, la thérapie et les soins s'accroît et leurs possibilités d'obtenir de l'information détaillée, par exemple au moyen de nouveaux médias, renforcent l'accent qui est mis sur ces thèmes. Les fournisseurs de prestations se voient en conséquence plongés dans une concurrence accrue pour acquérir des patients, concurrence intensifiée par l'entrée en vigueur en 2012 du libre choix de l'hôpital et par la transparence accrue dans le secteur de la santé.
4. L'HFR se trouve particulièrement sous haute pression concurrentielle en provenance tant des cliniques situées dans d'autres cantons que de celles de Fribourg. Les centres universitaires du CHUV et de l'Hôpital de l'Île sont facilement accessibles à env. 70 km et 35 km² et couvrent l'éventail complet des prestations médicales de haut niveau. Ils se différencient de l'HFR essentiellement par la taille et par une offre de prestations hautement spécialisées dans certains domaines. De plus, les cliniques privées de la Clinique Générale et de l'Hôpital-Daler, toutes deux situées en ville de Fribourg, offrent principalement des prestations de chirurgie et de gynécologie/obstétrique. Cette concurrence se reflète dans le développement historique des

² Les distances sont mesurées à partir de la ville de Fribourg.

nombre de cas à l'HFR : de 2008 à 2011, l'HFR a enregistré une croissance stagnante dans le domaine des soins aigus stationnaires. Dans le même temps, les nombres de cas ont augmenté dans les cliniques privées.

5. En raison d'une pénurie de médecins dans toute la Suisse, l'attractivité en tant qu'employeur a gagné en importance pour les hôpitaux. L'HFR a de la difficulté à trouver des candidats adéquats et des médecins qualifiés dans plusieurs domaines. Le département de gynécologie et d'obstétrique du site de Fribourg, dont le manque de personnel a failli entraîner une réduction des prestations en 2011, en constitue un exemple. Les thématiques de la formation, de la formation continue ou de la formation postgraduée, ainsi que de la recherche et de l'innovation, sont à mettre en relation avec ce développement. Les activités dans ces domaines sont les pilotes de la réputation et de la qualité médicales et déterminent de façon concrète la compétition que se livrent les hôpitaux pour s'attirer des collaborateurs qualifiés.

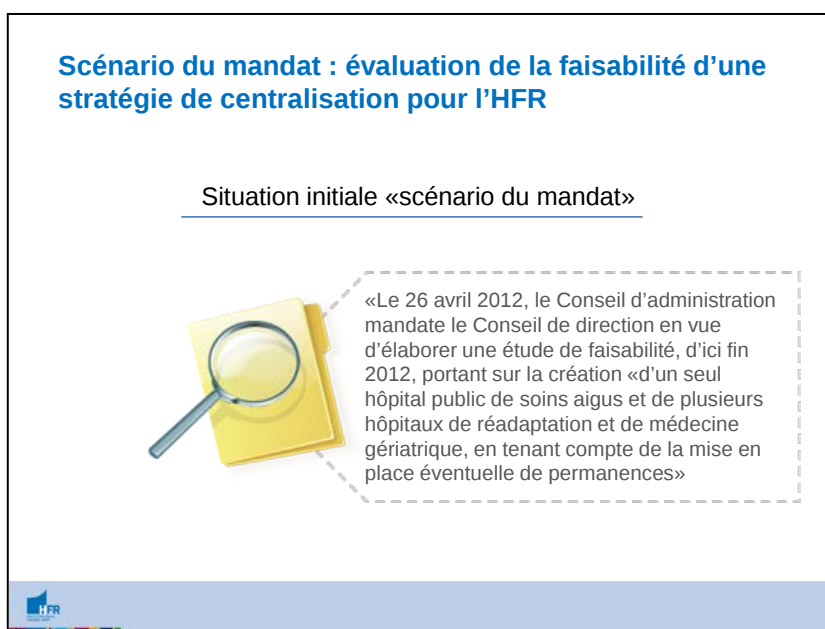
Les facteurs énoncés mettent l'HFR sous pression. En combinaison avec d'autres points spécifiques à l'HFR, par exemple l'inefficience au niveau de l'activité opératoire, ils ont mené à un défaut de couverture des coûts de l'hôpital se chiffrant à environ CHF 65 millions pour l'année 2012. Un tel défaut de couverture force l'hôpital à adopter des mesures – c'est donc face à cette nécessité de nouvelle orientation qu'est né le projet StrateGO.

2.2 Mandat et mise en oeuvre

Voici maintenant le mandat concret du projet et sa mise en oeuvre durant le projet en lui-même.

Le conseil d'administration de l'HFR a décidé d'aborder de manière active les développements décrits ci-avant. En plus de la prise de mesures à court et moyen termes, une stratégie à long terme devrait être élaborée pour l'HFR afin de donner à l'hôpital des bases durables. C'est dans ce contexte qu'a été lancé le projet StrateGO. En mai 2012, le conseil d'administration a commandé une étude de faisabilité sur la centralisation des soins aigus de l'HFR ; les possibilités d'avenir pour l'HFR devraient donc se baser sur cette prémisse. Pour aider à soutenir la première partie du projet, la direction de l'hôpital a engagé la société de conseils The Boston Consulting Group, alors que le bureau d'architectes Emch & Berger a été choisi pour la deuxième partie du projet.

Illustration 1



Peu de temps après le début du projet, il a été reconnu que le mandat attribué allait devoir être réalisé sous la forme d'une étude comparative. Une centralisation des soins aigus à l'HFR représente une modification majeure : elle rompt avec les vieilles traditions du canton et contredit l'opinion d'une partie des collaborateurs de l'HFR et de la population. Conséquemment et après discussion avec la direction de l'hôpital, l'équipe de projet a décidé d'exécuter le présent mandat de façon comparative. En plus du scénario du mandat, comprenant la centralisation des soins aigus et une organisation décentralisée de la réhabilitation et de la gériatrie, trois autres possibilités d'organisation (scénarios d'avenir) ont été projetés pour l'HFR. Les quatre scénarios considérés couvrent tout le spectre des possibilités, de la formation décentralisée à la centralisation. Cette variation améliore énormément la crédibilité de l'étude de faisabilité, étant donné qu'il est clair que le mandat a tout à gagner à s'ouvrir aux perspectives comparatives. À défaut, on ne pourrait examiner que de façon isolée les résultats futurs de la décentralisation, sans savoir si elle représente un avantage ou un désavantage face à d'autres stratégies.

L'élargissement du mandat dans sa mise en œuvre a complexifié la tâche de manière importante. Après la création de la base de données, d'innombrables recherches ont dû être réalisées pour chaque scénario. Néanmoins, cette tâche laborieuse a été effectuée afin de donner à l'HFR une base de prise de décision sensée, crédible et neutre sur laquelle la stratégie future pourra être élaborée. Le large éventail des scénarios envisageables décrits couvre toutes les possibilités qui font l'objet de discussions pour l'HFR. Celles-ci pourraient encore être modifiées et nuancées. La collaboration étroite avec l'HFR durant des mois et l'usage extensif de données de l'hôpital soulignent par ailleurs l'originalité et le niveau de détails de la présente étude.

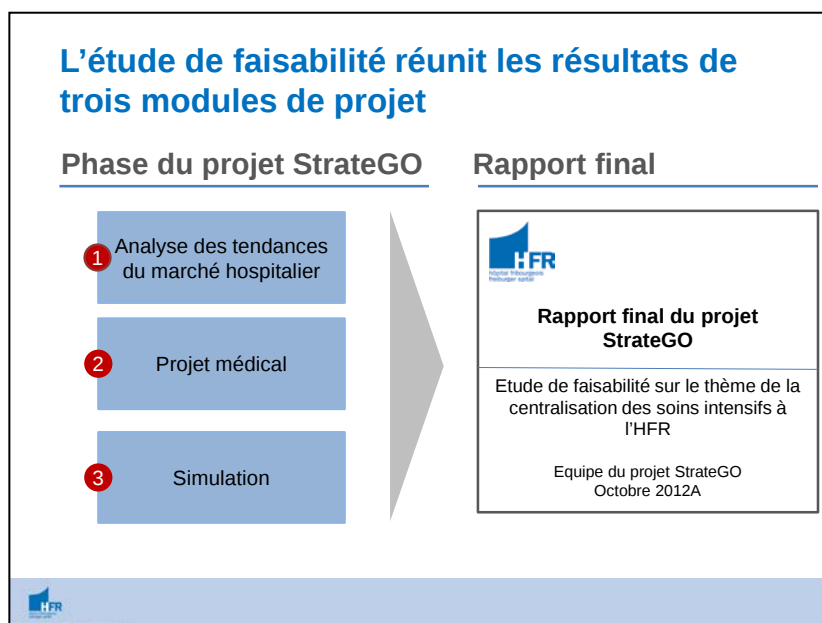
2.3 Méthodologie et structure du projet

La partie suivante illustre la méthodologie selon laquelle l'étude de faisabilité décrite a été menée. Dans ce sens, suivront une présentation des modules individuels du projet StrateGO ainsi qu'une explication des différents procédés utilisés.

Pendant le projet, l'accent a été mis sur l'échange d'idées entre les collaborateurs et les organes de l'HFR. L'objectif était de créer une perspective d'avenir pour l'hôpital au moyen de discussions constructives et de travaux en commun. Les consultants de la société The Boston Consulting Group y ont joué un rôle de modérateur en ouvrant la porte à de nouvelles possibilités ou en soulevant des questions. La contribution factuelle a été apportée majoritairement par des représentants de l'HFR. En tout, plus de 60 collaborateurs de l'HFR ont participé de façon active au projet StrateGO, parmi lesquels des représentants de l'administration, de tous les départements médicaux et de tous les sites.

Le projet StrateGO est divisé en trois parties formant la base de l'étude de faisabilité. L'illustration 2 en illustre le déroulement :

Illustration 2



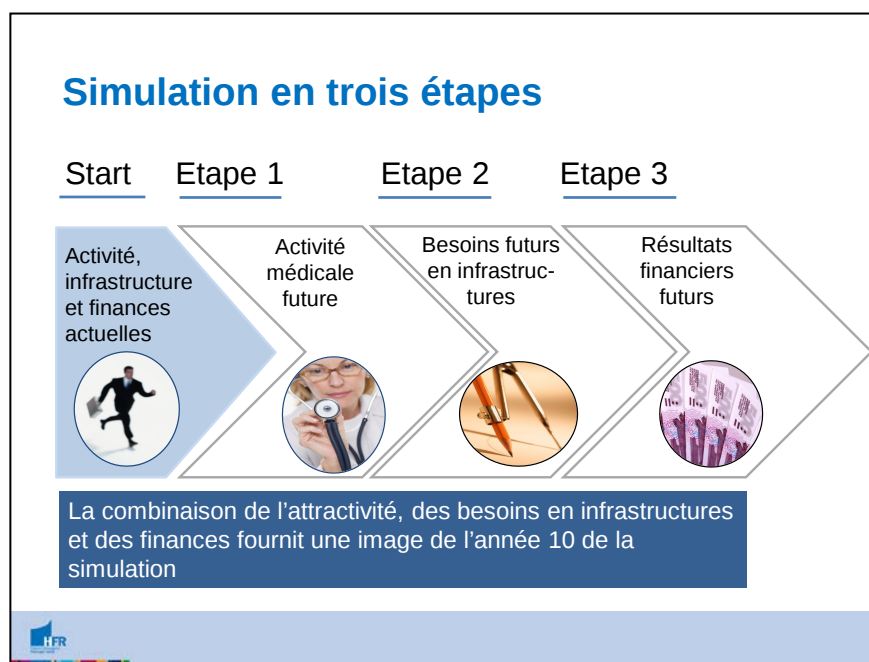
A la phase 1 « Analyse des tendances du marché hospitalier » est présentée une analyse des développements actuels du domaine hospitalier dans les pays de l'OCDE et en Suisse. On y retrouve par exemple la qualité des soins, l'évolution de la durée moyenne de séjour, les développements épidémiologiques et technologiques ainsi que les flux de patients. Plus particulièrement, des valeurs comparatives ont été ressorties afin de considérer le domaine hospitalier du canton de Fribourg dans un contexte national et international. Le thème de la taille et du nombre d'hôpitaux constitue un exemple de ces analyses. Une comparaison internationale démontre qu'il se trouve de nombreux petits hôpitaux en Suisse. D'autres pays avec un rapport comparable de lit par habitant s'offrent leurs soins médicaux de façon plus concentrée (ex. les Pays-Bas). D'autres analyses montrent que, malgré le grand nombre d'hôpitaux en Suisse, la majeure partie des prestations sont fournies par une minorité de grands hôpitaux. Une tendance à la consolidation se fait remarquer. Les comparaisons et résultats internationaux de cette première partie de projet, comme l'exemple décrit ici, permettent à l'HFR d'analyser les possibles stratégies de développement de façon détaillée et, par exemple, d'en évaluer le potentiel de réalisation. Les tendances observées ont formé l'une des bases pour l'élaboration et la documentation de cette étude de faisabilité. Cette partie du projet se base d'abord et avant tout de façon méthodique sur des analyses statistiques portant sur des thèmes importants identifiés dans le cadre d'étroites discussions avec la direction de l'hôpital. La banque de données Health Data de l'OCDE, l'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont fourni une base de données complète. Des exemples de cette phase d'analyse peuvent être retrouvés dans l'annexe de ce rapport (chapitre 7.3).

La phase 2, le « projet médical », est centrée sur les perspectives d'avenir individuelles qui s'offrent aux domaines de spécialités médicales de l'HFR. Au début de la phase eut lieu un atelier au cours duquel les médecins-chefs de l'HFR discutèrent en groupes interdisciplinaires des domaines médicaux potentiels sur lesquels se concentrer. Plus de 40 entretiens individuel sont eu lieu avec les directeurs de départements et médecins-chefs de tous les sites de l'HFR afin d'approfondir les approches formulées et de les remettre en question. De plus, il a été fait

appel aux domaines de spécialité médicale afin qu'ils élaborent un concept d'avenir basé sur des ateliers et entretiens individuels pour leur domaine, puis qu'ils en envoient les résultats à la direction médicale/l'équipe de projet StrateGO. Il est résulté de cette phase 17 concepts d'avenir en provenance des domaines médicaux et du Plateau medicotechnique (PMT, domaines et fonctions de soutien au sein de l'hôpital), ainsi qu'un dialogue détaillé, étroit et précieux entre l'équipe de projet et le corps médical de l'HFR. Les contenus de cette phase du projet forment la base conceptuelle pour le calcul des taux de croissance médicale à l'HFR (voir chapitre 3.1.1). Ils sont en outre pris en compte lors de l'évaluation des scénarios d'avenir et permettent d'élargir les perspectives de faisabilité pour chacun des scénarios (voir chapitre 4). Par ailleurs, ils servent de point de départ ordonné pour une orientation future détaillée de l'HFR. Cette discussion devrait logiquement avoir lieu aussitôt que la situation future aura été éclaircie à la suite du projet.

Le contenu de la phase 3, la « simulation », se base sur les deux premières phases. Il en a résulté un modèle d'envergure unique élaboré pour l'HFR qui, sur la base de l'activité, des infrastructures et de données financières actuelles, projette quatre scénarios d'avenir sur une durée de dix ans. . Le modèle suit une logique en trois étapes qui aboutit à des résultats détaillés de considérations médicales et économiques :

Illustration 3



La base du modèle est formée de données de l'HFR, de données statistiques en provenance de sources diverses et d'hypothèses pour lesquelles aucune donnée n'existe (pour une liste de toutes les sources de données utilisées, voir chapitre 8). Les bases de données ont été créées dans le cadre d'une analyse extensive. Tout d'abord, cela a consisté à examiner et trier la grande quantité de données de l'HFR relatives à la situation actuelle, ce qui a été effectué en collaboration étroite avec les différents collaborateurs compétents de l'HFR. De plus, un nombre important de sources de données externes a été pris en considération et évalué afin de fonder la projection d'avenir. L'illustration suivante donne un aperçu des sources principalement utilisées, classées par thème :

Illustration 4

Les données de base des scénarios sont largement étayées et ciblées sur la situation de l'HFR

Dimension	Accent	Source
1 Activité ¹	Passé/ Présent	• HFR
2 Infrastructure	Présent	• OFS • Planification sanitaire
3 Charge	Optimale	• OFSP • Planification sanitaire • HFR • Best practice/Websearch
4 Frais de construction	Présent	• HFR
5 Finances	Optimaux	• EMCH & Berger (Masterplan) • HFR • Best practice/Websearch
	Présent/ Futur	• HFR • Planification sanitaire

D'autres études possibles auraient forcément recours à la même base de données, qui a été largement examinée par StrateGO

 ¹ Hospitalisée et ambulante

L'étroite collaboration avec les collaborateurs de l'HFR et l'évaluation compétente dont ils ont fait preuve a toujours été un élément essentiel de l'identification de sources de données adéquates. En plus de ces données, certaines hypothèses durent être élaborées pour servir de base à la simulation, ce qui a également été fait en collaboration avec les différents collaborateurs compétents de l'HFR (voir le chapitre 7.1 pour plus de détails). Comme relevé dans l'introduction, cette approche couvre les données disponibles avec la plus grande objectivité. En conséquence, d'éventuelles études supplémentaires devraient également se rapporter à ces sources et ne pourraient se baser sur d'autres sources que celles de ce rapport. Il faut donc pondérer la valeur supplémentaire que l'on peut attendre de telles études.

2.4 La situation actuelle à l'HFR et les scénarios d'avenir

Comme il a été décrit aux chapitres 2.2 et 2.3, quatre scénarios ont été élaborés en vue de la simulation de la situation future de l'HFR et illustrent les différentes stratégies et organisation au niveau des sites. Ils ont été projetés en se basant sur la situation actuelle de l'hôpital et ont été élaborés en étroite collaboration avec la direction de l'hôpital au début du projet. Le point de vue du corps médical a également pu être pris en compte au cours des innombrables entretiens individuels menés dans le cadre du Projet médical.

La situation initiale de l'HFR du point de vue médical sera présentée dans un premier temps et ensuite suivront les scénarios d'avenir.

L'HFR offre une prise en charge médicale complète. L'offre actuelle de prestations médicales stationnaires³ se présente comme suit :

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

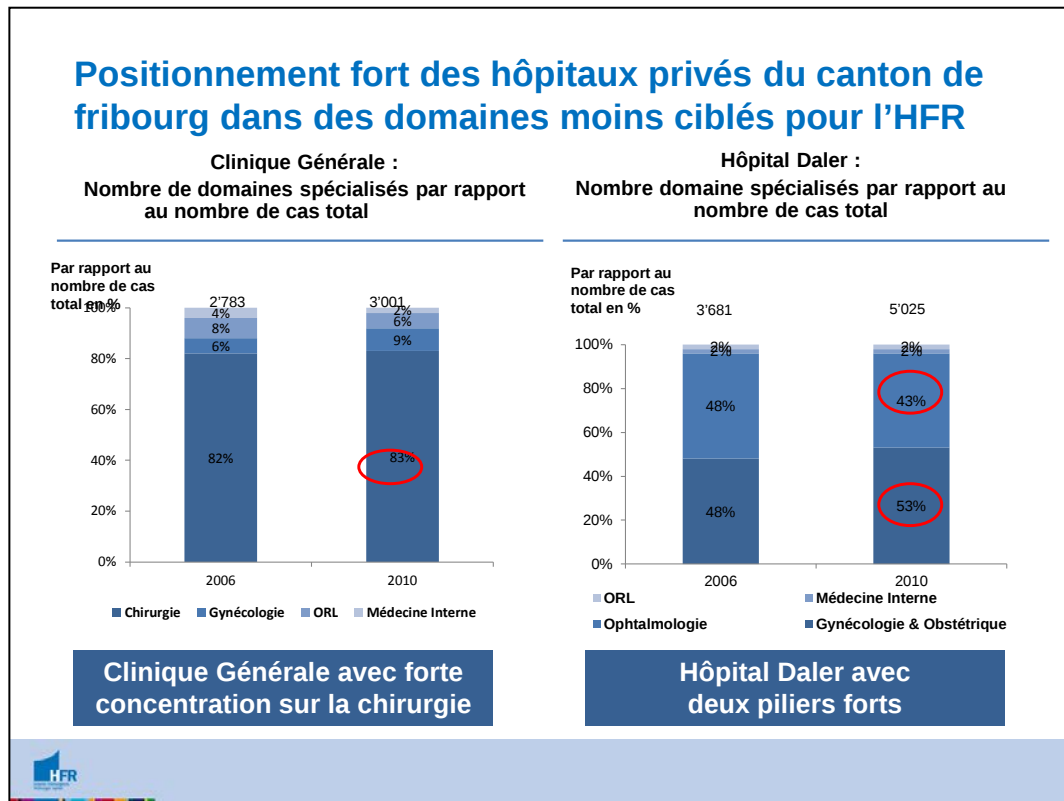
Ce déploiement fait de l'HFR le principal fournisseur dans le canton de Fribourg. Il offre la gamme complète des soins dans la prise en charge de base. La médecine interne est d'une importance particulière. Le fait de fournir ces prestations sur 5 sites entraîne une forte décentralisation et une réduction du nombre de cas sur chaque site. C'est ainsi qu'en 2011 à l'HFR, 648 cas stationnaires de gynécologie ont été répartis à raison de 499 à Fribourg et 149 à Riaz. Dans le domaine de la pédiatrie,

³ Les prestations ambulatoires de l'HFR ne sont pas représentées dans cet aperçu, car une offre de prestations ambulatoires diversifiée est répartie entre les domaines de spécialités et les sites. La fermeture planifiée, mais non définitive au moment de la rédaction de ce rapport, de Châtel-St-Denis a déjà été prise en compte. Si, contre toute attente, elle devait être annulée, les conséquences en affecteraient tous les scénarios de la simulation de la même façon et donc ne modifieraient en rien la relation entre ceux-ci.

en tout 1'461 cas ont été traités, dont 1'302 à Fribourg, 108 à Riaz, 50 à Tavel et un dernier à Meyriez-Murten.

