



**Planification des soins 2016 selon
la loi sur les soins hospitaliers**

Parties A – D : Rapport

**Soins aigus somatiques
Réadaptation
Psychiatrie
Sauvetage
Professions de la santé**

Berne | 14 décembre 2016



Avant-propos



De quelles prestations hospitalières la population bernoise aura-t-elle besoin au cours des prochaines années? La *Planification des soins 2016* s'efforce de répondre le plus précisément possible à cette question.

Notre canton dispose aujourd'hui d'une offre de soins suffisante, de bonne qualité, supportable sur le plan économique et facilement accessible, dans toutes les régions. Mais nous serions mal conseillés si nous nous bornions à maintenir cette offre, sans chercher ni à l'améliorer où cela est souhaitable ni à l'adapter où cela est nécessaire.

La population bernoise vieillit, ce qui génère inexorablement une hausse de la demande de prestations spécifiques. Les soins palliatifs sont en plein développement, il faut assurer que cet effort ne ralentisse pas et que tous les besoins correspondants soient couverts à satisfaction. Les soins psychiatriques doivent être proposés en collaboration plus étroite avec les établissements de soins somatiques, avec un renforcement du secteur ambulatoire ainsi que des offres plus proches des lieux de vie des patients.

Ces trois exemples montrent que l'offre de soins doit périodiquement être réévaluée et adaptée. C'est d'autant plus important que l'augmentation constante des coûts de la santé exige un effort de rationalisation qui garantisse que le système demeure supportable sur le plan économique, sans négliger l'objectif d'améliorer la qualité des prestations fournies.

La rapidité des progrès technologiques en médecine est un puissant stimulant, qui aide à proposer des soins toujours mieux adaptés à la demande des patients. En même temps, elle exige de lourds investissements et du personnel toujours mieux formé. C'est là un double défi qui est lui aussi au cœur de la planification des soins.

Durant les prochaines années, la priorité du Conseil-exécutif portera sur l'économicité et les processus. En d'autres termes, fournir de bonnes prestations au meilleur coût et renforcer la collaboration entre les acteurs.

On doit en effet constater que le système des soins est encore trop cloisonné et que ses acteurs ne travaillent pas suffisamment ensemble. Cela provoque des redondances inutiles et des coûts qu'on pourrait éviter. Pour le patient, le système des soins n'est pas assez lisible et son implication dans les décisions de prise en charge qui le concernent requiert des efforts qui pourraient être allégés. L'introduction du dossier électronique du patient aidera à surmonter ces difficultés.

La réalisation de cette *Planification des soins 2016* a exigé un énorme travail. J'exprime ma reconnaissance à toutes celles et tous ceux qui y ont contribué – depuis les travaux préliminaires jusqu'à la consultation qui a permis de la consolider sur de nombreux points.

Puisse-t-elle conduire notre canton sur le chemin d'une offre de soins toujours meilleure, au service de chacune et chacun, quand survient une atteinte à la santé.

Berne | 14 décembre 2016



Pierre Alain Schnegg
Conseiller d'Etat
Directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Diffusion et autres informations

La présente planification est un rapport technique de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. La version électronique et d'autres informations peuvent être consultées sur www.be.ch/planificationdesoins.

Partie A : Généralités

1	Remarques préliminaires	12
1.1	Contenu et structure du rapport	12
1.2	Remarques d'ordre rédactionnel et méthodologique	13
1.3	Actualisation des bases de données	13
2	L'essentiel en bref	14
3	Introduction	21
3.1	Objet et fonction de la planification cantonale des soins	21
3.2	Evolution de la planification	21
3.3	Révision 2007 de la LAMal	21
3.4	Planification bernoise des soins 2016	22
4	Cadre légal et politique	24
4.1	Cadre légal	24
4.1.1	Loi sur les soins hospitaliers (LSH)	24
4.1.2	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)	25
4.1.3	Jurisprudence actuelle	26
4.2	Cadre politique	27
4.2.1	Déclarations de planification	27
4.2.2	Interventions parlementaires	28
4.2.3	Autres éléments politiques déterminants	29
5	Mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014	30
5.1	Prolongation et adaptation de la planification des soins 2011-2014	30
5.2	Le paysage hospitalier à la fin de la période de planification 2011-2014	30
5.3	Mesures définies dans la planification des soins 2011-2014	31
5.4	Thèmes et points forts de la planification des soins 2011-2014	32
5.4.1	Secteurs prioritaires	32
5.4.1.1	Gestion intégrée des soins	32
5.4.1.2	Soins palliatifs	33
5.4.1.3	Soins post-aigus	36
5.4.1.4	Soins gériatriques	37
5.4.1.5	Prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux	43
5.4.1.6	Déshospitalisation de patientes et patients psychiatriques de long séjour	46
5.4.1.7	Médecine hautement spécialisée	46
5.4.2	Psychiatrie ambulatoire	47
5.4.3	Introduction du financement des services de sauvetage selon le principe des coûts normatifs	48
5.4.4	Introduction de l'obligation de former dans les professions de la santé non universitaires	49
6	Objectifs de planification	50
6.1	Objectifs de planification généraux	50
6.2	Objectifs de planification particuliers	50
7	Aspects géographiques de la planification	52
7.1	Régions de soins	52
7.1.1	Soins aigus somatiques	52
7.1.2	Réadaptation	55
7.1.3	Psychiatrie	57
7.1.4	Services de sauvetage	61
7.2	Projections démographiques régionalisées	64
7.3	Modèle échelonné de prise en charge	68
7.3.1	Prise en charge régionale	69
7.3.2	Prise en charge suprarégionale	69
7.3.3	Prise en charge cantonale	69
8	Planification hospitalière axée sur les prestations	71
8.1	Domaines de soins hospitaliers	71
8.2	Classifications des groupes de prestations pour la planification hospitalière	72

8.2.1	Classification GPPH en soins aigus somatiques	72
8.2.2	Classification GPPH en réadaptation	74
8.2.3	Classification GPPH en psychiatrie	75
8.2.4	Différenciation supplémentaire	77
9	Planification hospitalière : degré de détail, principes et méthode	78
9.1	Champ d'application	78
9.2	Degré de détail de la planification	78
9.2.1	Planification globale	78
9.2.2	Attribution de mandats de prestations par site	78
9.3	Critères de planification selon l'article 58b OAMal	79
9.3.1	Aptitude et disponibilité	79
9.3.2	Conformité aux besoins	79
9.3.3	Accessibilité	81
9.3.4	Qualité	81
9.3.5	Economicité	83
9.3.6	Prise en considération des organismes privés	85
9.3.7	Coordination avec d'autres cantons	85
9.4	Principes de planification du canton de Berne	86
9.5	Méthode de planification	87
9.5.1	Évaluation des besoins	87
9.5.2	Analyse de l'offre	87
9.5.3	Sélection en deux étapes pour les listes cantonales des hôpitaux	87
9.5.3.1	Étape 1 : sélection des hôpitaux aptes à fournir la prestation	88
9.5.3.2	Étape 2 : sélection parmi plusieurs établissements aptes à fournir la prestation	88
9.5.3.3	Droit des fournisseurs de prestations à être entendus	89
10	Autres thèmes et points forts définis pour la planification des soins 2016	92
10.1	Nouvelles priorités	92
10.1.1	Soins d'urgence	92
10.1.2	Obstétrique	99
10.2	Cybersanté	104
10.3	Exigences de qualité pour les hôpitaux bernois répertoriés	106
10.3.1	Développement des classifications des groupes de prestations pour la planification hospitalière	106
10.3.2	Nombre minimal de cas	106
10.3.3	Gestion de la qualité pour la période de planification 2017-2020	109
11	Bases méthodologiques	112
11.1	Base de données	112
11.2	Actualisation des bases de données	113
11.3	Qualité des données	113
11.4	Comparabilité des planifications hospitalières bernoises 2011-2014 et 2016	114
11.5	Définition des principaux indicateurs	114
11.6	Calcul des besoins futurs en prestations hospitalières	116
11.6.1	Méthode du statu quo	116
11.6.2	Indications des sociétés médicales	117
11.6.3	Prestations ambulatoires en psychiatrie	118
11.7	Évaluation des besoins dans les domaines pluridisciplinaires	118
11.8	Relevé des prestations	122
11.8.1	Enquête auprès de tous les hôpitaux répertoriés	122
11.8.2	Relevé des prestations ambulatoires en psychiatrie	122
11.9	Analyse de l'accessibilité	122
11.10	Rapports d'experts	123

Partie B : Planification par domaine de soins

12	Soins aigus somatiques	126
12.1	Contexte	127
12.2	Recours aux soins pour la période 2010-2013	127
12.3	Evolution en comparaison nationale	134

12.4	Flux de patients	136
12.5	Prévision des besoins au 31.12.2017 31.12.2020	141
12.6	Potentiel ambulatoire	143
12.7	Offre de prestations au 31 décembre 2015	145
12.8	Relevé des prestations prévues au 31 décembre 2020	146
12.9	Coûts escomptés	147
12.10	Champ d'action	148
13	Réadaptation	149
13.1	Contexte	150
13.2	Recours aux soins pour la période 2010-2013	150
13.3	Evolution en comparaison nationale	153
13.4	Flux de patients	155
13.5	Prévision des besoins au 31.12.2017 31.12.2020	158
13.6	Offre de prestations au 31 décembre 2015	159
13.7	Relevé des prestations prévues au 31 décembre 2020	160
13.8	Coûts escomptés	160
13.9	Champs d'action	161
14	Psychiatrie	162
14.1	Contexte	163
14.2	Recours aux soins pour la période 2010-2013	163
14.3	Evolution en comparaison nationale	166
14.4	Flux de patients	167
14.5	Prévision des besoins au 31.12.2017 31.12.2020	170
14.6	Offre de prestations au 31 décembre 2015	172
14.7	Relevé des prestations prévues au 31 décembre 2020	172
14.8	Prestations ambulatoires en psychiatrie	173
14.9	Coûts escomptés	178
14.10	Champs d'action	179
15	Sauvetage	181
15.1	Contexte	181
15.2	Services de sauvetage	181
15.3	La notion d'urgence dans le domaine du sauvetage	182
15.4	Evolution des interventions entre 2010 et 2013	182
15.5	Règle de couverture et ratio d'intervention	183
15.6	Répartition temporelle des interventions sur l'ensemble du canton	186
15.7	Délai de départ	187
15.8	Potentiel d'optimisation des sites de sauvetage	188
15.9	Conduite des interventions	189
15.10	Coûts escomptés	191
15.11	Champs d'action	191
16	Professions de la santé non universitaires	193
16.1	Contexte	193
16.2	Méthode d'évaluation des besoins	194
16.3	Evolution des effectifs 2010-2013	195
16.4	Analyse par profession	196
16.5	Comparaison entre situation actuelle et valeurs cibles	197
16.6	Principe de planification de la prestation de formation	198
16.7	Qualité de la formation	199
16.8	Coûts escomptés	201
16.9	Champs d'action	202

Partie C : Mise en œuvre

17	Champs d'action 2017–2020	206
18	Principales caractéristiques de la planification des soins 2016	208

19	Résumé des coûts escomptés	209
20	Procédure de candidature pour l'inscription sur la liste des hôpitaux	210
21	Monitoring et surveillance des mandats de prestations par le canton	211
22	Actualisation des bases de données	212
23	Prochaine planification des soins du canton de Berne	213

Partie D : Annexe

A	Interventions parlementaires 2011–2015	216
B	Abréviations	218
C	Liste des illustrations	220
D	Liste des tableaux	222
E	Bibliographie	226



AMBULANCE

BE-670335



1 Remarques préliminaires

1.1 Contenu et structure du rapport

Le présent rapport *Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers* constitue le fondement de la planification hospitalière du canton de Berne. Il s'articule en cinq parties (voir illustration 1 ci-dessous).

La partie A *Généralités*, en bleu, expose le but, le contexte et les conditions générales présidant à la planification 2016. Elle donne également un aperçu de la méthodologie utilisée.

La partie B *Planification par domaine de soins*, en vert, résume les analyses quantitatives relatives à la planification hospitalière, au sauvetage et aux professions de la santé non universitaires. Pour les soins hospitaliers, elle examine l'évolution des besoins de la population bernoise et celle de l'offre des hôpitaux. Pour le sauvetage, elle se focalise sur les interventions d'urgence. Et pour les professions de la santé non universitaires, elle actualise les analyses de la planification des soins 2011-2014.

La partie C *Mise en œuvre*, en rouge, dresse la liste des champs d'action concrets pour la période 2017-2020, et donne un aperçu de la suite de la procédure.

La partie D *Annexe*, en gris, contient la liste des illustrations et des tableaux.

La partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*, cinquième et dernier volet du rapport, comprend de nombreux tableaux synthétiques et illustrations, ainsi que les bases détaillées de la planification des soins. Regroupant notamment l'ensemble des données et valeurs servant de base à l'élaboration des listes cantonales des hôpitaux, elle prend la forme d'un document distinct en raison de sa taille. Elle aussi se trouve signalée en gris.

Illustration 1

Aperçu du contenu et de la structure du rapport

	Structure	Contenu		Structure	Contenu
Document 1	Partie A	Partie A Généralités <ul style="list-style-type: none"> – Remarques préliminaires (chap. 1) – L'essentiel en bref (chap. 2) – Introduction (chap. 3) – Cadre légal et politique (chap. 4) – Mise en œuvre de la planification des soins 2011–2014 (chap. 5) – Objectifs de planification (chap. 6) – Aspects géographiques de la planification (chap. 7) – Planification hospitalière (chap. 8–9) – Autres thèmes et priorités définis pour la planification des soins 2016 (chap. 10) – Bases méthodologiques (chap. 11) 			
	Partie B	Partie B Planification par domaine de soins <ul style="list-style-type: none"> – Soins aigus somatiques (chap. 12) – Réadaptation (chap. 13) – Psychiatrie (chap. 14) – Sauvetage (chap. 15) – Professions de la santé non universitaires (chap. 16) 			
	Partie C	Partie C Mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> – Champs d'action 2016–2020 (chap. 17) – Principales caractéristiques de la planification des soins 2016 (chap. 18) – Résumé des coûts escomptés (chap. 19) – Procédure de candidature pour l'inscription sur la liste des hôpitaux (chap. 20) – Monitoring et surveillance des mandats de prestations par le canton (chap. 21) – Actualisation des bases de données (chap. 22) – Prochaine planification des soins du canton de Berne (chap. 23) 			
	Partie D	Partie D Annexes <ul style="list-style-type: none"> – Interventions parlementaires 2011–2015 (annexe A) – Abréviations (annexe B) – Liste des illustrations (annexe C) – Liste des tableaux (annexe D) – Bibliographie (annexe E) 			
Document 2			Partie E	Partie E Données et tableaux concernant la planification hospitalière <ul style="list-style-type: none"> – Aperçu (annexe B) – Répartition par âge en 2010 et 2013 (annexe C) – Le canton de Berne en comparaison nationale 2010–2013 (annexe D) – Flux des patients 2010–2013 (annexe E) – Bases 2013 pour la prévision des besoins (annexe F) – Population en 2013 et 2020 (annexe G) – Indications des sociétés médicales suisses (annexe H) – Mode de calcul (annexe I) – Prévision des besoins 2020 (annexe J) – Prestations psychiatriques ambulatoires (annexe K) 	

1.2 Remarques d'ordre rédactionnel et méthodologique

Les expressions patiente/patient et cas sont synonymes. Le terme d'hôpital se rapporte à un site hospitalier. La planification des soins 2016 s'appuie en partie sur les périodes de planification précédentes, désignées par *Période de planification 2007-2010* et *Période de planification 2011-2014*. La désignation *Période de planification 2017-2020* se réfère à la période de planification actuelle, sur laquelle porte le présent rapport. Celui-ci ne fait état que des résultats vérifiés en possession de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) au 31 décembre 2015. Cette date tient lieu de jour de référence dans la suite du texte. La planification des soins 2016 est un rapport technique. A ce titre, elle n'aborde pas de questions d'ordre politico-stratégique. Loin de porter des jugements de valeur, les contenus reproduits dans les tableaux et les illustrations sont un simple état des lieux du système de soins dans le canton de Berne.

1.3 Actualisation des bases de données

Les données les plus à jour disponibles au moment où a été rédigé le présent rapport datent des années 2010 à 2013. Les analyses concernant le sauvetage comprennent pour leur part des indications de 2014. Pour leur planification hospitalière, les cantons doivent pouvoir s'appuyer sur des chiffres et des comparatifs fiables et statistiquement fondés (art. 58b, al. 1 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]). Tous les hôpitaux saisissent leurs données dans la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS), conformément à l'article 48 de l'ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112), en association avec l'annexe 5 de cette même ordonnance. Ces données constituent la base sur laquelle les besoins hospitaliers sont estimés dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie. Comme les chiffres concernant les habitantes et habitants du canton de Berne qui s'étaient fait soigner dans un autre canton en 2014 ou 2015 n'étaient pas encore disponibles à la date butoir du 31 décembre 2015, les présentes analyses portent sur les prestations définitives de la statistique médicale pour les années 2010 à 2013. Celle-ci recense tous les séjours hospitaliers de la population bernoise dans le canton et ailleurs pendant la période considérée. Les prévisions de la planification des soins hospitaliers 2016 portent sur la période allant jusqu'au 31 décembre 2020. Le canton de Berne prévoit de comparer annuellement ces prévisions avec les soins effectivement dispensés, tirés de la statistique médicale de l'année précédente. Cette vérification intermédiaire sera réalisée pour la première fois en 2017 sur la base des données 2016. Si les prestations fournies à la population bernoise s'écartent de manière significative des attentes dans certains secteurs ou groupes de prestations – en raison du libre choix de l'hôpital ou d'un plus grand nombre d'hôpitaux conventionnés, par exemple –, il sera procédé à des corrections qui seront publiées sous la forme d'une mise à jour des tableaux.

Partie A

Généralités

La partie générale (signalée par une bande bleue) s'ouvre sur une récapitulation des précédentes planifications des soins du canton de Berne et décrit l'influence exercée par la révision 2007 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) sur la planification 2016 (chapitre 3). Les chapitres 4 à 7 exposent la mise en œuvre de la dernière planification et les modifications des conditions générales. L'impact de la nouvelle donne sur la planification hospitalière bernoise fait l'objet des chapitres 8 et 9¹. Le chapitre 10 présente la situation qui a présidé à l'élaboration de la présente planification et les nouveaux thèmes et points forts qui la caractérisent. La partie générale se termine par le chapitre 11, qui traite des bases de données et de la méthode utilisées tout en établissant le lien avec la partie B portant sur les différents domaines de soins.

2 L'essentiel en bref

Généralités concernant la planification des soins 2016

Le Conseil-exécutif a déjà approuvé des planifications des soins en 2007 et en 2011. Le présent rapport, qui porte sur les années 2017 à 2020 et repose sur la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11), est ainsi le troisième du genre. C'est toutefois la première planification des soins entreprise par le canton de Berne depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2012, de la révision partielle 2007 de la LAMal, qui a notamment remodelé le régime de financement hospitalier. Elle couvre les mêmes secteurs de soins que les deux précédentes, à savoir la planification hospitalière (pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie), les soins psychiatriques ambulatoires (cliniques de jour et services ambulatoires), le sauvetage ainsi que les professions de la santé non universitaires. La planification des soins 2016 porte prioritairement sur la planification hospitalière. C'est la conséquence de la modification des conditions générales suite à la révision de la LAMal. Comme celle-ci a débouché sur une réglementation nettement plus restrictive, les parties du rapport portant sur les prestations en milieu hospitalier sont plus développées et détaillées. Le présent rapport ne contient pas de décisions concernant l'attribution des mandats de prestations sur les listes des hôpitaux du canton de Berne. Il porte essentiellement sur les besoins de la population bernoise en matière de soins. C'est sur les analyses détaillées établies à ce sujet que s'appuieront lesdites décisions, ainsi que sur les critères et les principes de planification régissant la sélection des hôpitaux des différentes listes. Le contenu du rapport est résumé ci-après.

Contexte juridique et politique

Révision de la LAMal 2007

Les modifications apportées à la LAMal portent principalement sur les soins hospitaliers. Depuis le 1^{er} janvier 2012, les patientes et patients bernois ont le choix, pour se faire soigner, entre tous les hôpitaux figurant sur la liste de leur canton de résidence ou celles des autres cantons (hôpitaux répertoriés). Le canton de résidence prend désormais à sa charge au moins 55 pour cent de la rémunération, et l'assureur-maladie la part restante, soit au maximum 45 pour cent. Lors de l'octroi des mandats de prestations aux hôpitaux, le canton doit tenir compte des critères d'attribution de la LAMal, soit du besoin, de l'accessibilité, de la qualité et du caractère économique.

Révision de la LSH 2014

La loi cantonale sur les soins hospitaliers, révisée au cours de la période de planification 2011-2014, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014. L'ordonnance cantonale sur les soins hospitaliers révisée a pour sa part pris effet le 1^{er} décembre 2015. La modification a notamment porté sur la définition de critères régissant l'attribution des mandats de prestations aux hôpitaux et sur un élar-

¹ La planification hospitalière, qui constitue l'un des éléments de la planification des soins, repose sur les classifications des groupes de prestations pour la planification hospitalière établies dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie (voir section 8.2). Elle définit la couverture en soins requise par la population bernoise en termes de prestations hospitalières et non en termes de capacités (c'est-à-dire de lits).

gissement de l'obligation de fournir des données au canton, pour permettre à celui-ci de remplir sa mission de régulation.

Déclarations de planification du Grand Conseil et interventions parlementaires

En 2011, le Grand Conseil a formulé huit déclarations de planification en lien avec sa prise de connaissance de la deuxième planification des soins du canton de Berne. Nombre d'interventions parlementaires ont par ailleurs été déposées entre 2011 et 2015. Ces déclarations et interventions abordaient une grande variété de thèmes liés à la planification des soins. Avec le *Programme gouvernemental de législature 2015 à 2018*, elles ont contribué au maintien, à terme, d'un système de soins à la fois performant et concurrentiel dans le canton de Berne.

Mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014

La planification des soins 2011-2014 portait essentiellement sur les aspects suivants : la gestion intégrée des soins, les soins palliatifs, les soins post-aigus, les soins gériatriques, la prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux et les soins psychiatriques ambulatoires. Le financement sur la base de coûts normatifs a par ailleurs été introduit pour les services de sauvetage, et une obligation de formation a été imposée aux établissements bernois pour les professions de la santé non universitaires. Etant donné leur importance particulière pour la couverture médicale de la population, ces aspects sont également traités en détail dans le présent rapport.

Objectifs en matière de soins pour la période de planification 2017-2020

« Le canton de Berne veille à ce que la couverture en soins soit à la fois économique et suffisante, en mettant notamment sur pied l'infrastructure requise ». Cet objectif général était déjà ancré dans la planification des soins 2011-2014 et ne changera pas au cours de la nouvelle période de planification. Les objectifs concrets pour la période 2017 à 2020 ont pour leur part été reformulés et complétés, de façon à axer plus résolument la planification sur les différents secteurs de soins et sur les domaines d'application de la LSH et de la LAMal :

- Garantir les soins aigus somatiques en renforçant la concentration décentralisée des soins de base et en concentrant les soins spécialisés et la médecine de pointe, compte tenu de la planification intercantonale dans ce dernier domaine.
- Garantir la réadaptation en examinant soigneusement les possibilités de traitement de proximité et en portant un soin particulier au transfert du mode hospitalier au mode ambulatoire.
- Garantir les soins psychiatriques en renforçant la concentration décentralisée des soins de base, en favorisant les infrastructures ambulatoires de proximité et en encourageant leur intégration dans les structures des soins aigus.
- Garantir les prestations de sauvetage en améliorant la collaboration entre les services de secours et en optimisant les sites d'intervention de manière ciblée.
- Garantir la relève dans les professions de la santé non universitaires en exploitant tout le potentiel de formation des établissements, en améliorant le recrutement de nouvelles forces et en fidélisant le personnel.
- Garantir les soins d'urgence par des unités à bas seuil, accessibles dans des délais raisonnables dans l'ensemble du canton.
- Garantir, avec la collaboration des fournisseurs de prestations, la mise en place et le développement progressif d'un monitoring reposant sur des données de routine.
- Permettre à la population d'accéder, grâce à la cybersanté, à un système de soins efficace, sûr et économique.
- Evaluer l'accessibilité et la répartition conforme aux besoins des structures de prise en charge de secteurs définis comme prioritaires en raison de leur importance particulière pour la population. Ces secteurs sont les soins d'urgence, la prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux, les soins périnataux, la prise en charge des enfants et des adolescents, les soins gériatriques, les soins palliatifs ainsi que la gestion intégrée des soins.

Planification régionale

La fourniture des soins est également examinée sous l'angle de sa répartition entre les régions.

Régions de soins et régions de sauvetage

Les soins aigus somatiques sont répartis entre sept régions : Berne, Jura bernois, Oberland bernois est, Oberland bernois ouest, Bienne, Emmental et Haute-Argovie. Le système de soins échelonné (voir page suivante) s'organise par rapport à ce découpage régional. Pour pouvoir tenir compte des particularités du secteur de la psychiatrie, ce dernier s'articule autour de quatre régions de soins : Aaretal-Oberland, agglomération bernoise, Bienne-Seeland-Jura bernois, Haute-Argovie – Emmental. Par ailleurs, les soins psychiatriques ambulatoires sont répartis en divers secteurs. Pour les services de secours, on conserve pour la période de planification 2017-2020 les huit régions de sauvetage existantes.

Evolution démographique

On s'attend pour ces prochaines années à une hausse et à un vieillissement de la population bernoise, et notamment à une croissance du groupe d'âge des plus de 65 ans. Selon les prévisions, la population augmentera de 3,9 pour cent d'ici 2020 par rapport à 2013 (1 039 749 habitants contre 1 001 281). La part des plus de 65 ans, qui était de 19,7 pour cent en 2013, passera à 22,1 pour cent en 2020. L'évolution démographique et les modifications qui en résulteront dans la pyramide des âges influenceront également sur les besoins en matière de soins hospitaliers et de sauvetage, et donc sur les besoins en professionnels de la santé qualifiés.

Structure des soins à trois niveaux | régional, suprarégional et cantonal

Le canton de Berne s'engage depuis longtemps pour un système de soins échelonné. Les planifications 2007 et 2011 préconisaient déjà la mise en place d'un modèle de prise en charge à plusieurs niveaux. Avec le présent rapport, le canton met en œuvre cet objectif important et crée les bases d'une structuration différenciée des soins hospitaliers. L'articulation autour des trois niveaux régional, suprarégional et cantonal lui permettra, au cours de la période de planification 2017-2020, de mieux observer et évaluer la situation sur l'ensemble de son territoire.

Planification hospitalière

Le canton s'efforce de garantir à sa population des soins d'un niveau élevé de sécurité et de qualité. Il doit pour ce faire concilier les impératifs parfois divergents de la couverture des besoins et de la reconnaissance d'une certaine autonomie entrepreneuriale des hôpitaux. Les critères ont été revus pour permettre de sélectionner les fournisseurs de prestations selon des principes clairs et transparents pour les trois listes des hôpitaux (soins aigus somatiques, réadaptation et psychiatrie).

La planification des soins 2016 en tant que cadre

La planification des soins 2016 définit le cadre déterminant pour l'attribution des mandats de prestations. Ces derniers sont octroyés par site hospitalier, et les listes bernoises des hôpitaux seront à l'avenir elles aussi structurées par site, ce qui permettra d'assurer le développement de chacun d'entre eux au plan tant médical qu'économique et entrepreneurial. A la différence de la planification des soins 2011-2014, celle de 2016 ne prévoit pas de limitation du nombre de cas cofinancés par le canton (pilotage du volume des prestations par le biais de la liste hospitalière) pour les hôpitaux répertoriés.

Les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), fondement des listes des hôpitaux

La planification hospitalière axée sur les prestations est effectuée sur la base des classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie. Les trois classifications ont été élargies et affinées en vue de la planification des soins 2016. Elles énumèrent des exigences d'ordre général ou spécifique applicables aux divers groupes de prestations concernant la qualité des structures et des processus, et sont contraignantes pour tous les hôpitaux des listes du canton de Berne.

La planification des soins 2016, autre fondement des listes des hôpitaux

La planification hospitalière est la partie la plus importante, en termes de volume, de la planification des soins selon la LSH. Elle doit être établie de manière à permettre d'en déduire directement les listes des hôpitaux. Lors de l'évaluation et de la sélection de ces derniers en vue de l'attribution d'un mandat de prestations, les critères ci-après sont pris en compte :

- Critères de planification (art. 58b OAMal) : les cantons sont liés par les dispositions de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie. Celle-ci définit les critères suivants, présidant à l'admission d'un hôpital sur une liste cantonale : adéquation aux besoins de la population du canton et preuve de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations (correspond au critère d'aptitude selon les exigences de la classification GPPH), qualité ainsi que caractère économique. L'article 58b OAMal précise par ailleurs que les patientes et les patients doivent avoir accès aux traitements dans des délais utiles.
- Sélection en deux étapes : dans le canton de Berne, la procédure de sélection des hôpitaux en vue de leur admission sur les listes comporte deux étapes. La première consiste à examiner l'aptitude de principe de l'hôpital, sur la base d'exigences relatives aux structures et aux processus, conformément aux exigences de la classification GPPH. Chaque hôpital doit remplir ces exigences minimales pour entrer en ligne de compte pour l'attribution d'un mandat de prestations. Si le nombre d'hôpitaux intéressés et aptes à fournir les prestations demandées est supérieur à celui qu'exigerait le nombre de cas recensés les années précédentes, on passe alors à la seconde étape de sélection, basée sur des critères supplémentaires (sans quoi le canton de Berne contreviendrait aux directives fédérales de conformité aux besoins, en créant des surcapacités). Une sélection est alors opérée sur la base d'une comparaison entre les hôpitaux retenus jusque là,

selon les critères de planification définis à l'article 58b OAMal (capacité, caractère économique, accessibilité et qualité).

Bases méthodologiques

Les prévisions quantitatives se fondent sur la méthode statistique dite du statu quo. Une vaste enquête a par ailleurs été effectuée pour la première fois auprès de 40 sociétés médicales suisses, pour pouvoir tenir compte des évolutions qualitatives importantes (en épidémiologie, dans les techniques médicales ou concernant l'influence des systèmes de rémunération). Le canton a également établi pour la première fois un relevé des prestations auprès de tous les hôpitaux de la liste, ainsi qu'auprès d'autres hôpitaux intéressés, pour lui permettre d'évaluer par avance l'évolution de l'offre de soins. Des paramètres importants tels que le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour ont enfin été comparés, là aussi pour la première fois, à l'échelle du pays.

Les divers domaines de soins de la planification 2016

Les prestations hospitalières dans le canton de Berne sont analysées et planifiées dans cinq domaines : soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie, sauvetage et professions de la santé non universitaires. Dans tous ces domaines, on a évalué en détail l'évolution aussi bien du point de vue des besoins que de celui de l'offre. Considérés globalement, ils montrent l'état actuel des soins fournis dans le canton de Berne. Le rapport donne ainsi une vue d'ensemble des champs d'action de la période de planification 2017-2020.

Soins aigus somatiques | faible augmentation du nombre de cas et séjours plus courts

Situation de départ

Dans ce domaine, la patientèle bernoise n'a augmenté que faiblement (+0,7%) entre 2010 et 2013. En 2010, les hôpitaux de soins aigus ont traité 153 827 patientes et patients bernois, contre 154 886 en 2013. Au total, le nombre de cas 2013 est inférieur aux prévisions de la planification des soins 2011-2014. La durée moyenne de séjour s'est inscrite une nouvelle fois en baisse dans presque tous les secteurs des soins aigus somatiques au cours de la période de planification 2011-2014. En 2013, elle s'établissait à 5,4 jours. L'accessibilité des hôpitaux bernois de soins aigus somatiques est très bonne : 91,4 pour cent de la population atteignent un établissement de la liste doté d'un service des urgences en moins de 15 minutes, 99,1 pour cent en moins de 30 minutes.

Prévision des besoins jusqu'en 2020

En ce qui concerne les prestations de soins aigus somatiques, les prévisions relatives à l'évolution du nombre de cas jusqu'en 2020 laissent entrevoir une augmentation modérée d'environ 10 139 cas (+6,5%) par rapport à 2013, ce qui correspond à une croissance moyenne de 0,9 pour cent par an. Cette évolution devrait différer d'un secteur à l'autre. Les prévisions jusqu'en 2020 indiquent une augmentation considérable des prestations hospitalières dans les secteurs où la proportion de patientes et patients âgés (65 ans et plus) est importante. Elles montrent en revanche une tendance à la baisse dans celui de l'obstétrique.

Coûts attendus jusqu'en 2020

Il est prévu que la part assumée par le canton dans le financement des soins aigus somatiques augmente de 7,5 pour cent d'ici 2020, pour s'inscrire à 907,9 millions de francs.

Priorités de la période de planification 2017-2020

Etant donné leur rôle dans la couverture en soins hospitaliers de la population bernoise, les secteurs de soins ci-après ont fait l'objet d'un examen détaillé des besoins :

- soins d'urgence,
- prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux,
- soins périnataux,
- prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents
- soins gériatriques,
- soins palliatifs.

Réadaptation | volume de prestations inférieur aux prévisions et remaniement de la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière

Situation de départ

Dans ce domaine, la patientèle bernoise a faiblement augmenté, passant de 7 058 cas en 2010 à 7 377 en 2013 (+4,5%). Au total, le recours à la réadaptation hospitalière en 2013 est nettement inférieur aux projections de la planification des soins 2011-2014, qui tablait sur 8 785 cas en 2014. En 2013, la durée moyenne de séjour en réadaptation s'établissait à 22,5 jours.

Prévision des besoins jusqu'en 2020

Jusqu'en 2020, la réadaptation hospitalière devrait enregistrer une hausse modérée de 780 cas (+10,6%) par rapport à 2013, ce qui correspond à une augmentation moyenne de 1,4 pour cent par an. Cette progression reflète pour l'essentiel l'évolution démographique bernoise jusqu'en 2020.

Coûts attendus jusqu'en 2020

La part du canton dans le financement des prestations de réadaptation devrait augmenter de 20,2 pour cent d'ici 2020, pour passer à 77,9 millions de francs, essentiellement du fait de la croissance de la population. Les tarifs devraient eux aussi augmenter dans le domaine de la réadaptation, pour assurer la couverture à long terme des coûts de traitement.

Priorités de la période de planification 2017-2020

Dans le domaine de la réadaptation, la classification GPPH a été remaniée et complétée. Il existera à l'avenir pour les hôpitaux bernois répertoriés un nouveau groupe de prestations intitulé Réadaptation en médecine interne et oncologique. En revanche, le groupe de prestations Autres réadaptations spécifiques sera supprimé. Toujours en ce qui concerne la réadaptation en milieu hospitalier, le canton examinera de plus près le recours aux prestations suivantes, pour évaluer les besoins avec une plus grande précision :

- réadaptation gériatrique,
- réadaptation psychosomatique,
- réadaptation de l'enfant et de l'adolescent.

Psychiatrie | stagnation et recul du nombre de cas parmi les patientes et patients de moins de 65 ans et remaniement de la classification des groupes de prestations

Situation de départ

Le nombre de patientes et de patients traités en mode hospitalier dans les cliniques psychiatriques bernoises a reculé, passant de 8 201 en 2010 à 8 079 en 2013 (-1,5%). Au total, le recours à la psychiatrie hospitalière en 2013 est légèrement inférieur aux besoins prévus par la planification des soins 2011-2014, qui tablait sur 7 800 cas en 2014. En 2013, la durée moyenne de séjour s'établissait à 39,2 jours.

Prévision des besoins jusqu'en 2020

D'ici 2020, la psychiatrie hospitalière devrait enregistrer une hausse très modérée du nombre de cas, qui augmenteront de 139 (+1,7%) par rapport à 2013, ce qui correspond à une croissance moyenne de 0,2 pour cent par an. Une analyse différenciée par tranche d'âge montre que la psychiatrie de l'adulte (18-64 ans), notamment, devrait présenter une stagnation du nombre de cas jusqu'en 2020. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (0-17 ans), les cas devraient augmenter faiblement jusqu'en 2020 (+2,4%). Seule la patientèle psychogériatrique (65 ans et plus) devrait s'inscrire en nette hausse (+15%), dans le sillage de l'évolution démographique.

Coûts attendus jusqu'en 2020

La part assumée par le canton dans le financement des prestations de psychiatrie hospitalière devrait augmenter de 6,8 pour cent d'ici 2020, passant à 116,3 millions de francs.

Priorités de la période de planification 2017-2020

Outre le partage du canton en quatre régions de soins, la classification des groupes de prestations en psychiatrie a été remaniée et complétée. La différenciation entre soins de base et prestations programmées, notamment, doit permettre d'assurer une couverture conforme aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire du canton. Les autres priorités de la période de planification 2017-2020 pour la psychiatrie sont

- les soins de base et les soins d'urgence hospitaliers,
- la prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents et
- les traitements psychiatriques aigus à domicile en mode ambulatoire.

Sauvetage | améliorations réalisables sans moyens supplémentaires

En 2014, dans le canton de Berne, 36 342 des 47 281 alertes enregistrées étaient des interventions d'urgence, le solde des transferts programmés. Elles ont été examinées sous l'angle de la règle de couverture bernoise 80/30 et du ratio d'intervention 90/15 de l'Interassociation de sauvetage². Une simulation portant sur les améliorations potentielles a révélé que diverses mesures (déplacement de sites pour six services de sauvetage, mesures architecturales et organisationnelles pour trois services) permettraient d'améliorer de 8 pour cent au total le nombre d'interventions effectuées dans les délais requis. Dans cette simulation également, 29 pour cent des interventions se sont avérées plus rapides. Ces deux optimisations ont pu être réalisées sans mobiliser de moyens additionnels (véhicules de sauvetage supplémentaires).

Coûts attendus jusqu'en 2020

Outre ceux imputables aux interventions proprement dites, les coûts calculés dans le domaine du sauvetage incluent ceux occasionnés par le déclenchement des alertes ainsi que par la coordination des interventions. D'ici 2020, le canton estime que, du fait de l'adaptation des coûts normatifs par équipe de sauvetage et de l'augmentation du nombre d'équipes, la part du canton au financement du sauvetage devrait s'accroître de 46,3 pour cent, pour passer à 32,6 millions de francs.

Professions de la santé non universitaires | obligation de formation pour les établissements bernois

Pour que la couverture en soins de la population soit conforme aux besoins et de bonne qualité, il est indispensable de disposer de professionnelles et professionnels bien formés, tant en ce qui concerne les soins infirmiers que dans d'autres domaines de la santé. La planification des soins 2011-2014 prévoyait déjà une pénurie de personnel de soins formé dans les hôpitaux du canton de Berne. Cette évolution défavorable a été prise en compte dans la période de planification 2011-2014, qui identifiait les besoins actuels et futurs en la matière. Les expériences faites au cours de la phase d'introduction de l'obligation de former sont positives. Une forte majorité des institutions ont rempli les exigences. Les prestations de formation ont augmenté de 12,5 pour cent par rapport à 2012, année de démarrage du programme. En 2014, les établissements avaient l'obligation de dispenser un total de 114 300 semaines de formation, mais ont dépassé leur quota, en en proposant 118 700. Ce constat réjouissant ne doit toutefois pas faire oublier que nombre de petits établissements situés dans les régions périphériques du canton font état de grandes difficultés à assumer leur part.

Coûts attendus jusqu'en 2020

Depuis 2015, les établissements de santé du canton de Berne sont tenus d'atteindre 90 pour cent des prestations de formation requises. Il est pour l'heure impossible de prévoir quand tous seront en mesure de respecter intégralement leurs obligations en la matière. Etant donné toutefois l'importance d'un personnel bien formé tant dans le secteur des soins que dans les autres métiers de la santé pour pouvoir assurer une prise en charge conforme aux besoins et axée sur la qualité, il est impératif de mettre à disposition les moyens nécessaires. Si tous les fournisseurs de prestations satisfont à leurs obligations de formation conformément à la planification des soins, le canton versera un total de 19,7 millions de francs au titre de la formation.

Mise en œuvre de la planification des soins 2016

Priorités et champs d'action 2017-2020

Outre les priorités précédemment citées dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation, de la psychiatrie, du sauvetage et des professions de la santé non universitaires, la planification des soins 2017-2020 porte également sur les deux champs d'action suivants :

- la cybersanté et
- la gestion cantonale de la qualité.

² Selon la règle 80/30, les équipes des services de sauvetage doivent pouvoir atteindre 80% de la population du canton en moins de 30 minutes. Le ratio d'intervention 90/15 exige quant à lui que dans 90% des interventions d'urgence, les équipes atteignent le site en moins de 15 minutes.

Etablissement des listes hospitalières bernoises

La planification des soins 2016 sert de base au canton pour élaborer ses futures listes des hôpitaux. Une fois la planification approuvée par le Conseil-exécutif, la procédure en deux étapes visant à dresser ces listes pourra démarrer.

Monitoring et surveillance par le canton

Parmi les données publiées devront à l'avenir figurer les nombres de cas relevant des différents mandats de prestations cantonaux traités chaque année par les divers sites. Parallèlement à cela, le canton évaluera les résultats des mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ainsi que ceux obtenus pour les indicateurs de qualité de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La publication des nombres de cas et des autres indicateurs sera utile autant aux patientes et patients qu'aux médecins et services qui organisent leur hospitalisation.

Prochaine planification des soins

Le canton de Berne révisé en principe sa planification des soins tous les quatre ans. Les enseignements tirés de la période 2017-2020 seront pris en compte dans l'élaboration de la prochaine planification, qui démarrera en 2018.

3 Introduction

Ce chapitre revient sur les précédentes planifications des soins du canton de Berne et décrit l'influence exercée par la révision 2007 de la LAMal sur la version 2016. La planification des soins 2011-2014 prévoyait pour 2015 un remaniement complet de la planification cantonale sur la base des données de la statistique médicale suisse des hôpitaux de 2012. Le 2 juillet 2014, le Conseil-exécutif a toutefois prolongé la planification des soins 2011-2014³ suite à l'entrée en vigueur du nouveau régime suisse de financement hospitalier au 1^{er} janvier 2012. Cette prolongation a permis d'intégrer dans la base de données de la planification des soins 2016 l'incidence du nouveau système de financement sur le recours aux prestations hospitalières et, partant, de fonder la planification des soins 2016 sur une base de données valide englobant les années 2012 et 2013.

3.1 Objet et fonction de la planification cantonale des soins

La planification des soins du canton de Berne englobe la planification hospitalière, le sauvetage et les professions de la santé non universitaires. Elle est donc plus complète que celles d'autres cantons. Les premières planifications des soins s'appuyant sur la loi sur les soins hospitaliers datent de 2007 et 2011. Le canton de Berne renouvelle généralement sa planification tous les quatre ans. Celle-ci est approuvée par le Conseil-exécutif, qui la porte à la connaissance du Grand Conseil. Elle a pour but d'assurer dans tout le canton des soins hospitaliers de qualité, conformes aux besoins et économiquement supportables. A cet effet, elle programme la couverture des besoins de la population bernoise en prestations hospitalières et en prestations de sauvetage ainsi que la formation et le perfectionnement nécessaires.

3.2 Evolution de la planification

La première loi cantonale sur les hôpitaux a pris effet en 1974. C'est sur cette base que le canton de Berne a élaboré sa planification hospitalière jusqu'en 1996. A cette époque déjà, elle avait pour objectif premier d'assurer une couverture suffisante et rentable des besoins en prestations hospitalières. L'organisation des soins hospitaliers était axée sur la planification des capacités des hôpitaux, donc des sites et des équipements hospitaliers. Lorsque des mandats étaient attribués à des établissements privés dans la planification hospitalière, ceux-ci devaient se conformer aux mêmes prescriptions que les hôpitaux publics. La LAMal est entrée en vigueur en 1996. Elle oblige les cantons à établir une planification conforme aux besoins des prestations hospitalières prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les cantons sont également tenus d'édicter des listes des hôpitaux sur la base de leur planification hospitalière. Cette obligation faite aux cantons découlait de l'intention d'améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations et d'optimiser l'utilisation des ressources. En 2005, le canton de Berne introduisait une loi ainsi qu'une ordonnance sur les soins hospitaliers. La LSH exigeait pour la première fois l'établissement d'une planification complète des soins deux ans au plus tard après son entrée en vigueur. Les planifications 2007-2010 et 2011-2014 reposent ainsi sur la LSH de 2005. Le canton de Berne est parmi les premiers à planifier depuis 2007 ses prestations de soins et de sauvetage en fonction des besoins.

