

Application de l'article 39 LAMAL: Planification hospitalière Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires

Roger Krüger
UER: Aide à la décision

Discussion paper de l'IDHEAP no 16/1998
novembre 1998

Travail de mémoire
Rapporteur: Professeur Antoine Gualtierotti

© 2000 IDHEAP, Chavannes-près-Renens

Roger Krüger

Application de l'article 39 LAMAL: Planification hospitalière Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires

"L'application de l'article 39 LAMAL: planification hospitalière" est un travail de mémoire mené dans le cadre du Mastère en administration publique de l'IDHEAP. Avant de se focaliser sur la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires, ce travail éclaire le champ dans lequel celle-ci opère.

Une synthèse de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMAL) rend compte de ce nouveau cadre réglementaire national. L'étude de l'évolution des besoins de santé de la population expose les enjeux de l'accroissement de la population âgée pour les systèmes de santé, alors qu'une analyse des indicateurs hospitaliers actuellement disponibles fait ressortir les importantes évolutions intervenues dans ce secteur au cours des dernières années. Enfin, une section comparative tend à confirmer l'importance des effets d'induction de la demande par l'offre dans ce domaine d'activité.

La dernière partie se consacre à la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières nécessaires en se penchant sur plusieurs exemples. Il ressort que si la médicalisation des statistiques hospitalières apporte de réels progrès à ce genre d'évaluations, celles-ci butent sur des limites indépassables et semblent difficilement pouvoir aller au-delà de la projection de certaines tendances lourdes. Ce constat souligne l'intérêt des nouveaux outils de régulation qui se mettent actuellement en place et qui ouvrent la voie à un mode de régulation du secteur hospitalier moins normatif et plus décentralisé. L'introduction prévisible d'un financement prospectif par groupe de pathologies devrait prochainement correspondre à un pas important dans ce sens.

"Application de l'article 39 LAMAL: planification hospitalière" ist eine Diplomarbeit, die im Rahmen des Masters in Public Administration des IDHEAP durchgeführt worden ist. Erstes Ziel dieser Arbeit war es, die Methodologie für die Bewertung des zukünftigen Spitalgrößenbedarfs zu studieren unter Berücksichtigung der Gesamtumstände, in denen sich die Spitalplanung einfügen muss.

Sie stellt eine Synthese des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) dar und enthält eine Studie über die Einflüsse und die Folgen des Altbevölkerungszuwachses auf das Gesundheitssystem. Eine Analyse der gegenwärtig zur Verfügung stehenden Spitalstatistiken veranschaulicht die wichtigen, während der letzten Jahren eingetretenen Entwicklungen im Spitalsektor. Ein Kapitel veranschaulicht durch eine Vergleichsperspektive eine der wirtschaftlichen Eigenheiten des Sanitär- und Spitalsektors, d. h. die Belegung der Nachfrage durch das Angebot.

Der letzte Teil der Arbeit behandelt die angewandten Methoden zur Einschätzung des zukünftigen Spitalgrößenbedarfs und illustriert sie mit einigen Beispielen. Daraus geht hervor, dass diese auf schwerlich überwindbare Grenzen stossen, und es unwahrscheinlich ist, dass man weiter gehen kann als die Aufzeichnung gewisser Globaltendenzen. Diese Feststellung unterstreicht die Wichtigkeit der neu entwickelten Regulierungsmittel, die eine mehr dezentralisierte Steuerung des Spitalsektors ermöglichen. Die wahrscheinliche Einführung eines sich auf Pathologiegruppen stützenden Finanzierungs-Modus wird bald ein wichtiger Schritt in diese Richtung sein.

Discussion paper de l'IDHEAP no 16

TABLE.

•	REMERCIEMENTS	1
•	INTRODUCTION	2
I. EVOLUTION DES COÛTS ET MODIFICATION DU CADRE LÉGAL		
I.A.	EVOLUTION DES COÛTS ET DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN SUISSE	3
1.	Evolution des coûts.	
	Part des dépenses de santé sur le PIB 1970-96.	
	Evolution des prix 1985-96.	4
	Evolution des coûts selon les agents de production 1960-1996.	5
2.	Evolution du Financement du système de santé.	6
	Coût du système de santé selon l'agent payeur et l'agent de production.	
	Financement selon l'agent supportant la charge économique.	
I.B.	LA LAMAL ET LE SECTEUR HOSPITALIER	9
1.	La loi fédérale sur l'assurance-maladie en tant que cadre réglementaire national.	
2.	Axes centraux de la LAMal.	
	Principe de solidarité et extension de la couverture.	
	Dispositions visant la maîtrise des coûts.	10
	"Concurrence organisée" dans l'assurance-maladie obligatoire.	
3.	Régulation du secteur hospitalier.	11
	Règles concernant les bases tarifaires.	12
	Garantie de la qualité.	13
	Clarification des responsabilités financières.	
	Comparaisons.	
	Données statistiques des hôpitaux et autres institutions.	14
	Le Conseil fédéral en tant qu'arbitre du jeu ?	15
	Planification hospitalière.	
II. ELÉMENTS RELATIFS À L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET ANALYSE DU SECTEUR HOSPITALIER		
II.A.	EVOLUTION DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION	18
1.	Etat de santé de la population suisse.	
2.	Perspectives démographiques.	20
2.1.	L'évolution séculaire: une "basculée démographique".	
2.2.	Projections démographiques.	21
3.	Evolution démographique et évolution des besoins.	23
3.1.	Consommation médicale: une courbe en "J".	24
3.2.	Transition démographique et évolution du schéma de morbidité.	25
3.3.	Accroissement du nombre de personnes âgées et coût de santé.	
3.4.	Accroissement du nombre de personnes âgées et soins de longue durée.	26
4.	Evolution démographique et restructuration des services de santé.	28
4.1.	Axes principaux.	
4.2.	Des enjeux partagés par les pays les plus industrialisés.	29

II.B. ANALYSE DU SECTEUR HOSPITALIER. 31

1. Analyse de l'évolution 1975-95 au travers des données Veska.	
1.1. Remarques concernant les données disponibles.	
Qualité des données.	
Enquête globale de 1992.	
Enquêtes partielles.	32
Travaux concernant le secteur hospitalier suisse.	
Biais particuliers à signaler.	
Remarques relatives à la constitution des données.	33
1.2. Analyse de la structure.	34
1.3. Analyse des indicateurs d'activité.	35
Nombre de lits et indice lits-population.	
Journées d'hospitalisation.	
Admissions (sorties).	
Durée moyenne de séjour.	36
Taux d'occupation.	
1.4. Analyse des dépenses hospitalières.	37
Dépenses hospitalières globales.	
Dépenses par cas.	38
Répartition des dépenses par catégorie d'établissements en 1995.	
Dépenses hospitalières et personnel hospitalier.	39
Facteurs d'augmentation des dépenses hospitalières.	40
1.5. Premières conclusions sur l'offre hospitalière.	41
Tendances ressortant des indicateurs globaux.	
Analyse des tendances par secteur.	42
Un mouvement généralisé de restructuration "à trois étages" ?	
Questions ouvertes: degré d'adéquation des capacités hospitalières aux besoins.	
2. Analyse comparative.	44
2.1 Situation de la Suisse en comparaison internationale.	
2.2 Nombre de lits des pays de l'OCDE et loi de Roemer.	46
2.3 Densité de lits de quelques cantons, taux de morbidité hospitalière et taux d'hospitalisation.	47
Densité de lits et nombre de journées par 1'000 habitants (patients de toute provenance).	
Densité de lits et nombre de journées de patients traités dans leur canton de résidence.	48
Densité de lits et nombre de patients hospitalisés dans leur canton de résidence.	49
Observations intermédiaires.	
Densité de lits et nombre global de journées des résidents.	50
Densité de lits et nombre total de résidents hospitalisés.	52
Conclusion de la seconde partie de l'analyse intercantonale.	53
2.4. Secondes conclusions sur l'offre hospitalière.	

III. APPROCHES ET MÉTHODES D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS HOSPITALIÈRES NÉCESSAIRES

1. Planification des services de santé: définition, concepts et modes d'approche.	55
1.1. Définition et délimitation des éléments abordés.	
1.2. Planification des services de santé et évaluation des besoins: concepts et modes d'approche.	56
1.3. Planification hospitalière et approche des besoins.	58
2. Méthodes d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires.	59
2.1 Introduction.	
2.2. Critères déterminants.	
2.3. Indicateurs de base et complexité de l'approche prospective.	60
2.4. Rappel des tendances lourdes.	61
2.5. Tendances lourdes, références comparatives, scénario projectif affiné.	62
2.6. Trois exemples.	
A. Approche intuitive et pragmatique.	63
A.1. Tendances évolutives.	
A.2. Niveau actuel des indicateurs et comparaisons.	
A.3. Approche projective.	64
A.4. Détermination des capacités futures nécessaires.	65

B. Nouvelles perspectives comparatives.	
B.1. Niveau actuel des indicateurs.	66
B.2. Comparaisons internes au canton.	67
B.3. Comparaisons entre cantons.	69
B.4. Indicateurs actuels "ajustés".	69
B.5. Projections à partir des indicateurs actuels "ajustés".	
C. Estimation des capacités nécessaires sur base d'un scénario projectif détaillé.	70
C.1. Situation en 1995.	71
C.2. Projections des besoins de la population "toutes choses égales par ailleurs".	
C.3. Hypothèses concernant les facteurs d'offre.	72
C.4. Hypothèses concernant les cliniques privées.	73
C.5. Prévision de la situation globale en 2005.	74
3. Eléments relatifs à la répartition spatiale des capacités.	
3.1. Approche de la question.	
3.2. Critères centraux.	
Masse critique.	
Prise en charge des urgences.	75
Limites des critères actuellement utilisés.	
3.3. Répartition spatiale des capacités et missions hospitalières.	
Exemple d'attribution de missions.	76
a. Définitions des missions.	
b. Réaffectation des missions des différents établissements.	77
3.4. Centralisation-diversification des structures: pertinence de la notion de réseaux de soins.	78
4. Dotation en personnel.	79

• CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES 80

BIBLIOGRAPHIE 83

ANNEXES

ANNEXE 1: Coûts de santé et population âgée.	I
ANNEXE 2: Résultats détaillés de l'analyse de la statistique Veska (H+).	V
ANNEXE 3: Résultats détaillés de l'analyse des données CDS 1995.	IX
ANNEXE 4: Détail des GPH.	XVI

Remerciements.

Ce travail n'aurait pas été possible sans le concours de nombreuses personnes et organisations.

Mes remerciements vont en particulier à:

M. HERVÉ GUILLAIN de **L'INSTITUT DE SANTÉ ET D'ÉCONOMIE (ISE, Lausanne)** qui a suivi l'élaboration du travail. Son concours m'a été très précieux tant pour comprendre certains éléments relatifs aux transformations actuellement en cours dans le domaine de la santé publique que sur le plan de la recherche de documents de planification hospitalière.

M. ROLAND ANGERER de **H+, LES HÔPITAUX SUISSES**, qui m'a transmis les bases de la série statistique Veska 1975-95 étudiée dans ce travail et a fait preuve d'une infinie patience face à mes questions.

M. PIERRE GILLIAND qui m'a communiqué de nombreuses informations concernant en particulier la statistique hospitalière.

MM. ANTOINE GUALTIEROTTI ET BEAT KAPPELER, Professeurs à **L'IDHEAP**, pour leur lecture critique de ce travail.

Je tiens également à remercier les organisations suivantes:

L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS).

LE CONCORDAT DES ASSUREURS-MALADIE (CAMS).

LA CONFÉRENCE DES DIRECTEURS CANTONAUX DES AFFAIRES SANITAIRES (CDS).

LE SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais.

LE SERVICE CANTONAL VAUDOIS DE RECHERCHE ET D'INFORMATION STATISTIQUES (SCRIS).

Introduction.

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal, début 1996, le secteur sanitaire suisse est entré à un rythme accéléré dans une vague importante de réformes visant à freiner la hausse des coûts dans le domaine de la santé et à introduire l'exigence d'une certaine efficacité dans ce secteur d'activité.

Il faudra certainement attendre encore plusieurs années avant de pouvoir évaluer tous les effets des dispositions de la LAMal et les termes de l'application de certaines de celles-ci demandent encore à être précisés. C'est en particulier le cas de *l'article 39 LAMal* qui exige que les cantons établissent une planification hospitalière conforme aux besoins, sans renvoyer à des critères définissant la manière dont les cantons doivent s'acquitter de cette tâche.

Cette *absence de définition* a motivé ce travail, dont la mise en oeuvre a été animée par la volonté d'établir la nature des approches et des méthodes définissant les critères normatifs fondamentaux des importantes restructurations hospitalières actuellement en cours sur le plan suisse.

Centré sur l'application de l'article 39 LAMal par les cantons, ce travail est largement focalisé sur *l'étude de la méthodologie* d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires (partie III), toutefois une partie importante de l'étude a été consacrée à l'analyse des *données disponibles* permettant d'approcher l'évolution des besoins de santé, de même que les tendances majeures de l'offre hospitalière (partie II).

Du fait du caractère fragmentaire des éléments rencontrés dans des sources "secondaires", cette seconde partie du travail a tenté de s'appuyer sur les données "brutes" chaque fois que cela était possible (projections démographiques, analyse de l'offre hospitalière). Un tel effort se justifiait par la volonté de rendre compte du cadre analytique dans lequel intervient l'analyse projective, en précisant tant les éléments dont celle-ci dispose que les nombreuses incertitudes auxquelles elle est confrontée. Cette position épistémologique a conduit à insérer maints détails chiffrés dans le corps du texte plutôt qu'en annexe. Le lecteur pressé pourra cependant orienter sa lecture à partir de la table des matières détaillée.

Etudiant les méthodes de projection des capacités nécessaires, ce travail s'intéresse indirectement à un mode de régulation spécifique du secteur hospitalier qui correspond à une régulation centralisée et normative de celui-ci. De ce fait, nous avons également tenté de synthétiser certains développements actuels, de même que les évolutions potentielles concernant les *modes de régulation* de ce secteur, en nous arrêtant en particulier sur les dispositions LAMal et les "règles du jeu" qu'elles induisent (partie I.B). Une considération détaillée des nouveaux outils de régulation n'a par contre pas pu être intégrée dans cette étude et nous avons dû nous contenter de renvoyer le lecteur à quelques références fondamentales pour une description de ceux-ci (c.f. "Conclusions et perspectives").

L'exposé est composé de trois parties principales:

- Une *première partie* relate brièvement l'évolution globale récente du "système suisse de santé" en s'arrêtant sur l'évolution des coûts de santé et sur les dispositions de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.
- Une *seconde partie* s'attache à rendre compte des éléments disponibles relatifs à l'évolution des besoins de santé de la population, puis s'arrête sur les tendances et caractéristiques propres à l'offre hospitalière.
- Enfin, la *troisième partie* est focalisée sur l'étude des méthodes d'évaluation des capacités hospitalières.

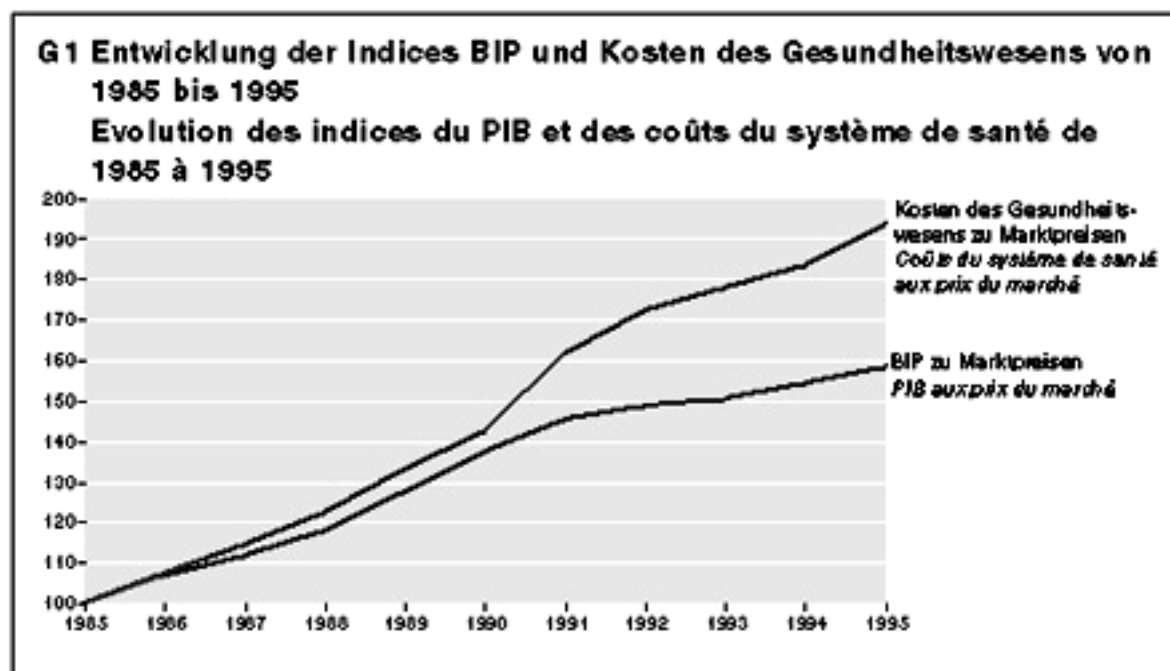
I. Evolution des coûts et modification du cadre légal.

I.A. Evolution des coûts et du financement de la santé en Suisse¹.

1. Evolution des coûts.

Part des dépenses de santé sur le PIB 1970-96.

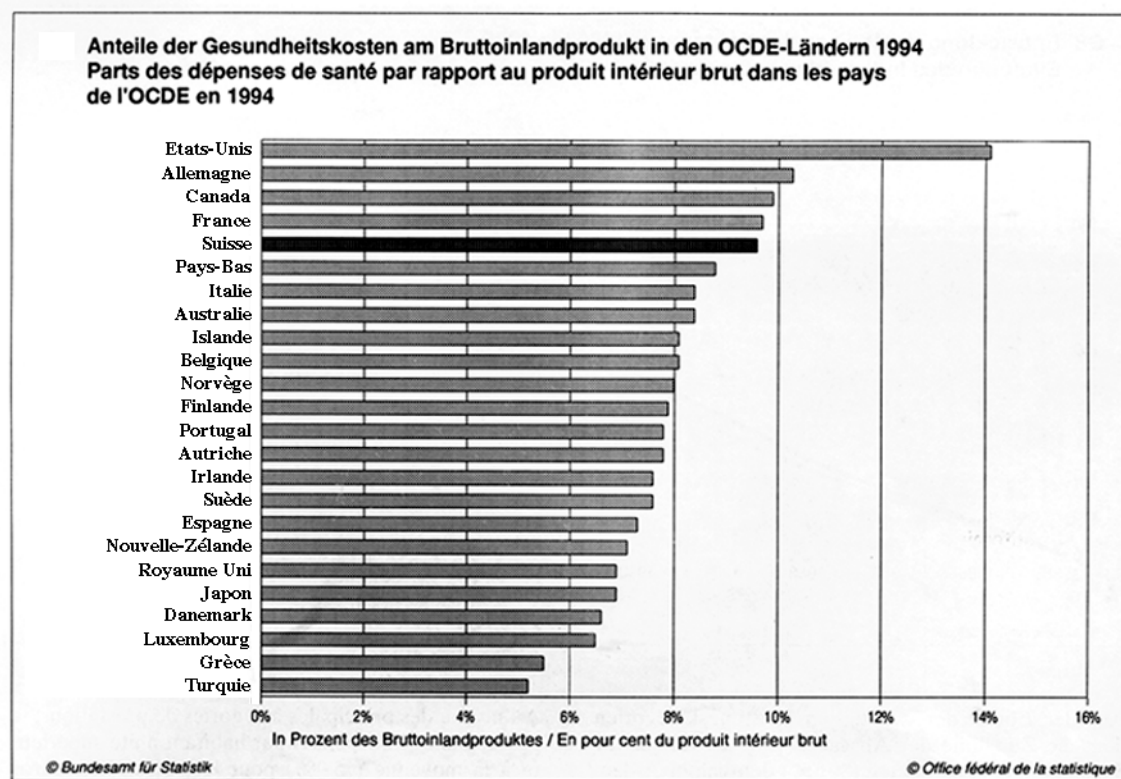
Afin de rendre compte de l'évolution des ressources économiques qu'un pays consacre à son système de santé, la statistique utilise généralement le produit intérieur brut (PIB) en tant qu'agrégat économique de référence et mesure l'évolution des dépenses de santé en rendant compte de la part de celles-ci sur le PIB. Si certains "sauts" de ce ratio (voir figure suivante: années 1990-93) sont dus à la variation de la progression du dénominateur (PIB) et à la relative insensibilité des dépenses de santé à celle-ci, l'utilisation de cet indicateur qui prend pleinement en compte l'importance de la croissance économique dans le financement des dépenses de santé apparaît approprié car, comme le disent les auteurs du dernier rapport de l'OFS sur les coûts du système suisse de santé, «lorsque les augmentations des dépenses ne peuvent plus être financées par des gains en productivité (croissance), les besoins d'allocation de ressources économiques supplémentaires sont en augmentation rapide et risquent de provoquer des transferts de la charge économique entre les agents du financement que sont les ménages privés, les assurances sociales et les collectivités publiques» [OFS, 1997: 7].



La part des coûts du système de santé se situait en 1970 à 5.7% du PIB. En 1975, elles ont dépassé 7%. Elles se situaient à plus de 8% du PIB en 1990 et à 9.6% en 1995. Entre 1995 et 1996 (derniers chiffres disponibles), les coûts du système de santé ont augmenté de 5.4%, en passant de 35.1 milliards à 37 milliards. En 1996, la Suisse a consacré plus de 10% (10.1%) de son PIB aux dépenses de santé.

La Suisse était déjà en 1994 dans le peloton de tête des pays de l'OCDE en matière de dépenses de santé et elle a sans doute gagné quelques points depuis lors... La part que les différents pays de l'OCDE ont consacré à la santé en 1994 est la suivante:

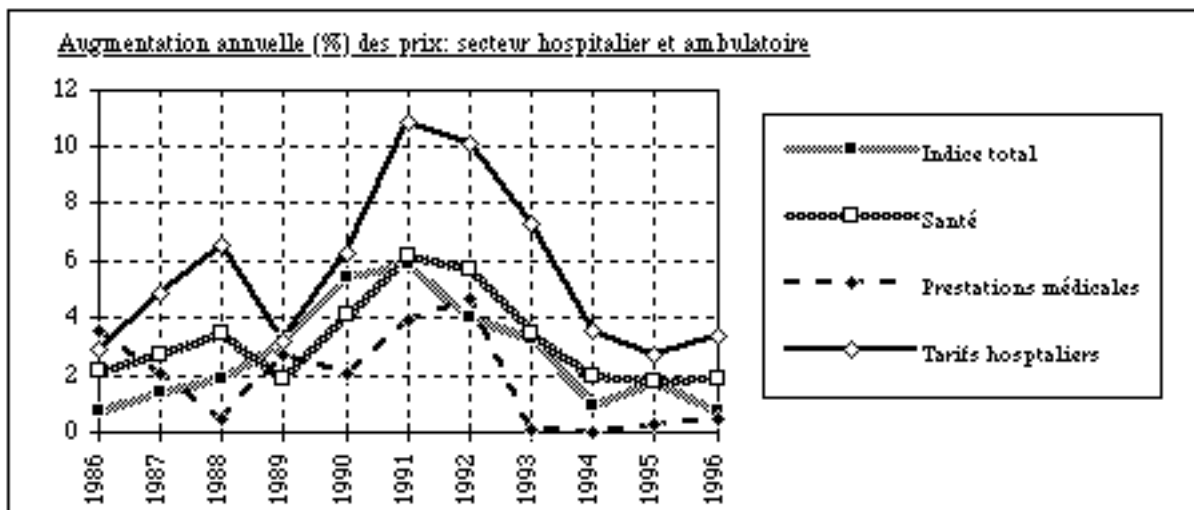
¹ Ces informations sur le coût du système de santé suisse et son financement sont tirées d'une publication de l'OFS [1997] et d'un communiqué de presse de l'OFS datant de juin 1998 [1998a].



Evolution des prix 1985-96.

Entre 1985 et 1995, l'évolution des prix des biens et services de santé (+42%) ont connu une augmentation supérieure à l'indice suisse des prix à la consommation (+33%). Une analyse de l'évolution des prix des différents "secteurs de production" attire l'attention sur le secteur hospitalier. Entre 1985-96, les tarifs hospitaliers ont en effet augmenté de 82% (81.7). L'évolution des autres secteurs a été de: 22.4% pour le prix des prestations des médecins, 25.7% pour les médicaments, 23% pour le matériel sanitaire et 34.4% pour les prestations médico-dentaires.

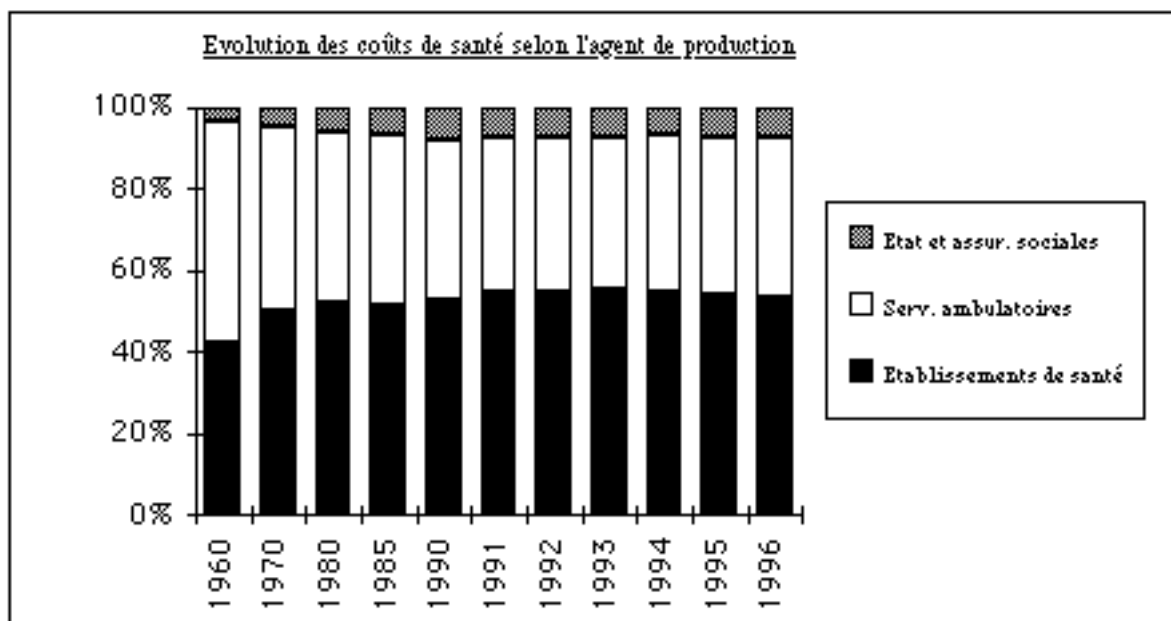
Comme on peut le voir sur le graphique suivant, les augmentations les plus spectaculaires des tarifs hospitaliers correspondent aux années 1991-92. L'arrêté urgent contre le renchérissement dans l'assurance-maladie en vigueur de 1992 à 1995 a contribué à infléchir l'accroissement des prix. Le niveau de progression des tarifs hospitaliers semble à peu près stabilisé.



Evolution des coûts selon les agents de production 1960-1996.

Sur une longue durée on constate que la part des coûts de santé se concentre de plus en plus sur les soins intra-muros. Ceux-ci représentent 42.1% du coût total de santé en 1960 et 53.2% en 1996. A l'inverse, la part des services ambulatoires passe de 54.4% à 39.6%. Quant à la part des prestations de l'État, elle passe de 3.3% à 7.2%. Cette augmentation correspond à une augmentation des tâches administratives et des actions de santé publique (prévention).

Si, sur la longue durée, l'analyse dégage une augmentation de la part des dépenses de santé affectées aux soins intra-muros et une diminution relative des dépenses ambulatoires, l'évolution récente correspond cependant à une inversion de cette tendance. En effet, dès 1994 la part des dépenses de santé a diminué pour le secteur intra-muros et augmenté pour le secteur ambulatoire. Ainsi, alors que les établissements de santé correspondaient à 55% des dépenses de santé en 1993, ils n'absorbent "plus" que 39.6% de ceux-ci en 1996. Les coûts relatifs aux soins ambulatoires ont quant à eux passé de 37.8 à 39.6% du total des dépenses de santé².



² Face à cette évolution récente et sa prévisible continuation, d'aucuns en appellent à une régulation accrue du secteur ambulatoire, en rappelant que celui-ci est actuellement le «principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés».

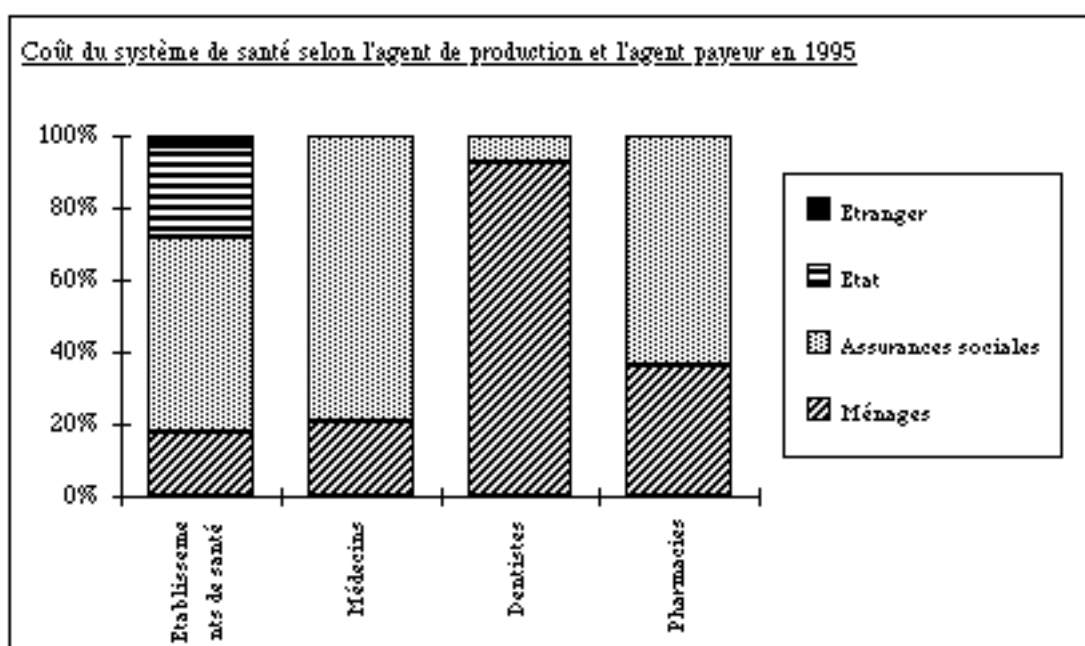
En 1996, la "facture globale" à la charge de l'assurance obligatoire a été constituée à 52.7% par la médecine ambulatoire, à 37.5% par les soins hospitaliers et à 9.8 par les "autres" secteurs (EMS, SPITEX, etc). En moyenne, chaque cabinet génère un chiffre d'affaires annuel de 250'000 frs, auxquels s'ajoutent à peu près un même montant de prestations hors cabinet, mais prescrites par les médecins (physio, médicaments, analyses médicales). Ainsi chaque cabinet génère en moyenne une dépense d'un demi-million par année [Domenighetti, 1998].

2. Evolution du Financement du système de santé.

Coût du système de santé selon l'agent payeur et l'agent de production.

En Suisse, les collectivités publiques ne jouent un rôle important de payeur que pour les établissements de santé. En 1995, elles ont ainsi financé 26% des coûts de ceux-ci. Le secteur ambulatoire est quant à lui presque exclusivement financé par les ménages et les primes versées aux assurances-maladie. Relevons en outre qu'en Suisse, les soins dentaires sont pour l'essentiel pris en charge de façon directe par les ménages et ne font presque pas l'objet d'une répartition des risques au travers de l'assurance-maladie.

En 1995, la répartition du financement par secteur de production et par agent payeur était la suivante³:



Financement selon l'agent supportant la charge économique.

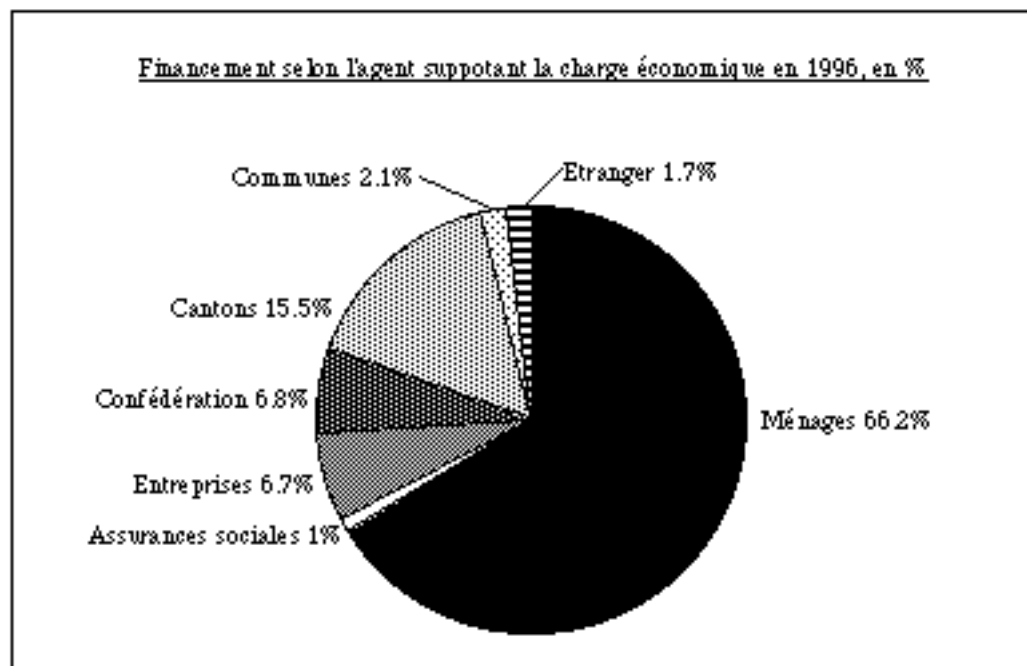
Le financement du système de santé suisse reposant en très grande partie sur les primes d'assurance payées par les ménages, ces derniers subissent de plein fouet l'augmentation des dépenses de santé⁴.

En 1996, les 36.9 milliards des dépenses de santé ont été répartis de la façon suivante entre les différents agents supportant la charge économique⁵:

³ Seuls les principaux agents de production sont pris en compte ici. Ils représentent 86% des dépenses totales de santé. Les dépenses administratives des assurances sociales représentent 5% des 14% restant.

⁴Après avoir explosé en 1996 (+25%), les primes de l'assurance-maladie ont augmenté de 12% en 1997 et de 5% en 1998.

⁵ Ces données publiées par l'OFS sont encore provisoires.



Comme on le voit dans le graphique qui suit, entre 1985 et 1996, la répartition du financement des dépenses de santé a été marquée par une augmentation de la part prise en charge par les ménages (+4%) et par un recul de celle des pouvoirs publics (-3%)⁶.

Au-delà de certaines fluctuations, la part de la Confédération peut être jugée comme étant relativement stable, celle des cantons (-2%) et des communes (-0.7%) présente en revanche une nette tendance à la baisse.

La crise des finances publiques est certainement un facteur d'explication de cette évolution⁷.

Un tel transfert de charge ne peut vraisemblablement être que limité, ceci en particulier du fait que contrairement aux dépenses de santé financées avec le produit des prélèvements fiscaux, la part des dépenses de santé financée par les ménages (primes et consommations de santé non remboursées) correspond à une charge non modulée en fonction du revenu de ceux-ci.

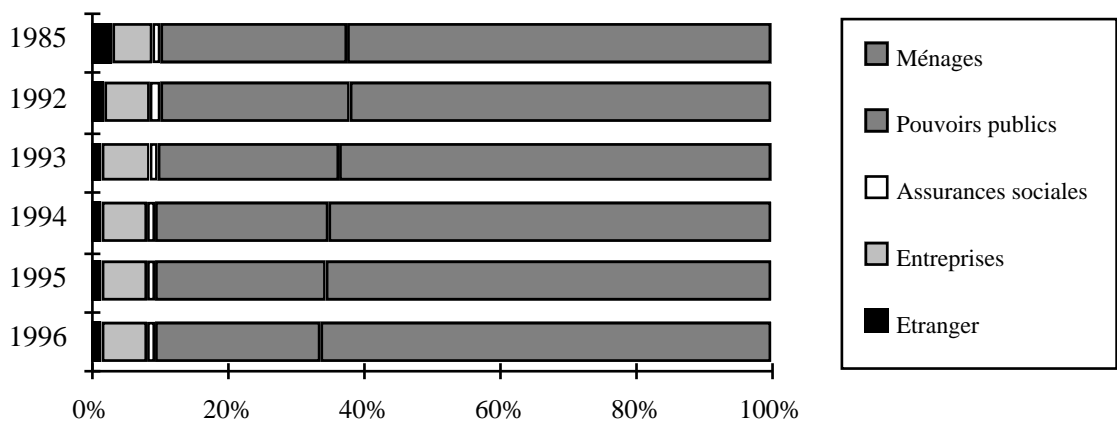
Répartition du financement selon la source.	1985	1992	1993	1994	1995	1996	Diff.
Ménages	62.2%	61.9%	63.4%	64.9%	65.1%	66.2%	+4.0%
Assurances sociales	1.0%	1.5%	1.2%	0.9%	1.0%	1.0%	0.0%
Entreprises	6.3%	6.6%	7.0%	6.7%	6.7%	6.7%	+0.4%
Pouvoirs publics	27.4%	27.7%	26.7%	25.6%	25.2%	24.4%	-3.0%
dont Confédération	7.1%	6.9%	7.3%	7.2%	8.2%	6.8%	-0.3%
dont Cantons	17.5%	17.2%	16.3%	15.8%	14.8%	15.5%	-2.0%
dont Communes	2.8%	3.6%	3.1%	2.7%	2.2%	2.1%	-0.7%
Etranger	3.1%	2.3%	1.7%	1.8%	1.9%	1.7%	-1.4%
Total dépenses santé (mio)	18'384	31'719	32'713	33'817	35'050	36'943	+100%

⁶ Pour une analyse du désengagement des pouvoirs publics entre 1975 et 1986, voir P. Gilliland, *Coût du système de santé et sources de financement. Suisse, 1975-86...*, 1990

L'analyse de P. Gilliland montre qu'entre 1975-86, les pouvoirs publics se désengagent fortement du financement de la santé (-9.4%). Notons que si, pour la période 1975-86, on peut parler "d'explosion des cotisations", pour la période 1985-96, et particulièrement pour la première moitié début des années 90, on doit avant tout parler d'explosion des coûts de santé.

⁷ Selon l'OFS [1988b: 483] les dépenses de santé représentaient 11.1% des dépenses globales des pouvoirs publics (Confédération, cantons et communes) en 1980 et 12.8% (14.2 mia) en 1995. Le financement des hôpitaux correspond à plus de 90% de cette dépense.

Répartition du financement selon la source (1985-96)



I.B. La LAMal et le secteur hospitalier.

1. La loi fédérale sur l'assurance-maladie en tant que cadre réglementatif national.

Selon l'**article 3** de la Constitution fédérale, «les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la constitution fédérale et, comme tels, ils exercent tous les droits qui ne sont pas délégués au pouvoir fédéral».

De fait, le secteur de la santé apparaît comme un des domaines où le transfert des compétences a été le moins important. Le rôle de la Confédération en matière de santé est très restreint. Il se limite pour l'essentiel au secteur des professions de la santé et à la lutte contre les maladies contagieuses.

Cependant, l'**article 34bis** de la Constitution fédérale confère à la Confédération le mandat d'élaborer une assurance-maladie et accidents et «accorde ainsi à l'Etat fédéral une compétence générale de réglementation en matière d'assurance-maladie» [P. Saladin et D. Strebel, 1997:194]. De cette compétence générale est déduite une responsabilité de la Confédération quant à la régulation du "système suisse de santé": «C'est en fin de compte la Confédération qui porte la responsabilité pour que la population puisse s'assurer contre les risques de la maladie et des accidents à des conditions supportables et pour que l'assurance maladie et accidents reste une assurance sociale¹».

Dans le système fédéraliste suisse, la loi sur l'assurance-maladie permet de définir des orientations nationales en matière de santé et, par là, d'établir certains éléments de régulation que les différents acteurs de la santé doivent respecter.

2. Axes centraux de la LAMal.

Entrée en vigueur en 1911, l'ancienne loi sur assurance-maladie (LAMA) était restée relativement inchangée. Elle n'avait subi qu'une seule véritable révision en 1964. Depuis lors une multitude de projets de réforme s'étaient enlisés.

L'acceptation de la LAMal le 4.12.1994 [RS 832.10] marque enfin le moment d'une révision totale de la LAMA et l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi (début 1996) correspond à l'introduction de nouvelles règles régissant le domaine de la santé en Suisse.

La LAMal peut être vue comme se déployant sur **deux axes centraux**²:

- Elle établit d'une part des règles affirmant le *caractère social* de l'assurance-maladie.
- Elle instaure d'autre part une série de dispositions visant à *maîtriser l'évolution des coûts* de santé.

Principe de solidarité et extension de la couverture.

L'affirmation du caractère social de l'assurance-maladie se déploie essentiellement autour du **principe de solidarité**. Les mesures matérialisant celui-ci sont:

- Le caractère *obligatoire* de l'assurance-maladie de base.
- Une *prime unique* (par canton, ou régions cantonales) indifférente aux "risques" (art. 61).
- La *distinction claire* entre assurance de base (art. 60.3: comptes séparés) et les assurances complémentaires qui, elles, relèvent du droit privé.

¹ Expertise de l'Office fédéral de la justice, *JAAC*, 48/1994, p. 493. Cité par Saladin et Strebel [1997: 194].

² Cet exposé résumant la LAMal au travers de quelques pages ne peut être que schématique. C'est là le choix implicite de toute synthèse. Que les juristes ayant eu à se spécialiser sur cette loi et ses ordonnances veuillent excuser l'approche schématique concernant les éléments de la LAMal ne touchant pas directement au secteur hospitalier.

Remarque: Lorsqu'aucune précision n'accompagne la mention d'un article, c'est que celui-ci ne renvoie pas à l'une des ordonnances d'application, mais à la loi elle-même. Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons d'autre part décidé de ne pas répéter le terme "alinéa" lorsque celui-ci suit le numéro d'un article. Une référence concernant l'alinéa 1 de l'article 39 s'écrit ainsi: "art. 39.1".

L'**extension du catalogue** des prestations remboursées par l'assurance de base [OPAS 832.112.31], désormais obligatoire, doit également être relevée. La prise en charge, dans une certaine limite, des soins à domicile (OAMal; art. 51), de même que la clarification des prestations prises en charge en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 50)³ peuvent également être considérées comme correspondant à un élargissement de la couverture de l'assurance-maladie.