Les deux cliniques privées, l'Hôpital-Daler et la Clinique Générale, qui se spécialisent avant tout dans la chirurgie et la gynécologie sont les autres fournisseurs de prestations du canton. Comme le graphique suivant le démontre, elles ont connu une augmentation du nombre de cas entre 2008 et 2010 :

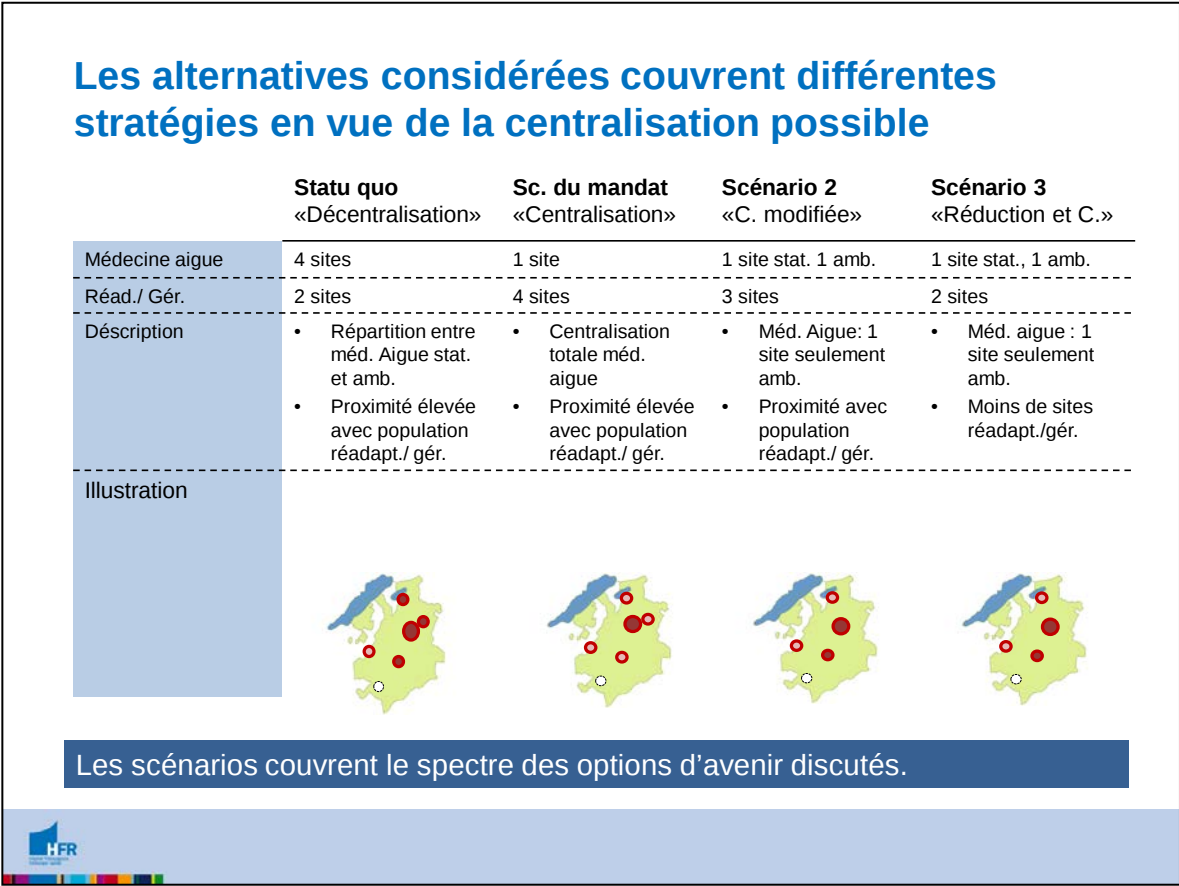
Illustration 5



L'environnement hospitalier du canton de Fribourg est également marqué par la proximité des hôpitaux universitaires de l'Hôpital de l'Île à Berne et du CHUV à Lausanne. Ces deux hôpitaux offrent une gamme complète de prestations et d'innombrables spécialisations. De plus, l'ouverture planifiée d'un nouvel hôpital de soins aigus à Rennaz (VD) en 2016 viendra renforcer la concurrence face à l'HFR. Cet environnement présente des défis particuliers pour l'HFR. Comment devrait-il se positionner ? D'un côté, il y a le risque d'un « exode » des patients vers les hôpitaux privés et universitaires et que des candidats qualifiés préfèrent s'y diriger plutôt que de venir travailler à l'HFR. D'un autre côté, l'environnement offre aussi la chance d'utiliser à bon escient la proximité des grands centres universitaires. Cela peut se faire par exemple au moyen de programmes de rotation, ou simplement parce que des bons candidats recherchent la proximité des hôpitaux universitaires. En règle générale, le fait de se spécialiser au niveau médical représente une perspective d'avenir pour l'HFR afin de se positionner en tant que « puissance moyenne » entre Berne et Lausanne et d'éviter une perte trop forte de patients. La nouvelle orientation stratégique de l'HFR en termes de prestations (par ex. sur quels domaines mettre l'accent, quels partenariats développer) est ébauchée dans les concepts d'avenir élaborés au travers du Projet médical mené dans le cadre du projet StrateGO (voir chapitre 4). Des décisions devront toutefois encore être prises, comme énoncé au chapitre 2.3, afin de mieux détailler leur mise en application.

La section suivante décrit les quatre scénarios d'avenir envisagés pour l'HFR, ainsi que l'offre de prestations respectivement disponible sur chaque site. Le graphique suivant donne une vue d'ensemble⁴ qui sera explicitée subséquemment :

Illustration 6



Le scénario du statu quo projette l'HFR, et son déploiement actuel, dans le futur, c'est-à-dire que les soins aigus stationnaires sont avant tout offerts sur les sites de Fribourg, de Riaz et de Tavel avec une faible activité supplémentaire à Meyriez-Murten. La réadaptation et la gériatrie sont offertes de façon décentralisée.

Les tableaux suivants montrent une vue d'ensemble de l'offre de prestations stationnaires à l'HFR pour les trois scénarios à l'exclusion du scénario du statu quo. Le tableau de la page 12 de l'offre de prestations actuelle à l'HFR s'applique à ce scénario. Dans chaque scénario, l'offre ambulatoire doit être comprise comme supplémentaire.

⁴ Voir la remarque concernant la situation de départ à la p. 12 sur la fermeture planifiée, mais non définitive au moment de la rédaction de ce rapport, de Châtel-St-Denis.

	Sc. du mandat Site principal	Sc. du mandat Site externe	Sc. du mandat Site externe	Sc. du mandat Site externe	Sc. du mandat Site externe
Chirurgie	X				
Gynécologie	X				
Obstétrique	X				
Médecine	X				
Ophtalmologie/ORL	X				
Orthopédie	X				
Pédiatrie	X				
Rhumatologie	X				
Soins intensifs et continus	X				
Gériatrie	La répartition précise de l'offre en réadaptation, gériatrie et soins palliatifs entre les sites est encore à définir.				
Neuroréhabilitation					
Réadaptation gén.					
Réad. cardiovasculaire					
Réad. gériatrique					
Réad. respiratoire					
Soins palliatifs					

	Scénario 2 Site principal	Scénario 2 Site externe	Scénario 2 Site externe	Scénario 2 Site externe	Scénario 2 Site externe
Chirurgie	X		Site pour les soins aigus ambulatoires		
Gynécologie	X				
Obstétrique	X				
Médecine	X				
Ophtalmologie/ORL	X				
Orthopédie	X				
Pédiatrie	X				
Rhumatologie	X				
Soins intensifs et continus	X				
Gériatrie	La répartition précise de l'offre en réadaptation, gériatrie et soins palliatifs entre les sites est encore à définir.				
Neuroréhabilitation					
Réadaptation gén.					
Réad. cardiovasculaire					
Réad. gériatrique					
Réad. respiratoire					
Soins palliatifs					

Dans le scénario du mandat, illustré dans le tableau ci-dessus, on peut observer la plus grande centralisation des soins aigus, concentrés sur un site. Les autres sites de l'HFR offrent des

prestations stationnaires en réadaptation et gériatrie. Il convient de relever qu'au-delà de cette vue d'ensemble, l'offre ambulatoire devra encore être organisée.

	Scénario 3 Site principal		Scénario 3 Site externe	Scénario 3 Site externe	Scénario 3 Site externe	Scénario 3 Site externe
Chirurgie	X			Site pour les soins aigus ambulatoires		
Gynécologie	X					
Obstétrique	X					
Médecine	X					
Ophtalmologie/ORL	X					
Orthopédie	X					
Pédiatrie	X					
Rhumatologie	X					
Soins intensifs et continus	X					
Gériatrie	La répartition précise de l'offre en réadaptation, gériatrie et soins palliatifs entre les sites est encore à définir.					
Neuroréhabilitation						
Réadaptation gén.						
Réad. cardiovasculaire						
Réad. gériatrique						
Réad. respiratoire						
Soins palliatifs						

Les scénarios 2 et 3 forment une organisation moins extrême de centralisation. En règle générale, l'offre ambulatoire doit encore être détaillée pour ces scénarios. Toutefois, chacun de ces scénarios prévoit un site de soins aigus fournissant des prestations stationnaires et ambulatoires et un autre site aigu pour les prestations purement ambulatoires (interventions électives). La réadaptation et la gériatrie sont en revanche offertes de façon décentralisée. Le scénario 3 doit mettre en lumière les effets d'une réduction des sites de réadaptation et de gériatrie.

Les quatre variantes (voir les trois tableaux ainsi que l'aperçu de la situation initiale à la page 12) ont été sélectionnées parce qu'elles couvrent, d'un extrême à l'autre, le spectre des options actuellement discutées pour l'HFR. D'un côté, la projection du scénario du statu quo donne une perspective d'avenir avec le maintien de la structure des sites actuelle avec un grand taux de décentralisation. A l'autre extrême, le scénario au cœur du mandat révèle les conséquences d'une centralisation complète des soins aigus. Les scénarios 2 et 3 présentent des scénarios intermédiaires. Naturellement, il existe d'autres stratégies envisageables pour l'HFR qui n'ont pas été prises en compte dans un scénario en particulier et qui pourraient faire l'objet d'autres analyses. Celles-ci se classeraient, en raison de leur taux de centralisation, entre le scénario du statu quo et celui du mandat, et se positionneraient en conséquence, même avec leurs résultats, entre les valeurs du déploiement décentralisé envisagé et celles de la centralisation des soins aigus (scénario du mandat). Elles présenteraient par conséquent des vues encore plus détaillées (« fine tuning »). On peut donc dire que les quatre scénarios d'avenir envisagés, en raison de leur couverture de variantes extrêmes et de l'inclusion de scénarios intermédiaires, illustrent une vue d'ensemble raisonnable du spectre des stratégies d'avenir possibles.

3 Développement de l'HFR par la centralisation des soins aigus

Après que les conditions générales, la méthodologie et les scénarios d'avenir du projet StrateGO ont été énoncés au chapitre précédent, il convient de montrer les résultats de la simulation et d'en discuter. La simulation est divisée en trois étapes : tout d'abord, le développement de l'activité médicale de l'HFR est projeté dans le futur. Sur cette base suivra ensuite une analyse du besoin en infrastructures généré par ces activités et, finalement, le résultat financier qui en découle sera examiné. Cette manière de faire est également suivie par les chapitres suivants de ce rapport.

Ces résultats doivent être compris comme étant les meilleures estimations sur une période de 10 ans. Cette projection sur une décennie comporte, comme chaque projection dans le futur, une imprécision statistique (pour une analyse de sensibilité, voir le chapitre 3.4). Des paramètres individuels de la simulation pourraient se modifier, comme l'immigration prévue dans le canton de Fribourg, ce qui a une influence sur le développement de la population, ou encore le *baserate* de l'HFR (à ce propos, voir également le chapitre 6). Cette imprécision dans la simulation a toutefois été limitée dans toute la mesure du possible par l'approche systématique du projet StrateGO. D'une manière générale, il faut tenir compte d'un degré d'imprécision pouvant atteindre 20 %. Cela s'applique dans la même mesure à tous les scénarios et ne modifie donc en rien les relations qui sont démontrées.

3.1 Activité médicale de l'HFR

La présentation des résultats commence avec le thème de l'activité médicale de l'HFR. La méthodologie sera brièvement abordée dans un premier temps (pour des informations détaillées, voir le chapitre 7.1). Ensuite sera décrite la situation de départ de l'HFR qui sert de base à la simulation. La partie suivante indiquera les résultats des scénarios d'avenir analysés. Le développement des cas stationnaires, des journées d'hospitalisation et des prestations ambulatoires (mesurées en Cas Jour Service, CJS ⁵) sera abordé, tant pour la médecine aiguë que pour la réadaptation/gériatrie.

3.1.1 Méthode pour le domaine de l'activité médicale

L'activité projetée de l'HFR se base sur la demande de prestations médicales parmi la population du canton de Fribourg dans le futur. Celle-ci est complétée par la perte de patients due au transfert de certains domaines de spécialité situés sur certains sites. Une attractivité différenciée de l'HFR selon les différents scénarios a également été prise en compte.

⁵ L'unité Cas Jour Service (CJS) a été développée par l'HFR afin de mesurer l'activité ambulatoire de l'hôpital. Elle compte le nombre de cas ambulatoires par jour par domaine de spécialité.

Le graphique suivant clarifie les trois composantes :

Illustration 7

Trois facteurs sont le moteur du développement des activités médicales projetées à l'HFR			
Facteur	Fréquence	Le même pour tous les scénarios ?	Description
1 Demande de la population de Fribourg	tous les ans	✓	Par domaine spécialisé en se fondant sur : • Croissance de la population de Fribourg • Vieillessement de la population de Fribourg • Fréquence des diagnostics par groupe d'âge
2 Perte due à la fermeture de domaines spécialisés aux sites	Une fois l'année de départ	✗	Par domaine spécialisé se fondant sur : • Nombre de cas par site • En cas de limitation des prestations par site «départ» de 12.5 % de patients, par ex. vers des cliniques privées
3 Facteur d'attrait	tous les ans	✗	Pour l'HFR au total en fondant sur : • L'estimation, de la manière l'HFR peut gagner le plus grand nombre de patients • Ordre des scénarios en fonction de leur attrait (Scénario 2, scénario du mandat, scénario statut quo, scénario 3)

Par le passé, l'HFR a eu à combattre une croissance stagnante dans les soins aigus stationnaires. La présente simulation suppose en revanche que l'HFR pourrait profiter d'une demande croissante dans la population et que cela peut donc croître de façon proportionnelle au marché. Cette hypothèse positive repose sur le Projet médical. Les concepts d'avenir élaborés par les départements révèlent des possibilités stratégiques de centrage sur certains domaines qui se traduisent en un gain d'attractivité pour l'HFR. C'est ainsi que les concepts en provenance du corps médical forment la base sur laquelle la croissance du nombre de cas à l'HFR est projetée. La partie suivante présente les composantes concrètes qui entrent dans le calcul du taux de croissance.

La demande de la population fribourgeoise est la première composante et base de la prévision de la croissance. Elle a été calculée à l'aide d'un pronostic de la population de l'OFS pour le canton de Fribourg et de la fréquence de pathologies particulières par groupe d'âge en provenance des statistiques médicales nationales. Il en découle la croissance de la demande générale de prestations médicales dans la population⁶. La perte de patients (deuxième composante) et l'attractivité (troisième composante) déterminent la part de cette « croissance de base » que l'HFR peut s'approprier et sont différentes d'un scénario à l'autre. Elles ont été déterminées

⁶ Les taux de croissance pour les domaines ambulatoires ont été calculés sur la base des taux de croissance stationnaires. Tant la croissance stationnaire qu'ambulatoire ont été calculées suivant la division en 17 domaines de spécialité médicale. Pour des détails du procédé, voir le chapitre 7.1.

directement par les participants au Projet médical. Le niveau de la perte de patients en cas de transfert de l'offre de prestations a été estimé⁷.

⁷ La perte de patients touchés par le déplacement des offres de prestations a été évaluée à la même valeur dans tous les scénarios. Il s'agit donc d'une valeur moyenne qui pourrait comporter des pertes éventuellement plus élevées ou plus basses, par exemple selon la région linguistique.

Il se situe dans la marge de fluctuation des valeurs empiriques et opinions d'experts qui sont disponibles à ce sujet. Cette perte de patients ne se produit qu'une fois, c'est-à-dire qu'en raison du retrait de l'offre de prestations sur certains sites, une part précise des patients concernés décideront d'un coup de ne plus se rendre à l'HFR, mais plutôt de se rendre ailleurs pour y être pris en charge. La clientèle de l'HFR continue ensuite de croître⁸, mais avec une valeur de départ plus petite que dans d'autres scénarios sans perte de patients⁸. L'attractivité des scénarios repose sur l'estimation des médecins, à savoir dans quel scénario l'HFR pourrait s'attirer le plus de patients. C'est ainsi que chaque scénario comporte un degré d'attractivité qui influence les taux de croissance médicale sur toute la durée de la projection. Un grand nombre de facteurs influence indirectement cette évaluation, comme les considérations relatives à la qualité ou la proximité à la population. Ces facteurs participent donc également à la détermination de l'activité médicale dans ces scénarios. Pour une évaluation détaillée des scénarios d'un point de vue médical, voir le chapitre 4.

Le taux calculé de croissance des cas illustre de grands changements dans l'environnement hospitalier auxquels on doit s'attendre : par exemple, le transfert de prestations stationnaires vers des prestations ambulatoires a été pris en compte dans les calculs, en plus d'une réduction de la durée moyenne de séjour des patients au fil du temps. D'importants développements médicaux qui influencent et modifient l'environnement hospitalier ont ainsi été pris en compte.

Le procédé utilisé permet l'établissement de pronostics sur la base de statistiques avec un niveau de détail élevé. La perte de patients et l'attractivité des scénarios ont été estimées par les médecins-chefs et concordent avec les opinions d'experts. Au cours des recherches et des innombrables entretiens individuels menés dans le cadre du projet, il a été mis en lumière qu'il n'existe pas de données statistiquement exactes dans ces domaines. Les estimations les plus précises possibles ont donc été élaborées et utilisées. Pour une description exacte de la méthodologie utilisée dans ce domaine, voir le chapitre 7.1. La croissance, calculée au moyen des facteurs énoncés, est appliquée à l'activité actuelle de l'HFR. Cela est décrit dans la partie suivante.

3.1.2 Situation initiale

Durant l'année 2011, l'HFR a enregistré un total de 20'495 cas stationnaires ainsi que 325'131 Cas Jour Service (épisodes ambulatoires, voir aussi la note de bas de page n° 5).

Le tableau suivant présente l'activité médicale de l'HFR durant l'année 2011⁹

	Soins aigus	Réadaptation/ Gériatrie	Total
Stationnaire	18'764 cas	1'731 cas	20'495
Ambulatoire	300'149 CJS ¹⁰	24'982 CJS	325'131

⁸ En vertu du fait que la perte de patient ne s'applique qu'une « seule fois ».

⁹ Source des chiffres : Données internes de l'HFR. Des méthodes d'analyses différentes au sein de l'HFR donnent lieu à de petites variations par rapport aux données énoncées dans le rapport annuel. Le nombre élevé de cas de réadaptation est dû au fait que la neuroréadaptation aiguë a été prise en compte ici. Pour la projection, les données ont été préparées autrement afin de prendre en compte l'intégralité du besoin en infrastructure des départements : 1'238 cas de nouveaux-nés ont été ajoutés au calcul (source : données internes de l'HFR) et les cas de soins intensifs et continus ont en outre été observés. Pour ce qui est de l'activité ambulatoire, l'unité Cas Jour Service est à prendre en considération (une autre unité que celle des points TARMED qui figure dans le rapport annuel).

¹⁰ Le CJS, dans le domaine des soins aigus, comprend aussi des prestations du plateau médico-technique. 19

En conséquence, l'HFR se classe parmi le groupe des hôpitaux cantonaux suisses de taille moyenne à élevée, comme les hôpitaux cantonaux d'Aarau et de Winterthur (plus grand que l'HFR), ainsi que l'hôpital cantonal de Baden (plus petit que l'HFR).

3.1.3 Résultats de la simulation

Après ce bref aperçu de la situation actuelle de l'HFR, c'est au tour des résultats de la simulation d'être présentés. Le scénario du mandat (centralisation totale des soins aigus) sera abordé plus en détail et comparé avec celui du statu quo (organisation décentralisée). Les scénarios 2 et 3 (centralisation réduite) viennent compléter les informations lorsque cela est utile. Le graphique suivant montre une vue d'ensemble des résultats de la simulation pour l'année 10 :

Illustration 8¹¹

Résultat de la simulation montrant trois scénarios rentables, chacun avec un résultat cumulé différent					
Résultats dans l'année 10					
Dimension	2011/12 ²	Statu quo	Mandat	Scénario 2	Scénario 3
Finances (millions de CHF)					
Rendements	363.5	461	448	456	440
Coûts	428.4	-480	-406	-421	-404
Résultats d'exploitation	-64.9	-19	42	35	36
Résultat cumulé ¹	-64.9	-446	2	-81	-29
Investissements	26.3	233	222	221	199
Soins aigus (en 1'000)					
Jours de soins stationnaires	137 ³	157	150	152	147
CJS ambulants ⁴	25 ³	392	384	398	380
Réadaptation (en 1'000)					
Soins stationnaires	40 ³	51	51	52	50
CJS ambulants ⁴	25 ³	39	39	40	37
Infrastructure					
Lits	614	719	669	674	651
Emplois à plein temps	2'209	2'407	1'861	1'962	1'876
EPT sans changement du rapport de nombre de collaborateurs par sortie		(2'769)	(2'698)	(2'747)	(2'645)
¹ Cumulatif de l'année 0 jusqu'à et avec l'année 10 ² Finances (sauf investissements) de mai 2012, activité médicale et investissements de 2011 ³ concernant le calcul et l'explication de la différence avec le rapport annuel, différences concernant l'enquête de la DMS sont relevant ⁴ Les CJS du PMT (28'000 en 2011) sont supplémentaires. Source : HFR					

¹¹ Les nombres de cas utilisés en tant que base de calcul correspondent à ceux du rapport annuel, les différences provenant de la définition de la durée moyenne de séjour (DMS). La définition du service des statistiques de l'HFR a été utilisée, les cas de nouveaux-nés étant inclus en obstétrique (cas et journées d'hospitalisation). Les cas SICO ne sont pas indiqués dans les journées d'hospitalisation, mais sont inclus dans la planification des lits.

Pour une explication des chiffres 2011/2012 cf. la note de bas de page n° 11. Pour une meilleure compréhension des résultats, la perte prévue de patients en raison du déplacement de l'offre de prestations et l'attractivité des scénarios sont rappelées ici :

	Scénario du statu quo	Scénario du mandat	Scénario 2	Scénario 3
Perte de patients	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%
Classement d'attractivité	3	2	1	4

L'activité augmente dans tous les scénarios analysés. Dans le scénario du mandat, on assiste à une augmentation de 9 % des soins aigus stationnaires et de 28 % pour la réadaptation stationnaire/gériatrie. Pour l'activité ambulatoire, on observe une forte croissance avec une hausse de 41 % dans la médecine aiguë et 57 % dans la réadaptation/gériatrie.

Le statu quo démontre une activité médicale aiguë accrue (stationnaire et ambulatoire) ainsi qu'un résultat comparable/légèrement plus bas pour la réadaptation/gériatrie. Les soins aigus stationnaires enregistrent une croissance d'environ 15 %, alors que la réadaptation/gériatrie stationnaire enregistre une de 26 %. L'activité ambulatoire augmente d'environ 44 % dans la médecine aiguë et de 54 % dans la réadaptation et gériatrie.

Les scénarios 2 et 3 sont assez similaires, le scénario 2 laissant présager une activité médicale plus intense alors que le scénario 3 présente clairement les résultats les plus bas.