3.3 Révision 2007 de la LAMal

La révision de la LAMal du 21 décembre 2007 a radicalement changé les dispositions relatives au financement hospitalier. Suite à son entrée en vigueur en 2012, cantons et assureurs ont formé un partenariat de financement, les premiers assumant au minimum 55 pour cent, les seconds au maximum 45 pour cent de la rémunération des prestations. Dans ce système, la liste des hôpitaux occupe une fonction-clé, tout comme la planification hospitalière qui, en tant qu'élément de la planification bernoise des soins, est devenue un outil ayant des incidences financières directes. La planification hospitalière continue à faire partie des tâches et des compétences des cantons, qui doivent cependant appliquer les dispositions de la LAMal en ce qui concerne les prestations de l'AOS, afin de garantir que les assureurs sociaux prennent en charge leur part des coûts des traitements dispensés par les hôpitaux répertoriés. Simultanément, la densité législative n'a cessé d'augmenter à l'échelon de la Confédération. La législation fédérale est constamment affinée, pour

³ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2014a.

l'essentiel sur la base de la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF), ce qui a pour conséquence que les règles cantonales de planification doivent être périodiquement adaptées. Dans les domaines ne tombant pas sous le coup de la LAMal, comme le sauvetage, les professions de la santé, la gestion intégrée des soins et les soins psychiatriques ambulatoires, le canton reste libre quant à l'aménagement et à la mise en œuvre de sa planification. Une révision de la LSH et une révision partielle de l'OSH ont pris effet en 2014 et 2015, rendues nécessaires en raison de la nouvelle donne intervenue en 2012. La planification des soins 2016 repose sur les révisions de la LSH et de l'OSH ainsi que de la LAMal et de l'OAMal.

3.4 Planification bernoise des soins 2016

Situation de départ | nouveau système de financement hospitalier

La planification des soins 2011-2014 selon la LSH et sa prolongation par le Conseil-exécutif le 2 juillet 2014 ont été marquées par la modification du régime de financement hospitalier. Le nouveau système de rémunération des prestations de soins aigus somatiques SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) a pris effet sur tout le territoire suisse le 1^{er} janvier 2012. S'appuyant sur la révision de la LAMal, il règle la rémunération de manière uniforme, selon des forfaits par cas. Il garantit ainsi la transparence exigée par le législateur concernant les coûts de traitement dans les hôpitaux et maisons de naissance suisses. En même temps, les patientes et patients jouissent de plus de liberté dans le choix de l'hôpital, y compris en dehors des frontières cantonales. Ce changement de système ainsi que les progrès constants de la médecine, qui permettent souvent un transfert croissant de l'hospitalier vers l'ambulatoire, ont marqué la période de planification 2011-2014. La planification des soins 2016 repose sur les données 2010-2013 de la statistique médicale des hôpitaux, complétées par les données 2014 relatives aux prestations et aux coûts des établissements répertoriés (récoltées dans le cadre du relevé de l'offre effectué en vue de la planification des soins 2016). Ces données montrent, par exemple à travers la nouvelle hausse du nombre de patientes et patients d'autres cantons, que les hôpitaux bernois répertoriés ont su faire face avec succès à la refonte du système de financement hospitalier.

Le défi de l'évolution démographique

Dans les périodes de planification 2007-2010 et 2011-2014, l'évolution démographique se traduisait déjà par une augmentation croissante des besoins en soins et en autres prestations de santé. Elle se répercute plus particulièrement sur les prestations gériatriques et gérontologiques, mais aussi et de plus en plus sur d'autres secteurs comme la médecine interne ou la neurologie. Durant la période de planification 2017-2020, la population bernoise continuera à croître et à vieillir. Le canton doit par conséquent, avec l'appui des fournisseurs de prestations, poursuivre ses efforts afin de garantir à l'avenir également une couverture adéquate des besoins en soins de sa population vieillissante.

Rôle des hôpitaux bernois au-delà des frontières du canton

Avec 53 hôpitaux (sites) répertoriés au 31 décembre 2015, les soins hospitaliers évoluent à un niveau globalement haut dans le canton de Berne. En comparaison nationale, l'éventail des prestations y est particulièrement différencié et complet. Pour cette raison et au vu de ses disparités géographiques, le canton et les fournisseurs de prestations assument une responsabilité particulièrement importante en ce qui concerne la disponibilité, dans toutes les régions, de prestations conformes aux besoins, accessibles, de qualité et économiquement supportables. Durant la période de planification 2011-2014, les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne ont accueilli un grand nombre de patientes et patients provenant des cantons limitrophes (Argovie, Fribourg, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Soleure et Valais). En 2013, la proportion totale de patientes et patients extracantonaux soignés dans les hôpitaux bernois s'est établie à environ 17,4 pour cent (27 924 cas), dont 14,1 pour cent (24 318 cas) pour les soins aigus somatiques. L'Hôpital de l'île (hôpital universitaire) a ainsi fourni des prestations de médecine de pointe, et les hôpitaux de soins généraux des prestations de base et des soins d'urgence à de nombreux ressortissants et ressortissantes d'autres cantons durant la période de planification 2011-2014. La proportion de patientes et patients extracantonaux est encore plus élevée dans les domaines de la réadaptation (25,5% soit 2 176 cas) et de la psychiatrie (15,6% soit 1 430 cas). Conscient de sa responsabilité envers les cantons limitrophes, Berne coordonne sa planification avec eux.

Objectif | une planification hospitalière durable et conforme à la LAMal

La planification des soins 2016 est la première à être établie par le canton depuis la modification du système de financement hospitalier en Suisse. Aussi se concentre-t-elle sur une planification hospitalière durable et conforme à la LAMal, sans pour autant négliger le domaine du sauvetage ni celui des professions de la santé non universitaires. La planification des soins 2016 est orientée sur les prestations. S'alignant sur les objectifs qui y sont définis, les offres des hôpitaux répertoriés

s'intégreront davantage dans un système de soins échelonné et devront encore mieux se compléter à l'avenir. Avec la planification des soins 2016, le canton crée un cadre garantissant une couverture durable des besoins en soins hospitaliers de la population dans toutes les parties du canton. Reposant sur des analyses complètes de l'évolution des besoins de la population bernoise d'une part et de celle de l'offre des fournisseurs de prestations d'autre part, le rapport de planification dresse l'état des lieux de la prise en charge dans le canton de Berne et fournit une vue d'ensemble des recommandations et champs d'action pour la nouvelle période de planification 2017-2020.

4 Cadre légal et politique

Le présent chapitre expose le cadre légal et politique de la planification des soins 2016.

4.1 Cadre légal

La teneur de la planification des soins résulte essentiellement de la LAMal fédérale et de la LSH cantonale, qui en définissent le cadre légal. La LAMal constitue la base juridique générale de la planification hospitalière (chapitres 12 à 14), un des éléments principaux de la planification bernoise des soins. La LSH concrétise et complète la législation fédérale et régleme en outre les secteurs ne tombant pas sous le coup de la LAMal, comme les soins intégrés et les prestations ambulatoires en psychiatrie (chapitre 14), le sauvetage (chapitre 15) et les professions de la santé (chapitre 16).

4.1.1 Loi sur les soins hospitaliers (LSH)

L'article 2 LSH définit les prestations hospitalières à planifier selon les exigences de la LAMal (lit. a en lien avec l'art. 6, al. 5) et les complète par la planification du sauvetage (lit. b) ainsi que par celle des places de formation et de perfectionnement nécessaires pour les professions de la santé non universitaires (lit. c). L'article 6 LSH est la base légale cantonale qui fixe le contenu de la planification des soins, laquelle comprend aussi des objectifs à atteindre (al. 2, 1^{er} membre de phrase). La LSH concrétise non seulement le contenu de la planification mais également sa forme, alors que la LAMal ne donne pas de consignes précises à ce propos. Cela étant, les cantons sont tenus de réexaminer périodiquement leurs planifications (art. 58a, al. 1 OAMal). Selon l'article 7 LSH, le Conseil-exécutif approuve la planification cantonale des soins et en donne connaissance au Grand Conseil (al. 1). De plus, l'article 7, alinéa 2 LSH dispose que la planification cantonale des soins est en principe révisée tous les quatre ans. En ce qui concerne la planification hospitalière, la LAMal définit des objectifs présentant un degré de détail différent. Il s'agit, d'une part, des principes de planification de l'article 58 OAMal et, de l'autre, de la démarche à suivre. La LSH et son ordonnance précisent les principes établis dans la LAMal. La LSH définit en outre des règles de droit matérielles et formelles pour la planification cantonale des soins et les listes des hôpitaux.

Révision de la LSH en 2014

La LSH a été révisée durant la période de planification 2011-2014, au 1^{er} janvier 2014. La modification de l'OSH, qui concrétise celle de la LSH, est quant à elle entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2015. Elle définit les critères d'attribution des mandats de prestations aux hôpitaux. L'annexe 5 de l'OSH, qui énumère les données que les fournisseurs de prestations doivent remettre en vertu de l'obligation qui leur est faite dans l'article 127 LSH, a été modifiée elle aussi. Ces données concernent les prestations, les coûts ainsi que l'assurance de la qualité.

Digression : l'article 11, lettres a à d OSH définit les critères d'attribution des mandats de prestations aux hôpitaux

Art. 11a (Conformité aux besoins)

1 Le Conseil-exécutif attribue les mandats de prestations aux hôpitaux les plus aptes à les remplir d'après les critères énumérés aux articles 11b à 11d, sur la base d'une planification conforme aux besoins.

Art. 11b (Qualité)

- 1 La qualité de la fourniture des prestations dépend de la qualité des structures, des processus et des résultats.
- 2 La qualité des structures est en particulier évaluée selon
 - a l'effectif, la qualification et la disponibilité du personnel hospitalier,
 - b les équipements médicaux.
- 3 La qualité des processus est en particulier évaluée selon
 - a le système d'assurance de la qualité de l'hôpital,
 - b des indicateurs de qualité appropriés dans les secteurs des soins aigus somatiques, de la psychiatrie et de la réadaptation.
- 4 L'alinéa 3, lettre b s'applique par analogie à la qualité des résultats.

Art. 11c (Economicité)

- 1 Le caractère économique de la fourniture des prestations est en particulier évalué
 - a au moyen de comparaisons des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité dans le secteur des soins aigus somatiques,
 - b au moyen de comparaisons des coûts dans les secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation.

Art. 11d (Accessibilité)

- 1 L'hôpital le plus proche fournissant des prestations hospitalières de médecine interne, de chirurgie et de soins aigus somatiques d'urgence
 - a doit pouvoir être atteint en 30 minutes au maximum par 80 pour cent de la population de la région par des moyens de transport individuels et
 - b est sis à 50 kilomètres de route au maximum du centre des communes de la région.
- 2 L'alinéa 1, lettre a s'applique par analogie à l'accès aux prestations de soins psychiatriques hospitaliers de base et d'urgence.

4.1.2 Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

La planification hospitalière revêt selon la LAMal une double fonction. D'une part, elle détermine concrètement le besoin de la population en prestations hospitalières. D'autre part, elle liste les hôpitaux appropriés qui sont nécessaires pour garantir la prise en charge de cette dernière et qui sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. L'article 58a, alinéa 1 OAMal, en corrélation avec l'article 39, alinéa 1, lettre d LAMal, indique comment y parvenir. La planification vise donc à couvrir les besoins de soins définis. Les modalités figurent aux articles 58a à 58d OAMal. L'article 58e OAMal (en corrélation avec l'art. 39 LAMal) règle pour sa part l'exécution de la planification des soins par la liste des hôpitaux. Il appert cependant que la planification des soins selon la LAMal n'équivaut nullement au maintien de structures rigides, puisque les cantons sont tenus de la réexaminer périodiquement. Pour réaliser le but de l'article 58 OAMal, elle se doit d'être dynamique. Selon la LAMal, en effet, les hôpitaux doivent correspondre « à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins de soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate » (art. 39, al. 1, lit. c en corrélation avec l'art. 35 LAMal). Pour que la planification des soins ainsi que sa concrétisation dans la liste des hôpitaux soient conformes aux besoins, il est interdit aux cantons de prévoir des capacités insuffisantes ou des surcapacités⁴. Il en résulte que l'admission de tout hôpital sur une liste cantonale n'est possible qu'à condition de respecter les besoins effectifs, comme le prescrit le droit fédéral. Selon les dispositions de la LAMal, les prestations des hôpitaux cantonaux ou extracantonaux, quel que soit leur organisme responsable, sont inscrites sur les listes bernoises des hôpitaux pour autant qu'elles soient nécessaires à la couverture des besoins de la population résidante du canton de Berne.

⁴ Cf. arrêt du TAF C-6266/2013 consid. 4.6.

Digression : l'article 58b OAMal énonce les principes de l'évaluation et de la couverture des besoins en soins

Art. 58b (Planification des besoins de soins)

- 1 Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.
- 2 Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.
- 3 Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extracantonaux sur la liste visée à l'article 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'alinéa 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'alinéa 2.
- 4 Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte :
 - le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations ;
 - l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
 - la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'article 58e.
- 5 Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération :
 - l'efficacité de la fourniture de prestations ;
 - la justification de la qualité nécessaire ;
 - dans le domaine hospitalier, le nombre minimal de cas et l'exploitation des synergies.

4.1.3 Jurisprudence actuelle

La planification hospitalière au sens de la LSH et de la LAMal ainsi que de leurs ordonnances respectives constitue la base sur laquelle reposent les listes cantonales des hôpitaux. Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, elle est un instrument de planification interne à l'administration, sans effet juridique direct envers les hôpitaux ou les assureurs-maladie. Elle sert plutôt de base décisionnelle pour la définition des mandats de prestations nécessaires à la couverture des besoins à inscrire sur les listes cantonales des hôpitaux. Par conséquent, toujours selon la jurisprudence, elle doit remplir les critères matériels de planification des articles 39 LAMal et 58 OAMal et contribuer à une couverture hospitalière conforme aux besoins de la population cantonale. Depuis quelques années, les décisions des tribunaux relatives aux listes des hôpitaux de différents cantons reflètent de plus en plus le regard que porte le TAF sur les planifications hospitalières cantonales. En effet, les plaintes déposées par les hôpitaux ou d'autres cantons ont souvent été acceptées en raison de bases de planification cantonales lacunaires. Les arrêts du TAF mentionnés ci-dessous (date de référence : 31.12.2015) forment la jurisprudence déterminante en la matière⁵ :

- C-1966/2014 du 23 novembre 2015 (Thurgovie ; coordination entre les cantons),
- C-6266/2013 du 29 septembre 2015 (Grisons ; flux de patients, coordination entre les cantons, procédure de candidature),
- C-2389/2012 et C-1841/2014 du 21 août 2015 (Berne ; contrôle du caractère économique non conforme à la LAMal),
- C-6088/2011 du 6 mai 2014 (Zurich ; contrôle du caractère économique, planification géographique et marge d'appréciation des cantons dans le choix des hôpitaux répertoriés),
- C-401/2012 du 28 janvier 2014 (Neuchâtel ; évaluation des besoins),
- C-5647/2011 du 16 juillet 2013 (Argovie ; contrôle du caractère économique),
- C-426/2012 et C-452/2012 du 5 juillet 2013 (Valais ; évaluation des besoins).

La lecture des considérants de l'actuelle jurisprudence du TAF permet de conclure que le réexamen périodique des besoins dans le cadre de la planification hospitalière doit obligatoirement respecter les principes de planification de la Confédération tels qu'ils sont exposés dans la LAMal et plus particulièrement dans les articles 58b et 58c OAMal. Cela restreint la marge de manœuvre dont le canton dispose pour donner en mandat des prestations cofinancées par les assureurs au titre de l'assurance obligatoire des soins (voir sections 3.3 et 3.4).

⁵ Toutes les décisions figurent dans la base de données des arrêts du Tribunal administratif fédéral : <http://www.bvger.ch/publiws/?lang=fr>.

4.2 Cadre politique

4.2.1 Déclarations de planification

La planification des soins 2011-2014 a été approuvée par le Conseil-exécutif le 24 août 2011, et le Grand Conseil en a pris connaissance durant la session de novembre 2011. A cette occasion, le parlement a formulé huit déclarations de planification, sur lesquelles le Conseil-exécutif a pris position durant la période 2011-2014. Les changements apportés par la révision de la LAMal en rendent certains aspects obsolètes à la fin de ladite période de planification.

Déclaration de planification 1

Le processus qui aboutit à l'établissement de la liste des hôpitaux doit être modifié comme suit : le canton abandonne la limitation du volume des prestations par établissement hospitalier. Les mandats de prestations doivent être attribués à des entreprises et non à des sites hospitaliers. Les exigences en matière de qualité des structures et des processus restent réservées. Les critères d'une analyse comparative de la qualité doivent être élargis et l'évaluation doit se faire sur plus d'une année. Les mandats de prestations doivent permettre de créer des chaînes de soins adéquates dans un même hôpital.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification avec des réserves.

Réalisation : la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral concernant la LAMal révisée a concrétisé les éléments de l'élaboration des listes cantonales des hôpitaux pour assurer une coordination à l'échelon fédéral. Le canton de Berne a entièrement remanié le processus durant la période de planification 2011-2014.

Déclaration de planification 2

a Les groupes hospitaliers agissent de manière autonome et s'organisent eux-mêmes. **b** Le canton en tant que propriétaire et les centres hospitaliers régionaux agissent conformément aux compétences qui leur sont dévolues.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification.

Réalisation : la déclaration de planification a été prise en compte dans la révision de la LSH de 2013, plus précisément dans la formulation des articles 25, 31, 33 et 38 LSH. Elle est en outre appliquée dans le cadre du processus qui aboutit à l'établissement de la liste des hôpitaux (voir déclaration de planification 1). Enfin, le Conseil-exécutif veille régulièrement à ce que les fonctions dévolues soient assumées de manière systématique dans le cadre de la définition et de la mise en œuvre de la stratégie de propriétaire.

Déclaration de planification 3

En cas de fusion de deux régions hospitalières, il faut étudier au préalable, la preuve étant à la charge des autorités qui ont formé le projet, si la fusion de deux entités géographiques de grande taille avec des chiffres de population limités permet véritablement de créer des synergies.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification avec des réserves.

Réalisation : le modèle des régions hospitalières a été revu durant la période de planification 2011-2014. Les analyses effectuées en 2012 et 2013 n'indiquent aucun changement notable en ce qui concerne les flux de patientes et patients entre les régions du canton de Berne. Il n'y a pas eu de fusion de régions hospitalières.

Déclaration de planification 4

Afin qu'un minimum de coordination soit assuré également dans les régions, le ratio de réponse de 80/30 doit être élargi d'une distance maximale (p. ex. 50 km) afin qu'il soit possible d'offrir un ensemble complet de soins de premier recours (dans le canton et à l'extérieur).

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification.

Réalisation : les règles d'accessibilité ont été élargies durant la période de planification 2011-2014 et seront appliquées à l'ensemble du territoire cantonal dans la planification des soins 2016.

Déclaration de planification 5

Le financement complémentaire ne doit pas contribuer à la préservation des structures mais compenser de manière ciblée les désavantages que subissent, par rapport aux structures centrales, les structures décentralisées indispensables aux soins de premier recours et qui ne sont pas prises en compte dans les tarifs.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification avec des réserves.

Réalisation : les financements complémentaires reposent en règle générale sur des coûts normatifs et sont essentiellement assurés par le biais de contrats de prestations, tous les hôpitaux répertoriés étant traités sur un pied d'égalité. Les articles 67 à 69 de la LSH révisée entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014 tiennent compte de cette requête.

Déclaration de planification 6

Dans la détermination d'un nombre de cas minimum et la définition des mandats de prestations par groupes de prestations, il ne faut pas s'occuper seulement des prestations résidentielles mais inclure de la manière qui convient les prestations ambulatoires.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification avec des réserves.

Réalisation : l'article 39 LAMal ne contient aucune prescription en la matière pour les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier. Selon la jurisprudence actuelle, les cantons sont libres d'inclure ou non ces secteurs dans leur planification. Pour autant que la statistique et les dispositions légales le permettent, la mise en œuvre se fait dans le cadre du processus qui aboutit à l'établissement de la liste des hôpitaux (voir déclaration de planification 1).

Déclaration de planification 7

a Le ratio d'intervention de 90/15 pour les services de sauvetage est mis en place en 2014 au plus tard. **b** Les offres d'autres cantons sont prises en considération.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a partiellement approuvé la déclaration de planification.

Réalisation : durant la période de planification 2011-2014, la mise en œuvre du ratio d'intervention 90/15 a été suspendue par manque de ressources humaines et financières. Elle nécessite non seulement l'introduction d'un délai d'intervention obligatoire mais aussi une évaluation des structures existantes et des ressources nécessaires. La planification des soins 2016 pour les services de sauvetage renforce les bases indispensables à une telle évaluation.

Déclaration de planification 8

Une commission du Grand Conseil est chargée au 1^{er} janvier 2012 d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la planification des soins et de l'OiLAMal⁶ ainsi que de préparer la loi sur les soins hospitaliers.

Réponse du Conseil-exécutif : le gouvernement a approuvé la déclaration de planification.

Réalisation : la Commission de la santé et des affaires sociales (CSoc) a été mise en place le 1^{er} juin 2014 et a reçu le mandat correspondant.

4.2.2 Interventions parlementaires

Plusieurs interventions parlementaires concernant des questions très diverses en lien avec la planification des soins ont été déposées durant la période de planification 2011-2014. Celles qui ont été traitées par le Conseil-exécutif peuvent être consultées sur le site internet de ce dernier⁷. On trouvera à l'annexe A une liste des interventions en relation directe avec la planification déposées au 31 décembre 2015.

⁶ Ordonnance du 2 novembre 2011 portant introduction de la révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RSB 842.11.2)

⁷ Cf. http://www.rr.be.ch/rr/fr/index/rrbonline/rrbonline/beantwortete_vorstoesse.html.

4.2.3 Autres éléments politiques déterminants

Autonomisation des hôpitaux et cliniques psychiatriques

Au début de la période de planification 2017-2020, soit le 1^{er} janvier 2017, les trois institutions psychiatriques cantonales seront autonomisées conformément à l'article 148 LSH :

- Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU),
- Centre psychiatrique de Münsingen (CPM),
- Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland (SPJBB).

Sur le plan juridique, l'autonomisation de ces établissements sera réalisée par la création de sociétés anonymes de droit privé. Les défis auxquels ils seront confrontés dans ce cadre sont très divers. Il convient donc d'attendre pour voir comment leurs offres de prestations évolueront.

Initiative populaire sur les sites hospitaliers

L'initiative populaire demandant l'édiction d'une loi sur les sites hospitaliers régionaux, lancée le 24 juin 2013, contient un projet de loi engageant le canton à maintenir durant huit ans au minimum certains sites hospitaliers avec leur offre existante. Ses auteurs sont les maires de cinq communes bernoises, situées pour la plupart dans la périphérie rurale de la ville de Berne, ainsi qu'un généraliste de Langnau. Comme l'a constaté le Conseil-exécutif par décision du 12 février 2014, l'initiative a été déposée avec 25 945 signatures valables. L'avis de droit du 11 juin 2014 demandé par la SAP suite à son dépôt se penche sur la question de savoir si elle est compatible avec le droit supérieur et sur la manière d'en interpréter certains passages. Le Grand Conseil a rejeté l'initiative sur les sites hospitaliers en date du 7 juin 2016 par 82 voix contre 24 et 3 abstentions. Celle-ci a également été refusée par le corps électoral bernois le 27 novembre 2016 (par 200 787 voix contre 102 772).

5 Mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014

Ce chapitre présente en détail les travaux réalisés et les développements intervenus durant les cinq années écoulées dans le cadre de la mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014. Durant la période 2011-2014/15, de nombreuses stratégies et mesures définies dans cette planification ont été concrétisées. Les décisions du Conseil-exécutif en la matière ont contribué à assurer l'excellence, la pérennité et la compétitivité des soins hospitaliers dans le canton de Berne.

5.1 Prolongation et adaptation de la planification des soins 2011-2014

Prolongation

La planification des soins 2011-2014 prévoyait pour 2015 un remaniement complet de la planification cantonale sur la base des données de la statistique médicale suisse des hôpitaux de 2012. Le 2 juillet 2014, le Conseil-exécutif a toutefois prolongé la planification des soins 2011-2014⁸ suite à l'entrée en vigueur du nouveau régime suisse de financement hospitalier au 1^{er} janvier 2012, durant la période de planification en question. Cette prolongation a permis d'intégrer dans la base de données de la planification des soins 2016 l'incidence du nouveau financement sur le recours aux prestations hospitalières et, partant, de fonder la planification des soins 2016 sur des informations valides englobant les années 2012 et 2013.

Adaptation

Par le même arrêté du 2 juillet 2014, le Conseil-exécutif a également adapté la méthode utilisée pour évaluer l'économicité dans le cadre de l'établissement des listes cantonales des hôpitaux.

5.2 Le paysage hospitalier à la fin de la période de planification 2011-2014

Les principaux outils de mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014 sont les listes cantonales des hôpitaux pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie qui sont entrées en vigueur en 2012 et 2014. La présente section décrit sommairement le paysage hospitalier tel qu'il se présentait à la fin de la période de planification 2011-2014 et indique les principaux chiffres le concernant au 31 décembre 2015.

Listes bernoises des hôpitaux entre 2012 et 2014

L'offre des hôpitaux bernois répertoriés au 31 décembre 2015 correspond aux mandats de prestations figurant sur les listes cantonales suivantes :

- liste des hôpitaux pour les soins aigus somatiques, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2014,
- liste des hôpitaux pour la réadaptation, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012,
- liste des hôpitaux pour la psychiatrie, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012.

A la fin de la période de planification 2011-2014, ces listes comprenaient un total de 53 hôpitaux répertoriés (sites) répartis sur le territoire du canton, plus 12 autres sites hors canton participant à la prise en charge de la population résidante bernoise dans les domaines des soins aigus somatiques et de la réadaptation. Dans celui de la psychiatrie, les besoins de la population bernoise sont couverts par l'offre des fournisseurs présents sur le territoire du canton. Depuis l'approbation de la planification des soins 2011-2014 en août 2011, le nombre total des hôpitaux répertoriés a diminué de trois suite à la fermeture du site hospitalier de Gessenay et de l'hôpital Ziegler, et de la radiation de la clinique Piano (liste des hôpitaux de soins aigus somatiques). En conséquence, la proportion des hôpitaux en mains privées s'est inscrite en légère hausse (voir également section 9.3.6).

⁸ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2014a.

5.3 Mesures définies dans la planification des soins 2011-2014

Dans la planification 2011-2014, le canton a procédé à une évaluation approfondie des soins hospitaliers fournis par les établissements bernois, et proposé un certain nombre de mesures sur la base de cette dernière. L'état de réalisation de ces mesures est résumé ci-dessous.

Planification hospitalière | soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie

La mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014 a mis en évidence cinq développements principaux dans ces domaines :

- 1) Volume des prestations : une grande partie des stratégies et mesures de cette planification s'appuyait sur le pilotage des volumes (limitation du nombre maximal de cas admissibles lors de l'attribution des mandats de prestations). Le Grand Conseil s'est toutefois opposé à la régulation des quantités par le biais de la liste hospitalière, ce qui a compliqué la mise en œuvre.
- 2) Qualité : indépendamment de l'absence de pilotage des volumes, le canton a défini des exigences qualitatives que les hôpitaux répertoriés doivent remplir pour obtenir un mandat de prestations sur les listes cantonales (voir section 8.2 sur les classifications des groupes de prestations pour la planification hospitalière).
- 3) Médecine de pointe : la planification des soins 2011-2014 avait en outre pour but de concentrer les prestations de médecine hautement spécialisée à l'hôpital universitaire de Berne (Hôpital de l'île). Cependant, avec la liste des hôpitaux du 1^{er} mai 2014, le canton de Berne a adopté les prescriptions de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) sans modification cantonale (voir section 5.4.1.7).
- 4) Psychiatrie : les questions relatives aux structures possibles et aux organismes responsables ont été réglées durant la période de planification 2011-2014. L'autonomisation des institutions psychiatriques cantonales, décidée par le Grand Conseil en 2013, a fixé à cet égard un cadre stratégique essentiel. Cette mesure a permis d'améliorer la coopération entre ces institutions et les hôpitaux de soins aigus.
- 5) Régionalisation : l'examen attentif des questions de répartition régionale a montré que l'approche régionale adoptée selon les bases de la planification des soins 2011-2014 faisait ses preuves pour les soins aigus somatiques, mais n'était pas appropriée pour la psychiatrie (voir section 7.1.3).

Sauvetage

En matière de sauvetage, la mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014 s'est concentrée sur quatre développements :

- 1) Répondants : pour améliorer les délais d'intervention, les services de sauvetage ont mis en place des réseaux de groupes de premiers répondants, qui sont avertis par la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU) et sont à même d'intervenir immédiatement, par exemple lors d'un arrêt cardiaque.
- 2) Sauvetage aérien : alors que l'organisation des services de secours terrestres reste inchangée, l'alarme du sauvetage aérien a été redéfinie, et un accord a permis d'assurer la collaboration entre les organisations de ce domaine.
- 3) CASU : le système de gestion des interventions est développé en continu et en parallèle à l'amélioration constante de la base de données (voir chapitre 15).
- 4) Coûts normatifs : l'introduction du financement selon des coûts normatifs a rencontré des difficultés initiales, car ce modèle ne reposait pas sur les charges de personnel effectives des services de sauvetage, qui constituent une bonne partie de leurs coûts, mais sur les prescriptions en matière de classement salarial. Entretemps, le modèle a été adapté et une évaluation comparative des dépenses effectives a permis de fixer une valeur de référence (voir section 5.4.3).

Professions de la santé non universitaires

La planification des soins 2011-2014 prévoyait l'obligation générale pour les fournisseurs de prestations soumis à la LSH de contribuer de manière appropriée à la formation et au perfectionnement des professions de la santé non universitaires. Cette exigence a été mise en œuvre avec la révision de la LSH et avec la modification indirecte, en 2014, de la loi du 11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc ; RSB 860.1) pour les établissements de soins du secteur du long séjour. Conformément à l'obligation de formation ainsi instaurée, le canton verse depuis 2012 aux fournisseurs de prestations selon la LSH une compensation financière pour leurs prestations de formation et de perfectionnement (voir section 16.6).

5.4 Thèmes et points forts de la planification des soins 2011-2014

Les secteurs prioritaires de cette planification des soins comprenaient la gestion intégrée des soins, les soins palliatifs, les soins post-aigus, les soins gériatriques, le traitement des accidents vasculaires cérébraux, la déshospitalisation des patientes et patients nécessitant des soins psychiatriques de longue durée ainsi que la médecine hautement spécialisée. Elle procédait en outre à une analyse ciblée des prestations ambulatoires en psychiatrie et préconisait l'introduction, réalisée dans l'intervalle, du financement fondé sur les coûts normatifs pour les services de sauvetage et de l'obligation de formation pour les professions de la santé non universitaires.

5.4.1 Secteurs prioritaires

5.4.1.1 Gestion intégrée des soins

La coordination des différents fournisseurs de prestations de santé et de leurs compétences spécifiques améliore la continuité de la prise en charge. La gestion intégrée des soins vise à éviter notamment les ruptures et les redondances entre soins résidentiels et ambulatoires d'une part et au sein du domaine hospitalier d'autre part. La révision de la base légale cantonale au milieu de la période de planification 2011-2014 a permis de l'y inscrire en tant que mandat commun du canton et des fournisseurs de prestations (voir art. 3, al. 2 LSH). La planification des soins 2011-2014 accordait la priorité à certains domaines de la gestion intégrée des soins pour les inclure progressivement. Il s'agit des soins palliatifs, des soins post-aigus et des soins gériatriques. Les progrès réalisés dans ces secteurs et les recommandations qui en découlent sont exposés ci-après.

Champ d'action pour la gestion intégrée des soins

Au cours de la période de planification 2017-2020, il convient dans la mesure du possible de s'écarter du modèle de la prise en charge fragmentée au profit de l'intégration. Le canton attend expressément des hôpitaux répertoriés qu'ils axent leurs prestations sur ce principe fondamental et qu'ils mettent en place des coopérations durables et systématiques avec les personnes et organismes situés en amont et en aval des soins qu'ils dispensent, puis consolident ces coopérations. Cette démarche permettra de garantir que les patientes et patients bénéficient d'une prise en charge continue et de proximité, et d'éviter notamment les attentes inutiles, les ruptures de prise en charge, la répétition superflue d'examen et les erreurs de traitement.

Digression : projet-pilote de desserte médicale de base dans le Haut-Simmental et le Pays de Gessenay

Sur mandat de la SAP et en collaboration étroite avec elle, le centre hospitalier régional (CHR) STS (Simmental-Thun-Saanenland) AG a conçu et réalisé entre 2012 et 2014 le projet-pilote de desserte médicale de base dans le Haut-Simmental et le Pays de Gessenay (Modellvorhaben Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saanenland - MeGOS). L'objectif premier de ce projet-pilote consistait à créer, en collaboration avec les partenaires locaux, les structures indispensables pour garantir une prise en charge médicale de base durable. C'est la première fois qu'un modèle de gestion intégrée des soins était mis au point et évalué dans une région périphérique préalpine et alpine. L'initiative a été prise pour faire face aux défis et à l'évolution des soins de santé dans les régions périphériques, menacées par la pression constante qui s'exerce sur les fournisseurs de prestations et par le manque de relève dans le corps médical et dans les professions de la santé non universitaires dans les secteurs tant ambulatoire qu'hospitalier. Souvent peu nombreux, les fournisseurs de prestations sont contraints de collaborer étroitement et assument en règle générale différentes fonctions dans le cadre de la prise en charge médicale de base (service des urgences, diagnostic, soins de longue durée, etc.). Selon le canton, MeGOS devrait, à l'exemple d'une région périphérique, apporter des réponses pertinentes aux questions fondamentales qui se posent en ce qui concerne la desserte médicale et livrer des enseignements valables pour d'autres régions. Le projet MeGOS comprenait trois volets : l'examen et, le cas échéant, l'optimisation du sauvetage, la mise en place d'un réseau de santé ainsi que l'analyse détaillée de la nécessité des prestations fournies en milieu hospitalier dans la région concernée. Alors qu'au début, le projet était centré sur ces dernières, la menace planant sur les soins médicaux de base et plus particulièrement la médecine de famille est progressivement passée au premier plan suite à la fermeture de l'hôpital régional de Gessenay et à la constatation de la nécessité de celui de Zweisimmen⁹.

⁹ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2013.

Le 17 juin 2013 était fondée l'association MeGSS (Medizinische Grundversorgung Simmental-Saenenland), dont l'objectif consiste à mettre en réseau les différents acteurs de la santé de la région pour qu'ils puissent y garantir ensemble la desserte médicale à moyen et à long terme. Par ailleurs, en septembre 2013, le CHR STS AG a décidé de stationner les services de sauvetage du Simmental-Pays de Gessenay dans la région de Saanenmoser à compter du 1^{er} décembre 2013. Même si le projet MeGSS n'est pas encore terminé, on constate que le projet-pilote MeGOS a largement contribué à introduire un processus de changement dans les secteurs hospitalier et ambulatoire de la région, à en débattre et à définir les facteurs qui en conditionneront le succès. Cela étant, le modèle ne devrait déployer ses effets positifs que bien après l'achèvement du projet-pilote.

5.4.1.2 Soins palliatifs

Durant la période de planification 2011-2014, le canton et les fournisseurs de prestations se sont employés conjointement à promouvoir les soins palliatifs (voir art. 3, al. 2 LSH). Ceux-ci englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles ou chroniques évolutives. Ils interviennent principalement au moment où le diagnostic vital est ou paraît engagé et où les soins curatifs ne constituent plus un objectif primaire. Ils offrent aux patientes et aux patients ainsi qu'à leurs proches un soutien approprié et visent à anticiper et à atténuer autant que possible les symptômes et la souffrance des malades. Interdisciplinaires, ils centrent sur la patiente ou le patient les activités du corps médical et du personnel de soins qui dispensent les soins ambulatoires et hospitaliers. Les soins palliatifs visent également à éviter les admissions d'urgence en hôpital et sont prodigués dans la mesure du possible dans le lieu souhaité par la personne malade ou en fin de vie. Pour atteindre cet objectif, les soins hospitaliers, ambulatoires et mobiles doivent se compléter. Les soins palliatifs combinent prise en charge générale et prise en charge spécialisée, la première étant assurée par le paquet de base de la classification GPPH en soins aigus somatiques, qui doit être proposé par tout hôpital disposant d'un mandat de prestations correspondant.

Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs

Les objectifs de la stratégie nationale¹⁰ sont ancrés dans le *Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs*, publié au cours de la période de planification 2011-2014¹¹. Le programme évalue les besoins dans ce domaine sur la base des recommandations de l'OFSP, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de l'association palliative.ch ainsi que des estimations de l'European Association for Palliative Care (EAPC), les chiffres disponibles ne permettant pas d'établir des prévisions quantitatives précises¹². Il postule ainsi 80 à 100 places de soins palliatifs spécialisés en milieu hospitalier par million d'habitants de même qu'une équipe mobile en soins palliatifs par 100 000 habitants.

Soins palliatifs généraux en hôpital

Les soins palliatifs généraux sont destinés aux personnes dont l'état est stable et qui n'ont pas besoin de traitement ni de suivi complexes. En milieu hospitalier, ils sont assurés dans le cadre du mandat de prestations Paquet de base de la classification GPPH en soins aigus somatiques.

Soins palliatifs spécialisés en hôpital

En revanche, les soins palliatifs spécialisés s'adressent aux patientes et patients dans un état instable demandant des traitements complexes, qui nécessitent donc des thérapies et des soins spécialisés. Pour garantir une prise en charge palliative spécialisée conforme aux besoins et de qualité dans les hôpitaux bernois répertoriés, la SAP a créé en complément de la classification de la direction de la santé du canton de Zurich un mandat cantonal de prestations Soins palliatifs spécialisés en hôpital qui s'inscrit dans la classification GPPH en soins aigus somatiques. Ce mandat a été défini au printemps 2015 lors d'une rencontre de tous les acteurs impliqués. A la fin de la période de planification 2011-2014, il avait été attribué aux huit hôpitaux bernois suivants : groupe de l'Île (Insel Gruppe AG) sur le site de l'Hôpital de l'Île, Regionalspital Emmental SA sur le site de Berthoud, Lindenhof AG sur le site de l'hôpital Lindenhof, Hôpital du Jura bernois sur le site de Moutier, Centre hospitalier Bienne SA, Spital STS AG sur le site de Thoune, fondation Diaconis et Hôpital neuchâtelois sur le site de La Chrysalide. Entrés en vigueur en décembre 2015, les nouveaux mandats de prestations ont fait l'objet d'une procédure de candidature (voir tableau 1, illustration 2).

¹⁰ Cf. Office fédéral de la santé publique, 2009.

¹¹ Cf. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, 2013.

¹² Cf. European Association for Palliative Care, 2010.

Tableau 1

Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins palliatifs spécialisés

N°	Hôpital (site)	Mandat Soins palliatifs spécialisés en hôpital (SpezPalCare)
4	Hôpital de l'Île - Hôpital universitaire de Berne	X
9	Lindenhospital, Lindenhof AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	X
23	Spital Thun, Spital STS AG	X
26	Centre hospitalier Bienne SA	X
27	Stiftung Diaconis	X
59	La Chrysalide, Hôpital neuchâtelois [NE]	X
Total (sites)		8

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Equipes mobiles en soins palliatifs

Grâce à une meilleure mise en réseau des fournisseurs de prestations, les interventions des équipes mobiles¹³ en soins palliatifs permettent de réduire le nombre d'admissions à l'hôpital inutiles et souvent pénibles pour les patientes et patients concernés. Ces équipes sont généralement composées de médecins et de personnel soignant spécialisé. Leurs connaissances spécifiques leur permettent d'assister les médecins et soignants de premier recours confrontés à des situations palliatives complexes. Dans son *Programme en matière de soins palliatifs*, le canton de Berne met en lumière le soutien qu'il propose dans ce domaine et concrétise les ressources nécessaires pour la prise en charge par des équipes mobiles dans l'ensemble de son territoire. Depuis 2011, les cantons de Berne (selon l'art. 4 de la loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique [LSP ; RSB 811.01]), du Jura et de Neuchâtel contribuent au financement de l'équipe mobile intercantonale de soins palliatifs BEJUNE, qui conseille également les fournisseurs de soins de base du Jura bernois. En 2014 et 2015, le canton a également soutenu l'équipe mobile du CHR STS AG et du Palliative Care-Netzwerk Region Thun (selon l'art. 115 LSH), mise en place à titre d'essai pilote de travail en réseau, de sensibilisation et de coordination des soins palliatifs intersectoriels. Toutefois, les conditions structurelles et organisationnelles nécessaires à une coordination et à une mise en réseau dans l'ensemble du canton ne sont pas encore réunies. Ce dernier examinera durant la période de planification 2017-2020 les moyens propres à soutenir l'offre en équipes mobiles de soins palliatifs à l'échelle cantonale.

¹³ L'adjectif « mobile » ne signifie pas obligatoirement que l'intervention a lieu au domicile de la patiente ou du patient. Les activités des équipes mobiles constituent essentiellement des prestations de soutien aux fournisseurs de soins de base.

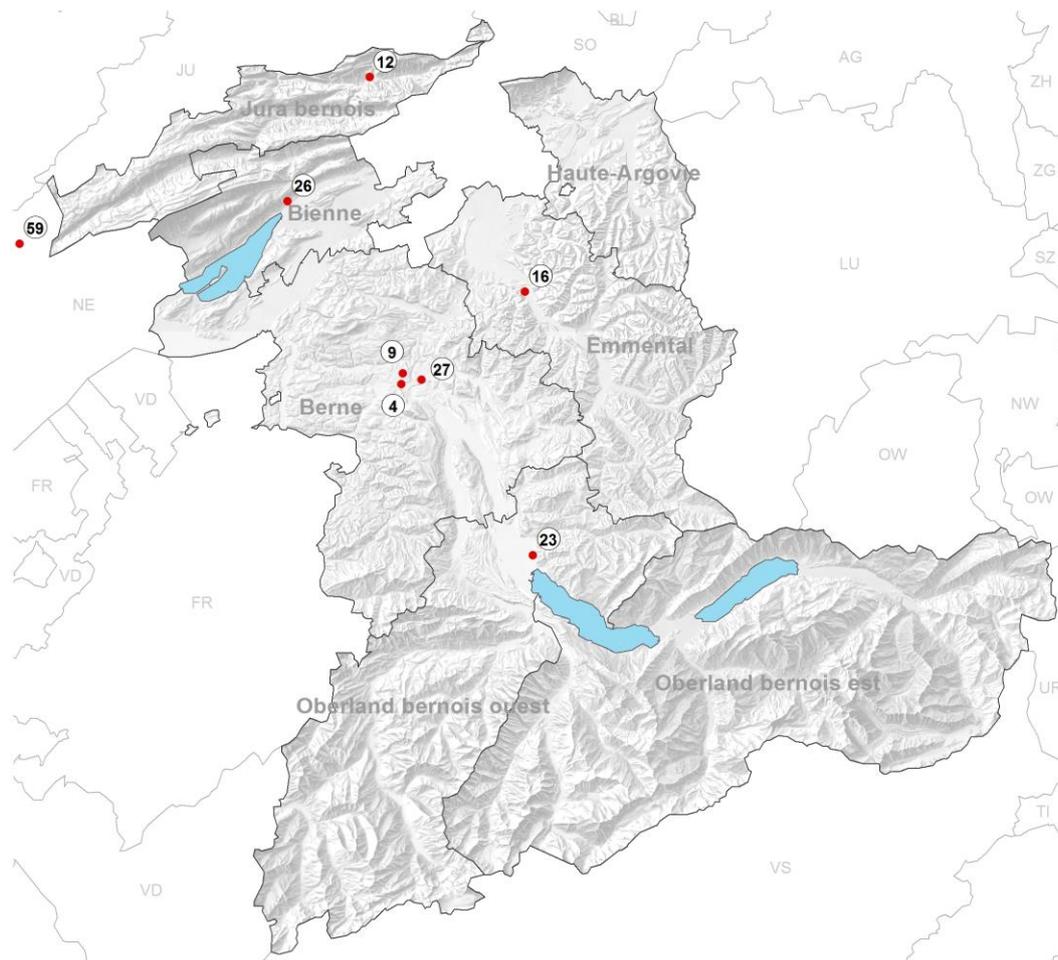
Illustration 2

Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins palliatifs spécialisés



Planification des soins 2016 BE

Soins palliatifs spécialisés, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

0 7'500 15'000 22'500 mètres

1:700'000



N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
4 Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	23 Spital Thun, STS AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	26 Centre hospitalier Bienne SA
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	27 Stiftung Diaconis
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	59 La Chrysalide, Hôpital neuchâtelois [NE]

Champ d'action pour les soins palliatifs

Vérification de l'évaluation des besoins

En raison de l'impossibilité de les intégrer alors dans la classification GPPH en soins aigus somatiques, la planification des soins 2011-2014 avait renoncé à évaluer les besoins de soins palliatifs. Dans le *Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs* publié dans ce même laps de temps, l'évaluation des besoins s'appuyait sur les recommandations de l'OFSP, de la CDS et de palliative.ch ainsi que sur des estimations de l'EAPC. Possible depuis le 1^{er} janvier 2015 (CHOP 93.8A.3), l'analyse plus précise des prestations palliatives spécialisées dispensées en milieu hospitalier devrait permettre de procéder à une quantification rétrospective des besoins sur la base de la statistique médicale des hôpitaux^{14,15}. D'ici là, l'évaluation des besoins en vue de l'attribution de mandats de prestations s'appuiera sur les recommandations du programme du canton de Berne.