Enfin, bien que les primes ne prennent pas en compte la situation économique des assurés, un **subventionnement cantonal "ciblé"** sur les "assurés de condition économique modeste" remplace le principe de "l'arrosoir" (art. 65.1 et Ordonnance sur les subsides fédéraux). Aucun critère ne définit toutefois la notion "d'assurés de condition économique modeste"⁴. La loi établit par contre dans leur détail les règles relatives à l'octroi de subsides versés par la Confédération aux cantons afin de les soutenir dans la mise en oeuvre de ce subventionnement (art. 66 et 106).

Dispositions visant la maîtrise des coûts.

Dans son rapport publié en février 1993, alors que les travaux de révision de la loi battaient leur plein, la **Commission des cartels** dégageait le constat général suivant de son analyse du "marché" de la santé: le domaine de la santé est un "un marché de l'offre" qui se caractérise par la prédominance d'ententes cartellaires et la position structurellement faible des caisses-maladie.

Face à ce constat, les auteurs du rapport soutenaient une "décartellisation", une amélioration de la position des caisses et le développement d'une pluralité d'options tarifaires pouvant être proposées par ces dernières. Enfin, elle approuvait «les interventions proposées du côté de l'offre, ainsi que les possibilités de contrôler la multiplication des actes médicaux» [Commission suisse des cartels, 1993: 40].

Au vu des éléments de régulation qu'elle introduit, la loi adoptée par le peuple fin 1994 partage le même constat général de la situation qui caractérisait le secteur suisse de la santé.

Les **mesures que la LAMal instaure** afin de maîtriser les coûts de santé sont de deux ordres:

- Une série de dispositions qui renforcent la concurrence par les prix, clarifient les principes régissant l'établissement des tarifs et définissent les responsabilités des différents acteurs de la santé, tout en renforçant la position structurelle des assureurs. Ce sont là des éléments de *régulation décentralisée* définissant un nouveau cadre interactionnel.
- Une *régulation étatique centralisée* de l'offre que la loi limite actuellement au secteur hospitalier au travers de l'obligation faite aux cantons d'établir une planification hospitalière.

"Concurrence organisée" dans l'assurance-maladie obligatoire.

Tout en respectant ses objectifs sociaux (solidarité, santé accessible à tous) la loi sur l'assurance-maladie définit un cadre encourageant et favorisant la concurrence par les prix. Ainsi, bien que les prestations que chaque caisse est tenue de rembourser soient définies par la loi, les offres peuvent varier quant au montant des primes et aux formes particulières d'assurance. La nouvelle loi établit donc, en quelque sorte, une "**concurrence organisée**" dans le domaine de la santé.

Les **principaux éléments** sont:

- Une *interdiction des cartels* touchant tant les prestataires de soins que les assureurs (art. 46.2 et 46.3) et visant une certaine "atomisation" des acteurs, nécessaire au développement de la concurrence.

³ Pour le secteur médico-social, les tarifs à charge de l'assurance-maladie obligatoire couvrent les coûts des prestations de soins, alors que les prestations de type socio-hôtelier sont à charge du pensionnaire ou du bénéficiaire des services à domicile.

⁴ Sur cette question voir R., Kocher, *Effets de la réduction des primes dans l'assurance-maladie*, In Sécurité sociale, No 3/1996 et P. Coullery et R. Kocher, *La notion juridique de "condition économique modeste" dans l'assurance-maladie*, Sécurité sociale, No 1/1997

- Un *changement d'assureurs facilité* (souvent qualifié de "libre passage") (art. 68 à 71) visant à ce que les assurés se comportent en consommateurs comparant les offres comme dans n'importe quel autre secteur d'activité.
- Une *diversité de tarifs* (franchises à options) dont les formes sont précisément définies (art 62 et OAMal art. 93 à 95).
- Des bases légales permettant aux assureurs de proposer des *nouvelles formes d'assurances* (type "Bonus", PPO ou HMO⁵) dont les formes et les principes sont également définis (art. 62 et OAMal art 96-101).

Ces éléments établissent un **cadre concurrentiel délimité** visant à une maîtrise des coûts de santé au travers d'une pression sur les prix.

Comme le dit W. Seiler de l'OFAS [1995], le "libre passage des assurés est «la pièce maîtresse de la nouvelle concurrence axée sur les prix». Le modèle théoriquement visé s'appuie en effet sur les potentialités comparatives des offres de la part des assurés et sur leur mobilité. Celle-ci devrait faire pression sur les caisses et se répercuter alors sur les prestataires de soins. A peine deux ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, il apparaît cependant prématuré pour faire un constat sur la contribution de ces éléments de concurrence à la maîtrise des coûts de santé.

Notons que, dans le cadre de la révision en cours de la LAMal, une *proposition discutée* serait d'attribuer aux cantons la compétence pour attribuer des budgets globaux aux prestataires de soins ambulatoires⁶. En cas d'acceptation d'une telle proposition, à la "concurrence organisée" — qui correspond à une *régulation décentralisée* par les prix — se développerait parallèlement une *régulation quantitative centralisée* de l'offre ambulatoire.

3. Régulation du secteur hospitalier.

Si la pression sur les prix envisagée par ce modèle théorique paraît pouvoir se déployer relativement facilement dans le secteur ambulatoire caractérisé par un très grand nombre de prestataires indépendants, correspondant potentiellement à autant d'interlocuteurs pour les caisses, une même pression sur les prix apparaît beaucoup plus difficile à obtenir dans le domaine hospitalier.

En effet, il existe un certain monopole territorial de fait des établissements hospitaliers et, en ce qui concerne les hospitalisations couvertes par l'assurance de base, le nombre d'interlocuteurs avec lesquels les caisses doivent traiter se résumant pour ainsi dire à un seul par canton, à savoir les autorités cantonales elles-mêmes.

Ainsi, dans ce secteur, la *régulation décentralisée* qu'établit la LAMal passe par une **clarification des bases tarifaires et des responsabilités** (49.1) financières des différentes parties prenant part aux conventions, de même que par une **amélioration de la position structurelle des assureurs**, certaines règles leur permettant à *termes* d'exiger, le cas échéant, une révision des tarifs (art. 49.7).

La LAMal établit d'autre part l'obligation d'une *régulation quantitative centralisée de l'offre hospitalière* par les cantons.

Fortement responsabilisés dans leur rôle de prestataire de soins (49.1 et 49.3) et par les évolutions qui se profilent à *termes* dans le secteur hospitalier (en part. 49.1 et 49.7), les cantons doivent mettre en oeuvre une **planification hospitalière** (39) en fonction des besoins. La mise en oeuvre de ces planifications cantonales va correspondre *rapidement* à une diminution des surcapacités existantes dans le secteur des soins aigus.

A *termes*, Les clarifications concernant les règles de financement devraient permettre des comparaisons et une certaine régulation par les prix sous la poussée des assureurs bénéficiant alors de réels moyens de pression (art. 49.7).

⁵ L'assurance de type "bonus" est un modèle dans lequel l'assuré jouit d'une réduction de primes lorsqu'il n'a bénéficié d'aucune prestation pendant un certain laps de temps. Les modèles PPO ou HMO correspondent à un choix limité de fournisseurs de prestations qui donne droit à une réduction de primes.

⁶ Actuellement, seul l'article 55 donne une possibilité de régulation quantitative concernant également le secteur ambulatoire, et cela lorsque «les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires»

Sur base de la clarification des bases tarifaires et du développement statistique qui l'accompagne, on pourrait assister *d'ici à quelques années* — parallèlement au développement d'autres outils de régulation (revue d'hospitalisations, normes de qualité, évaluation de la charge en soins infirmiers) — à l'introduction d'un tarif national établissant un **financement prospectif** pour les différents groupes de pathologies (DRG ou modèle plus récent des APDRG)⁷. Une telle échelle nationale des coûts par cas pourrait servir de base aux remboursements des assureurs et être utilisée par les cantons afin de définir — conjointement à d'autres critères — le subventionnement des différents établissements publics (ou d'intérêt public). Elle s'affirmerait alors en tant que pilier central d'une **régulation par les prix** dans le secteur hospitalier.

Dans l'attente que se mettent sur pied ces nouveaux outils permettant une régulation par les prix dans le secteur hospitalier, la régulation des relations entre acteurs s'opère essentiellement au travers d'une clarification des bases tarifaires et des responsabilités financières, de même qu'au moyen de la planification hospitalière qui correspond à une intervention étatique centralisée régulant administrativement les capacités hospitalières au travers de normes quantitatives .

Voyons en détail les principaux articles LAMal concernant le secteur hospitalier.

Règles concernant les bases tarifaires.

L'article 49, alinéa 2 établit les bases régissant les facturations dans le domaine hospitalier

- «Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, les parties à une convention conviennent de forfaits» (al.1), elles peuvent «prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne soient pas comprises dans le forfait, mais facturées séparément».

L'article 56 exige que les prestations aient un caractère économique:

- «Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement» (al.1).
- «La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes perçues à tort au sens de la présente loi» (al.2).
- «Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une réitération inutile d'actes diagnostiques...» (al.5)

L'article 43 définit également un certain nombre de principes régissant la définition des tarifs:

- Les parties à une convention tarifaire «veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée»(al.4). Elles «veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible»(al.6). L'alinéa 7 donne la possibilité au Conseil fédéral d'intervenir en la matière.
- «Les tarifs doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention sur le plan suisse» (al.5).

Notons enfin que l'article 51 donne la possibilité aux cantons de

«fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux».

⁷ Une trentaine d'hôpitaux, dont les cinq hôpitaux universitaires du pays, plusieurs compagnies d'assurances et divers organismes publics et privés se sont associés pour financer un projet "APDRG" en Suisse. Sur base de cette méthode de classification affinée des groupes de pathologie développée aux Etats-Unis, le projet vise à déterminer la charge que représentent les patients hospitalisés et pourra servir de base au financement des hôpitaux.

Pour une description plus détaillée de ces types de classification des affections par groupe de pathologies, voir infra: section III.2.6 et annexe no4.

Garantie de la qualité.

- «Les fournisseurs de prestations élaborent des conceptions ou des programmes en matière d'exigence de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières...» (OAMal; art. 77).

Clarification des responsabilités financières.

Alors que la tendance récente a été dans le sens d'un désengagement des pouvoirs publics (cantons, communes) au détriment des caisses-maladie (voir supra section I.A.2), les articles 41 et 49 responsabilisent les cantons dans leur planification et leur gestion.

L'article 49 définit une règle claire régissant les conventions tarifaires entre assureurs et cantons pour ce qui concerne les frais d'hospitalisation:

- «Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art 39.1), les parties à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 pour cent des coûts imputables dans la division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics... La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte» (art 49.1).

Quant à l'article 41, il définit le partage des coûts lors d'hospitalisation d'un assuré hors de son canton de résidence. Il établit une certaine péréquation cantonale dans le secteur hospitalier et incite les cantons à développer des collaborations hospitalières.

Cet article limite fortement les possibilités d'un assuré d'être hospitalisé hors de son canton car, en dehors de situations où les raisons médicales l'exigent, l'assuré de base devra prendre en charge la différence entre le coût facturé et le tarif applicable dans son canton de résidence (al.1).

Lorsque les raisons médicales l'exigent, l'assureur prend en charge «les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations» (al.2), alors que le canton de résidence du patient prend en charge la différence entre ce tarif et les coûts facturés (al.3).

La question de savoir si ce principe visait également les hospitalisations en divisions privées et semi-privées a suscité de multiples controverses. La révision en cours de la LAMal clarifiera prochainement cette question.

Dans l'intervalle, un accord, applicable dès le 1er septembre 1998, entre la Comité directeur de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS)⁸ a fini par conclure que «le statu quo est maintenu en cas d'hospitalisation à l'intérieur du canton concernant le financement des prestations de l'assurance obligatoire de soins en faveur de patients disposant d'une assurance complémentaire, les cantons persistant à ne verser aucun subside pour ces mêmes prestations» et que «pour les hospitalisations hors canton médicalement indiquées de patients en divisions semi-privées et privées d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, le canton de résidence du patient s'acquitte de la même participation selon l'article 41, 3ème alinéa LAMal que celle allouée pour le traitement de la division commune...».

Comparaisons.

- «Les assureurs peuvent traiter en commun des données relatives au genre et à l'étendue des prestations fournies par les différents fournisseurs de prestations ainsi qu'aux rémunérations facturées pour ces prestations, cela exclusivement dans le but:
 - a. d'analyser les coûts et leur évolution;
 - b. de contrôler et de garantir le caractère économique des prestations au sens de l'article 56 de la loi;
 - c. d'élaborer des conventions tarifaires. (OAMal; art 76)
- «Les gouvernements et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux... Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital

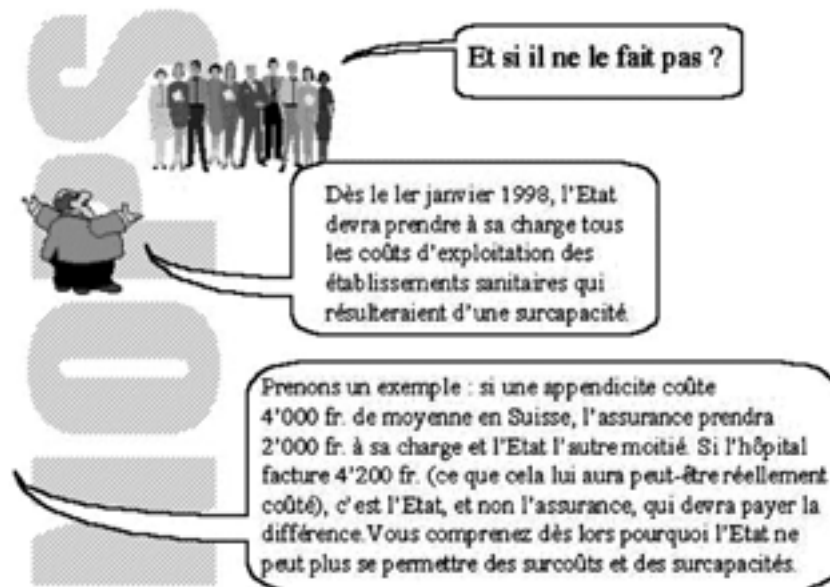
⁸ Communiqué de presse de la CDS du 7 juillet 1998.

se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables... les assureurs peuvent dénoncer la convention... et demander à l'autorité qui approuve⁹ de réduire les tarifs dans une juste mesure». (art 49.7)

- Notons que certaines parties feront certainement appel à des comparaisons pour définir la notion de "surcapacité" de l'article 49.1, ceci en tenant notamment compte de la durée moyenne de séjour des patients dans les établissements considérés.

Le développement de comparaisons entre établissements et entre cantons dépend de la qualité des données statistiques disponibles. Des indicateurs hospitaliers se réduisant à des données concernant le nombre de patients, de journées et de lits, ainsi que les coûts d'exploitation globaux (voir statistiques administratives H+, section II.B.1) ne sont pas suffisants. De réelles comparaisons ne pourront se développer qu'avec le développement généralisé de statistiques hospitalières médicalisées (CIM-10 ou (AP)DRG), mises en rapport avec des indicateurs hospitaliers tels que la durée moyenne de séjour (voir exemple B, section III.2.6), et avec la comptabilité analytique prévue qui permettra de déduire un prix par type d'affection traitée dans chaque établissement hospitalier.

Les Nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise (NOPS) anticipent cependant à juste titre l'évolution à court et moyen terme dans leur explication des **enjeux de la planification hospitalière** au grand public:



Données statistiques des hôpitaux et autres institutions.

- «Les hôpitaux classent leurs prestations selon une méthode uniforme. Ils tiennent à cet effet une comptabilité analytique, ainsi qu'une statistique de leurs prestations» (art 49.6)
Sur base des données statistiques que les hôpitaux sont désormais tenus de remettre, l'OFS, chargée de la collecte des données, va constituer:
 - une statistique administrative des hôpitaux du même type que celle antérieurement constituée par H+, mais qui sera, elle, exhaustive.
Les données comprises sont en particulier le nombre d'admissions et de sorties, le nombre de journées, des informations concernant le nombre de personnes employées et une comptabilité financière.
Suite à d'importants retards concernant la remise aux hôpitaux des logiciels de saisie, le délai pour l'envoi des données a finalement été fixé par l'OFS au 31 juillet 1988.
 - Une statistique médicale des hôpitaux qui identifie les individus hospitalisés par un code exanumérique garantissant l'anonymat.

⁹ Remarque: cette autorité correspond de fait au gouvernement cantonal compétent...(!) Néanmoins les décisions des gouvernements cantonaux, notamment en matière de conventions tarifaires, peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Conseil fédéral. La procédure de recours est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative.

En plus de ce code de liaison anonyme, les variables retenues sont la date de naissance, le sexe, la région du domicile (no postaux) et la nationalité. Les types de pathologies prises en charge sont codifiés sur base de la classification de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Cette statistique est en cours de réalisation depuis le 1er janvier 1988 et les cantons doivent remettre leurs données d'ici au 30 juin 1999.

- Une statistique des coûts par cas mettant en relation les données de la comptabilité analytique que les hôpitaux seront tenus de tenir et les statistiques médicales des hôpitaux est également prévue. Néanmoins les efforts sont actuellement concentrés sur le développement de la statistique médicale et aucun modèle définitif établissant la structure et les clés d'imputation de la future comptabilité analytique n'a encore été retenu définitivement par l'OFAS¹⁰.

Le Conseil fédéral en tant qu'arbitre du jeu ?

Ces différents articles que nous venons de citer définissent les règles du jeu régissant les interactions des différents acteurs du "système suisse de santé". Ils correspondent donc en quelque sorte à une "*régulation décentralisée*".

Avant d'aborder l'article 39 qui établit une régulation centralisée de l'offre hospitalière, il convient de signaler également le rôle accru joué par le Conseil fédéral qui intervient en cas de contentieux concernant, en particulier, l'établissement des tarifs (conventions tarifaires) et la planification hospitalière des cantons (art. 51). Ainsi, bien que de manière générale la LAMal ne corresponde pas à une centralisation des compétences décisionnelles en matière de santé et qu'elle préserve l'organisation fédéraliste du "système suisse de santé", la qualité d'*autorité de recours* du Conseil fédéral confère désormais *potentiellement* à celui-ci une importance nouvelle en matière de santé.

Planification hospitalière.

Si, *à terme*, l'ensemble des établissements suisses de santé va connaître une certaine pression par les prix du fait du développement des statistiques hospitalières médicalisées et d'un modèle de comptabilité analytique rendant possibles des comparaisons inter-hospitalières ainsi que la constitution d'un tarif suisse définissant un certain prix (ou nombre de points) par groupe de pathologies, cette évolution va vraisemblablement prendre encore du temps avant d'aboutir.

De plus, il est loin d'être certain que les nouveaux outils de régulation qui se profilent permettent à eux seuls d'assurer une adaptation structurelle de l'offre à l'évolution des besoins et qu'ils s'affirment comme une réponse adéquate aux importants effets d'induction de la demande par l'offre que l'on rencontre dans le domaine sanitaire. En outre, les potentialités d'une régulation décentralisée dans le secteur stationnaire apparaissent également incertaines du fait du nombre restreint d'interlocuteurs du côté de l'offre (cantons), de même qu'en raison de la relative rigidité des infrastructures lourdes.

Au-delà de ces considérations concernant les limites d'une régulation du secteur hospitalier au travers de mécanismes s'inspirant du marché, les raisons qui ont conduit à exiger dans le cadre de la LAMal que les cantons dressent une planification hospitalière renvoient certainement à la constatation de la nécessité de réduire rapidement des surcapacités hospitalières (secteurs des soins aigus en particulier) et à une certaine confiance dans les modes de régulation déjà largement utilisés par le passé.

L'article 39 de la loi qui concerne la planification hospitalière se situe dans le chapitre 4, section 1. Cette dernière définit les conditions d'admission des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer à charge de l'assurance obligatoire de soins.

Si les conditions concernant les médecins et les pharmaciens relèvent exclusivement de la nature de leur formation, celles concernant les hôpitaux contiennent l'exigence d'une sorte de

¹⁰ Etant donné ce retard, le modèle APDRG développé par une association d'institutions (voir supra note no 7, p. 12) va éventuellement constituer une solution de rechange...

preuve du besoin, seuls les établissements pris en compte par la planification établie «afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers» étant pris en compte (al.1; lettre d).

Selon l'**article 39, alinéa 1**, les conditions déterminant l'admission d'un établissement hospitalier à pratiquer à charge de l'assurance-maladie sont:

- «Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:
 - a) garantissent une assistance médicale suffisante;
 - b) disposent du personnel qualifié nécessaire;
 - c) disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate de médicaments;
 - d) correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
 - e) figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.» (art. 39; al.1)

L'alinéa 3 du même article stipule en outre que les mêmes conditions s'appliquent par analogie aux établissements médico-sociaux.

L'ordonnance du 12 avril 1995 (RS 832.101) arrête par son article 2, alinéa 2 que:

- «les cantons établissent, avant le 1er janvier 1998, la planification destinée à couvrir les besoins en soins hospitaliers et les listes conformément à l'article 39 de la loi»

Relevons que la loi n'a pas retenu les propositions de la Commission des cartels qui avait recommandé d'inclure dans la nouvelle loi des dispositions attribuant à la Confédération des compétences lui permettant d'une part de «soutenir les cantons dans leurs efforts de planification et leur garantir les moyens nécessaires» et, d'autre part, «de coordonner la planification hospitalière cantonale dans le domaine de la médecine de pointe si les cantons ne sont pas en mesure de remplir cette tâche efficacement et de veiller à une diminution des surcapacités» [1993: 45].

Contrairement à ces propositions la loi a fait confiance au volontarisme des cantons pour la mise en oeuvre de la planification hospitalière et il en est de même pour ce qui concerne sa définition. En effet, des termes tels les "besoins en soins", "prise en considération adéquate" et "mandats" ne sont ni définis dans la loi, ni dans ses ordonnances d'application.

Comme le relève A. Flessenkämper de l'OFAS, «Il n'existe ainsi **pas de ligne unitaire** sur la manière dont devraient se présenter... les planifications hospitalières» [1995: 216].

Malgré cette absence de définitions claires, de multiples éléments poussent les cantons à s'acquitter avec sérieux de l'application de l'article 39 de la loi. En effet, les impasses budgétaires poussent les cantons à rationaliser leur système de soins. De plus, les nouvelles dispositions LAMal concernant la répartition des coûts hospitaliers (art. 49.1) et les possibilités de comparaisons (art. 49.7; art. 49.1 et OAMal art. 76) responsabilisent fortement les cantons.

On relève toutefois qu'au manque de précisions des modalités d'application de l'article 39 ont correspondu de **nombreux recours** auprès du Conseil fédéral. Ceux-ci concernent en particulier des contentieux entre des établissements et des autorités cantonales, ou entre assureurs et cantons.

Au moment de l'élaboration du présent travail, le Conseil fédéral n'avait pas encore statué sur de nombreux recours¹¹, concernant entre autres la notion de surcapacité hospitalière (art.

¹¹ La décision suivante a déjà été arrêtée au moment de l'élaboration de ce travail. Celle-ci concerne la prise en considération "adéquate" des cliniques privées (art 49. 1; lettre d) en référence à un recours de la Fédération des caisses-maladie du canton de Schaffhouse datant du 3 mai 1994. On constate qu'aucune règle précise n'est établie, la décision rendue établissant en fait que, sur cette question, les décisions cantonales sont peu contestables:

«Est déterminant le fait que les cantons, eu égard à leur planification hospitalière, considèrent qu'une telle division répond à un besoin et soient disposés, pour ce motif, à accorder leurs subventions» [cité par Flessenkämper, 1995].

49.1). La nature des décisions qui seront prises sera cependant intéressante à plus d'un titre, en indiquant notamment dans quelle mesure le Conseil fédéral va s'affirmer en tant qu'autorité de recours susceptible de limiter la souveraineté des cantons et leurs décisions en matière de santé.

Au delà de l'attitude que le Conseil fédéral choisira d'adopter à l'égard des cantons, relevons que l'incertitude propre au secteur sanitaire limitera sans doute le développement d'une jurisprudence arrêtant des critères précis en la matière et qu'il faudra sans doute attendre la médicalisation des statistiques hospitalières dans tous les cantons, ainsi que la mise sur pied d'une comptabilité analytique des hôpitaux avant de lire des avis de droit se fondant sur de réelles expertises.

Parallèlement à la voie juridique, c'est sans doute par la **voie de la concertation** que les acteurs de la santé parviendront à préciser certaines règles communes en matière de santé publique et de planification hospitalière en particulier. A cet égard, on doit noter le rôle très actif de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) qui a constitué dès 1995 une Commission "Application de l'assurance-maladie". C'est dans le cadre de celle-ci que les cantons se sont entendus dès décembre 1995 sur des règles concernant la constitution de leur liste d'établissements autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Celles-ci garantissent une certaine *coordination des planifications hospitalières* cantonales:

- «Chaque canton s'engage à ne prendre, sur sa liste des hôpitaux, un établissement hors canton que si ce dernier figure sur la liste du canton dans lequel se situe cet établissement. De plus, il s'engage à prendre contact avec cet hôpital de même qu'avec le canton dans lequel il se situe avant de le mettre sur la liste. Lorsqu'il s'agit d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, le canton dans lequel se situe cet hôpital doit donner son accord» [Communiqué de presse du 8 décembre 1995].

Etant donné le manque de définitions détaillées concernant l'application de l'article 39 LAMal il nous est paru particulièrement intéressant d'étudier les éléments dont disposent les cantons pour évaluer les capacités hospitalières nécessaires, de même que les approches projectives qu'ils mettent en oeuvre afin d'approcher la question des besoins hospitaliers futurs. Les deux parties suivantes de ce travail s'attachent ainsi à éclairer cette problématique.

Notons toutefois que cette décision statue sur un recours dont la date est antérieure à l'entrée en vigueur de la LAMal et que la question spécifique de la prise en compte des cliniques privées ne semble pas pouvoir être tranchée d'une autre manière que sur des bases exclusivement politiques.

II. Éléments relatifs à l'évolution des besoins et analyse du secteur hospitalier.

II.A. Evolution des besoins de santé de la population.

1. Etat de santé de la population suisse.

Caractérisée par un haut niveau économique et par une couverture médicale très importante, la Suisse présente des chiffres très réjouissants quant à l'état de santé de sa population. Des indicateurs tels que le taux de mortalité, l'espérance de vie générale ou l'espérance de vie sans incapacités montrent en effet qu'en comparaison internationale, l'état de santé de la population suisse apparaît bon, voire excellent.

La Suisse apparaît comme l'un des pays de la région européenne où l'espérance de vie est la plus élevée en 1991/92. Elle se situe en effet au deuxième rang, après l'Islande.

Les 20 pays de la Région européenne présentant l'espérance de vie la plus élevée: évolution du classement entre 1980 et 1991/92

Pays	Code	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Islande	ICE	■																			
Suisse	SWI		■			*															
France	FRA			■					*												
Suède	SWE				■																
Grèce	GRE					■		*													
Pays-Bas	NET	●					■														
Italie	ITA							■	*												
Norvège	NOR		●						■												
Espagne	SPA					●				■											
Israël	ISR										■	*									
Autriche	AUT											■						*			
Royaume-Uni	UNK												■	*							
Luxembourg	LUX													■					*		
Finlande	FIN											●			■						
Belgique	BEL															■					
Allemagne	DEU													●			■				
Malte	MAT																	■			*
Danemark	DEN									●										■	
Irlande	IRE																			●	■
Portugal	POR																				●

■ Rang en 1990/91, * Rang en 1980 (= amélioration), ● Rang en 1980 (= recul)

[Tiré de OFSP, 1995: 11]¹

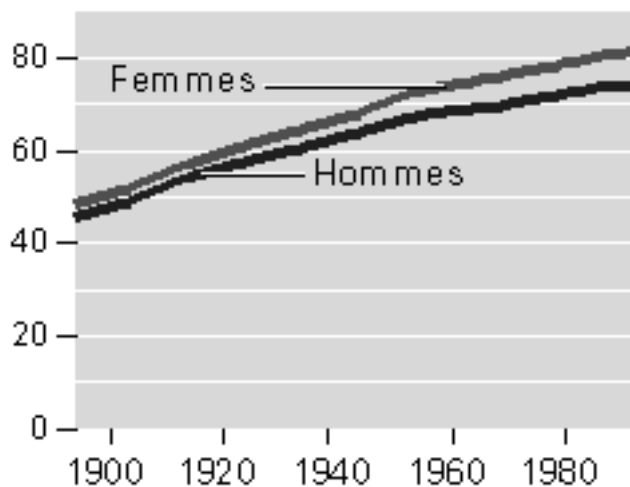
Entre 1980 et 1993, l'espérance de vie a augmenté de façon continue en Suisse, passant de 72.3 à 75 ans pour les hommes et de 79.1 à 81.7 ans pour les femmes. A moins d'être arrivé à un seuil, la constance de cette évolution passée permet d'espérer une légère augmentation de l'espérance de vie au cours des prochaines années².

L'espérance de vie des hommes et des femmes a connu une amélioration notable depuis le début du siècle, en passant de 52 à 81 ans pour les femmes (+55%) et de 49 à 74 ans pour les hommes (+50%):

¹ De cette figure ressort également un changement défavorable pour le Danemark, la Norvège et les Pays-Bas entre 1980 et 1992.

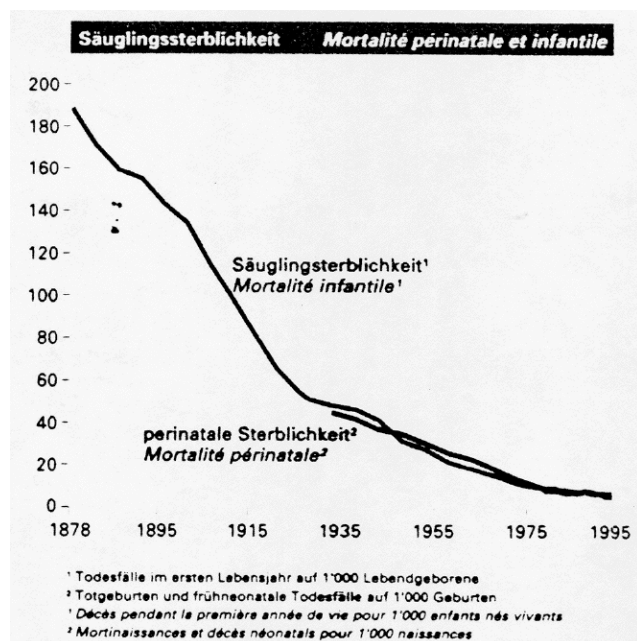
² De fait, il semblerait qu'un certain seuil ait été atteint. L'OFSP [1995:12] mentionne qu'on observe même un fléchissement de l'espérance de vie à 65 ans dans les pays occidentaux lorsque l'on compare l'évolution entre 1980-85 et 1985-93. Toutefois, faisant allusion à une étude française dont les références ne sont hélas pas précisées, P. Gilliard [1996: 59] rapporte certaines hypothèses selon lesquelles l'espérance de vie à la naissance pourrait atteindre 85 ans pour les hommes et 90 ans pour les femmes.

Espérance de vie



[Tiré de OFS, <http://www.admin.ch/bfs/finhalt.htm>]

Sur cette longue durée, cette progression s'explique principalement par la régression de la **mortalité périnatale et infantile** dont la figure suivante, qui part de la date de l'introduction de la statistique des décès en Suisse, illustre l'importante diminution:



[Tiré de OFS, 1988b: 386]

On assiste cependant également à une amélioration de l'**espérance de vie à 65 ans**. Ainsi, sur un total de 4.6 années d'espérance de vie gagnées depuis 20 ans, 3 années sont dues à l'amélioration de l'espérance de vie à 65 ans. Sur une plus longue durée, soit de 1940 à 1992, l'espérance de vie à 60 ans a passé de 14.8 années à 19.4 pour les hommes et de 16.7 années à 24.2 pour les femmes³ [Conseil d'Etat de Neuchâtel, 1995: 5]

³ Élément relativement important pour saisir la progression des coûts de la santé à l'avenir, l'évolution future de l'espérance de vie sans incapacité fait l'objet d'un large débat. Pour ce qui concerne le présent, L'OFSP [[1995] évalue celle-ci à 90% de l'espérance de vie totale, soit 11.5 ans pour un homme de 65 ans et un peu plus de 12 ans pour une femme du même âge.

2. Perspectives démographiques.

2.1. L'évolution séculaire: une "bascule démographique".

La **croissance de la population** dépend de deux facteurs: l'excédent des naissances sur les décès et l'excédent des immigrations sur les émigrations.

L'évolution démographique de la Suisse de l'après-guerre a été caractérisée par une forte natalité, une chute de la mortalité une immigration ouvrière continue qui ont fait passer la population du pays de 4.7 mio en 1950 à 6.3 mio en 1970 (+31%).

Cette période d'augmentation du nombre de résidents suisses (outre des prévisions démographiques trop optimistes⁴) correspondit à une forte expansion des structures sanitaires, et hospitalières en particulier.

Le "trend" démographique s'est entre temps modifié. Depuis le milieu des années 60, la natalité régresse et l'immigration ouvrière a été freinée lors de la récession de 1975. Ainsi, la Suisse ne comptait que 6.75 mio d'habitants en 1990 (+9.2% depuis 1970).

Années	1950	1970	1980	1990	1995
Habitants [mio] ⁵	4.7	6.3	6.4	6.75	7.06

Etroitement liée à la croissance démographique, la structure actuelle des âges correspond à un **vieillissement croissant de la population** dû aux effets conjugués du recul de la natalité (vieillissement par le bas) et de l'espérance de vie plus longue (vieillissement par le haut).

En 1950, 9.6% des personnes résidant en Suisse avaient plus de 65 ans. Elles étaient 13.9% en 1980 et 14.4% en 1990.

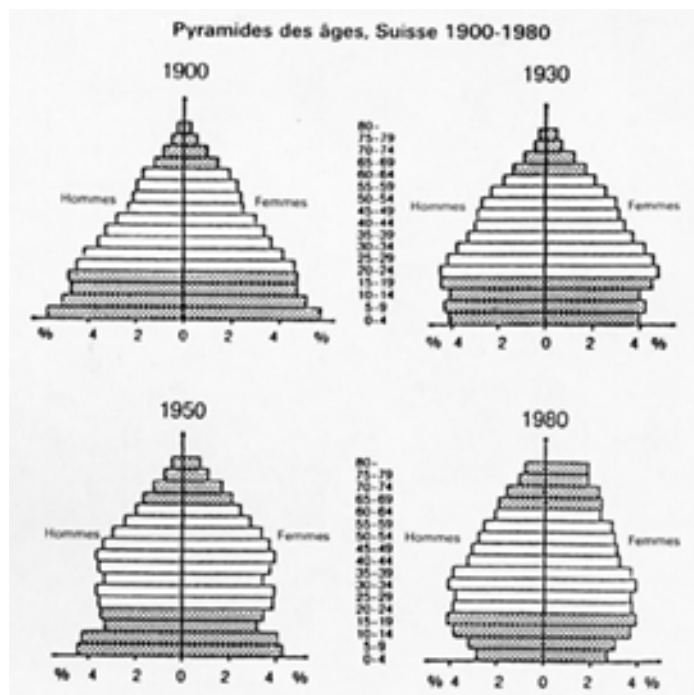
Ces deux phénomènes que sont le vieillissement "par le bas" et "par le haut" correspondent à une pyramide des âges qui se restreint à sa base et s'élargit à son sommet, alors que la proportion des habitants entre 20 et 65 ans reste stable, ceux-ci représentant 3/5 de la population depuis 1930. L'évolution séculaire correspond donc à une **"bascule démographique"** [Gilliand, 1988:79].

Le tableau et les figures qui suivent permettent de constater cette évolution.

Années	1900	1930	1950	1980	1990
Habitants [mio]	3.31	4.06	4.71	6.36	6.75
Groupes d'âges ⁶ [%]					
0-19 ans	40	33	30	27	23
20-64	54	60	60	59	62
Habitants de 65 ans +	6	7	10	14	15

⁴ P. Gilliand [1986: 41] mentionne que certains projetaient alors une population de 10 mio d'habitants. Notons que ces projections démographiques ont parfois servi de base à des planifications hospitalières. Pour Sommer [1985: 4], ces bases de projections erronées expliqueraient largement la position de la Suisse en ce qui concerne le nombre de lits de soins aigus et la durée moyenne de séjour en regard de la moyenne des pays de l'OCDE.

⁶ D'après OFS [1998b: 69 et 1996b: 36].



[tiré de Gilliland, 1988:80]

2.2. Projections démographiques.

Depuis 1984, l'Office fédéral de la statistique établit des scénarios démographiques.

Outre différentes variantes, les trois scénarios principaux établis en 1996 [OFS, 1996a] font varier différentes hypothèses dont les principales concernent l'évolution de la fécondité, de l'espérance de vie et du solde migratoire.

Le *scénario de référence "tendance"* postule l'aboutissement des négociations entre la Suisse et l'UE, une légère augmentation de la fécondité des femmes (notamment du fait de l'augmentation de la proportion de jeunes étrangères), une augmentation de plus en plus lente de l'espérance de vie (stable toutefois jusqu'en 2020) et que le solde migratoire des étrangers se stabilise après une courte période succédant à l'introduction de la libre circulation des personnes.

Le *scénario "dynamique positive"* se caractérise par des hypothèses plus optimistes que celles retenues dans le cadre du scénario de référence. Ce scénario prévoit une lente augmentation de la fécondité jusqu'en 2030 (puis stabilisation), une plus forte croissance de l'espérance de vie et une immigration primaire susceptible de couvrir à concurrence de deux tiers une baisse de la population active.

Quant au *scénario "dynamique négative"*, dans lequel il n'est plus question d'ouverture à l'UE, c'est celui d'une «évolution démographique et économique se figeant et se sclérosant de plus en plus» [Ibid: 14]. Ce scénario se caractérise par une baisse de la fécondité, une croissance ralentie de l'espérance de vie et une immigration primaire à court terme équivalent à zéro.

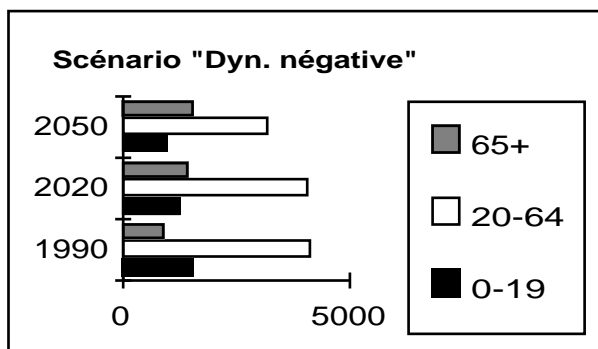
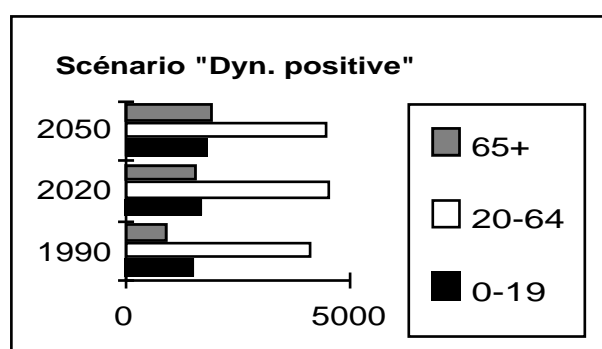
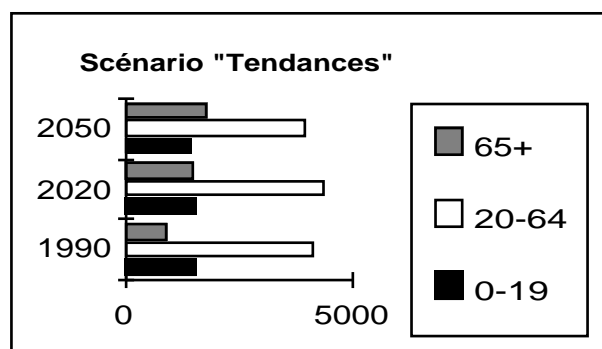
Les différentes hypothèses à la base de ces trois scénarios de base conduisent à des prévisions différentes concernant l'évolution de la population de nationalité suisse et étrangère, de la population active et de la structure d'âge de la population.

L'évolution du nombre d'habitants⁷ et de la structure d'âge de la population suisse se présentent ainsi selon les trois scénarios⁸:

⁷ Population résidante permanente comprenant les citoyens suisses dont le domicile civil se trouve en Suisse et les personnes de nationalité étrangère au bénéfice d'un permis.

⁸ D'après OFS [1996a] et pour 1990 d'après OFS [1998b: 69].

	1990 [milliers]	1990 [%] ⁹	2020 [milliers]	2020 [% base 1995]	2020 [%]	2050 [milliers]	2050 [% base 1995]	2050 [%]
Scénarios								
"Tendances"								
0-19 ans	1'579.7	23	1'584.3	+0	21	1'488.5	-6	20
20-64 ans	4'187.6	62	4'422.5	+6	59	4'037.6	-4	55
65 ans et +	983.3	15	1'545.9	+57	20	1'830.0	+86	25
dont 80 et +	250.2	(34)	435.2		(39)	738.7		(68)
Habitants [mio]	6'750.7	100	7'552.7		100	7'355.9		100
"Dyn. positive"								
0-19 ans	1'579.7	23	1'734.5	+10	22	1'859.1	+18	22
20-64 ans	4'187.6	62	4'563.7	+9	58	4'512.1	+8	54
65 ans et +	983.3	15	1'598.0	+63	20	2'000.4	+103	24
dont 80 et +	250.2	(34)	466.9		(41)	851.7		(74)
Habitants [mio]	6'750.7	100	7'896.2		100	8'371.6		100
"Dyn. négative"								
0-19 ans	1'579.7	23	1'315.8	-17	19	1'024.1	-35	17
20-64 ans	4'187.6	62	4'101.6	-2	59.4	3'273.5	-22	56
65 ans et +	983.3	15	1'492.6	+52	21.6	1'601.5	+63	27
dont 80 et +	250.2	(34)	406.2		(37)	616.2		(63)
Habitants [mio]	6'750.7	100	6'909.9		100	5'899.1		100



⁹ Le chiffre entre parenthèse concernant les personnes de 80 ans et plus correspond au pourcentage de celles-ci sur la population de plus de 65 ans.

Ces différents scénarios présentent d'importantes différences quant au type de structure démographique futur et aucun de ceux-ci ne se réalisera à la lettre.

Cependant, si beaucoup d'incertitudes reposent sur l'évolution démographique globale de ces prochaines décennies, les ordres de grandeur concernant la population âgée sont connus: tous les habitants qui auront 65 ans en 2020 ou en 2040 sont en effet déjà nés.

Ainsi, au-delà de la question de l'évolution de l'espérance de vie et de la variation du nombre des personnes des autres classes d'âges (fécondité; immigration)¹⁰, tous les scénarios indiquent que l'accroissement du nombre de personnes âgées sera énorme: de 1 million en 1990, le nombre des plus de 65 ans atteint 1.8 million en 2050 selon le scénario "tendances"¹¹.

3. Evolution démographique et évolution des besoins.

Une évaluation détaillée de l'impact qu'aura l'augmentation de la population âgée en termes de santé demeure délicate et fait l'objet d'un large débat portant notamment sur l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé.