Comment expliquer ces résultats ? D'une manière générale, l'activité médicale est en croissance dans tous les scénarios puisque la demande augmente parmi la population et que le pronostic, qui se base sur les spécialisations élaborées par le corps médical dans le Projet médical, permet d'affirmer l'hypothèse que l'HFR peut en profiter. Les différences qui en découlent dans les scénarios s'expliquent par deux raisons : les variations dans la perte de patients par scénario à la suite de modifications au niveau de l'organisation de l'HFR, ainsi qu'une variation dans l'attractivité pour les patients. La perte de patients est estimée à 12,5 % des patients¹², qui seraient touchés par la délocalisation d'une offre de prestations d'un site. Comme plusieurs sites sont touchés de façon différente par ces modifications en fonction des différents scénarios, il en découle des conditions différentes selon la répartition des sites. L'attractivité différenciée pour le gain de patients amène toutefois un rapprochement partiel des scénarios au fil des 10 années de projection (l'ordre déterminé par le corps médical est, comme il est indiqué dans le tableau ci-dessus : scénario 2, scénario du mandat, statu quo, scénario 3). Chaque année, l'HFR peut s'attirer une part précise de la demande de la population. En particulier dans le scénario 2, où l'attractivité la plus élevée engendre une forte croissance, la perte initiale de patients est au moins partiellement compensée par rapport au statu quo. Le scénario 3, à l'autre extrême, subit une forte perte initiale de patients en raison de la délocalisation de l'offre de prestations, l'attractivité faible n'engendrant pas une croissance aussi forte que dans les autres scénarios.

¹² Estimation des médecins-chefs de l'HFR

Digression : permanences à l'HFR

Les permanences constituent un sujet important pour le travail médical à l'HFR et l'élaboration des scénarios d'avenir étudiés.

Par permanence, on entend une unité de médecins qui fonctionne comme une porte d'entrée pour les patients mais sans toutefois être comparable à un service d'urgences. La mission de la permanence actuellement en fonction à l'HFR se résume par le fait qu'elle

- doit s'occuper des patients aux prises avec une situation urgente, mais qui ne nécessitent pas de chirurgie,*
- garantit aux patients les premiers soins, si nécessaire, avant que ceux-ci ne soient transférés, et également*
- désencombre les médecins de famille des cas d'urgences.*

Les permanences ne sont pas équipées d'une infrastructure médicale complète, comme un service d'urgences, mais ont à leur disposition différentes parties du PMT, comme par exemple des appareils de radiologie ou les fonctionnalités du laboratoire. Elles forment une porte d'entrée pour l'admission des patients à l'hôpital en plus d'être une réponse possible à la forte utilisation des services d'urgences comme centre d'accueil des patients (même en cas de signes cliniques moins graves) et au manque général de médecins de premiers secours.

En ce moment, l'HFR exploite une permanence sur le site de Meyriez. Elle a été ouverte en 2009 et enregistre depuis lors une forte hausse d'activité. Le taux de satisfaction de la patientèle y atteint des valeurs élevées. Le département des urgences de l'HFR a en outre élaboré un concept novateur d'organisation des permanences qui prévoit l'intégration de médecins installés. La création d'un groupe de travail appelé à plancher de manière concrète sur le thème de la permanence est d'ores et déjà planifiée à l'HFR.

La simulation des scénarios d'avenir pour l'HFR sous-tend l'hypothèse que des permanences seront mises en fonction sur certains sites périphériques. Le besoin d'investissement est peu élevé, excepté la préparation des locaux. Les permanences constituant la porte d'entrée dans le réseau hospitalier pour de nombreux patients, il faut s'attendre à des pertes de patients supplémentaires si aucune permanence n'est mise sur pied. La simulation part du principe qu'environ 1/8 des patients concernés seront perdus en cas de transfert de certaines spécialités. Ce chiffre pourrait encore s'alourdir si l'HFR devait négliger la mise sur pied de permanences.

3.2 Infrastructures de l'HFR

Les résultats décrits au niveau de l'activité médicale induisent un besoin futur d'infrastructures qui est présenté ici. La méthode de projection en matière d'infrastructures sera détaillée dans un premier temps. Ensuite, la situation initiale de l'HFR sera présentée, puis les résultats décrits.

3.2.1 Méthode pour le domaine des infrastructures

Le domaine des infrastructures se développe selon deux paramètres : l'activité médicale, divisée en ambulatoire et stationnaire, ainsi que le taux d'utilisation qui peut être atteint (voir le chapitre 7.1 pour plus de détails). Selon ces deux facteurs, l'infrastructure actuelle recevra des capacités supplémentaires. Les domaines suivants sont examinés :

- Lits¹³
- Salles d'accouchement
- Salles d'opération
- Services d'urgences
- Appareils de radiologie
- Collaborateurs de l'HFR, convertis en équivalents plein temps (EPT)¹⁴

Puisque des différences au niveau de l'activité médicale et de la charge atteignable dans le domaine des infrastructures peuvent être observées entre les scénarios d'avenir, le tableau ci-dessous présente un besoin en infrastructures différent selon le scénario.

3.2.2 Situation initiale

D'abord, voici un aperçu de l'infrastructure actuelle de l'HFR dans les domaines analysés :

Domaine des infrastructures	Capacité actuelle ¹⁵
Lits	614 ¹⁶
Salles d'accouchement	8
Salles d'opération	19
Services des urgences	1'380 m ² de surface
Appareils de radiologie	5 ¹⁷
Collaborateurs de l'HFR en équivalents plein temps (EPT)	2'209 ¹⁸

¹³ Selon le nombre de lits, une somme globale a été calculée pour le besoin en espace. Celui-ci augmente de façon proportionnelle au nombre de lits, faisant en sorte qu'un agrandissement de la surface au fil du temps a été calculé. Pour plus de détails sur le procédé, voir le chapitre 7.1.

¹⁴ Le nombre de collaborateurs de l'HFR est mentionné au point « infrastructures », puisque leur nombre dans la simulation dépend de facteurs similaires à ceux qui influencent le domaine des infrastructures.

¹⁵ Source : HFR

¹⁶ Ce nombre de lits comprend déjà les mesures à court et moyen termes mises en place en 2012 par l'HFR, ainsi que la fermeture planifiée, mais non confirmée, du site de Châtel-St-Denis.

¹⁷ En raison d'une disponibilité limitée des données, seule une sélection de l'infrastructure radiologique existante a été examinée (scanner et IRM). Voir le chapitre 7.1 pour plus de détails.

¹⁸ Le nombre de 2'209 EPT se rapporte aux EPT réels (dans le budget 2012 : 2165.04) ainsi qu'aux heures supplémentaires payées.

3.2.3 Résultats de la simulation

Le tableau suivant montre un aperçu de l'infrastructure médicale de l'HFR pour l'année 10 de la simulation :

Domaine des infrastructures	Résultats pour l'année 10 de chaque scénario			
	Statu quo	Scénario du mandat	Scénario 2	Scénario 3
Lits	719	669	674	651
Salles d'accouchement	8	7	7	7
Salles d'opération	25	20	22	22
Services d'urgence	1'844 m ²	1'800 m ²	1'844 m ²	1'767 m ²
Appareils de radiologie	7	7	7	7
Collaborateurs de l'HFR en postes à temps plein	2'407	1'861	1'962	1'876

Si l'on compare les résultats projetés, on remarque que le statu quo recèle un grand besoin en infrastructures. Cela est d'abord dû à la forte activité médicale (voir le chapitre 3.1.3), puis ensuite au taux d'utilisation supposé qui, en raison du déploiement décentralisé, est plus bas que dans les trois autres scénarios. La partie suivante passe en revue les domaines d'infrastructure examinés et en tire des résultats individuels.

Relativement au nombre de lits, il a été supposé que le taux d'occupation actuel perdurerait dans le scénario du statu quo (81 % pour les soins aigus et 85 % pour la réadaptation). Dans les autres scénarios, l'HFR peut atteindre un plus grand taux d'occupation au moyen de la centralisation¹⁹. Cet effet entraîne, conjointement avec l'activité médicale par scénario, tant le grand nombre de lits dans le scénario du statu quo (719 lits) que la plus basse valeur du scénario 3 (651 lits) qui, en raison du nombre réduit de sites, peut atteindre un taux d'occupation élevé. Pour une description détaillée du nombre de lits selon les domaines des soins aigus ainsi que de la réadaptation et gériatrie, voir le chapitre 7.2 de l'annexe.

Le nombre projeté de salles d'accouchements démontre les effets de la perte de patients selon les scénarios. Dans le scénario du statu quo, le domaine de l'obstétrique n'enregistre aucune perte de patients. Pour tous les autres scénarios, le transfert de l'obstétrique vers le site central affecte de façon négative l'activité de cette spécialité en raison de la perte de patients et entraîne un plus faible besoin en infrastructures (7 salles d'accouchement à la place de 8, comme le prévoit le scénario du statu quo).

Le nombre projeté de salles d'opération est également influencé par le taux d'utilisation supposé. Le taux d'utilisation maximal retenu, atteignable dans le scénario du mandat avec un seul site de soins aigus, a été évalué à 82%²⁰. Cela explique, par exemple, pourquoi un plus grand nombre de

¹⁹ Le maximum se base sur d'anciennes valeurs normatives de la planification hospitalière: 85 % pour les soins aigus et 90 % en réadaptation.

²⁰ Cette valeur est essentiellement le produit de comparaisons internationales. Un taux de 85% est généralement considéré comme étant la Best Practice. Cette simulation suppose une valeur maximale de 82 %, puisque cela représenterait déjà une hausse marquée pour l'HFR et qu'une hausse plus élevée ne semble pas réaliste.

salles d'opération serait nécessaire dans le scénario 3 (22 salles) que dans le scénario du mandat (20 salles), malgré le fait que l'activité médicale y soit plus faible.

La surface des services d'urgences augmente proportionnellement au total de l'activité médicale. La valeur arrondie similaire pour le scénario du statu quo et pour le scénario 2 (1'844 m²) provient d'une activité médicale similaire mais qui se compose toutefois différemment (ambulatoire/stationnaire et médecine aigüe/réadaptation et gériatrie).

Comme il a déjà été précisé, seuls les appareils IRM et scanners ont été pris en compte dans le domaine de la radiologie. Ceux-ci comptent parmi les appareils de radiologie les plus chers²¹, mais ne couvrent pas tous les domaines. Le nombre contenu dans les résultats doit donc être compris comme une indication qu'avec l'augmentation prévue de l'activité médicale, de plus gros investissements devront être consentis dans le domaine de la radiologie (exprimé dans la simulation par l'augmentation de cinq à sept appareils). Même si une seule partie de ces investissements a été quantifiée dans le présent calcul, le résultat peut servir de point de repère pour le niveau d'investissement. Les résultats identiques pour tous les scénarios expriment que bien que l'activité médicale se différencie selon le scénario, elle évolue dans la même mesure.

Enfin, le nombre de collaborateurs de l'HFR, exprimés en équivalents plein temps, est examiné. Les résultats énoncés au début de ce chapitre montrent que les scénarios présentent des besoins en collaborateurs différents qui ne dépendent pas exclusivement de leur activité médicale respective. Le scénario du mandat présente, par exemple, le nombre le plus bas de collaborateurs malgré que l'activité médicale n'y soit pas la plus faible. Cela montre une modification du nombre de collaborateurs par sortie. Cette modification a été supposée de manière différenciée pour les différents scénarios. La logique derrière ce calcul sera expliquée dans un premier temps, puis sera abordée son application à chaque scénario.

En vue de l'identification des objectifs atteignables (c'est-à-dire concernant la relation entre le nombre de collaborateurs et l'activité médicale) à l'HFR, la plus récente statistique hospitalière nationale de l'OFSP a été utilisée²². Ce faisant, seuls ont été analysés les hôpitaux comparables à l'HFR en termes de structure juridique et de taille, soit un groupe d'hôpitaux publics traitant un nombre de cas similaire à l'HFR. Le groupe comprend aussi bien des hôpitaux qui travaillent de façon plus efficace que l'HFR que l'inverse. Le nombre de collaborateurs par sortie de l'HFR se situe approximativement à la médiane du groupe examiné. Les hôpitaux examinés n'ont volontairement pas été choisis uniquement parmi ceux ayant un nombre de collaborateurs par sortie particulièrement bas, mais plutôt dans le cadre d'une sélection d'hôpitaux selon les critères de la taille et du statut juridique. La sélection du groupe comparatif d'hôpitaux assure une perspective réaliste. Le Spital Thurgau AG, avec les hôpitaux de Frauenfeld et de Münsterlingen, constitue la Best Practice de ce groupe d'hôpitaux comparables pour l'année 2010 (7.51 équivalents plein temps pour 100 sorties en 2010). L'HFR travaille avec un rapport de 10.16 équivalents plein temps pour 100 sorties²³, donc avec plus de personnel disponible par cas stationnaire. Il a été supposé que l'HFR pourrait s'approcher de façon différente de l'exemple de la Best Practice dans les différents scénarios en raison du fait qu'une centralisation plus forte permet d'atteindre un rapport plus bas. Cela est possible notamment par la réduction des services de garde et l'évitement du fonctionnement à vide par une plus grande centralisation. A titre d'exemple, si les services d'urgences et blocs opératoires demeurent ouverts la nuit sur plusieurs sites, cela entraîne des coûts de personnel plus élevés que s'il n'y a des collaborateurs que sur un seul site. De plus, le fait de concentrer le personnel permet d'éviter les temps inutiles, par exemple par l'engagement dans d'autres domaines lorsque cela est pertinent. La partie suivante explique les résultats des différents

²¹ Ils forment dans l'infrastructure actuelle de la radiologie environ un tiers des appareils d'une valeur de plus de 700 000 CHF.

²² Source : OFSP - données clés des hôpitaux suisses

²³ 2011

scénarios en ce qui concerne le nombre de collaborateurs, puis en examine la faisabilité. Le développement projeté prend en compte dans chaque scénario un transfert d'activité du stationnaire vers l'ambulatoire (pour une description détaillée de la méthodologie, ainsi qu'une liste des hôpitaux comparés, voir le chapitre 7.1).

Dans le statu quo, aujourd'hui 2'209 employés en équivalents plein temps, aucune centralisation n'a lieu. Il a cependant été supposé que le nombre de collaborateurs par sortie diminuerait au fil du temps, en raison du fait que le Projet médical a mis fréquemment l'accent sur l'existence d'inefficacités dont la correction pourrait et devrait être réalisable indépendamment d'une centralisation. L'écart avec l'exemple de la Best Practice de 2010 peut ainsi être diminué de moitié pour le scénario du statu quo, pour atteindre un rapport de 8.93 équivalents plein temps pour 100 sorties durant l'année 10. Il en résulte une modification annuelle moyenne du nombre de collaborateurs pour 100 sorties de 1,3 % sur 10 ans. Cela explique le résultat estimé de 2'407 équivalents plein temps dans le scénario du statu quo. Sans la prise en compte de cette modification dans le calcul, et avec un développement purement proportionnel à l'activité médicale, le personnel serait passé à 2'769 à la 10^e année. Cela signifierait d'importants coûts de personnel.

Dans le scénario du mandat, il est possible de descendre légèrement sous la valeur de la Best Practice de l'année 2010, en raison du degré plus élevé de centralisation de l'HFR en comparaison avec l'exemple de la Best Practice 2010. Après l'atteinte de la valeur de la Best Practice, un changement supplémentaire plus faible a été pris en compte pour l'HFR (voir le chapitre 7.1). En tout, on obtient un rapport de 7.18 équivalents plein temps pour 100 sorties et un changement annuel moyen du nombre de collaborateurs par sortie de 3,4 %. Il en résulte un nombre de 1'861 équivalents plein temps pour l'année 10. Sans la prise en compte de ce changement, ce nombre augmenterait à 2'698.

Avec leurs résultats de 1'962 et 1'876 collaborateurs, les scénarios 2 et 3 sont à mi-chemin entre le statu quo et le scénario du mandat. Même là, la valeur de la Best Practice de 2010 peut également être atteinte, ou manquée de peu, mais de façon moins marquée que dans le scénario du mandat.

Digression : comparaison avec l'Hôpital du Valais

Au cours du projet StrateGO, l'Hôpital du Valais (HV) a souvent été utilisé comme valeur de comparaison pour l'HFR. Par exemple, la répartition sur plusieurs sites hospitaliers (HV : 3 centres hospitaliers, chacun doté de 2 à 4 sites), le bilinguisme des cantons du Valais et Fribourg et la proximité géographique présentent des similarités. Cependant, le canton du Valais est substantiellement plus grand que celui de Fribourg. Entre autres différences, le HV est plus grand que l'HFR (381'906 jours d'hospitalisation au HV en 2010 contre 174'865 pour l'HFR). Il est divisé en trois centres hospitaliers répartis entre Bas-Valais, Haut-Valais et Valais central. Le nombre de collaborateurs pour 100 sorties du HV 2010 est plus bas que celui de l'HFR. Le centre hospitalier du Valais central (204'872 jours d'hospitalisation, quatre sites), la partie la plus importante du HV, travaille par exemple avec 8.65 équivalents plein temps pour 100 sorties. Il offre des prestations en médecine aigüe, réadaptation et psychiatrie. Le centre hospitalier du Haut-Valais, plus petit, travaille même de façon encore plus efficiente. L'exemple ponctuel du HV souligne d'ailleurs le postulat relevé qu'une amélioration est réaliste et indispensable à l'HFR. Cela s'applique, comme il a été calculé dans la simulation, tant au scénario du statu quo qu'aux augmentations en cours dans les autres scénarios (Source : Indicateurs des hôpitaux suisses pour 2010, OFSP).

Naturellement, il serait impossible d'atteindre du jour au lendemain une telle manière de travailler avec une réduction du nombre d'équivalents plein temps pour 100 sorties à l'HFR. Les modifications abordées ont une portée assez étendue et nécessitent une remise en question. Les exemples présentés provenant d'autres hôpitaux, pour certains d'entre eux également avec une organisation décentralisée, montrent toutefois que le changement décrit pour l'HFR est réaliste. Le groupe de comparaison a été organisé selon des critères systématiques afin de garantir une analyse fondée. Naturellement, il comprend des hôpitaux avec différents modèles de travail. Les hôpitaux se différencient par exemple dans le degré d'outsourcing par rapport à la fourniture In-House de services (par exemple, relativement à la restauration et à la buanderie) ainsi que dans le rapport entre prestations ambulatoires et stationnaires. Cependant, en observant exclusivement les hôpitaux publics d'une taille similaire, on peut trouver une uniformité qui permet des comparaisons. Il devient alors clair qu'un changement adéquat est réaliste : ces hôpitaux ne travaillent pas dans un environnement régulé de manière complètement différente et la grande majorité des patients qu'ils traitent n'est pas non plus très différente. Il n'a été fait appel ni à des valeurs d'hôpitaux privés, d'établissements beaucoup plus petits/grands ni à des valeurs de référence internationales. La dimension temporelle du changement est en outre importante : l'exemple de la Best Practice se rapporte à l'année 2010. Les hôpitaux publics suisses d'une taille similaire à celle de l'HFR travaillent déjà actuellement avec un nombre de collaborateurs par sortie similaire à celui prévu dans la simulation de l'HFR pour l'année 10. Un rapprochement de cette valeur sur 10 ans par l'HFR présente certes une modification, mais cela semble toutefois plausible. Premièrement, l'hôpital dispose de 10 ans pour mettre en place des modifications. Cette période constitue un cadre dans lequel les modifications peuvent être réfléchies, planifiées et ensuite mises en œuvre. L'HFR peut développer les méthodes de travail les plus efficaces. Deuxièmement, il faut partir du principe qu'une diminution générale supplémentaire du nombre de collaborateurs pour 100 sorties sur 10 ans sera obtenue dans le domaine hospitalier, entraînant du même coup un déplacement de la Best Practice. Ce changement, qui concerne le paysage hospitalier dans son ensemble, est la conséquence notamment d'une plus grande pression financière entraînée par les SwissDRG et d'une utilisation accrue de systèmes de saisie électroniques dans les hôpitaux. Cela veut dire que la Best Practice du groupe comparatif après la période de 10 ans de la projection sera vraisemblablement meilleure. Néanmoins, seul un rapprochement de la pratique exemplaire actuelle a été projeté pour l'HFR. Il n'est pas supposé que l'HFR devienne un chef de file dans ce secteur. Ces points mettent l'accent sur :

- La sélection systématique du groupe comparatif qui fait de l'exemple de la Best Practice une base de comparaison analytique, ainsi que sur
- La perspective temporelle réaliste du changement calculé.

Comme précédemment énoncé, le déploiement précis de futures mesures devrait être défini par l'HFR dans une phase ultérieure. Cela s'applique aussi au domaine du nombre de collaborateurs pour 100 sorties.

3.3 Résultat financier de l'HFR

L'activité médicale future de l'HFR et le besoin en infrastructures qui en découle, qui ont été décrits dans les chapitres précédents, constituent la base du résultat financier des scénarios. C'est donc ce troisième élément qui est examiné maintenant. L'accent y sera mis sur le résultat d'exploitation annuel et sur le résultat d'exploitation cumulé au fil des ans. Les investissements seront également présentés.

La méthode fera l'objet d'une brève explication, puis la situation initiale à l'HFR sera décrite et analysée afin de fournir une explication de l'actuel résultat d'exploitation négatif. Ensuite les résultats de simulation des différents scénarios seront abordés et les éventuelles possibilités de financement.

3.3.1 Méthode pour le domaine des finances

Les résultats financiers se basent sur les résultats déjà présentés. Les charges et les recettes dépendent de l'activité médicale, du besoin en personnel ainsi que des investissements à réaliser ; ils ont donc été projetés dans le futur en tenant compte de ces paramètres. Cela veut dire que de grandes tendances d'avenir dans le secteur de la médecine seront prises en compte. Elles sont à la base du taux de croissance médicale de la projection et exercent ainsi également une influence²⁴.

Les coûts reconnus comme des investissements seront encore détaillés et précisés par le bureau d'architectes mandaté. Ils comprennent uniquement les nouvelles acquisitions et non l'entretien d'appareils et de bâtiments, classé parmi les frais de fonctionnements sous « entretien et réparations ». La construction d'un nouvel hôpital n'est pas calculée dans les investissements, ce sujet étant traité par un bureau d'architectes dans le cadre du projet subséquent mentionné ci-avant. Pour une description détaillée de la méthodologie, des paramètres qui influencent les charges et les recettes ainsi que des hypothèses pertinentes, voir le chapitre 7.1.

3.3.2 Situation initiale

Pour l'année 2012, l'HFR s'attend à un défaut de couverture de ses coûts d'environ CHF 65 mios. Ce montant découle de l'ensemble des trois positions suivantes :

1. Déficit effectif budgétisé de	15.3 M CHF	(recettes en déduction des charges)
2. Paiement « Manco Etat FR dans tarifs »	11.3 M CHF	
3. Financement transitoire du canton FR	<u>38.3 M CHF</u>	
	64.9 M CHF	

Il convient d'exposer brièvement la composition du deuxième et du troisième poste et la raison pour laquelle ils sont calculés dans le défaut de couverture des coûts.