Suivi de l'évolution des besoins et de l'offre

La mesure dans laquelle les nouvelles offres de soins palliatifs spécialisés en hôpital (SpezPal-Care de la classification GPPH en soins aigus somatiques) sont suffisantes devra être vérifiée au cours de la période de planification 2017-2020. Le canton se penchera sur la question au plus tard au milieu de 2018 dans le cadre de l'élaboration de la prochaine planification des soins. Il conviendra d'examiner une fois encore et en détail les structures cantonales de soins médicaux palliatifs et de les analyser avec tous les offices concernés. Cette analyse englobera aussi l'évolution des prestations palliatives ambulatoires dispensées par le corps médical et le personnel soignant. Durant la période de planification 2017-2020 également, un projet-pilote visant à développer l'offre d'équipes mobiles disponible dans le canton de Berne sera lancé. Il ne sera sans doute pas possible de couvrir l'ensemble du territoire durant la période de planification 2017-2020. Si le système des équipes mobiles fait ses preuves, il serait souhaitable qu'il permette d'assurer une prise en charge intersectorielle et de proximité. Cette question sera abordée elle aussi à l'échelon cantonal au milieu de 2018 au plus tôt.

5.4.1.3 Soins post-aigus

Le nombre de personnes nécessitant des soins après un séjour en hôpital de soins aigus somatiques augmente dans toute la Suisse. Selon l'Observatoire suisse de la santé, environ 10 pour cent des patientes et patients continuent d'être pris en charge en mode résidentiel après un tel séjour¹⁶. Les raisons de cette situation ne sont pas entièrement connues. On ne sait pas non plus dans quelle mesure le cadre dans lequel sont fournis les soins post-aigus permet de s'adapter aux patientes et patients qui nécessitent un suivi plus intense et parfois du domaine des soins aigus. Ainsi, ce domaine de prise en charge constitue un défi croissant pour une couverture conforme aux besoins de la population vieillissante du canton de Berne.

La notion de soins post-aigus

Ces soins sont conçus pour des personnes qui ont été hospitalisées pour une affection aiguë (accident ou opération) et dont les problèmes médicaux sont stabilisés. Ces patientes et patients ont encore besoin, pour une période limitée dans le temps, de soins infirmiers et thérapeutiques quotidiens, avec pour objectif de leur redonner suffisamment d'autonomie pour leur permettre de retourner vivre dans leur logement et leur environnement habituel. Le concept envisagé visait en particulier les patientes et patients gériatriques. Les personnes concernées n'étant souvent pas (encore) en mesure de suivre une réadaptation ou n'ayant pas besoin d'une thérapie réadaptative ciblée, les soins post-aigus ont été intégrés aux soins aigus hospitaliers. L'essai pilote achevé en 2004 a montré que les personnes ayant bénéficié de soins post-aigus étaient en meilleure santé et qu'en dépit d'un séjour un peu plus long, celui-ci ne coûtait pas plus cher qu'avec une prise en charge traditionnelle. La planification des soins 2007-2010 avait prévu d'introduire dans tous les centres hospitaliers régionaux une unité de soins post-aigus comme offre standard. Or force a été de constater qu'aucun hôpital n'appliquait les soins post-aigus comme prévu à l'origine¹⁷. Il est permis de supposer que cette situation est imputable à la révision de la LAMal et à la modification du financement hospitalier qui s'en est suivie. Etant donné que le projet original ne prévoyait pas d'indemnisation spécifique des soins post-aigus pour les hôpitaux, ces soins étant inclus dans les

¹⁴ Cf. SwissDRG, 2014b.

¹⁵ Cf. Office fédéral de la santé publique, 2012.

¹⁶ Cf. Observatoire suisse de la santé, 2015.

¹⁷ Cf. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, 2008.

barèmes ordinaires (conformément aux directives de SwissDRG SA), il n'a pas pu être réalisé durant la période de planification 2011-2014¹⁸.

Champ d'action pour les soins post-aigus

Pour évaluer les besoins en soins post-aigus, la SAP a commandé en 2016 une expertise scientifique sur le suivi des patientes et des patients après un séjour en hôpital de soins aigus somatiques (suivi post-hospitalier). Cette expertise servira simultanément à vérifier l'adéquation des offres de soins dans le canton de Berne, compte tenu également du financement selon les systèmes tarifaires spécifiques.

5.4.1.4 Soins gériatriques

La planification des soins 2011-2014 accordait déjà une place particulière à la prise en charge des patientes et patients gériatriques en milieu hospitalier. L'évolution démographique modifie les besoins en soins de la population bernoise, auxquels il convient de s'adapter. Les soins gériatriques hospitaliers ont pour objectif de réduire le risque de besoin permanent de soins et de perte de l'autonomie. Les maladies fréquentes chez les personnes âgées sont l'hypertension, les pathologies cardio-vasculaires, les maladies des voies respiratoires, les cancers, l'arthrose ainsi que la démence et la dépression. A l'âge avancé (75 ans et plus) viennent s'ajouter des caractéristiques spécifiques, notamment la multimorbidité et les restrictions fonctionnelles, qui se traduisent par des besoins particulièrement élevés de prise en charge médicale et de soins¹⁹.

Patientes et patients gériatriques | définition

L'évaluation des besoins s'avère complexe en raison de l'absence de définition uniforme du domaine de la gériatrie²⁰. Les données de la statistique médicale des hôpitaux ne permettent pas non plus de placer les patientes et patients gériatriques dans une catégorie précise. Durant la période de planification 2011-2014, les sociétés médicales ont déployé des efforts visant à mieux les représenter dans le système DRG.

Considérant qu'elles sont plus déterminantes qu'un âge calendaire de 75 ans et plus, la SAP fonde sa définition sur les multimorbidités suivantes, typiques des patientes et patients gériatriques :

- immobilité,
- tendance aux chutes et vertiges,
- déficits cognitifs,
- incontinence,
- escarres de décubitus,
- alimentation incorrecte et insuffisante,
- perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique,
- dépression et troubles anxieux,
- douleurs chroniques,
- troubles somatosensoriels,
- fragilité,
- problèmes de vue et d'ouïe.

Depuis 2014, l'examen gériatrique de base standardisé (CHOP 93.89.A2) offre une possibilité supplémentaire d'évaluation des besoins par le biais de la statistique médicale des hôpitaux. Cet examen vérifie, par des techniques de mesure normalisées, au moins cinq aspects liés aux multi-

¹⁸ La notion de *soins post-aigus* est différente de celle de *soins aigus et de transition*, qui se réfère à la prise en charge et à la tarification des services ambulatoires tels que l'aide et les soins à domicile. Les soins aigus et de transition ont été définis dans l'art. 25a, al. 2 LAMal lors de la révision de cette loi. Selon l'art. 7, al. 3 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31), il s'agit de prestations qui suivent un séjour hospitalier et sont fournies pendant deux semaines au maximum – uniquement sur prescription par un médecin de l'hôpital – en EMS ou en mode ambulatoire par les services d'aide et de soins à domicile ou par du personnel soignant indépendant. Elles sont ensuite rémunérées conformément aux règles du financement des soins.

¹⁹ Cf. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, 2004.

²⁰ Tentatives précédentes de définition des patientes et patients gériatriques et d'identification de leurs besoins : le canton d'Argovie a fixé comme indicateur de multimorbidité un âge calendaire de 80 ans au moins et un âge biologique d'au moins 8 diagnostics secondaires. Les précédentes planifications bernoises des soins définissaient ainsi les patientes et patients gériatriques : âge calendaire de 75 ans, durée de séjour d'au moins 21 jours et âge biologique d'au moins 8 diagnostics secondaires.

morbidités gériatriques citées plus haut (mobilité, capacité d'autonomie, humeur, continence, cognition et situation sociale, p. ex.).

Soins aigus gériatriques

Dans le canton de Berne, le mandat Centre de compétence en gériatrie aiguë de la classification GPPH en soins aigus somatiques est prévu pour les hôpitaux de soins aigus qui prennent en charge les cas gériatriques particulièrement complexes. Dans la mesure du possible, ces cas sont traités dans un centre de compétence en gériatrie aiguë (code CHOP 93.89.9x Traitements complexes de réhabilitation précoce gériatrique). Au 31 décembre 2015, 16 hôpitaux bernois de soins aigus somatiques répertoriés proposaient une prise en charge spéciale en vertu dudit mandat (voir tableau 4 et illustration 3). Cependant, la majorité des patientes et patients âgés est traitée dans les groupes de prestations ordinaires de la classification GPPH en soins aigus somatiques, conformément à leurs besoins. Ainsi, la proportion de patientes et patients de 75 ans bénéficiant d'une prise en charge médicale et de soins dans les domaines de prestations Paquet de base, Gastroentérologie et Neurologie est comparativement élevée (voir illustration 4).

Tableau 2

Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins gériatriques

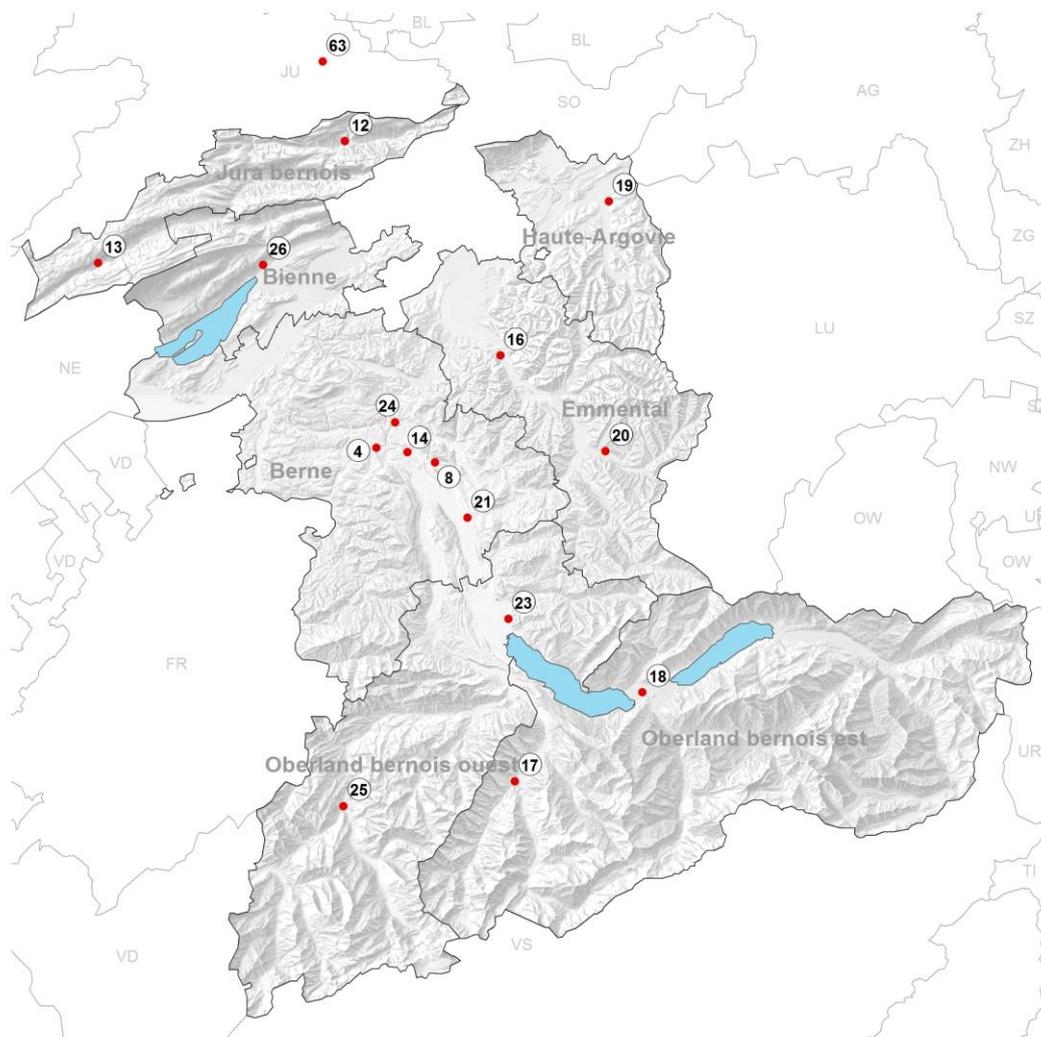
N°	Hôpital (site)	Centre de compétence en gériatrie aiguë (GER)
4	Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	X
8	Klinik Siloah AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	X
14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	X
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	X
17	Spital Frutigen, spitäler fmi AG	X
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	X
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	X
20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	X
21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	X
23	Spital Thun, Spital STS AG	X
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	X
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG	X
26	Centre hospitalier Bienne SA	X
63	Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]	X
Total (sites)		16

Source : SAP (état au 31.12.2015)



Planification des soins 2016 BE

Centre de compétence en gériatrie aiguë, état 31.12.2015



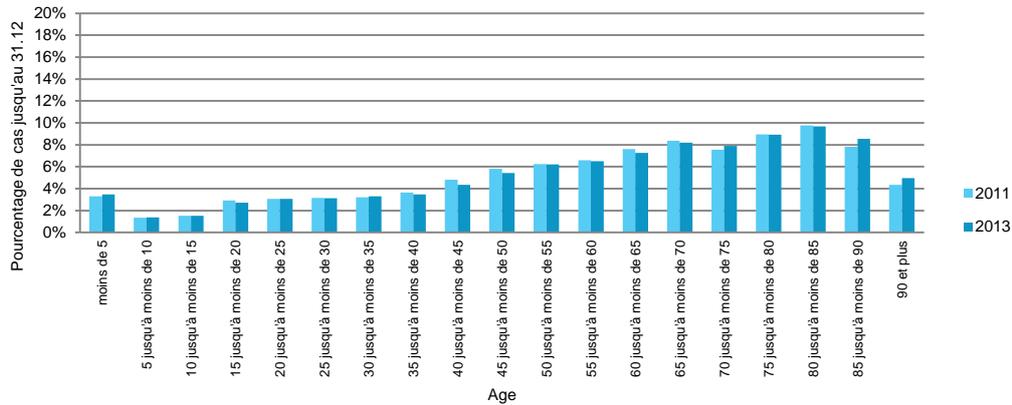
Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
4 Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
8 Klinik Siloah AG	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	23 Spital Thun, Spital STS AG
14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	24 Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	26 Centre hospitalier Bienne SA
18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]

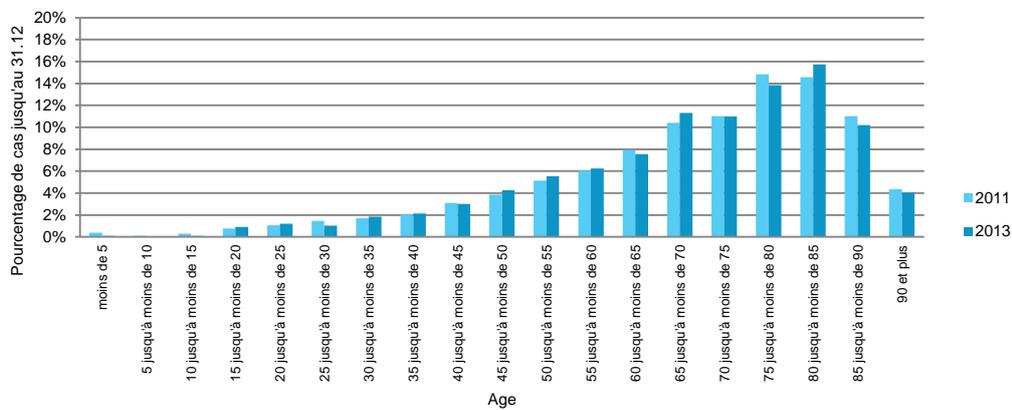
Illustration 4

Domaines de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques présentant une proportion élevée de patientes et patients de plus de 75 ans | répartition des tranches d'âge en 2011 et en 2013

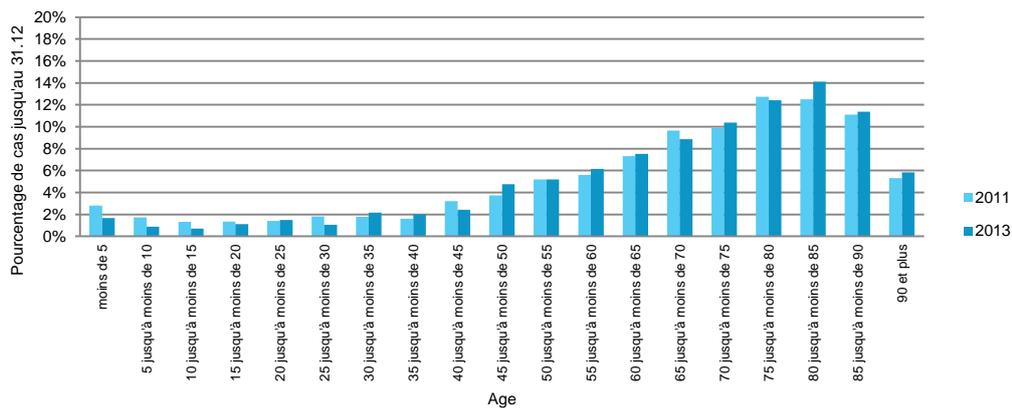
a) Paquet de base Chirurgie et médecine interne



b) Gastroentérologie



c) Neurologie



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Digression : essai pilote de soins intégrés en gériatrie

Dans le domaine de la gériatrie, une des priorités de la période de planification 2011-2014 était la réalisation d'un essai pilote de trois ans consistant à compléter la prise en charge gériatrique dans un centre hospitalier régional (hôpital de Thoune, STS AG) par deux mesures intégratives : des équipes pluridisciplinaires et une personne de référence (coach). La clinique universitaire de gériatrie (hôpital Ziegler, Spital Netz Bern AG) a servi de point de comparaison. L'évaluation a été réalisée sur la base de données relatives au traitement de 266 patientes et patients dans les deux hôpitaux ainsi que d'enquêtes, complétées par un suivi des médias sur plusieurs années et d'informations issues de la littérature internationale. Les enquêtes ont été réalisées auprès de patientes, de patients et de leurs familles ainsi que de spécialistes des établissements régionaux fournissant des soins gériatriques et du système de santé publique suisse. Cet essai pilote démontre le potentiel d'amélioration des soins gériatriques que recèlent le recours à des équipes pluridisciplinaires et le coaching des patientes et patients dans un CHR ou un système régional de prise en charge. On constate une amélioration de l'état de santé non seulement lors du séjour, mais également dans les six mois suivant la sortie de l'hôpital. L'essai pilote identifie par ailleurs les conditions qui favorisent ou défavorisent les soins intégrés en gériatrie, conditions qui devront être prises en considération lors de l'élaboration de nouveaux modèles de soins. Les conditions défavorables sont la fragmentation du système de soins, les lacunes dans les informations communiquées aux personnes concernées, le fait que les fournisseurs de prestations reçoivent des renseignements imprécis ou tardifs ainsi que les incitations financières inadaptées ou insuffisantes. Sont en revanche favorables une culture de coopération pratiquée largement et sans compétition, une coordination standardisée, une gestion des patients s'appuyant sur des critères donnés et la souplesse de tous les intervenants. La cybersanté peut soutenir la prise en charge intégrée, notamment à travers des systèmes de communication et d'information du patient. Cet essai pilote a également défini les conditions structurelles et institutionnelles nécessaires à l'intégration des soins gériatriques, parmi lesquelles l'élaboration de directives et de processus standardisés ainsi que la formation continue. Les spécialistes s'accordent à dire que les pouvoirs publics doivent prendre des mesures dans le pilotage des processus de traitement. Les enseignements tirés de l'essai pilote sont importants et précieux tant pour le développement du système de santé dans son ensemble que pour l'intégration des soins, dans le domaine gériatrique ou plus globalement. Le canton de Berne les mettra à profit pour faire évoluer la gestion intégrée des soins et, lorsque cela semble judicieux, dans le cadre de ses futures stratégies et planifications de prise en charge.

Réadaptation gériatrique

Dans le domaine de la réadaptation en milieu hospitalier, la priorité est accordée au mandat de prestations Réadaptation gériatrique (GERE) de la classification GPPH en réadaptation. Au cours de la période de planification 2011-2014, le canton de Berne l'a accordé à plusieurs hôpitaux répertoriés aptes à le remplir, afin de poursuivre la mise en place d'une réadaptation gériatrique conforme aux besoins sur l'ensemble de son territoire. A la fin de cette période de planification, neuf hôpitaux répertoriés du canton de Berne assuraient une telle prise en charge, de proximité dans la plupart des cas (état au 31.12.2015 ; voir tableau 3 et illustration 5).

Tableau 3

Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques assurant la réadaptation gériatrique

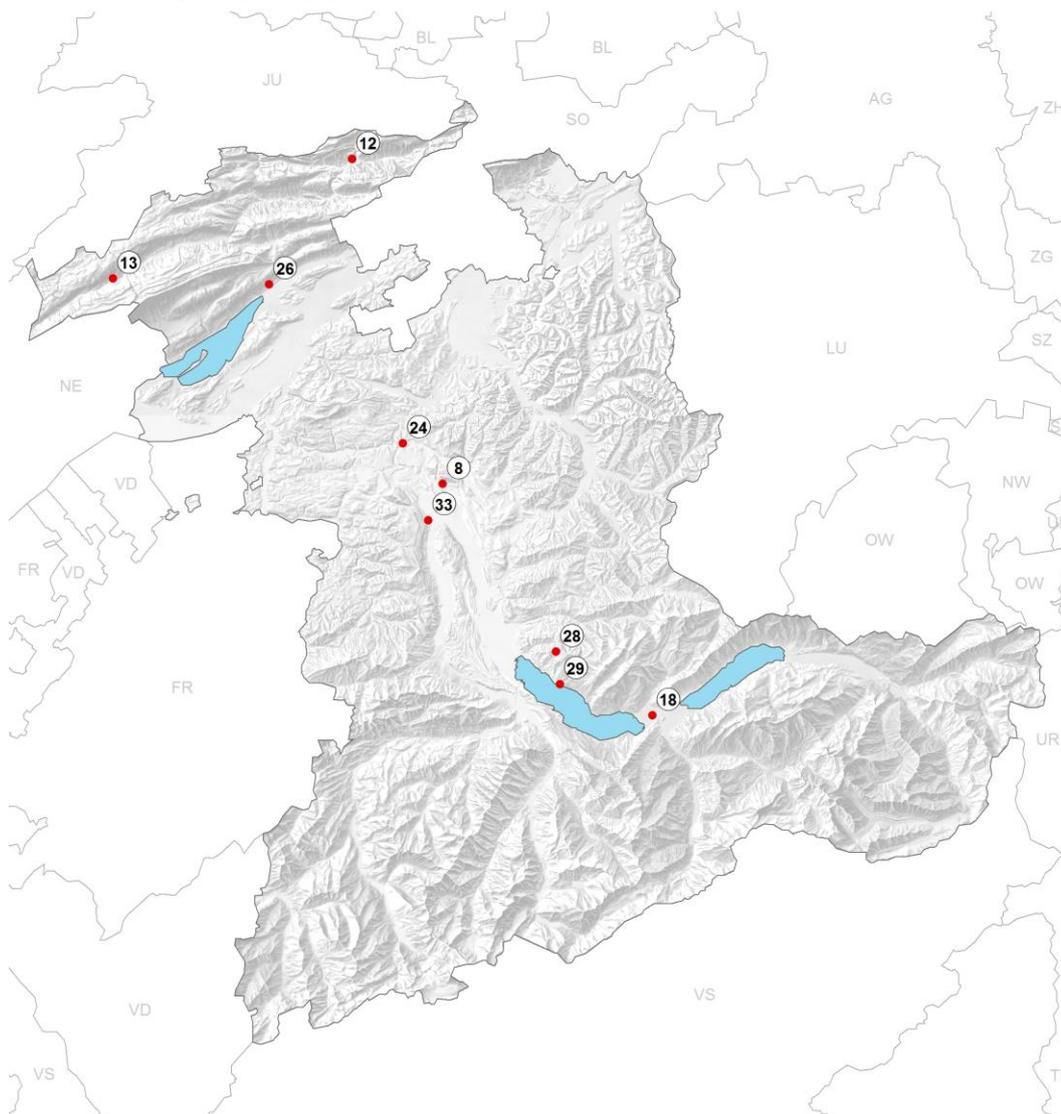
N°	Hôpital (site)	Réadaptation gériatrique (GERE)
8	Klinik Siloah AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	X
18	Spital Interlaken, spitaler fmi AG	X
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	X
26	Centre hospitalier Bienne SA	X
28	Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendi	X
29	Klinik Schönberg AG Gunten	X
33	Spital Belp, Spital Netz Bern AG	X
Total (sites)		9

Source : SAP (état au 31.12.2015)



Planification des soins 2016 BE

Réadaptation gériatrique, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

1:700'000

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
8 Klinik Siloah AG	26 Centre hospitalier Bienna SA
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	28 Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendi
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	29 Klinik Schönberg AG Gunten
18 Spital Interlaken, spitaler fmi AG	33 Spital Belp, Spital Netz Bern AG
24 Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	

Champ d'action pour les soins gériatriques

Suivi de l'évolution des besoins

Vu les prévisions démographiques et l'amélioration de l'offre de soins, la SAP table sur le fait que le recours aux prestations gériatriques hospitalières va continuer d'augmenter durant la période 2017-2020. Cette hausse attendue de la demande reflète le développement de la pyramide des âges. En revanche, il est impossible de se livrer à des pronostics quant au transfert de patientes et patients des domaines de prestations spécialisés des soins aigus somatiques et de la réadaptation vers les domaines gériatriques pluridisciplinaires Centre de compétence en gériatrie aiguë et Réadaptation gériatrique. L'évolution des besoins en soins gériatriques durant la période de planification 2011-2014 n'a pas pu faire l'objet d'une évaluation définitive, étant donné que la majorité des patientes et des patients de plus de 75 ans sont traités dans les domaines et groupes de prestations ordinaires des classifications GPPH en soins aigus somatiques et en réadaptation. L'évaluation quantitative des besoins devrait bientôt bénéficier d'une base plus solide, une amélioration étant également attendue en ce qui concerne la représentation des patientes et patients gériatriques, autrement dit des prestations gériatriques hospitalières, dans les données de la statistique médicale des hôpitaux (p. ex. grâce au code CHOP 93.89.9 Traitement complexe de rééducation gériatrique précoce).

Suivi de l'évolution de l'offre

Se fondant sur l'objectif prioritaire que constituent les soins gériatriques, le canton de Berne poursuivra durant la période de planification 2017-2020 ses efforts pour garantir une prise en charge gériatrique conforme aux besoins et de proximité. Toutefois, eu égard aux effectifs limités de personnel spécialisé en gériatrie, il faut s'attendre à ce que tous les cas gériatriques complexes ne puissent pas être traités dans chaque hôpital répertorié et donc dans chaque région de soins au cours de cette période de planification.

Stratégie de soins gériatriques

En dépit des efforts déployés durant la période de planification 2011-2014 pour garantir des soins gériatriques conformes aux besoins sur l'ensemble du territoire cantonal, le canton de Berne ne possède pas de stratégie en la matière pour étayer cette priorité. L'élaboration de cette base essentielle sera examinée au cours de la période de planification 2017-2020 avec le concours de spécialistes.

5.4.1.5 Prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux

Dans les pays industrialisés, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la troisième cause la plus fréquente de décès et l'origine la plus commune de handicap majeur. La probabilité d'en être atteint augmente avec l'âge. En Suisse, environ 16 000 personnes subissent un AVC chaque année²¹. Pour éviter les handicaps permanents et réduire le taux de mortalité à court terme, il faut traiter les AVC par des mesures d'urgence rapides et adaptées.

Prise en charge dans les « stroke units » et les « stroke centers » des hôpitaux de soins aigus

De nombreux hôpitaux sont en mesure d'apporter des premiers soins efficaces aux victimes d'AVC. Cela étant, les unités cérébrovasculaires (stroke units) et leurs processus de traitement médical bien définis sont particulièrement adaptées à la prise en charge de ces patientes et patients. Seuls 2 à 3 pour cent des victimes d'AVC requièrent un traitement médical complexe et hautement spécialisé tels que ceux que dispensent les centres cérébrovasculaires (stroke centers) dans le cadre de la médecine hautement spécialisée réglementée au niveau national.²² Au début de la période de planification 2011-2014, l'organe de décision de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (organe de décision MHS) a publié une décision relative au traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires, en attribuant les mandats de prestations correspondants aux stroke centers de huit hôpitaux suisses²³ :

- Hôpital de l'Ile - Hôpital universitaire de Berne,
- Hôpitaux universitaires de Genève,
- Centre hospitalier universitaire vaudois,
- hôpital universitaire de Bâle,
- hôpital universitaire de Zurich,
- hôpital cantonal de St-Gall,

²¹ Cf. Société suisse de neurologie, 2015 (en allemand uniquement).

²² Cf. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2015b.

²³ Cf. Organe de décision de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée, 2011.

- hôpital cantonal d'Aarau,
- centre hospitalier cantonal du Tessin, site de l'hôpital régional de Lugano.

En complément de ces centres, qui pratiquent une médecine hautement spécialisée, le canton de Berne peut, à la demande des hôpitaux de soins aigus, leur accorder un mandat cantonal de prestations pour stroke unit, autrement dit pour la prise en charge spécialisée des victimes d'AVC. Les mandats cantonaux de prestations relatifs au traitement d'un AVC font partie du domaine de prestations Neurologie de la classification GPPH en soins aigus somatiques.

Digression : exigences requises pour les unités cérébrovasculaires (stroke units)

L'AVC est la conséquence d'un problème subit de circulation sanguine dans le cerveau. Son origine la plus fréquente est la diminution de l'irrigation sanguine d'une région cérébrale suite à l'obturation d'une artère (formation d'un caillot et infarctus cérébral) ou à l'éclatement de vaisseaux sanguins (hémorragie cérébrale). La classification GPPH en soins aigus somatiques exige un rattachement télémédical de la stroke unit à un stroke center par contrat. Le triage et le choix du traitement (en fonction de la possibilité de dissolution des caillots, p. ex.) ont lieu dans l'hôpital le plus proche disposant du mandat de prestations correspondant. Les directives de triage ainsi que les cas devant être coordonnés avec le stroke center sont définis et contraignants. L'hôpital où est située l'unité applique les recommandations du stroke center dans la mesure où celles-ci sont transposables. Les pratiques s'en écartant doivent être documentées. Les informations issues des formations continues et postgrades du stroke center sont retransmises au personnel médical, thérapeutique et soignant des unités²⁴.

Au 31 décembre 2015, la prise en charge par des unités cérébrovasculaires dans les hôpitaux répertoriés n'était pas encore assurée sur tout le territoire du canton de Berne. A la fin de la période de planification 2011-2014, des mandats de prestations correspondants avaient été attribués à quatre hôpitaux répertoriés. Parallèlement, l'organe de décision MHS a attribué le mandat de prestations CIMHS de stroke center à l'hôpital universitaire de l'île. Le canton de Berne disposait ainsi à fin 2015 de cinq fournisseurs de prestations assurant la prise en charge spécialisée des victimes d'AVC (voir tableau 4 et illustration 6).

Tableau 4

Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques assurant la prise en charge spécialisée des victimes d'AVC

N°	Hôpital (site)	Stroke center ou stroke unit
Stroke center		
4	Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	X
Stroke unit		
18	Spital Interlaken, Spitaler fmi AG	X
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	X
26	Centre hospitalier Bienne SA	X
55	Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG (SO)	X
Total (sites)		5

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Champ d'action pour la prise en charge des victimes d'AVC

Depuis la planification des soins 2011-2014, les structures destinées aux personnes présentant une suspicion d'AVC n'ont pas été étoffées dans le canton de Berne. La question de savoir s'il convient d'augmenter l'offre, notamment par la création de stroke units supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus, sera examinée au cours de la période de planification 2017-2020. L'analyse doit porter non seulement sur les stroke units dans les hôpitaux de soins aigus, mais aussi sur la durée de transport des patientes et patients concernés par les services de sauvetage cantonaux ainsi que sur la prise en charge neurologique ultérieure des victimes d'AVC par les cliniques de réadaptation.

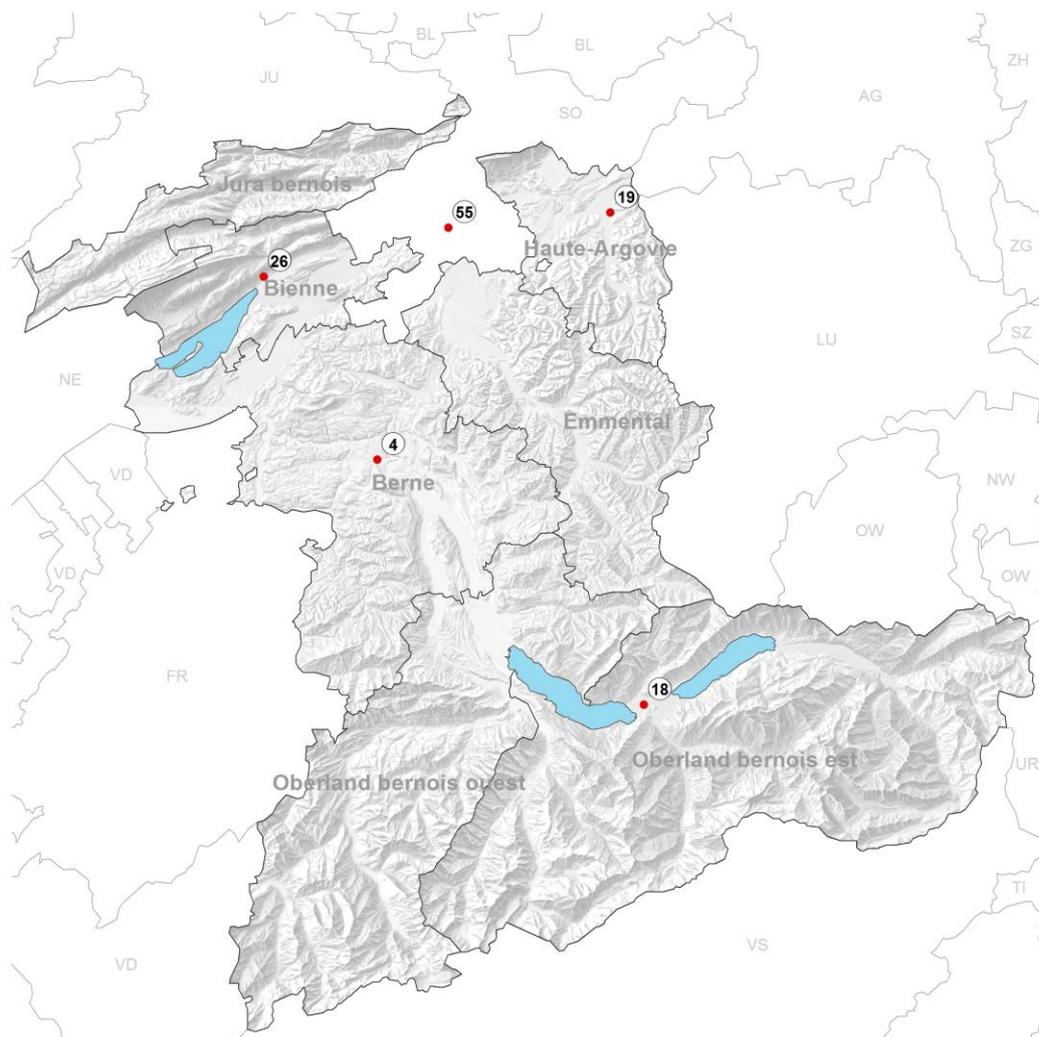
²⁴ Cf. direction de la santé du canton de Zurich, 201X.

Illustration 6
Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques
assurant la prise en charge spécialisée des victimes d'AVC

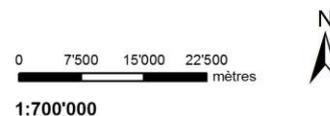


Planification des soins 2016 BE

Stroke center et stroke units (partiellement CIMHS), état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale



1:700'000

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
Stroke center	Stroke unit
4 Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
Stroke unit	26 Centre hospitalier Bienne SA
18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	55 Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]

5.4.1.6 Déshospitalisation de patientes et patients psychiatriques de long séjour

La déshospitalisation des patientes et patients de long séjour – pour la plupart âgés – soignés dans les cliniques psychiatriques figurait au nombre des mesures définies dans la planification des soins 2011-2014. Suite également aux économies décidées par le canton, les cliniques étaient invitées à trouver de nouveaux lieux de résidence pour ces personnes, dont certaines vivaient en milieu hospitalier depuis de nombreuses années voire des décennies. Globalement, l'objectif a été atteint. Dans le cadre d'un projet d'accompagnement de la déshospitalisation, plusieurs potentiels d'amélioration ont été identifiés à la jonction entre psychiatrie et long séjour.

Champ d'action pour la déshospitalisation de patientes et patients psychiatriques de long séjour

Les points de jonction entre cliniques psychiatriques et foyers devront être encore améliorés. Le canton examine à l'heure actuelle la nécessité de prendre des mesures, par exemple sous forme de directives et de normes pour la coopération entre les institutions et la coordination des cas.

5.4.1.7 Médecine hautement spécialisée

La médecine hautement spécialisée (MHS) regroupe les prestations hospitalières réclamant une qualité très élevée ainsi que des connaissances et une expérience pointues de la part du personnel médical et soignant. Les transplantations d'organe, par exemple, en font partie. Les prestations MHS sont rares, complexes et coûteuses. Si elles sont proposées dans des centres trop nombreux, la qualité en souffre²⁵. L'article 39, alinéa 2bis LAMal dispose donc que les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification des prestations MHS pour l'ensemble de la Suisse. La mise en œuvre de cette disposition fait l'objet d'une *Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée*²⁶.

Liste des hôpitaux MHS

Au lieu de 26 planifications, il n'existe pour la MHS qu'une liste unique pour tous les cantons. Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, ces derniers ont transféré à l'organe de décision MHS leur compétence d'édicter la liste hospitalière conformément à l'article 39, alinéa 2bis LAMal. La liste hospitalière intercantonale approuvée par l'organe MHS prévaut donc sur les listes hospitalières cantonales.

Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

La planification des prestations de médecine hautement spécialisée est établie conformément à la convention en la matière.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, l'attribution des prestations a été réglée de manière contraignante dans les domaines partiels suivants de la MHS (état au 31.12.2015)²⁷ :

- Chirurgie viscérale MHS
- Oncologie pédiatrique
- Pédiatrie et chirurgie pédiatrique hautement spécialisées
- Neurochirurgie
- Traitement MHS des accidents vasculaires cérébraux
- Prise en charge des blessés graves
- Traitement des brûlures graves chez l'adulte
- Transplantations d'organes solides chez l'adulte :
 - > transplantations cardiaques
 - > transplantations hépatiques
 - > transplantations pulmonaires
 - > transplantations pancréatiques
 - > transplantations rénales
- Implants cochléaires
- Protonthérapie
- Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte

²⁵ Cf. Office fédéral de la santé publique, 2015.

²⁶ Cf. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2008b.

²⁷ On trouvera sur le site de la CDS une liste actuelle des attributions dans le domaine de la MHS, consultable sous <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=1>.

Planification des soins 2011-2014

La planification des soins 2011-2014 avait pour objectif de concentrer les prestations MHS sur l'hôpital universitaire du canton de Berne (Hôpital de l'Ile). Dans sa liste des hôpitaux du 1^{er} mai 2014, le canton adopte telles quelles les prescriptions de la CIMHS.

Liste bernoise des hôpitaux de soins aigus somatiques

Cependant, pour des raisons de sécurité juridique et de transparence, les attributions nationales de mandats de prestations MHS sont reprises sur la liste cantonale des hôpitaux. Le canton se fonde pour cela sur l'article 9, alinéa 2 CIMHS, selon lequel la liste cantonale des hôpitaux s'applique subsidiairement à la liste des hôpitaux MHS. En effet, lorsqu'un mandat de prestations formel attribué par l'organe de décision MHS est absent de la liste des hôpitaux MHS parce que cet organe n'a pas pu l'approuver suffisamment tôt ou qu'il a limité un mandat dans le temps et ne l'a pas prolongé dans les délais nécessaires, il est important que le canton puisse assurer la couverture des besoins en prestations MHS de la population. L'objectif visé est d'éviter une lacune de réglementation. Le Conseil-exécutif inscrit donc le mandat de prestations de la liste MHS concerné tel quel (avec les réserves, restrictions, etc. définies par l'organe de décision MHS) et sans limitation temporelle sur la liste cantonale des hôpitaux. Il contrôle le respect des critères fixés dans les décisions MHS conformément à la CIMHS.

Prestations MHS figurant dans la classification GPPH en soins aigus somatiques

Les prestations MHS font l'objet de mandats de prestations nationaux qui prévalent sur le droit cantonal. Dans le domaine des soins aigus somatiques, elles priment donc sur les listes cantonales des hôpitaux. Dans le canton de Berne, les mandats de prestations octroyés selon la classification GPPH en soins aigus somatiques restent en vigueur jusqu'à leur attribution formelle par la CIMHS. Dès ce moment, et s'ils figurent déjà dans la classification GPPH, les mandats portant sur de nouvelles prestations MHS sont transférés des groupes de prestations de la classification GPPH aux groupes de prestations MHS et assortis d'une mention correspondante sur la liste des hôpitaux (voir également l'illustration 9).

5.4.2 Psychiatrie ambulatoire

La loi sur les soins hospitaliers habilite le canton de Berne à cofinancer des prestations ambulatoires en milieu hospitalier, ce qu'il fait principalement dans le domaine de la psychiatrie. Il participe ainsi au financement de prestations qui répondent aux besoins et sont nécessaires à la couverture en soins mais ne sont pas prises en charge, ou insuffisamment, par d'autres bailleurs de fonds. Ce sont avant tout les soins psychiatriques de base permettant un traitement de proximité et d'accès facilité qui correspondent à ces critères.