On peut néanmoins retenir que le fort accroissement du 3ème et du 4ème âge confirmera l'évolution qu'a connu le schéma de morbidité depuis le début de ce siècle et qu'il sera un facteur relativement important de gonflement des coûts globaux de santé (services de santé et médico-sociaux). En d'autres termes, la croissance de la population âgée aura vraisemblablement des conséquences *tant structurelles que quantitatives* sur la demande de soins. Or, il est évident que la planification des services de santé doit prendre en compte l'évolution des besoins et, dans la mesure du possible, l'anticiper.

Ainsi, devant la perspective de cette *évolution structurelle* (ou qualitative) de la demande de soins, un fort consensus s'est peu à peu développé sur la nécessité d'une diversification des services de soins afin d'assurer une certaine adéquation entre prises en charge et besoins.

En outre, la perspective d'une *évolution quantitative* des besoins apparaît comme un motif supplémentaire de mettre en oeuvre une diversification des services de soins, celle-ci permettant d'orienter une part de la demande vers des structures qui, tout en étant plus adéquates à la nature de celle-ci, correspondent à des coûts d'exploitation nettement moins élevés.

Ainsi, réorganisation du système face à l'évolution des besoins et efforts de rationalisation se rejoignent-ils dans une certaine mesure.

Au travers d'une approche socio-démographique globale n'entrant pas dans des considérations nosographiques détaillées, abordons rapidement les éléments permettant d'évaluer les conséquences d'un accroissement du nombre de personnes âgées sur l'évolution quantitative et qualitative des besoins de santé.

¹⁰ Il est important de différencier accroissement du nombre de personnes âgées et modification de la structure d'âge de la population. Si l'accroissement numérique du nombre de personnes âgées est un fait certain, les différents scénarios projettent par contre des pyramides des âges dont la structure est divergente.

En effet, les scénarios "tendances" et "dynamique positive" indiquent la poursuite d'un effet de bascule entre jeunes et vieux — le scénario "dynamique négative" en établissant en outre une diminution de la population active (15-64 ans). Le scénario "dynamique positive" part quant à lui de l'hypothèse d'une forte immigration rehaussant le taux de fécondité (augmentation jusqu'à 1.80) et contrebalançant par là le vieillissement "par le haut".

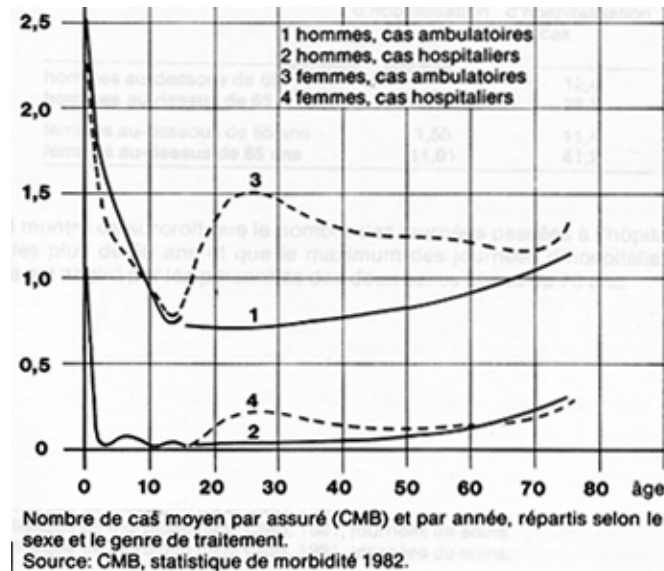
¹¹ A noter que l'augmentation du nombre de personnes âgées ne sera pas régulière. Elle débutera modérément et, à partir de 2005, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations des premières générations du baby-boom de l'après-guerre fera augmenter le rythme de croissance. Dès 2035, la population âgée cessera d'augmenter, puis diminuera. Ce serait alors théoriquement la fin de la transition démographique avec un nouvel équilibre entre mortalité et natalité à des taux très bas [Gilliand, 1988: 86].

3.1. Consommation médicale: une courbe en "J".

Du fait de l'altération de l'état de santé qui accompagne le vieillissement, l'âge joue un rôle prépondérant sur les consommations médicales des individus et, selon l'expression de deux chercheurs étudiant les données françaises [An. et Ar. Mizrahi, 1995], la consommation médicale en fonction de l'âge présente globalement un profil en "J".

Ce phénomène paraît largement généralisable et les données suivantes, établies par une caisse-maladie suisse le confirme¹².

Les coûts par assurés — secteurs ambulatoire et hospitalier confondus — ont l'allure suivante:



[Tiré de ISH, 1984: 16]

On distingue bel et bien une courbe "J" de la progression de la consommation médicale selon l'âge. La consommation médicale commence avec un pic pour les enfants de bas âge, suivi d'une courte période de décroissance. A partir de l'adolescence elle croît de manière rapide et prend une forme fortement ascendante à partir de 50- 60 ans. La consommation médicale relativement élevée des jeunes femmes nuance toutefois la forme de cette courbe¹³.

Cette courbe en "J" de l'évolution de la consommation médicale au cours d'une vie laisse donc supposer que l'augmentation du nombre de personnes âgées lors de ces prochaines décennies se traduira par un accroissement de la demande globale et des coûts de santé¹⁴.

Abordons à présent les effets structurels qu'aura l'évolution démographique sur la demande de soins.

¹²Ces données concernent l'année 1982 et sont donc déjà fort anciennes; en outre elles ne concernent que les assurés de la caisse-maladie de Berne (CMB ou KKB: Krankenkasse Bern). Elles permettent cependant de mettre en relief certaines tendances.

¹³ Les données françaises font également apparaître une perturbation de la régularité de la courbe pour les jeunes hommes, laquelle renvoie à leur propension à être victimes d'accidents. Cette perturbation de la courbe n'apparaît cependant pas au travers des données de la caisse CMB. La raison réside sans doute dans le fait, qu'en Suisse, une large partie des coûts relatifs aux accidents est prise en charge par la CNA et non par les caisses-maladie.

¹⁴ Les statistiques de morbidité de la caisse KMB excluent les coûts médico-sociaux relatifs à l'hébergement des personnes âgées dans des établissements de long séjour. Alors que la participation des caisses-maladie ne faisait l'objet d'aucune règle uniforme sur le plan suisse avant l'introduction de la LAMal, la nouvelle loi a établi que les caisses remboursent dorénavant tous les frais ayant trait aux soins, alors que les frais d'hébergement reviennent aux autres payeurs que sont les ménages et l'Etat (aide sociale; prestations complémentaires AVS/AI).

3.2. Transition démographique et évolution du schéma de morbidité.

Caractérisé par une forte baisse de natalité, une diminution de la mortalité et une hausse sensible du coefficient de vieillissement¹⁵, le modèle démographique propre aux nations occidentales depuis l'après-guerre s'est accompagné d'une modification du schéma de morbidité: tout au long de ce siècle, l'élévation du niveau de vie et des habitudes de vie ainsi que les progrès de la médecine ont permis une diminution drastique des maladies infectieuses qui décimaient principalement les générations jeunes et moyennes, alors que la proportion de maladies chroniques et dégénératives s'est très fortement accrue.

Ce tableau de l'évolution des principales causes de décès depuis 1915 permet d'illustrer indirectement notre propos:

Les principales causes de décès depuis 1911/15

Décès pour 10'000 habitants	Evolution depuis 1911/15					
	1911/15	1940	1960	1980	1986	
Maladies infectieuses	28,7	14,1	5,1	1,5	2,1	- 93%
Appareil digestif¹⁾	12,8	6,3	4,6	3,7	3,3	-76%
Maladies card.-vasc.	25,0	37,4	42,3	39,2	39,1	+ 56%
Cancer	13,0	17,6	18,5	20,8	24,9	+ 92%

1)Y compris l'appendicite et l'entérite des nourrissons et des enfants en bas âge qui ont fortement régressé.

[Tiré de Pedroni et Zweifel, 1989:16]

Cette évolution séculaire du schéma de morbidité va vraisemblablement se poursuivre dans le même sens. Du fait que la fréquence des maladies chroniques croît avec l'âge en atteignant un sommet au 4^{ème} âge (80 ans et +), il est en effet prévisible que l'évolution démographique de ces prochaines décennies se traduira par une modification de la structure de la demande de soins qui devrait continuer à évoluer dans le sens d'une diminution des maladies aiguës et d'un accroissement des maladies chroniques.

En outre, le nombre de personnes souffrant d'invalidité augmentera sans doute parallèlement à l'accroissement des maladies chroniques et l'accroissement de la population âgée confrontera les pouvoirs publics et les services de soins à la nécessité de faire face à une hausse du nombre de personnes dépendantes.

3.3. Accroissement du nombre de personnes âgées et coût de santé.

De manière globale, la courbe en "J" de la consommation médicale et l'évolution du schéma de morbidité semblent indiquer que l'évolution démographique de ces prochaines décennies aura pour corollaire une augmentation quantitative et une modification qualitative (ou structurelle) de la demande de soins. Les pouvoirs publics et les services de santé devront faire face à un fort accroissement de la demande d'aide et de soins de longue durée, alors que le vieillissement de la population aura également pour effet d'accroître la demande de soins aigus.

Quelle sera l'ampleur de cette évolution structurelle et quantitative de la demande ?

Il apparaît très difficile de répondre à cette question¹⁶.

¹⁵ L'indice de vieillissement correspond généralement au rapport entre les individus de plus de 65 ans et les individus de 0 à 15 ans.

¹⁶ La réponse à cette question dépend en grande partie du caractère plus ou moins volontariste des restructurations des systèmes de santé cantonaux, la demande suivant en grande partie les orientations de l'offre dans le domaine sanitaire.

Différentes études se sont penchées sur les coûts de santé relatifs à la part de la population âgée (65 ans et +) en tentant de projeter l'augmentation des coûts de santé que devrait entraîner un accroissement numérique de cette dernière.

Bien qu'ils soient parfois largement diffusés, les résultats de ces estimations contiennent de très nombreuses limites.

D'une part, une large partie des coûts relatifs aux placements en institutions et aux soins extra-hospitaliers sont mal connus¹⁷.

D'autre part, certaines de ces études reposent sur des bases de données ne représentant qu'une faible partie de la population et l'on peut douter de la qualité représentative de celles-ci.

Enfin, ces études utilisent généralement des méthodes d'extrapolation, que l'on peut qualifier de "mécanique", consistant à reporter les taux actuels de consommation de soins des différentes classes d'âge (ou le coût des soins propres à celles-ci) sur la structure démographique prévue pour les décennies futures. Elles se limitent donc à établir l'impact de l'accroissement du nombre de personnes âgées en supposant "toutes choses égales par ailleurs". Ce postulat *ceteris paribus* à leur base exclut une variation du taux et de la nature des morbidités, un changement des modes de prise en charge, ou une évolution du savoir et des techniques médicales. Un nombre important de facteurs en interaction dynamique avec le facteur démographique sont donc exclus de ces analyses¹⁸.

Une synthèse d'un certain nombre de ces études est insérée en annexe no1.

3.4. Accroissement du nombre de personnes âgées et soins de longue durée.

Bien que les coûts médico-sociaux soient mal connus, ceux-ci sont cependant très importants et, les maladies chroniques et l'invalidité caractérisant une large partie des problèmes de santé de personnes âgées, il est certain que l'évolution démographique va s'accompagner d'un très fort accroissement des besoins en services de soins et d'hébergement de longue durée.

Répondre à cette évolution des besoins est l'un des plus grands enjeux de la réorganisation du système de santé, comme le rappelle P. Gilliland depuis de nombreuses années.

Auteur d'un travail pionnier¹⁹ sur le vieillissement démographique et la planification hospitalière, le Professeur P. Gilliland n'a cessé d'attirer l'attention sur le fait que l'augmentation du nombre de personnes âgées appelle une diversification des services de soins.

Dans un article déjà ancien²⁰, il reprenait les taux d'hébergement (par type d'établissements) calculés en 1969 pour les reporter sur la structure démographique des prochaines décennies. La figure suivante ne peut donc avoir qu'une valeur illustrative, elle est du moins éloquente. On y lit l'accroissement considérable de lits nécessaires si toutes choses devaient rester égales par ailleurs. Comme l'ont souligné les remarques précédentes, l'augmentation s'avère la plus élevée pour ce qui concerne les soins chroniques et le secteur des homes.

¹⁷ Notons que les coûts médico-sociaux relatifs à l'hébergement des personnes âgées en établissement de long séjour reposent très largement sur les contributions des ménages et sur l'Etat (aide sociale; prestations complémentaires AVS/AI).

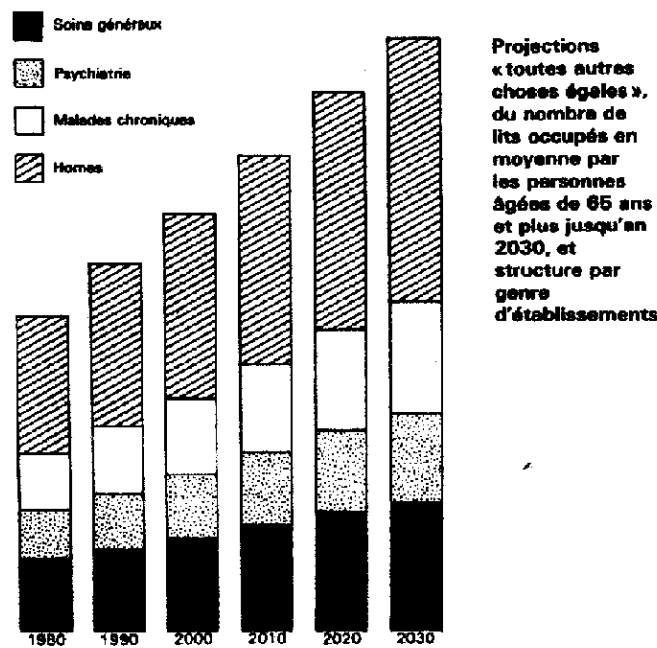
¹⁸ Ces facteurs sont variés et nombreux. Sans être exhaustif: diversification des services de soins, modes de prise en charge plus adéquats aux besoins, efficacité accrue des services de santé, évolution du savoir médical, modifications des pratiques médicales, modification de l'habitus (représentation de la médecine, évolution du rapport à soi et au corps) et du taux de recours aux services de soins, diminution importante de la morbidité parallèlement à l'accroissement de l'espérance de vie, etc. Notons toutefois que la perspective d'une diminution des coûts de santé attribuables aux personnes âgées est une hypothèse très optimiste.

Au sujet des incertitudes quant à la relation spécifique entre augmentation du nombre de personnes âgées et évolution des thérapeutiques, nous renvoyons le lecteur à un article de B. Majnoni d'Intignano [1991].

¹⁹ P. Gilliland, *Vieillesse démographique et planification hospitalière*, Lausanne, 1969.

Il est à regretter qu'un tel travail, notamment pour ce qui concerne ses développements socio-démographiques n'ait jamais été renouvelé. Une sociographie actuelle des patients des différentes structures de prise en charge manque à l'analyse du secteur sanitaire et médico-social.

²⁰ P. Gilliland, *Le logement facteur de santé...*, 1986.



¹ Taux de Vieillissement démographique et planification hospitalière, 1988.

[Tiré de Gilliland 1986: 48]]

Dans une étude récente, P. Gilliland [Gilliland, Rossini, 1997: 198] s'arrête sur des données plus actuelles concernant le "poids" de la population âgée sur les besoins en lits dans le système de santé genevois. :

Alors qu'ils ne représentent que le 1/7 de la population genevoise, les habitants de plus de 65 ans requièrent 4/5 des lits: trois lits sur 5 pour les établissements hospitaliers (publics et privés) et la presque totalité des lits en établissements médico-sociaux. Quant aux plus de 80 ans, qui représentent le 1/25 de la population, ils occupent le 3/5 environ de l'ensemble des lits hospitaliers et d'hébergement.

Les taux de placement institutionnel (EMS) avoisinent 6% de la population âgée de plus de 65 ans dans les cantons de Vaud et de Genève. Et, selon l'étude "Vieillir en Suisse", ce taux atteindrait en moyenne environ 8% pour l'ensemble de la Suisse²¹.

Cette projection et ces données récentes, concernant les taux d'hébergement des personnes âgées, confirment que les répercussions d'une population croissante de personnes âgées correspondront en premier lieu à une croissance importante des besoins en aide et en soins de longue durée à laquelle les pouvoirs publics et les services de santé doivent se préparer en mettant sur pied des structures médico-sociales adéquates. Comme le dit P. Gilliland en référence à la projection des besoins en lits apparaissant ci-dessus, «une politique conjointe de la santé et du logement doit "faire mentir" cette extrapolation-ci, en favorisant le maintien à domicile» [1986: 49].

La question du financement des soins de longue durée constitue également une importante problématique. Si la LAMal vient de clarifier la question de la prise en charge des soins de longue durée²², on peut se demander si les dépenses ayant trait à l'aide de longue durée ne devraient pas elles-mêmes faire l'objet d'une assurance sociale spécifique, le besoin en

²¹ *Vieillir en Suisse*, Commission fédérale, OCFIM, Berne, 1995. Cité par Gilliland [Gilliland, Rossini, 1997].

²² De manière globale, la LAMal met à charge des caisses-maladie les soins en home et les soins à domicile. Des conventions entre assureurs et prestataires de soins à domicile déterminent par ailleurs certaines limites quant à la prise en charge des coûts par les caisses (p. ex. nombre de visites maximales par mois). Les coûts relatifs à l'aide sociale et les coûts hôteliers des résidents EMS sont à la charge des ménages ou des contribuables (aide sociale; prestations complémentaires AVS/AI).

assistance pouvant être considéré comme un risque social auquel toute personne peut être confrontée un jour²³.

4. Evolution démographique et restructuration des services de santé.

4.1 Axes principaux.

Cet exposé concernant les répercussions d'une augmentation de la population âgée sur la demande de soins nous a permis de constater que celles-ci seront tant quantitatives que structurelles. L'accroissement du nombre de personnes âgées aura non seulement pour effet d'accroître les besoins de soins aigus, mais provoquera également une très forte croissance des besoins d'aide et de soins de longue durée.

L'adaptation du système de santé face à cette mutation des besoins correspond à une diversification des structures de soins et à une rupture de l'hospitalocentrisme ou — pour le dire avec des termes moins fréquents mais plus adéquats — à une rupture avec "l'institutionnalisme".

De manière globale, "l'offre" est appelée à se diversifier dans deux sens.

D'une part les structures hospitalières caractérisées par une médecine "de pointe" et un personnel médical important sont inadaptées à la prise en charge de patients chroniques. D'autres types de structures offrant un cadre de vie adéquat à des personnes nécessitant des soins continus et/ou une aide très importante pour les actes de la vie quotidienne, sont donc appelées à se développer.

D'autre part, l'institutionnalisation des personnes âgées doit être limitée dans la mesure du possible. Le développement d'une politique axée sur l'objectif de "vieillir chez soi" est non seulement désirable du point de vue de la rationalité économique²⁴, mais elle correspond

²³ De son côté, l'Allemagne vient de créer une assurance de soins obligatoire (c.f. K. Jung, 1995).

Etant donné le choix qui vient d'être fait par la LAMal au sujet du financement des soins de longue durée, c'est sans doute une assurance couvrant l'aide et l'hébergement de longue durée qui conviendrait au cas suisse.

²⁴ Dans l'une de ses contributions [*Investir en personnel...*, 1997], P. Gilliard s'appuie sur deux études relatives aux services de maintien à domicile. Toutes deux menées au cours des années quatre-vingts dans le canton de Vaud, pionnier de la restructuration en cours. Ces deux études sont: L. Ramel et al, *Soins à domicile, Réalités sociales*, Lausanne, 1982 et le rapport du SCRIS intitulé *Tout compte fait*, Lausanne, 1986).

La synthèse des résultats de ces deux études est la suivante:

«L'une montrait que le seul coût annuel des intérêts et amortissements des établissements qu'il aurait fallu construire pour héberger ou hospitaliser les bénéficiaires des services d'aide et de soins, aurait été équivalent aux frais d'exploitation du Centre! L'autre calculait que le rapport des frais d'exploitation entre services à domicile et placement institutionnel était de 70 à 100; l'écart aurait été supérieur, si l'on avait tenu compte des frais inhérents à la construction nécessaire d'EMS, aux intérêts et amortissements qui en découlent, ainsi qu'aux hospitalisations raccourcies, etc. Toutes deux mettaient en évidence les avantages des services à domicile, en soulignant leurs limites et, souvent, la nécessité de l'aide de l'entourage. Surtout, les motivations et des témoignages de personnes bénéficiaires et de leurs proches manifestent l'utilité, la satisfaction et le réconfort humain du maintien dans le milieu de vie habituel, aspects de qualité de vie qui ne s'expriment pas à l'aune monétaire».

Le caractère économique des politiques visant à permettre le maintien à domicile a fait l'objet de débats animés. Ainsi, pour J. H., Sommer (1989) le coût des services de soins à domicile va certainement s'avérer beaucoup plus élevé que prévu, du fait que le nombre de bénéficiaires ne se limitera pas aux personnes qui auraient fait recours à un hébergement médico-social dans le cas où ce type de services n'aurait pas existé, mais s'étendra à d'autres personnes auxquelles certains services font défaut. Le développement des services à domicile n'aboutirait ainsi pas seulement à une substitution de modes de prise en charge coûteux par un mode de prise en charge plus économique, mais surtout à une multiplication du nombre de prise en charge aboutissant à des coûts globaux plus élevés. De plus, dans le cas américain, la substitution partielle de l'institutionnalisation par des services de maintien à domicile n'a eu lieu que de manière très limitée.

La perspective avancée par Sommer semble cependant être pouvoir largement évitée par une coordination des secteurs médicaux, paramédicaux et sociaux, de manière à orienter les demandes vers les services adéquats (le BOUM remplit ce rôle dans le canton de Vaud), de même que par l'extension de l'utilisation des outils d'évaluation en soins infirmiers (PRN, PLAISIR, etc), les conventions entre assureurs et prestataires de services de maintien à domicile fixant en outre certains plafonds limites concernant le volume de l'aide mensuelle. Enfin, Gilliard rappelle que la qualité de vie ne se mesure pas à "l'aune monétaire" et l'on doit admettre que le

également aux souhaits des personnes âgées. Un tel objectif suppose la mise sur pied de services d'aide et de soins à domicile, de même que la construction ou l'adaptation de logements offrant un cadre de vie adapté aux personnes âgées.

4.2. Des enjeux partagés par les pays les plus industrialisés.

Du fait que l'accroissement de la population âgée concerne de près ou de loin tous les pays de l'OCDE, ceux-ci sont tous confrontés à la nécessité d'une telle restructuration de leur système de soins parallèlement à la mise sur pied de services communautaires s'adressant aux personnes âgées.

L'un des numéros d'*Etudes de politique sociale* [1996] de l'OCDE note un certain nombre de points communs dans les différentes politiques de restructuration en cours dans les différents pays membres.

Les auteurs de cette étude notent tout d'abord que, jusqu'à une date récente, peu de pays avaient mis en oeuvre une politique spécifique pour les soins de longue durée. Ainsi, la solution pour les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée est pendant longtemps restée celle de l'hospitalisation. Quant aux maisons pour personnes âgées, elles accueillent les personnes dépendantes dont l'entourage ne pouvait s'occuper.

Le constat que font les auteurs quant à la situation passée décrit également la situation qui dominait jusqu'à récemment dans la plupart des cantons suisses. Quant à leur description de l'évolution générale en cours, elle paraît également correspondre à la restructuration en cours en Suisse — certains cantons, tel le canton de Vaud, étant plus précoces que d'autres dans la mise en oeuvre de celle-ci.

Cette évolution générale est la suivante:

D'une part, il a été reconnu que le cadre hospitalier ne correspond pas à une réponse adéquate pour les personnes souffrant de maladies chroniques. D'autres structures et d'autres modes de prise en charge, plus adéquates aux besoins de ces personnes et moins coûteuses, se développent. On note également une médicalisation des maisons "traditionnelles" de soins de longue durée qui accueillent une clientèle de plus en plus âgée et handicapée, alors que se mettent sur pied des services permettant le maintien à domicile des personnes âgées.

Les auteurs du rapport notent par ailleurs qu'il est fréquent que l'institutionnalisation des personnes âgées se produise après une perte soudaine d'autonomie et que, dans l'optique d'une politique de santé favorisant le plus possible le maintien de l'autonomie des personnes âgées, il est essentiel que soient mis en place des services de soins "post-affection" et de réadaptation. De telles structures "intermédiaires" — appelées "CTR" dans le canton de Vaud²⁵ — doivent pouvoir assurer une prise en charge de personnes âgées nécessitant temporairement un suivi et des soins constants, avant de décider, en accord avec le patient, d'un placement à long terme, ou de continuer à vivre dans le cadre de vie habituel, le cas échéant en faisant appel à des services de maintien à domicile.

Face à l'accroissement du nombre de personnes âgées les pays de l'OCDE sont placés devant l'exigence d'une même politique de restructuration et de diversification des modes de prise en charge. L'une des difficultés majeures résidera sans doute dans le fait de gérer et coordonner la diversité des services de soins et de construire des "ponts" entre secteurs sanitaire et social destinés à se rapprocher.

Après cet exposé sur les mutations prévisibles de la demande de soins et les restructurations actuellement mises en oeuvre pour y faire face, la partie suivante consiste en une analyse de l'évolution des indicateurs hospitaliers nationaux actuellement disponibles. Cette analyse montre en particulier que, parallèlement à la nécessité d'une diversification des modes de prise

développement de services répondant aux besoins des personnes âgées a un certain coût qu'un pays d'un niveau économique tel que la Suisse devrait être à même d'assumer.

²⁵ Le canton de Vaud a mis sur pied ce type de structures voici plusieurs années. Le nom de "CTR" est une abréviation renvoyant à "Centres de traitement et de réadaptation". Le même nom semble actuellement repris dans d'autres cantons romands à mesure que ce type de structure se développe.

en charge, les évolutions propres à l'offre hospitalière appellent à une réduction des capacités en soins aigus.

II.B. Analyse du secteur hospitalier.

Dans cette partie nous allons tenter de rendre compte de la situation du secteur hospitalier. Pour ce faire, nous allons commencer par observer l'évolution au travers d'indicateurs actuellement disponibles au niveau national. Nous débousserons ensuite sur une comparaison de certaines valeurs avec celles d'autres pays de l'OCDE. Nous observerons enfin la relation entre le niveau d'offre et le "taux d'utilisation" des structures hospitalières, laquelle rend compte d'importants effets d'offre dans ce secteur.

1. Analyse de l'évolution 1975-95 au travers des données Veska.

1.1. Remarques concernant les données disponibles.

Qualité des données.

Malgré le poids très important des dépenses hospitalières sur les dépenses globales de santé, la Suisse n'a jusqu'à présent disposé que de données restreintes concernant le secteur de santé. Avec P. Gilliland on doit convenir que le secteur hospitalier est à maints égards une "boîte noire". La LAMal va modifier cette situation. Les statistiques hospitalières vont se développer et se médicaliser. Reste que, pour l'instant, nous devons nous contenter des données grossières et partielles disponibles.

Si certains cantons ont développé des statistiques hospitalières de qualité, jusqu'à l'adoption de la LAMal, aucune loi fédérale n'obligeait toutefois les établissements de soins à fournir des données sur leur activité. Ainsi, les données nationales disponibles sont très frustes et les analyses longitudinales des chiffres disponibles ne peuvent que retenir les variations de large ampleur.

Jusqu'en 1975, les données disponibles proviennent des recensements des établissements hospitaliers effectués par l'Office fédéral de la statistique.

Depuis 1975, la VESKA (devenue récemment H+)¹ dresse périodiquement des statistiques. Celles-ci contiennent cependant de très nombreux biais. Les statistiques VESKA n'englobent qu'une partie des établissements: pas toujours le même nombre et pas toujours les mêmes². De plus, des changements dans le mode de traitement des données ont été opérés à plusieurs reprises.

Ces différents biais rendent délicate une analyse longitudinale des données VESKA. Elles permettent cependant de dégager certaines tendances lourdes.

Enquête globale de 1992.

Selon une enquête globale effectuée par la Veska en 1992³, la Suisse comptait 830 hôpitaux et cliniques en 1990⁴. Ces établissements se répartissaient à raison de 37% (305) pour les établissements de soins de courte durée, 46% (383) pour les établissements de soins de longue durée (dont des homes, médicalisés à divers degrés), 11% (90) pour les établissements psychiatriques et 6% (52) "d'autres" établissements.

D'après cette enquête, la Suisse comptait en 1990, pour 1'000 habitants, 6.5 lits de courte durée, 3.7 lits de longue durée et 1.9 lits psychiatriques. Au total, la densité de lits correspondait à 12.7 lits par 1'000 habitants en 1990.

¹ Pour simplifier l'exposé, nous emploierons par la suite l'ancienne appellation (Veska) même si dès 1996 cela correspond à un anachronisme.

² Les variations semblent cependant ne concerner que de très petits établissements et touchent avant tout le secteur des soins de longue durée. On note en particulier un très fort accroissement du nombre d'établissements de longue durée entre 1980 et 1985, cela sans savoir dans quelle mesure celui-ci correspond à un développement réel de ces infrastructures. En termes de tendances, on retiendra cependant là le signe d'un fort développement de ce secteur de soins dans les années quatre-vingts.

³ Panorama de la Veska 1990, Aarau, 1992. Chiffres repris de A. Frei, S. Hill [1992].

⁴ A part l'école, aucune infrastructure n'est autant présente sur le territoire. Un calcul "mécanique" répartissant uniformément les 830 hôpitaux sur les 41293 km carrés de la Suisse nous indique une densité d'un établissement tous les 50 km carrés. En tenant compte du "réseau" de soins dans sa totalité, l'OFSP [1995: 45] estime que plus de 96% de la population parvient à un médecin en moins de 30 minutes.

Enquêtes partielles.

La statistique annuelle Veska (appelée "Statistique administrative ou parfois "enquête partielle") ne prend en compte qu'un nombre restreint des 830 établissements recensés (489 pour 1995). Cependant la différence concerne avant tout de petits établissements de soins de longue durée, alors que les établissements de soins de courte durée sont très largement représentés. La répartition du type d'établissements considérés est par ailleurs *relativement* stable dans le temps. Ainsi, sur base de cette statistique, il est possible d'observer l'évolution générale caractérisant le secteur hospitalier.

Travaux concernant le secteur hospitalier suisse.

Les deux principaux travaux effectués sur le secteur hospitalier sont un ouvrage de P. Gilliard pour ce qui concerne l'évolution entre 1936 et 1978 et une étude de M. Battaglini qui synthétise les chiffres des diverses enquêtes effectuées par la Veska entre 1975 et 1990, tout en opérant certaines extrapolations sur celles-ci⁵.

Dans un premier temps, nous sommes partis des données figurant dans le travail de M. Battaglini en y ajoutant les données Veska de l'année 1995. Puis, après avoir constaté d'importantes erreurs dans ce travail (en particulier en ce qui concerne l'application du mode d'extrapolation), nous nous sommes résolus à constituer la série 1975-95 directement à partir des chiffres figurant dans les publications statistiques Veska des différentes années. Nous avons en outre renoncé à effectuer des extrapolations⁶.

Les résultats détaillés de l'analyse figurent dans le tableau et les graphiques insérés en annexe no2.

Biais particuliers à signaler.

Comme nous l'avons fait remarquer, l'analyse de ces données doit se contenter de relever les tendances majeures. Certains biais particulièrement importants doivent faire l'objet de quelques remarques:

Premièrement, un changement de classification en 1990 a fait passer les cliniques d'altitude de la catégorie soins de "longue durée" à celle de "courte durée". Sur le total, ces établissements ne constituent qu'un faible pourcentage et cette modification n'a pas de répercussion majeure pour ce qui concerne le nombre de lits et de journées. Par contre, la durée moyenne de séjour de ces cliniques étant nettement inférieure à celle des établissements pour personnes âgées et malades chroniques, ce changement fait chuter l'indicateur "sorties" pour les établissements de longue durée et a l'effet inverse sur la durée moyenne de séjour.

Deuxièmement, le mode de calcul de la durée moyenne de séjour a subi un changement en 1986. Avant 1986, le calcul avait pour base [(Journées de malades - sorties) / sorties]. Après 1986: [Journées de malades / sorties].

⁵ P. Gilliard, L'hospitalisation en Suisse: statistiques 1936-78, ISH, Aarau, 1980 et M. Battaglini, Hospitalisation en Suisse: 1936-75-90, Cahiers de l'Idheap no 96, 1992.

⁶L'extrapolation proposée — mais non effectuée dans ces termes — par M. Battaglini visait à intégrer les données non prises en compte par la Veska dans les tableaux statistiques (non ventilées) du fait de données manquantes dans les questionnaires renvoyés.

En prenant pour exemple l'année 1995, ce mode d'extrapolation serait le suivant. Pour 1995, sur un total de 20'932'623 journées, 960'723 (4.6%) journées n'ont pas été ventilées dans les tableaux statistiques Veska. 19'971'900 journées sont présentes dans ces tableaux, avec un nombre de sorties de 1'124'565 sorties. En appliquant ce rapport sur les journées non ventilées on obtient 54'096 sorties. En admettant en outre que les données non ventilées concernent en large majorité des établissements de soins de longue durée, ce résultat est divisé par deux, soit environ 22'500 sorties. Ce résultat est ajouté à la rubrique "établissements de longue durée", de même que les journées et les lits (3088) non ventilés.

Considérant que ce mode d'extrapolation grossier ne ferait qu'ajouter de l'incertitude aux estimations des enquêtes de la Veska, nous avons renoncé à effectuer celui-ci.

Remarques relatives à la constitution des données.

Ces données appellent encore les précisions suivantes:

Premièrement, Les chiffres entre parenthèses dans le tableau (c.f. annexe no2) renvoient au total général de l'enquête Veska, alors que les autres totaux correspondent aux données effectivement ventilées dans les tableaux statistiques Veska.

Deuxièmement, dans les différents tableaux Veska, nous nous sommes toujours référés à la colonne du total des patients incluant les "patients en bonne santé" (en part. nourrissons). Pour les durées moyennes de séjour (DMS), nous nous sommes toutefois référés à moyenne "Patients".

Troisièmement à l'exclusion des indicateurs hospitaliers tenant compte de la réalité démographique (lits par 1'000 habitants, etc), toutes les données sont directement reprises des fascicules Veska. Les données démographiques de base ont été tirées de l'Annuaire statistique de la Suisse (OFS: 1998).

Enfin, relevons que les "dépenses d'exploitation" comprennent les postes "charges d'investissement" et "investissement sur le capital". Nous n'avons pas extrait ces postes de charge des dépenses d'exploitation. Ceux-ci correspondent cependant à un très faible pourcentage (<1%) des "dépenses d'exploitation". Une très large partie des investissements est généralement directement prise en charge par les cantons et n'est pas comprise dans les totaux indiqués ici.

1.2. Analyse de la structure.

Dans la statistique Veska, la catégorisation la plus synthétique correspond à une différenciation des établissements selon la durée moyenne d'hospitalisation des patients.

Les établissements dont la durée moyenne de séjour des patients est inférieure à 30 jours sont considérés comme des hôpitaux pour traitements de courte durée.

Ceux qui affichent une durée moyenne de séjour supérieure sont placés dans la catégorie "soins de longue durée". Ces derniers sont constitués en majeure partie de homes et d'établissements de soins pour personnes âgées.

En outre, les établissements psychiatriques font l'objet d'une rubrique particulière.

Enfin, une rubrique "Autres" comprend les établissements thermaux, les centres de réadaptation, etc.

Si la statistique Veska ne rend pas compte de l'ensemble du tissu hospitalier helvétique, elle comprend néanmoins la majeure partie des établissements de soins de courte durée⁷.

Pour ce qui concerne l'année 1995, un rapide regard sur la part de ceux dont l'activité ne se restreint pas à un segment particulier de patients (soins généraux)⁸ nous livre l'image suivante:

Hôpitaux en soins généraux. [1995]	Nombre d'établissements
Hôpitaux universitaires ⁹	5
Hôpitaux généraux de 500 lits ou plus	6
Hôpitaux généraux de 250-499 lits	20
Hôpitaux généraux de 125-249 lits	59
Hôpitaux généraux de 75-124 lits	55
Hôpitaux généraux de 1-74 lits	53
Total hôpitaux généraux	198
Total hôpitaux de soins de courte durée	253

Face à ce tableau rendant compte de la structure helvétique des hôpitaux en soins aigus, nous nous rendons donc compte que celle-ci est caractérisée par des établissements de moyenne et de petite taille. Ceci dénote non seulement de l'extraordinaire densité de la couverture sanitaire de l'espace national, mais également d'une dispersion des moyens humains et matériels qui a son prix.

Une analyse plus détaillée de la structure des établissements hospitaliers au travers de la statistique Veska n'aurait que peu de sens étant donné l'un des points faibles de cette statistique réside dans la variation de la composition de "l'échantillon" d'établissements considérés selon les années.

⁷ La statistique Veska/H+ de 1995 comprendrait plus de 80% des établissements suisses de soins de courte durée si l'on se réfère à l'enquête Veska/H+ précitée. Les hôpitaux manquant correspondent essentiellement à des petites structures.

⁸ La statistique Veska subdivise la catégorie des établissements de soins de courte durée (DMS de moins de 30 jours) en établissements de soins "généraux" et établissements de soins spécialisés (hôpitaux pour enfants, maternité, rhumatologie). Ainsi, dans cette statistique, la catégorie "hôpitaux généraux" est plus restrictive que celle des hôpitaux de soins de courte durée. Il n'en est pas de même dans maints documents de planification hospitalière, où le terme "d'hôpitaux généraux" renvoie à la totalité des établissements hospitaliers (soins aigus et de longue durée).

⁹ Les cantons disposant d'un hôpital universitaire sont Bâle, Zürich, Berne, Vaud et Genève.

1.3. Analyse des indicateurs d'activité.

Nombre de lits et indice lits-population.

Selon l'enquête de la Veska susmentionnée, la Suisse compterait environ 86 mille lits. La statistique de 1995 en comprend un peu plus de 67 mille (78%). Malgré des incertitudes liées à la mauvaise qualité des données statistiques, on peut s'arrêter sur quelques tendances se dégageant clairement.

Tout d'abord, *de manière globale*, le nombre de lits **diminue de manière faible** mais constante depuis la période 1985-90.

C'est le *secteur psychiatrique* qui présente la plus forte tendance à la baisse avec une diminution de ses capacités d'hébergement d'un tiers. Cette évolution renvoie vraisemblablement à une modification des modes de prise en charge dans ce secteur.

Après un fort développement entre 1980-85, on constate depuis 1990 une nette tendance à la diminution du nombre de lits dans le secteur des soins de *longue durée* (-12% entre 1990-95).

Enfin, le secteur de *soins aigus* amorçe également une diminution lors des 5 dernières années (environ -10%).

Les mêmes tendances se retrouvent au niveau du *nombre de lits par 1000 habitants*. Cependant, étant donné une légère augmentation du nombre d'habitants entre 1975 et 1990, les mouvements à la baisse sont amplifiés, alors que la réciproque est également vraie.

Pour une estimation de la densité de lits par habitant, il est cependant préférable de se reporter aux chiffres de l'enquête globale Veska (voir supra).

Journées d'hospitalisation.

Sur l'ensemble, le nombre de journées d'hospitalisation affiche une **stabilité "remarquable"** sur la durée 1975-90. Les effets pervers du mode de financement encore dominant en Suisse lors de la période considérée n'y sont sans doute pas étrangers¹⁰.

Sur la dernière tranche de la période considérée, on peut toutefois lire une **légère baisse** (1990-95) du nombre global de journées d'hospitalisations.

Cette tendance de l'indicateur global reflète en fait avant tout le comportement propre au secteur des *soins aigus* auquel correspondent le **60% du total** des journées d'hospitalisations. Pour le secteur *psychiatrique* et des *soins de longue durée*, on observe une diminution constante et de forte ampleur depuis 1975 dans le premier cas et une chute depuis la période 1985-90 dans le second cas.

L'indicateur dit de *morbidity hospitalière* (jours d'hospitalisation par habitant) présente à peu près les mêmes tendances. Entre 1975 et 1995, l'*indicateur global* de morbidité passe de 3.2 à 2.8 jours par habitant (-13%).

Dans le détail, on constate que le nombre de journées par habitant pour les *soins aigus* (1.7 jours en 1995) a montré des signes de baisse dès 1985. Cependant, le mouvement s'affirme sur la fin de la période considérée (environ -10%).

Le nombre de journées par habitant concernant le secteur *psychiatrique* (0.4 jours en 1995), a diminué de moitié entre 1975 et 1990.

Quant au secteur de soins de *longue durée* (0.7 jours en 1995), après un fort accroissement durant les années 80, il affiche également une nette diminution du taux de morbidité (- 10% entre 1990-95).

Admissions (sorties).

Afin d'éviter les doubles décompte de patients dus au transfert de patients entre services, la statistique hospitalière se réfère au nombre de sorties pour estimer le nombre de patients traités.

La statistique Veska enregistre plus d'un million de sorties pour 1995; **plus de 90%** (94% d'entre elles concernent les établissements de soins de *courte durée*).

Le nombre *total d'admissions* (sorties) recensées par la statistique Veska équivalait à 793 milliers en 1975 et **augmente de 2/5 (40%)** sur la période considérée.

¹⁰ Celui-ci a (avait) pour unité de calcul les journées de séjour des patients et, dans un tel cadre, le but logique de tout gestionnaire d'hôpital est que le nombre de patients multiplié par leur durée de séjour aboutisse à une masse de journées relativement stable.

Qu'il soit exprimé sous sa forme brute ou pondéré par le nombre d'habitants, l'indicateur de sorties est celui qui présente la plus **forte augmentation**.

Le *taux d'hospitalisation par 1'000 habitants* passe de 125 en 1975 à 160 en 1995, soit une augmentation d'un quart (26%).

Par secteur de soins, cette tendance à la hausse est partout confirmée.

Le taux d'hospitalisation en soins de *courte durée* (147 en 1995) augmente d'un quart (25%) sur la période considérée (de 118 à 147). Le taux d'accroissement des périodes 1985-90 et 1990-95 est semblable (6%).

Il augmente de presque moitié (48%) pour le *secteur psychiatrique* (4.9 en 1995). Notons l'augmentation de plus de 30% entre 1990-95 (!).

Pour le secteur de soins de *longue durée* (2.5 en 1995), en dehors de l'année 1990 où le changement de catégorisation des cliniques d'altitude a fait chuter l'indicateur "sorties", on constate une hausse constante du taux d'hospitalisation dont le rythme semble cependant en diminution pour 1990-95 (8% contre 14% entre 1980-85).

Durée moyenne de séjour.

Au niveau des indicateurs globaux, la tendance à la baisse des indicateurs lits-population et de morbidité hospitalière peut paraître surprenante face à l'évolution du taux d'hospitalisation. Ce paradoxe s'explique en grande partie par l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS).

L'*indicateur global* de la durée moyenne de séjour passe de presque 25 journées par cas en 1975 à 18 journées en 1995, soit une **diminution d'un quart** qui se concentre sur la fin de la période considérée¹¹.

Une analyse plus détaillée confirme cette évolution à la baisse pour les différentes catégories d'établissements.

Les DMS du secteur de *soins aigus* (11.6 jours en 1995) ont baissé d'1/5 (19%) entre 1975 et 1995. Cependant, cette forte tendance à la baisse se concentre sur les 5 dernières années (-15%).