Dans le cadre des négociations, l'HFR a obtenu un *baserate* par cas stationnaire fixé provisoirement (CHF 10'150). Ce montant est payé à l'hôpital par les assureurs et le canton. Le *baserate* précédemment planifié pour le budget s'élevait cependant à CHF 10'750²⁵. Afin de compenser la balance financière défavorable qui en résulte, l'HFR reçoit du canton un montant de CHF 11.3 mios pour l'année 2012 sous le poste « Manco Etat FR dans tarifs ». Le « financement transitoire » de CHF 38.3 mios est en outre accordé à l'HFR en raison du fait que quelques négociations relatives à certains paiements de la part du canton (par ex. pour les « prestations d'intérêt général ») ne sont pas encore terminées. Suivant cette justification, l'hôpital recevra un montant important qui servira au moins partiellement à la couverture de coûts de fonctionnement. Les montants figurant sous « Manco Etat FR dans tarifs » et « financement transitoire » du canton FR sont calculés dans le défaut de couverture des coûts/lacune de financement, conformément aux normes de la LAMal. Ils représentent des montants supplémentaires en provenance du canton, malgré le fait que l'HFR devrait en principe conduire ses activités à l'aide d'autres moyens en raison du nouveau financement des hôpitaux. Ces moyens se composent du *baserate* de CHF 10'150 qui lui a été accordé, des recettes issues des prestations ambulatoires, des recettes des cas LAA, AM et AI, des recettes des patients assurés de manière complémentaire ou prenant les coûts à leur charge, et

²⁴ Par exemple le progrès de la technologie médicale, qui entraîne entre autres une réduction de la durée moyenne de séjour des patients.

²⁵ Pour réellement travailler de façon rentable, l'HFR devrait même recevoir un *baserate* de plus de 12'000 CHF.

d'autres recettes. L'HFR ne couvre toutefois pas ses coûts par ses activités. Ceci explique pourquoi le montant actuel du défaut de couverture des coûts de CHF 65 mios a été retenu en tant que résultat d'exploitation de l'année 0.

3.3.3 Résultats de la simulation

Après que la composition de l'actuel défaut de couverture des coûts a été énoncé, l'accent sera mis sur les résultats de la simulation des scénarios d'avenir projetés. Tout d'abord, le scénario du mandat sera abordé plus en détail, puis comparé avec le statu quo. Comment se développera le défaut de couverture des coûts évalué à CHF 65 mios ? La 10^e année de la simulation révèle l'image suivante ²⁶ :

Illustration 9²⁷

Résultat de la simulation montrant trois scénarios rentables, chacun avec un résultat cumulé différent					
Résultats dans l'année 10					
Dimension	2011/12 ²	Statu quo	Mandat	Scénario 2	Scénario 3
Finances (millions de CHF)					
Rendements	363.5	461	448	456	440
Coûts	428.4	-480	-406	-421	-404
Résultats d'exploitation	-64.9	-19	42	35	36
Résultat cumulé ¹	-64.9	-446	2	-81	-29
Investissements	26.3	233	222	221	199
Soins aigus (en 1'000)					
Jours de soins stationnaires	137 ³	157	150	152	147
CJS ambulant ⁴	25 ³	392	384	398	380
Réadaptation (en 1'000)					
Soins stationnaires	40 ³	51	51	52	50
CJS ambulant ⁴	25 ³	39	39	40	37
Infrastructure					
Lits	614	719	669	674	651
Emplois à plein temps	2'209	2'407	1'861	1'962	1'876
EPT sans changement du rapport de nombre de collaborateurs par sortie		(2'769)	(2'698)	(2'747)	(2'645)

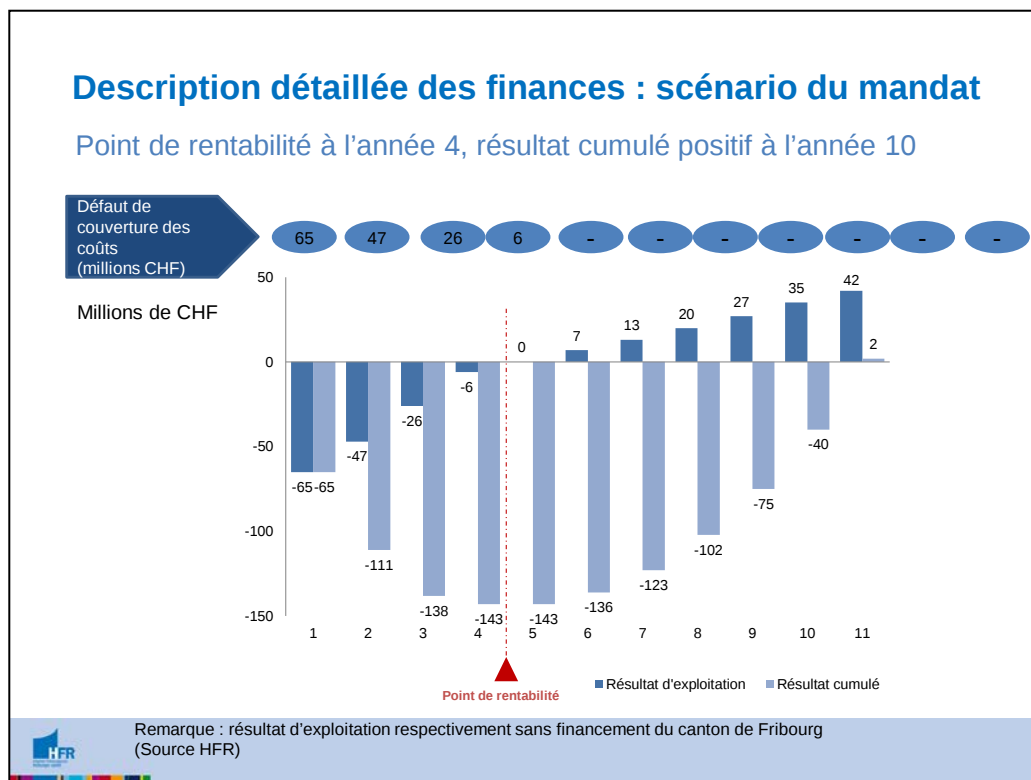
¹ Cumulatif de l'année 0 jusqu'à et avec l'année 10² Finances (sauf investissements) de mai 2012, activité médicale et investissements de 2011³ concernant le calcul et l'explication de la différence avec le rapport annuel, différences concernant l'enquête de la DMS sont relevant⁴ Les CJS du PMT (28'000 en 2011) sont supplémentaires. Source : HFR

²⁶ 2013 a été sélectionnée comme année de départ pour la simulation. Plus l'année de départ des scénarios sera décalée dans leur mise en oeuvre, plus il faudra prendre en compte un décalage temporel des développements indiqués (et donc avec un résultat cumulé plus négatif). Les investissements indiqués ne doivent pas être vus comme finaux ; ils ne se rapportent qu'à l'achat/construction de nouvelles infrastructures, les coûts d'entretien étant pris en compte à un autre poste. De plus, le montant précis des coûts doit encore être calculé par le bureau d'architectes mandaté dans le cadre du projet subséquent, qui prévoit une possible marge de modification (par exemple, en raison de travaux d'assainissement imprévus).

²⁷ Voir note de bas de page n°11

Dans le scénario du mandat, on enregistre des recettes de CHF 448 mios pour des coûts de CHF 406 mios. Cela veut dire, pour l'année 10, un résultat positif de CHF 42 mios. Le graphique suivant illustre l'évolution du résultat d'exploitation dans le temps, ainsi que le résultat cumulé sur 10 ans :

Illustration 10



Il faut remarquer que les gains de l'HFR dépassent pour la première fois les pertes accumulées au fil des années à la dixième année de la simulation et mènent à un résultat d'exploitation cumulé positif de CHF 2 mios. Au fil du temps, le montant à financer atteindra CHF 143 mios. Cette valeur maximale du scénario est déjà atteinte à la 3^e année et est réduite par la suite de manière continue.

Les investissements à réaliser s'élèvent à CHF 222 mios dans le scénario du mandat. Ce chiffre comprend les montants pour les nouvelles infrastructures qui seront rendues nécessaires de même que les coûts de réorganisation de l'HFR jusqu'à l'année 10. Ils sont déjà calculés dans le résultat d'exploitation par des amortissements. Il n'en reste pas moins qu'il faudra aussi trouver un financeur pour ce montant.

D'un point de vue général, le scénario du mandat dégage une tendance positive, même si le besoin en financement qui en découle ne doit pas être sous-estimé. Le défaut de couverture des coûts cumulé au fil des ans correspond, à la 3^e année, à presque 2/3 du capital propre total de l'HFR en 2011. On peut s'interroger quant à la capacité de l'hôpital à financer un tel défaut de couverture des coûts. Avec le nouveau financement hospitalier, le canton ne couvrira plus les déficits comme il le faisait auparavant : il faudra donc plutôt trouver un prêteur. Cela pourrait à nouveau être le canton, voire une banque cantonale/nationale. Il est assurément indispensable pour l'HFR de se munir d'une stratégie d'avenir à toute épreuve afin de convaincre un tel prêteur de sa solvabilité. Avec le nouveau financement hospitalier, de nombreux hôpitaux suisses font face à des défis similaires. Il reste encore à savoir comment la majorité de ces hôpitaux trouvent des sources d'argent et parviennent à se financer.

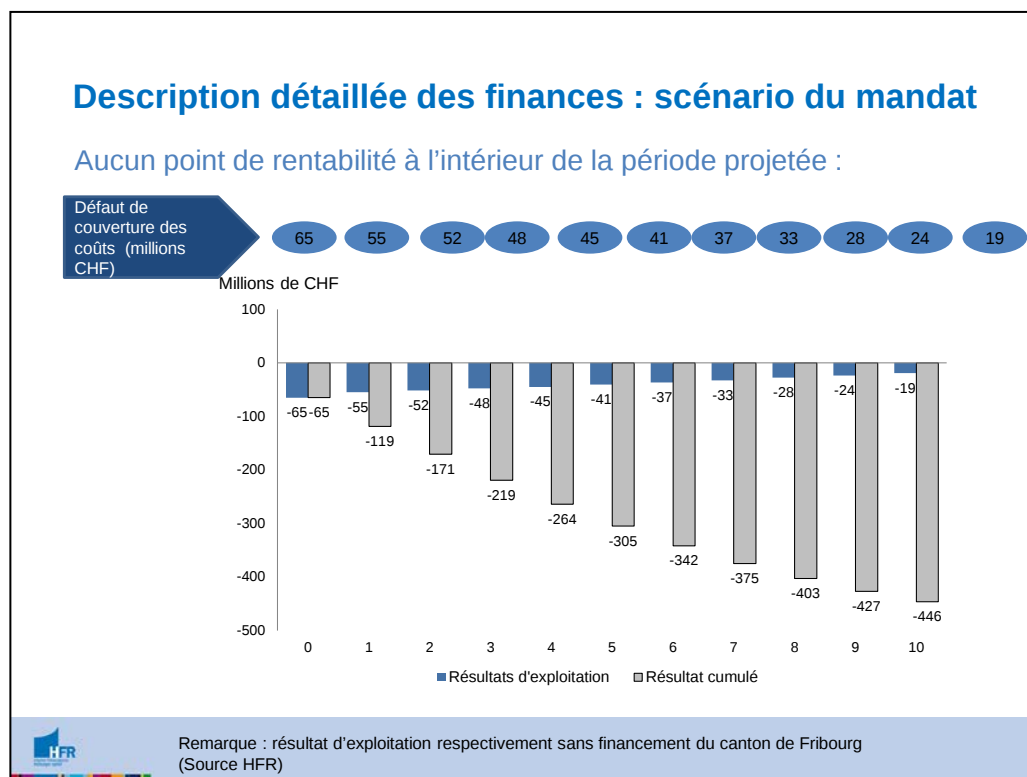
Digression : un résultat d'exploitation équilibré également possible avec un changement plus faible du nombre de collaborateurs pour 100 sorties

Comme il est décrit au chapitre 3.2.3, les résultats financiers démontrés reposent notamment sur un nombre des collaborateurs pour 100 sorties plus bas et un rapprochement de l'exemple de la Best Practice de l'année 2010. Dans le scénario du mandat, l'HFR peut déjà atteindre un résultat d'exploitation équilibré à l'année 4 de la simulation, même avec un changement plus faible. Ce résultat positif de la 4^e année entraîne deux options possibles :

- Une amélioration poursuivie, comme la simulation le supposait, entraînerait un remboursement plus rapide du défaut de couverture des coûts accumulé jusqu'à l'année 10 et donnerait ainsi une marge de manœuvre pour de nouveaux investissements à l'HFR (résultats indiqués).
- Un arrêt du changement à la 4^{ème} année permettrait d'atteindre un résultat équilibré avec un plus grand nombre de collaborateurs. Cependant, le remboursement du défaut de couverture des coûts accumulé serait considérablement retardé, ce qui réduirait substantiellement la marge de manœuvre financière (par exemple pour des investissements).

Si l'on compare ces résultats du scénario du mandat avec une projection du statu quo dans l'avenir, la perspective change. Des recettes de CHF 461 mios pour l'année 10 sont épuisées par des dépenses de CHF 480 mios. Le défaut de couverture des coûts de CHF 19 mios qui en découle démontre une tendance positive en comparaison avec l'actuel défaut de couverture de CHF 65 mios, mais sans pour autant parvenir à équilibrer le résultat d'exploitation. Comme présenté ci-avant pour le scénario du mandat, le graphique suivant présente le résultat d'exploitation et le résultat cumulé pour le statu quo au fil du temps :

Illustration 11



Il n'y a pas de point de rentabilité à l'intérieur de la période observée. Si l'on additionne les défauts de couverture des coûts annuels jusqu'à la 10^e année, on arrive à une somme de CHF 446 mios. Cela correspond quasiment à 170 % de la somme du bilan de l'HFR en 2011 et environ 200 % du capital propre disponible en 2011. Le montant à financer est considérablement plus élevé que dans le scénario du mandat.

Dans le statu quo, la somme des investissements s'élève à CHF 233 mios. Elle est déjà calculée dans le résultat d'exploitation au moyen d'amortissements. Le montant est plus élevé que dans le scénario du mandat en raison du fait que le nombre de lits et les investissements qui y sont liés, en particulier la planification coûteuse d'un agrandissement de diverses surfaces au fil du temps, est plus élevé²⁸. Même si l'on supprime l'agrandissement au fil des ans de diverses surfaces dans le scénario du statu quo, la tendance indiquée pour le résultat d'exploitation n'est en rien modifiée. La période observée ne comporte pas de point de rentabilité.

Les deux autres scénarios observés se classent entre les deux possibilités décrites en raison de leurs résultats d'exploitation.

Les quatre scénarios démontrent un grand besoin de financement puisque l'obtention d'un résultat d'exploitation positif nécessite un certain temps dans chacun d'entre eux. Toutefois, ce besoin de financement varie considérablement d'un scénario à l'autre, passant de CHF 143 mios pour le scénario du mandat à CHF 446 mios pour le scénario du statu quo. Le scénario du mandat est le seul scénario dans lequel le financement transitoire pourrait être remboursé complètement sur une période de 10 ans (condition : démarrage en 2013).

3.4 Sensibilité des résultats en cas de modification des hypothèses

Comme il a été expliqué précédemment, les résultats indiqués se basent sur des hypothèses précises. Plus particulièrement, la perte de patients due au transfert d'offres de prestations, l'attractivité des scénarios pour les patients, le nombre de collaborateurs atteignable à l'HFR en fonction de l'activité médicale et un degré d'utilisation atteignable des infrastructures sont tous des domaines dans lesquels des hypothèses ont dû être posées²⁹. L'illustration ci-après démontre quelles seraient les conséquences d'une modification de ces paramètres sur le résultat d'exploitation prévu dans les scénarios pour l'année 10 de la simulation:

²⁸ La quantité actuellement trop petite de surfaces diverses à l'HFR a motivé la décision de planifier une telle augmentation dans tous les scénarios.

²⁹ Des estimations ont été faites là où aucune donnée n'était disponible, par exemple pour la perte de patients due au transfert d'offres de prestations. Ces estimations ont été effectuées en étroite collaboration avec le corps médical de l'HFR, des experts de la santé ou en se fondant sur les Best Practices.

Illustration 12

Variables ayant une influence différente sur le résultat (exploitation annuelle)

Variable	Portée par scénario (Résultat opérationnel à l'année 10 en M CHF)					
	Min.	Max.	Statu Quo	SC du mandat	Sc. 2	Sc. 3
Perte de patients	0 %	-25 %	(-20.0)-(-18.2)	42.0 – 42.4	34.2 – 34.7	36.2 – 36.6
Attractivité	100 %	115 %	(-18.5)-(-20.6)	42.0 – 42.3	34.5 – 34.6	36.3-36.5
Personnel par sortie	1.3 %	3.4 %	(-19.1) – 43.6	(-18.9) – 42.2	(-19.1) – 43.1	(-17.1) – 42.8
Occupation des lits en somatique aiguë	81 %	85 %	(-19.1) – (-17.5)	40.7 – 42.2	33.1 – 34.6	34.8 – 36.3
Occupation des lits en réadaptation	85 %	90 %	(-19.1) – (-18.4)	41.8 – 42.5	34.1 – 34.8	35.6 – 36.3



Source : HFR, BCG

La partie suivante clarifie la structure et la signification de cette illustration. On voit à gauche les variables prises en compte dans l'analyse de sensibilité³⁰. Les colonnes « min. » et « max. » indiquent chacune les valeurs extrêmes que peuvent prendre les variables dans le modèle³¹. Si on observe, par exemple, le taux d'occupation des lits pour les soins aigus à la quatrième ligne, on voit qu'il prend la valeur de 81 % dans un scénario de la simulation, puis de 85 % dans un autre. Dans les deux autres scénarios, la valeur estimée se situe entre 81 % et 85 %. Dans les colonnes, sous le titre « portée par scénario », est indiqué le résultat d'exploitation pour l'année 10 de la simulation dans tous les scénarios évalués. Le nombre de gauche dans chaque colonne utilise ici la plus basse valeur des colonnes « min. » et max. », alors que le nombre de droite prend la valeur la plus élevée. Cela nous permet de voir comment les résultats d'exploitation des scénarios évolueraient si on modifiait les hypothèses de la simulation. Si on calculait le scénario du mandat, par exemple avec un taux d'occupation des lits des soins aigus de l'ordre de 81 %, on se retrouverait avec un résultat d'exploitation de CHF 40.7 mios pour la 10^e année. Si on utilise un taux d'occupation de 85 %, le résultat d'exploitation prévu augmente à CHF 42.2 mios. Il faut alors prendre en compte le fait que les hypothèses élaborées pour la simulation se basent sur des recherches, réflexions et estimations précises et fondées. Les valeurs indiquées sous le titre « portée par scénario » ne sont donc pas les résultats réels de la simulation, mais représentent un indicateur démontrant dans quelle mesure les hypothèses sur lesquelles se fonde la simulation sont déterminantes pour le résultat d'exploitation. Si les chiffres des quatre colonnes de droite sont

³⁰ De plus, différents taux d'utilisation ont été supposés pour les salles d'opération dans les scénarios. Ils ne seront pas énoncés séparément ici, puisque leur influence sur le résultat d'exploitation est relativement faible.

³¹ La perte de patients, qui demeure à 12,5 % pour tous les scénarios, présente une exception.

modifiés de beaucoup, cela veut dire que la variable correspondante, inscrite à gauche dans chaque ligne, exerce une grosse influence.

L'ordre des scénarios au niveau de leurs résultats reste inchangé, même en cas de modification de paramètres comme la perte de patients estimée dans la simulation. On peut en outre observer que la modification des variables « perte de patients », « attractivité » et « taux d'occupation » accentue bien les résultats, mais sans les changer de façon fondamentale. Les nombres indiqués du côté droit ne modifient pas les dimensions dans lesquelles se situent les résultats d'exploitation des scénarios. En revanche, le nombre estimé de collaborateurs pour 100 sorties, exerce une grosse influence sur le résultat d'exploitation projeté. Celui-ci se modifie considérablement lorsque sont modifiées les estimations sur lesquelles il repose. Selon que l'on calcule les scénarios avec un changement annuel du nombre de collaborateurs pour 100 sorties de 1,3 % ou de 3,4 %, on obtient pour la 10^e année un résultat d'exploitation très différent. On peut l'observer de nouveau dans les quatre colonnes de droite de la ligne « personnel pour 100 sorties », qui présente une grande variation dans tous les scénarios. Cela n'est pas surprenant, compte tenu du fait que les dépenses en personnel à l'HFR (comme dans la majorité des hôpitaux) représentent la part la plus importante des dépenses totales (env. 63 % pour l'année 2012). C'est pourquoi également les économies les plus importantes peuvent être réalisées dans ce domaine. Il faut rappeler ici que la faisabilité de cette amélioration a été examinée de manière approfondie (pour une explication, voir le chapitre 3.2.3).

Les variations des résultats d'exploitation indiqués ici sont importantes dans l'évaluation de la signification des différentes variables et hypothèses. Les valeurs ne peuvent cependant pas être considérées comme réellement atteignables. Seule la logique derrière les hypothèses avancées pour la simulation donne du sens aux résultats et les rend réalistes (voir le chapitre 7.1 pour plus d'informations). C'est pourquoi les variations démontrées servent à déterminer quels sont les leviers principaux pour l'exploitation économique de l'HFR.

4 Évaluation des scénarios pour l'HFR

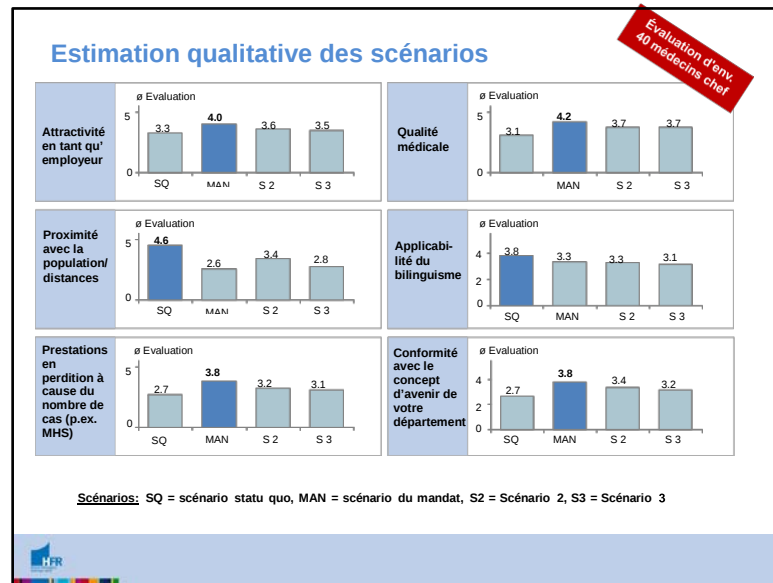
Suivant la précédente description des résultats, la question se pose de savoir ce que veulent dire les chiffres calculés pour le travail médical et spécialisé à l'HFR. Les résultats seuls ne permettent pas encore d'exercer un jugement fondé sur une perspective d'avenir de l'HFR ; il faudra les accompagner d'une estimation qualitative, une sorte de « traduction » vers la réalité de l'HFR. Comment garantir une exploitation durable et qualitativement de grande valeur? Comment se différencient les scénarios présentés, par exemple en termes de qualité médicale? Viennent-ils soutenir les visions d'avenir élaborées avec les médecins de l'HFR dans le cadre du Projet médical? Pour répondre à ce genre de questions, environ quarante médecins-chefs de l'HFR ont été consultés, soit les participants au Projet médical. Leurs estimations, indiquées dans la partie suivante, offrent une perspective supplémentaire sur les scénarios. Tout d'abord, l'évaluation des scénarios faite par les médecins-chefs sera présentée et expliquée. Dans un deuxième temps, les concepts d'avenir médicaux élaborés par les domaines de spécialité seront examinés au regard de leur compatibilité avec les scénarios.