Planification des soins 2011-2014

Les soins psychiatriques ambulatoires et en clinique de jour sont mentionnés dans la planification des soins 2011-2014, la plupart des mesures définies étant de nature stratégique. Le système de prise en charge d'alors se caractérisait pour l'essentiel par un manque de coordination dans l'organisation régionale et suprarégionale des soins. L'intention était de pallier ces lacunes par une analyse du système. Le développement de la prise en charge ambulatoire n'était pas explicitement défini comme objectif stratégique. En collaboration avec des spécialistes externes, la SAP a élaboré des lignes directrices pour structurer la prise en charge psychiatrique régionale, qui ont servi de fondement aux stratégies définies en 2012 et 2013²⁸. Ces stratégies décrivaient les prestations existantes, identifiaient les lacunes du système et proposaient des mesures propres à améliorer la prise en charge. Dans la foulée, une différenciation a été opérée entre soins de base et soins spécialisés. Par ailleurs, les prestations suprarégionales ont été analysées dans deux stratégies et les soins de base ont été définis plus précisément. Un modèle de prise en charge centralisée à l'échelon du canton a été élaboré pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La psychiatrie de la personne âgée a elle aussi fait l'objet d'une stratégie de prise en charge cantonale innovatrice, qui fournit les bases techniques nécessaires pour l'ensemble du canton. Ces documents stratégiques constituent un point de départ essentiel pour le présent rapport de planification. Après les avoir analysées globalement, la SAP a intégré les stratégies et recommandations qui en découlent dans le processus de planification cantonal.

²⁸ Cf. Gasser, R. et al., 2012.

Indemnisation des soins psychiatriques ambulatoires sur la base de coûts normatifs

Conformément aux dispositions de la LSH évoquées ci-dessus, le canton de Berne a développé un modèle de coûts normatifs pour l'indemnisation des soins psychiatriques ambulatoires en milieu hospitalier. Il cofinance des prestations conformes aux besoins, nécessaires à la couverture en soins qui ne sont pas, ou pas suffisamment, rémunérées par les autres garants. Ce nouveau modèle lui permettra d'obtenir une vue d'ensemble de ce secteur et de commander de façon plus ciblée les prestations nécessaires à la couverture en soins de la population.

Champ d'action pour les prestations ambulatoires en psychiatrie

Les principes qui régissent les soins de base régionaux sont l'approche centrée sur le patient, la gestion intégrée des soins et l'accessibilité. Pour la période de planification 2017-2020, le canton de Berne vise un changement de paradigme, autrement dit le passage d'une prise en charge axée sur les structures et sur l'offre à un système axé sur les besoins et les processus.

Les lacunes doivent être comblées dans le respect des principes cités. Il en découle pour la période de planification 2017-2020 des recommandations générales qui dépassent le cadre des soins hospitaliers.

Il convient ainsi de promouvoir

- la santé psychique, la déstigmatisation des maladies psychiques, la sensibilisation et le dépistage précoce ;
- l'intégration sociale des personnes handicapées et des malades psychiques ;
- les compétences des malades et de leurs personnes de référence en ce qui concerne la gestion de la maladie et des restrictions qu'elle entraîne ;
- une conception de la prise en charge axée sur les besoins et les processus, commune aux divers fournisseurs de prestations ;
- des modèles de prise en charge centrés sur la personne et des démarches innovantes dans le domaine des soins de base (accessibilité et gestion intégrée des soins).

Ces principes généraux seront décisifs pour la planification et l'acquisition de prestations ambulatoires en milieu hospitalier. Les champs d'action qui en découlent pour la période de planification 2017-2020 sont, d'une part, l'amélioration de l'orientation aux besoins et aux processus dans la psychiatrie ambulatoire et, de l'autre, le comblement de lacunes dans la prise en charge intégrée et centrée sur la personne.

5.4.3 Introduction du financement des services de sauvetage selon le principe des coûts normatifs

L'une des priorités de la planification des soins 2011-2014 était le financement futur des services de sauvetage. Suite au débat sur les mesures d'économie dans le cadre de l'examen des offres et des structures en 2014, le modèle des coûts normatifs a été remanié et l'indemnisation par équipe de secours et par an, notamment, a été redéfinie. Le modèle des coûts normatifs repose sur le principe selon lequel les services de sauvetage facturent les interventions de manière à couvrir le coût. En complément, le canton finance le temps de non-engagement entre les interventions pour garantir la disponibilité des services de sauvetage. En indemnifiant les prestations de base fixes indispensables au maintien des services de sauvetage, le mandant assure le refinancement des investissements. Chaque équipe de secours comprend onze postes à plein temps. L'indemnisation par équipe a été fixée sur la base des coûts communiqués par les huit partenaires contractuels, en tenant compte du renchérissement. Le benchmark a été placé entre la deuxième et la troisième meilleure entreprise parmi les huit. Le montant sera indexé. L'indemnisation de chaque service de sauvetage est calculée en multipliant le nombre d'équipes de secours par les coûts normatifs par équipe et par an, déduction faite des recettes de toutes les catégories d'interventions. Les coûts normatifs par équipe et le nombre d'équipes intervenant sur le territoire du canton seront réexaminés périodiquement avec les fournisseurs de prestations.

5.4.4 Introduction de l'obligation de former dans les professions de la santé non universitaires

Durant la période 2011-2014, la planification des soins et la révision de la LSH ont créé les conditions permettant au canton de garantir une prise en charge médicale de base de qualité et en réseau sur tout son territoire, ainsi que des soins spécialisés et hautement spécialisés centralisés. Depuis, le canton s'efforce de contrer la pénurie prévue de personnel soignant par des mesures de soutien de la formation et du perfectionnement dans les professions de la santé non universitaires. Introduite en 2012, l'obligation de formation et de perfectionnement porte ses fruits : les institutions qui ne formaient pas ou très peu de personnel ont pris des mesures dans ce sens. Le 1^{er} janvier 2014, des dispositions uniformes sont entrées en vigueur dans le domaine des soins aigus (LSH) ainsi que dans ceux du long séjour et de l'aide et des soins à domicile (LASoc). Durant la phase de démarrage, les institutions concernées n'étaient pas tenues de remplir toutes leurs obligations. Depuis le 1^{er} janvier 2015, l'ensemble des fournisseurs de prestations doivent remplir les exigences de formation à 90 pour cent. Le projet *Qualité de la formation pratique* lancé en juin 2014 a par ailleurs pour objectif de décrire et de définir les conditions de la formation en entreprise.

6 Objectifs de planification

Ce chapitre présente les objectifs du canton de Berne pour la période de planification 2017-2020, qui se fondent sur l'article 41, alinéa 1 de la Constitution cantonale et sur le programme gouvernemental de législature 2015-2018²⁹. Ils consistent pour l'essentiel à assurer une couverture en soins de la population bernoise à la fois économique et suffisante, en mettant notamment sur pied l'infrastructure requise. Les objectifs globaux ancrés dans les planifications des soins 2007-2010 et 2011-2014 restent valables. Le présent rapport reformule et complète toutefois les objectifs concrets qui en résultent, afin de cibler la planification plus précisément sur les différents domaines de soins et sur les champs d'application de la LSH et de la LAMal (voir art. 6 LSH).

6.1 Objectifs de planification généraux

Ils découlent directement de la LAMal et de la LSH.

Soins aigus somatiques	Garantir les soins aigus somatiques en renforçant la concentration décentralisée des soins de base et en concentrant les soins spécialisés et la médecine de pointe, compte tenu de la planification intercantonale dans ce dernier domaine.
Réadaptation	Garantir la réadaptation en examinant soigneusement les possibilités de traitement de proximité et en portant un soin particulier au transfert du mode hospitalier au mode ambulatoire.
Psychiatrie	Garantir les soins psychiatriques en renforçant la concentration décentralisée des soins de base, en favorisant les infrastructures ambulatoires de proximité et en encourageant leur intégration dans les structures des soins aigus.
Sauvetage	Garantir les prestations de sauvetage en améliorant la collaboration entre les services de secours et en optimisant les sites d'intervention de manière ciblée.
Professions de la santé	Garantir la relève dans les professions de la santé non universitaires en exploitant tout le potentiel de formation des établissements, en améliorant le recrutement de nouvelles forces et en fidélisant le personnel.
Soins d'urgence	Garantir les soins d'urgence par des unités à bas seuil, accessibles dans des délais raisonnables dans l'ensemble du canton.

6.2 Objectifs de planification particuliers

Ils complètent les objectifs généraux de la période de planification 2017-2020.

Monitoring	Garantir, avec la collaboration des fournisseurs de prestations, la mise en place et le développement progressif d'un monitoring reposant sur des données de routine.
Cybersanté	Permettre à la population d'accéder, grâce à la cybersanté, à un système de soins efficace, sûr et économique.
Secteurs prioritaires	Evaluer l'accessibilité et la répartition conforme aux besoins des structures de prise en charge de secteurs définis comme prioritaires en raison de leur importance particulière pour la population. Ces secteurs sont les soins d'urgence, la prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux, les soins périnataux, la prise en charge des enfants et des adolescents, les soins gériatriques, les soins palliatifs ainsi que la gestion intégrée des soins

²⁹ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2014b.

Réalisation des objectifs de la période de planification 2017-2020

Les chapitres 5, 10 et 12 à 16 de la planification des soins 2016 définissent des champs d'action concrets pour les neuf objectifs énumérés ci-dessus. Un récapitulatif des champs d'action figure au chapitre 17 (partie C Mise en œuvre).

7 Aspects géographiques de la planification

Le présent chapitre se penche en particulier sur les régions géographiques du canton, sur l'évolution escomptée de leur population entre 2013 et 2020 ainsi que sur le modèle échelonné de prise en charge définissant leur accès aux soins hospitaliers de base et spécialisés.

7.1 Régions de soins

Pour l'évaluation de ses besoins actuels et futurs en matière de soins aigus somatiques et psychiatriques, la population du canton de Berne a été répartie en régions de soins (RS). Ce découpage ne représente pas le rayon de compétence des hôpitaux, mais la structure géographique de la population à soigner. A noter que celle-ci peut choisir de se faire traiter dans tout établissement figurant sur la liste hospitalière de son canton de résidence ou sur celle d'un autre canton, en vertu du libre choix de l'hôpital. L'attribution aux régions de soins s'effectue selon le domicile des patientes et des patients. Dans la statistique médicale des hôpitaux, cette attribution est purement théorique, en raison de l'anonymisation des données, et ne correspond pas nécessairement aux communes politiques du canton de Berne³⁰.

7.1.1 Soins aigus somatiques

Maintien du modèle 6+ avec sept régions de soins

Dans le cadre de la planification des soins 2007-2010, une analyse par commune a permis d'identifier les hôpitaux de soins aigus somatiques auxquels la population bernoise recourt. Six régions et une sous-région (Jura bernois) de soins aigus somatiques ont été définies sur la base des résultats obtenus. Le découpage de ce modèle 6+ et ses sept régions de soins aigus somatiques (RS 1-7) sont repris dans la planification des soins 2016. Ces régions sont les suivantes : RS 1) Berne, RS 2) Jura bernois, RS 3) Oberland bernois est, RS 4) Oberland bernois ouest, RS 5) Bienne, RS 6) Emmental et RS 7) Haute-Argovie. Les régions de soins ont été validées durant la période de planification 2011-2014. L'analyse des années 2012 et 2013 n'a révélé aucun changement notable en ce qui concerne le flux des patientes et patients entre les régions. Aucune fusion n'a donc été opérée. On trouvera ci-après la liste des régions de soins aigus somatiques et des régions MedStat qu'elles englobent.

Région 1 Berne

BE01 Bern-Länggasse-Tiefenau, BE02 Bern-Zentrum, BE03 Bern-Ostring, BE04 Bern-Mattenhof, BE05 Bern-Holligen, BE06 Bern-Lorraine, BE07 Bern-Breitenrain-Wankdorf, BE08 Bern-Bümpliz, BE09 Wohlen-Frauenkappelen, BE10 Bern-Bethlehem, BE11 Bremgarten-Meikirch, BE12 Ittigen, BE13 Zollikofen, BE14 Münchenbuchsee, BE15 Bolligen-Worbletal, BE16 Ostermundigen, BE17 Muri, BE18 Worb, BE19 Wabern-Liebefeld, BE20 Köniz, BE21 Belp-Kehrsatz, BE22 Wangental-Scherli, BE23 Schönbühl, BE24 Jegenstorf, BE25 Anet-Grand Marais, BE26 Aarberg, BE27 Kallnach-Grand Marais, BE28 Lyss, BE30 Lyssbach-Limpach

Région 2 Jura bernois

BE40 Basse Suze, BE41 Tavannes-Pichoux, BE42 Court, BE43 Moutier, BE98 Erguël, BE99 Tramelan

Région 3 Oberland bernois est

BE87 Frutigen-Adelboden, BE88 Kandertal-Kiental, BE89 Interlaken, BE90 Lauterbrunnen, BE91 Brienersee, BE92 Grindelwald, BE93 Oberhasli

Région 4 Oberland bernois ouest

BE71 Seftigen-Wattenwil, BE72 Oberdiessbach, BE75 Thun-Zentrum, BE76 Thun-Westring, BE77 Thun-Dürrenast, BE78 Steffisburg, BE79 Goldiwil-Schattenhalb, BE80 Hilterfingen-Sigriswil, BE81 Heimberg-Uetendorf, BE82 Stockental, BE83 Spiez, BE84 Bas-Simmental, BE85 Pays de Gessenay, BE86 Haut-Simmental

³⁰ Les régions MedStat (variable 1.1.V04 Domicile « Région ») comportent en général plusieurs communes. Ce sont des unités géographiques comprenant le même volume de population (10 000 habitants environ). Un domicile peut ainsi être attribué à chaque patient habitant en Suisse malgré l'anonymisation des données.

Région 5 Bienne

BE29 Diessbach-Worben, BE31 Bienne-centre, BE32 Bienne-Madretsch, BE33 Bienne-Bözingen, BE34 Nördlicher Bielersee, BE35 Orpond-Perles, BE36 Brügg-Studen, BE37 Nidau-Port, BE38 Südlicher Bielersee, BE39 La Neuveville, BE94 Lengnau, BE95 Büren-Arch

Région 6 Emmental

BE53 Fraubrunnen-Bätterkinden, BE54 Hindelbank, BE55 Berthoud, BE56 Hasle-Oberburg, BE57 Sumiswald, BE58 Lützelflüh, BE59 Kirchberg, BE6 Wynigen, BE61 Utzenstorf, BE62 Zollbrück, BE63 Oberes Emmental, BE64 Langnau i. E., BE65 Trub-Napf

Région 7 Haute-Argovie

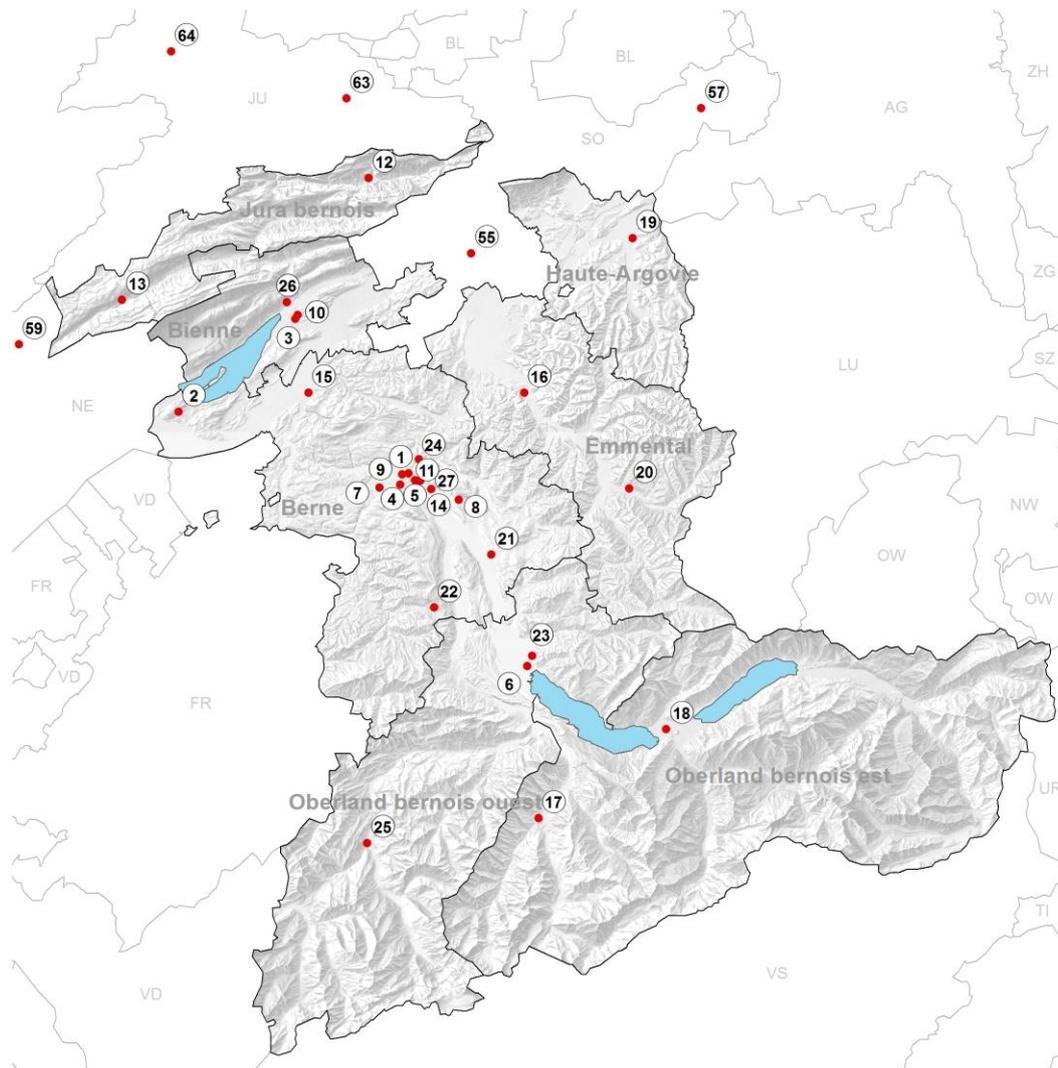
BE44 Herzogenbuchsee, BE45 Thörigen-Seeberg, BE46 Wangen an der Aare, BE47 Madiswil-Oeschenschbach, BE48 Huttwil-Dürrenroth, BE49 Attiswil-Bipp, BE50 Langenthal, BE51 Aarwangen, BE52 Roggwil-Murg

L'illustration 7 montre une carte des sept régions de soins aigus somatiques et des emplacements des hôpitaux de ce domaine de soins répertoriés au 31 décembre 2015.



Planification des soins 2016 BE

Les régions de soins, les hôpitaux et la maison de naissance répertoriés, soins aigus, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

1:700'000

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
1 Engeriedspital, Lindenhof AG	17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG
2 Klinik Bethesda Tschugg	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG
3 Maison de naissance Luna, Biemme	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
4 Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG
5 Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
6 Klinik Hohmad AG	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG
7 Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
8 Klinik Siloah AG	24 Spital Tiefenau Spital Netz Bern AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
10 Clinique des Tilleuls SA	26 Centre hospitalier Biemme SA
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	27 Stiftung Diaconis
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	55 Bürgerspital, Solothurn Spitäler AG [SO]
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	57 Kantonsspital Olten, Solothurner Spitäler AG [SO]
14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	59 La Chrysalide, Hôpital neuchâtelois [NE]
15 Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	64 Hôpital de Porrentruy, Hôpital du Jura [JU]

7.1.2 Réadaptation

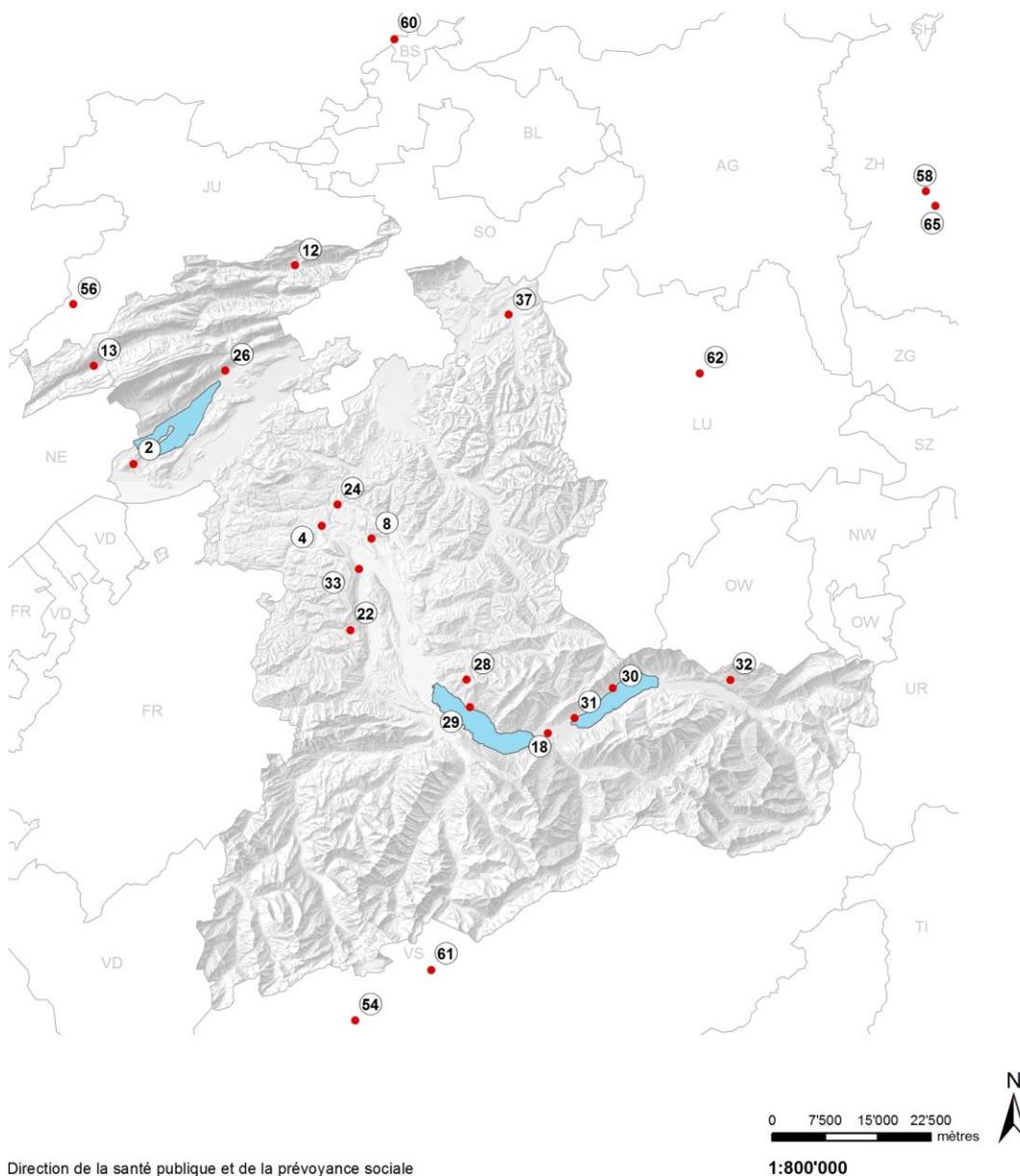
La méthodologie utilisée dans la planification des soins 2011-2014 est conservée pour la réadaptation, qui n'est donc pas soumise à un critère géographique. Les prestations de réadaptation peuvent être fournies à proximité, sans que cela ne soit une obligation. Ainsi, une mesure hospitalière qui sort la patiente ou le patient de son environnement quotidien peut parfois renforcer le processus de guérison. Dans certains cas, les effets positifs du climat alpin peuvent aussi être indiqués médicalement, ce qui fera préférer une mesure de réadaptation loin du domicile. Nonobstant l'absence de critères de planification géographiques, les prestations de réadaptation doivent être facilement accessibles.

L'illustration 8 montre l'emplacement des hôpitaux de réadaptation répertoriés au 31 décembre 2015.

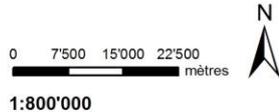


Planification des soins 2016 BE

Hôpitaux répertoriés, réadaptation, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale



N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
2 Klinik Bethesda Tschugg	31 Reha-Pflegeklinik Eden AG
4 Hôpital de l'île (hôpital universitaire de Berne)	32 Rehaklinik Hasliberg AG
8 Klinik Siloah AG	33 Spital Belp, Spital Netz Bern AG
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	37 Klinik SGM Langenthal
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	54 Clinique Bernoise Montana [VS]
18 Spital Interlaken, spitaler fmi AG	56 Clinique Le Noirmont [JU]
22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	58 Kinderspital Zürich [ZH]
24 Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	60 Rehab Basel [BS]
26 Centre hospitalier Bienne SA	61 Centre de réadaptation de Loèche-les-Bains [VS]
28 Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendi	62 Centre suisse des paraplégiques [LU]
29 Klinik Schönberg AG Gunten	65 Universitätsklinik Balgrist [ZH]
30 Kurklinik Eden AG	

7.1.3 Psychiatrie

Régions et secteurs de soins pour la psychiatrie hospitalière et ambulatoire

Le découpage géographique identique à celui des soins aigus somatiques n'est pas repris pour la psychiatrie, la mise en œuvre de la planification des soins 2011-2014 ayant montré qu'il ne se prêtait pas à ce domaine. Le nouveau modèle opère une meilleure distinction entre soins hospitaliers et ambulatoires tout en facilitant leur coordination. Pour les soins hospitaliers, le canton est partagé en quatre régions ; pour les soins ambulatoires, chacune de ces quatre régions est subdivisée en deux ou trois secteurs. L'objectif visé est de garantir les soins hospitaliers de base sur tout le territoire cantonal, d'assurer leur accessibilité conformément à l'OSH et de permettre au canton d'acheter les prestations ambulatoires de manière ciblée.

Régions de soins psychiatriques pour le secteur hospitalier

L'analyse géographique de la planification hospitalière dans le domaine des soins psychiatriques divise le canton de Berne en quatre régions : RS I) Aaretal-Oberland, RS II) Agglomération bernoise, RS III) Bienne-Seeland-Jura bernois et RS IV) Haute-Argovie – Emmental. L'un des principaux éléments conditionnant la couverture des besoins de psychiatrie hospitalière est l'accessibilité des prestations de base. Celle-ci a donc été examinée de près en vue de la définition des régions de soins psychiatriques. L'objectif fixé pour les soins de base hospitaliers, urgences comprises, est le suivant : l'hôpital le plus proche fournissant des prestations hospitalières de psychiatrie doit pouvoir être atteint en 30 minutes au maximum par 80 pour cent de la population de la région par des moyens de transport individuels (voir art. 11d OSH). Cette nouvelle répartition géographique est l'une des bases essentielles de la couverture des besoins en matière de psychiatrie dans le cadre de la planification des soins 2016.

Subdivision supplémentaire pour la prise en charge psychiatrique ambulatoire

Les quatre régions de soins psychiatriques ont été subdivisées en secteurs ambulatoires sur la base des sites de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), eux-mêmes définis en fonction des régions administratives, qui se distinguent par une certaine logique géographique, par exemple dans l'optique des voies de communication. La région de soins Aaretal-Oberland comprend les secteurs Münsingen, Thoune et Interlaken. La région de soins Agglomération bernoise englobe la ville de Berne et les communes périphériques, y compris les communes résidentielles du Bas-Emmental faisant partie du bassin de Berne. Un partage de cette région en trois (est, centre, ouest) serait également envisageable, mais cette démarche ne correspondrait ni au découpage de l'APEA ni à la situation actuelle en matière de prise en charge. La région de soins Bienne-Seeland-Jura bernois inclut la zone du lac de Bienne ainsi que les communes du Jura bernois. Enfin, la région Haute-Argovie – Emmental regroupe les localités entourant les centres régionaux de Berthoud et de Langenthal.

On trouvera ci-après la liste des régions de soins psychiatriques, de leurs secteurs et des régions MedStat qu'elles englobent.

Région I Aaretal-Oberland

- Secteur Münsingen : BE21 Belp-Kehrsatz, BE66 Grosshöchstetten, BE67 Münsingen, BE68 Konolfingen, BE69 Wichtrach, BE70 Gürbetal, BE71 Seftigen-Wattenwil, BE72 Oberdiessbach, BE73 Schwarzenburg, BE74 Wald-Riggisberg
- Secteur Thoune : BE75 Thun-Zentrum, BE76 Thun-Westring, BE77 Thun-Dürrenast, BE78 Steffisburg, BE79 Goldiwil-Schattenhalb, BE80 Hilterfingen-Sigriswil, BE81 Heimberg-Uetendorf, BE82 Stockental, BE83 Spiez, BE84 Bas-Simmental, BE85 Pays de Gessenay, BE86 Haut-Simmental
- Secteur Interlaken : BE87 Frutigen-Adelboden, BE88 Kandertal-Kiental, BE89 Interlaken, BE90 Lauterbrunnen, BE91 Brienersee, BE92 Grindelwald, BE93 Oberhasli

Région II Agglomération bernoise

- Secteur Berne-ville : BE01 Bern-Länggasse-Tiefenau, BE02 Bern-Zentrum, BE03 Bern-Ostring, BE04 Bern-Mattenhof, BE05 Bern-Holligen, BE06 Bern-Lorraine, BE07 Bern-Breitenrain-Wankdorf, BE08 Bern-Bümpliz, BE10 Bern-Bethlehem
- Secteur Berne-périphérie : BE09 Wohlen-Frauenkappelen, BE11 Bremgarten-Meikirch, BE12 Ittigen, BE13 Zollikofen, BE14 Münchenbuchsee, BE15 Bolligen-Worbletal, BE16 Ostermundigen, BE17 Muri, BE18 Worbl, BE19 Wabern-Liebefeld, BE20 Köniz, BE22 Wangental-Scherli, BE23 Schönbühl, BE24 Jegenstorf, BE96 Gümmenen-Exklaven, BE97 Laupen-Neuenegg

Région III Bienne-Seeland-Jura bernois

- Secteur Aarberg : BE25 Anet-Grand Marais, BE26 Aarberg, BE27 Kallnach-Grand Marais, BE28 Lyss, BE29 Diessbach-Worben, BE30 Lyssbach-Limpach, BE38 Südlicher Bielersee
- Secteur Bienne : BE31 Bienne-centre, BE32 Bienne-Madretsch, BE33 Bienne-Bözingen, BE34 Nördlicher Bielersee, BE35 Orpond-Perles, BE36 Brügg-Studen, BE37 Nidau-Port, BE39 La Neuveville, BE94 Lengnau, BE95 Büren-Arch
- Secteur Courtelary : BE40 Basse Suze, BE41 Tavannes-Pichoux, BE42 Court, BE43 Moutier, BE98 Erguël, BE99 Tramelan

Région IV Haute-Argovie – Emmental

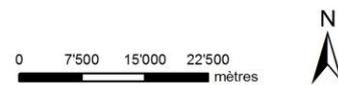
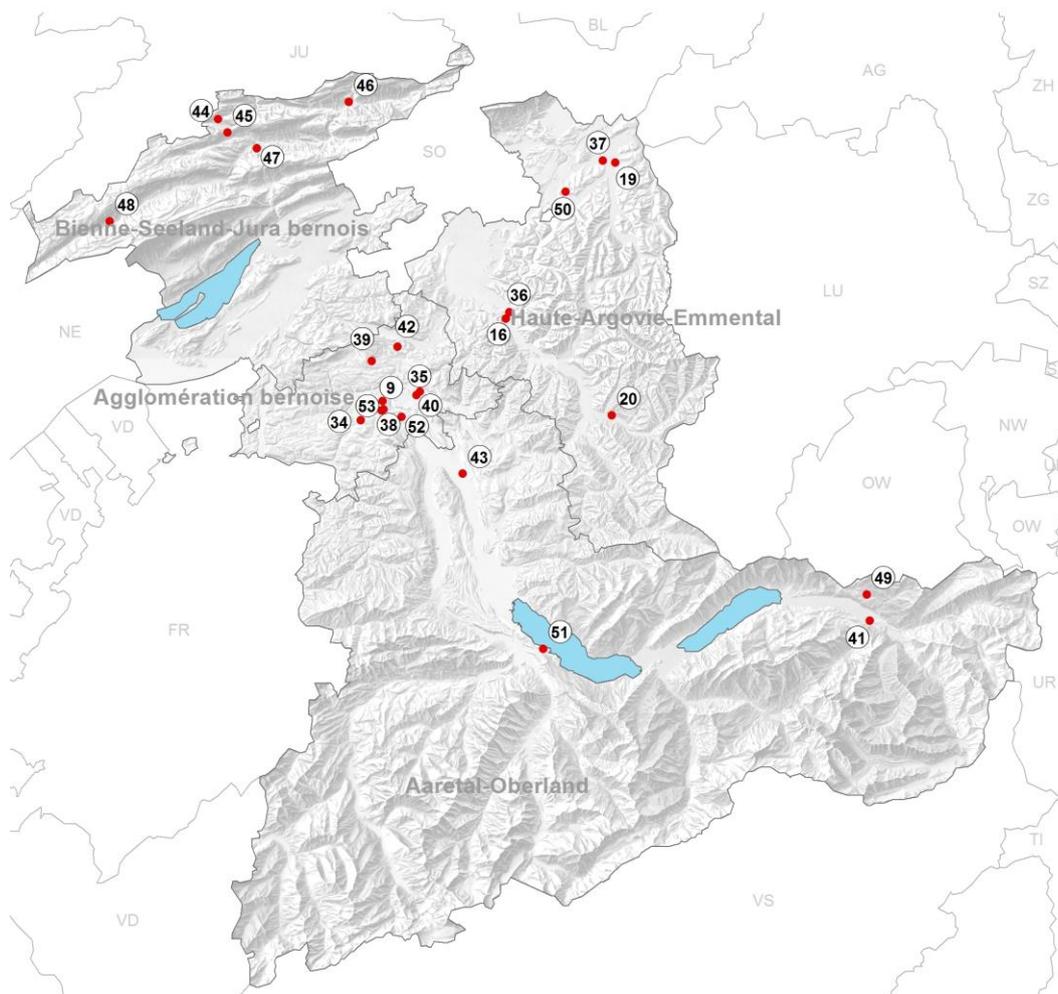
- Secteur Berthoud : BE53 Fraubrunnen-Bätterkinden, BE54 Hindelbank, BE55 Berthoud, BE56 Hasle-Oberburg, BE57 Sumiswald, BE58 Lützelflüh, BE59 Kirchberg, BE60 Wynigen, BE61 Utzenstorf, BE62 Zollbrück, BE63 Oberes Emmental, BE64 Langnau i. E., BE65 Trub-Napf
- Secteur Langenthal : BE44 Herzogenbuchsee, BE45 Thörigen-Seeberg, BE46 Wangen an der Aare, BE47 Madiswil-Oeschenschachen, BE48 Huttwil-Dürrenroth, BE49 Attiswil-Bipp, BE50 Langenthal, BE51 Aarwangen, BE52 Roggwil-Murg

L'illustration 9 montre une carte des quatre régions de soins psychiatriques et des emplacements des institutions psychiatriques au 31 décembre 2015. L'illustration 10 présente les secteurs de soins psychiatriques ambulatoires et les emplacements des établissements qui les dispensent.



Planification des soins 2016 BE

Les régions de soins et les hôpitaux répertoriés, psychiatrie, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

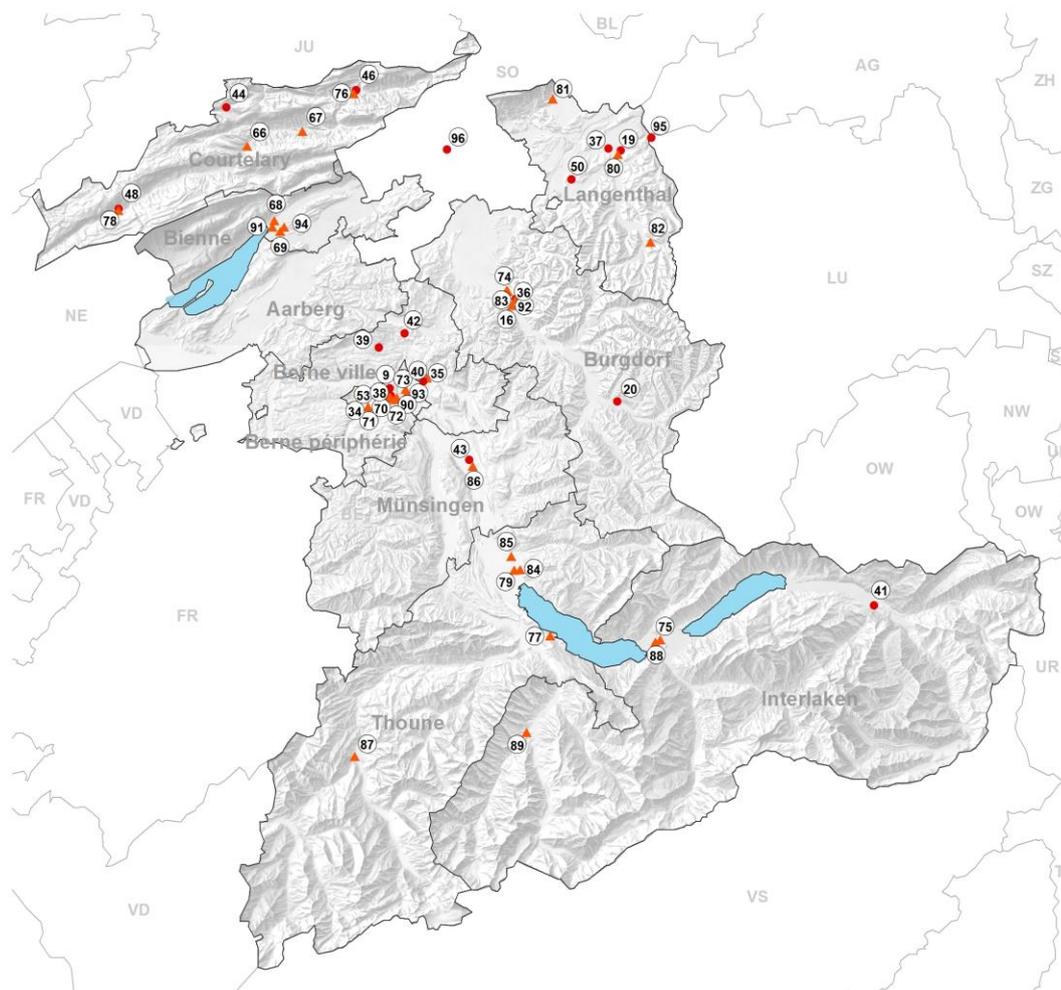
1:700'000

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	42 Privatklinik Wyss AG Münchenbuchsee
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	43 Centre psychiatrique de Münsingen
19 Spital Langenthal, Spital SRO AG	44 Clinique de Bellelay, SPJBB
20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	45 Unité du Fuet, SPJBB
34 GPZ Bern West, SPU de Berne	46 Unité de Moutier, SPJBB
35 Kinder- und Jugendklinik, SPU de Berne	47 Unité de Reconviilier, SPJBB
36 Klinik Selhofen Burgdorf	48 Unité de Saint-Imier, SPJBB
37 Klinik SGM Langenthal	49 Station « Au soleil », Privatklinik Meiringen
38 Soteria Bern, IG Sozialpsychiatrie Bern	50 Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee
39 Klinik Südhang Kirchlindach	51 Therapiestation Olvido, SPU de Berne
40 Klinik Waldau, SPU de Berne	52 Therapiestation Tremola, SPU de Berne
41 Privatklinik Meiringen	53 Zentrum Murtenstrasse, SPU de Berne



Planification des soins 2016 BE

Secteurs et offre psychiatrique ambulatoire, état 31.12.2015



Catégories

- ▲ offre ambulatoire
- offre ambulatoire et hospitalière



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

1:700'000

N° Hôpital (site) Offre ambulatoire et hospitalière	N° Hôpital (site) Offre ambulatoire
9 Abteilung PSOMA Lindenhofspital, Lindenhof AG	72 Kinder- und Jugendpsychiatrie Bern, SPU de Berne
19 Stationen Spital Langenthal, Spital SRO AG	73 Kinder- und Jugendpsychiatrie Biel, SPU de Berne
20 Station Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	74 Kinder- und Jugendpsychiatrie Burgdorf, SPU de Berne
34 GPZ West, SPU de Berne	75 Kinder- und Jugendpsychiatrie Interlaken, SPU de Berne
35 Kinder- und Jugendpsychiatrie, SPU de Berne	76 Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Moutier, SPU de Berne
36 Klinik Selhofen Burgdorf	77 Kinder- und Jugendpsychiatrie Spiez, SPU de Berne
37 Klinik SGM Langenthal	78 Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescente, Saint-Imier, SPU de Berne
38 Soteria Bern, IG Sozialpsychiatrie Bern	79 Kinder- und Jugendpsychiatrie Thun, SPU de Berne
39 Klinik Südhang Kirchlindach	80 Ambulatorium Langenthal, Spital SRO AG
40 Klinik Waldau, SPU de Berne	81 Ambulatorium Niederbipp, Spital SRO AG
41 Privatklinik Meiringen	82 Ambulatorium Huttwil, Spital SRO AG
42 Privatklinik Wyss AG	83 Ambulatorium Burgdorf, Regionalspital Emmental AG
43 Centre psychiatrique de Münsingen	84 Ambulatorium Thun, Spital STS AG
44 Clinique de Bellelay, SPJBB	85 Ambulatorium Steffisburg, Spital STS AG

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
Offre ambulatoire et hospitalière	Offre ambulatoire
46 Unité pour adolescents de Moutier, SPJBB	86 Ambulatorium Münsingen, Spital STS AG
48 Unité de Saint-Imier, SPJBB	87 Ambulatorium Zweisimmen, Spital STS AG
50 Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee	88 Ambulatorium Interlaken, spitäler fmi AG
53 Zentrum Murtenstrasse, SPU de Berne	89 Ambulatorium Frutigen, spitäler fmi AG
Offre ambulatoire	90 Ambulatorium und Tagesklinik Bern, Klinik Südhang Kirchlindach
16 Station Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	91 Ambulatorium Biel, Klinik Südhang Kirchlindach
66 Centre psychiatrique de Tavannes, SPJBB	92 Ambulatorium Burgdorf, Klinik Südhang Kirchlindach
67 Centre de jour de Bévillard, SPJBB	93 Ambulatorium Bern, Privatklinik Wyss AG
68 Consultation de Bienne, SPJBB	94 Ambulatorium Biel, Privatklinik Wyss AG
69 Clinique de jour de Bienne, SPJBB	Hôpitaux d'autres cantons
70 Ambulatorium Mitte, UPD Bern	95 Luzerner Psychiatrie [LU]
71 Ambulatorium Ost, SPU de Berne	96 Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG [SO]

7.1.4 Services de sauvetage

En ce qui concerne le sauvetage, le découpage régional reste inchangé, car les services de secours (au contraire des prestations hospitalières) se voient effectivement attribuer une zone de desserte (région de sauvetage).