C'est le secteur *psychiatrique* (88 jours en 1995) qui indique la diminution la plus importante. On observe une baisse de 3/5 (60%) entre 1975-95 et l'on peut noter la baisse très importante qui eut lieu entre 1990-95 (-33%)

Pour ce qui concerne les établissements de *longue durée* (264 jours en 1995) bien que l'année 1990 ne puisse être considérée du fait d'un biais statistique, on peut tout de même relever que l'on perçoit un mouvement à la hausse des DMS entre 1975-85 et une nette tendance à la baisse entre 1990-95 (-12%). Il apparaît difficile d'interpréter cette évolution récente. S'agit-il d'une modification du type de patients traités par ce type d'établissements, ceux-ci s'occupant de personnes de plus en plus âgées, d'autres modes de prise en charge (services de maintien à domicile) étant proposés aux personnes moins dépendantes ?

Taux d'occupation.

Le taux d'occupation exprime le taux d'utilisation des lits par rapport à une occupation maximale de 100%.

Compte de la variation du taux d'admissions au cours de l'année, un taux de 80 à 85% est considéré comme la cible à atteindre pour les hôpitaux de soins aigus. Un taux approchant les 100% constitue l'optimal pour les établissements de longue durée.

Le mode de calcul de cet indicateur est le suivant:

$$\frac{\text{Journées d'hospitalisation} \times 100}{\text{Effectif de lits} \times 365 \text{ jours}}$$

Si le taux d'occupation est parfois considéré comme un indicateur rendant compte du degré d'adéquation entre l'offre et la demande, il convient en fait de le considérer avec prudence du fait de l'importance des effets d'offre dans le secteur sanitaire. Pour en juger, il est nécessaire de disposer d'un "*point d'appui comparatif*" concernant les durées moyennes de séjour et le

¹¹ Signalons que, compte tenu de la modification intervenue en 1986 pour la méthode de calcul de la durée moyenne de séjour (voir supra), les DMS de 1990 et 1995 seraient encore moins élevées si le mode de calcul antérieur leur était appliqué.

taux d'hospitalisation. Nous y reviendrons infra au travers de quelques comparaisons internationales et intercantionales (voir également exemple B, section III.2.6). Bornons-nous à constater ici l'amélioration généralisée de cet indicateur.

1.4. Analyse des dépenses hospitalières.

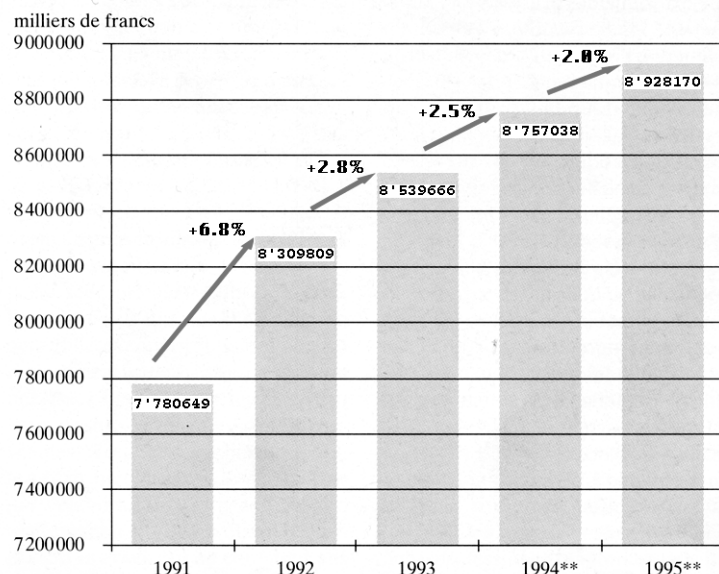
Dépenses hospitalières globales.

Les dépenses hospitalières globales¹² augmentent massivement pendant la période 1975-95. Les dépenses des établissements considérés par la statistique Veska passent en effet de 3.6 milliards en 1975 à plus de 13 milliards en 1995, soit un **accroissement de plus de 250%**. Si les biais statistiques énoncés peuvent jouer un rôle et bien que ces chiffres ne tiennent pas compte de l'inflation, ces derniers sont néanmoins évocateurs.

Le rythme d'accroissement s'est cependant **atténué lors de la dernière période**. En effet l'accroissement a été de 33 % entre 1990-95 contre 42% pour 1985-90; c'est dire que l'augmentation en moyenne annuelle a été de 3.5% entre 1980-90 et de 2.9% sur la dernière période.

Des statistiques constituées par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) [1995] confirment l'existence d'une décélération. Bien que ces données ne soient pas comparables avec celles de la Veska, elles indiquent qu'après un emballement vers le début des années 90, l'augmentation des dépenses hospitalières tend à s'affaiblir depuis 1992.

Figure 1: Charges d'exploitation* des hôpitaux généraux publics 1991–1995 (en milliers de francs) et variation annuelle en pour-cent



* Charges d'exploitation, sans investissements et leur utilisation

** Budget

Source : Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, résultats de l'enquête concernant l'évolution des dépenses hospitalières 1991–1995, Berne, 18 avril 1995.

[Graphique tiré de OFAS: 1995: 264]

L'adoption d'un arrêté fédéral urgent (AFU) ayant bloqué les tarifs, explique pour l'essentiel cette décélération. Les hausses de dépenses d'exploitation ne pouvaient plus être reportées sur les assureurs et les cantons ont été encouragés à comprimer les dépenses et à surveiller leur évolution. La LAMal maintient depuis lors la même pression¹³.

¹² A noter que les chiffres relatifs à la dépense hospitalière ne contiennent pas une part importante des investissements directement pris en charge par les cantons.

¹³ Cette dernière a entre autres clarifié les responsabilités respectives des payeurs que sont les hôpitaux et les cantons (voir section I.B.3).

Dépenses par cas.

Etant donné les possibles biais de la statistique Veska, il est préférable de se reporter aux dépenses par cas. Celles-ci ont augmenté de 31% entre 1985-90 et de 20% entre 1990-95. La décélération des dépenses se confirme donc également à ce niveau d'analyse. La moyenne annuelle de progression de la dépense par cas équivaut à 3% pour 1985-90 et 2% entre 1990 et 95.

Par secteur, l'évolution se présente ainsi:

Dépenses par cas	Evolution 85-90	Evolution 90-95	Moy. annuelle 85-90	Moy. annuelle 90-95
Courte durée	+32%	+22%	+3.1	+2.2
Longue durée	+119%	+23%	+9.1	+2.3
Psychiatrique	+33%	-2%	+3.2	-0.2

On note une décélération généralisée de l'accroissement de la moyenne des coûts par cas dans tous les secteurs. Celle-ci correspond même à une diminution pour le secteur psychiatrique.

Répartition des dépenses par catégorie d'établissements en 1995.

Observons rapidement de quelle manière se répartissent les dépenses par catégorie d'établissements. En 1995, cette répartition se présente ainsi:

Type d'établissements	% de la dépense hospitalière totale	Dépenses par journée d'hospitalisation (Veska)
Courte durée ¹⁴	79%	912.-
Longue durée	9%	255.-
Psychiatrique	11%	477.-
Autres	1%	380.-
Tous	100% (13'610 milliards)	

On note tout d'abord le poids du secteur des soins de courte durée qui représente près de **80% du total** des dépenses hospitalières totales recensées par la statistique Veska.

Les dépenses hospitalières exprimées par journée de malades rendent compte à quel point des **modes de prise en charge adéquats** sont essentiels, non seulement du point de vue d'une réponse appropriée de l'offre par rapport aux besoins, mais également du strict point de vue de la rationalité économique.

Diverses études ont noté qu'une part relativement importante des hospitalisations en soins aigus sont inappropriées et que l'une des causes majeures renvoie à des manques de capacités d'accueil dans des structures de soins de longue durée¹⁵.

Si une refonte du réseau de soins peut apparaître coûteuse à court terme, les chiffres ici évoqués montrent qu'elle apparaît néanmoins économiquement rationnelle sur le long terme. D'après les indicateurs analysés plus haut (en particulier "lits"; "journées"), cette refonte des structures semble bel et bien avoir commencé entre 1990 et 1995.

¹⁴ Les hôpitaux de soins généraux représentent 51% des dépenses de la rubrique "soins de courte durée". Les cinq établissements universitaires pèsent à eux seuls à raison de 21%.

¹⁵ Une revue d'hospitalisation effectuée en 1990 à l'hôpital de Saint-Loup (Orbe;VD) aboutit par exemple à la conclusion que 13% des journées sont inappropriées. Cependant, une part importante de celles-ci était dû à des problèmes de placement de patients nécessitant une structure de soins de longue durée. A peu près à la même époque, des études ayant porté sur le système hospitalier valaisan ont également noté que, dans ce canton, il existait des goulets d'étranglement rendant difficile le transfert de malades du secteur de soins aigus au secteur de soins de longue durée.

Dépenses hospitalières et personnel hospitalier.

Une analyse sommaire des composantes de la dépense nous renvoie une image du secteur hospitalier propre au secteur tertiaire: la part des frais de personnel constitue un peu plus de **70% de la dépense totale** tout au long de la période considérée.

En termes comptables, cela nous indique que tout freinage des dépenses passe par une maîtrise du poste des salaires.

Entre 1975-95, les effectifs du personnel hospitalier ont globalement **augmenté de près de 70%** d'après la statistique Veska.

Par catégorie d'établissements, l'évolution est la suivante:

Effectifs [postes] (Veska) ¹⁶	1975	1985	1990	1995	Indices 1975=100	Répartition 1995 ¹⁷
Courte durée	65'180	86'800	102'089	108'471	166	76.0
dont pers. sans médecins	59'198	78'787	92'763	98'300	166	75.2
dont médecins	5'982	8'013	9'326	10'171	170	83.5
Longue durée	8'822	16'248	17'602	16'895	191	11.8
dont pers. sans médecins	8'571	15'936	17'293	16'589	193	12.7
dont médecins	251	312	309	306	122	2.5
Psychiatriques	10'080	13'757	14'645	16'347	162	11.4
dont pers. sans médecins	9'463	12'922	13'492	14'703	155	11.3
dont médecins	617	835	1'053	1'644	266	13.5
Autres	580	753	1'082	1'106	191	0.8
dont pers. sans médecins	553	719	1'023	1'041	188	0.8
dont médecins	27	34	59	65	241	0.5
Total hôpitaux¹⁸	84'662	117'558	135'318	142'818	169	100.0
dont pers. sans médecins	77'785	108'364	124'541	130'632	168	100.0
dont médecins	6'877	9'194	10'747	12'186	177	100.0

Le "poids" du secteur de soins de *courte durée* est particulièrement important. Il englobe **2/3** (76%) du personnel hospitalier et plus de 4/5 des médecins hospitaliers (83%).

Notons qu'en 1995, les 5 *hôpitaux universitaires* du pays regroupent à eux seuls **1/4** de l'effectif hospitalier du secteur de soins de courte durée et **1/3** des médecins travaillant dans ce même secteur.

Entre 1975-90, l'accroissement le plus important concerne les soins de *longue durée* (+91%). On voit cependant une diminution récente du nombre de personnes employées dans ce secteur entre 1990-95 (-4%), alors que les effectifs ont encore augmenté de 8% lors de la période 1985-90.

Si les établissements de soins de *courte durée* n'affichent pas une diminution des postes, on perçoit cependant une nette tendance à la décélération de leur courbe de personnel. Celle-ci a augmenté de 18% entre 1985-90, alors que le taux d'accroissement est de 6% pour 1990-95.

Enfin, dans le secteur *psychiatrique*, le rythme d'accroissement du nombre de postes double en 1990-95 (12%) par rapport à la période 1985-90 (6%).

¹⁶Personnel exprimé en nombre "postes" (personnes employées) et non pas en "postes en plein temps". Sans le personnel d'exploitation annexes et le personnel des écoles.

¹⁷Cette dernière colonne du tableau indique le pourcentage de personnel employé par secteur par rapport au total, ainsi que le pourcentage des médecins et des "autres" employés par secteur par rapport au total respectif de ces deux catégories.

¹⁸ Dans l'Annuaire statistique de la Suisse (1998b: 403], l'OFS recense un total de 346'016 personnes employées dans le domaine de la santé en Suisse en 1995, dont 216'857 dans le secteur stationnaire, 74'015 dans le secteur ambulatoire et 39'357 dans le secteur de l'industrie et du commerce.

Compte tenu de possibles biais dus à la variation du nombre d'établissements par la statistique, il est préférable de se reporter à des données sur le personnel hospitalier mises en rapport avec l'activité. La statistique Veska propose un tel indicateur exprimé sous forme d'*effectif moyen par 100 lits occupés*¹⁹.

La progression de la densité du personnel se présente ainsi:

Effectifs [postes] par 100 lits (Veska)	1975	1985	1990	1995
Courte durée	232 (23)	273 (25)	311 (28)	334 (29)
Longue durée	97 (3)	120 (2)	140 (2)	131 (2)
Psychiatriques	77 (5)	126 (8)	159 (11)	192 (16)
Autres	75 (4)	90 (5)	120 (7)	131 (7)

De ce tableau se dégage un net accroissement de la densité de personnel dans tous les secteurs par rapport à la situation de 1975. Cependant, la **décélération** déjà vue pour l'évolution de la dépense et le nombre de personnes employées se confirme également pour la densité de personnel. On voit par ailleurs que la diminution du nombre de personnes employées constatée pour les établissements de soins de *longue durée* correspond à une diminution de la densité de personnel dans ce secteur (-6%) en 1990-95, alors que la tendance était encore à un fort accroissement en 1985-90 (+17%). Le rythme d'accroissement de la densité pour le secteur de soins de *courte durée* baisse de moitié en 1990-95 (7.4% contre 13.9% pour 1985-90). Enfin, le secteur *psychiatrique* affiche une plus faible décélération (+21% contre 26% en 1985-90).

Exprimée sous forme de poste à plein temps la densité est la suivante en 1995:

Effectif moyen par 100 occupés (Veska) ²⁰	1995
Courte durée	269 (29)
Longue durée	96 (2)
Psychiatriques	162 (16)
Autres	115 (7)

Face à ces indicateurs de densité de personnel, on ne peut que se poser diverses questions et, en particulier, celle de savoir **quel est le rapport effectifs/lits adéquat ?**

Une telle question reste cependant sans réponse au travers de la littérature consultée. Et pour tenter une réponse au travers de comparaisons inter-hospitalières, on doit attendre le développement de la médicalisation des systèmes d'informations qui permettront de quantifier les prestations et, ainsi, de comparer des activités comparables²¹.

Facteurs d'augmentation des dépenses hospitalières.

Quelles sont les causes de l'augmentation des dépenses hospitalières ?

Un regard sur les composantes de la dépense par poste nous a montré que c'est essentiellement au niveau de la masse salariale que l'augmentation se produit.

Les causes de cet accroissement du poste des salaires ne trouvent pas d'explications claires et univoques dans la littérature consultée.

Certes, d'aucuns relèvent qu'un important rattrapage des salaires s'est opéré dans le secteur hospitalier, mais cet élément paraît avant tout pertinent pour la période d'avant 1975.

Un rapide regard sur l'évolution des dépenses par cas (+268%) permet d'autre part de conclure que l'augmentation des dépenses hospitalières n'est pas seulement due, et de loin, à un

¹⁹ Dans le tableau qui suit, le personnel est à nouveau exprimé sous forme de nombre "postes" (personnes employées) et non pas en "postes en plein temps". Sans le personnel d'exploitation annexes et le personnel des écoles. Les chiffres entre parenthèse renvoient à la part respective des médecins

Le calcul est [moyenne des effectifs du personnel x 365 x 100] / journées d'hospitalisations décomptées.

²⁰ Sans le personnel d'exploitation annexes et le personnel des écoles. Les chiffres entre parenthèses renvoient à la part respective des médecins.

²¹ Nous pensons en particulier ici aux (AP-)DRG et aux outils de mesure de la charge en soins infirmiers.

accroissement du nombre de cas traités ("sorties"). D'autres phénomènes qualitatifs et structurels sont à l'oeuvre.

Les progrès médicaux et techniques paraissent être l'un des facteurs explicatifs, ceux-ci correspondant à une intensification des moyens humains et matériels²².

La "boîte noire" qu'est encore actuellement le secteur hospitalier ne permet pas d'analyser plus avant les causes de l'accroissement des dépenses.

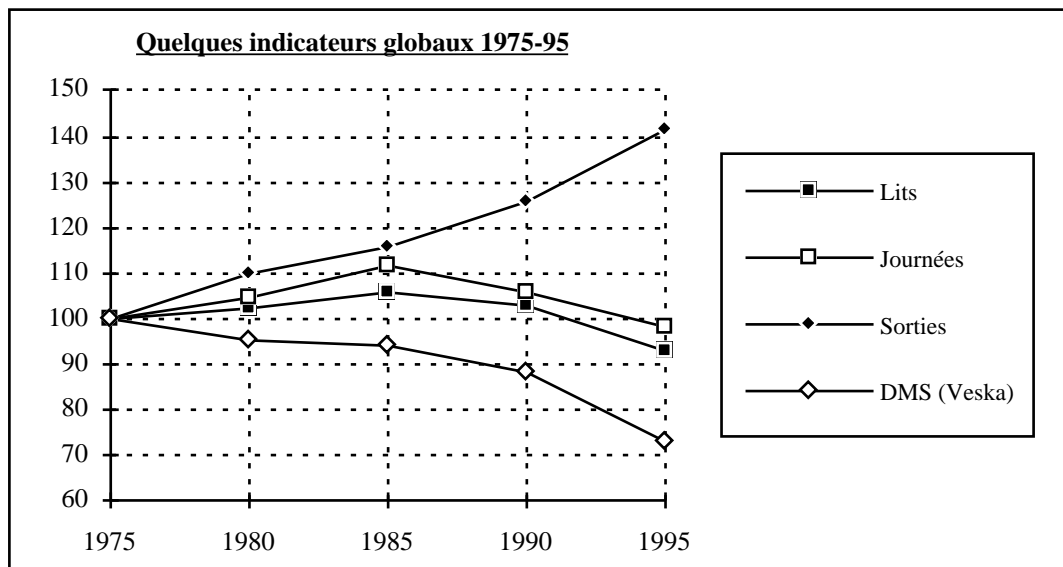
On ne peut que conclure avec P. Zweifel et G. Pedroni que «si la prestation hospitalière s'est améliorée ou s'est accrue par rapport à autrefois, l'augmentation des dépenses pourrait, notamment en personnel, parfaitement se justifier. Mais on ne dispose malheureusement en Suisse d'aucune donnée sur la prestation de l'hôpital, si ce n'est le nombre de cas traités» [1987:15].

1.5. Premières conclusions sur l'offre hospitalière.

Tendances ressortant des indicateurs globaux.

Outre les très forts accroissements des coûts par cas et le freinage de ceux-ci lors des dernières années, les indicateurs hospitaliers nous présentent les tendances globales suivantes: Sur 20 ans, le nombre de lits et de journées est en légère diminution, alors que le nombre d'hospitalisations (sorties) augmente de 2/5 (40%) et que les durées moyennes de séjour diminue (DMS) de 1/4²³.

C'est entre 1985-95 que les changements les plus importants interviennent avec une accélération des DMS.



²² G. Pedroni estimait dans un ouvrage déjà ancien (La demande dans le domaine de la santé..., 1984: 32) que le nombre des analyses pratiquées pour chaque malade admis en milieu hospitalier double tous les 8 ans.

²³Étant donné une modification du mode de calcul des DMS en 1986, les tendances à la diminution observées sont en fait sensiblement plus importantes que ce qui est indiqué ici.

Mises en rapport avec l'accroissement démographique, les diminutions du nombre de lits et de journées sont plus fortes (-1/5). Quant au nombre d'admissions par 1'000 habitants, il augmente de 1/4. [Voir graphique no2 en annexe no2].

Analyse des tendances par secteur²⁴.

Ce tableau général ne rend qu'imparfaitement compte de l'évolution spécifique aux différents secteurs de soins. Il correspond avant tout au secteur des soins aigus qui représente plus de 50% du nombre de lits et de journées et plus de 90% du nombre d'admissions tout au long de la période considérée.

Par secteur de soins, on assiste aux évolutions suivantes:

Le secteur *psychiatrique* voit son nombre de lits littéralement s'effondrer, alors que le nombre d'admissions augmente de 2/5 (40%) et que les DMS diminuent de 3/5 (60%).

Dans le secteur des *soins aigus*, on assiste à une augmentation de 2/5 (40%) du nombre de sorties, alors que les DMS diminuent de 1/5 (20%). Quant aux journées et aux lits, ils présentent une stabilité remarquable entre 1975-90, avec une tendance à la diminution sur les cinq dernières années.

Enfin, le secteur des soins de *longue durée* présente une hausse importante de tous ses indicateurs entre 1980-85, alors qu'entre 1990-95 les indicateurs lits, journées et DMS présentent de nettes tendances à la baisse, seul le nombre d'admissions indiquant un mouvement inverse.

Un mouvement généralisé de restructuration "à trois étages" ?

Les baisses constatées des DMS paraissent dues tant à des progrès médicaux qu'à des modifications de prise en charge et à une restructuration du système de santé.

L'effondrement des DMS dans le *secteur psychiatrique* témoigne de progrès médicamenteux, mais également du développement de solutions alternatives à l'institutionnalisation.

En *soins aigus*, la baisse des DMS relève tant de progrès médico-techniques — en particulier du développement d'une chirurgie moins invasive — que d'une modification des modes de prise en charge correspondant à un mouvement de transfert de patients vers les structures de soins chroniques et vers le secteur médico-social.

Les diminutions récentes des DMS observées pour le secteur des soins de *longue durée* renvoient-elles au développement du secteur médico-social et à un mouvement de transfert de patients entre secteurs de soins de longue durée et médico-social ?

L'absence de données nationales concernant les services de maintien à domicile ne nous permet pas d'apporter une réponse définitive à cette interrogation, mais un tel mouvement de transfert paraît probable.

L'évolution récente des indicateurs hospitaliers tendrait ainsi à indiquer l'existence d'un mouvement généralisé de restructuration "à trois étages" des systèmes de santé cantonaux caractérisé par un mouvement de transfert de patients des soins aigus vers les structures de soins de longue durée, et de ces dernières vers le secteur médico-social.

Pour autant qu'elle se confirme, cette restructuration "à trois étages" des systèmes de santé cantonaux serait particulièrement positive, car elle correspond à une **réponse adéquate** à l'évolution des besoins analysée plus haut.

Questions ouvertes: degré d'adéquation des capacités hospitalières aux besoins.

L'analyse de ces indicateurs hospitaliers nous a permis de dégager certaines tendances globales. Celles-ci sont cependant relativement abstraites face à un questionnement quant au degré d'adéquation des capacités hospitalières aux besoins.

Dans un article déjà relativement ancien, L. Bapst²⁵ [1992] soulevait les **questions** suivantes:

- Une hospitalisation est-elle absolument indispensable ?
- Le malade est-il hospitalisé dans un établissement approprié ?
- La relation entre le séjour hospitalier et le diagnostic est-elle raisonnable ?
- Les dépenses hospitalières répondent-elles aux impératifs de l'économie et de la pertinence du traitement ?

Force est de constater qu'en l'attente de statistiques plus élaborées, exprimant le détail des codes diagnostiques pouvant être mis en rapport aux indicateurs ici étudiés, ces questions ne peuvent rencontrer un début de réponse et qu'il paraît actuellement extrêmement difficile de

²⁴ Voir les graphiques détaillés en annexe no2.

²⁵ Service central des tarifs médicaux LAA, Lucerne.

juger de l'efficience des structures hospitalières et de leur degré d'adaptation aux besoins de la population.

Malgré cette absence de réponses, un rapide regard sur certains indicateurs internationaux laisse cependant songeur. La Suisse présente un nombre de lits comparativement très élevé et cette constatation prend toute son ampleur lorsque que l'on relève l'importance des effets d'offre dans le secteur sanitaire en général, et dans le secteur hospitalier en particulier.

2. Analyse comparative.

2.1 Situation de la Suisse en comparaison internationale.

Les indicateurs internationaux reportés ici sont repris d'une publication de l'OCDE [1995]. Des données exhaustives plus récentes que l'année 1990 n'ont pas été trouvées. Ces données peuvent cependant être mises en rapport avec l'enquête globale Veska concernant la même année.

Avertissement.

Le manque de connaissances concernant le nombre total de lits (en part. lits de soins de longue durée) affecte certainement d'autres pays que la Suisse et les chiffres concernant le nombre global de lits doivent donc être lus avec une très grande prudence.

Ceux concernant les soins aigus sont vraisemblablement beaucoup plus fiables.

De manière générale, seuls les ordres de grandeur doivent être considérés car il n'existe pas plus de consensus au sujet de la définition d'un lit hospitalier qu'au sujet des diverses catégories de lits.

Indicateurs OCDE, 1990.

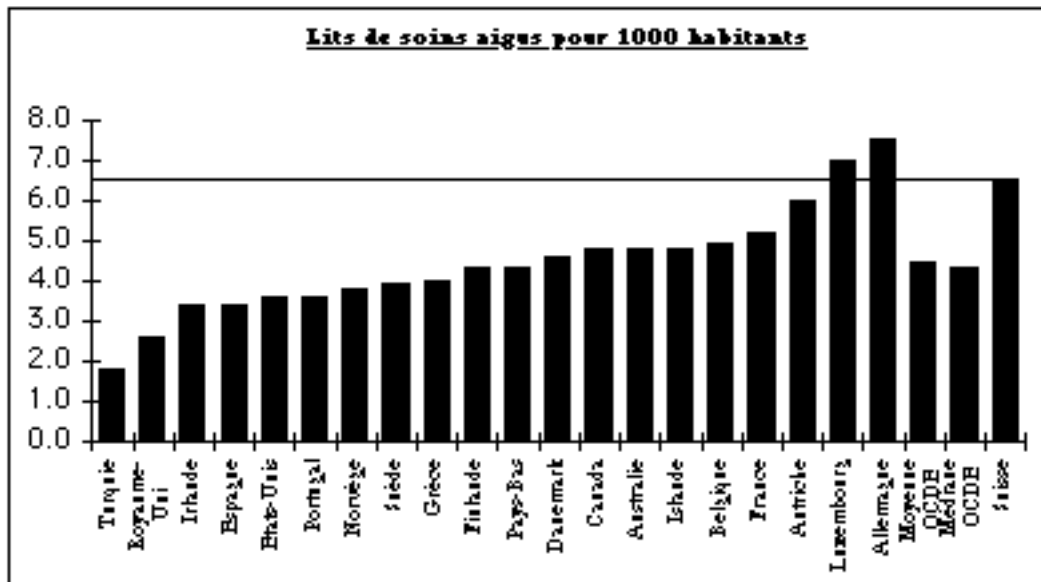
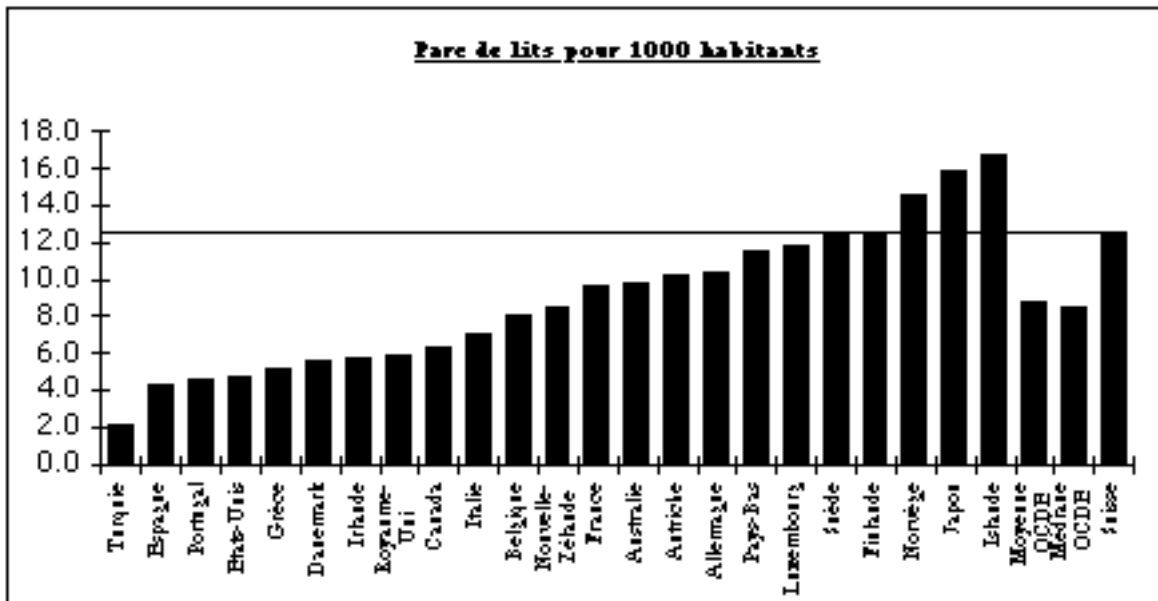
Les estimations concernant le nombre de lits en 1990 donnent l'image suivante des pays de l'OCDE pour 1990:

Nombre de lits pour 1000 habitants en 1990		
	Parc de lits	Soins aigus²⁶
Etats-Unis	4.7	3.6
Japon	15.8	...
Allemagne	10.4	7.5
France	9.7	5.2
Italie	7.1	...
Royaume-Uni	5.9	2.6
Canada	6.3	4.8*
Australie	9.8	4.8*
Autriche	10.2	6.0
Belgique	8.0	4.9
Danemark	5.6	4.6
Finlande	12.5	4.3
Grèce	5.1	4.0
Islande	16.7	4.8*
Irlande	5.7	3.4
Luxembourg	11.8	7.0
Pays-Bas	11.5	4.3
Nouvelle-Zélande	8.5	...
Norvège	14.5	3.8
Portugal	4.6	3.6
Espagne	4.3	3.4
Suède	12.4	3.9
Turquie	2.1	1.8
Moyenne OCDE²⁷	8.8	4.4
Médiane OCDE²⁸	8.5	4.3
Suisse	12.6	6.5

²⁶ Données manquantes pour le Japon, l'Italie et la Nouvelle-Zélande. Pour le Canada, l'Australie et l'Islande, signalés par un astérisque, les données indiquées sont celles de 1992.

²⁷ Sans la Suisse.

²⁸ Sans la Suisse.



Face à ces indicateurs internationaux, on constate qu'en 1990, la Suisse présente un nombre de lits par habitants nettement au-dessus des moyennes et des médianes des autres pays de l'OCDE. La Suisse se situe **dans le "peloton de tête"**, qu'il s'agisse du nombre global de lits ou du nombre de lits de soins aigus. Seuls le Japon, l'Islande et la Norvège ont un "parc" global de lits plus important et seuls l'Allemagne et le Luxembourg présentent plus de lits de soins aigus par 1000 habitants.

Qu'en est-il de la position de la Suisse pour 1995 ?

En extrapolant les diminutions que nous avons constatées pour la période 1990-95 au travers des enquêtes partielles réalisées par la Veska (voir tableau en annexe no 2) en supposant qu'elles conservent les mêmes proportions pour la globalité des établissements (-15%), de même que pour les établissements de soins aigus (-12%) qui ont été recensés par l'enquête globale de la Veska, on aurait en 1995:

- un "parc" de 10.7 lits pour 1000 habitants et
- 5.7 lits de soins aigus pour 1000 habitants.

Sans connaître les indicateurs OCDE concernant 1995, on doit se contenter de constater que la situation *supposée* de la Suisse en 1995 demeure toujours nettement au-dessus de la médiane (+21% pour les soins aigus) des autres pays de l'OCDE en 1990.

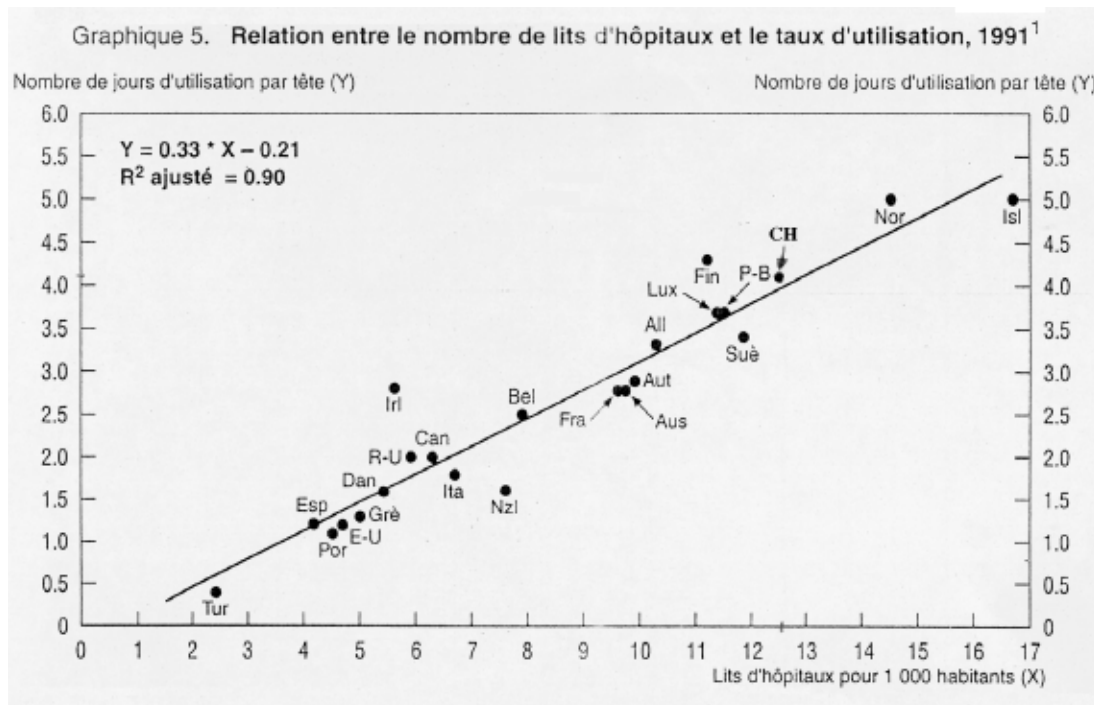
2.2. Nombre de lits des pays de l'OCDE et loi de Roemer.

Se focaliser sur le nombre de lits en tant qu'indicateurs des capacités hospitalières peut entraîner maintes interrogations, en particulier du fait que les réalités comptables et les capacités d'accueil des hôpitaux sont également déterminés par l'effectif et la nature du personnel et des installations médico-techniques.

Cependant, comme le relevait P. Gilliland en 1980: «le nombre de lits a une importance capitale: l'offre est déterminante. Plus il y a de lits, plus il y a de propension à hospitaliser, plus il y a de propension à prolonger les séjours...»[1980: 257].

Une telle assertion est fortement corroborée par l'étude de la relation entre le nombre de lits d'hôpitaux et le taux d'utilisation des divers pays de l'OCDE en 1990/91.

Relation entre le nombre de lits d'hôpitaux et le taux d'utilisation, 1990 (ou 91)²⁹.



Ce graphique démontre un très fort lien entre le nombre de lits et leur taux d'utilisation³⁰ et indique donc des effets d'offre très importants sur la demande.

²⁹ Tiré de OCDE [1995: 37]. Les données correspondent à l'année 1991 ou 1990 quand celles de 1991 ne sont pas disponibles. Le Japon n'est pas inclus. La Suisse a été rajoutée sur base de l'enquête globale de la Veska de 1992, et à partir de l'estimation du nombre de journées totales effectuée par A. Frei, S. Hill [1992: 21]. Soit en 1990, 28'086 mille journées et 6.8 mio d'habitants. Pondérés par la population, les indicateurs correspondent à 12.6 lits par 1000 habitants et 4.13 journées par habitant.

³⁰ Evoqué en termes de "journées", le taux d'utilisation rassemble deux facteurs, soit les durées moyennes et les taux d'hospitalisation.

Ce graphique regroupe de nombreux pays, parfois difficilement comparables du point de vue de leur structure socio-économique et de l'organisation de leur couverture sociale. Une lecture attentive fait par ailleurs ressortir deux groupes de pays situés à gauche et à droite du graphique. Ce regroupement des pays de l'OCDE peut donc paraître quelque peu cavalier. Cependant, relevons qu'a priori on aurait pu s'attendre à ce que le taux d'utilisation tende à diminuer lorsque le nombre de lits est plus élevé. Or c'est l'inverse qui apparaît de manière très nette. Et il semble difficile d'interpréter cette relation autrement qu'un phénomène d'induction de la demande par l'offre.

Les auteurs de la publication de l'OCDE [1995] parlent de "loi de Roemer"³¹ au sujet de ce phénomène, à savoir qu'un lit disponible est un lit occupé.

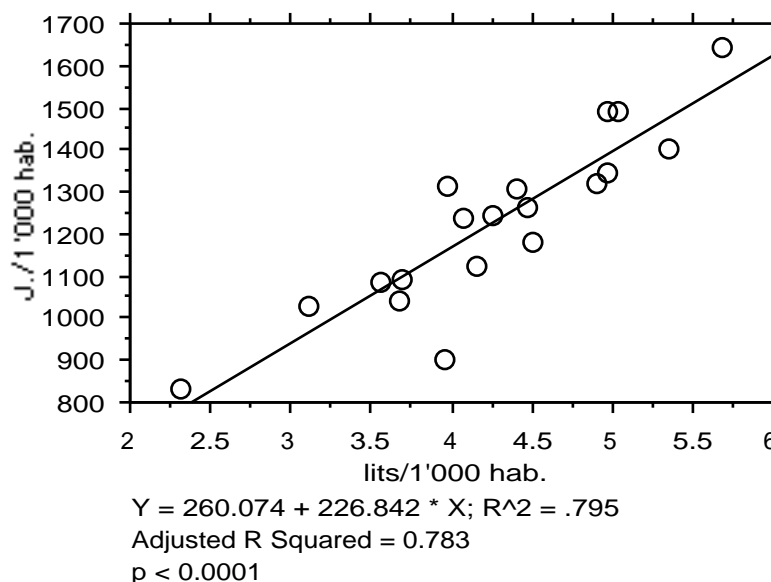
Comme le montre l'analyse qui suit, la loi de Roemer tend également à se vérifier au travers d'une étude comparative des cantons suisses.

2.3. Densité de lits de quelques cantons, taux de morbidité hospitalière et taux d'hospitalisation³².

Densité de lits et nombre de journées par 1'000 habitants (patients de toute provenance).

Une analyse des données publiées par la CDS³³ regroupant les 5 cantons universitaires et 14 autres cantons indique un taux de corrélation de 0.89 entre le nombre de lits et le nombre de journées par canton.

Le graphique suivant (régression) reprend les 19 cantons présents dans la statistique CDS en les distribuant par ordre progressif par rapport à leur densité de lits pour 1'000 habitants. Il démontre l'existence d'une forte association linéaire entre le nombre de lits et le nombre de journées par cantons³⁴:



Dans la suite de cette analyse, nous nous penchons sur les données CDS en nous limitant aux seuls cantons "non universitaires"³⁵ afin d'étudier le rapport entre densité de lits et taux d'hospitalisation et de morbidité hospitalière.

³¹ La référence citée réfère à un article qui a semble-t-il fait date...: M. Roemer, *Bed supply and hospital utilisation*, in *Hospitals*, 1er novembre 1961.

³² Pour une analyse sur le secteur ambulatoire mettant en lumière le rapport entre densité de médecins et coût moyen par assuré et par canton, voir G. Domenighetti, *Médecine ambulatoire: principal facteur de coût et d'inflation à la charge des assurés*, in *Médecine et hygiène*, no 56, 1998, 381-8.

³³ Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), *Indicateurs d'hospitalisation 1992-95*, ISE, Lausanne, octobre 1997.

Les données reportées ici concernent les hôpitaux publics de soins aigus.

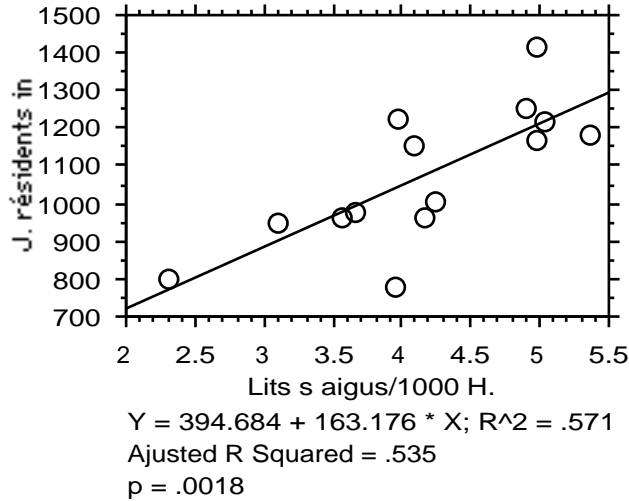
En annexe no3 figurent les données brutes tirées de cette publication, ainsi que le détail des résultats des analyses de régression présentées dans le corps du texte.

³⁴ Les valeurs indiquées dans ce tableau ainsi que celles qui suivent (lits, journées, cas) sont toutes mises en rapport avec la densité démographique de chaque canton. Le niveau du nombre de lits, de journées et de cas est exprimé par rapport à une unité commune correspondant à 1'000 habitants.

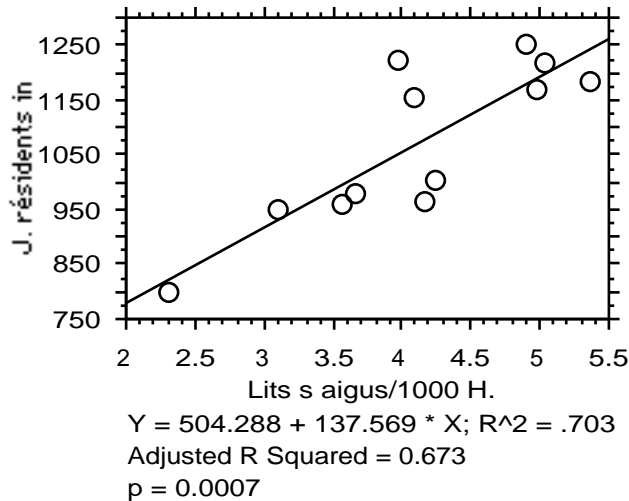
³⁵ Etudier la relation lits-journées et lits-cas pour les résidents des cantons dotés d'hôpitaux universitaires a peu de sens car ces cantons affectent une part relativement élevée — mais dont la proportion est variable pour

Densité de lits et nombre de journées de patients traités dans leur canton de résidence.

L'étude du rapport entre densité de lits et journées cumulées de patients traités à l'intérieur de leur canton de résidence indique un coefficient de corrélation de **0.76**. Les cantons "non universitaires" pris en compte par la statistique CDS (en part AI et JU) présentent cependant une disparité quant à ce rapport.