Au cours d'ateliers, les médecins-chefs de l'HFR ont été consultés au sujet des quatre scénarios d'avenir présentés au chapitre 2.4. L'évaluation reflète les opinions de médecins-chefs en provenance de tous les sites de l'HFR et de tous les domaines de spécialité médicale. Les points de vue managériaux et du domaine des soins ont également été pris en compte. Les scénarios devaient être évalués selon 6 critères prédéfinis (le chiffre le plus élevé reflète la meilleure évaluation, le nombre de points maximal étant de 5). Ces critères correspondent partiellement aux thèmes qui ont surgi pendant l'« analyse du marché hospitalier » StrateGO (voir le chapitre 2.3 et l'annexe 7.3). Au cours des entretiens individuels qui ont été conduits, ces critères ont en outre été jugés comme étant des points de vue décisifs pour le travail à l'HFR :

- 1) Attractivité en tant qu'employeur
- 2) Qualité médicale
- 3) Proximité à la population
- 4) Applicabilité du bilinguisme
- 5) Protection contre la réduction de l'offre de prestations en raison d'un faible nombre de cas
- 6) Conformité avec les concepts d'avenir élaborés dans les domaines de spécialités

Le graphique suivant montre les résultats de l'évaluation :

Illustration 13



On remarque que seuls les scénarios du statu quo et du mandat atteignent des valeurs maximales, alors que les scénarios 2 et 3 affichent des valeurs moyennes jusqu'à l'applicabilité du bilinguisme et ne semblent pas trop se différencier l'un de l'autre. Les résultats seront maintenant expliqués en détail. La construction d'un nouvel hôpital n'est pas prise en compte dans les scénarios et n'a donc pas été évaluée, mais elle pourrait avoir des conséquences sur les évaluations dans les différentes catégories.

L'attractivité en tant qu'employeur d'un hôpital se compose d'innombrables facteurs. On cite fréquemment le statut de formation accordé par la FMH³², qui détermine la période de formation dont un assistant peut se faire créditer auprès d'une clinique en particulier (par ex. « clinique A »³³). Les entretiens conduits dans le cadre du Projet médical ont clairement révélé qu'il existe d'autres facteurs, par exemple la classification ISFM, la prise en charge d'assistants, la palette de prise en charge ou la qualité médicale dans un domaine spécifique. Une plus forte collaboration avec l'Université de Fribourg pourrait également accroître l'attractivité en tant qu'employeur. L'HFR a déjà éprouvé de la difficulté par le passé à trouver de bons candidats. L'amélioration de l'attractivité en tant qu'employeur est donc considérée par le corps médical comme étant d'importance primordiale. De ce point de vue, c'est le scénario du mandat qui obtient la meilleure note, les médecins y voyant la promesse d'une meilleure attractivité de l'HFR pour les candidats ; ce changement pourrait avoir lieu grâce à une augmentation du nombre de cas et une

³² Fédération des médecins suisses.

³³ A, B et C indiquent différentes catégories de cliniques. Selon le statut, les assistants peuvent se voir reconnaître une période de formation différente auprès de ces cliniques pour l'obtention de leur titre de médecin spécialiste. Cette période est la plus longue pour la clinique A.

plus forte réputation dans le paysage hospitalier suisse. Le scénario du statu quo a, quant à lui, reçu la pire note.

Digression : l'attractivité de l'HFR en tant qu'employeur avec l'exemple du département de gynécologie et obstétrique

Le département de gynécologie et obstétrique offre en ce moment des prestations sur les sites de Fribourg et de Riaz. Le département est d'une grande importance pour la population, importance renforcée par la croissance de population particulièrement élevée dans le canton de Fribourg. Les médecins de l'HFR se penchent de façon intensive sur le futur du département.

Dans toute la Suisse sévit une grave pénurie de médecins dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique. Ces dernières années, l'HFR eut de la difficulté à recruter un personnel qualifié. En 2011, un arrêt de la prise en charge des naissances a même dû être communiqué, lequel a finalement pu être évité de justesse. Deux médecins-chefes avaient démissionné de leur poste et la recherche de remplaçants s'avéra ardue et problématique. Le site de Riaz fait actuellement face à des problèmes similaires : la recherche de bons candidats s'annonce difficile, menaçant de fermer la maternité. Le faible nombre de cas en obstétrique est considéré comme une cause de ce problème, l'activité étant actuellement partagée presque de manière égale entre Fribourg et Riaz. Le fractionnement d'un domaine de spécialités sur plusieurs sites présente des avantages comme des inconvénients : la proximité à la population peut avoir des effets positifs, alors que la qualité médicale et l'attractivité en tant qu'employeur peuvent souffrir d'un nombre plus faible de cas par site.

Le débat autour de la gynécologie et de l'obstétrique, dont la presse fribourgeoise s'est largement fait l'écho, met en lumière la grande importance de l'attractivité en tant qu'employeur pour l'HFR. Si l'HFR n'est pas compétitif sur ce plan, c'est l'exploitation de l'hôpital dans son ensemble qui est en danger. L'évaluation qualitative des scénarios d'avenir par le corps médical estime l'attractivité de l'HFR en tant qu'employeur à son plus haut dans le scénario du mandat.

Relativement au deuxième critère, la qualité médicale, l'analyse du marché hospitalier effectuée dans le cadre du projet StrateGO démontre que la Suisse, lorsque comparée au niveau international, est dotée d'un système de santé d'une grande valeur qualitative (voir les graphiques dans l'annexe, chapitre 7.3). Malgré cela, la pression qui s'exerce sur l'HFR du point de vue de la qualité augmente, particulièrement en raison de la concurrence des hôpitaux universitaires pour s'approprier le personnel qualifié et les patients de même qu'en raison de l'augmentation de la transparence. Le scénario du mandat reçoit ici encore la meilleure note, alors que le scénario du statu quo est le moins bien évalué. L'écart entre les évaluations est ici encore plus grand que pour le thème de l'attractivité en tant qu'employeur.

Le troisième thème, celui de la proximité à la population, joue un rôle particulier dans le cas de l'HFR, avant tout en raison des différences linguistiques et culturelles existant dans le canton. Parallèlement, des résultats de l'analyse du marché hospitalier révèlent que la Suisse jouit d'une grande densité d'hôpitaux. Un plus grand nombre de petits hôpitaux, en comparaison d'autres pays de l'OCDE, mène à la situation actuelle d'accessibilité particulièrement élevée dont jouit la population. Le scénario du statu quo marque ici quelques points, alors que le scénario du mandat, comprenant une centralisation des soins aigus, fait pâle figure.

La quatrième catégorie d'évaluation se rapporte au bilinguisme à l'HFR. À l'intérieur des deux groupes linguistiques du canton subsistent des différences culturelles qui suscitent des résistances

face à une centralisation³⁴. L'applicabilité d'une prise en charge bilingue fut un thème récurrent au cours du projet. Ceci explique pourquoi l'exemple du centre hospitalier de Biel-Bienne, considéré en tant que Best Practice, a fait l'objet d'une analyse approfondie :

Digression : bilinguisme au centre hospitalier de Biel-Bienne

Le centre hospitalier de Biel-Bienne traite des patients tant francophones que germanophones. Par le passé, la communication de l'hôpital a surtout fait l'objet de critiques en provenance de patients francophones. Le taux de satisfaction de la clientèle souhaité a par la suite été augmenté au moyen de programmes ciblés. Ce succès repose toutefois sur plusieurs facteurs. Le thème du bilinguisme jouissant d'une grande priorité au sein de la direction de l'hôpital, un responsable de la mise en oeuvre du bilinguisme a été désigné. De plus, tous les documents sont rédigés en deux langues et les collaborateurs ont la possibilité concrète de s'inscrire à des cours de langue. Malgré que l'HFR ait déjà déployé des efforts en direction du bilinguisme, des exemples comme celui du centre hospitalier de Biel-Bienne démontrent qu'il est toujours possible de faire mieux. Même si ce centre hospitalier n'est pas comparable en tous points de vue à l'HFR, il démontre qu'il est possible d'avoir un hôpital bilingue, même sur un seul site.

Du point de vue de l'applicabilité d'une prise en charge bilingue, le scénario du statu quo obtient la meilleure note. Le scénario 3, qui fonctionne avec moins de sites de réadaptation et gériatrie que les autres scénarios, est le moins bien évalué.

La mise en place de permanences sur certains sites périphériques de l'HFR est pertinente sous l'angle des deux thèmes que sont la proximité à la population et le bilinguisme (voir également le chapitre 3.1.3). En plus de la qualité médicale, ces permanences influencent également de façon considérable la possibilité d'une prise en charge bilingue et la mesure dans laquelle la proximité aux patients est offerte. Avec des permanences (qui ont été placées sur certains sites de l'HFR dans le cadre de la simulation) tant dans la partie germanophone que dans la partie francophone du canton, les deux régions linguistiques bénéficieraient d'un point d'entrée à l'hôpital ainsi que d'une prise en charge de premier recours. De plus, les patients disposeraient d'un point d'accès aux premiers soins situé à proximité en cas de problèmes médicaux.

Il a ensuite été évalué lequel des scénarios offre la plus grande protection contre une perte d'offres de prestations en raison d'un nombre trop faible de cas. Les nombres de cas nécessaires pour un traitement adéquat ont été évalués à des niveaux très différents au cours du Projet médical. Il y a risque de perte non seulement lorsque le nombre de cas pour un traitement précis est si faible que la pratique des médecins en fonction et la qualité médicale ne peuvent plus être garanties, mais également en raison de prescriptions légales, comme par exemple dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Dans ce contexte, le département de la chirurgie doit actuellement faire face à la menace d'un retrait de mandats de prestations pour certaines pathologies. Le nombre de cas trop faible est le problème le plus important dans le processus d'attribution des mandats de prestations. Le scénario du mandat offre, selon les estimations des médecins, la meilleure perspective d'avenir sur cette question. La centralisation des soins aigus permet d'atteindre des nombres de cas plus élevés sur un site³⁵. Le statu quo est considéré comme l'option la moins avantageuse.

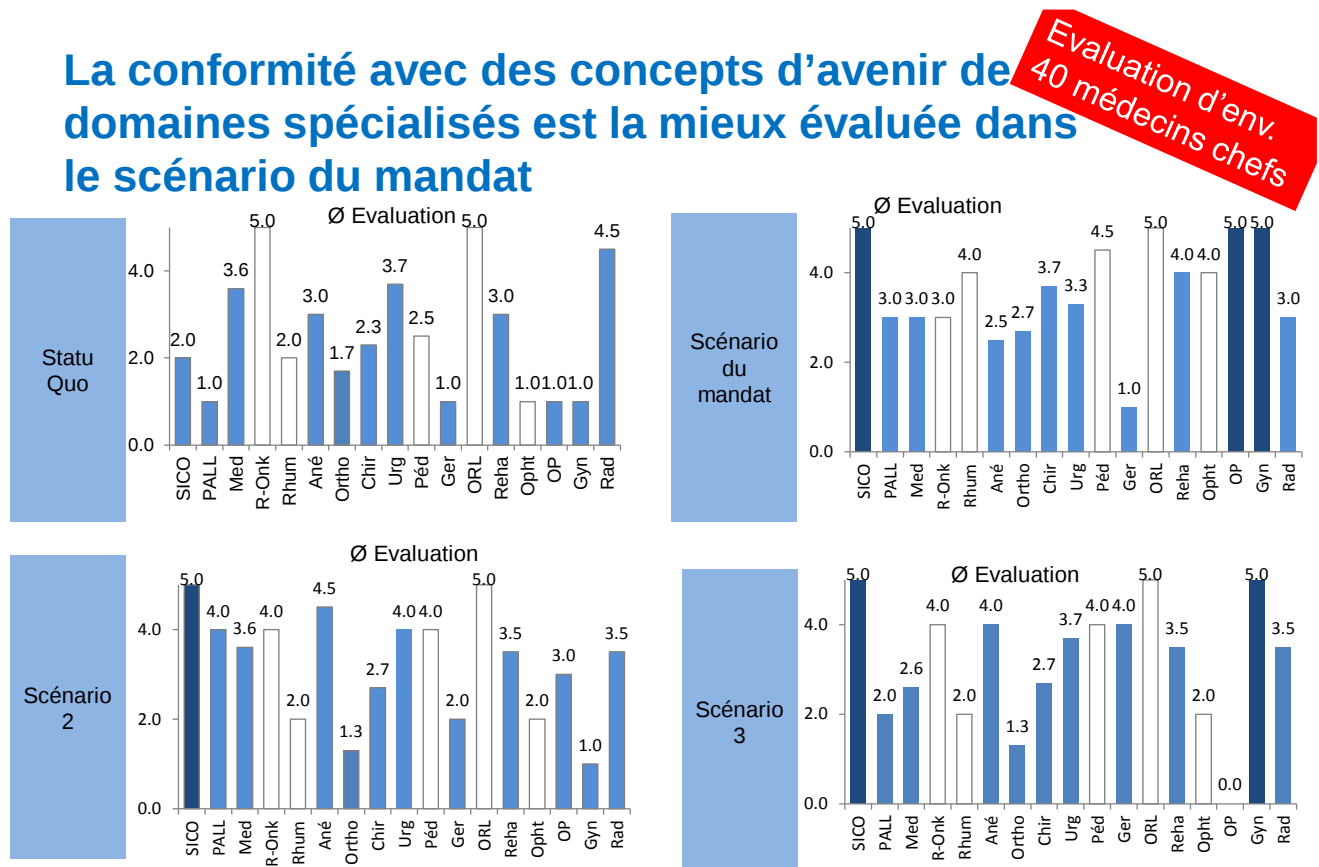
³⁴ D'autre part, comme la population s'est habituée au déploiement actuel de l'HFR, une modification est plus susceptible d'entraîner des résistances.

³⁵ Cela aurait également des effets positifs sur la qualité et l'attractivité en tant qu'employeur

La conformité des quatre scénarios avec les concepts d'avenir des domaines de spécialité sera abordée séparément. Comme le chapitre 2.3 le mentionne, les médecins ont été appelés dans le cadre du projet StrateGO à concevoir des concepts d'avenir pour leur propre domaine de spécialité. Dans quelle mesure les scénarios favorisent-ils ou font-ils obstacle à la mise en application de ces concepts ? Le succès qu'aura l'HFR à s'attirer des patients dépend en fin de compte énormément de la capacité qu'auront les départements à se positionner de façon à offrir une prise en charge de haute qualité et à embaucher du personnel qualifié. D'autres paramètres extérieurs exercent ici une influence, comme la répartition des sites, mais ils n'affecteront éventuellement pas tous les départements dans la même mesure.

L'évaluation des scénarios du point de vue des différents domaines de spécialité offre une vision plus précise. Il est à noter que l'évaluation ci-dessous n'a pas été pondérée en fonction de la taille des différents domaines de spécialité (dans ou entre les départements). Une telle pondération aurait pour effet de modifier les résultats dans le sens d'une évaluation encore plus positive du scénario du mandat.

Illustration 14



Les domaines de spécialité qui sont déjà organisés aujourd'hui de manière fortement centralisée ont été colorés dans un ton plus faible, dans la mesure où une centralisation représente pour eux un changement moins fort. Le tableau suivant présente une liste des abréviations utilisées dans l'illustration.

SICO = Soins intensifs et continus	Pall = soins palliatifs	Med = Médecine interne	R-Onk = Radio-oncologie
Rhum = Rhumatologie	Ană = Anesthésie	Ortho = Orthopédie	Chir = Chirurgie
Urg = Urgences	Péd = Pédiatrie	Ger = Gériatrie	ORL = Oto-Rhino-Laryn.
Reha = Réadaptation	Opht = Ophtalmologie	OP = Bloc opératoire	Gyn = Gyn. et Obstétrique
Rad = Radiologie			

Au total, le scénario du mandat est considéré comme celui qui s'adapte le mieux aux concepts d'avenir. Il affiche également les évaluations les plus équilibrées. Les trois autres scénarios affichent bien quelques meilleurs classements, mais écoupent aussi d'évaluations très basses de la part d'autres domaines de spécialité. Seul le domaine de la gériatrie émet des doutes clairs quant au scénario du mandat, selon lequel il est réparti sur différents sites de l'HFR. Il en découle que les mêmes prestations du plateau medicotechnique ne peuvent pas être fournies sur tous les sites : par exemple, il doit être fait appel à d'autres sites pour les analyses de laboratoire ou pour l'infrastructure radiologique, ce qui compromet la qualité médicale. L'organisation/répartition précise de l'offre en gériatrie aiguë doit encore être clarifiée, surtout sous l'angle de la séparation entre la médecine aiguë et la gériatrie, prévue dans le scénario du mandat³⁶. Il reste à élaborer comment cela pourrait être appliqué dans la pratique, en coopération étroite avec les médecins-chefs responsables.

En résumé, l'évaluation révèle une division : le scénario du statu quo a reçu la meilleure évaluation dans les catégories « proximité à la population » et « applicabilité du bilinguisme ». Il s'agit là de critères plutôt socio-culturels. Le scénario du mandat, au contraire, reçoit les meilleures notes dans les quatre dimensions médicales « attractivité en tant qu'employeur », « qualité médicale », « protection contre une réduction des prestations en raison du nombre de cas » et « conformité avec les concepts d'avenir des domaines de spécialité », les catégories pour lesquelles le scénario du statu quo a été le moins bien évalué. Comme énoncé précédemment dans ce rapport, ces évaluations ne prennent pas en compte la construction possible d'un nouvel hôpital à l'HFR.

La partie qui suit énonce les concepts d'avenir des domaines de spécialité. Les thèmes centraux de ces différents concepts seront énumérés. Il sera aussi donné l'opinion des domaines de spécialité sur une centralisation des soins aigus (c'est-à-dire le scénario du mandat) au vu de la mise en application de leurs concepts. Dans ce but, une échelle de 1 à 5 a été utilisée, où 5 représente la meilleure valeur possible (bonne applicabilité des concepts) et 1 la plus mauvaise (application problématique). Pour certains domaines de spécialité, les points innovateurs des concepts seront présentés en guise d'exemple. Les concepts d'avenir, dont un aperçu suivra, offrent ainsi une perspective supplémentaire sur les scénarios observés³⁷.

³⁶ Jusqu'à fin 2011, l'HFR n'offrait pas de prestations en gériatrie aiguë. Il n'est donc pas possible de recourir à des valeurs empiriques et l'offre devra être nouvellement définie.

³⁷ L'intégralité des concepts d'avenir peut être retrouvée dans une annexe séparée de ce rapport.

Spécialité de l'anesthésie

Thèmes principaux du concept d'avenir :

- Aménagement d'un centre de la douleur
- Mise sur pied d'un service de sauvetage SMUR³⁸
- Meilleure organisation du transport de patients
- Ouverture d'une salle de réveil 24 heures/24
- Séparation des interventions ambulatoires et stationnaires
- Élaboration d'un programme de rotation du personnel

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

2.5 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Digression : L'ouverture permanente d'une salle de réveil améliore la qualité et l'efficacité

Il est proposé d'ouvrir une salle de réveil permanente. Cela améliorerait le niveau de sécurité médicale en même temps que de décharger d'autres unités, en particulier l'unité de soins continus. De plus, le travail de nuit dans les unités en serait réduit, puisqu'un encadrement centralisé dans la salle de réveil pourrait remplacer l'encadrement individuel dans les différentes unités.

Bloc opératoire

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Rétention du personnel qualifié et meilleure qualité de formation
- Direction du bloc opératoire par un médecin responsable
- Aménagement d'un secrétariat central
- Séparation selon les différents types d'opération

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

5 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la chirurgie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Maintien de l'intégralité de l'offre de prestations
- Conservation de l'offre en chirurgie viscérale (médecine hautement spécialisée)
- Garantie d'un statut de formation élevé
- Maintien d'une attractivité en tant qu'employeur élevée
- Séparation plus forte des interventions ambulatoires et stationnaires
- Aménagement d'une clinique de jour

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

3.7 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

³⁸ Se rapporte à un service d'urgence transportant sur le lieu de l'accident non seulement des infirmiers, mais également un médecin. Il existe différentes formes d'organisation d'un SMUR; des efforts sont déployés depuis longtemps dans le canton de Fribourg en vue de mettre sur pied un tel service.

Digression : offre de l'HFR dans le domaine de la médecine hautement spécialisée

Le maintien de l'offre de prestations en médecine hautement spécialisée (MHS) est essentiel pour le département ; une perte des mandats de prestations aurait des conséquences négatives sur l'intégralité de l'offre chirurgicale et sur l'attractivité en tant qu'employeur. Une coopération avec Neuchâtel est une perspective d'avenir possible qui permettrait de satisfaire aux exigences des mandats de prestations en MHS.

Spécialité de la gériatrie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Renforcement de la gériatrie stationnaire
- Mise sur pied d'un soutien gériatrique pour le service des urgences

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

1 point sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la gynécologie et de l'obstétrique

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Maintien d'une offre de prestations large et complète
- Offre d'insémination artificielle (offre « low cost » à l'HFR)
- Renforcement des activités de recherche

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

5 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Digression : offre low cost en médecine de la reproduction

Une offre « low cost » d'insémination artificielle devrait être élaborée. Un tel programme serait unique en Suisse. Il faudrait, pour cela, aménager un laboratoire de recherche en médecine de la reproduction, le but étant d'attirer également des patients de l'extérieur du canton et d'autres pays.