Liste des régions cantonales de sauvetage et des communes qu'elles comprennent :

Région 1 Service de sauvetage du CHR spitäler fmi AG

Adelboden, Aeschi, Beatenberg, Bönigen, Brienz, Brienzwiler, Därigen, Frutigen, Grindelwald, Gsteigwiler, Gündlischwand, Guttannen, Habkern, Hasliberg, Hofstetten b. Brienz, Innertkirchen, Interlaken, Iseltwald, Kandergrund, Kandersteg, Krattigen, Lauterbrunnen, Leissigen, Lütschental, Matten b. Interlaken, Meiringen, Niederried, Oberried, Reichenbach, Ringgenberg, Saxeten, Schattenhalb, Schwanden, Unterseen, Wilderswil

Région 2 Service de sauvetage du CHR Spital STS AG

Amsoldingen, Boltigen, Därstetten, Diemtigen, Eriz, Erlenbach, Fahrni, Forst-Längenbühl, Gessebay, Gsteig, Heiligenschwendli, Heimberg, Hilterfingen, Homberg, Horrenbach-Buchen, Lauenen, Lenk, Noflen, Oberhofen, Oberlangenegg, Oberwil, Pohlern, Reutigen, Schwendibach, Sigriswil, Spiez, St. Stephan, Steffisburg, Stocken-Höfen, Teuffenthal, Thierachern, Thoune, Uebeschi, Uetendorf, Unterlangenegg, Uttigen, Wachsdorn, Wimmis, Zweisimmen, Zwieselberg

Région 3 Service de sauvetage du CHR Spital Netz Bern AG

Aarberg, Anet, Bangerten, Barga, Blumenstein, Brenzikofen, Brüttelen, Buchholterberg, Büetigen, Bühl, Burgistein, Champion, Chules, Diemerswil, Diessbach, Epsach, Finsterhennen, Freimettigen, Gelterfingen, Gerzensee, Golaten, Grossaffoltern, Guggisberg, Gurbrü, Gurzelen, Häutligen, Herbiligen, Hermrigen, Jaberg, Kallnach, Kappelen, Kaufdorf, Kiesen, Kirchdorf, Kirchenthurnen, Konolfingen, Linden, Locraz, Lohnstorf, Lyss, Monsmier, Mühledorf, Mühleturnen, Münsingen, Niederhünigen, Niedermuhlern, Oberdiessbach, Oppligen, Radelfingen, Rapperswil, Riggisberg, Rubigen, Rüeggisberg, Rümli, Rüscheegg, Schüpfen, Schwarzenburg, Seedorf, Seftigen, Siselen, Tägertschi, Toffen, Treiten, Tschugg, Vinelz, Wald (Zimmerwald), Walperswil, Wattenwil, Wengi, Wichtrach, Wileroltigen, Worben

Région 4 Service de sauvetage de la police sanitaire de la ville de Berne

Allmendingen, Bäriswil, Belp, Berne, Bolligen, Bremgarten, Ferenbalm, Frauenkappelen, Iffwil, Ittigen, Jegenstorf, Kehrsatz, Kirchlindach, Köniz, Kriechenwil, Laupen, Mattstetten, Meikirch, Moosseedorf, Mühleberg, Münchenbuchsee, Münchringen, Muri, Neueneegg, Oberbalm, Ostermündigen, Scheunen, Schlosswil, Stettlen, Urtenen, Vechigen, Villars-les-Moines et Clavaleyres, Wald (Englisberg), Wiggiswil et Deisswil, Wohlen, Worb, Zollikofen, Zuzwil

Région 5 Service de sauvetage du CHR Regionalspital Emmental AG

Aefligen, Affoltern, Arni, Bätterkinden, Berthoud, Biglen, Bowil, Eggwil, Ersigen, Fraubrunnen, Grosshöchstetten, Hasle, Heimiswil, Hindelbank, Kernenried, Kirchberg, Koppigen, Krauchthal, Landiswil, Langnau, Lauperswil, Lützelflüh, Lyssach, Mirchel, Mötschwil et Rüti, Niederösch et Oberösch, Oberburg, Oberhünigen, Oberthal, Röthenbach, Rüderswil, Rüdliggen-Alchenflüh, Rüegsau, Rumendingen, Schangnau, Signau, Sumiswald, Trachselwald, Trub, Trubschachen, Utzenstorf, Walkringen, Wiler bei Utzenstorf, Wynigen, Zäziwil, Ziebach

Région 6 Service de sauvetage du CHR Spital SRO AG

Aarwangen, Alchenstorf, Attiswil, Auswil, Bannwil, Berken, Bettenhausen, Bleienbach, Busswil, Dürrenroth, Eriswil, Farnern, Gondiswil, Graben, Heimenhausen, Hermiswil, Herzogenbuchsee, Höchstetten et Hellsau, Huttwil, Inkwil, Langenthal, Lotzwil, Madiswil, Melchnau, Niederbipp, Niederönz, Oberbipp, Obersteckholz, Ochlenberg, Oeschenbach, Reisiswil, Roggwil, Rohrbach, Rohrbachgraben, Rumisberg, Rütshelen, Schwarzhäusern, Seeberg, Thörigen, Thunstetten, Ursenbach, Walliswil-Bipp, Walliswil-Wangen, Walterswil, Wangen an der Aare, Wangenried, Wiedlisbach, Willadingen, Wolfisberg, Wynau, Wyssachen

Région 7 Service de sauvetage Ambulance Région Bienne SA

Aegerten, Arch, Bellmund, Biel/Bienne, Brügg, Büren et Meienried, Cerlier, Dotzigen, Douanne-Tüscherz, Hagneck, Ipsach, Jens, La Heutte, La Neuveville, Lengnau, Leubringen/Evilard, Leuzigen, Ligerz, Meinisberg, Merzligen, Mörigen, Nidau, Nods, Oberwil, Orpond, Orvin, Perles, Péry, Plateau de Diesse, Port, Romont, Rüti, Safnern, Sauge, Scheuren, Schwadernau, Studen, Sutz-Lattrigen, Täuffelen-Gerolfingen

Région 8 Service de sauvetage de l'Hôpital du Jura bernois SA

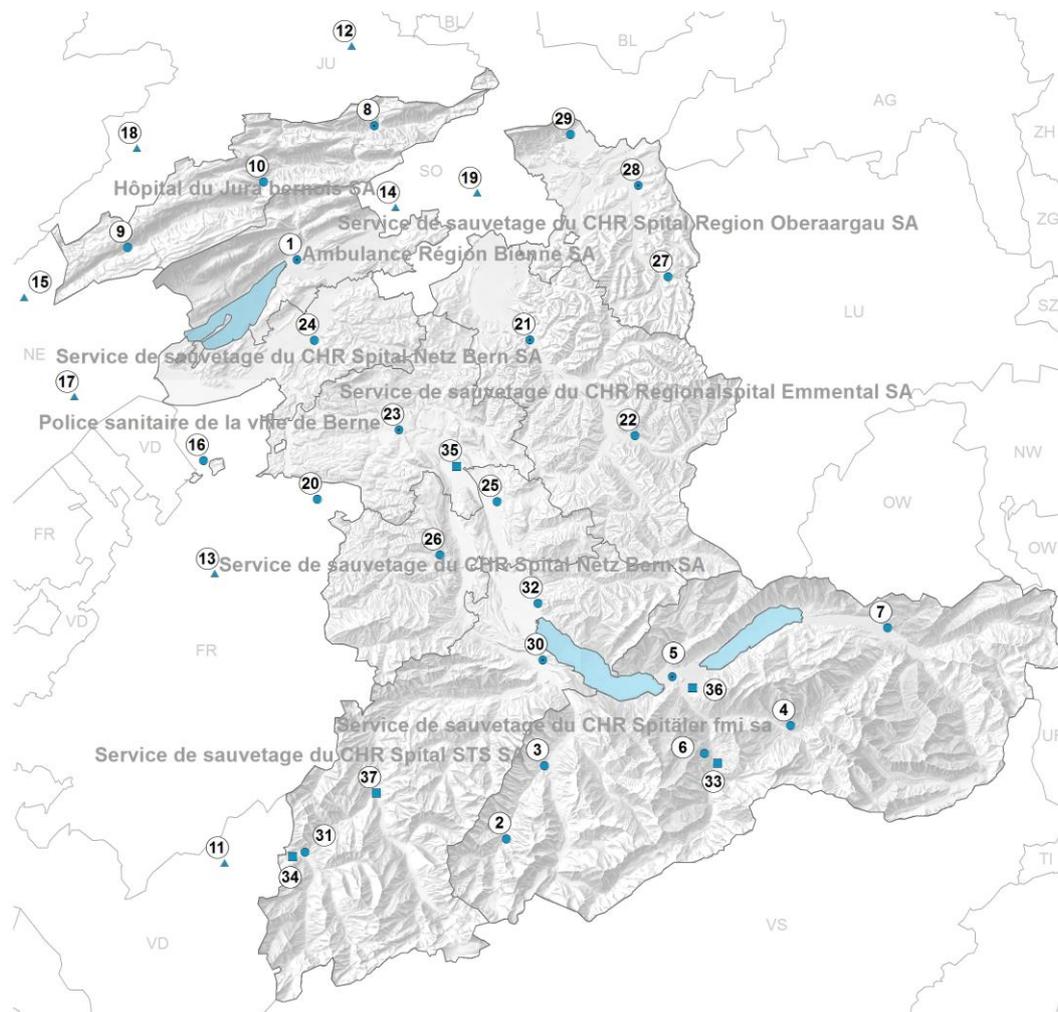
Belprahon, Bévilard, Champoz, Châtelat, Corcelles, Corgémont, Cormoret, Cortébert, Court, Courtelary, Crémines, Elay (Seehof), Eschert, Grandval, La Ferrière, La Scheulte, Loveresse, Malleray, Monible, Mont-Tramelan, Moutier, Perrefitte, Pontenet, Rebévelier, Reconvilier, Renan, Roches, Saicourt, Saules, Sonceboz-Sombeval, Sonvilier, Sornetan, Sorvilier, Souboz, Saint-Imier, Tavannes, Tramelan, Villeret

L'illustration 11 montre les huit régions de sauvetage ainsi que les centres d'ambulances au 31 décembre 2015.



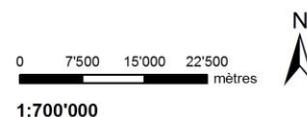
Planification des soins 2016 BE

Régions et services de sauvetage, état 31.12.2015



Catégories

- Centre d'ambulances
- Base de sauvetage aérien
- Centre de sauvetage
- ▲ Hors du canton



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

N° Service de sauvetage	Lieu	N° Service de sauvetage	Lieu	N° Service de sauvetage	Lieu
1	Ambulance Région Bienne SA Bienne	14	Granges	27	SRO AG Madiswil
2	fmi AG Adelboden	15	La Chaux-de-Fonds	28	SRO AG Langenthal
3	fmi AG Frutigen	16	Morat	29	SRO AG Niederbipp
4	fmi AG Grindelwald	17	Neuchâtel	30	STS AG Gesigen
5	fmi AG Unterseen	18	Saignelégier	31	STS AG Saanenmöser
6	fmi AG Lauterbrunnen	19	Soleure	32	STS AG Thoune
7	fmi AG Meiringen	20	Wünnewil	33	Air Glaciers Lauterbrunnen
8	HJB SA Moutier	21	RSE AG Berthoud	34	Air Glaciers Gessenay
9	HJB SA Saint-Imier	22	RSE AG Langnau	35	Rega Belp
10	HJB SA Tramelan	23	Police sanitaire de Berne	36	Rega Wilderswil
11	Château-d'Œx	24	SNBe AG Aarberg	37	Rega Zweisimmen
12	Delémont	25	SNBe AG Münsingen		
13	Fribourg Villars-sur-Glâne	26	SNBe AG Riggisberg		

7.2 Projections démographiques régionalisées

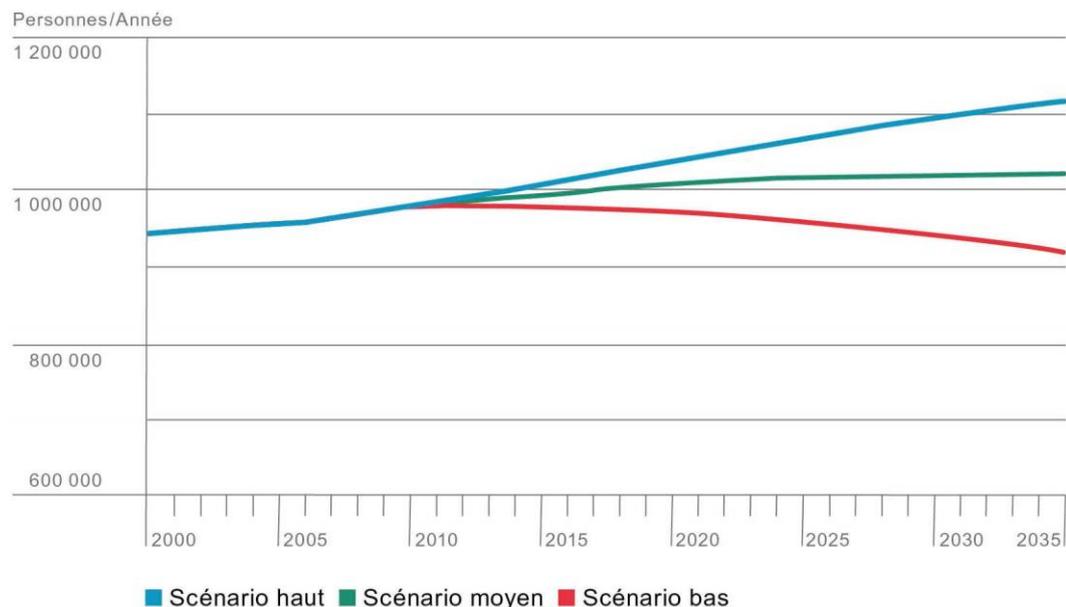
Evolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020

L'estimation de l'évolution de la population résidante bernoise durant la période de planification 2017-2020 repose sur les projections officielles par région. Le présent rapport retient le scénario « haut » de ces projections jusqu'au 31 décembre 2020, horizon de la période de planification 2017-2020³¹.

L'illustration 12 montre l'évolution prévue de la population du canton de Berne jusqu'en 2035.

Illustration 12

Évolution 2000-2012 de la population du canton de Berne et projection jusqu'en 2020/2035



Source : Conférence des statistiques du canton de Berne, 2012.

Croissance et vieillissement de la population entre 2007 et 2014

La population résidante permanente du canton de Berne était de 1 009 418 habitants à la fin de l'année 2014, en hausse de 0,8 pour cent par rapport à 2013. Les deux périodes de planification précédentes, 2007-2010 et 2011-2014, avaient déjà été marquées par une croissance démographique constante, qui a atteint une moyenne de quelque 0,7 pour cent entre 2007 et 2014.

³¹ Ce scénario se fonde sur le scénario « haut » de l'Office fédéral de la statistique (BR-00-2010). Il repose sur plusieurs hypothèses privilégiant une croissance démographique (progression du taux de fécondité, diminution de la mortalité, recul de l'émigration et hausse de l'immigration). Les projections se basent sur les effectifs démographiques du canton de Berne à la fin de 2010 (établis selon la nouvelle statistique de la population et des ménages STATPOP). Voir sur le site de l'OFS la description détaillée des hypothèses donnant lieu aux scénarios. La Conférence des statistiques du canton de Berne établit des projections démographiques régionalisées pour le canton de Berne. Ce dernier reprend le système des trois scénarios (haut, moyen, bas) adopté par l'OFS. L'ACE 1185/2012 charge les Directions cantonales d'utiliser les projections démographiques régionalisées du canton de Berne en tant que base de référence pour leurs travaux de planification. Les Directions sont convenues entre elles d'adopter le scénario moyen. Les données les plus récentes relatives au 31 décembre 2015 publiées par l'OFS indiquent cependant que la population du canton de Berne augmente plus vite que ne le prévoyait la projection de 2012. Les Directions ont donc décidé de passer ensemble au scénario haut jusqu'à la prochaine actualisation des projections.

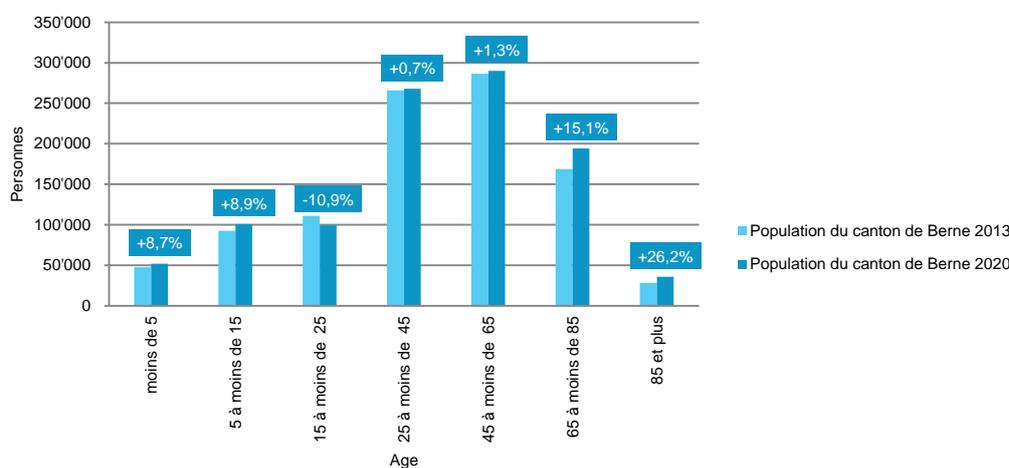
Lorsqu'on considère l'évolution démographique, on constate non seulement un accroissement continu de la population, mais aussi un phénomène de vieillissement. Entre 2007 et 2014, le nombre d'enfants et d'adolescents (0-19 ans) a reculé de 195 669 à 193 024, soit d'environ 1,4 pour cent. Celui des personnes en âge d'exercer une activité rémunérée (20-64 ans) a légèrement augmenté de 592 000 à 615 175 (+3,9%). Durant la même période, c'est le nombre d'habitantes et d'habitants à l'âge de la retraite (65 ans et plus) qui a connu la plus forte hausse, de 175 313 à 201 219, soit 14,8 pour cent. Le rapport de dépendance des personnes âgées, qui exprime le nombre de 65 ans et plus par rapport à 100 personnes âgées de 20 à 64 ans, est passé de 29 en 2007 à 33 en 2014³².

Croissance et vieillissement de la population jusqu'en 2020

L'évolution démographique jusqu'au 31 décembre 2020 continuera d'être déterminée par la croissance et le vieillissement de la population³³. La SAP table sur une augmentation de la population résidante de 3,9 pour cent au total entre 2013 et 2020, soit de 0,5 pour cent par an (2013 : 1 001 281 personnes ; 2020 : 1 039 749 personnes). Elle s'attend simultanément à un vieillissement de la population résidante permanente du canton de Berne, la statistique prévoyant notamment une forte hausse (entre 15,1% et 26,2%) dans les tranches d'âge des 65 ans et plus (voir illustration 13). En ce qui concerne l'évolution des besoins en prestations hospitalières, le principal élément à prendre en compte dans la planification est le glissement de la pyramide des âges. Dans ce contexte, il faut compter avec des disparités entre la région de Berne (RS 1 et RS I) et les autres régions cantonales de soins (voir tableaux 1 et 2). Ainsi, dans la région bernoise, la proportion des plus de 65 ans, encore inférieure à 20 pour cent en 2013, devrait passer à 21,5 pour cent d'ici 2020 (+1,5%). Dans d'autres régions, elle est déjà supérieure à 20 pour cent ; en 2020, elle sera toujours plus forte dans toutes les autres régions de soins que dans celle de Berne. Toutes régions confondues, la part des 20 à 64 ans est la plus élevée. Toutefois, elle diminuera en faveur de celle des plus de 65 ans jusqu'à la fin de la période de planification 2017-2020 (voir tableau 5). Malgré le pourcentage de plus de 65 ans légèrement plus bas dans la région de soins de Berne que dans les autres, c'est la répartition en chiffres absolus qui est décisive pour la période de planification 2017-2020. Une croissance démographique d'environ 38 000 habitants est attendue dans l'ensemble du canton, dont quelque 21 000 dans la région de soins de Berne. Le Jura bernois est la seule région du canton qui verra sa population reculer d'ici 2020 (environ 1000 personnes en moins ; voir tableau 5).

Illustration 13

Évolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020, par tranche d'âge



Sources : Office fédéral de la statistique, 2013a, et Conférence des statistiques du canton de Berne, 2012.

³² Cf. Conférence des statistiques du canton de Berne, 2015.

³³ Cf. Conférence des statistiques du canton de Berne, 2012.

Tableau 5

Evolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020, par tranche d'âge et région de soins aigus somatiques

a) 31.12.2013

Données de référence pour la prévision des besoins								
Age	Population au 31.12.2013 (STATPOP)							Total
	Région 1 Berne	Région 2 Jura bernois	Région 3 Oberland bernois est	Région 4 Oberland bernois ouest	Région 5 Bienne	Région 6 Emmental	Région 7 Haute-Argovie	
0-19 ans	18,5%	22,0%	18,9%	19,1%	19,5%	20,7%	20,2%	19,2%
20-64 ans	62,1%	58,5%	60,3%	59,9%	60,7%	60,6%	60,7%	61,1%
65 ans et plus	19,4%	19,7%	20,8%	21,0%	19,8%	18,7%	19,1%	19,7%
Total (absolu)	434 598	45 156	62 518	152 012	127 428	100 042	79 527	1 001 281

b) 31.12.2020

Données de référence pour la prévision des besoins								
Age	Projection démographique au 31.12.2020 (scénario haut)							Total
	Région 1 Berne	Région 2 Jura bernois	Région 3 Oberland bernois est	Région 4 Oberland bernois ouest	Région 5 Bienne	Région 6 Emmental	Région 7 Haute-Argovie	
0-19 ans	19,4%	19,6%	18,6%	18,6%	19,8%	18,8%	19,0%	19,2%
20-64 ans	59,1%	58,1%	58,4%	57,9%	58,6%	58,5%	58,8%	58,7%
65 ans et plus	21,5%	22,3%	23,0%	23,5%	21,6%	22,6%	22,2%	22,1%
Total (absolu)	456 297	43 960	65 658	160 575	131 148	100 578	81 533	1 039 749

Sources : Office fédéral de la statistique, 2013a, et Conférence des statistiques du canton de Berne, 2012.

Tableau 6

Evolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020, par tranche d'âge et région de soins psychiatriques

a) 31.12.2013

Données de référence pour la prévision des besoins						
Age	Population au 31.12.2013 (STATPOP)					Total
	Région I Aaretal-Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	Région IV Haute-Argovie – Emmental		
0-19 ans	19,1%	18,5%	19,5%	20,7%		19,2%
20-64 ans	59,9%	62,1%	60,7%	60,6%		61,1%
65 ans et plus	21,0%	19,4%	19,8%	18,7%		19,7%
Total (absolu)	295 681	306 518	219 513	179 569		1 001 281

b) 31.12.2020

Données de référence pour la prévision des besoins						
Age	Projection démographique au 31.12.2020 (scénario haut)					Total
	Région I Aaretal-Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	Région IV Haute-Argovie – Emmental		
0-19 ans	18,6%	19,5%	19,8%	18,8%		19,2%
20-64 ans	57,9%	59,1%	58,6%	58,5%		58,7%
65 ans et plus	23,5%	21,5%	21,6%	22,6%		22,1%
Total (absolu)	313 093	321 822	222 723	182 111		1 039 749

Sources : Office fédéral de la statistique, 2013a, et Conférence des statistiques du canton de Berne, 2012.

Influence sur l'évolution attendue des besoins jusqu'en 2020

La croissance démographique prévue et les modifications de la pyramide qui s'ensuivent influencent l'évolution des besoins en prestations hospitalières. Les hausses absolues envisagées sont plus particulièrement imputables aux plus de 65 ans, qui présentent un taux d'hospitalisation globalement plus élevé. Simultanément, il faut escompter que les tranches d'âge plus jeunes, dont le taux d'hospitalisation est généralement inférieur, s'inscrivent en recul (voir la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*, qui montre la répartition des tranches d'âge dans les groupes de prestations de la planification hospitalière).

Digression : un canton, deux langues

Le canton de Berne est un canton bilingue. Les langues officielles y sont le français dans le Jura bernois, le français et l'allemand à Bienne et dans le Seeland, l'allemand dans toutes les autres régions de soins. La part de la population francophone se montait à 89 619 personnes en 2014, soit 10,6 pour cent³⁴. Il convient donc d'inclure le bilinguisme parmi les facteurs à prendre en considération de manière adéquate lors de l'octroi des mandats de prestations qui figureront sur les listes bernoises des hôpitaux (voir digression p. 91).

³⁴ Source : Office fédéral de la statistique, relevé structurel. Mise en forme par l'Administration des finances du canton de Berne. Cf. <https://www.fin.be.ch/fin/fr/index/finanzen/finanzen/statistik/bevoelk/sprachen.html>.

7.3 Modèle échelonné de prise en charge

Le canton de Berne œuvre depuis longtemps à la mise en place généralisée d'un système de soins à plusieurs niveaux. La fourniture de prestations médicales à l'échelon approprié constituait déjà un objectif des planifications des soins 2007-2010 et 2011-2014. Ce dernier document, en particulier, opérait une distinction entre soins de base, soins spécialisés et médecine de pointe. Le présent rapport, quant à lui, entend réaliser cet objectif et prévoit d'articuler l'offre de prestations hospitalières selon le modèle proposé. Dans la planification des soins 2016, les prestations hospitalières de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie sont ainsi réparties entre trois niveaux de prise en charge : régionale, suprarégionale et cantonale. Ces trois échelons permettent au canton d'observer et d'évaluer l'évolution de la couverture en soins dans toutes les parties de son territoire. Cette section présente un modèle échelonné de planification hospitalière axée sur les prestations, qui attribue aux groupes et domaines des classifications cantonales GPPH un niveau de prise en charge régional ou suprarégional/cantonale sur la base de leur accessibilité, autrement dit de leur distance par rapport au domicile des patientes et patients.

Signification pour la population du canton | paysage hospitalier bernois

Le paysage hospitalier actuel du canton de Berne s'est formé au fil du temps, raison pour laquelle les sites et les prestations ne sont pas également répartis sur le territoire cantonal. Malgré les processus de concentration souvent nécessaires observés au cours de la période de planification 2011-2014, les prestations hospitalières continueront d'être assurées de manière décentralisée durant la période de planification 2017-2020. La population de l'ensemble du canton doit avoir accès à des soins suffisants, économiques, axés sur la qualité et conformes à ses besoins. Le critère d'accessibilité est particulièrement important en ce qui concerne les soins de base et d'urgence. Il est aussi utile pour évaluer la couverture des besoins dans les régions de soins, car il permet de déceler les risques de lacune ou de surcapacité.

Garantie de la qualité des traitements

Outre l'accessibilité géographique, la qualité et l'économicité des soins médicaux hospitaliers jouent un rôle important. Or souvent, ces deux critères ne peuvent être satisfaits que par le biais de la concentration des offres de prestations et par leur coordination entre les hôpitaux.

En d'autres termes et en règle générale,

- plus une prestation hospitalière est générale et donc utilisée, plus elle peut être fournie par des hôpitaux de proximité ;
- plus une prestation hospitalière est rare, plus le degré de spécialisation est élevé ;
- les prestations spécialisées ainsi que celles dont le coût de base fixe est relativement onéreux ne doivent pas obligatoirement être fournies par des hôpitaux de proximité.

Cela signifie que pour garantir la qualité et l'économicité nécessaires des prestations, certaines d'entre elles doivent être concentrées.

Organisation des niveaux de prise en charge dans le canton de Berne

Dans le but de garantir une couverture adéquate et durable des besoins sur l'ensemble du territoire du canton, les prestations hospitalières des différents domaines de soins sont proposées par niveau de prise en charge.

7.3.1 Prise en charge régionale

Soins aigus somatiques

Les domaines de prestations Paquet de base, Oto-rhino-laryngologie, Neurologie, Endocrinologie, Orthopédie (prestations de base), Rhumatologie, Gynécologie, Obstétrique, Nouveau-nés et Pédiatrie doivent, dans la mesure du possible, être fournis dans toutes les régions de soins. Cela étant, lorsque le nombre de cas est faible, il peut arriver que les ressources nécessaires (infrastructure, personnel) ne soient pas disponibles sur chaque site hospitalier régional.

Psychiatrie

En ce qui concerne la psychiatrie, le groupe Soins de base remplit une fonction essentielle qui doit être assurée dans toutes les régions de soins. La psychiatrie de la personne âgée fait également partie des prestations fournies au niveau régional.

7.3.2 Prise en charge suprarégionale

Soins aigus somatiques

Les domaines de prestations Dermatologie, Ophtalmologie, Gastroentérologie, Chirurgie pédiatrique de base, Chirurgie viscérale, Hématologie, Vaisseaux, Cœur, Néphrologie, Urologie, Pneumologie, Orthopédie (prestations spécialisées), Centre de compétence en gériatrie aiguë, Soins palliatifs spécialisés en hôpital et Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance sont à assumer de manière suprarégionale. Il en va de même pour les groupes de prestations avec faibles nombres de cas (à l'exclusion de celles relevant de la CIMHS), pour lesquels la mise à disposition des ressources nécessaires n'est pas pertinente dans toutes les régions de soins. Dans ces domaines de prestations, la prise en charge dans les régions voisines est possible et acceptable.

Psychiatrie

La prise en charge suprarégionale englobe les groupes de prestations de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la psychiatrie spécialisée de l'adulte (F0 Troubles mentaux organiques, F5 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques, F8 Troubles du développement psychologique, F9 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence). En raison du faible nombre de cas, les ressources nécessaires ne peuvent en règle générale pas être mises à disposition dans toutes les régions de soins. Dans ces domaines de prestations, la prise en charge dans les régions voisines est possible et acceptable.

7.3.3 Prise en charge cantonale

Soins aigus somatiques

Les domaines de prestations Traumatismes graves, Chirurgie thoracique, Neurochirurgie, Chirurgie cardiaque et Chirurgie pédiatrique spécialisée sont à assumer à l'échelle cantonale. Une prise en charge centralisée pour toutes les régions de soins du canton ou par des hôpitaux d'autres cantons est possible et pertinente.

Psychiatrie

Les mandats de prestations Psychiatrie médico-légale et Handicap mental relèvent également de l'échelle cantonale. La prise en charge peut être réalisée de manière centralisée ou dans des régions voisines.

Réadaptation

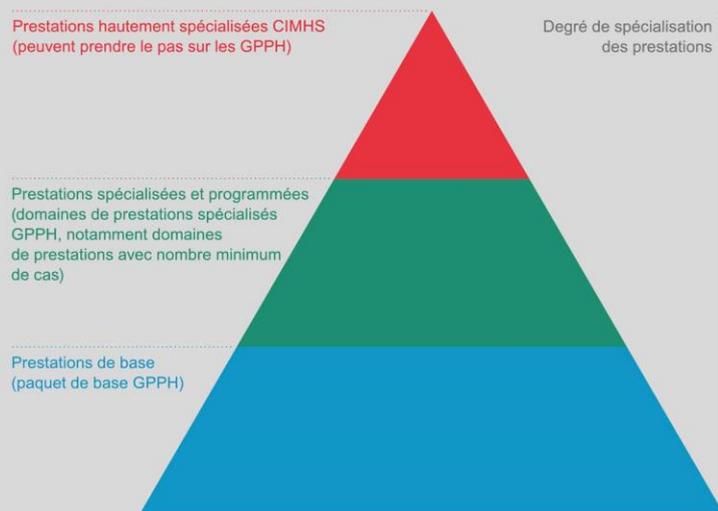
En principe, les prestations de réadaptation font partie des fonctions cantonales. La prise en charge est ici possible indépendamment des régions de soins, voire à l'extérieur du canton, sauf en ce qui concerne la réadaptation gériatrique. Dans ce cas, la SAP table sur une hausse des soins de proximité.

Digression : classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) du domaine des soins aigus somatiques

En ce qui concerne les soins aigus somatiques, les domaines de prestations définis par la classification GPPH permettent d'opérer une distinction entre soins hospitaliers de base (paquet de base Chirurgie et médecine interne) d'une part, et soins spécialisés et prestations programmées de l'autre. Dans ce contexte, les prestations comprenant un nombre minimal de cas ainsi que celles relevant de la médecine hautement spécialisée (CIMHS) présentent les degrés de spécialisation les plus élevés dans le modèle échelonné de prise en charge (voir illustration 14)³⁵.

Illustration 14

Degré de spécialisation des soins somatiques (selon la classification GPPH en soins aigus somatiques)



Source : SAP, état au 31.12.2015

³⁵ Remarque : la définition des prestations de médecine hautement spécialisée selon la CIMHS prime la classification GPPH en soins aigus somatiques (cf. section 5.4.1.7).

8 Planification hospitalière axée sur les prestations

Ce chapitre présente les conditions générales, définitions et valeurs de référence relatives à une planification hospitalière axée sur les prestations.

Rôle

Des valeurs de référence liées aux prestations garantissent une planification des soins elle aussi orientée vers les prestations. Elles sont déterminantes pour l'analyse de l'offre et de la demande dans le cadre de la planification des soins 2016. Le canton de Berne est parmi les premiers à planifier depuis 2007 son offre hospitalière en fonction des prestations. Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 de la révision 2007 de la LAMal, la planification de la couverture des besoins par les hôpitaux de soins aigus somatiques et les maisons de naissance est liée aux prestations dans tous les cantons (voir art. 58c, lit. a OAMal). En ce qui concerne la réadaptation et la psychiatrie, la planification peut être liée aux prestations ou aux capacités, selon le choix du canton (voir art. 58c, lit. b OAMal). Conformément à l'article, 6 alinéa 1 LSH (en lien avec l'art. 2, lit. a), le canton de Berne planifie les soins aigus somatiques ainsi que les soins psychiatriques et de réadaptation selon une démarche axée sur les prestations. Cette approche, qui a fait ses preuves dans le cadre des planifications des soins 2007-2010 et 2011-2014, est reprise pour la période 2017-2020.

Recommandations de la CDS pour la planification hospitalière

La CDS a publié ses premières recommandations en matière de planification hospitalière en 1997. Elles ont été révisées en 2002, puis adaptées au nouveau droit en 2009. Ces recommandations sont accompagnées de deux guides: le *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations* pour les soins aigus somatiques et le *Guide Planification de la psychiatrie*³⁶. A ce jour, la CDS n'a par contre émis aucune recommandation pour la réadaptation. Jusqu'à la révision partielle des recommandations en vigueur, la planification des soins 2016 se fonde sur les recommandations CDS de 2009³⁷. En 2010, le canton de Zurich a développé la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière dans le domaine des soins aigus somatiques, dite classification GPPH, dont il a déjà été question³⁸. En 2011, le comité directeur de la CDS a recommandé aux départements cantonaux de la santé d'appliquer cette classification pour leur planification hospitalière³⁹. En 2015, la plupart des cantons suivaient cette recommandation. Il n'existe pas encore de classifications GPPH aussi élaborées pour la réadaptation et la psychiatrie. Les classifications relatives aux trois domaines de soins sont commentées à la section 8.2.

8.1 Domaines de soins hospitaliers

Dans la planification hospitalière, la SAP distingue trois domaines de soins :

- soins aigus somatiques,
- réadaptation,
- psychiatrie.

³⁶ Cf. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2005 et 2008a.

³⁷ Cf. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2009.

³⁸ Cf. direction de la santé du canton de Zurich, 2011.

³⁹ Cf. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2011.

8.2 Classifications des groupes de prestations pour la planification hospitalière

La planification des soins 2011-2014 reposait déjà sur des classifications GPPH spécifiques pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie. Dans la planification des soins 2016, ces trois classifications ont été détaillées encore plus précisément. Elles constituent le fondement de la planification hospitalière axée sur les prestations ainsi que des listes bernoises des hôpitaux qui en découleront. Elles sont présentées ci-après par domaine de soins.

Définition des prestations

Les classifications GPPH définissent les différents groupes de prestations, chacun d'entre eux étant identifié de manière univoque par des codes de diagnostic et de traitement. Les GPPH répartissent par conséquent les patientes et patients de façon médicalement pertinente en fonction des facteurs suivants :

- traitement(s) selon la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP),
- diagnostic(s) selon la Classification internationale des maladies (CIM),
- combinaison du ou des traitement(s) et du ou des diagnostic(s).

Exigences spécifiques aux groupes de prestations

Outre la catégorisation selon le diagnostic, le traitement ou les deux, les classifications GPPH définissent des exigences minimales spécifiques aux groupes de prestations concernant

- la disponibilité et les qualifications du personnel,
- l'organisation et l'infrastructure,
- les appareils et la technique médicale,
- les stratégies de prise en charge,
- l'existence préalable d'un mandat de prestations auquel le nouveau mandat est couplé.

Par ailleurs, un nombre minimal de cas peut être prescrit pour certains groupes de prestations.

Harmonisation nationale et élargissement des classifications GPPH

Pour mieux coordonner leurs planifications, de nombreux cantons utilisent les classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie publiées en 2012 par la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH). L'harmonisation des bases cantonales de planification est pertinente, car elle constitue la seule façon de garantir la comparabilité des prestations de soins hospitaliers entre cantons. La SAP a partiellement remanié et élargi les classifications GPPH de la GDZH pour la période de planification 2017-2020. Les éléments qui sont venus compléter les classifications GPPH utilisées pour la période de planification 2011-2014 sont exposés en détail dans les sections 8.2.1 à 8.2.3.

8.2.1 Classification GPPH en soins aigus somatiques

Dans le domaine des soins aigus somatiques, la planification s'appuie sur la classification GPPH du canton de Zurich. Elaborée par des experts en 2012, cette classification basée sur le diagnostic et sur le traitement, comme indiqué ci-dessus, a été développée tout au long de la période de planification 2011-2014. En 2011, le Comité directeur de la CDS a recommandé son utilisation dans le cadre des planifications et listes hospitalières cantonales, et la majorité des cantons l'appliquent aujourd'hui. Le développement de la classification GPPH en soins aigus somatiques incombe actuellement à la GDZH. Il sera coordonné avec les 25 autres cantons dans le cadre de réunions d'échanges organisées à cet effet par la CDS. En raison du grand nombre de groupes de prestations dans le domaine des soins aigus somatiques (plus de 100), la liste ci-dessous se limite aux domaines de prestations. Ces derniers sont calqués sur l'organisation classique des hôpitaux, soit sur les disciplines médicales courantes des hôpitaux de soins aigus⁴⁰.

⁴⁰ La partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière* contient des analyses détaillées pour chaque groupe de prestations.

Domaines de prestations des soins aigus somatiques :

- Paquet de base
- Dermatologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Endocrinologie
- Gastroentérologie
- Chirurgie viscérale
- Hématologie
- Vaisseaux
- Cœur
- Néphrologie
- Urologie
- Pneumologie
- Chirurgie thoracique
- Transplantations
- Orthopédie
- Rhumatologie
- Gynécologie
- Obstétrique
- Nouveau-nés
- (Radio-)oncologie
- Traumatismes graves
- Domaines pluridisciplinaires :
 - > Médecine et chirurgie pédiatriques
 - > Soins gériatriques aigus
 - > Soins palliatifs spécialisés en hôpital
 - > Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance

Offre de prestations

Les quelque 140 groupes et 25 domaines de prestations reposent sur les groupes principaux des classifications CIM et CHOP. L'actuelle version des GPPH en soins aigus somatiques peut être consultée sur le site du canton de Zurich⁴¹.

Groupes de prestations Paquet de base et Paquet de base programmé

Deux mandats de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques méritent d'être soulignés : le paquet de base (PB) et le paquet de base programmé (PBP). C'est sur eux que reposent tous les autres groupes de prestations. Ils permettent par ailleurs de distinguer les sites hospitaliers figurant sur les listes des hôpitaux en ce qui concerne les soins d'urgence, l'accessibilité, la disponibilité des spécialistes ainsi que la capacité d'admission. Le PB constitue l'exigence de base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences, le PBP étant suffisant pour les établissements sans service des urgences et dont les prestations sont majoritairement programmées⁴².

Soins palliatifs

Le groupe de prestations intitulé Soins palliatifs spécialisés en hôpital (SpezPalCare) remplace depuis mi-décembre 2015 le groupe de prestations Centre de compétence en soins palliatifs (PAL) de la classification GPPH du canton de Zurich.

Exigences portant sur des groupes de prestations spécifiques

La classification GPPH en soins aigus somatiques fixe pour certains groupes de prestations des délais dans lesquels des médecins spécialistes doivent être disponibles sur le site de soins hospitaliers pour traiter les urgences en dehors des horaires normaux de travail et d'ouverture des cabinets, par exemple durant la nuit et pendant les week-ends (voir tableau 7).

⁴¹ http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html

⁴² Les prestations programmées sont des interventions sans urgence ou des interventions et opérations volontaires dont on peut choisir la date.

Version applicable de la classification GPPH en soins aigus somatiques

Durant la période de planification 2017-2020, les candidatures pour l'inscription sur la liste bernoise des hôpitaux de soins aigus somatiques reposent sur la version de la classification GPPH du canton de Zurich en vigueur au moment de la candidature. Cette classification comprend la définition des groupes de prestations, les exigences spécifiques à chacun d'entre eux ainsi que les catalogues CHOP et CIM permettant d'attribuer les prestations aux différents groupes. On trouvera une vue d'ensemble des versions de la classification GPPH sur les sites internet du canton de Zurich⁴³ et de la CDS⁴⁴.

Digression : exigences relatives à la disponibilité des médecins spécialistes requis selon la classification GPPH en soins aigus somatiques

Le tableau 7 indique la disponibilité exigée pour chaque niveau.

Tableau 7

Disponibilité des médecins spécialistes requis

Niveau 1 Joignabilité < 60 min ou transfert	Les spécialistes ¹⁾ sont joignables dans les 60 minutes ou la patiente/le patient est transféré-e vers l'hôpital le plus proche proposant le groupe de prestations nécessaire.
Niveau 2 Intervention < 60 min	Les spécialistes ¹⁾ du groupe de prestations concerné sont joignables en permanence. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 60 minutes. Exceptionnellement, celle-ci peut être pratiquée ailleurs.
Niveau 3 Intervention < 30 min	Les spécialistes ¹⁾ du groupe de prestations concerné sont joignables en permanence. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 30 minutes.
Niveau 4 (obstétrique uniquement) Intervention ≤ 15 min	Disponibilité 24 h / 24 : les accouchements sont assurés par une ou un spécialiste en gynécologie et obstétrique (présence à l'hôpital dans un délai de 15 minutes). Spécialiste en néonatalogie ou pédiatre avec expérience en néonatalogie présent-e à l'hôpital dans un délai de 15 minutes conformément aux <i>Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland</i> .

¹⁾ Spécialistes ou médecins avec qualification spécialisée correspondante (ainsi que médecins agréés et consultants)

8.2.2 Classification GPPH en réadaptation

Il s'agit d'une classification cantonale élaborée par des spécialistes et qui sera progressivement développée. Les exigences en matière de structures et de processus ont été révisées dans tous les groupes de prestations. Durant la période de planification 2017-2020, la réadaptation gériatrique continuera à constituer un groupe de prestations bernois important pour les patientes et patients âgés et très âgés présentant une multimorbidité. Il existe désormais pour les hôpitaux bernois répertoriés un nouveau groupe de prestations intitulé Réadaptation en médecine interne et oncologique. En revanche, le groupe de prestations Autres réadaptations spécifiques est supprimé dans la planification 2016.

Groupes de prestations de la réadaptation :

- Réadaptation musculosquelettique
- Réadaptation neurologique
- Réadaptation paraplégique
- Réadaptation cardiovasculaire
- Réadaptation pulmonaire
- Réadaptation en médecine interne et oncologique
- Réadaptation psychosomatique
- Domaine pluridisciplinaire :
 - > Réadaptation gériatrique

Offre de prestations

Comme on l'a vu plus haut, les groupes de prestations de la réadaptation reposent sur les groupes principaux de la Classification internationale des maladies. Le canton de Berne continue à renoncer, durant la période de planification 2017-2020, à utiliser le groupe zurichois de prestations Réadaptation précoce ainsi qu'à mentionner séparément la réadaptation pédiatrique, étant donné que les patientes et patients concernés bénéficient d'une prise en charge ordinaire et conforme aux besoins dans le cadre d'autres groupes de prestations spécialisées de la classification GPPH en réadaptation. Cela étant, le canton a veillé, dans le cadre du développement de cette dernière, à assurer la plus grande concordance possible avec les exigences des autres cantons. Le tableau 8 indique la classification GPPH en réadaptation appliquée durant la période de planification 2011-

⁴³ Cf. http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html.

⁴⁴ Cf. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623&L=1> et <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>.

2014, qui ne sera plus utilisée lors de la période 2017-2020. Le tableau 9 récapitule les GPPH en réadaptation prévus pour la planification des soins 2016 (ici : version 2016.1).