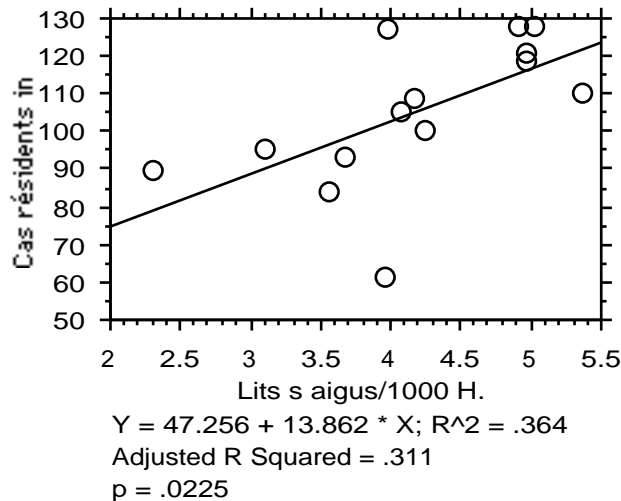
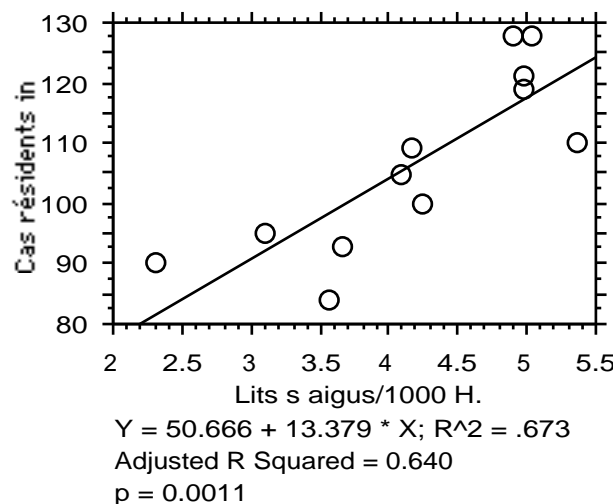
Sans AI et JU:



chacun d'eux — de leurs lits à des patients d'autres cantons, ce qui biaise l'analyse du rapport entre leur parc de lits et les données relatives à l'hospitalisation de leurs propres résidents.

Densité de lits et nombre de patients hospitalisés dans leur canton de résidence.

Une analyse limitée aux seuls 14 cantons "non universitaires" en ce qui concerne la relation entre le nombre de lits et le nombre de patients hospitalisés dans leur canton de résidence indique également un coefficient de corrélation significatif ($R = 0.60$). Cependant, certains cantons (en part. AI et VS) se distancient notablement des autres quant au rapport lits-admissions de résidents dans leur canton.

**Sans AI et VS:****Observations intermédiaires.**

L'étude du rapport entre le nombre de lits et le nombre de journées et d'admissions de patients hospitalisés dans leur canton de résidence dégage donc une corrélation positive tant pour la relation lits-journées ($R=0.8$) que pour la relation lits-cas ($R=0.6$).

L'analyse de régression confirme ces deux corrélations tout en indiquant l'existence de variations entre les cantons, ceci en particulier pour ce qui concerne la relation lits-cas³⁶.

Au-delà de ces variations on peut *globalement* affirmer que plus un canton a de lits, plus le nombre de journées et d'admissions de résidents traités à l'intérieur de ses frontières est élevé.

La question qui vient à l'esprit est cependant de savoir si les "échanges" de patients entre cantons ne vont pas niveler entre ceux-ci le nombre de journées et d'admissions de leurs

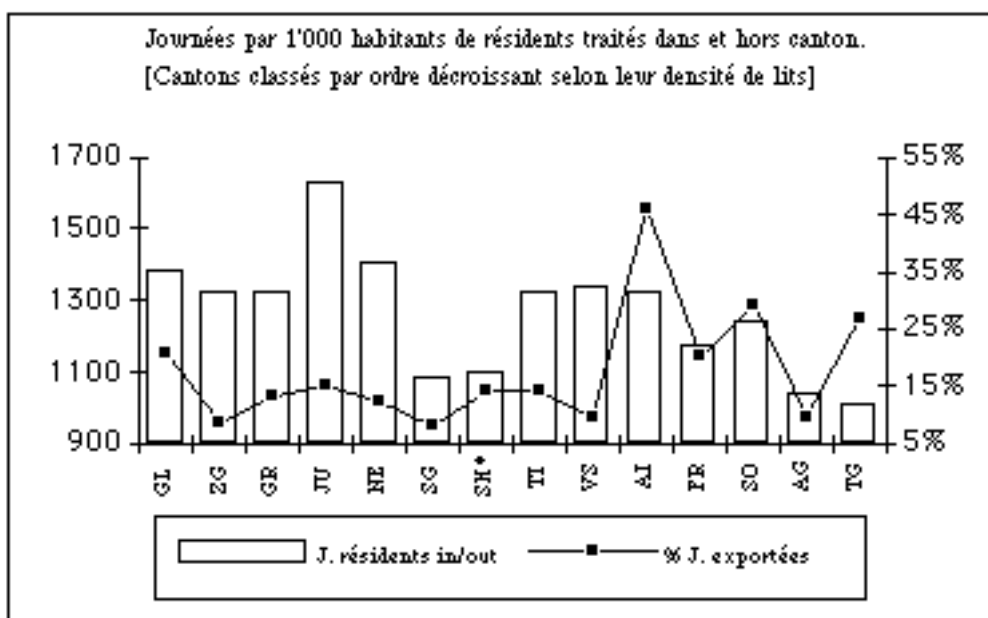
³⁶ La relation moins forte entre le nombre de lits et de cas n'est pas étonnante dans le sens où ce qui compte avant tout dans la logique d'un gestionnaire d'hôpital financé selon le nombre de journées est avant tout le nombre de ces dernières. Un financement hospitalier basé sur un prix forfaitaire par cas tendra quant à lui à induire une diminution des DMS et une intensification de la "productivité" hospitalière (nombre de cas traités).

résidents ce qui, à l'extrême, pourrait aboutir à la disparition de toute corrélation effective entre le nombre de lits de chaque canton et ces deux valeurs.

La statistique CDS nous permet de répondre à cette question, car elle présente également un décompte du nombre de journées et de cas "exportés" pour les résidents de chaque canton. Ainsi, en additionnant les hospitalisations hors canton aux hospitalisations à l'intérieur du canton de résidence, on obtient le total général du nombre de journées et de cas pour 1000 habitants de chaque canton.

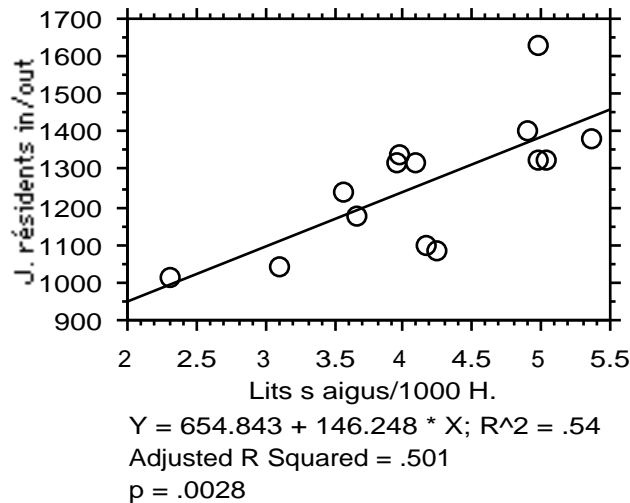
Densité de lits et nombre global de journées des résidents.

Bien que l'on observe des taux d'exportation plus importants pour les cantons ayant les plus faibles densités de lits, l'analyse globale du nombre de journées exportées révèle que celui-ci n'est pas inversement proportionnel au nombre de lits, ce qui réfute l'hypothèse du nivellement généralisé du nombre de journées des résidents par "échange" de patients entre cantons. 9 des 14 cantons étudiés ont un taux de journées exportées compris entre 10 et 15% et 4 cantons un taux variant entre 20 et 30%. Un demi-canton exporte presque 50% de ses journées.



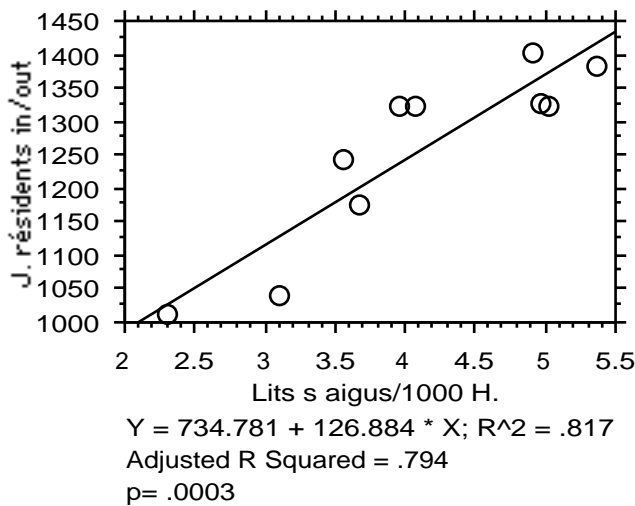
Une analyse de corrélation entre la densité de lits et le total de journées d'hospitalisation des résidents de chaque canton indique un coefficient élevé ($R=0.74$), ce qui confirme le rejet de l'hypothèse du nivellement généralisé.

On observe par ailleurs qu'en dehors d'un rehaussement important d'un "outlier" inférieur (AI), le rapport lits-journées totales des résidents de chaque canton conserve globalement la même disparité que dans le cas de ce même rapport pour les journées de patients hospitalisés dans leur canton de résidence:



En excluant 4 cantons présentant des données "excentriques" par rapport à "l'ensemble" on obtient le modèle de régression suivant³⁷:

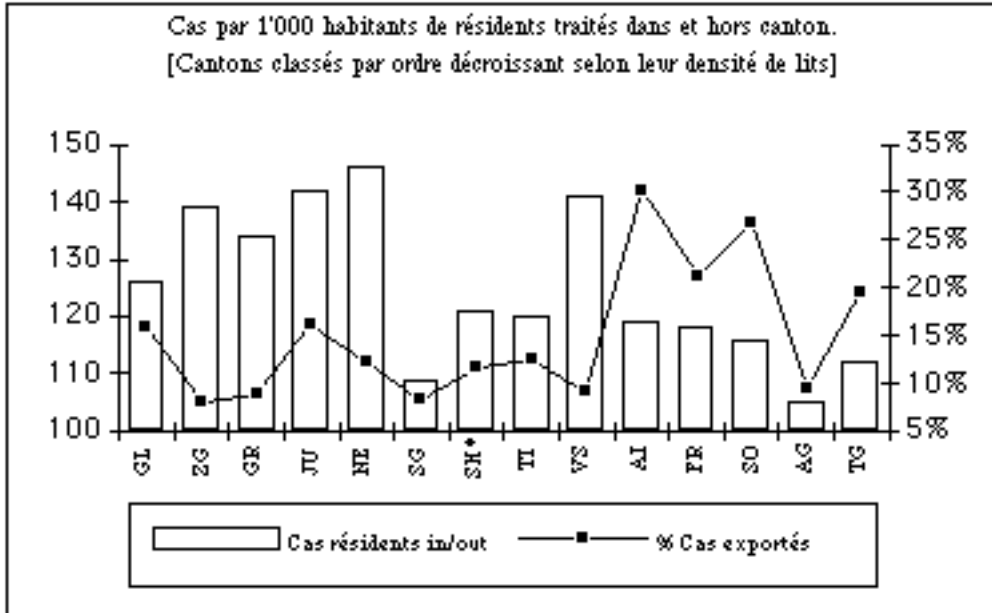
Sans SG, SH, JU et VS:



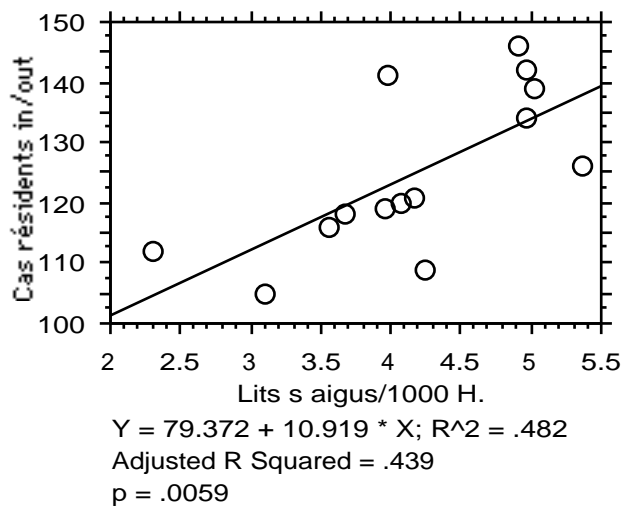
³⁷ Notons le faible effectif (N=10) qui exigerait que les taux de corrélation indiqués en bas de la figure soient confirmés par une analyse non paramétrique (p.ex. test de Spearman, lequel confirme la présente corrélation). Nous renonçons ici à effectuer celle-ci en observant la forte association des deux variables et en retenant en premier lieu les taux de corrélation concernant l'analyse incluant les 14 cantons (N=14).

Densité de lits et nombre total de résidents hospitalisés.

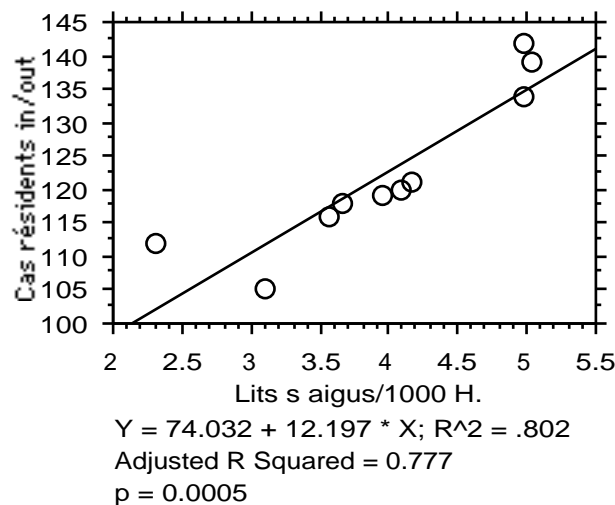
L'étude des taux d'exportation des cas d'hospitalisation par canton et l'observation de la relation lits-cas incluant ceux-ci entraîne les mêmes remarques que celles qui viennent d'être faites au sujet de ces mêmes éléments exprimés en termes de journées. L'hypothèse de nivellement généralisé peut donc également être rejetée ici pour la relation entre la densité de lits et le nombre de personnes hospitalisées par canton.



Si le coefficient de corrélation est relativement élevé ($R = 0.69$), on observe également l'existence d'une importante disparité du rapport entre la densité de lits et le total des résidents hospitalisés de chaque canton.



Un modèle de régression "ajusté" peut être obtenu après avoir extrait 4 cantons de l'analyse: Sans VS, SG, NE et GL³⁸:



Conclusion de la seconde partie de l'analyse inter-cantonale.

Le rejet de l'hypothèse du nivellement généralisé "par exportation" confirme l'existence du lien entre densité de lits et taux de morbidité hospitalière, de même qu'entre densité de lits et taux d'hospitalisation.

2.4. Secondes conclusions sur l'offre hospitalière.

Commencée avec une comparaison de la Suisse et des autres pays de l'OCDE l'analyse comparative des indicateurs hospitaliers nous a montré que la Suisse se situe dans le peloton de tête de l'OCDE, ceci tant pour ce qui concerne le parc hospitalier global que pour le nombre de lits de soins aigus.

La poursuite de l'analyse nous permis d'introduire la loi de Roemer selon laquelle tout lit disponible est un lit occupé: plus le nombre de lits des différents pays de l'OCDE est élevé, plus le nombre de jours d'utilisation par habitant l'est aussi.

Enfin, une analyse comparative concernant les cantons suisses a confirmé la relation entre le nombre de lits et le nombre de journées et — fait plus étonnant — a également montré qu'il existe une corrélation positive entre le nombre de lits des cantons et le taux d'hospitalisation de leurs résidents.

Ainsi la signification de la loi de Roemer ne se cantonne pas à des aspects "administratifs et gestionnaires" de la réalité hospitalière renvoyant à des questions d'efficacité (DMS). Le fait que les taux d'hospitalisation des résidents des cantons dépende en grande partie de la densité du parc hospitalier indique que celle-ci concerne également pleinement la "rationalité médicale"³⁹. Certes, des variations de la morbidité hospitalière et des taux d'hospitalisation peuvent être partiellement expliquées par des variations démographiques, mais celles-ci ne sauraient être un facteur suffisant pour expliquer l'ampleur des différences observées, desquelles ressortent des effets d'offre évidents.

L'importance de ces effets d'offre souligne la carence de facteurs de régulation qui a longtemps caractérisé le secteur sanitaire.

D'un côté, la facturation "à la journée" qui a été le mode de paiement dominant de ces dernières décennies a correspondu à un facteur d'inflation auquel ne s'opposait aucun garde-fou; de l'autre, la "demande" n'a ni les moyens d'être un facteur de pression à l'efficacité et à la qualité (manque d'informations), ni les ambitions de le devenir du fait de l'effet pervers de

³⁸ Voir note de bas de page précédente. Le test de Spearman confirme également cette relation.

³⁹ Au sujet de la variation des pratiques médicales, voir en particulier G. Domenighetti et al 1987 ET G. Domenighetti et al 1996.

la couverture d'assurance qui correspond à un élément incontournable du droit à la santé, mais qui n'en reste pas moins déresponsabilisante.

L'introduction d'un financement hospitalier basé sur un remboursement prospectif par cas correspondra sans aucun doute à une forte diminution des DMS et à un alignement de celles-ci sur des moyennes nationales, alignement auquel pousse également l'article 41.1 LAMal qui envisage, qu'en cas de surcapacités hospitalières, les assureurs puissent réduire leur participation au financement (voir section I.B.3).

Relevons que si, dans le cadre d'un financement se basant sur un coût prospectif par cas, la logique du gestionnaire d'hôpital devrait être de diminuer les durées d'hospitalisation, il n'en va pas de même pour ce qui concerne les admissions. Ce mode de financement tendrait en effet à avoir pour effet pervers d'inciter à une augmentation du nombre de cas traités.

Ainsi, une régulation par les prix dans le secteur hospitalier suisse ne semble pas pouvoir se suffire à elle-même. Les nouveaux outils de régulation qui se mettent peu à peu en place (revues d'hospitalisation, normes de qualité, protocoles de soins, financement prospectif centrés sur des réseaux de soins) pourront peut-être constituer une réponse adéquate aux problèmes de qualité et aux effets d'induction. A moins que la régulation quantitative centralisée, mise en oeuvre dans le cadre des planifications hospitalières, continue à être mobilisée par les cantons (c.f. conclusions et perspectives).

Abordons à présent les méthodes projectives mises en oeuvre dans le cadre de planifications hospitalières afin d'estimer les capacités futures nécessaires.

III. Approches et méthodes d'évaluation des capacités hospitalières nécessaires.

III. Approches et méthodes d'évaluation des capacités hospitalières nécessaires.

1. Planification des services de santé: définition, concepts et modes d'approche.

1.1. Définition et délimitation des éléments abordés.

Comme le dit G. Tinturier¹ [1988:243], l'objectif «en matière de gestion du système de soins consiste ... à rechercher la meilleure adéquation possible entre les besoins de la population et les soins fournis par les services de santé».

L'un des moyens pour tendre vers cet objectif correspond à la planification qui «découle des résultats de l'ensemble des recherches et des options dont elle est la traduction. La planification de santé est un effort d'organisation, de coordination des objectifs et de prévision pour augmenter la capacité de maîtriser les événements, par l'élaboration raisonnée des priorités et la mise en oeuvre rationnelle des moyens...» [Gilliand, 1980: 226].

«Planifier implique donc un important travail préalable sur ce qui est connaissable (passé et présent) et identifiable dans le futur. La planification est ainsi un "réducteur d'incertitudes". Mais tout n'est pas prévisible et de loin! Aussi –un- des scénarios sont à élaborer, correspondant à un (des) possible(s) du futur. Une réflexion éthique est en conséquence indispensable. Mais les idéologies sont diverses ... Aussi les options doivent-elles être négociées démocratiquement... De ce fait, la planification relève à la fois de la rationalité (recherche, prévision), de l'imagination (originalité et cohérence des scénarios), et de la négociation entre partenaires et partis politiques. Les **trois approches** sont incontournables dans un pays pluraliste, pour préparer correctement les décisions d'une part, prendre les décisions politiques en connaissance de cause d'autre part, après en avoir pesé les avantages et inconvénients potentiels» [Gilliand, 1996: 77].

Par rapport à cette définition de la planification qui distingue trois types d'approche, le présent travail a pris d'emblée l'option de se pencher sur les éléments relatifs à **la première**, en cherchant à établir les bases méthodologiques de l'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires.

De telles évaluations aboutissent à des normes quantitatives sur base desquelles s'établit une régulation quantitative et structurelle de l'offre.

Avant de nous concentrer sur ce cadre méthodologique, quelques remarques concernant l'approche des besoins s'imposent.

¹ Service de la Santé publique et de la planification sanitaire du canton de Vaud.

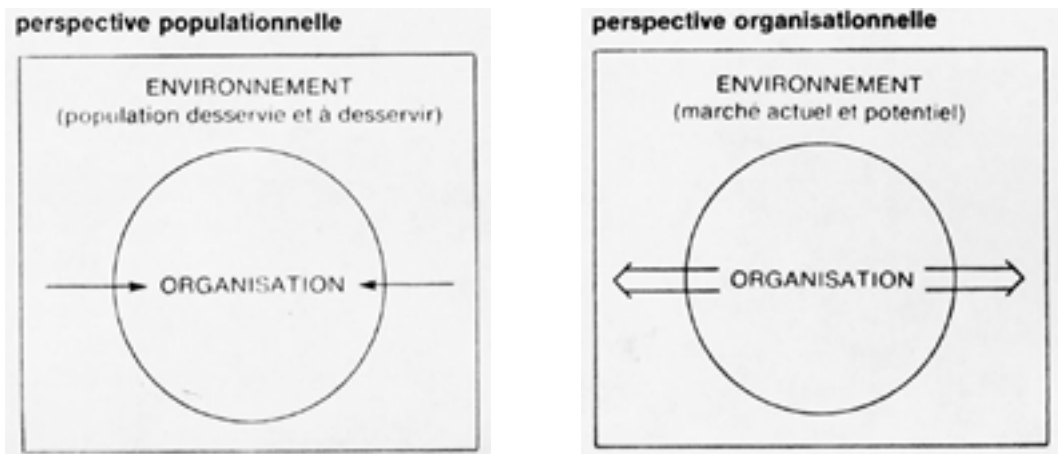
1.2. Planification des services de santé et évaluation des besoins: concepts et modes d'approche.

Selon l'OMS, «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité» [Etat de Vaud, NOPS, 1997: 57]. Cette définition souligne la difficulté de cerner ce que recouvre le concept de "santé" qui apparaît potentiellement sans limites. Et il en est logiquement de même des "besoins" de santé.

Face à la problématique de l'évaluation des besoins de santé, on peut avec R. Pineault et C. Daveluy [1986: 42] différencier typologiquement deux types d'approche.

La première, qualifiée de "**populationnelle**" est axée sur les besoins de la population et a comme point de départ ces besoins auxquels les organismes de santé doivent s'adapter.

La seconde, nommée perspective "**institutionnelle**" ou "**organisationnelle**" est axée sur l'organisation, ses forces internes ou ses faiblesses et considère la population desservie comme une contrainte de l'environnement qu'il est possible «d'influencer et de modifier au travers de techniques de marketing appropriées».



[Tiré de Pineault et Daveluy, 1986: 42 et 43]

Alors qu'une approche d'évaluation des besoins axée exclusivement sur les organismes de santé apparaît d'emblée vidée de son sens, une approche focalisée sur les besoins de santé pose d'importantes questions d'opérationnalisation².

D'une part, comme nous l'avons déjà relevé, les besoins de santé sont potentiellement illimités et le problème central qui se pose dans le cadre d'une approche centrée sur ceux-ci est donc de sélectionner les problèmes prioritaires. Cette sélection suppose une définition préalable de **critères déterminant les priorités**. Or, ces derniers sont multiples et souvent difficiles à mettre objectivement en oeuvre dans le domaine sanitaire (en particulier, critère coût/efficacité).

Une telle sélection des priorités futures apparaît en outre d'ailleurs d'autant plus difficile à effectuer qu'il lui manque un point de référence solide en tant que base de départ. En effet, étant donné, l'**incertitude** caractérisant "l'art médical", les différences de pratique médicale et l'importance des **effets d'offre** qui caractérisent en grande partie l'économie sanitaire, des valeurs tels les taux actuels d'hospitalisation ne reflètent que très partiellement les besoins "réels" de la population.

D'autre part, une approche ayant pour base les seuls besoins de santé débouche sur des **questionnements de fond** relatifs aux directions dans lesquelles les efforts (dépenses) de santé sont actuellement dirigés.

² Le lecteur intéressé de consulter un exemple d'une telle tentative peut se reporter sur la Planification qualitative du système de santé genevois [Département de l'action sociale et de la santé, Genève, janvier 1998] laquelle a cependant été dressée parallèlement — voire en complément — à une planification définissant de façon normative et structurelle le futur des services de santé.

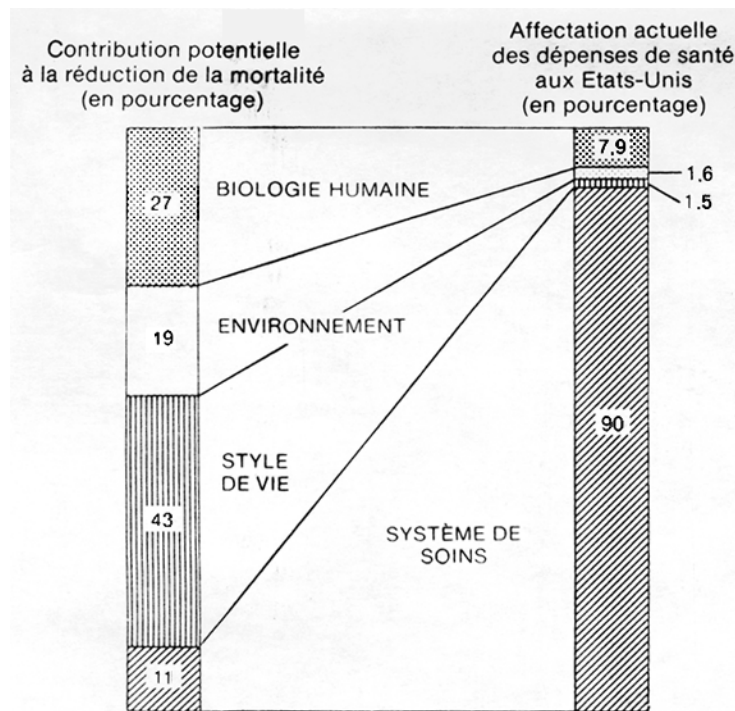
Plusieurs auteurs notent en effet que le degré de contribution des divers facteurs influençant la santé n'est pas corrélé de façon positive aux efforts déployés.

La figure suivante tirée de Pineault et Daveluy [1986] est souvent reprise dans la littérature consacrée à la problématique des besoins sanitaires³.

Elle indique à sa gauche le degré de contribution potentielle de différents facteurs génériques à une réduction de la mortalité aux Etats-Unis. Les contributions les plus importantes renvoient au mode de vie, alors que celles du système de soins demeurent marginales.

Le côté droit de la figure indique quant à lui les dépenses dirigées vers chacun des différents déterminants de santé. Le système de soins absorbe plus de 90% des dépenses de santé. Comme le disent Pineault et Daveluy, «ces données sont de nature à nous faire réfléchir sur le rendement marginal des investissements dans le domaine de la santé»⁴.

Déterminants de santé et affectation des ressources.



[Tiré de Pineault et Daveluy, 1986: 22]

Au terme de ces différentes remarques, nous constatons que des approches de planification centrées sur les besoins paraissent d'emblée limitées par les difficultés méthodologiques de conceptualisation et de quantification des besoins, de même que par les difficultés d'opérationnaliser certaines des conclusions auxquelles elles tendraient vraisemblablement.

Face aux importants problèmes de mise en oeuvre d'une planification axée sur les besoins, Pineault et Daveluy, concluent quant à eux en affirmant «le modèle le plus approprié

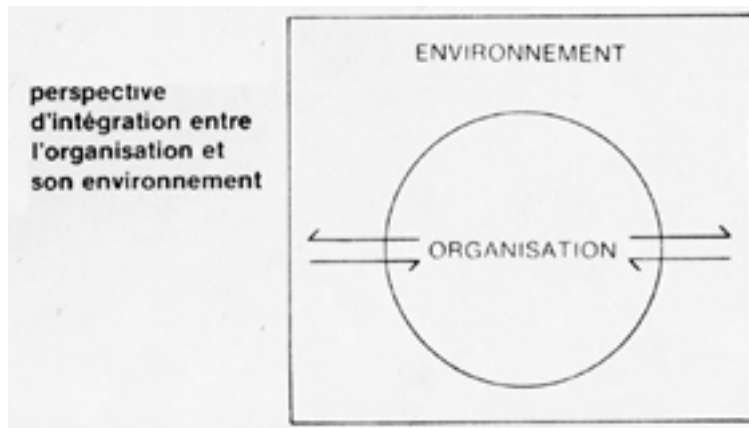
³ La référence originale correspond à G., Dever, *An epidemiological model for health policy analysis*, in *Soc. Ind. Res.*, 1976, vol. 2, p. 465.

⁴ Une telle réflexion nous dirige vers les actions sociales de prévention, lesquelles ne peuvent éviter de penser la nécessité de modifier également les cadres de vie sur lesquels les modes de vie des individus sont greffés. Elle débouche également sur l'existence d'inégalités sociales face à la maladie.

Au sujet des différences entre couches sociales concernant le rapport au corps et à la santé, on pourra consulter un article de F. Osiek-Parisod [*Rapport à la santé, pratiques préventives...*, 1991]. Cet article rend compte d'une enquête, effectuée auprès de 300 mères d'enfants genevois, qui aboutit à la conclusion que le souci face au corps, la préoccupation pour la santé, augmente corrélativement à un niveau social élevé.

Ph. Lehman et al [*Les inégalités sociales face à la santé...*, 1988] ne parviennent pas à dégager des évidences concernant les inégalités sociales de santé, ceci principalement du fait d'importants problèmes quant à la catégorisation socio-économique des individus. Ils dégagent cependant une accumulation d'indices intéressants.

semblerait en être un de compromis où l'organisation établit des liens d'interaction avec son environnement» [Ibid: 44]:



[Tiré de Pineault et Daveluy, 1986: 44]

Si un tel modèle apparaît souhaitable, on peut cependant se demander quelles sont les bases d'analyse des besoins permettant d'aboutir à une telle synthèse dialectique. Les problèmes propres à ces dernières restent en effet non dépassés !

Ainsi, si on ne peut retenir que pour positif tout effort visant un certain équilibre d'évaluation entre tendances relatives aux besoins et tendances relatives à l'offre, on peut cependant relever que l'exercice de planification sanitaire tendra à rester marqué par une **asymétrie** des sources d'analyse, les conclusions relatives aux tendances lourdes du côté de l'offre pouvant être fondées sur des données statistiques élaborées (DRG ou GPH), alors que celles concernant les besoins butent sur d'importantes difficultés et reposent sur des évaluations d'emblée beaucoup plus intuitives.

1.3. Planification hospitalière et approche des besoins.

La planification hospitalière est traversée par les mêmes difficultés d'approche des besoins. Certaines importantes tentatives d'approche détaillée de ceux-ci méritent cependant d'être signalées.

Ainsi, le modèle de planification retenu par le Département de la santé des Pays-Bas au milieu des années 80 a-t-il développé des scénarios relatifs à la prévalence future de certains groupes de pathologies d'ici à 2010, en prévoyant par exemple une baisse importante des pathologies liées à une maladie ischémique du cœur [Gunning-Schepers, 1988].

Ce type de planification vise à mettre sur pied une programmation hospitalière très fine quant à l'évolution des différentes pathologies, en allant jusqu'à décider sur cette base du contenu de la formation des médecins, ou du développement de tel ou tel service hospitalier.

Bien qu'un tel effort de prospective apparaisse positif du fait qu'il *tente* de coller au plus près de l'évolution supposée des besoins, une telle approche rencontre cependant les mêmes limites et problèmes entrevus plus haut.

- D'une part se pose le problème de la sélection de critères permettant de définir des priorités.
- D'autre part, les indicateurs actuels (p. ex taux de morbidité hospitalière) ne peuvent que difficilement être considérés comme rendant compte de besoins "réels" actuels⁵.
- En outre, il semble très difficile de dresser une estimation détaillée de l'impact de la diversification actuelle des modes de prise en charge sur le niveau futur de ces indicateurs.
- Enfin, l'évolution de la prévalence des pathologies reste malgré tout hautement incertaine⁶.

⁵ Voir l'analyse supra (section II.B.2.3) dégageant à partir des données de la CDS l'importance des effets d'offre dans le domaine hospitalier.

⁶ Les problèmes de santé spécifiques aux cohortes futures de population sont difficilement prédictibles au-delà de certaines tendances plausibles et les pathologies traitées dans le futur au sein du secteur hospitalier dépendent tant des problèmes de santé de la population que de l'apparition de nouvelles thérapies ouvrant de nouvelles perspectives curatives.

C'est sans doute pour ces différentes raisons que la perspective habituellement retenue en planification hospitalière correspond à une évaluation se faisant *avant tout* sur base de tendances visibles à partir d'une analyse de l'offre hospitalière (statistiques hospitalières), l'intégration de l'évolution des besoins de la population en soins hospitaliers ne faisant pas l'objet d'une approche prospective détaillée (ie. scénarios).

2. Méthodes d'évaluation des capacités hospitalière futures nécessaires.

2.1 Introduction.

La planification hospitalière est une technique de régulation qui a connu son essor lors des années 60 et 70. La juxtaposition des institutions et la multiplication des prestataires de soins ont rendu nécessaire le développement d'éléments de régulation au sein du système sanitaire et c'est une régulation administrative qui se mit alors en place.

Un agent central, l'Etat, développe un certain nombre de normes quantitatives, de règles de fonctionnement et codifie des procédures visant à ordonner quelque peu le comportement des agents sanitaires. Sortant d'une unique fonction de payeur, l'Etat devient de plus en plus pilote des systèmes de soins qui se centralisent. C'est cependant un pilote dont les capacités de conduite demeurent limitées, car la planification bute sur des incertitudes irréductibles et la régulation centralisée est marquée par une forte distance et une asymétrie d'information entre les prestataires de soins et l'administration centrale, garante de l'intérêt général et d'une allocation optimale des ressources. Ainsi, la régulation administrée est-elle caractérisée par l'aspect élémentaire des normes et des règles qu'elle met en place.

En dehors d'un affinement de plus en plus poussé des analyses projectives des besoins qui pourrait ouvrir de nouvelles perspectives à la régulation administrée, la méthode d'estimation des capacités hospitalières mise en oeuvre dans le cadre de la planification hospitalière est demeurée axée sur les mêmes critères de base depuis ses premières applications.

Ces critères déterminant les capacités nécessaires de l'offre hospitalière sont centrés sur l'indicateur-lit. Celui-ci est utilisé pour rendre compte de la capacité de prise en charge de malades par les structures hospitalières et réguler quantitativement et structurellement celle-ci. Utilisé en tant qu'indicateur "synthétique" des capacités de l'offre, l'indicateur-lit peut être mis en rapport avec d'autres indicateurs (nombre d'admissions, durée moyenne de séjour, taux d'occupation). Il a sans doute également pu être utilisé pour établir des règles sommaires de gestion (densité de personnel par lit, coût par cas, etc).

2.2. Critères déterminants.

Les divers documents de planification consultés⁷ rendent compte d'une même approche de base concernant l'estimation des capacités hospitalières.

⁷ Sans être exhaustif:

- Institut für Gesundheits-System-Forschung, Study of methodes to determine bed-to-population rations and their use, Kiel, 1989. [Etude commandée par l'OMS-section Europe].
- Conseil d'Etat de Neuchâtel, Rapport d'information au Grand Conseil concernant une nouvelle étape de planification hospitalière, Neuchâtel, février 1995.
- Gilliland, P., Système de santé du canton de Fribourg. Rapport à l'intention de Mme Rùth Lüthi, Maracon, décembre 1994.
- Commission de planification hospitalière du canton de Fribourg, Rapport final à l'intention du Conseil d'Etat, Fribourg, février 1997.
- ISH, Organisation hospitalière du canton du Valais, Lausanne, août 1992.
- ISP, Révision des normes de dotation de lits en soins aigus, Lausanne, novembre 1996.
- SCRIS, Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005, Lausanne, avril 1997.

Les critères déterminants sont:

- le nombre de patients traités
- la durée de moyenne de séjour (DMS)
- le taux d'occupation cible

L'approche est centrée sur l'équation suivante:

$$\text{Nombre de lits} = \frac{\text{Nombre de journées réalisées}}{365 \times \text{Taux d'occupation cible}}$$

Ou, de manière plus détaillée:

$$\text{Nombre de lits} = \frac{\text{Nombre de patients traités} \times \text{Durée moyenne de séjour}}{365 \times \text{Taux d'occupation cible}}$$

Comme nous l'avons déjà fait remarquer en considérant les difficultés d'analyse des besoins, l'estimation concernant le *nombre de patients traités* part généralement du taux actuel d'hospitalisation. Celui-ci peut (devrait) toutefois être mis en rapport avec l'évolution démographique attendue⁸, de même qu'avec les modifications intervenant dans les modes de prise en charge des patients (diversification des structures de soins).

Quant à la *durée moyenne de séjour* (DMS)⁹, celle-ci fait l'objet de projections à partir des tendances actuelles.

Enfin, le *taux d'occupation*¹⁰ adéquat est généralement estimé à 80 ou 85% pour le secteur des soins aigus compte tenu d'une variation importante du nombre d'admissions durant l'année et d'une marge de réserve de capacité d'accueil à maintenir. Un taux avoisinant les 100% est par contre applicable pour le secteur des soins de longue durée.

Exemple.

Par rapport à l'équation précitée, on peut évoquer de manière simplifiée l'exemple fictif suivant qui tient compte des réalités helvétiques actuelles:

Au sein d'une région hospitalière de 300'000 habitants, on a dénombré 44'000 entrées dans les hôpitaux de soins aigus. Celles-ci représentent 528'000 journées, soit une DMS de 12 jours. Sur un an, il faut 528'000/365 lits occupés à plein temps pour faire face à ce "besoin". En prenant en compte la souplesse nécessaire dans la gestion des services, les capacités nécessaires correspondent à $(528'000) \div (365 \times 0.85)$, soit 1700 lits et 5.6 lits par 1000 habitants.

2.3. Indicateurs de base et complexité de l'approche prospective.

Face à ces différents indicateurs servant de base à l'estimation des capacités hospitalières, l'exercice de planification consiste à estimer l'évolution et le niveau futur de ces différentes valeurs à moyen terme.

Le domaine sanitaire ne se réduisant pas aux établissements hospitaliers, il importe qu'une telle évaluation dépasse un point de vue sectoriel pour considérer les restructurations globales du système de santé que les tendances lourdes concernant l'évolution des besoins de santé de la population rendent nécessaires. De plus, outre les déplacements de la "demande" entre secteurs de soins (en particulier secteurs médico-social et hospitalier), la prospective doit évaluer les grandes lignes de la réorganisation des capacités hospitalières (en part. soins aigus et de longue durée) en aboutissant à une définition de la répartition géographique de celles-ci.

⁸ Celle-ci fait aujourd'hui l'objet de scénarios prospectifs détaillés servant de base aux administrations cantonales et fédérales (voir supra, partie II.A.2.2, le scénario développé à Berne).

⁹ [Nombre de journées d'hospitalisation ÷ nombre d'entrées]

¹⁰ [(Nombre de patients x DMS) ÷ (Nombre de lits disponibles x 365)]

Rappelons rapidement les tendances lourdes¹¹ qui ont été dégagées dans les parties II.A et II.B de ce travail.

Remarque:

Notons que la présente étude se concentrant sur la planification hospitalière, nous n'aborderons pas ici le domaine des soins extra-hospitaliers. En outre, l'essentiel de l'effort évaluatif des documents de planification portant sur le secteur des soins aigus, nous nous sommes également focalisés sur les méthodes projectives employées pour celui-ci.

2.4. Rappel des tendances lourdes.

Etant donné le fort lien reliant âge et besoins de prestations de soins, l'évolution démographique constitue une donnée centrale pour évaluer les **besoins de santé futurs**.

Lors de ces prochaines décennies, l'amélioration de l'espérance de vie à 65 ans se traduira par une augmentation quantitative importante de la demande de soins.

Cependant, l'accroissement du nombre de personnes âgées correspond également à un renforcement des tendances caractérisant le schéma de morbidité actuel, c'est-à-dire à un accroissement des maladies chroniques et dégénératives.

Cette évolution qualitative des besoins nécessite une diversification des modes de prise en charge et les pouvoirs publics sont appelés à développer les structures médico-sociales (en part. services de maintien à domicile) tout en adoptant des politiques adéquates dans d'autres domaines concernant les personnes âgées (politique du logement, amélioration des prestations AVS/AI, etc). On peut convenir avec P. Gilliland qu'à cette évolution qualitative de la demande devrait correspondre une approche systémique du secteur sanitaire et un "processus substitutif" de transformation structurelle de celui-ci: «Ainsi, la création d'établissements médico-sociaux doit en principe avoir pour corollaire une diminution du nombre de lits hospitaliers. L'accroissement du nombre de médecins-praticiens et l'extension des services de maintenance à domicile doivent en principe étendre le champ des prestations ambulatoires et raccourcir le placement institutionnel, etc» [Gilliland, 1994]¹².

De manière "intuitive" et globale, et pour autant que les cantons entreprennent un tel processus substitutif de leur système de soins — en développant en particulier les services de maintien à domicile — on peut estimer que l'accroissement du nombre de personnes âgées ne se traduira pas par un fort accroissement des besoins de lits d'hôpitaux. L'hypothèse la plus forte retenue à ce niveau pouvant être celle du statu quo.

Au niveau de l'évolution concernant **l'offre hospitalière**, le principal élément qui se dégage est une chute de la durée moyenne de séjour (DMS), dont les causes renvoient tant au mouvement de restructuration déjà en cours du système de soins, qu'aux progrès médicaux et à la pression des coûts en forte hausse. Ainsi, bien que l'on observe un fort accroissement du taux d'hospitalisation de la population, la chute des DMS compense celui-ci, en aboutissant même à une tendance à la diminution du nombre de journées d'hospitalisation par habitant.

Le prolongement des tendances concernant la chute récente des DMS et la baisse du nombre de journées par habitant conduit à prévoir une diminution du nombre de lits nécessaires.

¹¹ Celles-ci se vérifient globalement au niveau des pays qui nous environnent, de même qu'au sein des différents cantons suisses.

¹² Notons que l'offre en hébergement de longue durée (homes) est dans maints cantons caractérisée par la pléthore, mais l'un des enjeux de ce secteur — en dehors d'une discussion sur la qualité de vie des pensionnaires — est de se médicaliser afin de pouvoir prendre en charge une "clientèle" de plus en plus âgée, à mesure que les services de maintien à domicile offrent d'autres alternatives aux personnes les moins dépendantes.

A l'inverse, à part quelques cantons, dont le canton de Vaud pionnier en la matière, les services de maintien à domicile sont encore très insuffisamment développés. Ainsi, les efforts paraissent avant tout devoir être axés sur le développement de ceux-ci.

2.5. Tendances lourdes, références comparatives, scénario projectif affiné.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la projection des capacités hospitalières nécessaires est habituellement avant tout axée sur les tendances affectant l'offre.

Les analyses à partir des besoins sont délicates et les estimations parfois divergentes, cela en particulier pour ce qui concerne les taux d'hospitalisation futurs.

Certains analystes soulignent ainsi la difficulté de «quantifier précisément les effets divergents et simultanés du vieillissement de la population, de l'introduction de nouveaux traitements médicaux et chirurgicaux, ainsi que du développement de réseaux sanitaires nettement moins centrés sur l'hôpital. Sans compter l'apparition de nouvelles pathologies qui pourraient provoquer des demandes supplémentaires de soins» [ISP, 1996: 27 (c.f. exemple B, section III.2.6)].