Spécialités d'ORL et d'ophtalmologie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Garantie d'une offre de prestations large
- Offre en microchirurgie de l'oreille
- Aménagement d'une clinique de la tête

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

5 points sur 5 possibles pour l'ORL, 4 points sur 5 possibles pour l'ophtalmologie (meilleure évaluation possible : 5)

Digression : aménagement d'une clinique de la tête comme centre innovateur

En disposant d'un centre de la tête, les départements de neurologie, neurochirurgie, ORL, ophtalmologie, médecine dentaire et chirurgie orale pourraient coopérer directement. Comme les signes cliniques concernent fréquemment plusieurs de ces domaines de spécialité, le travail interdisciplinaire pourrait améliorer la qualité médicale et amener plus d'efficacité en raison d'une coordination accélérée. Tant les médecins d'hôpitaux de l'HFR que d'autres médecins y prendraient part. Un tel centre innovateur serait unique en Suisse.

Spécialité de la médecine interne

*Thèmes principaux du concept d'avenir*³⁹

- Maintien de l'offre large de prestations (comparer les concepts d'avenir pour certaines stratégies)
- Mise en réseau des domaines de spécialité de la médecine interne
- Prévention des hospitalisations inappropriées
- Coopération aussi avec des acteurs privés afin de maintenir des volumes d'activité suffisants pour les traitements

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

3 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Digression : utilisation de la structure des sites de l'HFR dans la spécialité de l'oncologie

La spécialité de l'oncologie veut utiliser l'organisation décentralisée des sites de l'HFR. Le « tumor board » et la recherche clinique devraient avoir lieu sur le site central, tandis que les thérapies devraient être administrées de façon décentralisée sur les sites de l'HFR, permettant ainsi aux patients de se faire soigner à proximité de leur domicile et également de favoriser la mise en place de coopérations avec les établissements médico-sociaux, les médecins installés et les unités mobiles de soins palliatifs.

Spécialité des soins intensifs et continus

- Garantie d'une prise en charge adéquate des patients
- Traitement de la demande en lits accrue à moyen terme
- Réalisation à long terme d'une centralisation

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

5 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

³⁹ Source : partiellement au cours d'ateliers du Projet médical et discussions avec le doyen du département de médecine.

Laboratoire

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Standardisation des analyses
- Réalisation de manière centralisée des analyses spéciales
- Meilleur équipement IT
- Développement d'analyses microbiologiques et moléculaires
- Conduite d'« analyses de niches », par exemple avec des coopérations universitaires/partenariat avec des sociétés

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

4 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la médecine d'urgence

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Mise sur pied d'un service de sauvetage SMUR
- des patients selon la gravité du cas aux services des urgences et dans les permanences
- Partenariat avec les médecins de famille, enseignement de sujets relatifs à la médecine de famille également dans le cadre de la formation
- Élaboration d'un programme de rotation du personnel

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

3.3 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Digression : un concept innovateur pour l'organisation de permanences et de services des urgences

De plus en plus de patients se présentent dans les permanences et services des urgences avec des symptômes légers au lieu de s'adresser à un médecin de famille. Il est donc proposé d'exploiter des permanences à l'HFR intégrant les médecins de famille locaux. A travers un triage effectué à la réception, les patients seraient adressés soit au service des urgences, soit à la permanence. Cela déchargerait des cas légers les médecins hospitaliers du service des urgences et, dans le même temps, offrirait aux médecins de famille des possibilités de développement intéressantes dans la mesure où ils auraient à prendre en charge une grande variété de pathologies. En retour de leur engagement, ils seraient dispensés de services de garde.

Spécialité de l'orthopédie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Aménagement d'un centre de traitement des infections
- Mise en place de la géro-orthopédie
- Renforcement de la révision de prothèses (hanche, genou)
- Promotion de la chirurgie assistée par ordinateur

- Concentration sur le site principal de la chirurgie de la main, de la microchirurgie, de la chirurgie reconstructive⁴⁰, ainsi que de la chirurgie spinale
- Accent sur la formation, formation postgraduée et formation continue ainsi que sur la recherche

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

2.7 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la pédiatrie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Garantie d'une offre de prestations complète
- Création d'une unité de soins continus pédiatriques et d'une prise en charge des urgences pédiatriques

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

4.5 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la médecine palliative

- Aménagement d'une « maison palliative » avec
 - unité des lits
 - Résidence palliative
 - Consultations ambulatoires

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

3 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Pharmacie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Garantie d'une prescription réfléchie de médicaments chers
- Utilisation des interfaces entre l'activité hospitalière et les pharmacies ambulatoires
- Promotion de possibilités de formation continue
- Renforcement de la capacité de production de médicaments

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

5 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

⁴⁰ Dans le domaine de l'orthopédie

Spécialité de la radiologie

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Garantie d'une infrastructure adéquate en radiodiagnostic
- Promotion de la radio-oncologie également en dehors du canton
- Promotion de la médecine nucléaire comme nouvelle méthode de traitement

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

3 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la réadaptation

Thèmes principaux du concept d'avenir

- Concentration sur les groupes de prestations suivants :
 - « Réadaptation précoce en soins aigus »
 - Réadaptation générale
 - Réadaptation cardiovasculaire (stationnaire et ambulatoire)
 - Réadaptation respiratoire (stationnaire et ambulatoire)
 - Réadaptation neurologique (intensive et normale)

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

4 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Spécialité de la rhumatologie

- Accent renforcé sur les prestations ambulatoires
- Spécialisation en maladies inflammatoires
- Mise en place de la recherche clinique

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat)

4 points sur 5 possibles (meilleure évaluation possible : 5)

Hygiène hospitalière

- Renforcement de la conscience des questions relatives à l'hygiène hospitalière, élargissement de l'expertise à l'hôpital
- Contrôle plus strict des germes nosocomiaux
- Planification des besoins en chambres d'isolement
- Utilisation rationnelle des antibiotiques (« antibiotic stewardship »)

Évaluation d'une centralisation des soins aigus (scénario du mandat) : n/a

5 Évaluation globale

Le précédent rapport a démontré que l'HFR se trouve face à un dilemme : l'évolution stagnante dans le domaine de la médecine aiguë reflète la concurrence croissante pour s'attirer des patients et soulève des questions d'avenir. Dans le même temps, l'attractivité trop faible de l'HFR en tant qu'employeur complique le recrutement de personnel qualifié et met en danger le fonctionnement de l'hôpital. Le défaut de couverture des coûts, de CHF 65 mios pour l'année 2012, est si élevé qu'un changement de cap s'impose.

Différentes options d'organisation de l'hôpital ont été analysées et comparées. Cela s'est fait en prenant en compte les dimensions

- Exemples nationaux et internationaux de Best Practice
- Concertation intensive avec le corps médical de l'HFR en vue de l'élaboration de concepts d'avenir médicaux par domaine de spécialité
- Simulation quantitative de l'activité médicale et des infrastructures nécessaires ainsi que résultats financiers futurs

Quatre scénarios d'avenir potentiels ont été confrontés et comparés : une continuation du déploiement actuel des sites (statu quo), une centralisation des soins aigus sur un site (scénario du mandat) ainsi que deux scénarios intermédiaires.

Les résultats révèlent qu'une centralisation des soins aigus s'accorde le mieux avec les concepts d'avenir élaborés par les domaines de spécialité médicaux. C'est également dans ce scénario que la « qualité médicale » et l'« attractivité en tant qu'employeur » reçoivent les meilleures évaluations. Dans une première phase, ce scénario enregistre un défaut de couverture des coûts (un total cumulé de CHF 143 mios), qui pourrait toutefois être remboursé jusqu'à l'année 10 de la projection. Un résultat d'exploitation positif de CHF 42 mios est projeté à la fin de la période considérée.

La continuation du statu quo s'accorde le moins bien avec les concepts d'avenir médicaux, mais c'est l'option qui reçoit les meilleures évaluations en termes de « proximité avec la population » et d'« applicabilité d'une prise en charge bilingue ». Les résultats financiers simulés dépeignent une image sombre : le scénario du statu quo entraînerait un résultat d'exploitation négatif cumulé de CHF 446 mios au bout de 10 ans, et cela malgré une tendance à l'amélioration du résultat d'exploitation annuel (on passerait d'un défaut de couverture des coûts actuel de CHF 65 mios à CHF 19 mios pour l'année 10 de la projection).

Les deux scénarios intermédiaires présentent des résultats qui se situent entre ceux des scénarios du statu quo et du mandat, sauf mention contraire.

Le tableau suivant présente une vue d'ensemble de l'évaluation/classement des scénarios⁴¹. Elle indique le rang des scénarios, le scénario avec le numéro 1 étant le mieux évalué.

Évaluation	Sc. Statu Quo	Sc. du Mandat	Sc. 2	Sc. 3
Attractivité en tant qu'employeur	4	1	2	3
Qualité médicale	4	1	2/3	2/3 ⁴²
Prestations menacées ⁴³	4	1	2	3
Alignement avec la stratégie de votre	4	1	2	3
Applicabilité du bilinguisme	1	2/3	2/3	4
Proximité avec la population/ distances	1	4	2	3
Finances	4	1	3	2

L'HFR a été appelé à élaborer une étude de faisabilité sur la centralisation possible des soins aigus. Le présent rapport analyse cette faisabilité de façon comparative. Il offre différents angles de vue, tels que p. ex. :

- Quelle est la stratégie du futur qui, du point de vue actuel, conduira à la meilleure qualité médicale possible ?
- Laquelle de ces stratégies s'accorde le mieux avec les visions d'avenir des médecins de l'HFR ?
- Comment peut-on atteindre les nombres de patients les plus élevés possibles ?
- Quelle tactique permet d'atteindre un degré élevé d'attractivité en tant qu'employeur ?
- Quelle stratégie est la plus durable économiquement ?

Voilà des points de vue que le présent rapport peut offrir. La pondération et l'évaluation des critères, et donc une décision pour l'HFR, dépassent cependant le cadre de l'analyse de l'étude. Celle-ci offre les bases nécessaires et importantes. Quelle que soit la stratégie d'avenir qui sera sélectionnée : il y a urgence d'agir et une mise en œuvre rapide est essentielle.

⁴¹ Aucune pondération des différentes catégories en fonction de leur importance n'a été effectuée, une telle pondération relevant d'autres instances.

⁴² Lorsque l'on retrouve deux fois le même numéro, cela indique que deux scénarios ont obtenu la même valeur

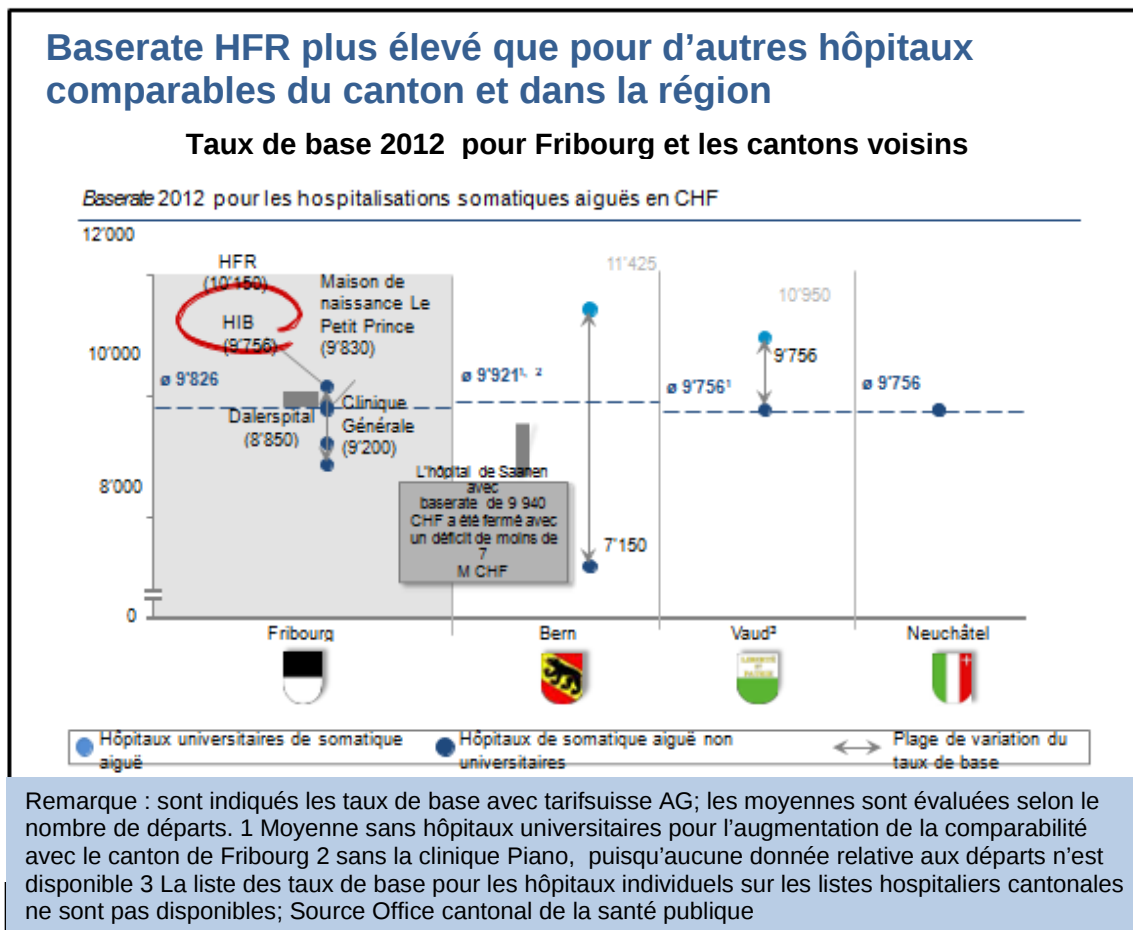
⁴³ En raison d'un trop faible nombre de cas

6 Évaluation critique des résultats

Pour compléter l'évaluation globale de ce rapport, il convient de mentionner cinq risques possibles dans le futur, ou plus particulièrement des aspects des résultats qui doivent être pris en compte au moment de leur interprétation. Il s'agit premièrement d'un changement possible du *baserate* de l'HFR. Deuxièmement, de la dimension temporelle de la mise en oeuvre des modifications. Troisièmement, de l'évolution au-delà de la période de projection. Quatrièmement, de la perspective de la simulation, particulièrement du point de vue financier, et, cinquièmement, des répercussions de la construction d'un nouvel hôpital.

Le calcul se base sur des données actuelles de l'HFR qui ont été projetées dans l'avenir. Ces valeurs comprennent le *baserate* provisoire actuel de l'HFR de CHF 10'150 par cas stationnaire, ce qui a été supposé comme constant tout au long de la simulation. Si l'on compare toutefois ce *baserate* avec celui applicable dans d'autres cantons, on s'aperçoit que l'HFR reçoit actuellement un montant très élevé. Le graphique suivant contient un aperçu des *baserates* d'autres hôpitaux et cantons :

Illustration 15



Il n'est pas certain que l'HFR puisse conserver un *baserate* aussi élevé dans le futur. S'il venait à être abaissé, cela aurait des conséquences négatives considérables sur le chiffre d'affaires et donc sur les résultats d'exploitation prévus pour l'HFR dans tous les scénarios⁴⁴. Étant donné que le *baserate* a été fixé de façon provisoire jusqu'à maintenant, une modification avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2012 est possible.

Un exemple pour expliciter ces dimensions : si, à la place du *baserate* actuel de CHF 10'150, on suppose un montant de CHF 9'900, ce qui correspond à une valeur du canton de Berne, le résultat d'exploitation prévu à l'HFR pour l'année 10 de la simulation est en baisse de CHF 6 à 7 mios dans tous les scénarios.

	Statut quo	Scénario du mandat	Scénario 2	Scénario 3
Résultat d'exploitation <i>baserate</i> de CHF 10 150	-19 ⁴⁵	42	35	36
Résultat d'exploitation <i>baserate</i> de CHF 9 900	-25	36	28	30

On ne peut prévoir l'évolution du *baserate* dans le futur. L'effet démontré ici s'applique à tous les scénarios et ne change donc pas le classement des quatre options. Il s'agit toutefois d'un risque qui doit être pris en compte lors de l'interprétation et de l'utilisation de ce rapport.

Le deuxième point se rapporte à la durée qui a été calculée en vue de la mise en œuvre des modifications lors de la présente simulation. Une décennie présente un horizon temporel durant lequel ces modifications peuvent être entreprises. Pour la projection des résultats quantitatifs, 2013 a été choisie comme année de départ. Cela prend en compte le besoin urgent d'action à l'HFR. Cependant, si l'année de démarrage devait être remise à plus tard, les tendances positives projetées en seront également décalées. Cela ne signifie pas seulement une mise en œuvre retardée du redressement, mais également des valeurs de départ différentes pour l'évolution projetée. Cela s'applique à tous les scénarios. Ce risque doit également être pris en compte dans l'utilisation du présent rapport.

Troisièmement, il convient également de rendre attentif à la période qui suivra la période de simulation. La période au-delà de l'horizon de 10 ans n'est pas prise en compte dans le cadre de cette étude, dont le but est de démontrer la durabilité des possibilités de développement pour l'HFR. Les améliorations supposées, prévues sur 10 ans, ne pourront très vraisemblablement pas se poursuivre dans la même proportion dans les années qui suivront. Dans le domaine des ressources humaines, la valeur-objectif sélectionnée l'a été parce qu'elle semble atteignable et réaliste selon les considérations actuelles. Il serait toutefois trompeur et irréaliste d'affirmer que le résultat d'exploitation puisse croître à l'infini dans le positif. Il faudra prendre cela en compte lors de l'interprétation des résultats.

Le quatrième thème se rapporte à la perspective de la simulation effectuée. Aujourd'hui, comme dans les quatre scénarios d'avenir, l'HFR prend en charge une part précise de la population fribourgeoise. Si une partie de la population se fait soigner dans l'un des hôpitaux privés du canton ou encore dans un hôpital hors canton, l'HFR n'encourt aucun coût de traitement, au contraire du canton de Fribourg. Selon la loi, les cantons doivent payer au moins 55 % du *baserate* fixé si leurs habitants reçoivent des soins stationnaires. Ce montant s'applique indépendamment de

⁴⁴ Si l'on suppose que la base des coûts reste identique.

⁴⁵ Tous les résultats sont exprimés en millions de francs(CHF mios).

l'hôpital où le patient se fait traiter. La perspective cantonale sur les coûts de la santé se différencie donc de celle de l'HFR. Ces points de vue différents du canton et de l'HFR doivent être pris en compte lors de l'interprétation des résultats indiqués.

Cinquièmement, il ne faut pas oublier que la présente analyse ne démontre pas les répercussions de la construction d'un nouvel hôpital à l'HFR, cela n'ayant pas été intégré dans le calcul. Une telle nouvelle construction signifierait de grands investissements devant être financés sur une longue période. D'un autre côté, cela pourrait accroître l'attractivité de l'hôpital : cela pourrait éventuellement réduire la perte de patients prévue et donner un nouveau souffle à la promotion du bilinguisme sur un seul site hospitalier. En revanche, de plus longs travaux de transformation sur le site de Fribourg, qui devront vraisemblablement être effectués en cas de refus d'une nouvelle construction, gêneraient l'activité médicale qui s'y déroulerait pendant les travaux. Ces répercussions possibles concernent tous les scénarios d'avenir.

7 Annexes

7.1 Hypothèses de la simulation effectuée

Dans l'annexe 7.1 du rapport seront énoncées et expliquées les hypothèses à la base de la simulation. Les hypothèses sont divisées selon les domaines :

- Activité médicale
- Infrastructures
- Finances

En parallèle à l'explication des hypothèses, seront indiquées les sources et la consultation au sein de l'HFR.

Activité médicale (1)

La projection de l'activité médicale de l'HFR dans le futur se base sur l'activité actuelle. Des taux de croissance futurs ont été supposés comme suit pour ces activités :

1. Demande médicale future de la population fribourgeoise
 - 1a) stationnaire
 - 1b) ambulatoire
2. Attractivité des différents scénarios en termes de gain de patients
3. Perte de patients dans les différents scénarios en raison du transfert d'offres de prestations vers certains sites

Description détaillée :

Thème	Hypothèse/méthodologie	Source	En consultation avec ?
1a) Demande de la population : stationnaire	• La fréquence de maladies par groupe d'âge en Suisse a été associée avec la croissance et le vieillissement de la population dans le canton de Fribourg • Pronostic d'avenir pour la demande médicale selon les prestations par domaine de spécialité • Utilisation annuelle	• Fréquence des maladies : OFS • Développement de la population : OFS	Prof. Vermeulen

1b) Demande de la population : ambulatoire	• Se base sur les chiffres de croissance stationnaire et calcul des taux ambulatoires • Les coûts des services ambulatoires ont connu par le passé une croissance 2.6 fois plus forte que celle des services stationnaires. Report de cette proportion de croissance sur le futur nombre de cas. • Corrigé par un renchérissement annuel on arrive au facteur 1.6 x de la croissance ambulatoire par rapport à la croissance de l'activité stationnaire. Ainsi la croissance plus forte de l'activité ambulatoire est incluse • Application annuelle	• Fréquence des maladies : OFS • Développement de la population : OFS • Proportion de croissance ambulatoire/ stationnaire : Interpharma (Domaine de la santé en Suisse, édition 2012)	Prof. Vermeulen
2) Facteur d'attractivité des différents scénarios en vue du gain de patients	• Gain par scénario d'une part différente de la demande croissante de la population • Hauteur du gain : au moins le maintien de la part du marché • Application annuelle	• Évaluation Prof. Vermeulen/Corps médical	Corps médical lors de soirées de discussions
3) Perte de patients	• En cas de déplacement d'une offre de prestations d'un site, perte de 12,5 % des patients concernés • Application unique	• Évaluation Prof. Vermeulen/Corps médical	Corps médical lors de soirées de discussions

Si on utilise ces données et hypothèses afin de prévoir l'activité médicale future à l'HFR, on obtient un résultat différent pour chacun des quatre scénarios pour les activités stationnaire et ambulatoire. Alors que les points 1a) et 1b) sont les mêmes dans tous les scénarios, les facteurs 2) et 3) varient en fonction de chaque scénario. Ils ne modifient cependant que les résultats, tandis que la base est formée dans chaque scénario par la demande prévue au sein de la population (étape 1). Elle croît annuellement. La perte de patients de 12,5 % et le facteur d'attractivité, qui varie entre 100 % et 115 %, ne font qu'accentuer les résultats. La perte de patients a lieu dès le début de la restructuration prévue à l'HFR. Ensuite, par contre, les nombres plus faibles de patients, induits par la perte, continuent de croître relativement au taux de croissance médicale de la population. Le facteur d'attractivité détermine la part de cette croissance médicale que l'HFR peut s'attirer. Avec une plage de 15 %, il n'exerce pas non plus d'influence fondamentale sur les résultats. Si l'on supposait d'autres valeurs pour la perte de patients et le facteur d'attractivité, cela n'aurait aucune conséquence sur le classement des scénarios au niveau du résultat d'exploitation. Cela est démontré également dans l'analyse de sensibilité au chapitre 3.4.