Tableau 8

Groupes de prestations en réadaptation de la planification des soins 2011-2014

Groupes de prestations	
Sigle	Désignation
SBRE	Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire
NERE	Réadaptation neurologique
HKRE	Réadaptation cardiovasculaire
AORE	Autres réadaptations spécifiques
PSRE	Réadaptation psychosomatique
GERE	Réadaptation gériatrique

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Tableau 9

Nouveaux groupes de prestations en réadaptation de la planification des soins 2016 (selon version 2016.1 de la classification GPPH)

Groupes de prestations	
Sigle	Désignation
MSR	Réadaptation musculosquelettique
NEURO	Réadaptation neurologique
RQ	Réadaptation paraplégique
KAR	Réadaptation cardiovasculaire
PUL	Réadaptation pulmonaire
INTERN	Réadaptation en médecine interne et oncologique
PSYCH	Réadaptation psychosomatique
GERE	Réadaptation gériatrique

Source : SAP (état au 31.12.2015)

8.2.3 Classification GPPH en psychiatrie

La classification GPPH en psychiatrie est elle aussi une classification cantonale élaborée par des spécialistes et qui sera progressivement développée. Les nouveaux GPPH en psychiatrie sont très similaires à ceux définis par la GDZH en 2012.

Groupes de prestations de la psychiatrie :

- F0 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autre syndrome cérébral organique)
- FA (F10) : Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool (alcoolisme et dépendance)
- FD (F11-F19) : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (abus et dépendance vis-à-vis de médicaments ou de drogues)
- F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie)
- F3 : Troubles de l'humeur [affectifs] (dépression, manie, troubles bipolaires)
- F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs [TOC])
- F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie)
- F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions)
- F7 : Retard mental (de différents degrés)
- F8 : Troubles du développement psychologique (troubles du développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur)
- F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (hyperactivité, trouble de comportement dyssocial, tics)
- Domaines spéciaux :
 - > Psychiatrie de l'adulte
 - > Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
 - > Psychiatrie de la personne âgée
 - > Psychiatrie médico-légale (personnes soumises à l'exécution d'une peine ou d'une mesure)
 - > Handicap mental

- Domaine pluridisciplinaire :
 - > Soins de base

Définition des groupes de prestations

Comme indiqué précédemment, les groupes de prestations de la psychiatrie reposent sur les groupes principaux de la Classification internationale des maladies. Le tableau 10 indique la classification GPPH en psychiatrie appliquée durant la période de planification 2011-2014, qui ne sera plus utilisée lors de la période de planification 2017-2020. Les tableaux 11 et 12 récapitulent les GPPH en psychiatrie prévus par la planification des soins 2016 (ici : version 2016.1).

Tableau 10

Groupes de prestations en psychiatrie de la planification des soins 2011-2014

Groupes de prestations	
Sigle	Désignation
ER	Psychiatrie générale et psychiatrie spécialisée de l'adulte
AE	Psychogériatrie
KIJU	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
FOR	Malades psychiques incarcérés (psychiatrie médico-légale)

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Tableau 11

Tranches d'âge supplémentaires prévues par la planification des soins 2016 (selon version 2016.1 de la classification GPPH)

Tranches d'âge Catégories d'admission	
Sigle	Désignation
KI	Psychiatrie de l'enfant (0-13 ans)
JU	Psychiatrie de l'adolescent (14-17 ans)
ER	Psychiatrie de l'adulte (18-64 ans)
AE	Psychiatrie de la personne âgée (à partir de 65 ans)
FOR	Psychiatrie médico-légale (personnes soumises à l'exécution d'une peine ou d'une mesure)
GBE	Handicap mental

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Tableau 12

Nouveaux groupes de prestations en psychiatrie de la planification des soins 2016 (selon version 2016.1 de la classification GPPH)

Groupes de prestations	
Sigle	Désignation
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autre syndrome cérébral organique)
FA (F10)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool (alcoolisme et dépendance)
FD (F11–F19)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (abus et dépendance vis-à-vis de médicaments ou de drogues)
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie)
F3	Troubles de l'humeur [affectifs] (dépression, manie, troubles bipolaires)
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs [TOC])
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie)
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions)
F7	Retard mental (de différents degrés)
F8	Troubles du développement psychologique (troubles du développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur)
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (hyperactivité, trouble de comportement dyssocial, tics)

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Exigences portant sur des groupes de prestations spécifiques

Les exigences en matière de qualité des structures et des processus sont étroitement liées aux groupes. Contraignantes pour tous les hôpitaux répertoriés du canton, elles se répartissent en trois degrés :

- exigences générales pour tous les hôpitaux ou sites répertoriés,
- exigences supplémentaires pour les sites assurant des soins de base,
- exigences portant sur des groupes ou des mandats de prestations spécifiques.

Les exigences générales doivent être satisfaites dans tous les cas, celles qui portent sur des groupes de prestations spécifiques en fonction du mandat. Les différentes exigences en matière de structures et de processus sont adaptées à la situation prévalant dans le canton de Berne qui découle, d'une part, de la législation et, de l'autre, des objectifs de la stratégie des soins. Le canton a veillé, dans le cadre du développement de la classification GPPH en psychiatrie, à assurer la plus grande concordance possible avec les exigences des autres cantons.

Groupes de prestations Soins de base et Prestations programmées

Pour tenir compte sur les listes des hôpitaux des différences entre sites hospitaliers en ce qui concerne l'accessibilité, la disponibilité des spécialistes et la capacité d'admission, le canton de Berne a introduit dans sa nouvelle classification GPPH en psychiatrie, en plus des distinctions par tranches d'âge et diagnostics, une catégorisation en soins de base (GRU) et prestations programmées (ELE)⁴⁵. Font partie des soins de base au minimum les groupes FA (F10), FD (F11-F19), F2, F3, F4 et F6. Les sites hospitaliers fournissant des soins de base psychiatriques se caractérisent par un éventail complet de prestations ainsi que par une accessibilité et une capacité d'admission élevées (24 h sur 24, 7 jours sur 7), également pour les situations d'urgence et de placement à des fins d'assistance. Pour garantir la couverture régionale en soins de base, chaque hôpital fournissant de telles prestations collabore étroitement avec les autres établissements de la région de soins. Il garantit une disponibilité élevée pour l'intervention et le diagnostic ambulatoires soit par ses propres moyens, soit au travers de collaborations avec d'autres fournisseurs de prestations (hôpitaux, services d'aide et soins à domicile, mais aussi cabinets médicaux et psychologues spécialisés). Les sites hospitaliers qui ne fournissent que des prestations programmées se caractérisent par une offre restreinte à des soins dispensés sur prescription médicale dans un domaine spécialisé comme le traitement résidentiel d'addictions ou de troubles alimentaires. Les admissions ont généralement lieu pendant la journée (8-18 h) et durant la semaine. Les urgences sont rares. Des placements à des fins d'assistance sont possibles dans des cas particuliers, discutés au préalable.

Groupe de prestations Handicap mental

Une catégorie à part entière (GBE) a été créée pour les personnes souffrant d'un handicap mental, car le mandat de prestations correspondant est lié à des exigences particulières envers les fournisseurs de prestations.

Groupe de prestations Psychiatrie médico-légale (personnes soumises à l'exécution d'une peine ou d'une mesure)

Le groupe de prestations hospitalières spécifiquement destinées aux malades psychiques exécutant une peine ou une mesure est maintenu. Il est assorti d'exigences particulières en ce qui concerne les qualifications du personnel et les dispositifs de sécurité.

Version applicable de la classification GPPH en psychiatrie

Il est possible qu'une version actualisée de la classification GPPH en psychiatrie soit publiée au cours de la période de planification 2017-2020. Durant cette période, les candidatures pour l'inscription sur la liste bernoise des hôpitaux reposeront donc sur la version en vigueur de la classification GPPH de la SAP pour ce domaine.

8.2.4 Différenciation supplémentaire

Plusieurs indicateurs décrivant le volume de prestations hospitalières auquel les patientes et patients recourent permettent de préciser les valeurs de références liées aux prestations (voir section 11.5).

Ces indicateurs sont les suivants :

- taux d'hospitalisation,
- nombre de cas,
- journées de soins,
- durée moyenne de séjour,
- degré de gravité du cas.

⁴⁵ Voir les groupes de prestations de la psychiatrie.

9 Planification hospitalière : degré de détail, principes et méthode

Le chapitre 8 présentait les définitions et valeurs relatives à la planification hospitalière axée sur les prestations. Le présent chapitre expose ses principales bases conceptuelles et méthodologiques, afin de mieux comprendre le processus de planification qui aboutit à l'élaboration des listes cantonales des hôpitaux.

9.1 Champ d'application

Les planifications cantonales prescrites à l'article 39, alinéa 1, lettre d LAMal ne portent que sur le champ d'application de cette loi tel qu'il est défini en son article 1a. Les mesures et traitements hospitaliers non couverts par l'assurance-maladie (assurance obligatoire des soins et assurance facultative d'indemnités journalières) sont exclus de l'obligation de planifier, à savoir notamment les soins remboursés par l'assurance-accidents (AA), l'assurance-invalidité (AI) et l'assurance militaire (AM) ou prodigués aux personnes soignées à leurs propres frais. Par conséquent, la procédure exposée dans le présent chapitre concerne exclusivement les prestations en milieu hospitalier visées par la LAMal et elle s'applique aux établissements qui fournissent à la population bernoise des prestations de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie à la charge de l'AOS. Les fournisseurs peuvent toutefois demander à inclure dans l'évaluation des prestations financées par l'AA, l'AI ou l'AM s'ils en attendent un certain bénéfice, par exemple une meilleure qualité des traitements hospitaliers relevant de l'AOS grâce à un plus grand nombre de cas.

9.2 Degré de détail de la planification

S'appuyant sur l'article 58e OAMal, le canton de Berne garantit la prise en charge conforme aux besoins de sa population résidente en inscrivant les fournisseurs de prestations cantonales et extracantonales nécessaires sur des listes cantonales des hôpitaux en fonction des catégories de prestations. Pour donner l'occasion à tous les fournisseurs de prestations de poursuivre le développement de leur offre, le Conseil-exécutif établit une planification hospitalière volontairement globale.

9.2.1 Planification globale

Les critères de planification écartent le risque de surcapacité ou d'offre insuffisante et garantissent le niveau de qualité requis des prestations. Ils coïncident avec ceux définis dans les articles 58b à 58e OAMal, l'article 39 LAMal et les articles 11a à 11c OSH.

La planification des soins 2016 est une planification globale sur la base de laquelle les mandats de prestations figurant sur les listes cantonales des hôpitaux sont attribués en fonction des critères suivants :

- conformité aux besoins,
- orientation vers les prestations et
- attribution par site.

9.2.2 Attribution de mandats de prestations par site

A la fin de la période de planification 2011-2014, 10 des 31 hôpitaux du canton de Berne disposaient de plusieurs sites, dont certains distants de 30 kilomètres ou plus. La planification des soins 2016 applique le principe de l'attribution des mandats de prestations par site et non pas par établissement hospitalier, comme le veut l'actuelle jurisprudence du Tribunal administratif fédéral⁴⁶. Cette démarche, qui sera reprise dans les listes bernoises des hôpitaux, permet de garantir le développement local des établissements hospitaliers sur le plan économique comme médical. Le canton de Berne ne connaît pas de restrictions quantitatives. Chaque site doit être apte à fournir les prestations médicales requises et son offre doit être nécessaire aux besoins de la population du canton. Lorsqu'un établissement hospitalier se voit attribuer le même mandat de prestations pour plusieurs sites, il est libre de décider où il traite combien de patientes et de patients. Lorsque les critères médicaux et techniques ainsi que les éventuels critères régionaux de planification sont satisfaits,

⁴⁶ Cf. arrêt du TAF C-6088/2011.

les mandats de prestations peuvent, sur demande des établissements hospitaliers, être transférés d'un site à l'autre.

9.3 Critères de planification selon l'article 58b OAMal

Les principes de planification définis par l'article 39 LAMal, l'article 58b OAMal et l'article 11 OSH sont expliqués ci-dessous.

9.3.1 Aptitude et disponibilité

Aptitude

Selon la LAMal et la LSH, un hôpital est apte à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins lorsqu'il remplit les critères d'octroi d'une autorisation d'exploiter (art. 119 LSH) et satisfait les exigences générales et par groupe de prestations définies dans les classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie. Pour prétendre à l'attribution d'un mandat cantonal et à l'inscription sur les listes des hôpitaux, un établissement doit être capable de fournir les prestations requises. Cette condition est impérative pour garantir que l'hôpital est en mesure de contribuer à la couverture du besoin réel en vertu de critères médicaux objectifs. Le seul critère d'aptitude n'ouvre cependant aucun droit à un mandat de prestations cantonal.

Obligation d'admission

Selon l'article 41a LAMal, chaque hôpital de la liste est également tenu de garantir la prise en charge et le traitement de toute assurée ou tout assuré résidant dans le canton de Berne. Dans la mesure du possible, cette obligation doit être remplie de manière non discriminatoire. Cela signifie que l'hôpital doit admettre les patientes et les patients sans distinction d'âge, de sexe, d'origine ou de couverture d'assurance⁴⁷. A cet effet, le canton contrôle par exemple dans tous les hôpitaux répertoriés si la répartition entre les diverses classes d'assurance est proportionnée⁴⁸. Chaque hôpital de la liste doit par ailleurs fournir les premiers secours sans aucune limitation.

9.3.2 Conformité aux besoins

Les prestations d'un hôpital admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas automatiquement nécessaires à la couverture en soins de la population du canton de Berne. Elles ne le deviennent qu'à condition d'être requises pour répondre au besoin de prestations hospitalières qui est avéré selon les calculs en la matière.

Identification des fournisseurs de prestations nécessaires à la couverture en soins

En vertu du libre choix de l'hôpital, la population peut choisir, depuis le 1^{er} janvier 2012, entre l'offre de prestations figurant sur les listes hospitalières de son canton et celle que proposent les listes des 25 autres. Cela étant, le canton de Berne n'est pas à même d'assurer avec ses propres listes des hôpitaux toutes les prestations demandées par ses habitantes et habitants. Seuls les fournisseurs qui atteignent un certain volume de prestations entrent en ligne de compte pour un mandat. Pour cette raison, le canton prend également en considération le critère de la nécessité des prestations pour la couverture en soins lorsqu'il procède à l'attribution des mandats. La constatation de l'aptitude des fournisseurs de prestations est donc suivie de l'identification, sur la base du volume de soins fourni à la population bernoise, de ceux dont les prestations seront évaluées lors de la procédure de sélection.

Nécessité des prestations pour la couverture en soins

Ce critère renseigne sur la contribution de chaque offre de prestations aux soins hospitaliers dont la population bernoise fait actuellement usage par domaine ou par groupe de prestations. En d'autres termes, il indique dans quelle mesure le volume de prestations offert est nécessaire pour assurer la couverture en soins. En fonction du nombre de fournisseurs de prestations intéressés et de leur contribution respective à celle-ci, la valeur du critère peut varier entre 0 pour cent (aucune nécessité) et 100 pour cent (nécessité maximale)⁴⁹. Dans le canton de Berne, la limite pour déterminer si un fournisseur doit être considéré nécessaire à la couverture en soins est fixée à dix cas. Ce chiffre, qui correspond à la pratique et figurait déjà dans la planification des soins 2007-2010, a été

⁴⁷ Cf. art. 49 LSH.

⁴⁸ Proportionnée signifie que les personnes disposant de la seule assurance de base (type de chambre = division commune) représentent au moins 50% de la patientèle (cf. Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2009).

⁴⁹ Le critère de la nécessité pour la couverture en soins se rapporte à la part des prestations hospitalières demandées par la population bernoise fournie par un établissement par domaine de prestations (soins aigus somatiques) ou par groupe de prestations (réadaptation, psychiatrie).

appliqué dans la liste des hôpitaux 2010. La planification des soins 2011-2014, quant à elle, postulait un minimum de dix cas et une part de 3 pour cent de la fourniture des soins durant l'année prise en compte. Toutefois, un seuil unique de 3 pour cent ne correspond pas à l'esprit du modèle échelonné de prise en charge (voir section 7.3). Il est nécessaire d'adopter une approche différente pour les niveaux régional, suprarégional et cantonal. Pour cette raison, la planification des soins 2016 analyse la nécessité des prestations de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie pour la couverture en soins en fonction du niveau de prise en charge.

Le canton de Berne considère qu'un fournisseur de prestations hospitalières est nécessaire à la couverture en soins sur la base de son volume de prestations dès lors que⁵⁰

- pour les prestations fournies au niveau régional, il compte au moins dix cas bernois pendant deux années sur trois années de référence consécutives ;
- pour les prestations fournies au niveau suprarégional, il compte au moins dix cas bernois et au moins 2 pour cent de l'ensemble des cas bernois pendant deux années sur trois années de référence consécutives,
- pour les prestations fournies au niveau cantonal, il compte au moins dix cas bernois et au moins 5 pour cent de l'ensemble des cas bernois pendant deux années sur trois années de référence consécutives.

Lorsque la nécessité pour la couverture des besoins actuels de la population bernoise n'est pas donnée, le canton de Berne n'attribue généralement pas de mandat de prestations.

Sécurité des soins assurée grâce un taux de couverture élevé

Suite à la sélection des hôpitaux répertoriés potentiels et de leurs prestations, les listes bernoises des hôpitaux sont vérifiées afin d'établir si elles couvrent au moins 80 à 90 pour cent des besoins actuels dans chaque domaine de prestations (soins aigus somatiques) ou dans chaque groupe de prestations (réadaptation, psychiatrie). Par ce procédé, le canton de Berne est à même d'assurer la sécurité des soins et de réagir rapidement à l'évolution des besoins de la population (compte tenu du libre choix de l'hôpital et des prestations des hôpitaux conventionnés). Le taux de couverture à assurer est aussi fonction du niveau de prise en charge (voir section 7.3). Le recours à des taux de couverture différenciés permet de tenir compte des spécificités de ce dernier. Les prestations à assurer à l'échelon régional, proche du domicile, exigent un degré de couverture plus élevé que celles qui sont fournies à l'échelon suprarégional ou cantonal. Si la sélection des hôpitaux ne permet pas de couvrir au moins 80 à 90 pour cent des besoins actuels, le canton peut prendre en compte des fournisseurs de prestations appropriés qui n'ont pas été sélectionnés dans un premier temps parce qu'ils n'étaient pas jugés nécessaires à la couverture en soins. Le canton a aussi la possibilité d'observer l'évolution des besoins. C'est là une solution particulièrement pertinente s'il peut partir du principe que le taux de couverture visé sera atteint l'année suivante parce que la population bernoise tend à recourir aux prestations existantes des hôpitaux répertoriés. Le canton dispose ici d'une certaine marge de manœuvre et prend ses décisions au cas par cas. Le tableau 13 présente les seuils indicatifs utilisés pour l'appréciation de la couverture des besoins actuels par les listes des hôpitaux.

Tableau 13

Degré de couverture des listes bernoises des hôpitaux | valeurs indicatives

Niveau de prise en charge	Degré de couverture
régional	au moins 90%
suprarégional	au moins 85%
cantonal	au moins 80%

Source : SAP (état au 31.12.2015)

⁵⁰ Remarque : les deux sous-critères doivent être remplis de manière cumulative.

9.3.3 Accessibilité

Les hôpitaux doivent être accessibles et répartis conformément aux besoins. L'accessibilité est évaluée en fonction de deux paramètres : la distance et la durée du trajet. La seconde prime sur la première, car ce critère est plus déterminant dans l'optique des patientes et des patients. Une différenciation supplémentaire par spécialité médicale est pertinente, car toutes les prestations hospitalières ne peuvent pas être offertes à proximité du domicile (voir section 7.3).

Critères minimaux d'accessibilité des prestations nécessaires à la couverture en soins hospitaliers de base

Pour garantir les soins de base hospitaliers dans les domaines des soins aigus somatiques et de la psychiatrie, le canton de Berne applique des critères minimaux d'accessibilité qui lui permettent de définir les sites hospitaliers ou les prestations nécessaires pour une couverture conforme aux besoins sur l'ensemble de son territoire. Par ailleurs, le canton évalue et compare tous les sites hospitaliers et toutes les prestations sous l'angle de leur accessibilité pour la population bernoise.

Soins aigus somatiques

La planification des soins 2011-2014 fixait un temps d'accès aux hôpitaux de soins aigus fournissant des prestations nécessaires à la couverture des besoins. Le Conseil-exécutif a complété ce critère d'une composante spatiale⁵¹. Pour les soins de base et les urgences hospitalières, un établissement doté du paquet de base Chirurgie et médecine interne de la classification GPPH en soins aigus somatiques doit être accessible en 30 minutes au maximum pour 80 pour cent de la population et ne pas être distant de plus de 50 kilomètres (art. 11d, al. 1 OSH).

Psychiatrie

En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique hospitalière, la planification des soins 2011-2014 ne définissait ni critère temporel ni critère spatial pour l'accessibilité. S'appuyant sur l'article 11d, alinéa 2 OSH, la planification cantonale des soins 2016 applique aux soins de base psychiatriques hospitaliers les critères valables pour les soins aigus somatiques : au moins une institution fournissant les soins de base (groupe GRU de la classification GPPH en psychiatrie) doit être accessible par 80 pour cent de la population en 30 minutes au maximum. Il sera également tenu compte de la possibilité de la rejoindre en transport public, en application d'une recommandation de la CDS pour la planification psychiatrique⁵².

9.3.4 Qualité

Groupe de pilotage Développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne (QABE)

La modification du cadre législatif national et cantonal s'est traduite par diverses innovations, dont l'apparition de nouvelles formes de collaboration entre pouvoirs publics, institutions et assureurs. A l'échelon du canton, le groupe QABE mérite d'être évoqué. Ce groupe spécialisé, qui réunit depuis 2002 fournisseurs de prestations bernois et assureurs, soutient le canton dans l'élaboration de bases qualitatives et contribue à définir l'orientation de son assurance de la qualité, essentiellement dans le domaine des soins aigus somatiques.

Rapports sur la qualité

A travers des travaux préparatoires communs, le groupe QABE et la SAP ont participé à la fondation de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), une initiative collaborative de l'Association H+ Les Hôpitaux de Suisse, des assureurs et des cantons, et à l'élaboration du rapport sur la qualité de H+. Les rapports sur la qualité représentent une première étape vers une information plus transparente des patientes et des patients, des médecins et services qui les hospitalisent ainsi que des assureurs. Le canton tiendra compte à l'avenir des conclusions qui en seront tirées et publiées pour octroyer les mandats de prestations.

Qualité des structures et des processus

Comme indiqué précédemment, la direction de la santé du canton de Zurich a élaboré pour les soins aigus somatiques une classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) en réponse à l'obligation légale de coordonner la planification des soins et d'établir des listes des hôpitaux en fonction des catégories de prestations (art. 39 LAMal et art. 58b OAMal).

⁵¹ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2013.

⁵² Cf. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2008a.

Cette classification définit des exigences spécifiques en matière de qualité des structures et des processus, qui sont contraignantes pour tous les hôpitaux répertoriés⁵³.

Qualité des résultats

Indicateurs de qualité de l'OFSP

Suite à la modification du cadre légal⁵⁴, le développement d'indicateurs de la qualité des résultats a lui aussi gagné en importance. Sur la base de la statistique médicale des hôpitaux, l'OFSP publie ainsi des indicateurs de qualité pour les hôpitaux de soins aigus qui comprennent pour l'essentiel le nombre de cas et le taux de mortalité pour environ 40 pathologies et interventions. Des chiffres clés identiques sont également utilisés dans les hôpitaux allemands et autrichiens, qui sont donc comparables avec le système suisse⁵⁵.

Indicateurs de qualité de l'ANQ

L'ANQ propose ses propres indicateurs de qualité⁵⁶. Ceux-ci portent sur les réhospitalisations et réopérations potentiellement évitables, les infections postopératoires, les escarres, les chutes et la satisfaction des patientes et des patients. Dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, l'ANQ élargit ses indicateurs de qualité au moyen d'instruments de mesure reconnus et standardisés, notamment pour la réadaptation musculosquelettique, neurologique, cardiaque et pulmonaire ainsi que pour la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Elle recense par ailleurs le nombre et le degré de gravité des symptômes chez les patients des cliniques psychiatriques, de même que la fréquence des mesures limitatives de liberté prises à l'égard de ces derniers. Les données de l'ANQ fournissent des renseignements importants sur la qualité des résultats dans les différents hôpitaux⁵⁷. L'association développe son plan de mesure de la qualité en continu et introduit actuellement des indicateurs pour comparer les implantations de prothèses de la hanche et du genou ainsi que les interventions de chirurgie de la colonne vertébrale pratiquées par divers établissements.

Listes bernoises des hôpitaux basées sur la planification des soins 2016

Pour être inscrits sur la liste cantonale, les hôpitaux bernois des domaines des soins aigus somatiques, de la psychiatrie et de la réadaptation doivent remplir non seulement les critères d'octroi de l'autorisation d'exploiter (art. 119 LSH), mais aussi des exigences générales et spécifiques aux groupes de prestations. Ces exigences concernent non seulement la qualité des structures et des processus, nombre minimal de cas compris, mais aussi l'obligation de participer aux mesures de l'ANQ. En cas de surcapacité, le canton se réserve, en vertu de l'article 58b OAMal, le droit d'utiliser d'autres critères pour la sélection des fournisseurs de prestations, principalement des paramètres permettant de juger la qualité des résultats (OFSP et ANQ, p. ex.) et de l'indication⁵⁸.

Stratégie bernoise de gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques

En 2015, le canton de Berne a entamé l'élaboration d'une stratégie cantonale de gestion de la qualité. Celle-ci a été discutée au sein de différents organes où sont entre autres représentés les fournisseurs de prestations. Elle présente l'ampleur et les caractéristiques du futur système d'assurance de la qualité pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie. Elle détaille les principaux champs d'action et montre comment le canton développera le contrôle de qualité externe en y associant les établissements. Cette stratégie sera progressivement mise en œuvre durant la période de planification 2017-2020. Elle donnera une plus grande place encore à la qualité, favorisera la transparence et renforcera la concurrence qualitative voulue par la LAMal. La section 10.3.3 fournit un aperçu du sujet.

⁵³ Les exigences relatives à la qualité des structures et des processus définissent les conditions d'une haute qualité des soins. Elles portent par exemple sur la formation du corps médical (titre de médecin spécialiste) ainsi que sur la disponibilité du personnel soignant, mais aussi sur l'équipement technique et les mesures diagnostiques et thérapeutiques prises dans le cadre du processus de soins.

⁵⁴ Cf. art. 22a et art. 49, al. 8 LAMal et art. 31 OAMal.

⁵⁵ Cf. site de l'OFSP :

http://www.baq.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLmNoL2t1di9zcGl0YWxzZGF0aXNoaWsvG9ydGFsX2ZyLnBocD9sYW5nPWZyJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=fr

⁵⁶ Sur la base, entre autres, de l'article 77 OAMal.

⁵⁷ Cf. site de l'ANQ : www.ang.ch.

⁵⁸ L'article 41 LSH prescrit que les fournisseurs de prestations et les assureurs prennent des mesures propres à éviter une augmentation du volume des prestations non justifiée du point de vue médical. Cette disposition sert notamment à garantir que la qualité de l'indication fasse partie intégrante de la qualité des soins.

9.3.5 Economicité

La LAMal révisée prévoit une comparaison entre entreprises pour l'évaluation de l'économicité des hôpitaux. La SAP analyse ce critère en particulier au moyen de comparaisons des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité dans le domaine des soins aigus somatiques, et au moyen de comparaisons des coûts des journées de séjour dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation (voir art. 11c OSH).

Analyses comparatives

Les comparaisons de l'économicité dans le contexte de la planification des soins et des listes des hôpitaux ont pour objectif de garantir la transparence du rapport prix-prestation de chaque site hospitalier et de savoir quel site hospitalier fournit la même prestation à moindre prix.

Coûts déterminants pour la comparaison selon SwissDRG SA

En vertu de l'article 127 LSH, la comparaison des coûts par cas repose sur le relevé des coûts par cas selon les consignes de SwissDRG SA (données par unité finale d'imputation). Dans le cadre de la planification des soins et des listes des hôpitaux, les coûts déterminants pour la comparaison sont également les coûts imputables tels que définis par SwissDRG SA⁵⁹. La statistique médicale des hôpitaux sert de référence pour les prestations médicales à mettre en parallèle avec les coûts. Ces deux bases de données permettent une analyse des coûts et des prestations par site et par cas. Les hôpitaux d'autres cantons souhaitant se voir attribuer un mandat de prestations doivent également communiquer leurs coûts à la SAP.

Groupes de comparaison

L'économicité est comparée entre les sites hospitaliers proposant des offres de prestations comparables. Dans ce contexte, comparable ne signifie pas obligatoirement que la gamme de prestations est strictement identique, car cette exigence est impossible à satisfaire dans la pratique et empêcherait même tout benchmarking. Les groupes doivent par conséquent être « suffisamment comparables ». Pour les former, la SAP se fonde sur la typologie des hôpitaux de l'OFS (typologie OFS), qui regroupe les établissements d'après leurs performances et leur offre de prestations, et non selon des considérations géographiques⁶⁰. La démarche est la suivante : dans une première étape, le canton de Berne se fonde sur la typologie OFS de l'établissement hospitalier dont dépend le site. Le résultat de cette première répartition n'étant pas toujours suffisamment précis (p. ex. pour les unités de réadaptation ou de psychiatrie des hôpitaux de soins aigus somatiques), la SAP considère en second lieu la gamme de prestations du site, qu'elle intègre dans le groupe comparatif qui convient.

Pour évaluer l'économicité, le canton distingue les groupes comparatifs suivants :

- Soins aigus somatiques
 - > Hôpitaux universitaires
 - > Hôpitaux de soins généraux
 - > Cliniques spécialisées
 - > Cliniques pédiatriques
 - > Maisons de naissance
- Réadaptation
 - > Hôpitaux universitaires
 - > Cliniques de réadaptation
 - > Cliniques spécialisées
 - > Cliniques pédiatriques
- Psychiatrie
 - > Hôpitaux universitaires
 - > Cliniques psychiatriques
 - > Cliniques spécialisées
 - > Cliniques pédiatriques

Comparaison sur la base du classement

Dans une troisième et dernière étape, l'économicité du site hospitalier est évaluée sur la base de ses coûts par cas, soit de la place qu'il occupe dans le classement, compte tenu du groupe compa-

⁵⁹ Cf. SwissDRG, 2014a, en particulier le chapitre 3.

⁶⁰ Cf. Office fédéral de la statistique, 2006.

ratif auquel il appartient. Cette méthode permet, si un choix est nécessaire, de retenir le site qui fournit la prestation au meilleur prix. La comparaison de l'ensemble des sites, tous groupes confondus, montre en effet quelle institution obtient les meilleurs résultats. Il va de soi que les charges plus élevées des hôpitaux universitaires et des cliniques spécialisées, qui traitent des cas onéreux, sont prises en considération.

Digression : différences cantonales dans le financement des hôpitaux universitaires

Conformément à l'article 49, alinéa 3 LAMal, les tarifs ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Sont notamment considérés comme des prestations d'intérêt général le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, ainsi que la recherche et la formation universitaire. Suite aux premières expériences réalisées avec le nouveau régime de financement hospitalier, d'aucuns craignaient que certains cantons soient tentés de fausser la concurrence souhaitée par le législateur en octroyant des subventions à leurs propres hôpitaux, leur permettant ainsi de négocier avec leurs partenaires des tarifs artificiellement plus bas que ceux de leurs concurrents. Etant donné que les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, l'octroi de subventions pourrait pénaliser les autres prestataires ou soumettre les tarifs de l'AOS à une pression contraire à l'esprit du système. Au vu de ces craintes, le Grand Conseil a chargé le Conseil-exécutif, au chiffre 4 de la motion 107-2014 Mühlheim (Berne, pvl) *Planification des soins hospitaliers 2015-2019*, adoptée sous forme de postulat le 18 novembre 2014, d'intégrer la problématique des disparités cantonales dans le financement des hôpitaux universitaires à la planification des soins et de présenter des mesures qui atténuent la distorsion de la concurrence et garantissent l'avenir de l'Hôpital de l'Île. Sur mandat du Grand Conseil, le Conseil-exécutif a déposé en juin 2014 une initiative cantonale sur le même sujet, intitulée *Evaluation des distorsions de la concurrence contraires à la LAMal*. Suite à l'adoption du chiffre 4 de la motion Mühlheim susmentionnée, la SAP a chargé le Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) et la société KPMG SA d'analyser et d'évaluer la problématique du financement variable des hôpitaux universitaires par les cantons et de rédiger une expertise à ce sujet. Il s'agissait de montrer de façon structurée quel canton doté d'un hôpital universitaire finançait quelles prestations avec quelle contribution, sur quelles bases légales et selon quelles méthodes, tout en tenant compte des différentes conditions auxquelles les hôpitaux universitaires sont soumis. Le département de la santé du canton de Bâle-Ville, la direction de la santé du canton de Zurich et le Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève se sont déclarés prêts à participer au projet aux côtés de la SAP et à mettre à disposition les données de financement requises. Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud n'a quant à lui pas souhaité s'associer à la démarche. Sur la base des résultats de leur analyse des pratiques cantonales, les experts ont mis en lumière diverses problématiques, posant les jalons des réflexions ultérieures concernant les différences cantonales dans le financement des hôpitaux universitaires. Ils indiquent entre autres que la LAMal ne définit pas de manière exhaustive les prestations rémunérées par les tarifs et ne recense pas l'ensemble des prestations d'intérêt général. De fait, ils suggèrent de clarifier la situation juridique s'agissant de la définition et de la délimitation des contributions cantonales au financement. Au sujet de la recherche et de la formation universitaire, les experts soulignent en outre que le manque de transparence touche non seulement les différents modes de rémunération et flux de paiement, mais aussi la relation entre les prestations des hôpitaux universitaires et les contributions financières qu'ils reçoivent à cet effet. Enfin, ils qualifient de problématiques la diversité des situations en matière de propriété des biens immobiliers et mobiliers ainsi que les contributions cantonales y afférentes, car il faudrait procéder à des investigations complémentaires conséquentes avant de pouvoir comparer ces dernières. Le nouveau régime de financement hospitalier devrait accroître la concurrence entre les hôpitaux et ainsi permettre d'améliorer les structures existantes. Il n'en reste pas moins que les soins hospitaliers relèvent toujours de la compétence des cantons qui, en raison de leurs rôles multiples, disposent de plusieurs possibilités d'intervention dans la concurrence hospitalière. Le rapport d'expertise commandé par la SAP montre qu'en ce qui concerne les quatre hôpitaux universitaires analysés, il est impossible d'exclure totalement des contributions financières sans rapport avec des prestations ou avec des coûts, donc susceptibles d'entraîner des distorsions de la concurrence. Il est cependant permis de supposer qu'il s'agit dans la majorité des cas de phénomènes transitoires dus à l'introduction récente du nouveau financement hospitalier et qui devraient s'atténuer à moyen terme.

9.3.6 Prise en considération des organismes privés

Conformément à la LAMal, un hôpital doit correspondre à la planification établie par un ou plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate (art. 39, al. 1, lit. c en lien avec l'art. 35 LAMal).

Equilibre entre établissements publics et privés

La répartition entre établissements publics et privés parmi les hôpitaux figurant sur les listes du canton de Berne est équilibrée. Au 31 décembre 2015, 26 des 53 sites répertoriés étaient en mains privées. Ainsi, contrairement à d'autres cantons, celui de Berne présente une proportion comparativement élevée d'établissements hospitaliers privés (voir tableau 3). En 2014, 52,9 pour cent des quelque 164 013 sorties en mode hospitalier (d'un des 53 hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne) étaient enregistrées dans un hôpital privé. 51,7 pour cent ou 77 175 d'entre elles concernaient les soins aigus somatiques, 88,1 pour cent ou 5 086 la réadaptation et 49,9 pour cent ou 4 075 la psychiatrie⁶¹. Le tableau 14 présente la situation au 31 décembre 2015.

Tableau 14

Nombre d'établissements bernois publics et privés

Hôpitaux répertoriés	Nombre de sites au 31.12.2015
Nombre total d'hôpitaux répertoriés	65
établissements publics	35
établissements privés	30
Dont hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	53
établissements publics	27
établissements privés	26
Dont hôpitaux répertoriés situés dans un autre canton	12
établissements publics	8
établissements privés	4
Hôpitaux bernois non répertoriés	2
établissements publics	0
établissements privés	2
Nombre total des hôpitaux bernois	55

Source : SAP (état au 31.12.2015)

9.3.7 Coordination avec d'autres cantons

Durant la période de planification 2011-2014, la haute spécialisation, la vaste offre de prestations et la qualité des traitements des hôpitaux bernois se sont traduites par la prise en charge d'un grand nombre de patientes et de patients venant d'autres cantons. La SAP s'attend à ce que cette évolution se poursuive lors de la période de planification 2017-2020.

Libre choix de l'hôpital depuis 2012

L'article 39, alinéa 2 de la LAMal révisée oblige expressément les cantons à coordonner leurs planifications. Par ailleurs, le libre choix de l'hôpital a été introduit dans toute la Suisse le 1^{er} janvier 2012. Il englobe tous les hôpitaux figurant sur les listes du canton de domicile ou de celui où sont situés les établissements hospitaliers. De ce fait, les dispositions de la LAMal relatives à la coordination entre cantons gagnent encore en importance. Ces derniers doivent harmoniser leurs planifications notamment dans le cas où un fournisseur de prestations joue un rôle déterminant dans la prise en charge de la population d'autres cantons⁶².

Patientes et patients d'autres cantons pris en charge par les hôpitaux bernois

Depuis l'introduction du libre choix de l'hôpital en 2012, les patientes et patients domiciliés dans les cantons limitrophes ont été de plus en plus nombreux à recourir aux prestations des établissements bernois, et ce dans une proportion supérieure à celle des patientes et patients bernois se faisant traiter dans les hôpitaux des cantons jouxtant celui de Berne (voir partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*). Au 31 décembre 2015, plusieurs hôpitaux bernois étaient présents sur les listes d'autres cantons, et 12 hôpitaux extracantonaux figuraient sur les listes bernoises pour les soins aigus somatiques et la réadaptation. L'agglomération bernoise, en particulier, présente un important attrait tant pour la population du canton que pour celle des cantons voisins. En 2013, le taux total de patientes et patients d'autres cantons séjournant dans un hôpital de l'agglomération bernoise s'élevait ainsi, tous domaines confondus (soins aigus somatiques, réadaptation et psychiatrie), à 17,4 pour cent (19 785 personnes). La même année, les établissements de

⁶¹ Remarque : la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière* contient une liste des hôpitaux publics et privés au 31 décembre 2015, accompagnés du nombre de cas traités en 2014.

⁶² Cf. art. 39, al. 2 LAMal.

l'agglomération bernoise ont accueilli en mode hospitalier 72,3 pour cent des patientes et patients extracantonaux traités dans le canton de Berne (2013 : 27 348 cas extracantonaux pour l'ensemble des hôpitaux bernois répertoriés).

Collaboration intercantonale

Le canton de Berne est conscient de sa responsabilité particulière en matière de planification dans le cadre de la coordination avec ses voisins. Au cours de la période de planification 2017-2020, il harmonisera avec les cantons concernés les listes des hôpitaux pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie. L'objectif de cette démarche consiste notamment à éviter les surcapacités dans le voisinage immédiat et à encourager l'échange d'informations et la communication avec les cantons limitrophes. Par ailleurs, Berne collabore étroitement avec les représentants des 25 autres cantons dans le cadre du groupe de travail Planification hospitalière de la CDS. Enfin, il pratique avec Zurich et l'Argovie un échange intercantonal concernant la planification des soins et les processus d'élaboration des listes des hôpitaux.

9.4 Principes de planification du canton de Berne

Conformément à la LAMal (art. 39, al. 1, lit. d) et à l'OAMal (art. 58a, al. 1), le canton de Berne est tenu de déterminer les besoins de sa population et d'assurer l'offre en inscrivant des établissements bernois et extracantonaux sur ses listes des hôpitaux. Lors de l'évaluation des fournisseurs de prestations entrant en ligne de compte, il applique les critères de planification prévus par la législation fédérale (art. 39, al. 2ter LAMal ; art. 58b OAMal) (voir section 9.3). S'agissant de la planification hospitalière, il peut définir des prescriptions supplémentaires.

Pour la période de planification 2017-2020, le canton exploite cette marge de manœuvre et oriente la planification des soins bernoise en fonction des principes suivants :

- Pour sa planification hospitalière, le canton prend en considération le modèle échelonné de prise en charge et respecte des aspects régionaux. Ce faisant, il tient compte des particularités démographiques et géographiques de son territoire (voir section 7.3).
- Lors de l'attribution des mandats de prestations sur les listes des hôpitaux, le canton tient compte du critère de la nécessité pour la couverture en soins des prestations fournies par les établissements cantonaux et extracantonaux. Les listes cantonales couvrent au moins 80 pour cent des besoins actuels (voir section 9.3.2).
- Le canton veille à exploiter les effets de synergie lors de l'octroi des mandats de prestations. A cet effet, il vise l'attribution de domaines de prestations entiers, tout particulièrement en angiologie, cardiologie, urologie et orthopédie ainsi qu'en obstétrique et néonatalogie. Il privilégie par ailleurs l'intégration médicalement judicieuse des prestations touchant plusieurs domaines fournies en amont et en aval. A l'inverse, en cas de surcapacité, il tend à renoncer à attribuer des mandats pour des domaines de prestations complets ou des sites entiers (voir section 9.5.3).
- D'entente avec les hôpitaux répertoriés, le canton vérifie le respect systématique des nombres minimaux de cas. Pour les traitements spécialisés, il garantit en priorité une qualité et une sécurité élevées, dans l'intérêt des patientes et patients concernés, plutôt qu'une couverture sur tous les sites (voir sections 7.3 et 10.3.2).
- A l'avenir, par souci de transparence, le canton de Berne publiera pour les différents mandats de prestations le nombre de cas par site et par an ainsi que d'autres indicateurs (nombre minimal de cas, mesures de l'ANQ, indicateurs de qualité de l'OFSP). Ce faisant, il prend en compte les intérêts des patientes et patients, des médecins ou services qui les hospitalisent et des assureurs (voir chapitre 21).

9.5 Méthode de planification

En complément aux principes de planification exposés à la section 9.3, l'article 58b OAMal prescrit aussi la méthode.

9.5.1 Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins comprend l'identification, la description et l'estimation des besoins en prestations hospitalières de la population considérée. Elle englobe l'état des besoins actuels et le calcul des besoins futurs. Au sens de la LAMal, il s'agit des besoins attestés et à couvrir, et non des besoins normatifs comme les moyennes suisses. La population considérée est la population résidente permanente du canton de Berne. L'évaluation des besoins doit notamment tenir compte de l'évolution de la pyramide des âges et de la structure démographique du canton. Par ailleurs, le calcul des besoins futurs doit prendre en considération les développements dans les domaines de l'épidémiologie, de la technique médicale, de la politique de la santé et de l'économie⁶³.

Démarche

Pour la période de planification 2017-2020, le calcul des besoins futurs repose sur la méthode prévisionnelle fondée sur le statu quo, également utilisée dans d'autres cantons et pays⁶⁴. Elle est complétée par les résultats d'une enquête exhaustive auprès des sociétés médicales, composée de questions sur les développements attendus en épidémiologie et en technique médicale ainsi que sur d'autres évolutions déterminantes touchant à la société et à l'économie.

9.5.2 Analyse de l'offre

L'analyse de l'offre a pour objectif de comparer les prestations hospitalières proposées avec les résultats de l'évaluation des besoins de la population. Elle décrit également les conditions de prise en charge dans les différents hôpitaux au moment du dépôt du dossier. Elle est susceptible de fournir des informations prospectives dans la mesure où les hôpitaux intéressés communiquent à cette occasion les prestations qu'ils projettent de mettre en place et d'étendre. Conformément aux exigences de l'article 58b, alinéa 4 OAMal (en lien avec l'art. 49, al. 7 LAMal), l'analyse de l'offre comprend des comparaisons entre hôpitaux concurrents en ce qui concerne la qualité et l'économicité des prestations (lit. a), l'accessibilité géographique (lit. b) ainsi que la disponibilité et la capacité (aptitude) à remplir le mandat de prestation (lit. c).