Ces incertitudes s'ajoutent à celles concernant la projection des tendances propres aux facteurs visibles à partir d'une analyse de l'offre hospitalière: quelle sera l'évolution des durées moyennes de séjour; la valeur actuelle de la DMS dans tel canton correspond-elle à une base correcte pour l'analyse projective ?

Face à ces difficultés, la plupart des documents de planification développent une analyse simple et "**pragmatique**" (voir en particulier exemple A), centrée tantôt sur les tendances visibles dans le canton en question, tantôt sur les taux actuels ou projetés dans d'autres régions.

Ce "pivot comparatif" permet de réduire quelque peu les incertitudes. Une référence aux valeurs choisies par d'autres cantons, ou États, pour le taux d'hospitalisation, les durées moyennes de séjour, voire les indicateurs-lit permet en effet de contourner la relativité première de ces indicateurs. En outre, comme nous le verrons (exemple B), la *médicalisation des statistiques hospitalières* permet un affinement de l'**approche comparative**.

Les cantons les plus "à la pointe" de la planification ne peuvent cependant que très partiellement se référer aux valeurs retenues par d'autres cantons et sont donc pleinement confrontés aux difficultés et incertitudes caractérisant l'exercice de projection.

A l'image du canton de Vaud, ils peuvent cependant mettre à profit les statistiques hospitalières médicalisées en développant un **scénario projectif affiné** sur base de celles-ci (exemple C).

2.6. Trois exemples.

Chacun des trois exemples suivants rend compte à sa manière de la méthode d'estimation des capacités hospitalière futures nécessaires.

Le premier correspond à une **approche "simple et pragmatique"** de la problématique.

Ce type d'approche "classique" correspond globalement au type d'analyses développées dès les années 1960-70 dans le cadre des premières planifications hospitalières. En effet, sur base de statistiques non médicalisées, ce mode d'approche "simple" apparaît le seul possible. Ce n'est que récemment que la médicalisation des systèmes d'information¹³ a permis de développer des méthodes de projection des capacités plus détaillées.

Le second exemple met en exergue l'intérêt de l'**approche comparative** et le développement potentiel de celle-ci avec la **médicalisation des statistiques hospitalières**.

Enfin, *le dernier* de ces exemples fait également usage de groupes diagnostiques et rend compte du type de **modèles projectifs affinis** que la médicalisation des statistiques hospitalières rend possible.

¹³ Celle-ci est en cours en Suisse, certains cantons étant sur ce point en avance par rapport aux autres.

A. Approche intuitive et pragmatique.

Ce premier exemple simple se réfère à la planification hospitalière neuchâteloise au travers d'un document intitulé «Rapport d'information au Grand Conseil concernant une nouvelle étape de la planification hospitalière» [Conseil d'Etat de Neuchâtel: 1995].

Pour être bref, cette synthèse se concentre sur les quelques pages du rapport concernant l'évolution des capacités futures nécessaires.

Celles-ci ont été précédées de considérations détaillées concernant le niveau actuel et l'évolution passée des indicateurs hospitaliers (soins généraux).

A.1. Tendances évolutives.

Les tendances évolutives constatées sont:

- Une diminution constante du nombre de lits en soins généraux (-504 lits entre 1974 et 94, soit une diminution de 36% entre 1974 et 94, dont -27% entre 1984 et 94).
- Une augmentation de lits (médicalisés) en homes (674) qui témoignent d'un fort mouvement de transfert de l'hospitalier au médico-social et font plus que contrebalancer la baisse du nombre de lits hospitaliers.
- Une augmentation du nombre de patients traités dans les hôpitaux physiques du canton de Neuchâtel. Ceux-ci passent de 21'800 en 1984 à 25'000 en 1993, soit une augmentation de 15% qui est plus importante que celle de la population résidente et qui correspond donc à une augmentation du taux d'hospitalisation.
- Une baisse importante de la durée moyenne de séjour qui passe de 13.9 jours en 1984 à 9.8 jours en 1994.
- Une baisse du nombre de journées de malades dans les hôpitaux généraux neuchâtelois entre 1984 et 93: de 304'521 journées à 257'375.

A.2. Niveau actuel des indicateurs et comparaisons.

Sur base de la statistique élaborée pour 1992 par le Groupe intercantonal sur les politiques de santé (GCI), ces constatations sont complétées par des comparaisons intercantionales rendant compte d'un rapport lits-habitants élevé dans le canton, d'un taux d'hospitalisation plaçant Neuchâtel au second rang de tous les cantons, d'une durée moyenne de séjour proche des taux moyens des cantons universitaires — mais beaucoup plus élevée que celle des cantons également "non universitaires" — et, enfin, d'un taux d'occupation insatisfaisant.

Passant sur le détail de l'analyse des tendances évolutives visibles au sein du secteur hospitalier du canton de Neuchâtel¹⁴, nous reportons dans le tableau suivant le *niveau "actuel"* des principaux indicateurs¹⁵ et les différentes *comparaisons* dont le rapport fait mention:

¹⁴ Elles correspondent à celles qu'une analyse à partir des données nationales [Veska (H+)] a déjà permis de dégager pour l'ensemble de la Suisse (voir supra, section II.B.1).

¹⁵ Les valeurs de ceux-ci réfèrent tantôt à l'année 1992 ou 93, et tantôt à l'année 1994

	Neuchâtel (soins généraux)	Moyenne cantons non universitaires ¹⁶
Population (au 31 déc. 1993)	164'904	--
Personnes âgées de plus de 65 ans	16.3 %	14.6 sur le plan suisse selon l'OFS
Nombre de lits en soins généraux (hôpitaux publics)	898	--
Indice-lit pour 1'000 habitants hôpitaux publics)	5.4	4.4
Indice-lit pour 1'000 habitants hôpitaux publics+privés)	5.9	5.2
Taux d'hospitalisation [Résidents traités dans le canton] pour 1'000 habitants	138	--
Taux d'hospitalisation [Résidents traités dans et hors canton] pour 1'000 habitants	158	139 (moyenne de tous les cantons)
Nombre de patients traités dans les hôpitaux généraux de Neuchâtel	25'000	--
Durée moyenne de séjour	9.8	10.3 (de 8.9 à 14.2)
Nombre de journées	257'375	--
Taux d'occupation	74%	77% Taux visé = 80%.

A.3. Approche projective.

L'analyse de l'évolution future de ces indicateurs est la suivante:

Evolution démographique.

"A terme", 170'000 personnes domiciliées dans le canton. «Le taux de 16.3% de personnes de 65 ans et plus enregistré en 1993 va aller en augmentant ces prochaines années».

Nombre de patients à traiter.

Si la population neuchâteloise devait passer de 165'000 à 170'000 personnes (ce qui signifie une augmentation de quelque 3%), il est probable que le nombre de patients traités dans les hôpitaux connaîtra une augmentation plus forte, du fait du vieillissement démographique de la population d'une part, et d'autre part du fait que depuis plusieurs années déjà le nombre de patients traités a augmenté plus rapidement que la population. «De fait, nous retiendrons comme probable une augmentation du nombre de patients à terme d'environ 8%... ce qui pourrait porter le nombre de patients traités dans les hôpitaux de soins physiques [hôpitaux de soins généraux] de 25'000 à 27'000».

Durée moyenne de séjour.

«...la tendance à la diminution devrait se confirmer et de nombreuses études montrent qu'aucun élément ne devrait infléchir cette réduction. Ainsi, en prenant en compte la réduction enregistrée ces dix dernières années, on peut imaginer sans trop de risque que la durée moyenne de séjour pourrait atteindre 8.5 jours».

«...s'il faut reconnaître que quelques pays ont des DMS supérieures, nous devons aussi préciser que les Etats-Unis enregistraient en 1989 déjà une DMS de 6.5 jours et que, plus près de nous, la France avait en 1990 des références de DMS de 7.7 jours en médecine, 6.4 jours en chirurgie et 5.4 jours en gynécologie obstétrique».

Taux d'occupation cible.

«Les hôpitaux de soins physiques [hôpitaux de soins généraux] du canton de Neuchâtel ont connu en 1993 un taux d'occupation moyen de 76%. Or ce résultat n'est économiquement pas satisfaisant et doit par conséquent être revu à la hausse. Ainsi le taux d'occupation minimum

¹⁶ Cantons recensés par la statistique GCI de 1992.

admissible à l'avenir doit se situer à 80% pour l'ensemble des hôpitaux physiques du canton, étant entendu que ce taux pourra varier selon les domaines médicaux et selon les missions des établissements concernés».

A.4. Détermination des capacités futures nécessaires.

Sur ces bases, les capacités hospitalières nécessaires correspondent à 786 lits:

$$\frac{27'000 \times 8.5}{365 \times 0.8} = 786 \text{ lits} \quad \text{Estimation "finale" = 770 lits (-2\%),}$$

soit 4.5 lits pour 1'000 habitants

L'analyse retient finalement — sans s'en expliquer — une valeur de 770 lits, ce qui correspond à une diminution 128 lits par rapport aux 898 lits d'hôpitaux généraux publics dont le canton dispose actuellement.

En prenant en considération une population «qui atteindra à terme 170'000 personnes», ces 770 lits correspondent à une densité de 4.5 lits pour 1'000 habitants.

Cette analyse concernant la projection des capacités hospitalières futures nécessaires peut être qualifiée de "*d'approche intuitive et pragmatique*". Elle correspond au type de raisonnements pratiqués dans maints documents de planification hospitalière.

Soulignons le souci de *transparence* qui a animé le (les) analyste(s) de ce document neuchâtelois qui développe(nt) dans le détail les étapes de leur estimation — ce qui n'est pas le cas de tous les documents de planification.

B. Nouvelles perspectives comparatives.

Ce second exemple correspond à une «Révision des normes de dotation de lits en soins aigus du canton du Valais» [novembre 1996] effectuée sur mandat par l'Institut suisse de la santé publique (ISP) de Lausanne¹⁷ après une première étude réalisée en 1992¹⁸.

Il met en exergue les nouvelles perspectives comparatives qu'ouvre la médicalisation des statistiques hospitalières qui permet de regrouper les différentes prises en charge (hospitalisations) au sein de groupes diagnostiques englobant des pathologies statistiquement similaires sur le plan de l'intensité des ressources qu'elles mobilisent.

Si l'analyse comparative concerne ici les durées moyennes de séjour (DMS), relevons que des comparaisons intercantionales par groupe de pathologies et groupe d'âges pourront également être développées pour analyser les variations des taux d'hospitalisation.

B.1. Niveau actuel des indicateurs.

La situation en 1994 du canton du Valais se présente ainsi:

¹⁷ Actuellement Institut de santé et d'économie (ISE)

¹⁸ ISH, Organisation hospitalière du Valais, août 1992.

<u>Valais 1994 (95) soins aigus¹⁹.</u>	
Population	269'341
Personnes âgées de plus de 65 ans	12.9 %
Nombre de lits (soins aigus)	~ 1'070
Indice-lit pour 1'000 habitants (soins aigus)	3.98
Taux d'hospitalisation (soins aigus) [Résidents traités dans le canton] pour 1'000 habitants	131
Nombre de journées dans les hôpitaux de soins aigus du Valais	303'014
Nombre de sorties dans les hôpitaux de soins aigus du Valais	35'313
Durée moyenne de séjour	8.6

L'analyse des DMS se déroule sur deux étapes; à savoir d'abord une comparaison entre établissements et services hospitaliers du canton, puis une comparaison intercantonale.

B.2. 1ère étape de l'analyse: comparaisons internes au canton.

Après avoir constaté, dans une première approche, de très importantes variations des durées moyennes de séjour par service (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, etc) entre les hôpitaux considérés, l'analyse vise à déterminer si ces différences peuvent être expliquées par les pathologies et par l'âge des patients.

Pour ce faire, les DRG (Diagnostic related group ou "groupes diagnostiques")²⁰ sont utilisés. Sur base des codes diagnostiques et opératoires, la totalité des admissions sont ventilées dans l'une des 473 catégories de patients des DRG. La moyenne des durées de séjour des hôpitaux valaisans est ensuite calculée pour chacune de ces catégories, ce qui donne 473 DMS de référence sur base desquelles chaque service de chaque hôpital est comparé. La même opération est par ailleurs effectuée pour l'âge moyen des patients par groupe diagnostique.

Cette méthode permet de définir pour chaque service l'écart entre le nombre de journées observées et le nombre de journées attendues sur base des moyennes par groupe diagnostique au niveau du Valais. La prise en compte de la moyenne d'âge des patients par groupe diagnostique permet par ailleurs d'observer si l'âge paraît être un facteur explicatif des différences observées.

Etant donné un nombre de patients classés dans certaines catégories DRG parfois très bas, le même exercice est reconduit utilisant cette fois les GPH (Groupes de patients hospitalisés) qui constituent une variante qui ne comprend "que" 119 catégories diagnostiques²¹.

¹⁹ Les indicateurs évoqués ici concernent les hôpitaux de soins aigus d'intérêt public. Le Valais ne comprend cependant qu'une clinique privée de 50 lits (Clinique de Valère). Les sources statistiques la concernant ont été insuffisantes pour l'intégrer dans cette étude.

Les journées, sorties et DMS reportés dans ce tableau correspondent aux valeurs ajustées de l'étude excluant certains biais statistiques. Le taux d'hospitalisation est basé sur ces valeurs ajustées.

L'indice-lit pour 1'000 habitants est quant à lui repris de la statistique CDS (voir supra, section II.B.2.3) mais concerne l'année 1995. Sur base de cet indicateur nous avons calculé le nombre de lits.

²⁰ Tout l'effort porté sur la constitution de groupes diagnostiques consiste à construire des groupes de pathologies comprenant des cas homogènes sur le plan des ressources que leur prise en charge mobilise, ceci en se souciant de plus du fait que ces regroupements conservent un sens du point de vue du clinicien. Pour avoir une idée du type de subdivisions des DRG, le lecteur peut se référer au détail des subdivisions des GPH apparaissant en annexe no4.

²¹ Afin que le lecteur non familier des groupes diagnostiques puisse comprendre à quels types de regroupements ceux-ci correspondent, nous avons inséré le détail des GPH utilisés dans cette étude de l'ISP en annexe no4.

De manière générale, cette analyse tenant compte de l'âge et des pathologies des patients traités dans les différents services des hôpitaux de soins aigus valaisans confirme l'existence de fortes variations des DMS.

B.3. 2^{ème} étape: comparaisons entre cantons.

Face à la relativité des durées moyennes de séjour pour des cas comparables, l'une des possibilités aurait été de se baser sur la moyenne (ou la médiane) de la durée de séjour par groupe diagnostique, voire sur la deuxième durée minimum²² parmi les hôpitaux de soins aigus valaisans.

Cependant, l'option choisie par l'analyste fait éclater les frontières cantonales en se référant au canton de Vaud qui a une longue expérience de planification hospitalière, et dans lequel l'introduction d'enveloppes budgétaires dans le système de financement des hôpitaux — de même que le développement de services de maintien à domicile et de structures de soins intermédiaires (CTR) — a tendu à inciter les hôpitaux à réduire leur DMS.

Ainsi, une seconde étape de l'analyse a consisté à calculer une durée de séjour de référence pour chaque groupe diagnostique à partir des moyennes vaudoises. Il en est fait de même pour les moyennes d'âges des patients vaudois²³. La statistique employée a été celle des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) dont les missions sont comparables aux hôpitaux valaisans de soins aigus.

Le tableau suivant, repris de cette étude, indique pour chaque hôpital et pour chaque service:

- La DMS observée (DMS_OBS)
- La DMS attendue sur base des DMS de référence vaudoises (DMS_VD)
- Et la différence entre ces deux valeurs (DMS_DIFF)

Les mêmes indications figurent pour l'âge des patients:

- L'âge moyen observé (A_MO_OBS)
- L'âge moyen attendu (A_MO_VD) sur base de l'âge moyen des patients vaudois
- Et la différence entre ces deux valeurs (A_MO_DIFF)

²² C'est cette solution qui a été retenue dans l'étude du SCRIS (voir exemple C).

²³ Notons que, comme dans la 1^{ère} étape d'analyse l'étude est d'abord faite sur base de DRG, puis sur base de GPH, afin de valider les résultats. L'analyse faite sur base des GPH n'a pas non plus ici montré de différences significatives par rapport aux résultats obtenus à partir des DRG.

Comparaison entre les durées de séjour observées et attendues (selon les DRG) en se basant sur les statistiques des hôpitaux régionaux vaudois.

HOPITAL	SERVICE	DMS_OBS	DMS_VD	DMS_DIFF	A_MO_OBS	A_MO_VD	A_MO_DIFF
Monthey	Médecine	12.13	9.28	-2.84	59.42	58.37	-1.05
Martigny	Médecine	11.81	10.07	-1.74	60.97	62.49	1.52
Sion	Médecine	9.18	8.93	-0.24	57.04	59.87	2.84
Sierre	Médecine	10.97	9.28	-1.69	56.69	58.12	1.44
Viège	Médecine	13.50	9.70	-3.79	59.10	58.93	-0.17
Brigue	Médecine	12.50	9.82	-2.68	59.14	60.88	1.74
Monthey	Chir.	8.33	7.38	-0.95	42.88	44.08	1.20
Martigny	Chir.	7.61	6.96	-0.65	47.36	47.61	0.26
Sion	Chir.	8.97	7.33	-1.64	49.69	49.36	-0.33
Sierre	Chir.	8.25	7.35	-0.90	47.30	48.47	1.18
Viège	Chir.	6.68	7.47	0.78	42.03	43.46	1.43
Brigue	Chir.	10.84	7.77	-3.07	45.60	46.28	0.68
Monthey	Gyn.-obstétr.	6.53	6.32	-0.21	33.13	33.74	0.62
Martigny	Gyn.-obstétr.	5.98	5.74	-0.22	32.96	34.63	1.67
Sion	Gyn.-obstétr.	6.28	5.96	-0.30	34.05	35.21	1.16
Sierre	Gyn.-obstétr.	6.90	6.24	-0.75	34.17	34.21	0.03
Viège	Gyn.-obstétr.	6.94	5.84	-1.10	33.61	35.19	1.58
Brigue	Gyn.-obstétr.	7.48	6.04	-1.42	32.47	35.40	2.93
Monthey	Pédiatrie	4.73	5.30	0.57	3.55	9.74	6.19
Martigny	Pédiatrie	4.84	5.00	0.16	3.43	9.82	6.39
Sion	Pédiatrie	6.08	5.35	-0.70	5.14	14.13	8.98
Sierre	Pédiatrie	5.54	5.13	-0.41	4.20	11.42	7.22
Viège	Pédiatrie	5.63	4.68	-0.96	3.20	7.76	4.56
Brigue	Pédiatrie	4.36	4.73	0.38	3.89	10.12	6.22
Sion	Orthopédie	10.00	10.54	0.54	49.08	50.87	1.79
Sierre	Orthopédie	11.70	11.06	-0.63	51.67	51.13	-0.54
Viège	Orthopédie	14.66	13.28	-1.38	58.30	55.73	-2.57
Brigue	Orthopédie	7.34	6.45	-0.90	41.41	41.95	0.53
Sion	ORL	5.98	7.41	1.45	32.31	32.70	0.39
Sierre	ORL	4.38	5.52	1.14	30.48	32.07	1.60
Viège	ORL	6.17	4.55	-1.62	21.43	23.56	2.13
Brigue	ORL	6.82	4.39	-2.43	26.04	26.97	0.92
Sion	Urologie	7.40	6.42	-0.98	59.89	57.24	-2.65
Viège	Urologie	12.57	7.42	-5.15	65.91	64.00	-1.91
Brigue	Urologie	6.28	7.00	0.72	61.64	59.70	-1.94
Sion	Ophthalmol.	5.42	4.15	-1.27	68.51	68.86	0.35
Sierre	Ophthalmol.	4.93	4.14	-0.79	72.40	70.49	-1.91
Viège	Ophthalmol.	5.04	4.06	-0.98	68.72	67.99	-0.73
Sion	Neurochir.	10.28	11.27	0.99	50.51	48.90	-1.61
Sion	Chir. plast.	6.48	6.64	0.16	43.90	43.48	-0.42
Sierre	Chir. max.-fac.	3.50	5.14	1.64	28.67	32.96	4.29
Sion	Radiothér.	9.17	12.77	3.60	62.54	64.73	2.19

En dehors des services de pédiatrie qui ne sont pas comparables entre les deux cantons du fait de différences de critères décidant si un patient est considéré comme "pédiatrique" ou non, le constat qui est dégagé de ce tableau est le suivant: «Dans la plupart des services l'âge des patients valaisans est très semblable à celui des patients vaudois. Par conséquent, les différences de DMS (DMS_DIFF) ne peuvent être dues à des différences d'âge des patients. De plus, alors que les DMS plus élevées peuvent être expliquées, en tout cas partiellement, par des moyennes d'âge plus élevées, la comparaison met en évidence l'inverse. En effet, les DMS des hôpitaux valaisans sont généralement plus élevées que celles des hôpitaux vaudois, alors que l'âge moyen des patients valaisans tend à être légèrement plus bas que celui des patients vaudois».

L'exclusion du facteur "âge" en tant que facteur explicatif des différences de DMS observées valide la possibilité d'utiliser, pour les différents groupes diagnostiques, les DMS vaudoises en tant que référence.

B.4. 3ème étape: indicateurs actuels "ajustés".

Cette troisième étape de l'analyse consiste à recalculer le nombre global de journées et la durée moyenne de séjour des hôpitaux de soins aigus valaisans sur base des DMS vaudoises: «Globalement, en 1994 il n'y aurait eu que 269'695 journées d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins aigus du canton du Valais si les DMS des patients hospitalisés avaient été semblables à celles des patients traités pour les mêmes affections dans les hôpitaux régionaux du canton de Vaud. La DMS observée cette année-là est égale à 304'014 divisé par 35'313, soit 8.58 jours. La DMS attendue est de 269'695 divisé par 35'313, soit 7.64 jours»¹.

«... les résultats... montrent clairement que pour les hôpitaux de soins aigus du canton du Valais une DMS de 7.5 jours est un objectif réaliste, puisqu'il correspond à la valeur à laquelle on se serait attendu en 1994 si les DMS des hôpitaux valaisans avaient été semblables à celles des hôpitaux régionaux vaudois».

B.5. 4ème étape: Projections à partir des indicateurs actuels "ajustés".

Si l'étape précédente d'analyse a permis d'obtenir une DMS actuelle "ajustée" au travers d'une analyse comparative détaillée développée à partir des groupes diagnostiques, la dernière étape consistant à projeter les valeurs futures des indicateurs hospitaliers a vraisemblablement buté sur l'absence de statistiques valaisannes détaillées (projections) concernant l'évolution démographique future du canton.

Une étude mettant en rapport l'évolution de la structure démographique de la population avec les groupes diagnostiques n'a donc pas été effectuée ici. Une telle méthode de projection sera présentée au travers du troisième exemple. Ici, l'analyse projective retourne à l'approche "pragmatique" pour estimer la valeur des indicateurs hospitaliers adéquate à l'évolution future prévisible et souhaitable.

Pour ce faire l'estimation prend pour base les valeurs suggérées par l'étude menée en 1992 par l'Institut suisse des hôpitaux (ISH) [op.cit.], puis procède par ajustement dont nous paraphrasons ici les étapes.

Les *valeurs proposées en 1992* correspondaient à un taux d'hospitalisation de 13%, une DMS de 9 jours et un taux d'occupation de 85%.

En remplaçant la *DMS* de 9 jours par la DMS "ajustée" de 7.5 jours et en reprenant les autres valeurs alors suggérées, la norme en lits et de 3.1 lits par 1'000 habitants.

Toutefois, le *taux d'hospitalisation* en soins aigus du Valais paraît *comparativement* élevé et l'analyste estime qu'un taux de 11%, envisagé dans un rapport établi dans le cadre de la planification sanitaire du canton de Berne, pourrait être retenu.

De plus, une *DMS* inférieure à 7.5 jours peut être retenue, puisque celle-ci correspond à une valeur qui serait déjà atteinte si les DMS des hôpitaux valaisans correspondaient à celles des hôpitaux régionaux vaudois. C'est ainsi une DMS de 7.0 jours qui est envisagée.

Ainsi, sur base d'un taux d'hospitalisation de 11%, d'une DMS de 7 jours et d'un taux d'occupation de 85%, l'indice-lit est de 2.5 lits par 1'000 habitants.

Pour ce qui concerne *l'évolution démographique*, l'analyse s'arrête sur le fait qu'à l'accroissement prévisible du nombre de personnes âgées devrait correspondre une augmentation du taux d'hospitalisation et de la DMS au cours des prochaines années. Mais il est également relevé que cette tendance est contrebalancée par d'autres — dont le développement des services de maintien à domicile et l'introduction de la chirurgie ambulatoire — si bien qu'il est difficile de quantifier ces effets divergents (voir supra, citation ISP, 1996: 27, section III.2.5).

¹ Sur base d'une analyse à partir des GPH, la DMS attendue est de 272'628 journées, divisées par 35'313 sorties, soit 7.71 jours. La DMS "ajustée" finalement retenue est 7.5 jours.

Complétant ces remarques par quelques *comparaisons* avec les valeurs retenues par d'autres cantons, l'analyste juge appropriée une norme en lits de soins aigus comprise *entre 2.5 et 3.1 lits* par 1'000 habitants et note que «le besoin en lits de soins aigus dépend bien entendu de l'offre globale et de l'organisation de l'ensemble du réseau sanitaire. Ce besoin est moindre si les patients peuvent être transférés sans délai vers leur domicile ou d'autres institutions sanitaires dès que leur état ne nécessite plus de soins aigus. Or les revues d'hospitalisation conduites dans les hôpitaux de soins aigus du canton du Valais ont mis en évidence que les journées inappropriées étaient fréquemment dues à la difficulté de faire admettre les patients dans un autre établissement (hôpital de soins chroniques, foyer pour personnes âgées, etc)».

Finalement, c'est un indice de *2.7 lits* par habitant qui est conseillé. Celui-ci est jugé suffisant «si des mesures sont prises afin de faciliter la sortie des patients hospitalisés dans les hôpitaux de soins aigus. A cet effet, le développement d'institutions similaires aux centres de traitements et de réadaptation (CTR) du canton de Vaud devrait être envisagé. Parmi les facteurs contribuant aux courtes DMS des hôpitaux régionaux vaudois, la présence des CTR en est certainement une»².

C. Estimation des capacités nécessaires sur base d'un scénario projectif détaillé.

Ce dernier exemple se réfère à un rapport³ établi début 1997 par le Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS;Vaud) à l'attention du Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud.

Après le "muddling through" de l'approche projective "classique" dans le premier exemple et le calcul d'une DMS "ajustée" au travers d'une comparaison intercantonale dans le deuxième exemple, cet exemple-ci rend compte de la possibilité d'évaluer les capacités hospitalières futures nécessaires sur base d'une méthodologie beaucoup plus fine qu'une estimation "intuitive et pragmatique". Un tel progrès dépend cependant de la nature des statistiques hospitalières disponibles.

Comme dans le cas de la comparaison des durées de séjour entre cantons développée par l'ISP, la force de la projection développée par le SCRIS est d'utiliser des statistiques hospitalières médicalisées⁴. Ici, celles-ci sont cependant exploitées non pas dans une visée comparative, mais afin de développer une approche prospective dont elles permettent précisément l'affinement.

Dans une première étape de l'analyse, les taux d'hospitalisation par groupe diagnostique sont mis en rapport avec l'évolution démographique prévue d'ici à 2005, tout en supposant que le taux de recours et le "case-mix" par classe d'âge demeurent constant.

Puis, à partir de cette projection ne tenant compte que des changements démographiques, "toutes choses égales par ailleurs", différentes hypothèses quantitatives sont appliquées sur les GPH afin d'estimer le futur niveau des principaux indicateurs hospitaliers (taux d'hospitalisation, durée moyenne de séjour).

² Le rapport préconise en outre un mode d'allocation des ressources non plus basé sur les journées d'hospitalisation, mais *sur les affections prises en charge*. Afin de garantir la qualité des prestations, il est en outre recommandé que les interventions peu souvent pratiquées soient *regroupées* sur un nombre restreint d'unités de soins. Enfin, pour ce qui concerne la dotation des différents services en personnel, il est recommandé d'utiliser des *instruments de mesure de la charge en soins*.

³ «Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005», Mars 1997.

⁴ C'est à nouveau ici le modèle des GPH qui est utilisé pour constituer des groupes de pathologies. Le détail des codes diagnostiques composant ce modèle est inséré en annexe no4.

Remarques.

Etant donné que notre objet porte d'abord sur l'étude de la *méthodologie* d'évaluation des capacités futures nécessaires, nous nous contentons de reprendre l'ossature du modèle d'évaluation du SCRIS. En outre, bien que le rapport comprenne également une projection concernant le réseau hospitalier de lits B (réadaptation et soins palliatifs), seul le scénario projectif concernant les hôpitaux de soins aigus est étudié ici, cette synthèse partielle suffisant à rendre compte du type de méthodologie mis en oeuvre. Enfin, relevons que la qualité des statistiques disponibles, de même que la difficulté d'estimer le nombre d'assurés bénéficiant en 2005 d'une assurance privée (ou semi-privée), n'ont pas permis d'appliquer une analyse projective détaillée sur le secteur des cliniques privées.

C.1. Situation en 1995.

En 1995 la situation du canton de Vaud se présente ainsi:

<u>Vaud 1994 (95) soins aigus</u>	
Population	602'200
Nombre de lits (hôpitaux publics)	2'306
Nombre de lits (cliniques privées)	680
Indice-lit pour 1'000 habitants (hôpitaux publics)	3.8
Indice-lit pour 1'000 habitants (cliniques privées)	1.1
Taux d'hospitalisation (soins aigus) pour 1'000 habitants	136
dont % d'hospitalisation dans les hôpitaux publics du canton	73%
dont % d'hospitalisation dans les cliniques privées du canton	23%
dont % d'hospitalisation hors canton	4%
Taux d'occupation (hôpitaux publics)	70%
Taux d'occupation (cliniques privées)	69%

C.2. Projections des besoins de la population "toutes choses égales par ailleurs".

La première étape de l'analyse consiste à intégrer l'évolution démographique en tant que paramètre de calcul des capacités hospitalières nécessaires:

$$\text{Nombre de lits} = \frac{(\text{population} \times \text{taux d'hospitalisation} \times \text{durée moyenne de séjour})}{(365 \times \text{taux d'occupation des lits})}$$

La méthode utilisée consiste à projeter les besoins d'hospitalisation de la population en 2005 sur base de la structure actuelle des groupes diagnostiques par groupe d'âge.

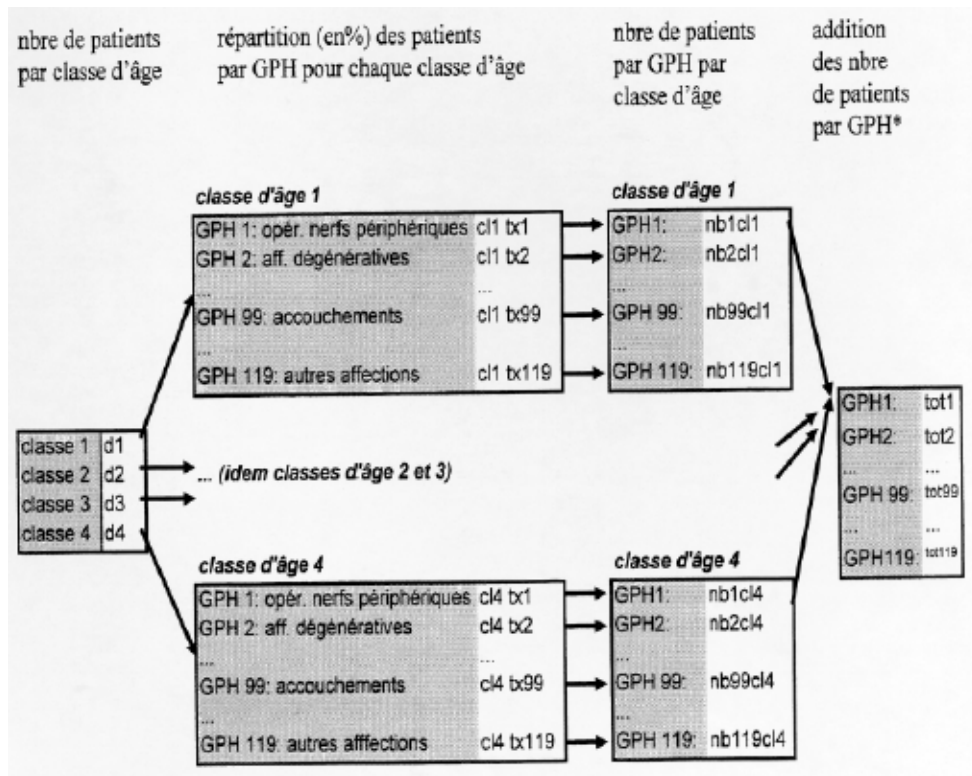
Les postulats principaux de la méthode utilisée sont donc les suivants:

- Le taux de recours par classe d'âge reste constant. Seule la prise en compte des hospitalisations d'un jour y apporte quelques modifications (voir infra).
- La structure des groupes diagnostiques par groupe d'âge reste constante.
- Les échanges intercantonaux de patients restent inchangés

Les taux d'hospitalisation et la structure des pathologies par groupe d'âge constatés en 1995, sont donc reportés sur la situation démographique prévue dans le canton de Vaud en 2005⁵.

⁵ L'analyse se base sur les prévisions démographiques établies par le SCRIS début 1997.

Sur cette base sont établis le nombre de patients par groupe d'âge en 2005 et leur répartition par GPH⁶.



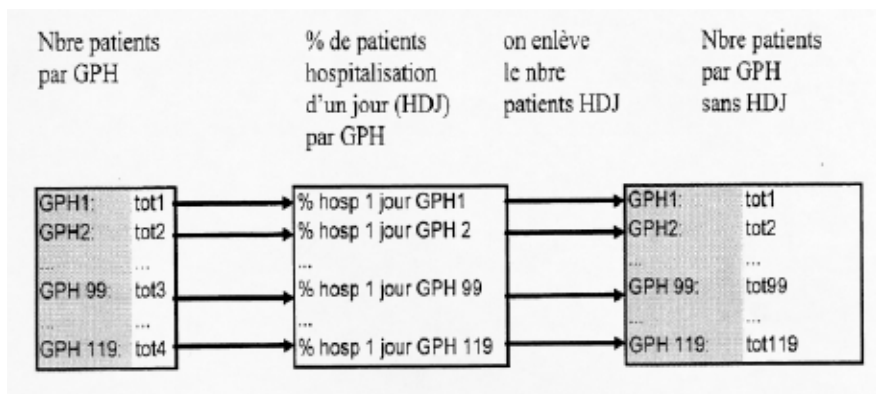
Notons que le CHUV et les autres hôpitaux (GHRV) ayant des missions et une clientèle différente, deux programmes de prévision distincts sont effectués tout au long de l'analyse.

C.3. Hypothèses concernant les facteurs d'offre.

Bien qu'un *taux d'occupation* de 85% ait été envisagé, une considération de la variation des taux d'admissions tout au long de l'année a conduit à retenir un taux de 80% afin d'éviter des risques d'engorgement.

Le *taux d'hospitalisation* obtenu sur base d'une projection démographique, toutes choses restant égales par ailleurs, est corrigé en prenant en compte du développement des hospitalisations d'un jour (HDJ).

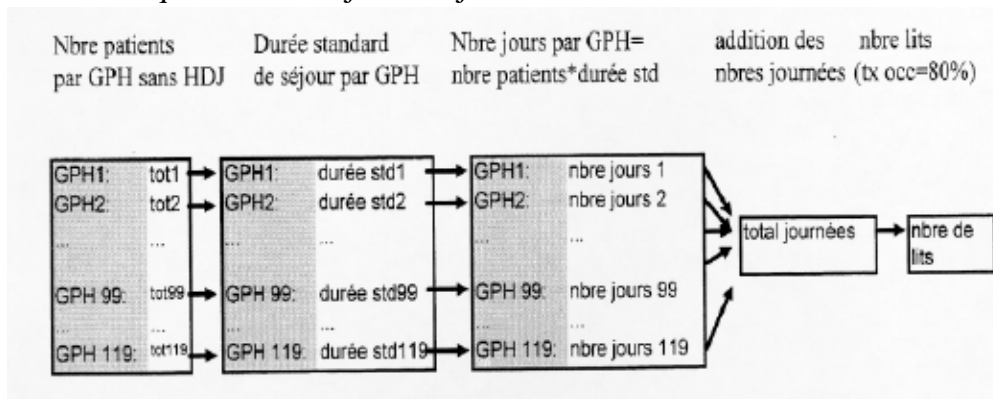
L'estimation se base sur les codes diagnostiques de la nomenclature internationale ICD9-CM répertoriés en tant qu'hospitalisation d'un jour. La part de ceux-ci correspondant en 1995 à une hospitalisation de moins de 4 jours dans les hôpitaux vaudois sont considérés comme des HDJ en 2005 et, à ce titre, sont retranchés de la totalité des séjours prévus en 2005.



⁶ Les figures apparaissant dans cet exemple sont reprises de l'étude du SCRIS.

Après avoir retranché les HDJ prévues en 2005, l'étape suivante consiste à estimer l'évolution des *durées moyennes de séjour* (DMS) d'ici à 2005.

Pour les DMS, l'hypothèse retenue est la suivante: pour chaque GPH, les hôpitaux aligneront leur DMS sur la deuxième moyenne de séjour la plus basse observée en 1995 au sein du réseau hospitalier vaudois. Par ailleurs, le CHUV ayant une "lourdeur" de clientèle supérieure aux autres hôpitaux (GHRV), une correction est effectuée pour cet établissement: à la DMS de référence de chaque GPH est rajouté un jour.



Au terme de ces étapes il est possible de calculer le nombre total de journées d'hospitalisation en additionnant le nombre de journées par GPH.

Les résultats du modèle sont les suivants:

Lits A du réseau d'intérêt public en 2005	1995	2005	Différence
Nbre de séjours	70'204	68'523	-1'681
DMS	8.3	6.74	-1.56
Nbre de lits	2'306	1'576	-730

Ainsi, malgré l'augmentation de la population, le modèle projectif aboutit à une baisse du nombre de séjours dans les hôpitaux de soins aigus du réseau d'intérêt public du canton de Vaud. Ce résultat est essentiellement dû aux prévisions concernant la diminution des DMS et l'augmentation du nombre d'hospitalisations d'un jour.

Selon cette analyse projective, d'ici à 2005, le canton de Vaud devrait diminuer ses capacités en lits publics de soins aigus de près d'un tiers (-730 lits).

C.4. Hypothèses concernant les cliniques privées.

Outre le postulat que la part des patients privés restera stable, les hypothèses concernant les cliniques privées sont les suivantes:

- Le taux de recours pour les patients domiciliés dans le canton de Vaud est équivalent à celui de 1995.
- Le nombre de patients en provenance d'autres cantons est équivalent à celui de 1995.
- La durée moyenne de séjour est égale à celle prévue pour les hôpitaux du GHRV.
- Le taux d'occupation des lits est de 80%.

Les résultats concernant les cliniques privées sont les suivants:

Cliniques privées en 2005	1995	2005	Différence
Nbre de séjours	22'059	22'900	841
DMS	7.6	6.2	-1.4
Nbre de lits	680	486	-194

C.5. Prévision de la situation globale en 2005.

De manière générale, les prévisions pour 2005 correspondent à la situation suivante:

	<u>Vaud. Projection pour 2005 (soins aigus).</u>	<u>Différence 1995-2005.</u>
Population	625'138	+22'938
Nombre de lits (hôpitaux publics)	1'576	-730
Nombre de lits (cliniques privées)	486	-194
Indice-lit pour 1'000 habitants (hôpitaux publics)	2.5	-1.3
Indice-lit pour 1'000 habitants (cliniques privées)	0.8	-0.3
Taux d'hospitalisation (soins aigus) pour 1'000 habitants	134	-2% ₀

Après ces 3 exemples rendant compte de la méthodologie appliquée pour évaluer les capacités hospitalières nécessaires, abordons rapidement les approches et les critères pouvant être mobilisés pour décider de la répartition spatiale des lits d'hôpitaux.

3. Éléments relatifs à la répartition spatiale des capacités.

La décision concernant la répartition spatiale des lits d'hôpitaux peut être perçue comme sortant du cadre direct d'une étude sur la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires. Une telle problématique est cependant centrale et nous évoquons ici certains éléments clés pouvant guider la répartition géographique des lits planifiés. Nous nous arrêtons ensuite sur un exemple détaillé d'attribution de missions hospitalières et de structuration d'un "réseau" hospitalier.

3.1 Approche de la question.

Se basant sur les tendances actuelles, les différentes projections des capacités nécessaires concluent à une baisse des durées moyennes de séjour et à une **diminution importante du nombre de lits de soins aigus.**

Or, en Suisse, cette diminution des capacités nécessaires concerne un tissu hospitalier caractérisé par des **hôpitaux de petite taille** dont l'implantation fut décidée à une autre époque du savoir et des pratiques médico-hospitaliers — et avant que le réseau routier n'atteigne le développement d'aujourd'hui. Afin d'éviter une dispersion trop grande des lits de soins aigus, différents documents de planification consultés⁷ s'arrêtent sur la nécessité d'une remise en question des missions des différents hôpitaux, voire de l'existence de certains établissements.

Ainsi, un **mouvement de centralisation** de certaines activités accompagne la réduction du nombre de lits de soins aigus.

3.2. Critères centraux.

Au-delà de cette rapide approche de la question, les critères centraux permettant de décider de la répartition des capacités sont: d'une part, une activité minimale au sein des différents services et établissements considérés et, d'autre part, la garantie d'une prise en charge adéquate des urgences.

Masse critique.

Bien que les critères déterminant un "fonctionnement" optimal d'un hôpital soient difficiles à établir, l'exigence d'un nombre minimal d'actes médicaux effectués par année relève de deux constatations.

⁷ En particulier: Etat de Vaud, NOPS, 1997 et Commission de planification hospitalière du canton de Fribourg, Rapport final à l'intention du Conseil d'Etat, 1997.

D'une part l'accroissement du coût des équipements et un personnel soignant et médico-technique de plus en plus qualifié et spécialisé appellent à une maximalisation de l'utilisation des infrastructures. La sous-utilisation de certains "plateaux techniques" est souvent relevée. Les analystes relèvent d'autre part «pour les interventions chirurgicales en particulier... une relation inverse entre le taux de complications et l'expérience du personnel médical» [ISP, 1996: 39], ce qui a pour corollaire l'exigence d'une certaine concentration des compétences pour les traitements les moins fréquents et les plus spécialisés.

Dans les différents documents consultés, des normes relatives aux masses critiques sont rarement précisées. On peut tout de même citer en tant qu'exemple celles auxquelles la Commission hospitalière de Fribourg se réfère: 3'000 actes d'anesthésie et 500 accouchements par année.

Prise en charge des urgences.

La prise en charge des urgences renvoie à un critère d'accessibilité de la population.

De ce point de vue, il est essentiel que les réorganisations hospitalières envisagées parallèlement à une diminution du nombre de lits de soins aigus continuent à garantir à tous les habitants une certaine proximité d'accès aux soins.