Ces étapes décrites ont été appliquées individuellement sur 17 domaines de spécialité médicale afin de prévoir l'activité future à l'HFR. Les domaines de spécialité sont :

Type d'activité	Département
Soins aigus	CHIRURGIE
Soins aigus	GYNÉCOLOGIE
Soins aigus	MÉDECINE
Soins aigus	OBSTÉTRIQUE
Soins aigus	OPHTALMOLOGIE
Soins aigus	ORL
Soins aigus	ORTHOPÉDIE
Soins aigus	PÉDIATRIE
Soins aigus	RHUMATOLOGIE
Soins aigus	SOINS INTENSIFS ET CONTINUS
Réadaptation	MÉDECINE GÉRIATRIQUE ⁴⁶
Réadaptation	NEURORÉHABILITATION
Réadaptation	RÉADAPTATION CARDIO-VASCULAIRE
Réadaptation	RÉADAPTATION GÉNÉRALE
Réadaptation	RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE
Réadaptation	RÉADAPTATION RESPIRATOIRE
Réadaptation	SOINS PALLIATIFS

Infrastructures (2)

L'activité médicale prévue à l'HFR en fonction des hypothèses et données projetées entraîne un besoin en infrastructures différent selon le scénario. Celui-ci se base sur les infrastructures actuelles, avec des informations concernant l'utilisation en vue d'activités ambulatoires ou stationnaires et la charge actuelle. Ces infrastructures déjà présentes croissent alors relativement à des facteurs précis, comme l'activité médicale et la charge de l'infrastructure pouvant être atteinte dans chaque scénario. Des valeurs de Best Practice ont partiellement été consultées afin de permettre une perspective comparative.

Les catégories suivantes ont été considérées en tant que domaines des infrastructures, étant donné qu'ils représentent les facteurs de dépenses les plus importants pour l'hôpital :

- Lits
- Salles d'accouchement
- Salles d'opération
- Services des urgences
- Surfaces diverses
- Appareils de radiologie
- Nombre de collaborateurs de l'hôpital en équivalents plein temps (EPT)

⁴⁶ Comme il a été mentionné au chapitre 4, ce rapport place la neuroréhabilitation parmi le domaine de la réadaptation. Cela n'affecte en rien le déploiement concret de mesures à l'HFR. La même chose s'applique à la gériatrie/gériatrie aiguë.

Thème	Hypothèse/méthodologie	Source	En consultation avec ?
Facteurs de croissance de l'infrastructure	Lits : activité stationnaire, taux d'occupation atteignable	- HFR - Planification hospitalière du canton de Fribourg 2008	Médecins de l'HFR responsables
	Salles d'accouchement : activité stationnaire de l'obstétrique	HFR	
	Salles d'opération : 40% activité ambulatoire, 60% stationnaire, taux d'occupation atteignable	HFR	
	Services des urgences : 67% activité ambulatoire 33% activité stationnaire	HFR	
	Surfaces diverses : modification relative au nombre de lits, agrandissement au fil du temps de la surface par lit pris en compte dans les	Best Practice, Emch & Berger	
	Appareils de radiologie : 59% activité ambulatoire, 41% stationnaire ⁴⁸	HFR	
	EPT: 29% activité ambulatoire, 71% stationnaire ⁴⁹	HFR	
Charge actuelle des infrastructures	Lits : 81% médecine aiguë, 85% réad.	HFR	Médecins de l'HFR responsables
	Salles d'accouchement : 90%	HFR	
	Salles d'opération : 68%	HFR	
	Services des urgences : 80%	HFR	
	Appareils de radiologie : 80% ⁵⁰	HFR	

⁴⁷ Les surfaces actuelles de l'HFR sont trop petites (source : Emch & Berger), un agrandissement a donc été planifié sur les 10 prochaines années.

⁴⁸ En raison de la disponibilité des données dans les domaine de l'utilisation et de la charge ambulatoire vs stationnaire, seuls les appareils d'IRM et les scanner ont été considérés. Même si ceux-ci comptent parmi les appareils les plus chers, ils ne forment que le 1/3 des appareils de plus de 700 000 CHF. L'analyse des infrastructures dans le domaine de la radiologie n'est donc pas complète et ne sert que d'indicateur pour l'infrastructure nécessaire.

⁴⁹ La répartition des collaborateurs de l'HFR entre la fourniture de prestations ambulatoires et stationnaires se modifie avec le temps vers plus d'activité ambulatoire, étant donné la croissance plus rapide de celle-ci. La proportion mentionnée indique la valeur de départ.

⁵⁰ La charge des appareils de radiologie a été supposée à 80 % pour la valeur actuelle et 80 % pour la valeur visée. Cela devrait expliciter le fait que les appareils sont actuellement utilisés à leur capacité maximale et qu'une hausse de l'activité nécessite des investissements.

Possible charge future des infrastructures	• Lits : selon le scénario⁵¹ • Statu quo : 81% aigu, 85% réad. • Sc. du mandat : 85% aigu, 87% réad. • Scénario 2: 85% aigu, 89% réad. • Scénario 3: 85% aigu, 90% réad.	• HFR • Planification hospitalière du canton de Fribourg	Médecins de l'HFR responsables
	Salles d'accouchement : 90%	HFR	
	• Salles d'opération : selon le scénario • Statu quo: 68% • Scénario. du mandat: 82% • Scénario 2: 75% • Scénario 3: 75%	• HFR • Exemples de Best Practice	
	Services des urgences : 80%	HFR	
	Appareils de radiologie : 80%	HFR	

Si l'on projette le besoin en infrastructures dans l'avenir avec les données et hypothèses décrites, on obtient en revanche quatre résultats différents pour les quatre scénarios. En effet si la base de calcul (infrastructures actuelles) est la même pour tous les scénarios, la croissance de l'activité stationnaire et ambulatoire ainsi que la charge atteignable diffèrent selon les scénarios.

Description détaillée : développement du nombre d'employés à l'HFR

Comme le rapport le mentionne, le nombre respectivement simulé de collaborateurs en équivalents à plein temps (EPT) de l'HFR dépend d'abord de l'activité ambulatoire et stationnaire par scénario. Ce nombre est ensuite approfondi et comparé selon l'hypothèse que l'HFR peut réduire le nombre de collaborateurs pour 100 sorties par un degré croissant de centralisation.

Ensuite un groupe de comparaison comprenant des hôpitaux publics d'une taille similaire à celle de l'HFR a été déterminé. Il s'agit des institutions suivantes :

- Kantonsspital Luzern
- Kantonsspital St. Gallen
- Kantonsspital Aarau
- Solothurner Spitäler AG
- Hôpital neuchâtelois
- Stadtspital Triemli
- Kantonsspital Winterthur
- Kantonsspital Graubünden
- Spitalnetz Bern
- Hôpital du Valais
- Kantonsspital Liestal
- Kantonsspital Baden
- Kantonsspital Thurgau AG (sites de Frauenfeld et de Münsterlingen).

Ces hôpitaux traitent un nombre de cas se situant entre 14'018 et 34'577 sorties (pour l'année 2010). L'HFR se classe à la médiane du groupe sélectionné. Comme le rapport le mentionne, les hôpitaux

⁵¹ Des taux maximaux de 85 % pour la médecine aiguë et 90 % pour la réadaptation et la gériatrie ont été supposés. Il s'agit là d'anciennes valeurs normatives ; les calculs sont même effectués aujourd'hui avec des taux d'occupation plus élevés. Cela souligne l'accessibilité pour l'HFR des valeurs supposées ici.

se différencient dans leur modèle économique et, de surcroît, dans leurs proportions respectives entre activités stationnaire et ambulatoire. Cependant, cette comparaison demeure tout de même judicieuse par la prise en compte de la forme juridique et de la taille, les cas extrêmes étant ainsi exclus. La Best Practice pour l'année 2010 au sein du groupe comparatif exposé est détenue, comme le chapitre 3.2.3 le décrit, par le Spital Thurgau AG.

Comment fonctionne alors exactement la différenciation du nombre de collaborateurs pour 100 sorties entre les scénarios d'avenir projetés ? L'HFR (avec un rapport de 10.16 EPT pour 100 sorties)⁵² modifie ce rapport dans les scénarios avec un écart différent face à la Best Practice. Moins il y a de sites offrant des soins aigus, plus le rapport devient efficient. Etant donné que les valeurs comparatives ne se rapportent qu'aux cas stationnaires, la valeur future calculée pour l'HFR a été complétée dans chaque scénario en prenant en compte un certain transfert d'activité vers plus d'ambulatoire. Cela mène dans chaque scénario à une diminution supplémentaire du nombre de collaborateurs pour 100 sorties, les prestations ambulatoires nécessitant moins de ressources en personnel que les stationnaires. Une plus grande part du temps de travail sera également consacrée dans le futur à la fourniture de prestations ambulatoires.

La partie suivante rappelle les changements au niveau du nombre de collaborateurs pour 100 sorties dans les quatre scénarios et montre une vue d'ensemble comparative.

Le scénario du statu quo est projeté avec l'hypothèse que le nombre de collaborateurs pour 100 sorties puisse être diminué, malgré que le déploiement des sites demeure le même. L'écart entre l'HFR et la Best Practice est réduit de manière continue (diminution annuelle moyenne du nombre de collaborateurs pour 100 sorties de 1.3 % sur 10 ans).

Pour le scénario du mandat, l'hypothèse est posée que l'année 10 de la projection pourrait présenter un résultat un peu plus favorable que la valeur de Best Practice de 2010. Pour réussir à atteindre cette valeur, une légère hausse de l'efficacité induite par la suppression de services de garde et par une meilleure utilisation des capacités résiduelles a été prise en compte dans les calculs.⁵³ Il en résulte une diminution annuelle moyenne du nombre de collaborateurs pour 100 sorties de 3.4 %. Le scénario 2 prévoit d'atteindre la Best Practice de 2010 en raison de la structure comparable des sites. On y obtient un changement annuel moyen de 3.1 %. L'hypothèse du scénario 3 suit la même logique : on parvient à descendre légèrement en-dessous de la Best Practice,⁵⁴ l'HFR travaillant avec un site de réadaptation et de gériatrie de moins. Cela mène à un changement annuel moyen de 3.2 %.

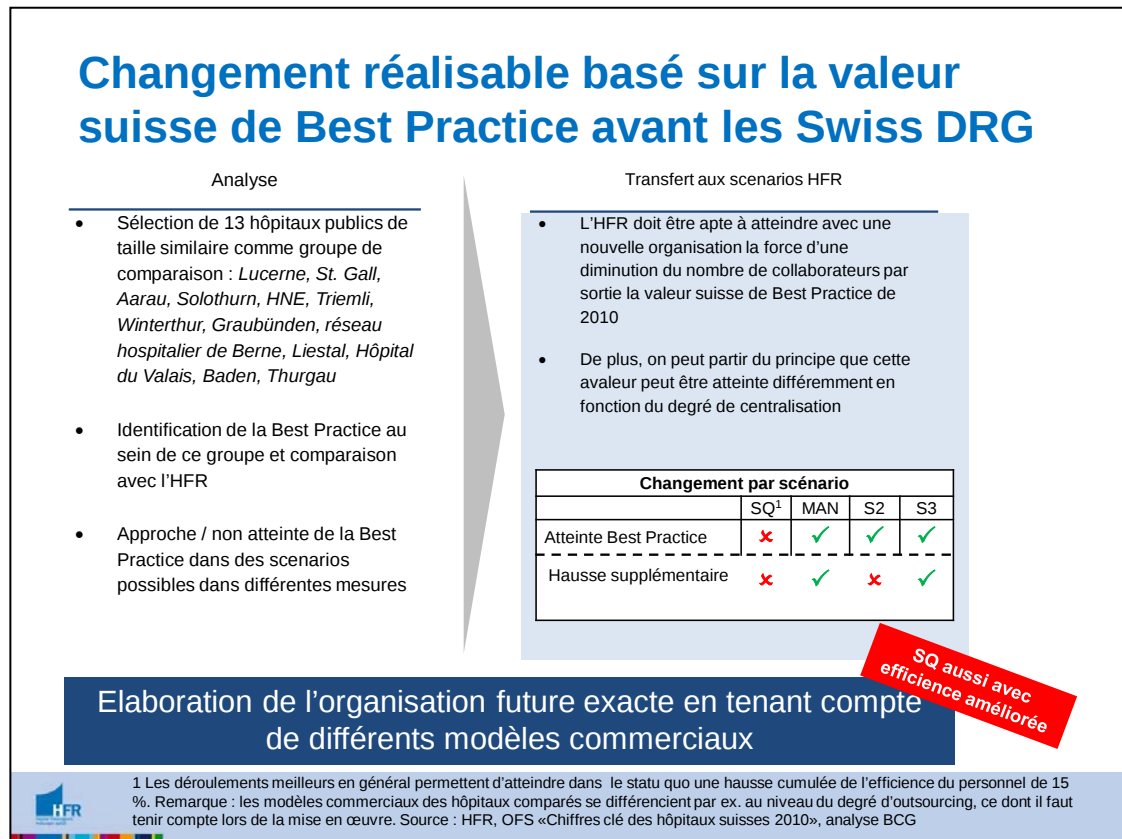
⁵² Pour représenter l'activité effective et réaliste des collaborateurs de l'HFR, les cas de nouveaux-nés ont été pris en compte pour calculer ce ratio initial. Sans ces cas, l'écart entre l'HFR et la Best Practice serait plus grand.

⁵³ 1.6 % au moyen de la suppression de services de garde et 3 % grâce à une meilleure utilisation des ressources en personnel. Ces pourcentages se rapportent seulement aux résultats en deçà de la Best Practice de 2010 et non à l'amélioration totale. Ils ne représentent donc qu'une petite partie du changement total.

⁵⁴ Se référer à la méthode pour le scénario du mandat. Le changement est cependant un peu plus faible en raison du site de médecine aiguë ambulatoire (amélioration de 0.4 % par rapport à la Best Practice de 2010 grâce à la suppression de services de garde et de 1.8 % grâce à une meilleure utilisation des ressources en personnel).

L'illustration 16 donne une vue comparative des différents scénarios :

Illustration 16

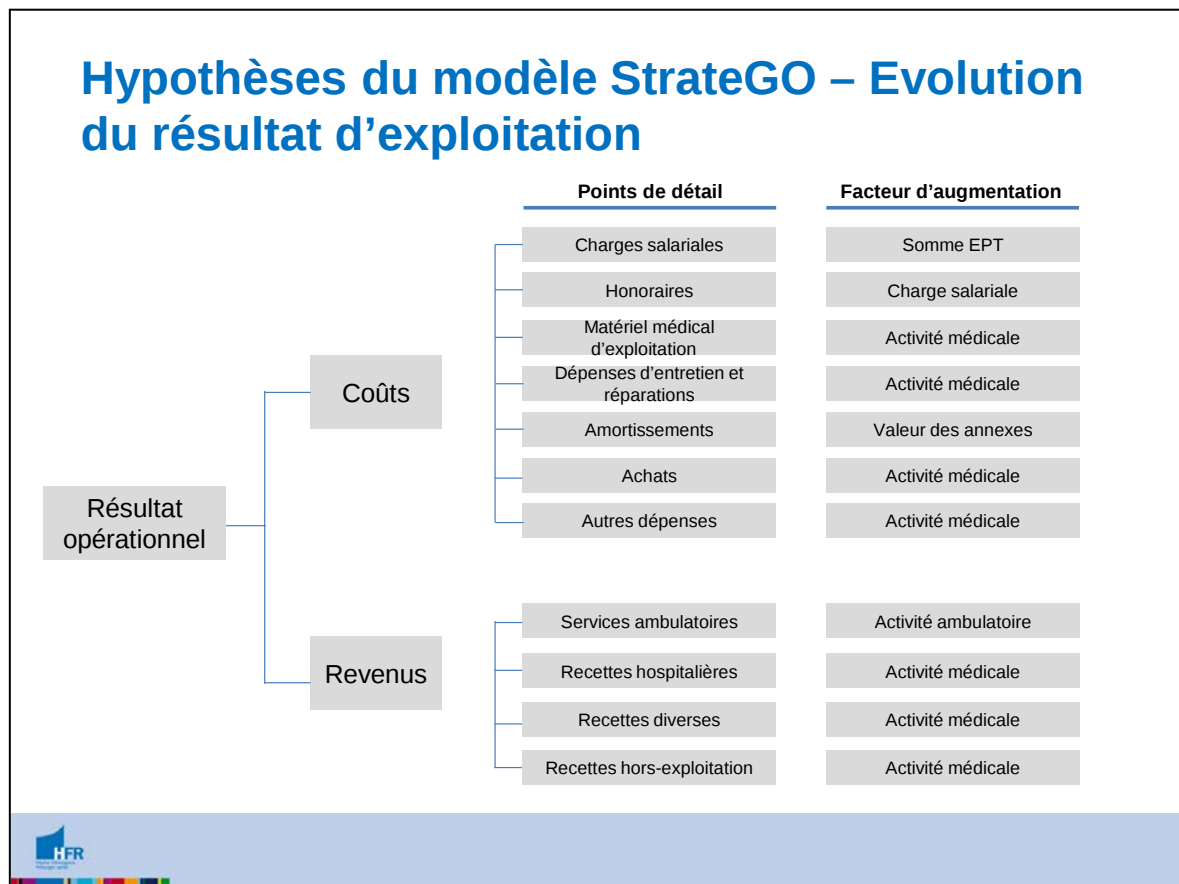


Finances (3)

L'activité médicale prévue à l'HFR et les infrastructures qui y seront nécessaires entraînent des résultats d'exploitation différents selon le scénario. Ce paragraphe devrait clarifier l'hypothèse qui sous-tend la simulation dans la partie financière. D'abord, seront considérés les facteurs de coûts et de recettes. Ensuite, sera fournie une description détaillée de leur modification dans la simulation.

Le graphique suivant montre les coûts et les recettes, scindés selon les domaines, et fournit une explication des facteurs d'augmentation pour chaque catégorie :

Illustration 17



Une description détaillée de l'évolution des coûts et des recettes suit cette présentation des facteurs d'augmentation. M. Pierre-André Kolly, directeur des affaires économiques de l'HFR, a grandement contribué à la compréhension de ces chiffres. Les dépenses de l'hôpital sont entraînées à 29 % par l'activité ambulatoire et à 71 % par l'activité stationnaire (source : HFR)⁵⁵. Cette répartition est utilisée pour l'évolution des différents postes des dépenses.

⁵⁵ Cette répartition se modifie avec le temps vers une activité ambulatoire plus forte.

Catégorie de coûts	Facteur d'augmentation	Description détaillée/hypothèse
Coûts du personnel (les charges salariales et honoraires y sont cumulés)	Somme EPT	• La somme des EPT change proportionnellement à l'activité médicale (au point de départ, 29% des EPT sont absorbés par l'activité ambulatoire et 71 % par l'activité stationnaire) • Corrigé par une diminution différente du personnel par sortie pour chaque scénario selon le degré de centralisation (voir les chapitres précédents)
Matériel médical d'exploitation⁵⁶	Activité médicale	• La quantité de matériel utilisé augmente avec l'activité • Prise en compte du rapport changeant de l'activité stationnaire vis-à-vis de l'ambulatoire
Dépenses d'entretien et réparations	Activité médicale	• Les dépenses augmentent avec l'activité • Prise en compte du rapport changeant de l'activité stationnaire vis-à-vis de l'ambulatoire
Amortissements	Valeur des installations de l'HFR	• Hypothèse que le rapport des amortissements avec la valeur des installations de l'HFR demeure constant • La valeur des installations augmente avec les investissements en infrastructures
Achats	Activité médicale	• Les dépenses augmentent avec l'activité • Prise en compte du rapport changeant de l'activité stationnaire vis-à-vis de l'ambulatoire
Autres dépenses d'exploitation	Activité médicale	• Les dépenses augmentent avec l'activité • Prise en compte du rapport changeant de l'activité stationnaire vis-à-vis de l'ambulatoire

⁵⁶ Ces coûts comprennent également les coûts liés aux prestations d'intérêt général. Ceux-ci sont financés en sus par le canton en extra. Les coûts qui en découlent restent liés à la fourniture de prestations et sont donc classés dans cette catégorie.

Catégorie de recettes	Facteur d'augmentation	Description détaillée/hypothèse
Recettes hospitalières : prestations ambulatoires⁵⁷	Activité ambulatoire	Revenus en provenance de l'activité ambulatoire. Ils augmentent donc avec cette activité.
Recettes hospitalières : part des assureurs pour les cas stationnaires	Cas stationnaires	Revenus en provenance de l'activité stationnaire. Ils augmentent donc avec cette activité.
Recettes hospitalières : part du canton pour les cas stationnaires	Cas stationnaires	Revenus en provenance de l'activité stationnaire. Ils augmentent donc avec cette activité.
Recettes hospitalières : divisions privées	Patients privé	Evolution proportionnelle aux revenus LAMal
Recettes hospitalières : autres prestations	Activité	Evolution proportionnelle à la contribution cantonale LAMal
Prestations d'intérêt général	Prestations d'intérêt général fournies	Hypothèse que les prestations d'intérêt général fournies demeurent constantes, comme les versements qu'ils entraînent
Recettes diverses	Activité	Evolution proportionnelle aux revenus en provenance de l'activité médicale
Recettes hors-exploitation	Activité	Evolution proportionnelle aux revenus en provenance de l'activité médicale

7.2 Description détaillée des résultats de la simulation

Ce chapitre de l'annexe montre la répartition des besoins en lits prévus pour l'année 10 selon les domaines des soins aigus vs. réadaptation et gériatrie selon le scénario⁵⁸ :

	Statu quo	Scénario du mandat	Scénario 2	Scénario 3
Lits de soins aigus	554	509	514	499
Lits réadaptation/gériatrie	164	160	160	152
Total	718	669	674	651

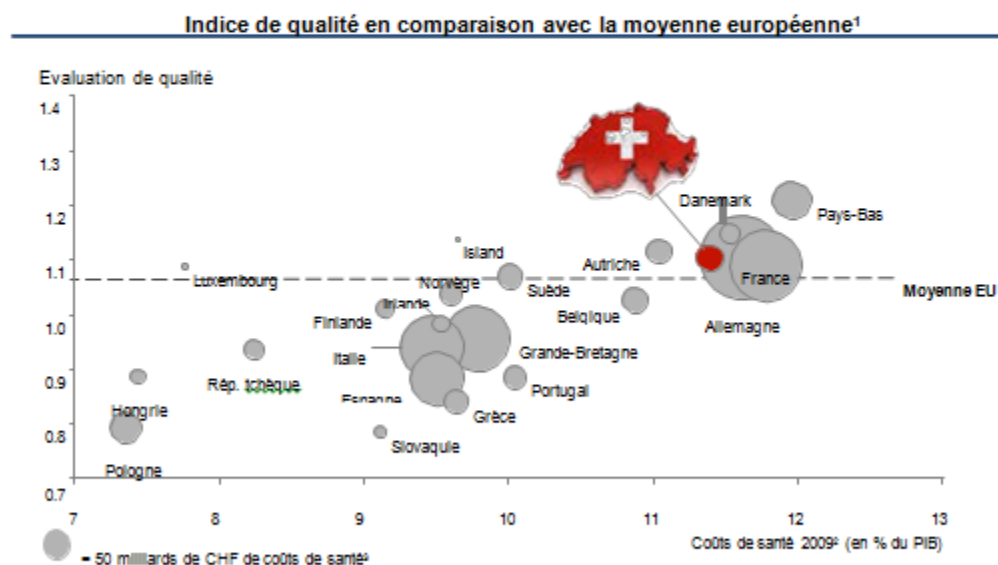
⁵⁷ Prises en charge à 100 % par les assureurs.