Démarche

Enquête sur l'offre de prestations pour la planification des soins 2016

En vue de la planification des soins 2016, la SAP a procédé durant l'été 2015 à la première enquête exhaustive sur l'offre de prestations de l'ensemble des hôpitaux bernois répertoriés et des autres établissements hospitaliers intéressés. Cette enquête portait également sur l'évolution future de l'offre prévue dans chaque hôpital.

Candidatures pour les listes des hôpitaux sur la base de la planification 2016

Des procédures formelles de candidature seront introduites sur la base de la planification 2016 pour les listes des hôpitaux de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie. La sélection sera ensuite opérée sur la base des dossiers complets déposés par tous les hôpitaux concurrents aptes à remplir les mandats de prestations.

9.5.3 Sélection en deux étapes pour les listes cantonales des hôpitaux

La sélection permettra au canton de Berne de déterminer pour la période de planification 2017-2020 les hôpitaux qui couvriront les besoins calculés.

Démarche

La sélection sera effectuée selon une méthode en deux étapes, par groupe ou domaine de prestations et par site hospitalier. Ces deux étapes sont brièvement décrites ci-après.

⁶³ Cf. arrêts du TAF C-401/2012, C-426/2012 et C-452/2012.

⁶⁴ Cf. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010.

Les sections 9.5.3.1 et 9.5.3.2 détaillent la méthode. L'illustration 15 en schématise les étapes :

- Etape 1** La première étape consiste à établir quels sont les hôpitaux aptes à répondre aux besoins de la population du canton. Lorsque les prestations offertes n'excèdent pas les besoins calculés, le choix entre plusieurs hôpitaux aptes à remplir le mandat est superflu.
- Etape 2** En cas de surcapacité, autrement dit lorsque l'offre de prestations est supérieure aux besoins à couvrir, le canton procède à une sélection parmi les hôpitaux aptes à remplir le mandat.

Marge de manœuvre du canton

En cas de surcapacité, le canton doit évaluer, en conformité avec la Constitution et la législation, quels sont les hôpitaux qui satisfont le mieux aux principes et aux objectifs de la planification. Une certaine marge de manœuvre est nécessaire, faute de quoi il serait impossible de mettre en œuvre les résultats de l'analyse de l'offre et de la demande sous forme de listes cantonales des hôpitaux⁶⁵.

Exploitation des effets de synergie

Aux termes de l'article 58b, alinéa 5 OAMal, les cantons doivent prendre en considération l'exploitation des synergies existantes lors du choix des hôpitaux. Pour remplir cette obligation, le canton de Berne privilégie le regroupement de mandats sous forme de domaines de prestations, ces derniers correspondant aux disciplines médicales courantes. Il peut ainsi former des assemblages judicieux tout en évitant de générer des surcapacités. Cela signifie à l'inverse qu'en cas de surcapacité, il tend à renoncer à attribuer des mandats pour des domaines de prestations entiers ou pour tout un site hospitalier.

9.5.3.1 Etape 1 : sélection des hôpitaux aptes à fournir la prestation

La première étape comporte deux phases :

- Phase 1** **Evaluation de l'aptitude** : un hôpital est fondamentalement apte à fournir une prestation lorsqu'il remplit tant les conditions générales que les exigences propres au groupe de prestations, ce qu'il doit démontrer.
- Phase 2** **Evaluation de la conformité aux besoins** : lorsque les prestations proposées par tous les établissements concurrents jugés aptes correspondent aux besoins d'une région déterminée, tous obtiennent un mandat de prestations cantonal. Dans ce cas, le canton ne dispose d'aucune marge de manœuvre, tous les hôpitaux intéressés se révélant nécessaires à la couverture en soins.

Si l'admission sur la liste de l'ensemble des établissements aptes entraîne une surcapacité, le canton doit procéder à une sélection plus serrée⁶⁶. Dans ce cas uniquement, la décision passe par une seconde étape.

9.5.3.2 Etape 2 : sélection parmi plusieurs établissements aptes à fournir la prestation

Lorsque l'offre de prestations est supérieure aux besoins prévisionnels, le canton procède à une évaluation pour savoir quels sont les hôpitaux qui répondent le mieux aux principes et aux objectifs de la planification. Il dispose dans ce contexte d'une marge d'appréciation qu'il doit exploiter en conformité avec la Constitution et la législation, selon la jurisprudence actuelle.

⁶⁵ Cf. arrêt du TAF C-5301/2010.

⁶⁶ Cf. arrêt du TAF C-6266/2013 consid. 4.6 et Rüttsche, 2011, n° 47 ss.

La seconde étape comporte également deux phases :

Phase 3 **Comparaison de l'économicité et de la qualité des prestations** : lorsque l'ensemble des prestations offertes par les hôpitaux aptes à remplir le mandat excède les besoins, le canton retient les établissements qui fournissent des prestations de qualité supérieure au meilleur coût.

Phase 4 Prise en considération d'autres critères : selon la jurisprudence actuelle, la sélection des hôpitaux ne peut obéir au seul critère de l'économicité. Pour répondre à l'impératif de l'égalité de traitement, le canton doit procéder à une comparaison exhaustive des hôpitaux aptes à remplir le mandat de prestations. Il est impossible ici de dresser une liste complète des critères intervenant ici, car il convient de statuer au cas par cas.

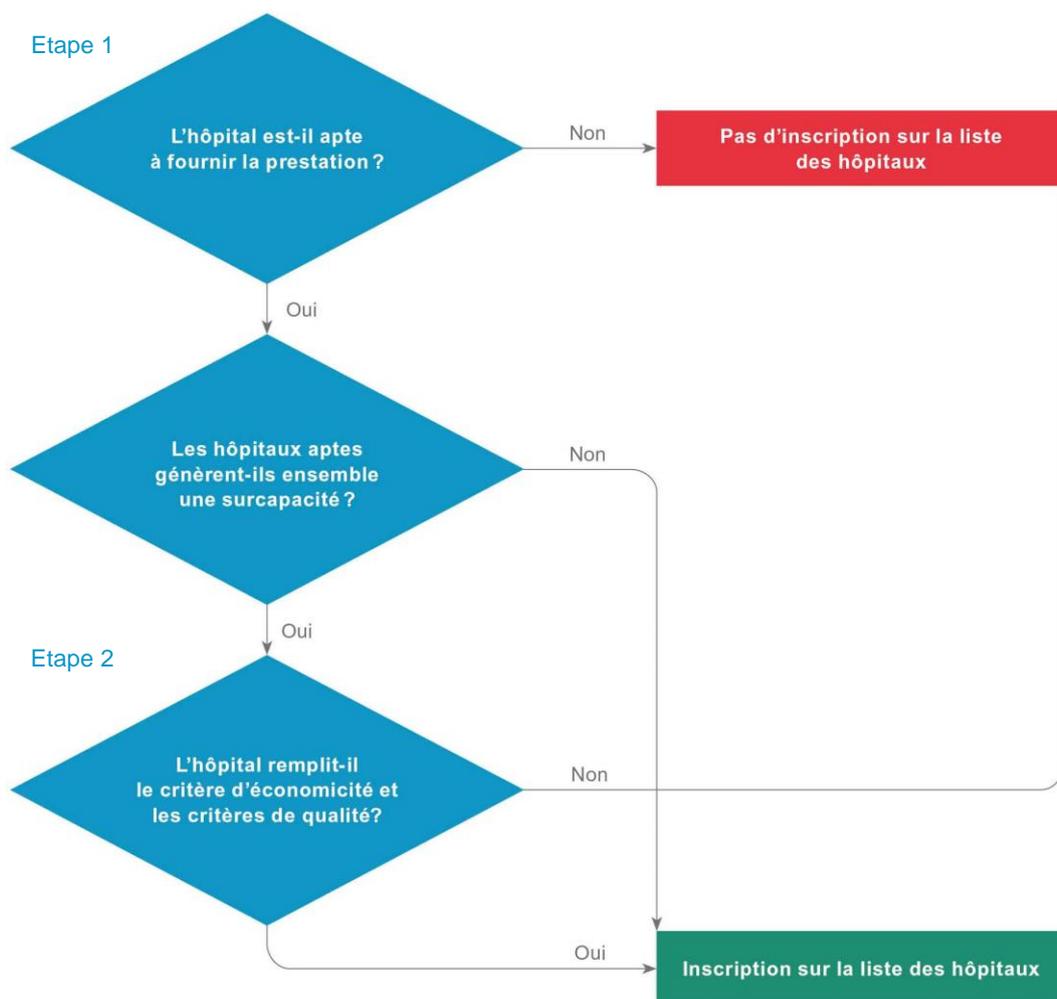
En résumé, il est expressément précisé qu'en cas de surcapacité, le canton de Berne dispose d'une marge de manœuvre pour la seconde étape du choix. Il doit cependant se fonder sur des considérations objectives, compréhensibles, conformes à la Constitution et à la loi et obéissant au principe de l'égalité de traitement.

9.5.3.3 Droit des fournisseurs de prestations à être entendus

Le processus de sélection en vue de l'inscription sur les listes des hôpitaux se termine par la décision d'attribuer ou non le mandat de prestations. Dans le canton de Berne, le Conseil-exécutif met en vigueur les listes cantonales des hôpitaux par des décisions individuelles. Ces décisions établissent, par site, si un hôpital est considéré apte à remplir les mandats relatifs aux groupes de prestations concernés et si ses prestations sont nécessaires à la couverture des besoins de la population cantonale. Sur cette base, il est ou non admis à figurer sur les listes cantonales. La décision constitue donc un instrument d'exécution de la planification envers les hôpitaux et les assureurs-maladie. Le canton accorde aux fournisseurs de prestations le droit d'être entendus, ce qui permet, d'une part, d'établir correctement les faits et, de l'autre, de garantir le droit de participation des parties à la décision prise par le canton. Le droit d'être entendu donne notamment la possibilité à un établissement hospitalier de se prononcer sur la décision, de fournir des preuves utiles et significatives le cas échéant et de consulter son dossier⁶⁷. La décision entre en force lorsque l'hôpital qui a qualité pour recourir ne le fait pas dans un délai de 30 jours.

⁶⁷ Cf. arrêt du TAF C-5576/2011.

Illustration 15
Schéma de la sélection en deux étapes



Source : SAP, état au 31.12.2015.

Digression : critères à considérer dans la seconde étape de la sélection

Ces critères, qui peuvent influencer positivement le choix, sont par exemple les suivants :

- Un hôpital remplit mieux dans l'ensemble les objectifs de la planification des soins (en matière d'accessibilité, de qualité et de capacité d'admission, en particulier).
- Un hôpital respecte mieux dans l'ensemble les principes de la LSH (en ce qui concerne le travail en réseau et la gestion intégrée des soins selon l'art. 3, al. 2 LSH).
- Un hôpital dispose de connaissances particulières qui devraient être créées dans un établissement concurrent.

D'autres critères de sélection peuvent entrer en ligne de compte (la fourniture de la preuve étant obligatoire dans le cadre de l'état des lieux) :

- compétences, expérience ou connaissances spécifiques,
- prestations hospitalières fournies en amont ou en aval,
- mandat déjà attribué sur les listes cantonales des hôpitaux pour un groupe du même domaine de prestations ou de spécialisation,
- répartition régionale (offre existante comprise),
- taille de l'entreprise, en particulier en ce qui concerne les unités autonomes, vu la pénurie de personnel médical et soignant,
- coût ou investissement nécessaire (possibilité d'utiliser les bâtiments existants),
- rapidité de la mise en œuvre,
- accès à des soins de base prodigués dans la langue officielle de la région (prise en compte du bilinguisme ; voir également section 7.2).

Par contre, la mise devant le fait accompli n'est pas un critère à prendre en considération :

- Si un hôpital met en place une offre ou l'élargit sans disposer d'un mandat de prestations, il assume l'entière responsabilité du risque de l'entrepreneur.

10 Autres thèmes et points forts définis pour la planification des soins 2016

De nouvelles priorités ont été définies au cours de la période de planification 2011-2014, parmi lesquelles les soins d'urgence, les soins périnataux, la cybersanté ainsi que le développement des critères de qualité applicables aux hôpitaux bernois répertoriés.

10.1 Nouvelles priorités

10.1.1 Soins d'urgence

La notion d'urgence

Ni le droit fédéral ni le droit bernois ne définissent uniformément ce terme. Il appartient donc au fournisseur de prestations et au médecin traitant d'évaluer s'ils sont en présence d'une urgence ou non. La statistique médicale des hôpitaux se fonde pour sa part sur la définition suivante⁶⁸ : admission non annoncée et non planifiée à l'hôpital nécessitant un traitement immédiatement ou dans les 12 heures. Un transfert est possible sans admission préalable dans une unité hospitalière.

Secteurs de soins concernés

Assurer les soins d'urgence hospitaliers est un élément essentiel de la planification des soins. Ceux-ci doivent être faciles d'accès et présenter une qualité élevée, d'où découlent des exigences spécifiques envers les hôpitaux du canton habilités à les dispenser dans les domaines des soins aigus et de la psychiatrie. Dans l'intérêt des patientes et patients concernés, le canton attend en outre de tous les hôpitaux qu'ils prennent en charge les urgences des services de sauvetage et procèdent à un premier examen. Si les soins exigés ne font pas partie de leur mandat de prestations, les hôpitaux organisent le transport vers l'établissement approprié le plus proche en assurant ou en stabilisant l'aptitude au transport de la patiente ou du patient. La loi distingue les urgences hospitalières des urgences préhospitalières (voir art. 2, lit. b LSH). Il convient de noter qu'un sauvetage performant fait partie intégrante de soins médicaux de qualité dans les régions à faible densité de population. Des premiers soins dispensés avec rapidité et professionnalisme sont cruciaux pour l'efficacité du traitement médical en urgence. En fait notamment partie l'admission subséquente dans un hôpital approprié.

Nouveau groupe de prestations pour de meilleurs soins d'urgence en psychiatrie

Dans le domaine de la psychiatrie, les prescriptions structurelles seront renforcées en ce qui concerne tant l'accessibilité que la disponibilité d'intervention et d'examen. Les hôpitaux titulaires d'un mandat de soins de base (catégorie GRU de la classification GPPH en psychiatrie), qui inclut les admissions en urgence, seront tenus de garantir une accessibilité totale. Les urgences doivent pouvoir être prises en charge en tout temps.

Digression : exigences à remplir pour les urgences psychiatriques

Tableau 15

Exigences en matière de soins d'urgence selon la classification GPPH en psychiatrie

Sigle	Description
GRU	Soins de base : accessibilité élevée (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), garantie et capacité élevée d'hospitalisation en urgence et pour les placements à des fins d'assistance, offre complète de prestations résidentielles, réseau solide avec offre de prestations ambulatoires (garantie élevée d'examen et d'intervention ambulatoires)

⁶⁸ Cf. Office fédéral de la statistique, 2011.

Soins d'urgence dans les hôpitaux bernois de soins aigus somatiques

La population du canton doit avoir accès 24 heures sur 24 aux urgences des hôpitaux répertoriés. Les établissements proposant le paquet de base Chirurgie et médecine interne de la classification GPPH en soins aigus somatiques sont tenus de gérer un service des urgences approprié de degré 1 (voir tableau 16). Durant la période de planification 2011-2014, 22 des 33 hôpitaux bernois de la liste des hôpitaux 2014 pour les soins aigus somatiques ont rempli les conditions du mandat de prestations du paquet de base. Au 31 décembre 2015, ils contribuaient à assurer des soins d'urgence permanents sur le territoire cantonal (voir tableau 17 et illustration 16).

Digression : conditions imposées aux services des urgences par la classification GPPH en soins aigus somatiques

La classification distingue trois niveaux, selon l'urgence des soins à prodiguer dans les divers groupes de prestations. Des exigences particulières sont de plus définies pour l'obstétrique. Le tableau 16 récapitule les différentes conditions imposées aux services des urgences.

Tableau 16

Exigences en matière de soins d'urgence selon la classification GPPH en soins aigus somatiques

Exigences	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4 obstétrique
Soins médicaux d'urgence	<p>8-17 h lu-ve Des spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel).</p> <p>17-8 h lu-ve et 24 h sur 24 durant les week-ends et les jours fériés Des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.</p>	<p>8-17 h lu-ve Des spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et, en cas de nécessité médicale, sont présents au service des urgences dans un délai de 5 minutes (les interventions chirurgicales ne sont admises qu'en cas d'urgence).</p> <p>17-8 h lu-ve et 24 h sur 24 durant les week-ends et les jours fériés Des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.</p>	<p>8-23 h lu-ve Des spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et, en cas de nécessité médicale, sont présents au service des urgences dans un délai de 5 minutes (les interventions chirurgicales ne sont admises qu'en cas d'urgence).</p> <p>23-8 h lu-ve et 24 h sur 24 durant les week-ends et les jours fériés Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences et, en cas de nécessité médicale, sont présents au service des urgences dans un délai de 5 minutes (les interventions chirurgicales ne sont admises qu'en cas d'urgence). Au moins un de ces médecins-assistants doit se trouver dans la 2^e moitié de sa formation de spécialiste. Par ailleurs, en cas de nécessité médicale, le service des urgences dispose d'un médecin au bénéfice d'une spécialisation en chirurgie dans un délai de 15 minutes (les interventions chirurgicales ne sont admises qu'en cas d'urgence) et d'un médecin au bénéfice d'une spécialisation en médecine dans un délai de 30 minutes.</p>	<p>24 h sur 24 Un médecin au bénéfice d'une spécialisation en gynécologie-obstétrique est à la disposition du service d'obstétrique dans les 15 minutes.</p> <p>Les césariennes en urgence doivent être pratiquées dans un délai inférieur à 15 minutes (DDN = délai décision-naissance).</p>
Spécialisations obligatoirement disponibles sur place	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale : - médecine interne (dans un délai de 30 min) - chirurgie (dans un délai de 30 min) - anesthésie (dans un délai de 15 min)	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale : - anesthésie (sur place) - médecine intensive (sur place)	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale : - anesthésie (sur place) - médecine intensive (sur place)	Spécialiste/Sage-femme joignable en cas de nécessité médicale : - anesthésie (sur place) - sage-femme sur place 24 h sur 24

Tableau 17

Hôpitaux bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences

N°	Hôpital (site)	Paquet de base Chirurgie et médecine interne (PB)
4	Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	X
5	Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	X
7	Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	X
8	Klinik Siloah AG	X
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	X
10	Clinique des Tilleuls SA	X
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	X
14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	X
15	Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	X
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	X
17	Spital Frutigen, spitaler fmi AG	X
18	Spital Interlaken, spitaler fmi AG	X
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	X
20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	X
21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	X
22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	X
23	Spital Thun, Spital STS AG	X
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	X
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG	X
26	Centre hospitalier Bienne SA	X
	Total (sites)	22

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Admissions en urgence

En 2013, le nombre d'admissions en urgence dans les hôpitaux bernois de soins aigus somatiques (patientes et patients bernois et d'autres cantons confondus) s'est établi à 69 985, en progression de +2,6 pour cent par rapport à 2012 (voir tableau 18).

Tableau 18

Admissions d'urgence dans les hôpitaux bernois de soins aigus somatiques en 2012 et 2013

N°	Hôpital (site)	31.12.2012	31.12.2013
4	Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	13 968	15 071
26	Centre hospitalier Bienne SA	7289	7691
23	Spital Thun, Spital STS AG	6181	6868
18	Spital Interlaken, spitaler fmi AG	4423	4212
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	5028	4801
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	3787	3484
	Zieglerspital, Spital Netz Bern AG (jusqu'en 2015)	2719	2547
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	2972	3163
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	3196	3541
15	Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	2330	2297
14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	2038	1999
20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	1635	1743
21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	1477	1599
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	1631	1634
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	1331	1258
5	Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	1386	1439
17	Spital Frutigen, spitaler fmi AG	1705	1599
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	1267	1288
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG	1071	1439
22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG (jusqu'en 2015)	971	863
	Hôpital de Gessenay, Spital STS AG (jusqu'en 2012)	541	-
7	Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	442	402
1	Engeriedspital, Lindenhof AG ¹⁾	370	316
10	Clinique des Tilleuls SA	394	684
8	Klinik Siloah AG	48	47
	Total	68 200	69 985

¹⁾ L'hôpital Engeried ne possède pas de service des urgences à proprement parler. Les chiffres ci-dessus s'expliquent par la définition d'une urgence selon la statistique des hôpitaux, selon laquelle le traitement doit être prodigué dans les 12 heures suivant l'admission, cette dernière n'ayant pas forcément lieu – sur le plan administratif – via le service des urgences.

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Évaluation de l'accessibilité des soins d'urgence

Le critère de l'accessibilité des prestations nécessaires à la couverture des besoins (paquet de base selon la classification GPPH) fait l'objet de la section 9.3.3 du présent rapport. L'accès rapide à tous les hôpitaux répertoriés bernois assurant des soins d'urgence permanents est primordial pour la population du canton. Le tableau 19 et l'illustration 17 indiquent le degré d'accessibilité de ces établissements par les transports individuels motorisés (TIM), par exemple en voiture. L'évaluation montre que 91,4 pour cent de la population bernoise atteint un hôpital répertorié disposant d'un service des urgences en moins de 15 minutes et 99,1 pour cent en moins de 30 minutes. Des disparités dans le domaine des soins aigus somatiques existent entre Berne et les autres régions de soins du canton (voir tableau 11) : dans l'agglomération bernoise, 97,6 pour cent de la population atteint un hôpital disposant d'un service des urgences en moins de 15 minutes, contre 67,1 pour cent dans la région de soins du Jura bernois et 73,6 pour cent dans celle de l'Oberland bernois. Cependant, toutes régions de soins confondues, plus de 85 pour cent de la population atteint un hôpital disposant d'un service des urgences en moins de 25 minutes et 90 pour cent en moins de 30 minutes, ce qui permet d'affirmer que dans le canton de Berne, l'accessibilité des hôpitaux est très bonne.

Tableau 19

Accessibilité des hôpitaux répertoriés disposant d'un service des urgences permanent au 31 décembre 2015 | part en % de la population

Accessibilité par les transports individuels motorisés en minutes	Données de référence : population au 31.12.2013 (STATPOP)							Total
	Région 1 Berne	Région 2 Jura bernois	Région 3 Oberland bernois est	Région 4 Oberland bernois ouest	Région 5 Bienne	Région 6 Emmental	Région 7 Haute-Argovie	
moins de 5	48,6%	39,8%	26,6%	34,9%	45,8%	24,6%	26,0%	26%
5 à moins de 10	36,6%	15,4%	18,6%	39,2%	29%	35,8%	29,5%	29,5%
10 à moins de 15	12,4%	18,4%	21,9%	14,7%	20,2%	31,4%	32,5%	32,5%
15 à moins de 20	2,1%	24,9%	10%	6,8%	4,5%	6,1%	8,8%	8,8%
20 à moins de 25	<1%	1,5%	8,2%	1,7%	<1%	1,7%	3,2%	3,2%
25 à moins de 30	<1%	<1%	5,5%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
30 à moins de 45	<1%	<1%	4,1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
45 à 60	<1%	<1%	2,4%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Plus de 60	<1%	<1%	2,9%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%

Source : évaluation de la SAP sur la base des données démographiques cantonales de STATPOP 2013 et du modèle cantonal de trafic sous ArcGIS

Unités de soins intensifs

La prise en charge médicale des urgences où le pronostic vital est engagé comprend également le traitement dans les unités de soins intensifs (USI) des hôpitaux de soins aigus somatiques répertoriés⁶⁹. L'objectif premier est de maintenir ou de rétablir les fonctions vitales⁷⁰. L'exploitation des USI est adaptée aux besoins de soins d'urgence de la population du canton de Berne. En raison de son importance primordiale et parfois vitale, la prise en charge dans les services des urgences et les USI est soumise par la classification GPPH en soins aigus somatiques à des exigences extrêmement strictes⁷¹. Le nombre de patientes et de patients et la durée moyenne de séjour en unité de soins intensifs sont influencés par des facteurs tels que l'amélioration des premiers secours dispensés par le service de sauvetage pendant le transport et les progrès de la technique médicale. Dans le domaine de la médecine intensive, ces progrès permettent de procéder à des interventions tant urgentes que programmées qui constituaient encore un risque considérable il y a quelques années, notamment en ce qui concerne les patientes et patients âgés. Des USI prodiguant des traitements différenciés en fonction des niveaux d'exigence requis sont obligatoires pour les prestations médicales nécessitant, régulièrement ou pour une partie des patientes et patients, une surveillance ou un traitement en soins intensifs (du niveau 1 Unité de soins intermédiaires au niveau 3 Traitements complexes de médecine intensive y compris ventilation de longue durée). L'objectif consiste ici à assurer une prise en charge sûre, ininterrompue et sans transferts.

⁶⁹ Une urgence médicale où le pronostic vital est engagé est un état aigu potentiellement mortel dû à la perturbation d'une fonction vitale ou caractérisé par un risque de lésion organique irréversible suite à un traumatisme, à une maladie aiguë ou à une intoxication.

⁷⁰ Fonctions vitales : conscience, ventilation pulmonaire, circulation sanguine.

⁷¹ Cf. direction de la santé du canton de Zurich, 201X, en particulier les exigences imposées par la classification GPPH aux services des urgences et aux unités de soins intensifs, par niveaux.

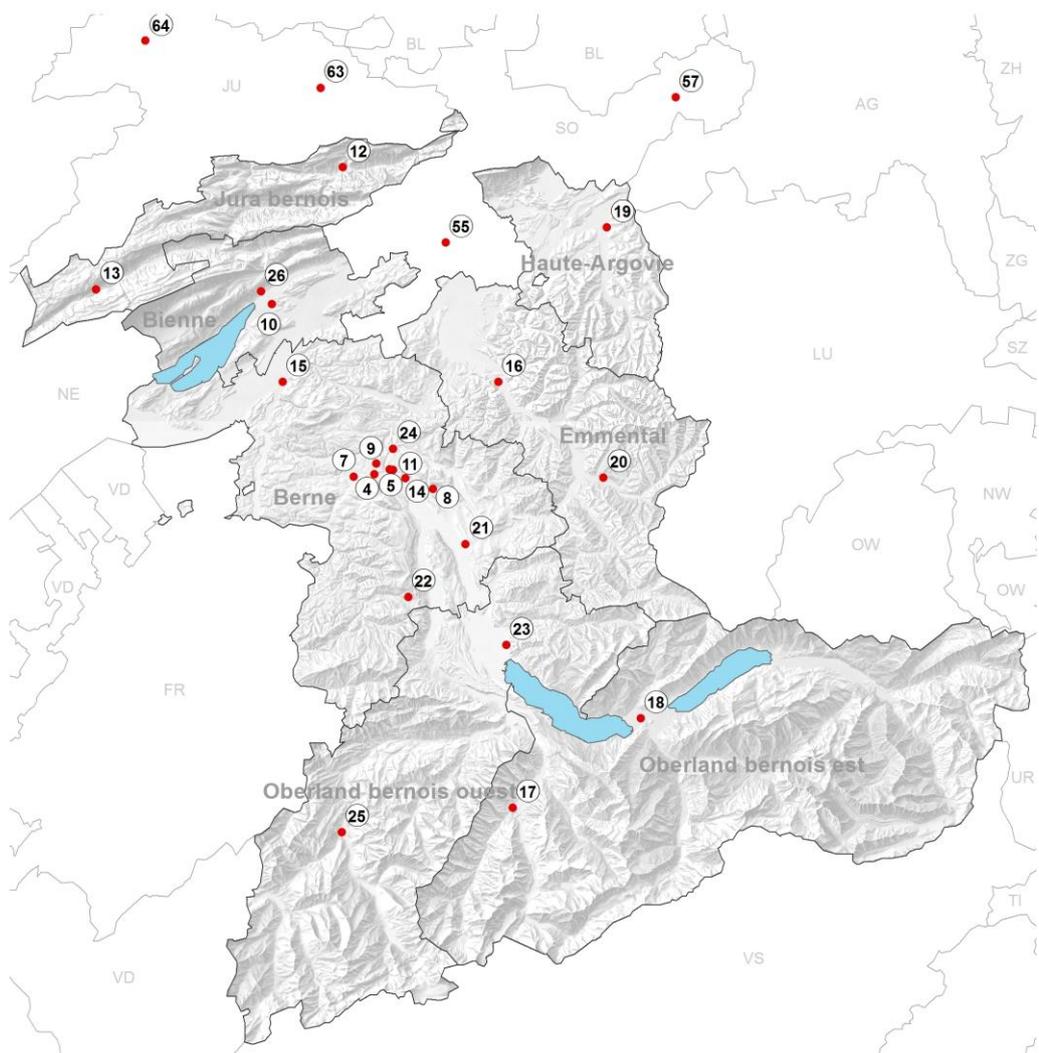
Illustration 16

Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences



Planification des soins 2016 BE

Paquet de base, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

1:700'000

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
4 Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG
5 Klinik Beau-Site, Hirslanden bern AG	15 Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
7 Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
8 Klinik Siloah AG	17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	26 Centre hospitalier Bienne SA
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	55 Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]
10 Clinique des Tilleuls SA	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG	57 Kantonsspital Olten, Solothurner Spitäler AG [SO]
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	64 Hôpital de Porrentruy, Hôpital du Jura [JU]
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	

Illustration 17

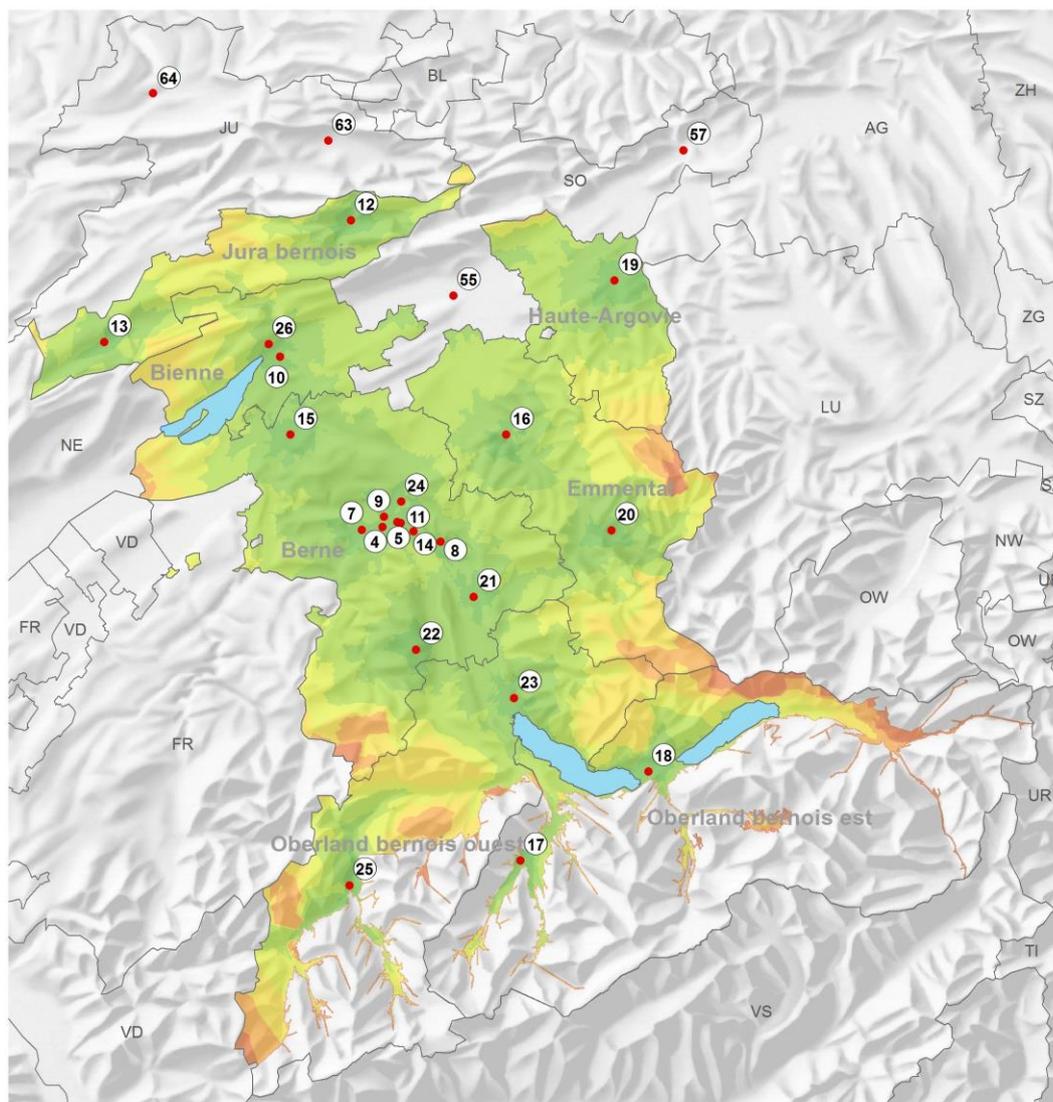
Accessibilité des hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences

a) Durée du trajet en transports individuels motorisés



Planification des soins 2016 BE

Accessibilité, paquet de base, état 31.12.2015



Accessibilité en minutes en TIM

- <5
- 5 à moins de 10
- 10 à moins de 15
- 15 à moins de 20
- 20 à moins de 25
- 25 à moins de 30
- 30 à moins de 45
- 45 à 60

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale



1:700'000

Illustration 17

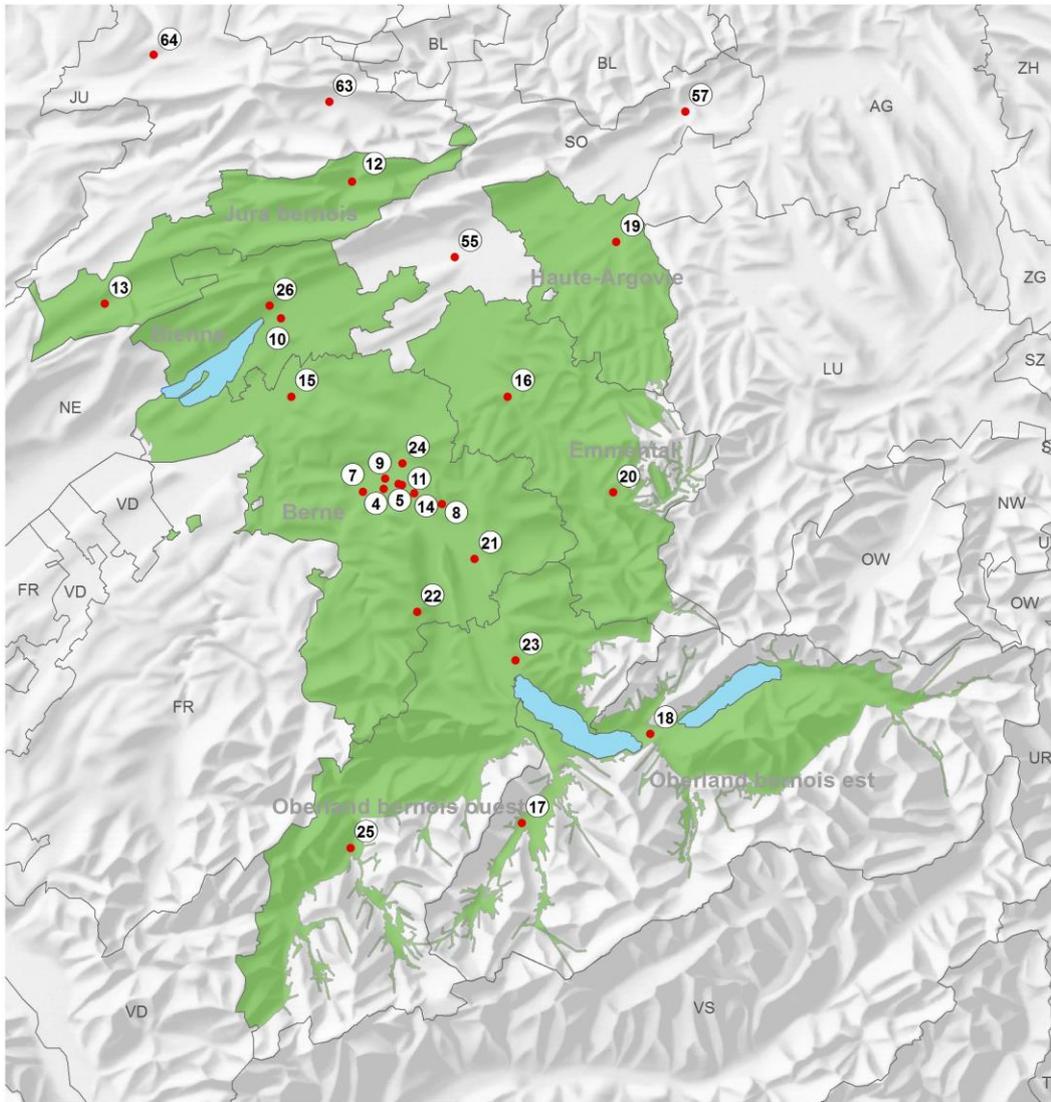
Accessibilité des hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences

b) Distance



Planification des soins 2016 BE

Accessibilité, paquet de base, état 31.12.2015



Accessibilité en kilomètres en TIM

■ jusqu'à 50



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

1:700'000

N°	Hôpital (site)	N°	Hôpital (site)	N°	Hôpital (site)
4	Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG
5	Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	15	Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	23	Spital Thun, Spital STS AG
7	Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG
8	Klinik Siloah AG	17	Spital Frutigen, spitäler fmi AG	26	Centre hospitalier Bienne SA
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	55	Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]
10	Clinique des Tilleuls SA	19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	57	Kantonsspital Olten, Solothurner Spitäler AG [SO]
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	63	Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	64	Hôpital de Porrentruy, Hôpital du Jura [JU]
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG		

Digression : exigences de la classification GPPH en soins aigus somatiques concernant les unités de soins intensifs

Tableau 20

Récapitulation des exigences concernant les unités de soins intensifs

Exigences	Niveau 1 Unité de soins intermédiaires	Niveau 2 Unité de soins intensifs	Niveau 3 Unités de soins intensifs
Directives de base	Voir site internet de la CDS, document de la direction de la santé du canton de Zurich intitulé <i>Exigences et explications supplémentaires portant sur des prestations spécifiques</i> : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/2016.1/weitergehende_leistungsspez_anforderungen_2016.1_f.pdf	Respect des directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) du 3 septembre 2015 sur la reconnaissance des unités de soins intensifs : http://www.sqi-ssmi.ch/tl_files/daten/4%20Qualitaet/ZK-IS/01_SSMI_CC-USI_Certification_Directives_2015_AG_V13_FR.pdf	
Conditions supplémentaires			Nombre de journées de soins et de ventilation mécanique selon les critères de la FMH pour les établissements de formation post-grade de catégorie A : - ≥ 2600 journées de soins par an - ≥ 1 000 journées de ventilation par an

Champ d'action pour les soins d'urgence

Durant la période de planification 2017-2020, le canton mettra en place un système de monitoring des structures de prise en charge d'urgence et de médecine intensive des hôpitaux bernois répertoriés, qui fournira des informations concernant les questions suivantes :

Recours aux services des urgences des hôpitaux de soins aigus

Il existe peu de données significatives en la matière. Il est possible que le recours aux services des urgences soit influencé par le comportement des patientes et des patients, les conditions de prise en charge ambulatoire, la problématique des temps d'attente et la situation dans les EMS. Une des priorités de la période de planification 2017-2020 consistera donc à en examiner les motifs, en intégrant également les autres secteurs et domaines de prise en charge.

Evolution de la médecine intensive

Ce thème fera également l'objet d'un suivi au cours de la période de planification 2017-2020, sur la base des données de routine de la statistique médicale des hôpitaux.

Evolution des soins psychiatriques de base et d'urgence

Là aussi, une analyse et un suivi approfondis sont prévus. Cela étant, les prestations psychiatriques ne pourront être évaluées qu'en relation avec le développement de la classification GPPH en psychiatrie et du nouveau mandat de prestations Soins de base (GRU), donc au plus tôt à la fin de la période de planification 2017-2020.

10.1.2 Obstétrique

Au 31 décembre 2015, 15 des 32 hôpitaux répertoriés assuraient une prise en charge dans les domaines de prestations Obstétrique et Nouveau-nés de la classification GPPH en soins aigus somatiques. Chacune des sept régions de soins aigus somatiques dispose d'au moins un établissement répertorié au bénéfice d'un mandat de prestations Obstétrique. A la même date, la liste des hôpitaux pour les soins aigus somatiques du canton de Berne comprenait également la maison de naissance Luna de Bienne. Par ailleurs, la qualité de la prise en charge dans ce domaine est assurée par des exigences particulières envers les services des urgences (niveau 4, voir tableau 16) et par la disponibilité obligatoire d'une ou d'un spécialiste en gynécologie et obstétrique. Selon la classification GPPH en soins aigus somatiques, les maisons de naissance répertoriées du canton de Berne doivent répondre à des exigences similaires⁷².

⁷² Cf. direction de la santé du canton de Zurich, classification GPPH en soins aigus somatiques, version 2016.1.

Prise en charge par niveau

Le domaine de l'obstétrique comprend plusieurs niveaux de prise en charge. La plupart des hôpitaux répertoriés proposent des soins de base en obstétrique (GEB 1 de la classification GPPH en soins aigus somatiques). Au 31 décembre 2015, 4 des 16 établissements répertoriés du canton de Berne assuraient également la mise au monde et la prise en charge de prématurés à partir de la 32^e semaine de grossesse (GEB1.1). En outre, l'hôpital universitaire est au bénéfice d'un mandat de prestations Obstétrique spécialisée (GEB1.1.1), obligatoire pour le suivi très intensif des prématurés dont le poids de naissance est inférieur à 1250 grammes. L'actuelle classification GPPH (version 2016.1) prévoit deux mandats de prestations (GEBH et NEOG) qui permettent aux maisons de naissance de prendre en charge les femmes enceintes depuis la 37^e semaine de grossesse, lorsque la naissance ne devrait présenter aucune complication. Le tableau 21 indique les hôpitaux répertoriés fournissant des prestations d'obstétrique avec le niveau de prise en charge correspondant. Il est complété par la carte de l'illustration 18.

Tableau 21

Maison de naissance et hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques avec les niveaux de prise en charge correspondants

N°	Hôpital (site)	Obstétrique (GEB)
1	Engeriedspital, Lindenhof AG	Obstétrique (à partir de la 32 ^e sem. et > 1250 g)
4	Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	Obstétrique spécialisée
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	Obstétrique (à partir de la 32 ^e sem. et > 1250 g)
10	Clinique des Tilleuls SA	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
17	Spital Frutigen, spitäler fmi AG	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
23	Spital Thun, Spital STA AG	Obstétrique (à partir de la 32 ^e sem. et > 1250 g)
26	Centre hospitalier Bienne SA	Obstétrique (à partir de la 32 ^e sem. et > 1250 g)
63	Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34 ^e sem. et > 2000 g)
Total (sites)		14
3	Maison de naissance Luna, Bienne	Maisons de naissance (à partir de la 37 ^e sem.)
Total (sites)		15

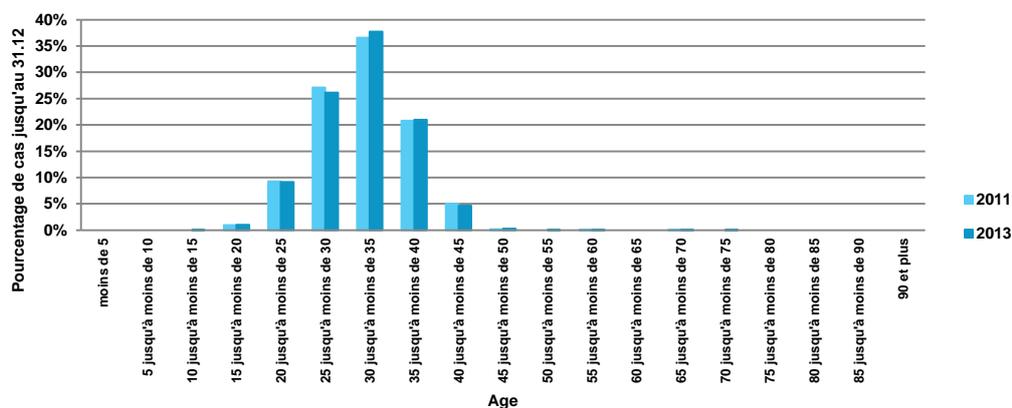
Source : SAP (état au 31.12.2015)

Age des mères bernoises à la naissance de leurs enfants

L'illustration 18 montre un glissement de l'âge moyen des parturientes : entre 2011 et 2013, la proportion des plus de 30 ans a augmenté tandis que celle des mères âgées de 30 ans et moins diminuait.