Les NOPS [Etat de Vaud, 1997] se réfèrent pour les cas graves à la norme suivante: l'intervention d'une structure performante pour 90% des situations dans un délai de 10 à 15 minutes en zone urbaine et de 15 à 20 minutes hors des agglomérations. Et les auteurs du rapport constatent la nécessité d'une réorganisation et d'un renforcement de la chaîne des urgences (ambulanciers renforcés de médecins d'urgence) parallèlement au mouvement de centralisation des activités spécialisées.

Limites des critères actuellement utilisés.

Masse critique et prise en charge adéquate des urgences sont les seuls critères de répartition spatiale auxquels se réfèrent *explicitement* les documents de planification consultés au sujet de la répartition spatiale des capacités. Cependant, étant donné la difficulté de donner un contenu précis à ces deux critères, il apparaît qu'actuellement la délicate question de la répartition spatiale des capacités réfère vraisemblablement à d'autres approches plus ou moins "intuitives"⁸.

La *médicalisation des statistiques hospitalières* rend possible une *approche plus raisonnée* de la question des masses critiques. Le regroupement des patients traités par groupe diagnostique permet en effet de constater quelles sont les affections peu souvent traitées dans les différents établissements. Celles-ci peuvent alors être regroupées au sein d'un nombre minimal d'unités de soins. C'est une telle approche qui est proposée dans l'étude de l'ISP [1996] sur les hôpitaux de soins aigus du Valais. L'exploitation de statistiques médicalisées permet de baser la détermination du regroupement des activités sur une connaissance relativement précise de la nature de celles-ci dans les différents hôpitaux et services et l'on note encore ici les perspectives intéressantes qu'ouvre la médicalisation des systèmes d'information.

3.3. Répartition spatiale des capacités et missions hospitalières.

La répartition spatiale des capacités se confronte à **deux types d'inertie**: l'implantation des établissements est pour l'essentiel déjà réalisée et les décisions de suppression d'un hôpital sont politiquement fort délicates, chaque région voulant conserver "son" hôpital.

On note en outre que, dans maints cantons, un accroissement de structures de soins intermédiaires de type "CTR" apparaît nécessaire parallèlement à la diminution des capacités en soins aigus.

⁸ En l'absence de statistiques médicalisées, l'une des approches alternatives sur laquelle se basent vraisemblablement les analyses concernant la répartition spatiale des capacités consiste à considérer les taux d'occupation, de même que les résultats d'exploitation des différents établissements — un "déficit" élevé étant le signe d'une infrastructure ne parvenant pas à être "rentabilisée". Outre la prise en charge des urgences, de telles considérations sommaires doivent cependant tenir compte de la durée moyenne de séjour des différents établissements considérés, ceci en particulier lorsque le mode d'allocation des ressources est basé sur les journées d'hospitalisation.

Ainsi, l'exigence d'une masse critique minimale et la considération d'une prise en charge adéquate des urgences paraissent souvent des éléments déterminants avant tout une **réaffectation des missions** propres aux différents établissements.

L'attribution de missions est un point essentiel de la planification hospitalière car elle permet de **structurer le réseau hospitalier**, en établissant une hiérarchie fonctionnelle sur base de laquelle l'assistance mutuelle et l'organisation en commun des infrastructures existantes peuvent être définies.

Exemple d'attribution de missions.

Nous nous référons à la planification hospitalière fribourgeoise [Commission de planification hospitalière, 1997] en tant qu'exemple de décision quant à la structuration fonctionnelle d'un réseau hospitalier:

Cette planification concerne un canton non doté d'un hôpital universitaire qui doit par conséquent "exporter" une partie de ses patients vers des structures extra-cantoniales (CHUV en particulier). La réorganisation du tissu hospitalier fribourgeois tient par ailleurs compte de la nécessité de développer des structures de soins de réadaptation⁹.

En dehors du recours à des infrastructures extra-cantoniales, l'organisation hiérarchique du réseau correspond à une organisation en trois niveaux: hôpital cantonal (fonctionnant comme hôpital de référence du canton), hôpitaux "polyvalents" et CTR.

a. Définitions des missions.

De manière détaillée, les missions attribuées aux différents établissements hospitaliers fribourgeois sont les suivantes:

Les établissements universitaires ou spécialisés (hors canton) continueront à accueillir des patients nécessitant des investigations et des traitements non disponibles à l'hôpital cantonal de Fribourg¹⁰.

L'hôpital cantonal fonctionnera comme hôpital de référence du canton pour toutes les prestations spécialisées non offertes dans les autres établissements polyvalents¹¹. Il assurera également l'assistance médicale de base en médecine interne, chirurgie et gynécologie-obstétrique pour les habitants de la partie centrale du canton.

Le développement d'une médecine de pointe à l'hôpital cantonal sera encouragé. De nouvelles spécialités pourront y être développées en fonction du personnel soignant à disposition et de la masse critique nécessaire.

L'hôpital cantonal ne s'occupera en principe pas de réadaptation.

Il sera en outre doté d'un centre de "grandes urgences".

Les hôpitaux polyvalents fournissent aux patients en phase aiguë (patients A) l'assistance médicale de base en médecine interne, en chirurgie, en orthopédie, en gynécologie et en obstétrique.

Ils seront également dotés d'un service d'urgences fonctionnant 24h/24 et doté d'une unité de soins continus¹².

Certaines spécialités pourront être pratiquées dans les hôpitaux polyvalents «pour les cas relativement simples»¹³.

⁹ Dans quelle mesure le fait de transformer en CTR tous les établissements hospitaliers ne se voyant pas renouveler leur ancienne mission d'hôpital en soins généraux correspond-il à un choix purement politique? Une telle question ne peut que rester ouverte.

¹⁰ Sont citées: les transplantations, la neurologie complexe, la neurochirurgie compliquée, la chirurgie cardiaque, la chirurgie néonatale et pédiatrique majeure nécessitant des soins intensifs, le traitement des brûlures étendues, les soins intensifs de néonatalogie, la radiologie cardiologique et la neuroradiologie interventionnelle, etc.

¹¹ Sont citées: neurologie, cardiologie, pneumologie, chirurgie pédiatrique spécialisée, chirurgie générale et vasculaire, chirurgie orthopédique, pédiatrie, gynécologie obstétrique, ophtalmologie et chirurgie maxillo-faciale.

¹² Tout en notant que la limite entre soins continus et soins intensifs est difficile à établir, les auteurs du rapport sont d'avis qu'il n'y aura pas de soins intensifs dans les hôpitaux polyvalents, «du moins dans un premier temps».

¹³ Sont citées: pédiatrie, ORL, ophtalmologie et urologie. Il est en outre affirmé que «l'extension des spécialités devra être analysée par les médecins des hôpitaux polyvalents et de l'hôpital cantonal réunis, afin de rechercher

De même que l'hôpital cantonal, les hôpitaux polyvalents ne disposeront pas de services de réadaptation et, dès qu'un patient A entre en phase stable, il devra, sauf raison médicale, être transféré dans un CTR du canton.

Les autres établissements hospitaliers (hôpitaux de district ne fonctionnant plus comme établissement polyvalent) seront transformés en CTR prenant en charge les patients nécessitant une réadaptation¹⁴ (patients B) et les malades chroniques dont la durée de séjour dépasse celles qui sont admises dans les hôpitaux aigus (patients C).

Ils s'occuperont d'autre part de patients en phase stable ne nécessitant que des traitements simples (patients A'). Enfin, ils seront dotés d'un service de médecine qui sera également à même de prendre en charge les "petites urgences"¹⁵.

L'infrastructure lourde étant concentrée dans les établissements polyvalents, les autres établissements n'auront plus d'activité chirurgicale. Cependant, la Commission estime que, selon les progrès de la médecine, ils pourraient développer des activités de type polyclinique¹⁶.

Coordination des services d'urgence.

L'exploitation d'un "service des grandes urgences" étant très onéreuse et la sécurité des actes médicaux exigeant un nombre important d'interventions, la Commission a jugé qu'il est nécessaire de limiter le nombre de ces services dans le canton.

Afin d'assurer une bonne coordination entre les services des urgences, la Commission préconise l'adoption d'un numéro d'appel unique afin que, sur base d'un tri préalable, les différents cas soient acheminés vers le(s) service(s) compétent(s).

b. Réaffectation des missions des différents établissements.

Outre l'hôpital cantonal, le réseau d'hôpitaux publics du canton de Fribourg était composé de cinq hôpitaux polyvalents.

Les nouvelles missions ont été réparties de la manière suivante:

Outre l'hôpital cantonal, seuls deux établissements polyvalents prendront en charge les patients en phase aiguë¹⁷.

Les hôpitaux qui n'ont plus de mission polyvalente seront transformés en Centres de traitement et de réadaptation (CTR) prenant en charge les patients en phase stabilisée de la maladie, ainsi que les activités de réadaptation et les malades chroniques.

Cette réorganisation se présente géographiquement de la manière suivante¹⁸:

la complémentarité et d'éviter une concurrence dispendieuse. Une certaine compétition doit cependant exister au niveau qualitatif».

¹⁴ Les types de réadaptation suivants sont cités: réadaptation rhumatologique, post-orthopédique, post-traumatique et neuroréhabilitation, à l'exception des paraplégies et affections neurologiques graves.

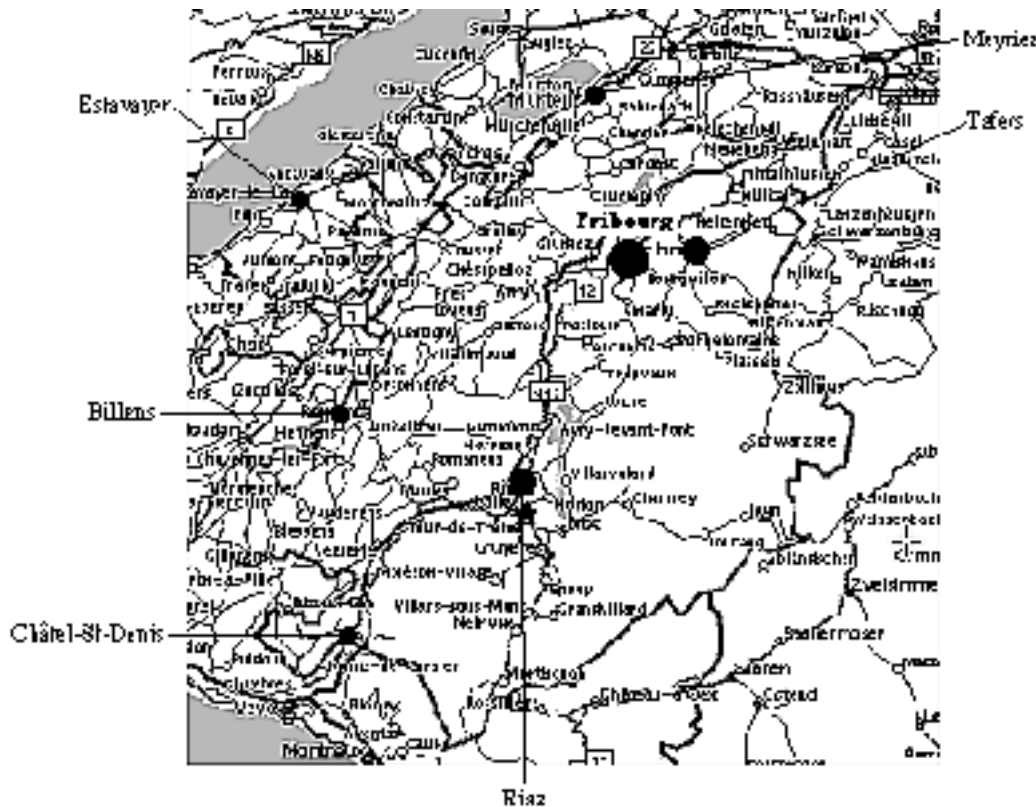
¹⁵ Il est précisé que les équipements médicaux seront simples, de type "cabinet médical". On lit également que «selon la demande et selon la disponibilité, les CTR pourront aussi s'occuper de cas psychosomatiques et de cas de soins palliatifs, avec le soutien de centres spécialisés (cliniques de la douleur, psychiatres, psychologues)». D'autres missions pourraient en outre être envisagées au niveau d'activités non hospitalières locales (centres de nuit psycho-gériatrique, antenne des centres psycho-sociaux, etc).

¹⁶ Une limitation de ces activités devrait toutefois se faire au travers du financement et par la mise en réseau des différents établissements hospitaliers.

¹⁷ La commission a également envisagé la possibilité de réduire le nombre d'établissements polyvalents cantonaux à deux, en agrandissant l'hôpital cantonal de Fribourg et en développant des collaborations avec un établissement privé de la ville de Fribourg, de même qu'avec le canton de Berne pour la région nord-est du canton de Fribourg. Toutefois, pour des raisons politiques, cette option n'a pas été retenue. La mission polyvalente de l'hôpital de Tavers a en effet été reconduite afin de maintenir "son" hôpital à la minorité de langue allemande du district de la Singine et du Lac. Outre l'exigence d'une certaine masse critique, des critères géographiques (accès aux urgences) et l'implantation des établissements existants, la Commission hospitalière a donc pris en compte des facteurs politico-culturels. La nécessité de prendre en compte ceux-ci n'était pas partagée par tous les membres de la Commission qui avait fini par présenter deux variantes au Conseil d'Etat.

¹⁸ Les petits cercles signalent les CTR, les moyens correspondent aux hôpitaux polyvalents et le grand cercle indique l'hôpital cantonal (hôpital de référence).

Il est évident qu'outre des fondements strictement analytiques, cette réorganisation hospitalière a également intégré des variables politiques renvoyant en particulier aux intérêts et à l'influence des différentes régions du



3.4. Centralisation-diversification des structures: pertinence de la notion de réseaux de soins.

Dans ses principes, la réorganisation hospitalière adoptée correspond à une **centralisation** des unités de soins aigus et à une **diversification** des missions¹⁹ qui devrait permettre une prise en charge plus adéquate des malades: dès qu'un patient hospitalisé dans un des hôpitaux polyvalents du canton entre en phase "stable", il devrait, si aucune raison médicale ne s'y oppose, être transféré dans un CTR du canton.

Afin que le système fonctionne et que les patients d'une division coûteuse soient transférés dans une division moins coûteuse, une excellente collaboration entre établissements est essentielle. Les auteurs du rapport envisagent une évaluation de celle-ci au travers d'une *revue régulière des hospitalisations*.

Cet exemple rend bien compte des tendances actuelles concernant l'organisation spatiale et la restructuration des réseaux hospitaliers.

Alors que le rôle de la proximité a diminué avec le développement des moyens de transport, ces tendances correspondent à une centralisation des plateaux techniques et des équipes médicales dans le but de réduire les coûts et d'assurer que, malgré les diminutions des capacités, les établissements de soins aigus restants conservent un seuil minimum d'actes médicaux nécessaire à la préservation du niveau de qualité des interventions.

Parallèlement à cette centralisation des plateaux techniques, on assiste à une diversification des structures de prise en charge et au développement de structures "intermédiaires", à mi-chemin entre soins aigus et services de maintien à domicile.

Ce **mouvement de "centralisation-diversification"** suppose cependant le développement d'une **coordination étroite du réseau hospitalier**.

canton. Le maintien de tous les sites hospitaliers, de même que la décision de continuer à exploiter un hôpital de soins aigus situé à quelques minutes de l'hôpital cantonal peuvent être interprétés dans ce sens.

¹⁹ Parallèlement à cette diversification des missions hospitalières, le rapport insiste également sur la nécessité de développer des services d'aide et de soins à domicile.

En outre, la continuité de la chaîne de prise en charge suppose que l'hôpital entretienne désormais des **relations étroites avec le secteur médico-social**. Ainsi, les restructurations actuelles supposent-elles que se développe de manière effective la **notion de réseaux de soins**. Afin de favoriser les collaborations, les Nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise (NOPS) prévoient, à termes, d'orienter les allocations financières basées sur des contrats de prestations vers des réseaux de soins (environ 5), lesquels regrouperont les différents services de soins et seront dotés d'une direction commune²⁰.

4. Dotation en personnel.

La masse salariale correspondant à 70% environ des dépenses d'exploitation des hôpitaux, il est surprenant de constater que les documents de planification ne contiennent aucune considération détaillée concernant la dotation en personnel des établissements considérés.

Une telle question est-elle trop délicate pour être abordée dans ce cadre ?

Les normes en lits sont-elles considérées comme étant trop grossières pour être utilisées comme base de réflexion à propos d'une telle question ?

Ces deux éléments expliquent vraisemblablement ce mutisme.

Les indicateurs-lit paraissent trop abstraits, c'est-à-dire trop distants de l'activité médicale qui se déploie dans les établissements hospitaliers, pour pouvoir décider sur cette base (densité de personnel par lit) du nombre de postes adéquats.

Le fait que de nouveaux *outils de mesure de la charge en soins infirmiers* se mettent en place donne d'autant plus de pertinence à cette constatation. Sur base d'une évaluation en continu de la charge de travail correspondant au profil des patients présents dans un établissement ou un service de soins, de tels outils de mesure (p.ex "PLAISIR") permettent de connaître l'importance du personnel infirmier requis. L'implémentation de tels systèmes de gestion hospitalière est en cours en Suisse²¹ et ceux-ci permettront prochainement une analyse raisonnée de la dotation en personnel des établissements et des différents services hospitaliers.

²⁰ Il est prévu que l'Etat s'associe avec les assureurs pour cofinancer les réseaux par catégorie de patients traités. Ainsi, le montant des allocations aux réseaux dépendra pour la plus grande partie de l'activité réelle de chacun d'eux et "l'argent suivra le patient", ce qui confèrera une grande souplesse de l'ensemble de l'organisation et, dans une certaine mesure, une mise en concurrence des réseaux entre eux. En dehors de cette clé de financement basée sur les catégories de cas traités, l'Etat allouera également des subventions destinées à certaines tâches d'intérêt général (formation, recherche, ...) ou visant au maintien de certains points de services.

²¹ Le CHUV a d'ores et déjà pleinement intégré la mesure continue de la charge en soins dans sa gestion du personnel infirmier.

Pour une analyse détaillée des différents outils d'évaluation de la dotation de personnel en soins infirmiers, voir avant tout: A. Berthoud (sous la direction de), Outils de mesure de la charge en soins infirmiers, ISP, Aarau, 1995.

Conclusions et perspectives.

Conclusions et perspectives.

Projection: une approche du vraisemblable.

Bien que la deuxième partie de ce travail ait permis de se pencher sur l'évolution des besoins de santé et de l'offre hospitalière en dégagant certaines tendances, on constate qu'il est difficile d'aller au-delà de la mise en exergue de "tendances lourdes" dans le domaine sanitaire. Les besoins de la population sont difficiles à approcher (section II.A et III.1) et les données hospitalières nationales correspondent encore à des statistiques rudimentaires et lacunaires (section II.B.1).

Si une approche des tendances passées et présentes s'avère difficile, l'évolution des tendances futures bute d'autant plus sur de multiples incertitudes et la projection des capacités hospitalières nécessaires correspond essentiellement à une approche générique des évolutions vraisemblables.

Médicalisation des systèmes d'information et progrès de la méthodologie d'évaluation projective.

La projection des tendances des besoins de santé et de l'offre hospitalière bute sur des incertitudes insécables, mais la médicalisation des systèmes d'information nous livre une meilleure connaissance des morbidités de la population et de l'activité hospitalière et apporte des progrès notables à la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires.

Comme le montre cette étude (exemples B et C de la section III.2.6) les cantons disposant d'ores et déjà de statistiques hospitalières médicalisées peuvent les mettre à profit dans le cadre d'évaluations des capacités hospitalières nécessaires. Ces données permettent une approche plus raisonnée du secteur hospitalier en offrant la possibilité de dresser un tableau détaillé de l'activité des établissements hospitaliers, à partir duquel les indicateurs de base (durée moyenne de séjour, taux d'hospitalisation) peuvent être affinés.

Ces progrès statistiques rompent l'abstraction des indicateurs génériques antérieurement utilisés et ouvrent la voie à des comparaisons inter-hospitalières "scientifiquement" fondées car tenant compte du "case-mix" des établissements (types de pathologie et âge des patients traités). De telles comparaisons permettent de contourner la relativité des indicateurs hospitaliers et peuvent être exploitées par les cantons dans le cadre de l'évaluation des capacités nécessaires pour estimer le niveau adéquat d'indicateurs de base telle que la durée moyenne de séjour (c.f. en part. exemple B (et C), section III.2.6.), voire le taux d'hospitalisation¹.

L'affinement des indicateurs hospitaliers et la meilleure connaissance de l'activité hospitalière qu'il confère donne également des bases nouvelles à l'analyse des capacités futures nécessaires, en permettant de dresser des scénarios projectifs détaillés différenciant les tendances d'offre par groupes diagnostiques (voir exemple C, section III.2.6). La meilleure connaissance de l'activité hospitalière et des affections de la population traitée en milieu hospitalier rend également possible le fait de dresser des projections médico-démographiques fondées sur le postulat "toutes choses égales par ailleurs" (voir également exemple C), lequel ne fait que contourner les difficultés d'approche des besoins (voir section II.A.1), mais a du moins le mérite de clarifier les bases de l'analyse projective.

¹ De telles analyses comparatives seront également développées par les assureurs-maladie afin de déterminer la notion de "surcapacité" (art. 49 al. 1 LAMal).

Apports et limites de la régulation normative centralisée.

L'analyse projective donne à la planification hospitalière son assise normative. A partir des évaluations des capacités hospitalières futures nécessaires s'établit une régulation normative centralisée de l'offre hospitalière.

Une telle régulation normative permet à ce pilote distant qu'est l'Etat de donner au secteur sanitaire des (ré-)orientations majeures assurant une certaine adéquation de l'offre par rapport à l'évolution des besoins et contrecarrant partiellement les effets d'induction de la demande très importants dans le domaine sanitaire (voir section II.B.2). A cette régulation normative établie par la planification s'ajoutent une (re-)définition des missions décidant de l'implantation des moyens humains et matériels et d'une (re-)structuration du tissu hospitalier (voir section III.3).

Etant donné les incertitudes caractérisant l'exercice de projection des tendances futures et l'impossibilité pour l'Etat de piloter de grands ensembles hospitaliers en considérant la spécificité de chaque spécialité médicale, la régulation centralisée rencontre des limites indépassables et a dû se contenter de définir des axes majeurs au travers de normes génériques, parmi lesquelles l'indice-lit apparaît central.

Maints analystes relèvent que «le personnel, l'équipement et d'autres facteurs ont un impact très important sur les capacités et les coûts... [et qu'] un rapport lits/population élevé n'équivaut donc pas nécessairement à des coûts de santé élevés et inversement» [Institut für Gesundheits-..., 1989: 48]. D'autres notent à juste titre que l'indice-lit est de moins en moins représentatif de l'activité hospitalière et des ressources mobilisées par les hôpitaux. Dans le secteur des soins aigus, la diminution importante des durées de séjour des patients (voir section II.B.1) correspond en effet à une perte d'importance de la fonction d'hébergement de l'hôpital alors que les fonctions médico-techniques ("plateau technique") gagnent en importance parallèlement aux progrès diagnostiques et thérapeutiques, ce qui donne d'autant plus de pertinence au concept de prise en charge [ENA, 1995: 629].

Si de telles observations mettent en exergue les limites de la régulation normative du secteur hospitalier en relevant l'aspect générique des normes régulatrices mises en place par la régulation centralisée et le fait que la définition d'indices-lit n'empêche nullement une allocation inefficace des ressources, il convient de relever qu'avant le développement de la médicalisation des systèmes d'information ce mode de régulation était le seul qui pouvait être mis en oeuvre, l'usage de mécanismes s'inspirant du marché, (ie: régulation par les prix) n'étant possible que dès l'instant où les données disponibles permettent de comparer les offres².

Dans ce contexte, on peut estimer que la régulation centralisée a joué son rôle en posant des lignes directrices globales régulant et coordonnant le secteur hospitalier.

Nouveau cadre régulateur centré sur les prix et régulation normative du secteur hospitalier.

Outre le fait qu'elle fournit aux projections et aux planifications hospitalières des données plus précises, la médicalisation des systèmes d'information répond aux exigences LAMal (art. 49 al. 1 et 7 notamment) et ouvre la voie à un nouveau cadre régulateur du secteur hospitalier.

² Si, dès le début des années quatre-vingt certains cantons ont également tenté d'utiliser certains modes de financement prospectif (enveloppe budgétaire) en tant que mode de régulation, la définition de ceux-ci était essentiellement "historique" avant que l'on ne dispose d'une connaissance plus détaillée de l'activité des établissements et l'effet incitatif de tels modes de financement restait faible. En ce sens, leur fonction correspondait essentiellement à imposer un plafond quantitatif à l'offre hospitalière, conjointement aux indices-lit.

Dans le canton de Vaud, il est actuellement prévu qu'à moyen terme la définition des enveloppes soit essentiellement basée sur le "case-mix" des établissements. Sur cette question, voir D. Depelteau [1995]. Notons que les NOPS prévoient quant à elle, à moyen/long terme un financement dirigé vers des réseaux de soins, ce qui établirait des incitations à la collaboration entre établissements hospitaliers.

Les statistiques médicalisées, couplées à une comptabilité analytique, vont permettre d'établir un prix prospectif par groupe de diagnostics et donc de réguler par les prix (modulés par les cantons avec d'autres critères) le domaine hospitalier.

Parallèlement à l'évaluation en cours de la charge que représentent les patients hospitalisés en regard de différents groupes de maladies, d'autres outils font progressivement leur apparition dans le paysage hospitalier.

Le développement de critères de qualité et de protocoles de soins, de même que des revues d'hospitalisation, devraient ainsi accompagner l'introduction d'une régulation par les prix en limitant les effets pervers qu'a potentiellement celle-ci³.

De plus, l'introduction d'outils de mesure de la charge en soins devrait permettre de donner une réponse raisonnée à la question de la dotation en personnel infirmier.

Du point de vue de la régulation structurelle, l'idée de réseau fait quant à elle son chemin. Ainsi, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, les NOPS, envisagent de financer les établissements hospitaliers constitués en réseaux de soins. Un tel financement dépasse les incitations à une meilleure gestion qu'établit un plafond budgétaire par établissement (système des enveloppes budgétaires) en induisant à une gestion efficiente au niveau de la globalité du système de santé, entre les différents secteurs de soins. Il permet d'envisager de réguler (partiellement?) la structuration du réseau de soins au travers d'incitations budgétaires.

La mise en place de ce nouveau cadre régulateur relève encore largement du domaine du probable et va encore nécessiter un certain temps. Dans l'attente que celui-ci fasse ses preuves, c'est à la planification hospitalière que la LAMal a encore fait confiance pour définir les orientations du secteur hospitalier. Néanmoins, la mise sur pied du "projet APDRG" (voir section I.B, note no7, p. 12) laisse supposer qu'à court terme vont être définis des tarifs hospitaliers non plus basés sur la journée d'hospitalisation, mais sur une évaluation de la charge des patients hospitalisés selon différents groupes de diagnostics, à partir de laquelle un financement prospectif par groupe de pathologies pourra être établi.

Dans quelle mesure ce cadre régulateur se mettra-t-il en place, quelle sera la place respective de la régulation décentralisée et des décisions politiques en matière de prix, quelles sont les potentialités réelles de ces nouveaux outils de régulation ?

Ce sont là, en fin de compte, des questions ouvertes dont la réponse devrait en grande partie déterminer dans quelle mesure subsistera une régulation normative centralisée du système de soins. Reste que plutôt que de correspondre à la substitution d'un cadre régulateur par un autre, il est possible que le futur corresponde à une cohabitation des deux approches. L'une permettant en particulier d'assurer une certaine efficacité allocative dans le cadre d'une plus grande autonomie des établissements, l'autre déterminant un plafond quantitatif de l'offre (au travers d'enveloppes budgétaires ou d'indices-lits) et décidant des (ré-)orientations stratégiques des ensembles hospitaliers.

³ Dans le cadre de cet exposé, nous n'avons hélas pas le temps de nous étendre plus avant sur ces nouveaux outils.

Au sujet des normes de qualité et des protocoles de soins, voir en particulier F. Barazzoni [1996]; F. Barazzoni et al [1997], J. Vader et H. Guillain [1993] et H. Guillain [1993].

Au sujet des revues d'hospitalisation, voir F. Brot [1996] et, en particulier, P. Gertman et J. Restuccia [1981].

Au sujet des outils d'évaluation de la charge en soins infirmiers voir J-D. Henchoz, S. Menétrey [1997] et, en particulier, A. Berthoud [1995].

Bibliographie.

Bibliographie.

Berthoud, A. (1995) (sous la direction de), Outils de mesure de la charge en soins infirmiers, ISP, Aarau, 1995.

Barpst, L. (1992), *Plaidoyer en faveur d'un essai pilote à réaliser prochainement*, in PCS-DRG: Des outils pour quoi faire, Cahiers d'études de l'ISH, vol. 44, 1992, pp. 57-65.

Barazzoni, F (1996), *Augmenter la qualité, réduire des coûts*, in Hôpital suisse, no 4, 1996, 17-19.

Barazzoni, F, et al. (1997), *Promotion de la qualité, quelques exemples pratiques*, in Hôpital suisse, no 4, 1996, 17-19.

Battaglioni, M. (1992), Hospitalisation en Suisse: 1936-75-90, Cahiers de l'Idheap no 96, 1992.

Brot, F. (1996), *La revue des hospitalisations, un instrument qui a fait ses preuves*, in Hôpital suisse, no 1, 1996, 19-23.

CDS (1995), Résultats de l'enquête concernant l'évolution des dépenses hospitalières 1991-95, Berne, 18 avril 1995.

CDS (1996), *Préavis arrêtés lors de la 1ère séance de la Commission "Application de l'assurance-maladie"*, Communiqué de presse, 8 décembre 1996.

Document disponible sur le site internet de la CDS: <http://www.sdk-cds.ch>

CDS (1997), Indicateurs d'hospitalisation 1992-95, ISE, Lausanne, octobre 1997.

CDS (1998), *Accord CDS/CAMS du 7 juillet 1998*, Communiqué de presse, 7 juillet 1998.

Document disponible sur le site internet de la CDS: <http://www.sdk-cds.ch>

Commission de planification hospitalière du canton de Fribourg (1997), Rapport final à l'intention du Conseil d'Etat, Fribourg, février 1997.

Commission suisse des cartels (1993), Caisses-maladie et conventions tarifaires, Rapport no 2, 1993.

Conseil d'Etat de Neuchâtel (1995), Rapport d'information au Grand Conseil concernant une nouvelle étape de planification hospitalière, Neuchâtel, février 1995.

Depelteau, D. (1995), *Financement des hôpitaux par le coût des pathologies et situation dans le canton de Vaud*, in PCS News, Avril 1995, 5-11.

Domenighetti, G., et al (1987), *L'information sur les variations régionales de la consommation de soins comme instrument de politique sanitaires*, in La santé. Perspectives médicales et économiques (textes réunis par S. Bailly et al), ERESA, Saint-Etienne, 1987, 23-31

Domenighetti, G., et al (1996), Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France, Lausanne, Réalités sociales, 1996.

Domenighetti, G. (1998), *Médecine ambulatoire: principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés*, in Médecine et hygiène, vol. 56, 1998, 381-88.

ENA (1995), Les nouveaux enjeux des politiques de santé [Chap. 12: Les restructurations hospitalières], La Documentation Française, Paris, 1995.

- Etat de Vaud (1997), Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS), Lausanne, juin 1997.
- Flessenkämper, A. (1995), *LAMal et maîtrise des coûts dans les hôpitaux*, in Sécurité sociale, no 4, 1995
- Frei, A., Hill, S. (1992), Le système suisse de santé, Ed. Krebs, Bâle, 1992
- Gertman, M., Restuccia, J. (1981), *The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care*, in Medical care, vol 29, no 8, 1981, 855-71.
- Gilliand, P. (1969), Vieillissement démographique et planification hospitalière, Lausanne, 1969.
- Gilliand, P. (1980), L'hospitalisation en Suisse: statistiques 1936-78, ISH, Aarau, 1980.
- Gilliand, P. (1986), *Le logement: facteur de santé*, in Les défis de la santé, vol III, Réalités sociales, Lausanne, 1986, 21-64.
- Gilliand, P. (1988), Politique sociale en Suisse. Introduction [Chap. 4: Evolution et perspectives de population. Vers un nouveau régime démographique?], Réalités sociales, Lausanne, 1988.
- Gilliand, P. (1990a), *Coût du système de santé et sources de financement. Suisse, 1975-86*, in Gilliand, P., Assurance-maladie – Quelle révision, Réalités sociales, Lausanne, 1990, 317-336.
- Gilliand, P. (1990b), *Statistique de l'assurance-maladie*, in Gilliand, P., in Assurance-maladie – Quelle révision, Réalités sociales, Lausanne, 1990, 337-354
- Gilliand, P. (1994), Système de santé du canton de Fribourg. Rapport à l'intention de Mme Rùth Lüthi, Maraçon, décembre 1994.
- Gilliand, P. (1996), Rapport sur le système de santé genevois, Cahier de la santé du Département genevois de l'action sociale et de la santé, no 7, décembre 1996.
- Gilliand, P. (1997), *Investir en personnel... plutôt que dans les murs*, in Maintien à domicile (sous la dir. de J-P. Fragnière), Réalités sociales, Lausanne, 1997, 169-183.
- Gilliand, P., Rossini, R. (1997), La protection sociale en Suisse, Réalités sociales, Lausanne, 1997.
- Guillain, H. (1993), *Les recommandations pour la pratique clinique: l'expérience d'une agence gouvernementale américaine*, in Cahiers médico-sociaux, no 37, 1993, 355-365.
- Gunning-Schepers, L. (1988), *La technique des scénarios dans la planification en santé publique: lexemple des Pays-Bas*, in La santé des Suisses en l'an 2000, 1988, pp 51-66.
- Henchoz, J-D., Menétrey, S. (1997), *Mesurer la charge en soins infirmiers pour améliorer la qualité, un paradoxe?*, in Hôpital suisse, no 10, 1997, 19-25.
- Institut für Gesundheits-System-Forschung, Study of methodes to determine bed-to-population rations and their use, Kiel, 1989.
- ISH (1984), Le vieillissement démographique et ses répercussions sur les coûts de la santé publique, Aarau, 1984
- ISH (1992), Organisation hospitalière du canton du Valais, Lausanne, août 1992.

- ISP (1996), Révision des normes de dotation de lits en soins aigus, Lausanne, novembre 1996.
- Jung, K. (1995), *La Nouvelle assurance de soins sociale de la République fédérale d'Allemagne*, in Sécurité sociale, no 1, 1995, 45-47
- Kocher, R. (1996), *Effets de la réduction des primes dans l'assurance-maladie*, in Sécurité sociale, No 3/1996
- Kocher, R. et Coullery, P. (1997), *La notion juridique de "condition économique modeste" dans l'assurance-maladie*, in Sécurité sociale, N0 1/1997
- Lehman, P., et al. (1988), *Les inégalités sociales face à la santé et à la maladie en Suisse*, in Les cahiers médico-sociaux, vol. 32, no 1, 1988
- Majnoni d'Intignano, B. (1991), *démographie et demande de soins*, in Réalités industrielles, juillet-août 1991.
- Mizrahi, An et Ar. (1995), *La mutation de la demande de soins*, in Revue d'économie financière, no 34, 1995.
- Müller, M. (1992), *Die Erhöhungen der Arzt- und Spitaltarife in einer Gegenüberstellung*, in Neue Zürcher Zeitung, 10 mars 1992.
- OCDE (1995), Les nouvelles orientations de la politique de santé, Etudes de politique de santé no7, OCDE, Paris, 1995.
- OCDE (1996), Le vieillissement dans les pays de l'OCDE [Chapitre 3: Soins de santé et de longue durée], Etudes de politique sociale no 20, Paris, 1996.
- OFAS (1995), *Evolution des dépenses hospitalières 1991-1995*, in Sécurité sociale, 1995, no 5, 264-7.
- OFS (1996a), Les scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 1995-2050, OFS, Berne, 1996.
- OFS (1996b), Annuaire statistique de la Suisse, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich, 1996.
- OFS (1997), Coûts du système de santé 1995, Berne, 1997.
- OFS (1998a), *1996: hausse du coût de la santé*, Communiqué de presse, no 32/98, Juin 1998. Document disponible sur le site internet de l'OFS: <http://www.admin.ch/bfs/finhalt.htm>
- OFS (1998b), Annuaire statistique de la Suisse, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich, 1998.
- OFSP (1995), La Suisse en comparaison européenne, OFSP, Berne, 1995.
- Osiek-Parisod, F. (1991), *Rapport à la santé, pratiques préventives et conditions de vie*, in Revue Suisse de Sociologie, no 1, 1991, 125-150.
- Pedroni, G. (1984), La demande dans le domaine de la santé - Nécessité et possibilités de l'influencer, Pharma Information, Bâle, 1984.
- Pedroni, G., Zweifel, P. (1989), Vieillesse, santé, coûts de santé, Pharma Information, Bâle, 1989.
- Pineault, R., Daveluy, C. (1986), La planification de la santé - Concepts, méthodes, stratégies, Agence d'Arc, Ottawa, 1986.
(Signalons qu'une nouvelle édition comportant quelques mises à jour vient de paraître)

Rossel, R. (1995), *Vieillesse démographique et coûts du système de santé*, in Sécurité sociale, no 3, 1995, 154-8.

Saladin, P. et Strebel, D. (1997), *Avis de droit quant à la constitutionnalité des mesures cantonales visant à limiter les coûts de santé, en particulier les clauses du besoin pour les cabinets médicaux...*, in Rapport du Conseil d'Etat genevois...et projet de résolution relative à la planification sanitaire 1998-2001, Genève, 27 août 1997, 178-277.

SCRIS (1997), Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005, Lausanne, avril 1997.

Seiler, W. (1995), *Conséquences de la LAMal pour les hôpitaux à court terme*, in Sécurité sociale, no 5, 1995, 247-50.

Sommer, J.H. (1985), *L'escalade des dépenses de la santé: le cas Suisse*, in Forum Mondial de la Santé, Vol 6, 1985.

Sommer, J. H. (1989), L'extension des soins à domicile procurerait-elle des économies? L'expérience américaine, Phama Information, Bâle, 1989.

Tinturier, G., (1988), *Planification des services de santé*, in La santé des Suisses en l'an 2000, ISH, Aarau, 1988, 239-262.

Vader, J., Guillain, H. (1993), *L'adéquation des actes médicaux ("appropriateness")*, in Cahiers médico-sociaux, no 37, 1993, 367-377.

Veska (H+) (1996), Statistique administrative 1995, H+, Aarau, 1996

Veska (1991), Le domaine hospitalier reflété par les statistiques 1990, in Hôpital suisse, no 11, 1991, 1-44.

Veska (1986), Le domaine hospitalier reflété par les statistiques 1985, in Hôpital suisse, no 11, 1986, 2-36.

Veska (1981), Le domaine hospitalier reflété par les statistiques 1980, in Hôpital suisse, no 11, 1981.

Veska (1976?), Données statistiques "administratives" des hôpitaux 1975.
Tableaux non datés fournis par le service statistique de la Veska (H+).

Zweifel, P., Pedroni, G. (1987), Le financement des hôpitaux en Suisse, Pharma information, Bâle, 1987.

Actes législatifs.

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) [RS 832.10]
- Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) [RS 832.102]
- Ordonnance concernant l'entrée en vigueur et l'introduction de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [RS 832.101]
- Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans l'assurance-maladie du 12 avril 1995 [832.112.4]
- Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) [RS 832.112.31]

Annexes.

ANNEXE 1: Coûts de santé et population âgée.

1. Coûts de santé et population âgée en 1980.

Avant d'aborder certaines études étudiant l'impact d'une population croissante de personnes âgées, mentionnons rapidement les résultats d'une étude ancienne, publiée par l'ISH¹, qui tentait de mettre en rapport le coût par âge et la structure démographique de la Suisse en 1980. En utilisant les estimations détaillées de Gygi et Frei² au sujet des dépenses globales de santé en Suisse au cours de l'année 1980 et en ventilant au sein des différents postes la part des dépenses attribuables aux personnes de plus de 65 ans (sur base des données de la caisse-maladie CMB), les auteurs de ce rapport de l'ISH parviennent à la conclusion (extrapolation) que ces dernières (13.8% de la population en 1980) ont occasionné plus du tiers des dépenses totales de santé³ en 1980 et que cette part de la dépense totale est attribuable à environ part égale aux traitements ambulatoires et hospitaliers⁴.

De manière plus détaillée, le coût des soins aux personnes âgées aurait correspondu aux parts suivantes des dépenses globales de santé prises en charge par ces différents payeurs:

- 37% pour les caisses-maladie (assurance de base)
(à raison d'environ 50% pour le traitement ambulatoire et hospitalier respectivement).
- 39% pour les assurés privés et non assurés.
- 33% pour l'Etat.

Bien qu'elles n'envisagent que de manière partielle les coûts globaux de santé, ces estimations confirment ce que les dépenses de santé par catégorie d'âge nous laissaient entrevoir: sur le total des montants consacrés à la santé, la part du coût des soins aux personnes âgées est proportionnellement très élevée.

Leur résultat pour l'année 1980 est éloquent: les personnes âgées — représentant alors 1/7 de la population — occasionnent plus de 1/3 des coûts de santé, et ceci alors même que les soins chroniques et la majeure partie du secteur médico-social sont exclus de l'analyse.

¹ ISH, Le vieillissement démographique et ses répercussions sur les coûts de la santé publique, Aarau, 1984

² Gygi, P., Frei, A., Le domaine de la santé publique en Suisse en 1980, Bâle, 1982.

Avant les importants travaux menés par l'OFS, les estimations de Gygi et Frei ont été les seules données disponibles sur les coûts globaux de santé en Suisse.

Périodiquement remises à jour, ces estimations incluaient non seulement les dépenses concernant les assurés "de base", mais également les assurés privés et les non assurés. Gygi et Frei tentaient en outre d'estimer les dépenses directes de l'Etat pour la santé (Confédération, cantons communes). Leurs travaux englobaient presque tous les secteurs (hôpitaux, ambulatoire, pharmacies, soins à domicile, etc).

Cependant, Gygi et Frei ne considéraient pas la prise en charge des maladies chroniques et des handicapés comme des coûts du système de santé. Les dépenses ayant trait à l'hébergement des personnes âgées dans des homes sont également exclues.

³ 29.6% des dépenses considérées par Gygi et Frei et 36.3% en excluant les frais de dentiste, les dépenses de l'Etat pour les facultés de médecine et le poste "autres prestations".

La somme des estimations de Gygi et Frei correspond à un peu moins 13 milliards de dépenses globales de santé pour l'année 1980. Toutefois, en excluant les dépenses à charge de l'AM, de l'AI et de la CNA, les auteurs de l'étude de l'ISH partent d'un montant d'un peu plus de 12 milliards.

⁴ Pour ce qui concerne uniquement les frais hospitaliers et en se limitant à une analyse des dépenses relatives aux assurés de la caisse-maladie CMB, les auteurs de cette publication de l'ISH constatent que le quart des hospitalisations concerne les assurés de plus de 65 ans. Ces derniers ayant une durée de séjour plus longue, plus de la moitié des journées totales d'hospitalisation des assurés de la caisse CMB se concentrent sur les plus de 65 ans.