⁵⁸ Les différences dans les nombres de lits affichés (p.ex. statu quo) sont le résultat d'arrondis. Étant donné que les lits sont calculés précisément proportionnellement à l'activité médicale des domaines de spécialité médicaux, il n'en résulte pas toujours des nombres entiers.

7.3 Exemples en provenance de l'analyse du marché hospitalier effectuée

Illustration 18

Selon la comparaison européenne de l'OCDE, la Suisse dispose d'un système de santé de haute qualité



¹ Euro Health Consumer Index 2009 ² 2009 ou dernières données disponibles (Portugal 2008, Grèce 2007), ³ Données originales en USD : cours de change USD/CHF au 31.12.2009 : 1:1.0378 ; 31.12.2008 : 1:1.05562 ; 31.12.2007 : 1:1.12566 Source : Euro Health Consumer Index 2009, OCDE Health Data 2009

Illustration 19

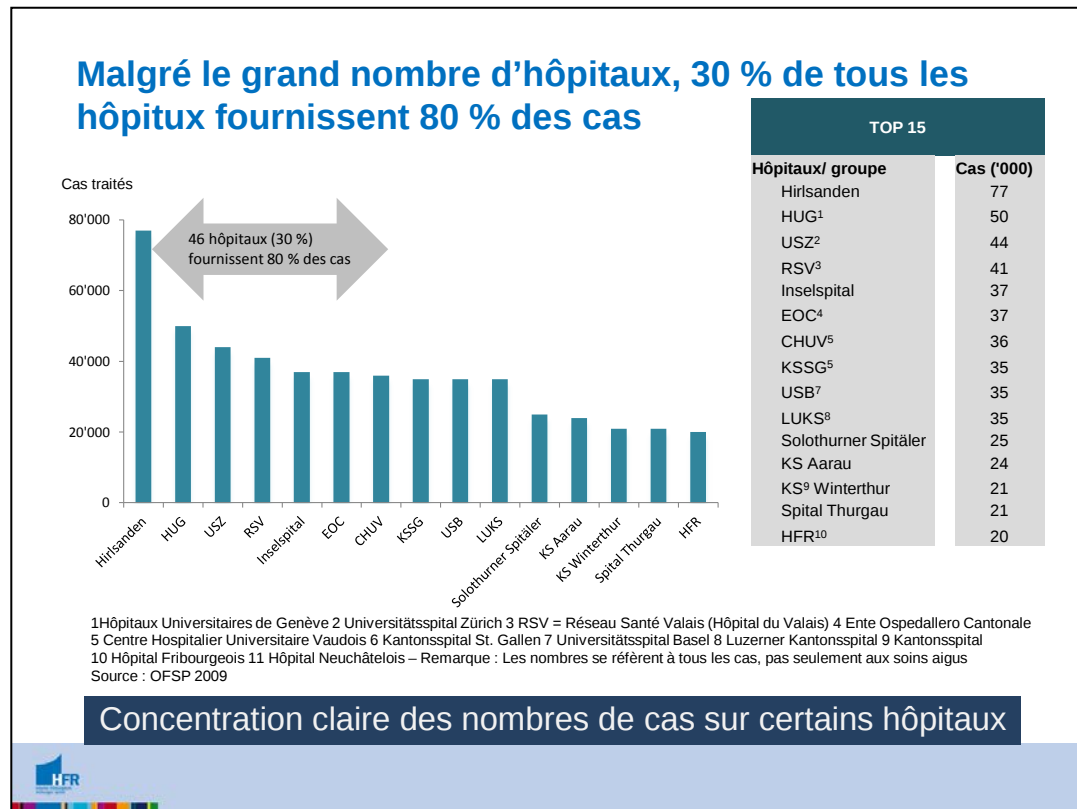
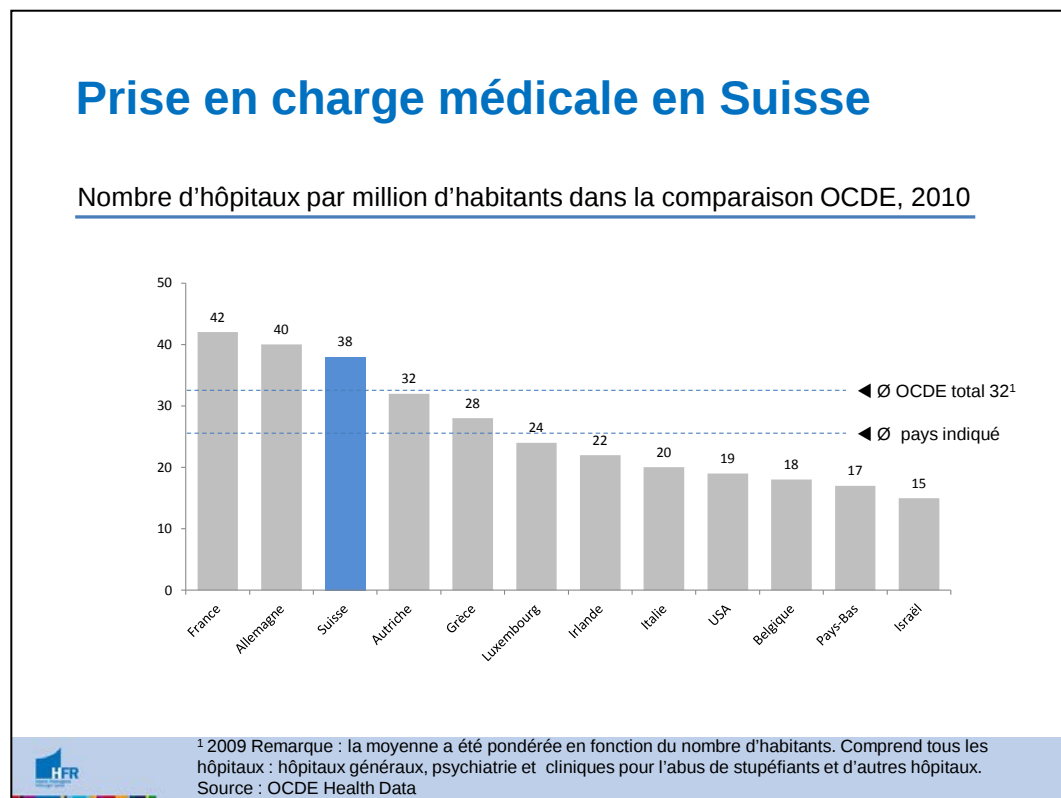
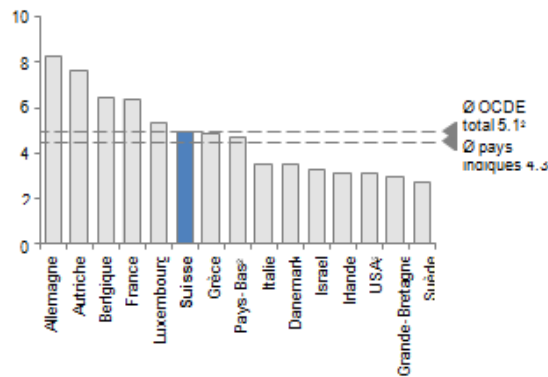


Illustration 20

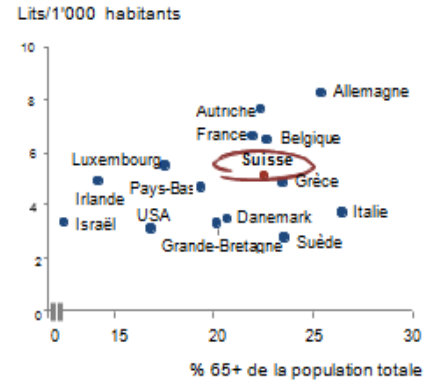


Prise en charge médicale en Suisse

Nombre de lits d'hôpitaux
par 1'000 habitants¹



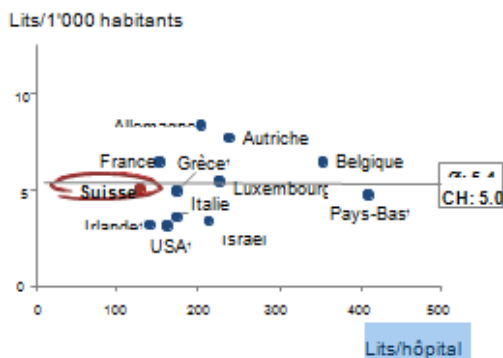
Lits d'hôpitaux par rapport
à la population âgée²



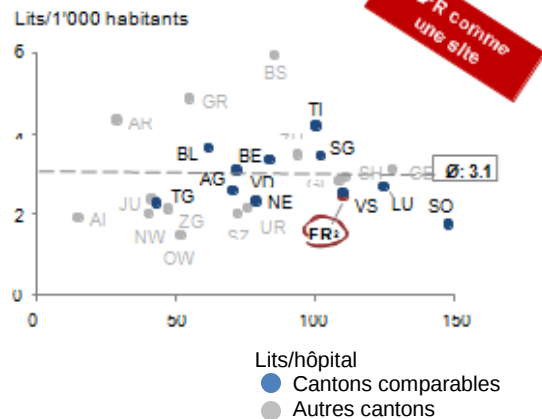
1. 2010. 2. 2009 3. 2010. Remarque : les moyennes ont été pondérées en fonction du nombre d'habitants. Les pays de l'OCDE ont été choisis pour parvenir à une comparaison à un niveau économique similaire. Les pays scandinaves n'ont été en grande partie pas pris en considération du fait du système de santé très différent. Comprend tous les hôpitaux : hôpitaux généraux, psychiatrie et cliniques pour l'abus de stupéfiants ainsi que d'autres hôpitaux ; source : OCDE Stats, OCDE HealthData.

Prise en charge médicale en Suisse

Lits par habitants et taille d'hôpital dans la comparaison OCDE

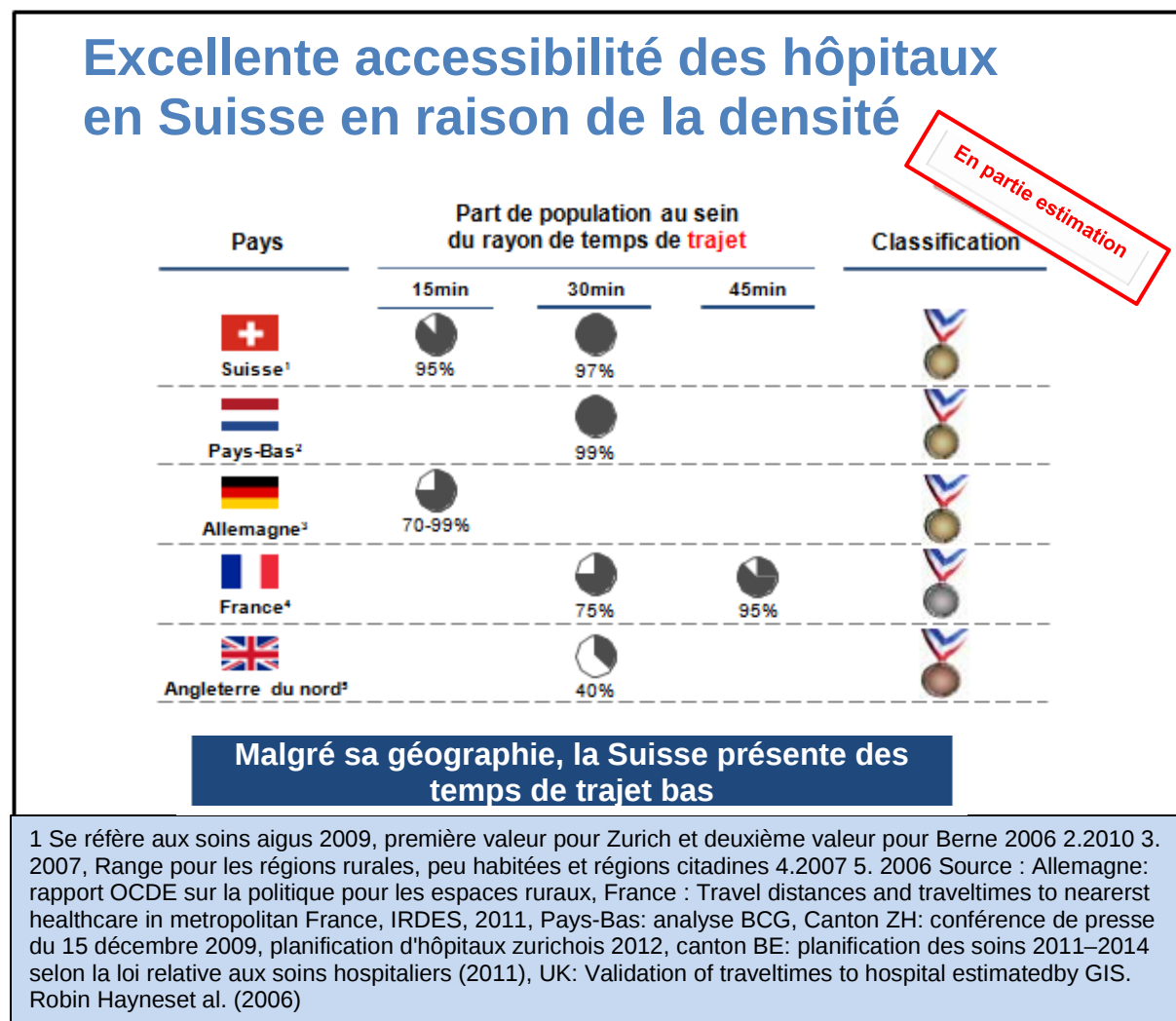


Lits par habitants et taille d'hôpital dans la comparaison des cantons



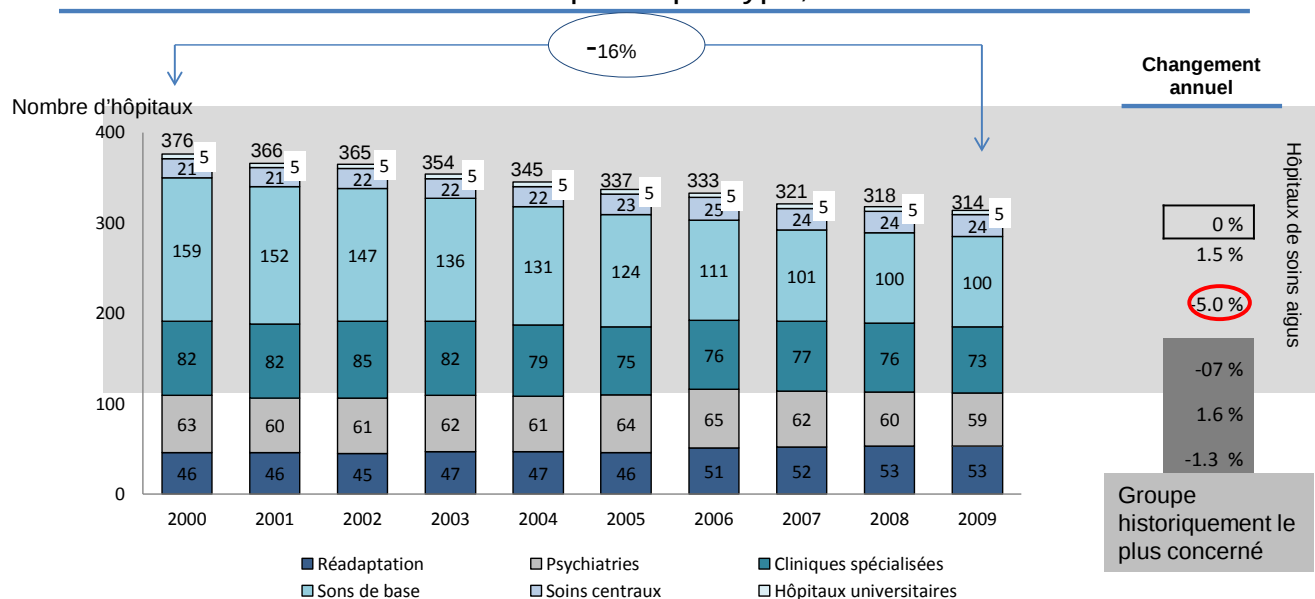
2009.2. Comprend l'HFR (compté comme un site) et l'Hôpital Jules Daler, la Clinique Générale, l'Hôpital Intercantonal de la Broye, le Réseau Fribourgeois de santé mentale, la Maison de Naissance Le Petit Prince. Pour la comparaison des cantons, on a eu recours à des cantons présentant des structures similaires. Remarque : 2010 Source : OFS et OFSP 2009 /2010, OECD Health Data

Illustration 23



Au niveau national également, tendance continue à la consolidation

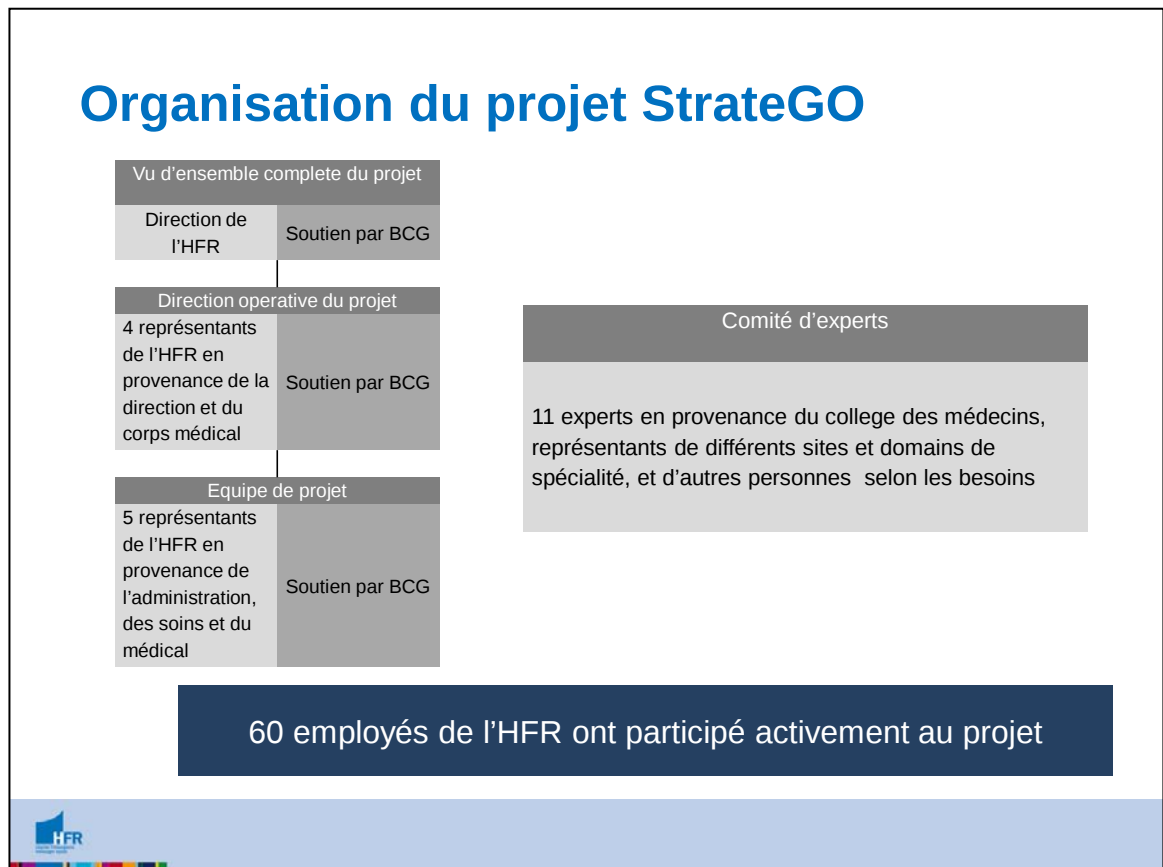
Nombre d'hôpitaux par type, 2000 - 2009



Il faut s'attendre à une progression de la consolidation persistante des hôpitaux

7.4 Organisation du projet StrateGO

Illustration 25



7.5 Projet médical

Les concepts d'avenir élaborés dans le cadre du Projet médical sont disponibles dans un document séparé.

8 Sources

Office fédéral de la santé publique

- Statistiques concernant l'assurance-maladie : chiffres-clés des hôpitaux suisses 2010. Office fédéral de la santé publique (OFSP) 2012

Office fédéral de la statistique

- OFS – Coûts du système de santé selon les prestations 1995-2010
- OFS – Coûts du système de santé selon les fournisseurs de prestations 1995-2010
- OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2008
- OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2011
- OFS – Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2010-2035 – nombre de personnes par classes d'âge dans les cantons selon le scénario « moyen » AR-00-2010

Valeurs empiriques du The Boston Consulting Group

Données internes de l'HFR, obtenues directement des collaborateurs ou de l'intranet (affiche de la sélection des données clés)

- 2011-2010 HFR_CAS
- 2011-2010_HFR_CLASSES_SITE_CAS
- 2011-2010 HFR_GLOBAL_CAS
- 2011-2010 HFR_SERVICES
- 2011_HFR_URGENCES
- Activités 2008 – 2007
- Budget 2012
- Budget 2013 avec 3 variantes
- Comptes 2011
- Données ambulatoires
- Effectif_HFR_01_2012_NOUVEAU
- FTE HFR nach Standorten
- Hospitalisation HFR
- Rapports annuels de 2009, 2010 et 2011
- Masterplan
- Communiqué de presse sur les mesures à court et moyen terme, août 2012
- Relevé CUFI Aperçu global
- Relevé des unités finales d'imputation selon REKOLE®: HFR
- Surface et bureau par site
- Statistiques d'activité hospitalière HFR 2010
- Tarifs réadaptation
- Valeurs immobilisations

Canton de Zurich: Zürcher Spitalplanung 2012 – Strukturbericht, September 2011

OECD Health Data

Planification sanitaire du canton de Fribourg 2008

- Rapport
- Annexe 2: Durée moyenne de séjour par pathologie (soins somatiques aigus)
- Annexe 3 : Prévisions par APDRG : 2008, 2010, 2015, 2020 (soins somatiques aigus)
- Annexe 7 : Cas par diagnostic principal : 2005 (Réadaptation)

Spital Thurgau AG : <http://www.stgag.ch/>

Ordonnance du 31 janvier 2012 concernant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance

Planification des soins 2011–2014 selon la Loi sur les soins hospitaliers ; direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2011)

Pages Web d'hôpitaux privés situés dans le canton de Fribourg (par exemple, Clinique Générale, Dalerspital)