2. Accroissement des coûts de santé et population âgée.

Les coûts de santé relatifs aux personnes âgées étant proportionnellement très élevés, il est donc probable que le prévisible fort accroissement du nombre de personnes âgées s'accompagne d'une augmentation importante des coûts de la santé.

Une telle assertion procède cependant par extrapolation. Elle se base implicitement sur la consommation médicale par âge et les coûts y relatifs, en supposant que les valeurs actuelles de ces deux variables restent inchangées, ou en excluant tout au moins que certains facteurs⁵ n'aboutissent à une diminution des coûts de santé concernant les personnes âgées.

Dans la pratique, de nombreuses études — suisses et internationales — se basent sur une approche "toutes choses égales par ailleurs" afin d'établir des projections relatives aux répercussions de l'évolution démographique sur les coûts de santé⁶.

Projection de l'ISH.

Après avoir estimé pour 1980 la part des dépenses à charges des différents payeurs sur base des statistiques de morbidité de la caisse CMB, les auteurs de l'étude de l'ISH précitée avaient utilisé ces mêmes statistiques (coûts de santé par âge), en les mettant en rapport avec les statistiques de Gygi et Frei et des prévisions démographiques établies par l'OFS au début des années 80⁷, afin de projeter le taux d'augmentation des dépenses de santé prévisible du seul fait de l'accroissement du nombre de personnes âgées au cours des années ultérieures⁸.

En extrapolant les données de morbidité de la caisses CMB, les auteurs de l'étude ISH étaient arrivés à la conclusion que les frais médico-pharmaceutiques et de traitement hospitalier augmenteraient de près de 20% entre 1980 et 2010 du seul fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées, c'est-à-dire de 0.63% par an.

Projection de l'OFS.

Plus récemment, en 1995, R. Rossel de l'office fédéral de la statistique s'est livré au même exercice⁹.

Selon le type de scénario démographique retenu, l'auteur conclut qu'entre 1991 et 2010 les coûts de santé augmenteront entre 5.6 et 9.3% du seul fait de la modification de la structure

⁵ Par exemple: diversification des services de soins, modes de prise en charge plus adéquats aux besoins, efficience accrue des services de santé, évolution du savoir médical, modifications des pratiques médicales, modification de l'habitus (représentation de la médecine, évolution du rapport à soi et au corps) et du recours aux services de soins, diminution importante de la morbidité parallèlement à l'accroissement de l'espérance de vie, etc.

Notons que la perspective d'une diminution des coûts de santé attribuable aux personnes âgées fait partie des hypothèses optimistes. Si la diversification en cours des services de santé correspond à la mise sur pied de structures moins coûteuses (CTR, services de maintien à domicile, etc), l'évolution du savoir et des techniques médicales seront sans doute un facteur important d'accroissement des coûts.

⁶Pour sommaire qu'il soit, ce type d'approche est le seul qui soit praticable en l'état, faute de données chiffrées et de connaissances solidement établies (c.-à-d. formalisables) en ce qui concerne le détail des facteurs responsables de la progression des coûts de santé.

⁷ Données transmises aux auteurs de l'étude de l'ISH, mais n'ayant pas fait l'objet d'une publication par l'OFS.

⁸ Comme nous l'avons déjà noté ces estimations excluent une part très importante des coûts de santé relatifs au secteur médico-social.

⁹ R. Rossel, *Viellissement démographique et coûts du système de santé*, in *Sécurité sociale*, no 3, 1995, 154-8.

Dans cette étude, ont été utilisés les scénarios démographiques dressés par l'OFS en 1992, la statistique des coûts de santé établie par le même service et une statistique des coûts par assuré dont l'origine n'est pas précisée.

A la différence des estimations de Gygi et Frei, la statistique des coûts de santé établie par l'OFS inclut les institutions pour malades chroniques et les homes pour personnes âgées, **mais ceci** à condition que 50% du personnel soignant compose l'effectif total. C'est un choix raisonné dans le cadre d'une statistique voulant estimer les dépenses ayant trait à des soins. Reste que la majeure partie des coûts du secteur médico-social restent exclus de la projection faite par R. Rossel.

d'âge, ce qui correspond à une fourchette allant de 1540 à 2570 mio¹⁰ et à un accroissement des coûts de 0.30% à 0.47% par an.

Evaluation rétrospective; caisse CMB.

Enfin, en 1992, M. Müller, alors collaborateur à la caisse CMB, a établi la responsabilité de différents facteurs sur la croissance annuelle des coûts à charge de cette caisse-maladie¹¹.

Son approche ne procède pas sur base du même type d'extrapolation que les deux précédentes études mentionnées. Elle correspond à une décomposition de facteurs de coûts observables à partir des statistiques de la caisse CMB. On peut toutefois s'interroger sur l'existence d'une interaction forte et complexe entre ces différents facteurs et se demander jusqu'à quel point il est possible de réellement les isoler.

Sur base de cette analyse la part de responsabilité respective de 3 facteurs sur la croissance annuelle des coûts à charge de la caisse CMB entre 1982 et 1990 apparaît ainsi:

Part respective de différents facteurs à la croissance annuelle des coûts dans le cadre de l'assurance-maladie (caisse CMB) entre 1982 et 1990¹².

<u>Facteur d'accroissement des coûts</u>				
	Evolution des prix	Recours accru aux prestations	Vieillessement démographique	Total (100%)
Ambulatoire	30%	56%	14%	6.7%
Hospitalier	69%	0%	31%	8.6%
Médicament	32%	42%	26%	7.0%
Moyenne	44%	33%	24%	7.4%

D'après les évaluations de M. Müller le vieillissement démographique aurait représenté globalement 24% des causes de coûts entre 1982 et 1990, ce qui correspond à un accroissement de 0.25% par année du seul fait du vieillissement démographique.

Projection de l'OCDE.

De son côté, l'OCDE¹³, se basant sur des données nationales¹⁴, et faisant l'hypothèse que les dépenses de santé des plus de 65 ans sont en moyenne 4 fois supérieures à celles des moins de 65 ans, arrive à la conclusion que l'évolution démographique produira en Suisse une augmentation de 0.22 à 0.37% par année entre 1990 et 2040, la fourchette de cette estimation dépendant des décennies considérées.

¹⁰Notons que, se prêtant à une analyse rétrospective, l'auteur aboutit à la conclusion que le vieillissement démographique a été responsable de 1/5 (21%) de l'augmentation des coûts de santé pour la période 1970-91, le 79% restant étant attribuable à la croissance du volume des prestations et à l'évolution des prix.

¹¹ M. Müller, *Die Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen*, in *Perspektiven*, no 2, 1992. Et M. Müller, *Die Erhöhungen der Arzt- und Spitaltarife in einer Gegenüberstellung*, in *Neue Zürcher Zeitung*, 10 mars 1992.

¹² Tableau repris de Conseil d'Etat de Neuchâtel, *Rapport d'information au Grand Conseil...*, Neuchâtel, février 1995, p. 7.

¹³OCDE, *Nouvelles orientations de la politique de santé*, 1995, p. 16.

¹⁴ Les estimations pour la Suisse sont vraisemblablement basées sur statistique des coûts de santé et des projections démographiques de l'OFS.

Synthèse.

Ces diverses estimations de l'impact de la modification de la structure démographique sur les coûts de santé aboutissent donc respectivement aux résultats suivants selon la période considérée et la méthode d'estimation utilisée:

	Période considérée	Evolution de la structure démographique et % d'accroissement annuel des coûts de santé
ISH	1980-2010	0.63%
Rossel (OFS)	1991-2010	0.30 à 0.47%
Müller (CMB)	1982-1990	0.25%
OCDE	1990-2040	de 0.22 à 0.37%

Une comparaison de ces chiffres avec l'estimation des coûts globaux de santé effectuée par l'OFS conduit à fortement minimiser la responsabilité du vieillissement de la population sur les coûts de santé.

En effet, selon l'estimation de l'OFS, les coûts de santé sont passés de 18.38 à 35.6 milliards entre 1985 et 1995, soit une augmentation de plus de 90% sur 10 ans et une moyenne de plus de 7.5% par année¹⁵. Même en partant de l'hypothèse que la progression future des coûts de santé ne dépasse pas le rythme de progression du PIB, que l'on peut s'aventurer à tabler à 2% à court terme, les chiffres ressortant de ces estimations apparaissent relativement faibles.

Il faut cependant insister sur le fait que **ces estimations ne comprennent pas la majeure partie des coûts du secteur médico-social** (en particulier hébergement des personnes âgées dans des établissements de longue durée) qui reposent largement sur les ménages, de même que sur les pouvoirs publics au travers de l'aide sociale et des prestations complémentaires AVS/AI.

¹⁵ Nous nous référons à OFS, Coûts du système de santé, Bern, 1996, p. 36.

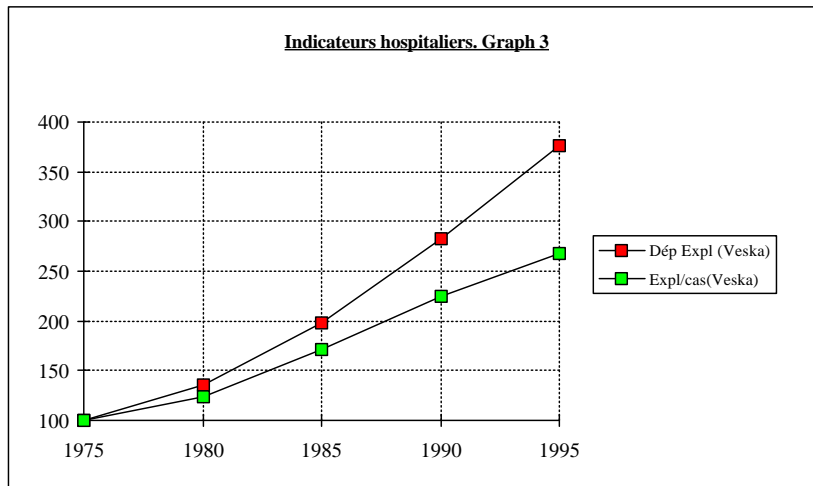
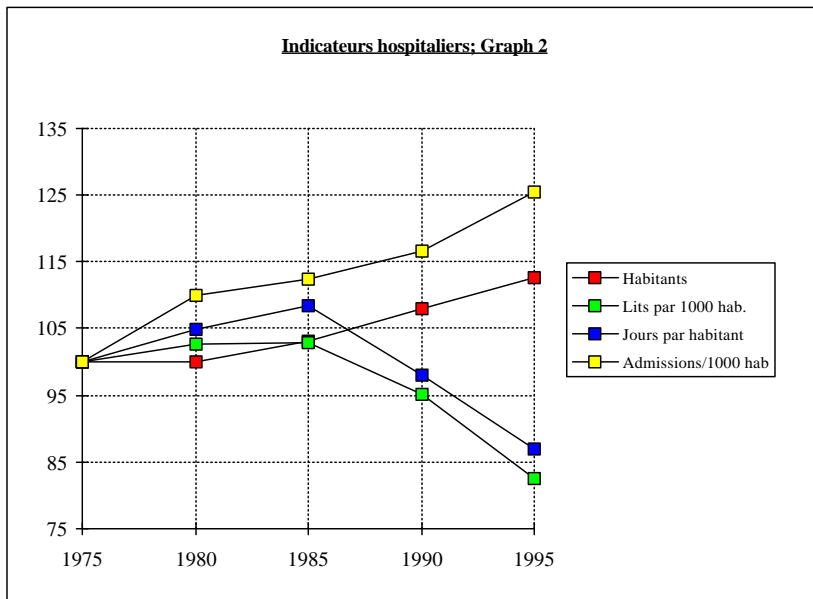
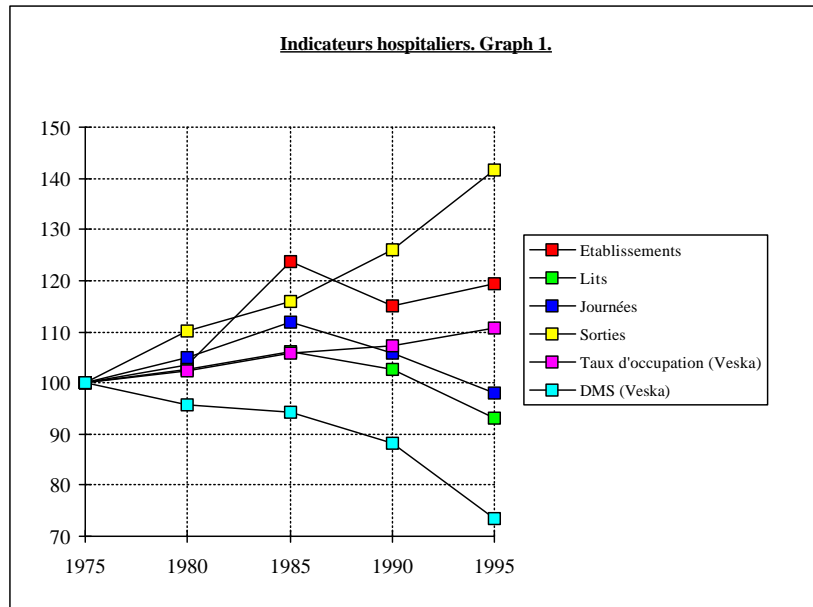
Ce calcul ne tient pas compte de l'inflation et reprend les chiffres bruts. Il en est de même des estimations concernant l'accroissement des coûts de santé attribuables aux personnes âgées.

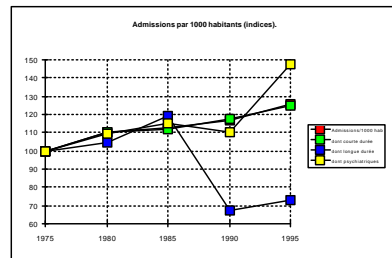
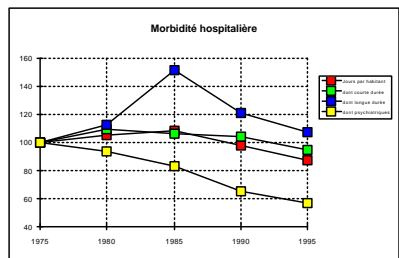
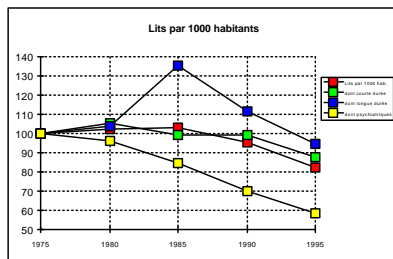
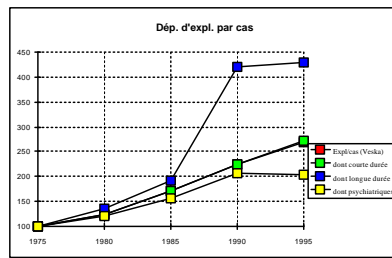
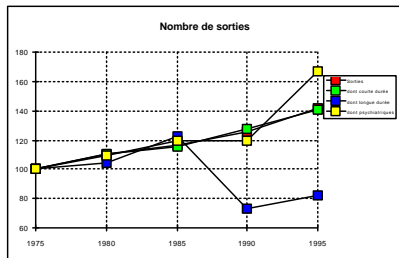
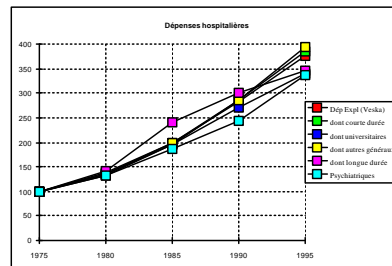
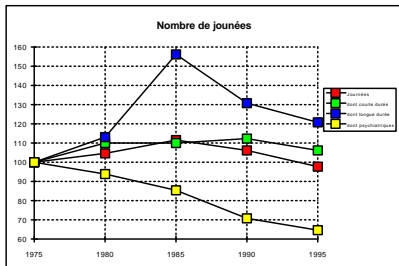
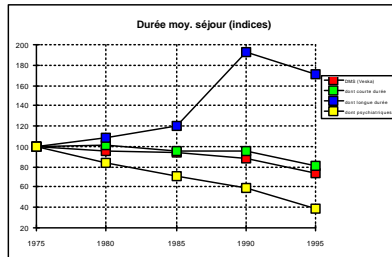
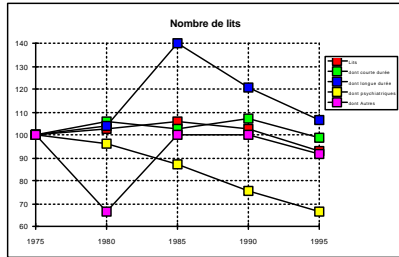
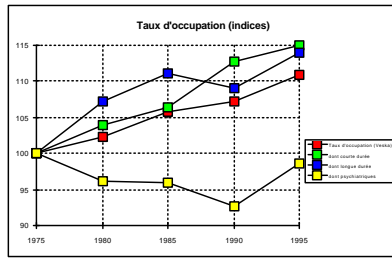
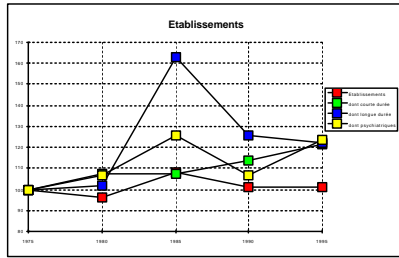
ANNEXE 2: Résultats détaillés de l'analyse de la statistique Veska (H+).

Indicateurs hospitaliers 1975-95.

Années	1975	1980	1985	1990	1995	Années	1975	1980	1985	1990	1995
Etabl. y.c.# vent.	[483]	[463]	[522]	[488]	[489]						
Etablissements	369	382	456	425	441	Etablissements	100	104	124	115	120
dont courte durée	208	224	224	236	253	dont courte durée	100	108	108	113	122
dont longue durée	100	102	163	126	122	dont longue durée	100	102	163	126	122
dont psychiatriques	43	46	54	46	53	dont psychiatriques	100	107	126	107	123
dont Autres	18	10	15	17	13	dont Autres	100	56	83	94	72
Lits y.c.# vent.	[?]	[78.4]	[79.8]	[76.6]	[67.7]						
Lits (milliers)	69.4	71.2	73.6	71.3	64.6	Lits (milliers)	100	103	106	103	93
dont courte durée	40.9	43.2	41.9	43.9	40.4	dont courte durée	100	106	102	107	99
dont longue durée	12.5	13	17.5	15.1	13.3	dont longue durée	100	104	140	121	106
dont psychiatriques	14.8	14.2	12.9	11.2	9.8	dont psychiatriques	100	96	87	76	66
dont Autres	1.2	0.8	1.2	1.2	1.1	dont Autres	100	67	100	100	92
Journ. y.c.# vent.	[?]	[23.5]	[24.6]	[22.9]	[20.9]						
Journées (mios)	20.3	21.3	22.7	21.5	19.9	Journées (millions)	100	105	112	106	98
dont courte durée	11.2	12.3	12.3	12.6	11.9	dont courte durée	100	110	110	113	106
dont longue durée	3.9	4.4	6.1	5.1	4.7	dont longue durée	100	113	156	131	121
dont psychiatriques	4.8	4.5	4.1	3.4	3.1	dont psychiatriques	100	94	85	71	65
dont Autres	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	dont Autres	100	67	100	100	100
Sorties (milliers)	793	873	920	999	1112	Sorties (milliers)	100	110	116	126	140
dont courte durée	742	818	854	944	1046	dont courte durée	100	110	115	127	141
dont longue durée	22	23	27	16	18	dont longue durée	100	105	123	73	82
dont psychiatriques	21	23	25	25	35	dont psychiatriques	100	110	119	119	167
dont Autres	9	9	13	14	12.8	dont Autres	100	100	144	156	142
Taux d'occupation (%) (Veska)	77	79	81	82	85	Taux d'occupation (Veska)	100	102	106	107	111
dont courte durée	70	73	75	79	81	dont courte durée	100	104	106	113	115
dont longue durée	85	91	94	93	97	dont longue durée	100	107	111	109	114
dont psychiatriques	89	86	86	83	88	dont psychiatriques	100	96	96	93	99
dont Autres	65.5	64.2	69.5	75.6	80.1	dont Autres	100	98	106	115	122
DMS (Veska)	24.8	23.7	23.4	21.9	18.2	DMS (Veska)	100	96	94	88	73
dont courte durée	14.3	14.4	13.7	13.7	11.6	dont courte durée	100	101	96	96	81
dont longue durée	154.5	166.9	185.5	298.5	263.8	dont longue durée	100	108	120	193	171
dont psychiatriques	224.5	189.2	159.0	132.8	88.0	dont psychiatriques	100	84	71	59	39
dont Autres	33.4	21.4	22.2	27.0	25.7	dont Autres	100	64	66	81	77
Dép Expl (mia) (Veska)	3.617	4.927	7.187	10.211	13.610	Dép Expl (mia) (Veska)	100	136	199	282	376
dont courte durée	2.805	3.829	5.486	8.011	10.811	dont courte durée	100	137	196	286	385
universitaires	0.833	1.091	1.621	2.261	2.831	universitaires	100	131	195	271	340
autres généraux	1.759	2.445	3.476	5.043	6.913	autres généraux	100	139	198	287	393
dont longue durée	0.345	0.487	0.827	1.039	1.198	dont longue durée	100	141	240	301	347
dont psychiatriques	0.439	0.583	0.816	1.072	1.484	dont psychiatriques	100	133	186	244	338
dont Autres	0.029	0.028	0.059	0.087	0.117	dont Autres	100	97	203	300	403
Dép Expl (mio) (Veska)	3.617	4.927	7.187	10.211	13.610	Dép Expl (mio) (Veska)	100	136	199	282	376
dont personnel	2.560	3.542	5.243	7.477	9.748	dont personnel	100	138	205	292	381
dont matériel médical	0.305	0.419	0.576	0.853	1.280	dont matériel médical	100	137	189	280	420
Expl/cas (frs)(Veska)	4560	5644	7813	10223	12236	Expl/cas (frs)(Veska)	100	124	171	224	268
dont courte durée	3782	4682	6424	8483	10332	dont courte durée	100	124	170	224	273
dont longue durée	15783	21435	30336	66339	67852	dont longue durée	100	136	192	420	430
dont psychiatriques	20646	25079	32168	42729	41830	dont psychiatriques	100	121	156	207	203
dont Autres	3402	3012	4419	6374	9114	dont Autres	100	89	130	187	268
Habitants (mio)	6.3	6.3	6.5	6.8	7.1	Habitants (mio)	100	100	103	108	113
dont 65 ans et +	12.8%	14.0%	14.1%	14.5%	14.7%	dont 65 ans et +					
Lits par 1000 hab.	11.0	11.3	11.3	10.5	9.1	Lits par 1000 hab.	100	103	103	95	83
dont courte durée	6.5	6.9	6.4	6.5	5.7	dont courte durée	100	106	99	99	88
dont longue durée	2.0	2.1	2.7	2.2	1.9	dont longue durée	100	104	136	112	94
dont psychiatriques	2.3	2.3	2.0	1.6	1.4	dont psychiatriques	100	96	84	70	59
dont Autres	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	dont Autres	100	67	97	93	81
Jours par habitant	3.2	3.4	3.5	3.2	2.8	Jours par habitant	100	105	108	98	87
dont courte durée	1.8	2.0	1.9	1.9	1.7	dont courte durée	100	110	106	104	94
dont longue durée	0.6	0.7	0.9	0.8	0.7	dont longue durée	100	113	152	121	107
dont psychiatriques	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	dont psychiatriques	100	94	83	66	57
dont Autres	~0	~0	~0	~0	~0	dont Autres					
Sorties/1000 hab	125.9	138.6	141.5	146.9	158.0	Admissions/1000 hab	100	110	112	117	126
dont courte durée	117.8	129.8	131.4	138.8	147.3	dont courte durée	100	110	112	118	125
dont longue durée	3.5	3.7	4.2	2.4	2.5	dont longue durée	100	105	119	67	73
dont psychiatriques	3.3	3.7	3.8	3.7	4.9	dont psychiatriques	100	110	115	110	148
dont Autres	1.4	1.4	2.0	2.1	1.8	dont Autres	100	100	140	144	126

Annexe: indicateurs hospitaliers 1975-95





ANNEXE 3: Résultats détaillés de l'analyse des données CDS 1995.

Les données de la brochure d'information publiée par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS)¹⁶ présentent une originalité majeure: celle de permettre le calcul du taux d'hospitalisation et du nombre de journées par canton en tenant compte des résidents hospitalisés hors de leur canton de résidence.

La statistique comprend également les cliniques privées, cependant celles-ci ne communiquent pas leurs données relatives à la provenance de leurs patients. Les données reprises ici se limitent donc aux hôpitaux publics de soins aigus.

La statistique CDS permet également de lire les évolutions apparues depuis 1992. Le tableau suivant se limite cependant à l'année 1995. (A noter que les données 1995 de Schaffhouse font référence à l'année 1992).

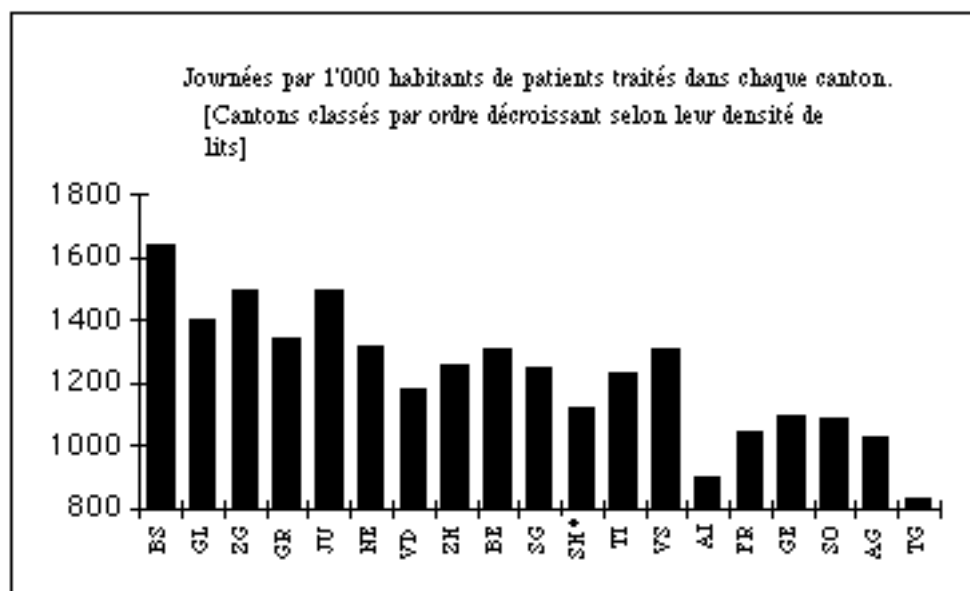
Rang selon densité de lits	Canton s	Lits soins aigus par 1'000 habitants	Nbre de journées par 1'000 habitants	Nbre de Journées par 1'000 habitants	Nbre de Cas par 1'000 habitants	Nbre de Journées par 1'000 habitants.	Nbre de Cas par 1'000 habitants.
		Hôpitaux publics	Toute provenance	Résidents du canton traités dans le canton	Résidents du canton traités dans le canton	Résidents du canton traités dans et hors canton	Résidents du canton traités dans et hors canton
9	BE	4.41	1306	1'173	105	1'205	109
1	BS	5.68	1643	1'096	102	1'096	102
15	GE	3.7	1091	954	85	973	88
7	VD	4.5	1182	1'076	110	1'125	116
8	ZH	4.48	1260	1'092	99	1'117	102
18	AG	3.11	1031	950	95	1'041	105
14	AI	3.96	902	781	61	1'321	119
16	FR	3.67	1042	978	93	1'176	118
2	GL	5.36	1400	1'183	110	1'382	126
4	GR	4.97	1343	1'169	121	1'326	134
5	JU	4.97	1493	1'415	119	1'630	142
6	NE	4.91	1321	1'249	128	1'404	146
11	SH*	4.16	1122	963	109	1'097	121
17	SO	3.56	1085	961	84	1'241	116
10	SG	4.25	1245	1'005	100	1'087	109
19	TG	2.31	831	797	90	1'011	112
12	TI	4.08	1235	1'155	105	1'321	120
13	VS	3.98	1311	1'221	127	1'338	141
3	ZG	5.03	1493	1'215	128	1'322	139

¹⁶ CDS, Indicateurs d'hospitalisation 1992-95, ISE, Lausanne, octobre 1997.

Résultats détaillés de l'analyse.

[seuls les graphiques non présentés dans le corps du texte figurent ici]

Densité de lits et nombre de journées par 1'000 habitants (patients de toute provenance).



Analyse de régression.

Regression Summary

J./1'000 hab. vs. lits/1'000 hab.

Co...	Num. Miss...	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Resid...
19	0	.891	.795	.783	96.343

ANOVA Table

J./1'000 hab. vs. lits/1'000 hab.

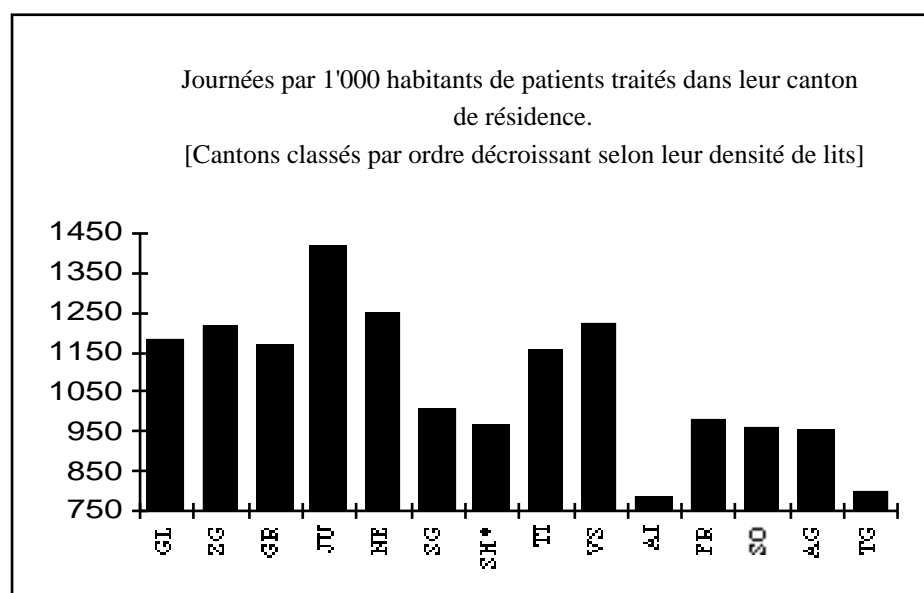
	Regression	Residual	Total
DF	1	17	18
Sum of Squares	610535.175	157791.983	768327.158
Mean Square	610535.175	9281.881	
F-Value	65.777		
P-Value	<.0001		

Regression Coefficients

J./1'000 hab. vs. lits/1'000 hab.

	Interc ...	lits/1'000 hab.
Coefficient	260.074	226.842
Std. Error	121.400	27.970
Std. Coeff.	260.074	.891
t-Value	2.142	8.110
P-Value	.0469	<.0001

Densité de lits et nombre de journées de patients traités dans leur canton de résidence.



Résultats des analyses de régression.

Regression Summary

J. résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.

Co...	Num. Miss...	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Resid...
14	0	.756	.571	.535	124.400

ANOVA Table

J. résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.

	Regression	Residual	Total
DF	1	12	13
Sum of Squares	247176.608	185704.821	432881.429
Mean Square	247176.608	15475.402	
F-Value	15.972		
P-Value	.0018		

Regression Coefficients

J. résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.

	Interc...	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	394.684	163.176
Std. Error	173.303	40.829
Std. Coeff.	394.684	.756
t-Value	2.277	3.997
P-Value	.0419	.0018

Sans JU et AI:**Regression Summary****J. résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

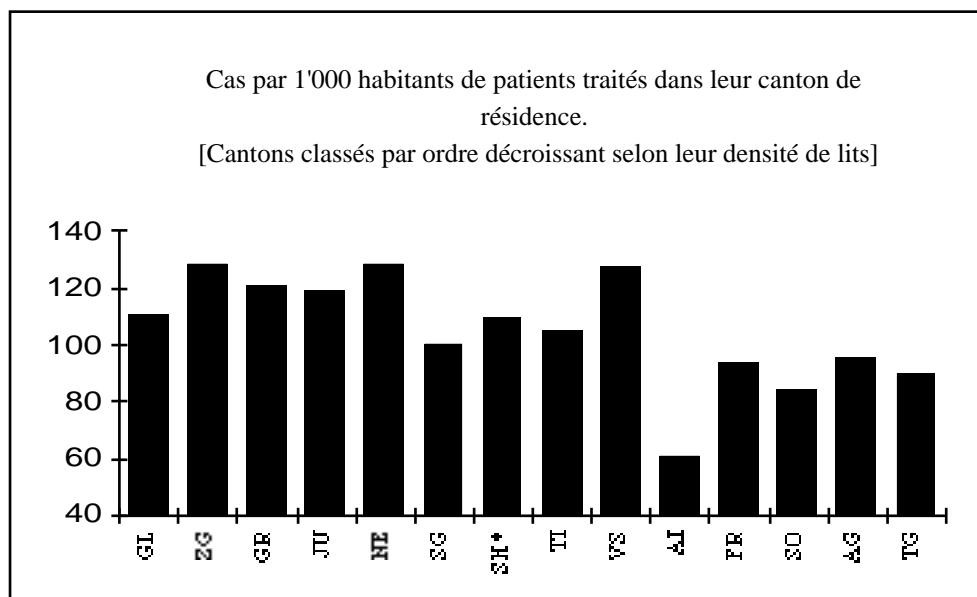
Count	Num. Missing	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Residual
12	0	.838	.703	.673	82.782

ANOVA Table**J. résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Regression	Residual	Total
DF	1	10	11
Sum of Squares	162077.808	68529.192	230607.000
Mean Square	162077.808	6852.919	
F-Value	23.651		
P-Value	.0007		

Regression Coefficients**J. résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Intercept	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	504.288	137.569
Std. Error	118.855	28.288
Std. Coeff.	504.288	.838
t-Value	4.243	4.863
P-Value	.0017	.0007

Densité de lits et nombre de patients hospitalisés dans leur canton de résidence.

Résultats des analyses de régression:**Regression Summary****Cas résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

Co...	Num. Miss...	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Resid...
14	0	.603	.364	.311	16.130

ANOVA Table**Cas résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Regressi...	Residual	Total
DF	1	12	13
Sum of Squares	1783.722	3122.278	4906.000
Mean Square	1783.722	260.190	
F-Value	6.855		
P-Value	.0225		

Regression Coefficients**Cas résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Interc ...	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	47.256	13.862
Std. Error	22.471	5.294
Std. Coeff.	47.256	.603
t-Value	2.103	2.618
P-Value	.0572	.0225

Sans AI et VS:**Regression Summary****Cas résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

Count	Num. Missing	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Residual
12	0	.820	.673	.640	8.945

ANOVA Table**Cas résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Regression	Residual	Total
DF	1	10	11
Sum of Squares	1645.518	800.149	2445.667
Mean Square	1645.518	80.015	
F-Value	20.565		
P-Value	.0011		

Regression Coefficients**Cas résidents in vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Intercept	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	50.666	13.379
Std. Error	12.652	2.950
Std. Coeff.	50.666	.820
t-Value	4.005	4.535
P-Value	.0025	.0011

Journées de résidents traités dans et hors canton.**Résultats des analyses de régression.****Regression Summary****J. résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.**

Co...	Num. Miss...	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Resid...
14	0	.735	.540	.501	118.792

ANOVA Table**J. résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Regression		Residual	Total
	1	12	13	
DF				
Sum of Squares	198553.231	169337.698	367890.929	
Mean Square	198553.231	14111.475		
F-Value	14.070			
P-Value	.0028			

Regression Coefficients**J. résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Interc ...	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	654.843	146.248
Std. Error	165.490	38.989
Std. Coeff.	654.843	.735
t-Value	3.957	3.751
P-Value	.0019	.0028

Sans SG, SH, JU et VS:**Regression Summary****J. résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.**

Co...	Num. Miss...	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Resid...
10	0	.904	.817	.794	61.998

ANOVA Table**J. résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Regression		Residual	Total
	1	8	9	
DF				
Sum of Squares	137588.475	30750.025	168338.500	
Mean Square	137588.475	3843.753		
F-Value	35.795			
P-Value	.0003			

Regression Coefficients**J. résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.**

	Interc ...	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	734.781	126.884
Std. Error	89.052	21.208
Std. Coeff.	734.781	.904
t-Value	8.251	5.983
P-Value	<.0001	.0003

Hospitalisations de résidents traités dans et hors canton.

Résultats des analyses de régression

Regression Summary

Cas résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.

Co...	Num. Miss...	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Resid...
14	0	.694	.482	.439	9.954

ANOVA Table

Cas résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.

	Regressi...	Residual	Total
DF	1	12	13
Sum of Squares	1106.752	1188.962	2295.714
Mean Square	1106.752	99.080	
F-Value	11.170		
P-Value	.0059		

Regression Coefficients

Cas résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.

	Interc ...	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	79.372	10.919
Std. Error	13.867	3.267
Std. Coeff.	79.372	.694
t-Value	5.724	3.342
P-Value	<.0001	.0059

Sans VS, SG, NE et GL:

Regression Summary

Cas résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.

Count	Num. Missing	R	R Squared	Adjusted R Squared	RMS Residual
10	0	.896	.802	.777	5.639

ANOVA Table

Cas résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.

	Regression	Residual	Total
DF	1	8	9
Sum of Squares	1029.999	254.401	1284.400
Mean Square	1029.999	31.800	
F-Value	32.390		
P-Value	.0005		

Regression Coefficients

Cas résidents in/out vs. Lits s aigus/1000 H.

	Intercept	Lits s aigus/1000 H.
Coefficient	74.032	12.197
Std. Error	8.718	2.143
Std. Coeff.	74.032	.896
t-Value	8.492	5.691
P-Value	<.0001	.0005

ANNEXE 4: Détail des GPH [Modèle utilisé dans ISP, 1996].

Description des GPH utilisés.	
1	Opération nerfs périphériques crâniens & autres
2	Aff. dégénérative syst. nerveux & hémipégie
3	Aff. cérébrovasc. spécifique sauf ischémie cérébrale transitoire
4	Ischémie cérébrale transitoire
5	Coma et stupor
6	Epilepsie & épilepsies
7	Comotion cérébrale
8	Autres op. et aff. système nerveux
9	Opération cristallin avec ou sans vitrectomie
10	Autres opérations et aff. oeil
11	Opération amygdale &/ou végétations
12	Autres opérations ORL
13	Otitis moyenne et infection voies resp. supérieures
14	Laryngotrachéite
15	Autres diag. ORL
16	Embolie pulmonaire
17	Tumeur appareil respiratoire
18	Maladie pulmonaire obstructive chronique
19	Pneumonie simple & pleurésie, âge >69 &/ou CC
20	Pneumonie simple & pleurésie, âge < 18-69 sans CC ou <18
21	Bronchite & asthme, âge >69 &/ou CC
22	Bronchite & asthme, âge <18-69 sans CC ou <18
23	Autres diag. appareil respiratoire
24	Opération vasculaire sans circulation extra-corporelle
25	Ligature & stripping veines
26	Troubles circulatoires avec inf. aigu myocarde sans décès
27	Troubles circulatoires avec inf. aigu myocarde avec décès
28	Insuffisance cardiaque & choc
29	Troubles vasculaires périphériques & athérosclérose
30	Hypertension artérielle
31	Arythmie et troubles conduction
32	Angine poitrine
33	Autres diagnostics et opérations système circulatoire
34	Opération majeure intestins, âge >69 &/ou CC
35	Opération majeure intestins, âge <70 sans CC
36	Opération estomac, oesophage & duodénum
37	Opération anus
38	Opération hernies, âge >17
39	Opération hernies, âge <18

Description des GPH utilisés.	
40	Appendicectomie
41	Autres opérations système digestif
42	Tumeur maligne digestive
43	Hémorragie digestive
44	Ulcère peptique
45	Oesophagite, gastrite & div. aff. digestives, âge >69 &/ou CC
46	Oesophagite, gastrite & div. aff. digestives, âge 18-69 sans ou <18
47	Autres diag. système digestif
48	Cholécysectomie + opération foie, pancréas et voies biliaires
49	Cirrhose et hépatite éthylique
50	Aff. foie, voies biliaires et pancréas
51	Prothèse totale de hanche et genou
52	Opération hanche et fémur sauf articulation, âge >69 &/ou CC
53	Opération hanche et fémur sauf articulation, âge 18-69 sans CC ou <18
54	Opération jambe & bras, âge 18-69 sans CC ou <18
55	Opération genou
56	Opération membre supérieur, sauf humérus & main
57	Opération pied
58	Opération tissu conjonctif
59	Opération main
60	Excision locale et ablation matériel d'ostéosynthèse
61	Arthroscopie
62	Autres opération syst. musculo-squelettique
63	Fracture hanche, bassin & fémur
64	Problèmes médicaux du dos
65	Fracture, entorse, sub-lux. & lux. av. bras, main, pied
66	Fracture, entorse, sub-lux. & lux. bras, jambe sauf pied, âge >69 &/ou CC
67	Fracture, entorse, sub-lux. & lux. bras, jambe sauf pied, âge <70 &/ou CC
68	Autres diagnostics système musculo-squelettique
69	Mastectomie pour tumeur maligne
70	Opération sein pour aff. non maligne
71	Autres opération tissu sous-cutané & sein
72	Cellulite & lymphangite
73	Traum. peau tissu sous-cutané & sein, âge >69 &/ou CC
74	Traum. peau tissu sous-cutané & sein, âge <70 &/ou CC
75	Affection mineure peau
76	Autres aff. peau et sein + brûlures
77	Diabète
78	Autres aff. et opérations endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
79	Opération transurétrale

80	Autres opérations rein et voies urinaires
81	Infection rein & voies urinaires, âge >69 &/ou CC
82	Infection rein & voies urinaires, âge 18-69 sans CC ou <18
83	Calcul urinaire
84	Autres diag. rein & voies urinaires
85	Opération majeure bassin masculin
86	Prostatectomie transurétrale
87	Opération testicule
88	Opération pénis + circoncision
89	Autres aff. et opération du système reproducteur masculin
90	Hystérectomie, éviscération pévienne, vulvectomie
91	Opération reconstruction syst. reproducteur féminin
92	Opération utérus & annexe
93	Opération vagin, col & vulve
94	Laparoscopie
95	Dilatation & curetage, conisation
96	Infection système reproducteur féminin
97	Troubles menstruel & autres aff.
98	Césarienne
99	Accouchement par voie vaginale
100	Menace d'avortement
101	Avortement
102	Autres diagnostics et opérations syst. reproducteur féminin
103	Prématuré
104	Nouveau-nés avec problème
105	Nouveau-nés normaux
106	Op. et aff. du système hématopoïétique et immunitaire
107	Lymphome ou leucémie
108	Maladie virale + fièvre d'origine inconnue
109	Opération et autres diag. d'infection et maladie parasitaires
110	Troubles de l'acceptation
111	Depression, névrose
112	Troubles mentaux organiques & retard mental
113	Opération et autres diag. troubles mentaux
114	Dépendance subst. tox. traitement symptomatique
115	Empoison. & effet toxique médic. & subst. tox.
116	Opération pour traumatismes et autres diag. traum. intoxications
117	Autres facteurs influençant l'état de santé
118	Diverses opérations
119	Autres affections