Illustration 18

Pyramide des âges des patientes en obstétrique en 2011 et 2013



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Nouveau-nés et prématurés venus au monde dans la maison de naissance et les hôpitaux bernois en 2013

Le tableau 22 indique le nombre de bébés nés dans les établissements hospitaliers bernois en 2013. On relèvera que seuls 78 des quelque 10 000 accouchements ont eu lieu dans la maison de naissance, ce qui correspond à une part relativement faible de 0,8 pour cent. En dépit de ce petit nombre de cas, la liste cantonale des hôpitaux de soins aigus somatiques comprend quand même ce type d'établissement.

Tableau 22

Nouveau-nés et prématurés venus au monde dans les hôpitaux bernois en 2013

N°	Hôpital (site)	Nombre de naissances	Prématurés nés avant la 37 ^e semaine de grossesse	Prématurés pesant moins de 1250 g à la naissance
4	Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	1524	567	117
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	1140	32	0
9	Lindenhospital, Lindenhof AG	1137	116	9
1	Engeriedspital, Lindenhof AG	1107	37	0
26	Centre hospitalier Bienne SA	1052	58	6
23	Spital Thun, Spital STS AG	967	52	2
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	553	18	0
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	539	25	1
10	Clinique des Tilleuls SA	527	22	2
21	Spital Münsingen	440	18	0
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	325	6	0
18	Spital Interlaken, spitaler fmi AG	280	12	1
17	Spital Frutigen, spitaler fmi AG	244	15	1
22	Spital Riggisberg, Spital Netz bern AG (jusqu'en 2013)	186	11	0
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG (jusqu'en 2015)	118	2	0
	Total	10 139	991	139
3	Maison de naissance Luna, Bienne	78	0	0
	Total	10 217	991	139
	dont mères domiciliées dans un autre canton	1162	221	47
	dont mères domiciliées à l'étranger	13	0	0

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Accessibilité de l'obstétrique

Au cours de la période de planification 2011-2014, un débat s'est engagé concernant l'accessibilité des prestations en obstétrique, suite à la fermeture des maternités des sites hospitaliers de Riggisberg et de Zweisimmen en 2013 et en 2015. Le tableau 23 et l'illustration 20 indiquent l'accessibilité de la maison de naissance et des hôpitaux répertoriés dispensant des soins obstétriques par les transports individuels motorisés pour la population féminine du canton. Les résultats de l'analyse montrent que 85,2 pour cent des Bernoises âgées de 15 à 45 ans les atteignent en moins de 15 minutes et 97,5 pour cent en moins de 30 minutes. Comme pour les soins de base et les soins d'urgence (paquet de base de la classification GPPH en soins aigus somatiques), on constate des disparités entre l'agglomération bernoise et les autres régions de soins aigus somatiques du canton. Toutefois, dans l'ensemble, le choix de ces établissements et leur accessibilité sont très bons dans le canton de Berne.

Tableau 23

Accessibilité de la maison de naissance et des hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques au 31.12.2015 | part en % de la population féminine de 15 à 45 ans

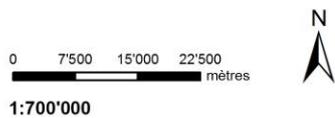
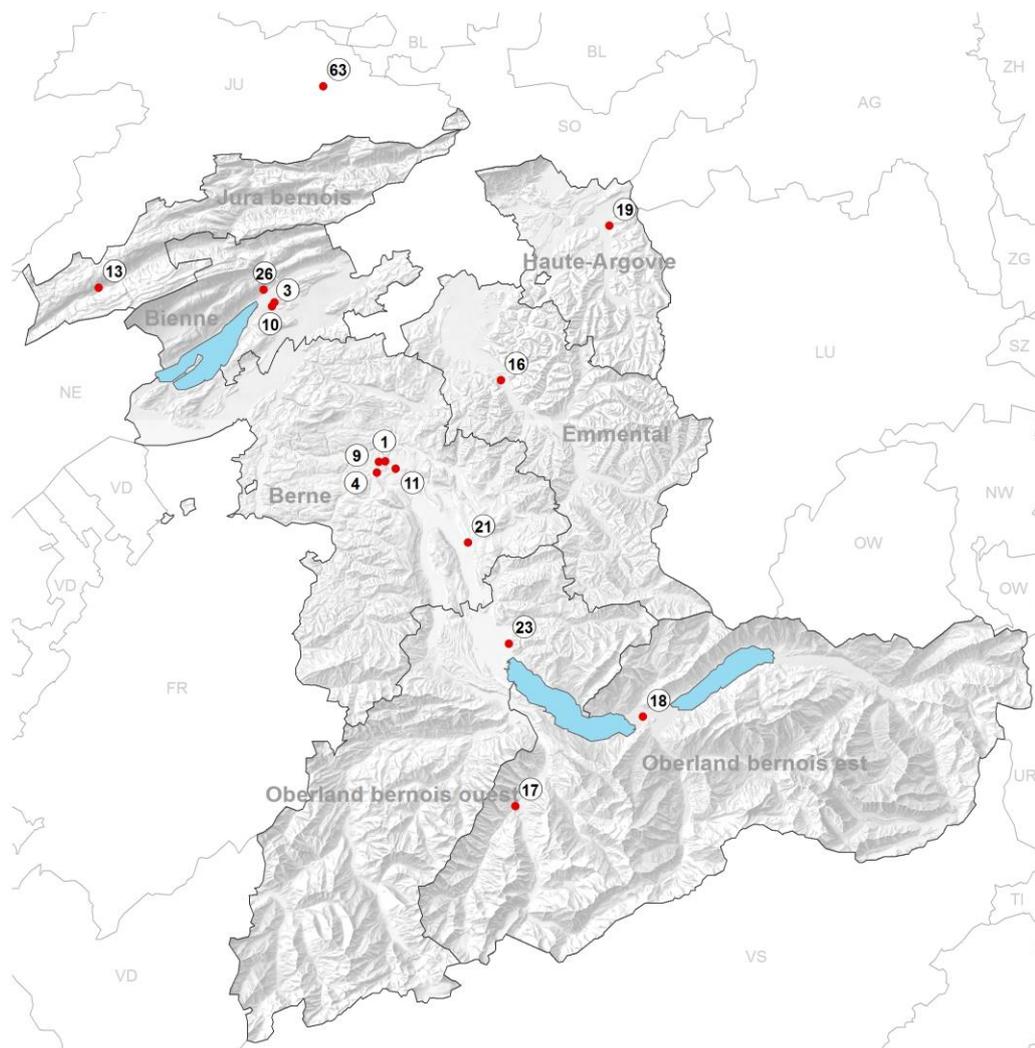
Accessibilité par les transports individuels motorisés (TIM) en minutes	Données de référence : population au 31.12.2013 (STATPOP)							Total
	Région 1 Berne	Région 2 Jura bernois	Région 3 Oberland bernois est	Région 4 Oberland bernois ouest	Région 5 Bienne	Région 6 Emmental	Région 7 Haute-Argovie	
moins de 5	37,2%	17,8%	28,4%	34,2%	54,1%	17,6%	26,9%	34,9%
5 à moins de 10	37,9%	9,5%	18,8%	34,8%	22,6%	25,3%	23,9%	30,7%
10 à moins de 15	18,3%	31,4%	20,6%	13,5%	17,0%	21,6%	33,2%	19,6%
15 à moins de 20	4,1%	31,5%	9,4%	3,0%	5,7%	22,4%	12,7%	8,0%
20 à moins de 25	2,1%	9,6%	8,4%	1,1%	<1%	8,4%	3,3%	3,2%
25 à moins de 30	<1%	<1%	5,5%	<1%	<1%	3,3%	<1%	1,0%
30 à moins de 45	<1%	<1%	3,8%	3,3%	<1%	1,6%	<1%	<1%
45 à 60	<1%	<1%	2,4%	7,3%	<1%	<1%	<1%	1,1%
plus de 60	<1%	<1%	2,8%	1,9%	<1%	<1%	<1%	<1%

Source : évaluation de la SAP sur la base des données démographiques cantonales de STATPOP 2013 et du modèle cantonal de trafic sous ArcGIS



Planification des soins 2016 BE

Obstétrique, état 31.12.2015



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
1 Engeriedspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG
4 Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
10 Clinique des Tilleuls SA	23 Spital Thun, Spital STS AG
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	26 Centre hospitalier Bienne SA
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	N° Maison de naissance
17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	3 Maison de naissance Luna, Bienne

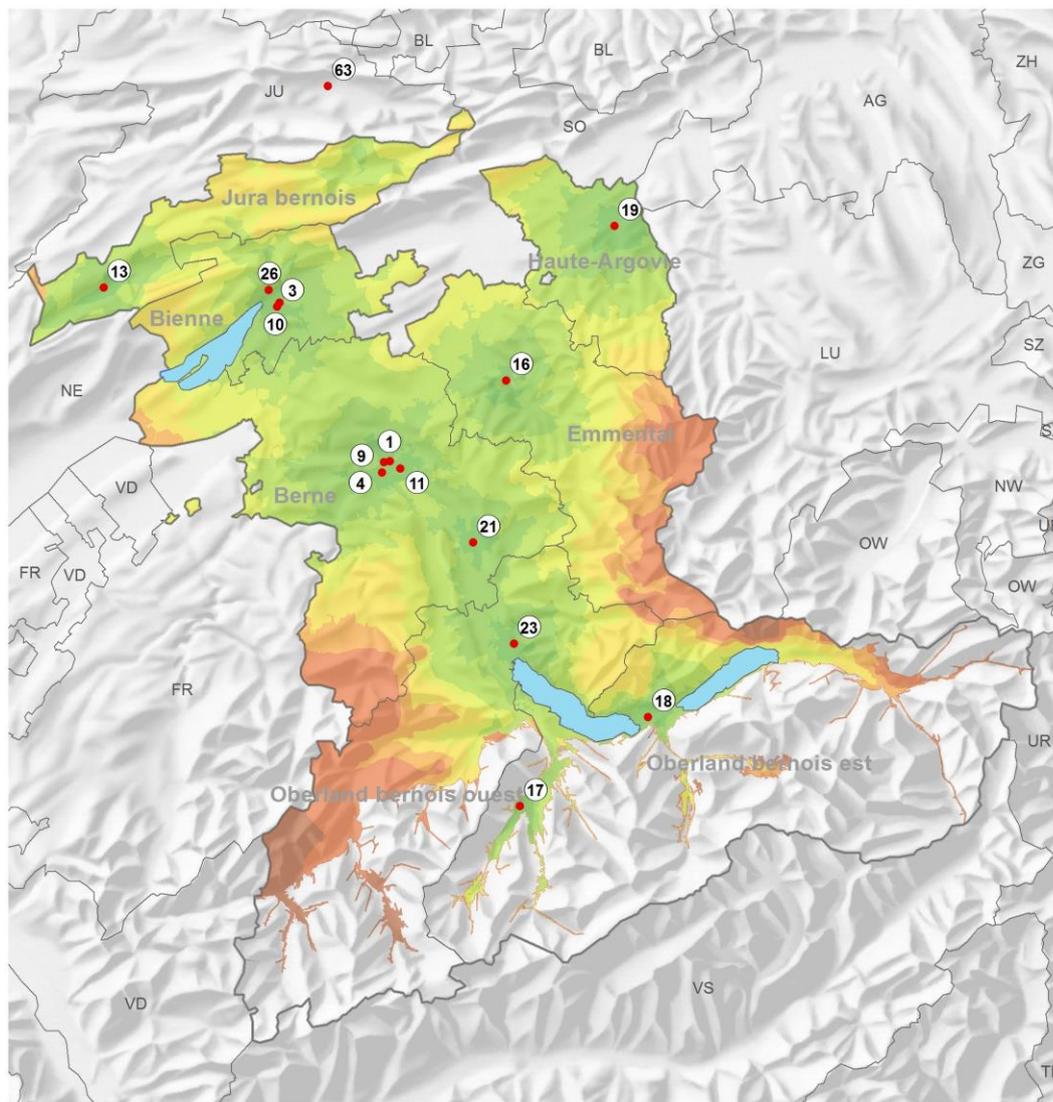
Illustration 20

Accessibilité de la maison de naissance et des hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques



Planification des soins 2016 BE

Accessibilité, obstétrique, état 31.12.2015



Accessibilité en minutes en TIM

- <5
- 5 à moins de 10
- 10 à moins de 15
- 15 à moins de 20
- 20 à moins de 25
- 25 à moins de 30
- 30 à moins de 45
- 45 à 60



Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

N° Hôpital (site)	N° Hôpital (site)
1 Engeriedspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG
4 Hôpital de l'Île – Hôpital universitaire de Berne	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
10 Clinique des Tilleuls SA	23 Spital Thun, Spital STS AG
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	26 Centre hospitalier Biemme SA
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	N° Maison de naissance
17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	3 Maison de naissance Luna, Biemme

Digression : introduction du modèle de soins périnataux gérés par les sages-femmes

Le 2 septembre 2013, le Grand Conseil a adopté sous forme de postulat la motion 126/2013 Imboden (Berne, Les Verts), déposée le 14 mai 2013, intitulée *Introduction du modèle de soins périnataux gérés par les sages-femmes*. En tant que Direction compétente, la SAP a été chargée d'examiner les mesures possibles à l'échelon cantonal. De l'avis du canton, le souhait de développer les soins périnataux gérés par les sages-femmes, non en lieu et place d'une prise en charge médicale mais comme solution de rechange, est justifié. Les possibilités du gouvernement d'imposer aux hôpitaux la création d'une telle offre sont cependant très limitées. D'une part, il revient aux hôpitaux de déterminer leur programme de soins. De l'autre, en raison de la législation, l'influence du canton est très réduite dans le secteur ambulatoire. Les douze hôpitaux qui bénéficiaient d'un mandat de prestations en obstétrique au 31 décembre 2015 ainsi que l'Hôpital du Jura, répertorié en tant qu'établissement hors canton, sont tout à fait habilités à proposer des soins périnataux gérés par les sages-femmes, à condition que les prestations soient économiques et de qualité. Le critère déterminant pour une telle décision est la demande : le nombre de cas doit être suffisant pour que les frais puissent être couverts. Vu le libre choix entre tous les hôpitaux répertoriés de Suisse introduit par la LAMal en 2012, les patientes ne peuvent être encouragées à opter pour des prestations données que de manière indirecte, par exemple par des campagnes d'information. Pour disposer d'une analyse plus approfondie de la situation et de la marge de manœuvre du gouvernement, la SAP a commandé au cours de la période de planification 2011-2014 un rapport d'expertise sur les facteurs qui favorisent ou bloquent la mise en œuvre de modèles de gestion des soins périnataux par les sages-femmes dans le canton de Berne. Principalement consacré aux modalités applicables dans les hôpitaux, ce rapport englobait également les soins périnataux extrahospitaliers (ambulatoires). La SAP examinera les recommandations du rapport durant la période de planification 2017-2020⁷³.

Champ d'action pour les soins en obstétrique

L'évolution démographique dans le canton de Berne modifie les besoins de prise en charge périnatale. Au cours de la période de planification 2011-2014, trois hôpitaux répertoriés ont cessé de proposer des soins dans ce domaine en fermant soit une maternité (Riggisberg et Zweisimmen) soit un hôpital (Gessenay). Cette évolution se poursuivra durant la période de planification 2017-2020. Le rapport commandé par le canton de Berne sur la gestion des soins périnataux par les sages-femmes sera évalué en fonction de cette nouvelle donne.

10.2 Cybersanté

Par cybersanté, eHealth ou services de santé en ligne, on entend l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'organisation, le soutien et la mise en réseau de tous les processus et partenaires impliqués dans le système de santé. La cybersanté concerne les processus suivants : administration, information, consultation, diagnostic, prescription, transfert, thérapie, surveillance et facturation⁷⁴. Le 27 juin 2007, le Conseil fédéral a adopté la *Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse*. La CDS a approuvé les buts fixés par cette stratégie : la cybersanté doit contribuer à garantir à la population suisse l'accès à un système de santé de qualité, efficace, sûr et avantageux financièrement. Pour ce faire, les fournisseurs de prestations doivent pouvoir disposer des informations dont ils ont besoin pour traiter leurs patientes et patients indépendamment du temps et du lieu.

Le dossier électronique du patient (DEP)

En mai 2013, le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message relatif au projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP ; RS 816.11). En juin 2015, les deux chambres ont adopté le projet à une large majorité. Les hôpitaux disposent d'un délai transitoire de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la LDEP pour s'affilier à une communauté de référence ; ce délai a été fixé à cinq ans pour les EMS. Les établissements qui ne l'auront pas fait devront être radiés des listes cantonales des hôpitaux ou des EMS.

⁷³ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2015a.

⁷⁴ Cf. Office fédéral de la santé publique, 2007.

Communautés de référence

Les communautés dites de référence ont pour tâche d'assurer, à la demande des personnes concernées, l'accès aux données générées par leurs membres qui sont nécessaires pour le suivi du traitement par l'intermédiaire également du dossier électronique du patient. A cet effet, elles doivent mettre en place une infrastructure informatique adéquate. Les communautés de référence doivent permettre aux patientes et aux patients de consulter leurs propres données dans le DEP et de saisir eux aussi des données. Elles doivent donc mettre un portail d'accès à leur disposition⁷⁵. La participation revêt un caractère facultatif pour tous les professionnels de la santé dispensant des soins ambulatoires. Les patientes et les patients sont également libres de décider s'ils veulent ouvrir un DEP.

Défis pour les cantons

Le DEP doit être introduit à l'échelon régional, et ce pour les raisons suivantes :

- Dans un système fédéraliste, la mise en œuvre ne peut se faire de manière centralisée. Tout comme la couverture en soins, la cybersanté relève des cantons.
- Le DEP influence les processus de travail des professionnels de la santé⁷⁶. Un changement des habitudes demande beaucoup de temps et n'est accepté que lorsque le bénéfice est évident. Le succès dépend de facteurs tels que des projets régionaux, la volonté de travailler ensemble ainsi qu'un large consensus.
- L'expérience à l'étranger montre que, souvent, des projets nationaux de cybersanté échouent ou prennent du retard parce que les acteurs les refusent ou trouvent les tâches trop compliquées.
- Il n'existe pas de centrale nationale où les données de la population sont stockées. Au contraire, les informations sont conservées de manière décentralisée auprès des professionnels de la santé et ne sont fusionnées qu'au moment d'une requête. Cette approche (dossier virtuel du patient) encourage l'acceptation et réduit les inquiétudes concernant la protection et la sécurité des données.

L'objectif de la LDEP est donc d'assurer l'interopérabilité des projets cantonaux de mise en œuvre ainsi que la sécurité juridique et financière. La planification actuelle prévoit que la LDEP entrera en vigueur au premier trimestre 2017.

Digression : lancement du projet BeHealth

Le canton de Berne a réagi à ces défis en lançant le projet BeHealth à la fin de la période de planification 2011-2014. Il a présenté l'initiative BeHealth aux fournisseurs de prestations et aux associations lors d'une réunion d'information suivie d'un débat sur l'évolution de la cybersanté dans le canton de Berne. Celui-ci prévoit une communauté de référence unique, à laquelle tous les fournisseurs de prestations déterminants seront intégrés progressivement. Cette communauté mettra le dossier électronique du patient à la disposition de l'ensemble de la population bernoise.

Champs d'application

Dans bon nombre d'hôpitaux bernois répertoriés, différents processus et phases de travail du traitement résidentiel sont d'ores et déjà assistés par l'informatique. Les domaines typiques de la cybersanté sont le volet administratif de l'admission des patients, la réservation et l'occupation des salles d'opérations, la documentation des interventions et des soins ainsi que la facturation des cas en fonction du système tarifaire. Par ailleurs, la cybersanté améliore la continuité de la prise en charge médicale. Elle permet de mieux représenter des informations importantes concernant les patients et de combiner des données médicales. Dans le canton de Berne, ses applications telles que la télémédecine ou le télémonitorage pourraient jouer un rôle de plus en plus important en raison des particularités géographiques du territoire. Ces deux éléments sont essentiels pour la prise en charge médicale, en ce qui concerne tant le diagnostic que les traitements à distance.

⁷⁵ Cabinet d'audit et de conseil KPMG sur mandat de l'organe de coordination Confédération-cantons ehealthsuisse, 2014.

⁷⁶ En vertu de l'art. 2 LDEP, un professionnel de la santé est « un professionnel du domaine de la santé reconnu par le droit fédéral ou cantonal qui applique ou prescrit des traitements médicaux ou qui remet des produits thérapeutiques ou d'autres produits dans le cadre d'un traitement médical ».

Champ d'action pour la cybersanté

Durant la période de planification 2017-2020, les fournisseurs de prestations, aidés par la SAP, devront appliquer la loi fédérale sur le dossier électronique du patient dans le cadre de la législation et du contexte bernois. L'initiative BeHealth a pour objectif la mise en place des bases organisationnelles (communauté selon la LDEP) et techniques (recommandations d'eHealth Suisse, ordonnances d'exécution de la LDEP) nécessaires à l'introduction du dossier électronique du patient auprès des principaux acteurs du système de santé du canton de Berne.

10.3 Exigences de qualité pour les hôpitaux bernois répertoriés

La présente section présente les divers travaux réalisés durant la période de planification 2011-2014 dans le domaine de la qualité, à savoir le développement des classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie, le respect systématique du nombre minimal de cas et l'élaboration de la stratégie cantonale de gestion de la qualité pour la période de planification 2017-2020.

10.3.1 Développement des classifications des groupes de prestations pour la planification hospitalière

Le canton a fait du respect d'exigences qualitatives minimales un critère contraignant pour l'attribution de mandats dans le cadre de la planification des soins 2011-2014 et des listes des hôpitaux dès 2012. Ces exigences concernent aussi bien la qualité des structures (les conditions générales sont-elles conformes ?) que celle des processus (comment effectuer le traitement correctement ?). Ainsi, certains traitements peuvent être prodigués uniquement par des médecins titulaires d'un diplôme de la spécialité en question. De plus, des horaires sont prescrits aux spécialistes afin qu'ils soient prêts à intervenir à temps. Les exigences relatives à la qualité des structures et des processus sont contraignantes pour tous les établissements répertoriés qui fournissent des prestations en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie, qu'ils soient publics ou privés. Durant la période de planification 2011-2014, la classification GPPH en soins aigus somatiques, notamment, a été progressivement structurée et les classifications GPPH en réadaptation et psychiatrie ont été développées. Ces classifications peuvent être consultées sur le site de la SAP⁷⁷.

Champ d'action pour les classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie

Le développement constant de ces trois classifications au cours de la période de planification 2011-2014 a largement contribué à assurer la qualité uniforme des traitements et de la prise en charge dans les hôpitaux bernois répertoriés. Au cours de la période de planification 2017-2020, dans le cadre de sa mission de surveillance, le canton procédera au suivi et au contrôle des exigences en matière de qualité des structures et des processus dans les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés.

10.3.2 Nombre minimal de cas

Selon l'article 58b, alinéa 5, lettre c OAMal, les cantons doivent, en particulier dans le domaine des soins aigus somatiques, prendre en considération le nombre minimal de cas dans l'examen de l'économicité et de la qualité. Le nombre de cas correspond au nombre de traitements d'un groupe de prestations de la classification GPPH fournis par site et par an. Le nombre minimal qu'un site hospitalier doit traiter chaque année est prescrit pour certains groupes. En règle générale, les hôpitaux qui n'atteignent pas ou plus ce seuil ne peuvent plus pratiquer les interventions concernées à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Actuellement, environ 30 groupes de prestations appartenant à divers domaines des soins aigus somatiques font l'objet d'un nombre minimal de cas (généralement 10 cas par hôpital et par an)^{78, 79}. De tels seuils sont en particulier fixés pour les

⁷⁷ Cf. www.be.ch/planificationdessoins.

⁷⁸ Cf. direction de la santé du canton de Zurich, classification GPPH en soins aigus somatiques, version 2016.1.

⁷⁹ Les traitements sont actuellement dénombrés par site. Pour l'heure, il est tenu compte de ce facteur dans la mesure où un nombre minimal de cas n'est attribué pour l'essentiel qu'à des prestations dont la qualité ne tient pas à un médecin, mais à une équipe ou à l'ensemble de l'établissement. Tout comme la GDZH, la SAP est consciente que la qualité dépend non seulement de l'hôpital, mais aussi du médecin qui dispense le traitement.

traitements hospitaliers hautement spécialisés. Il s'agit pour l'essentiel d'éviter que des patientes et des patients soient traités dans un hôpital qui ne les dispensent que très rarement.

Les groupes de prestations assortis d'un nombre minimal de cas de 10 sont les suivants (conformément à la classification GPPH en soins aigus somatiques 2016.1, prestations CIMHS non comprises) :

- DER 1.1 Oncologie dermatologique
- NCH1.1 Neurochirurgie spécialisée
- NEU4 Epileptologie : diagnostic complexe
- NEU4.1 Epileptologie : traitement complexe
- HAE1.1 Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
- HAE4 Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
- GEF1 Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
- GEF2 Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
- GEF3 Chirurgie carotidienne
- GEF4 Chirurgie des vaisseaux intracrâniens (interventions programmées, sauf AVC)
- ANG2 Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
- ANG3 Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens
- ANG4 Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions programmées, sauf AVC)
- HER1.1.2 Chirurgie cardiaque congénitale complexe
- KAR1.1.1 Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)
- URO1.1.1 Prostatectomie radicale
- URO1.1.2 Cystectomie radicale
- URO1.1.3 Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
- BEW8.1 Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
- BEW9 Tumeurs osseuses
- BEW10 Chirurgie du plexus

En complément, un nombre minimal de cas supérieur est prescrit pour certains traitements spécialisés dans les groupes de prestations Chirurgie viscérale, Chirurgie cardiaque et Chirurgie thoracique, sur la base de l'évidence empirique ressortant d'études scientifiques et d'exemples concrets à l'étranger. Il s'agit des groupes et nombres suivants (selon la version GPPH 2016.1) :

- 30 cas au minimum pour les néoplasmes malins du système respiratoire (THO1.1),
- 50 cas au minimum pour la chirurgie bariatrique (VIS1.4),
- 100 cas au minimum pour la chirurgie coronaire (HER1.1.1).

Dans la liste des hôpitaux 2014, le nombre minimal de cas a été provisoirement réduit par rapport à celui de la classification dans certains domaines : chirurgie bariatrique (VIS1.4), néoplasmes malins du système respiratoire (THO1.1) et obstétrique (GEB1.1) (voir tableau 24). Le canton a ainsi attribué des mandats provisoires de deux ans aux sites qui remplissaient tous les critères mais n'avaient pas (encore) atteint le nombre minimal prescrit. La réalisation de cet objectif au terme du délai (30 avril 2016) fait l'objet d'une évaluation par le canton.

Tableau 24

Nombres minimaux de cas prescrits par la liste des hôpitaux de soins aigus somatiques en vigueur depuis le 1^{er} mai 2014

Groupe de prestations	Nombre minimal de cas selon la classification GPPH en soins aigus somatiques (version 2.2)	Nombre minimal de cas pour le canton de Berne (délai transitoire de 2 ans à partir de l'entrée en vigueur)
VIS1.4 Chirurgie bariatrique (bypass gastrique)	50	10
THO1.1 Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	30	10
GEB1.1 Obstétrique (à partir de la 32 ^e SG et > 1250 g)	Volume visé : 1500	Volume visé : 1000

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Le tableau 25 montre les résultats de la première évaluation partielle de 2014. Il regroupe les nombres de cas traités par les sites hospitaliers bernois (répartis par tranche de fréquence) dans les groupes de prestations assortis d'un nombre minimal. Les nombres de cas englobent les patientes et patients bernois, d'autres cantons et de l'étranger. Ces résultats provisoires laissent à penser que certains hôpitaux n'atteindront pas le nombre prescrit.

Par conséquent, au cours de la période de planification 2017-2020, le canton examinera la nécessité de concentrer ces prestations sur un plus petit nombre d'établissements dans la liste cantonale des hôpitaux de soins aigus somatiques.

Tableau 25

Première évaluation partielle des groupes de prestations de soins aigus somatiques assortis d'un nombre minimal de cas en 2014

Nombre minimal de cas par site prescrit dans la classification GPPH (version 2.2)			Nombre de cas	Nombre de sites hospitaliers par tranche de fréquence						
Sigle	Désignation	Nombre minimal		Total	1 à 9	10 à 24	25 à 49	50 à 74	75 à 99	100 et plus
Domaine de prestations GPPH : Vaisseaux										
ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	10	417	10	6	2	0	1	0	1
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	10	128	1	0	0	0	0	0	1
ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions programmées, sauf AVC)	10	262	1	0	0	0	0	0	1
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	10	178	13	11	0	1	0	0	1
GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	10	345	13	9	2	0	1	0	1
GEF3	Chirurgie carotidienne	10	204	10	7	2	0	0	0	1
GEF4	Chirurgie des vaisseaux intracrâniens (interventions programmées, sauf AVC)	10	46	2	1	0	0	0	0	1
Domaine de prestations GPPH : Orthopédie										
BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	10	865	17	5	5	2	1	0	4
BEW9	Tumeurs osseuses	10	13	5	5	0	0	0	0	0
BEW10	Chirurgie du plexus	10	18	9	8	1	0	0	0	0
Domaine de prestations GPPH : Dermatologie										
DER1.1	Oncologie dermatologique	10	316	19	13	4	1	0	0	1
Domaine de prestations GPPH : Hématologie										
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	10	115	1	0	0	0	0	0	1
HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	10	105	3	2	0	0	0	0	1
Domaine de prestations GPPH : Cœur										
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	100	863	2	0	0	0	0	0	2
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	10	49	1	0	0	0	0	0	1
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	10	1020	5	2	1	0	0	0	2
Domaine de prestations GPPH : Neurochirurgie										
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	10	117	3	0	2	0	0	1	0
Domaine de prestations GPPH : Neurologie										
NEU4	Epileptologie : diagnostic complexe	10	338	2	0	0	0	0	0	2
NEU4.1	Epileptologie : traitement complexe	10	4	1	1	0	0	0	0	0
Domaine de prestations GPPH : Chirurgie thoracique										
THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire	30	167	6	2	2	1	0	1	0
Domaine de prestations GPPH : Urologie										
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	10	370	9	1	2	3	1	2	0
URO1.1.2	Cystectomie radicale	10	104	4	2	1	0	0	1	0
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	10	216	13	8	2	2	0	1	0
Domaine de prestations GPPH : Chirurgie viscérale										
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	50	909	8	1	2	2	0	0	3
Total			7169							

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Digression : recours aux prestations spécialisées assorties d'un nombre minimal de cas

Le dernier rapport de la direction de la santé zurichoise indique que la qualité des traitements médicaux dispensés dans le canton s'est améliorée en ce qui concerne les mandats de prestations dans lesquels un nombre minimal de cas a été introduit (réduction du taux de mortalité supérieure de 10 pour cent à celle enregistrée dans les domaines de prestations sans nombre minimal de cas). Par ailleurs, en moyenne, le taux de renchérissement des coûts par cas y est inférieur à celui des domaines de prestations sans nombre minimal (-1,7%). En 2014, dans le canton de Berne, un nombre total de 7169 patientes et patients ont été traités dans le cadre d'un mandat de prestations assorti d'un nombre minimal de cas, dont certains dans des hôpitaux qui n'ont pas atteint le seuil fixé : 16 pour cent pour le GPPH VIS1.2 Résection hépatique, 15 pour cent pour le GPPH URO1.1.2 Cystectomie radicale et 8 pour cent pour le GPPH URO1.1.3 Chirurgie complexe des reins⁸⁰.

Champ d'action pour le nombre minimal de cas

Respect systématique des seuils

Suite à cette première évaluation, les nombres minimaux de cas sont adaptés aux prescriptions de l'actuelle classification GPPH en soins aigus somatiques dans les groupes de prestations Chirurgie bariatrique (VIS1.4) et Néoplasmes malins du système respiratoire (THO1.1) pour la période de planification 2017-2020.

Evolution des prescriptions

Le canton de Berne s'attend à ce que les prescriptions en matière de nombres minimaux de cas de la classification GPPH en soins aigus somatiques évoluent. Les groupes de prestations concernés et les seuils devraient être adaptés. Il est logique que ces prescriptions soient modifiées pour l'ensemble de la Suisse, raison pour laquelle le canton s'alignera à l'avenir sur les nouvelles normes adoptées à l'échelon national, donc sur les recommandations de la GDZH.

Amélioration de la qualité des traitements par la concentration

On ne sait pas encore quels seront les effets des nombres minimaux de cas sur la structure de l'offre de soins hospitaliers dans les hôpitaux bernois répertoriés. Mais ces seuils constituent un outil primordial de garantie de la qualité. Il est donc pertinent de concentrer les traitements souvent rares, complexes et coûteux qui en sont assortis.

10.3.3 Gestion de la qualité pour la période de planification 2017-2020

Le canton de Berne vise à garantir une haute qualité des traitements, dans l'intérêt de la sécurité des patientes et des patients. Les activités en rapport avec la gestion de la qualité, qui constituaient une priorité thématique à la fin de la période de planification 2011-2014, seront renforcées et élargies durant la période de planification 2017-2020.

Objectifs

La gestion de la qualité a pour objectif d'analyser, de garantir et d'améliorer la sécurité des patientes et des patients ainsi que la qualité des traitements à l'échelon cantonal. Sont concernés l'ensemble des hôpitaux et cliniques de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie situés sur le territoire du canton, qu'ils figurent ou non sur les listes cantonales. La qualité est à assurer pour chaque site et pour chaque prestation qui y est fournie. La gestion de la qualité porte également sur les prestations de soins intégrés. Elle est axée sur le dialogue avec les hôpitaux et les cliniques ainsi que sur l'efficacité. Garantir un haut niveau de sécurité et de qualité au moyen d'instruments adéquats relève toutefois de la souveraineté du canton.

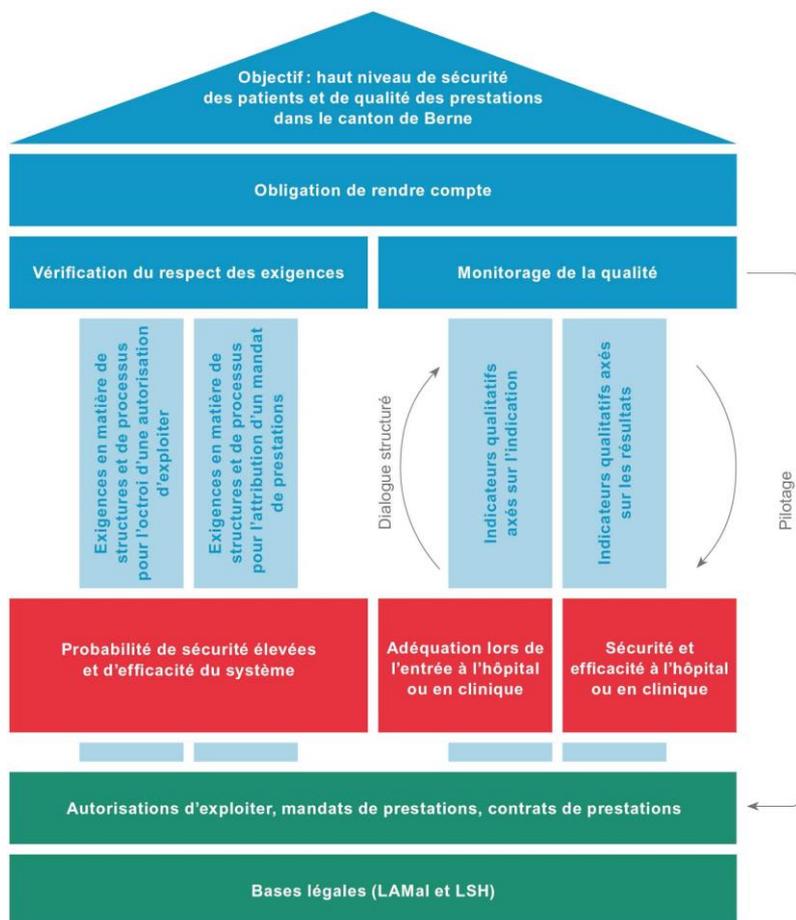
⁸⁰ Cf. direction de la santé du canton de Zurich, 2015, Gesundheitsversorgungsbericht, p. 19.

Stratégie cantonale de gestion de la qualité

A la fin de la période de planification 2011-2014, la SAP a élaboré une stratégie cantonale de gestion de la qualité qui fournit les bases nécessaires à la mise en œuvre et au développement des activités cantonales en la matière. L'illustration 21 fournit un aperçu du système de gestion de la qualité du canton de Berne.

Illustration 21

Gestion de la qualité dans le canton de Berne



Source : SAP (état au 31.12.2015)

Composantes de la gestion de la qualité et futures activités

Les bases légales pertinentes (LSH, LAMal et leurs ordonnances d'exécution OSH et OAMal) servent de base à l'octroi des autorisations d'exploiter, à l'attribution des mandats de prestations pour les listes cantonales des hôpitaux et à la conclusion des contrats de prestations. Les exigences en matière de structures et de processus, qui fondent l'activité du canton en matière de gestion de la qualité, augmentent la probabilité que le traitement soit sûr et efficace. Elles traduisent une acception classique de la notion de qualité et ont fait leurs preuves. S'appuyant sur l'évolution aux plans national et cantonal ainsi qu'en conformité avec les bases légales, le canton utilise pour la période de planification 2017-2020 des indicateurs de qualité reconnus par l'ANQ et l'OFSP (voir section 9.3.4). Les indicateurs portant sur la justification des traitements (indication) permettront au canton d'en vérifier le bien-fondé. Les indicateurs axés sur les résultats des traitements serviront quant à eux à analyser la sécurité et l'efficacité de la prise en charge et à les comparer (comparaisons entre entreprises au sens de la LAMal). Le contrôle des prestations hospitalières effectué par le canton repose d'une part sur la vérification du respect des exigences, d'autre part sur le monitoring de la qualité. Ces deux outils favorisent la réalisation des objectifs supérieurs de la gestion de la qualité (haut niveau de sécurité des patients et de qualité des prestations) et garantissent à la population et aux prescripteurs la transparence nécessaire (comptes rendus et rapports). Le monitoring de la qualité repose sur des indicateurs reconnus et sur des comparaisons entre entreprises et dans le temps telles que les requiert la législation. Les résultats devant être interprétés dans leur contexte, le canton dialogue régulièrement avec les fournisseurs de prestations à propos de

l'évaluation des indicateurs. Lorsqu'un établissement s'écarte des normes, la situation est analysée en détail dans le cadre d'un dialogue structuré entre le canton et le fournisseur qui, le cas échéant, prend les mesures propres à garantir la qualité des traitements. Les résultats de la vérification et du monitoring sont présentés dans un compte rendu systématique et régulier destiné aux milieux politiques et à la population bernoise. Ils sont également exploités dans les rapports périodiques de chaque site hospitalier, qui aident les patientes et patients ainsi que les médecins prescripteurs à choisir l'établissement qui convient. Au cours de la période de planification 2017-2020, le canton intensifiera ses activités de compte rendu public pour améliorer la transparence et renforcer la concurrence qualitative entre fournisseurs de prestations. Enfin, il prévoit de tenir compte à l'avenir des résultats de la vérification du respect des exigences et du monitoring de la qualité lors de l'attribution des mandats de prestations pour les listes cantonales des hôpitaux, pour la signature de contrats de prestations ainsi que dans la prochaine planification des soins. Ces processus de pilotage sont représentés par une flèche à droite de l'illustration 21.

Champ d'action pour la gestion cantonale de la qualité

L'introduction du système cantonal de gestion de la qualité a d'ores et déjà commencé et les travaux se poursuivent parallèlement dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie. Durant la période de planification 2017-2020, ce système sera mis en œuvre progressivement et dans le cadre d'un dialogue avec les fournisseurs de prestations et avec des spécialistes externes.

La liste ci-dessous récapitule les activités en la matière :

- développement des exigences en matière de structures et de processus valables pour les autorisations d'exploiter, les mandats de prestations et les contrats de prestations (exigences en matière de structures et de processus),
- test et introduction d'indicateurs de qualité concernant l'indication de certains traitements médicaux (qualité de l'indication),
- test et introduction d'indicateurs de qualité concernant les résultats des traitements (qualité des résultats),
- mise en place d'un monitoring de la qualité comprenant un dialogue structuré avec les fournisseurs de prestations (monitoring de la qualité avec dialogue structuré),
- concrétisation de l'obligation de rendre compte (comptes rendus et rapports).

11 Bases méthodologiques

Ce chapitre énumère les bases de données et les principaux indicateurs utilisés et présente en détail la méthode appliquée pour évaluer les besoins et l'offre dans les différents domaines de planification (planification hospitalière, sauvetage, professions de la santé). Il expose en particulier la technique de modélisation employée pour estimer la demande en prestations hospitalières de la population bernoise jusqu'en 2020.

11.1 Base de données

Planification hospitalière

Évaluation des besoins

Dans les domaines de la médecine aiguë, de la réadaptation et de la psychiatrie hospitalières, les besoins sont déterminés sur la base des données relatives aux prestations figurant dans la statistique médicale des hôpitaux. Ces données sont communiquées par ces derniers en vertu de l'article 48 en corrélation avec l'annexe 5 OSH. Vu que les chiffres sur les ressortissantes et ressortissants bernois hospitalisés dans d'autres cantons en 2014 et 2015 n'étaient pas encore disponibles au 31 décembre 2015 (jour de référence), l'évaluation a porté sur les données définitives de la statistique médicale de l'OFS pour les années 2010 à 2013. Celles-ci comprennent tous les séjours de la population résidente bernoise dans des hôpitaux à l'intérieur et à l'extérieur du canton jusqu'en 2013. Les prévisions démographiques ont quant à elles été établies selon les données relatives à l'évolution de la population résidente permanente du canton de Berne. Les calculs se fondent sur le scénario démographique haut des projections officielles du canton de Berne jusqu'au 31 décembre 2020 (voir section 7.2). Comme les mandats de prestations concernent uniquement les cas LAMal, ces derniers sont identifiés par le biais de la principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier relevant de l'assurance de base (variable 1.4.V02 = 1 ; voir également section 9.1).

Évaluation de l'offre

Les données concernant les prestations et les coûts de l'année 2014 ont notamment été recensées conformément à l'article 48 en corrélation avec l'annexe 5 OSH dans le cadre d'un relevé des prestations effectué entre le 1^{er} juin et le 24 juillet 2015. Les chiffres ont été recueillis auprès de tous les hôpitaux répertoriés et des autres établissements intéressés en même temps que les données générales et les données par groupe de prestations. Pour les hôpitaux bernois, les chiffres sur les prestations et les coûts obtenus dans le cadre du relevé ont été comparés avec les données de routine fournies en vertu de l'article 127 LSH (statistique médicale des hôpitaux et relevé des coûts par unité finale d'imputation) et leur plausibilité a été vérifiée. Pour les hôpitaux d'autres cantons, cette opération n'a pas été possible faute de données comparables saisies de façon régulière pour la période de planification 2011-2014. La SAP a donc dû se fier aux indications transmises par les institutions.

Prestations ambulatoires en psychiatrie

Prestations des cliniques de jour

Les analyses se fondent ici sur les données de la statistique médicale des hôpitaux, qui est utilisée depuis 2009 dans le canton de Berne pour relever également les cas ambulatoires en psychiatrie. Conçue à l'origine pour les cas hospitaliers, cette statistique présente certaines lacunes lorsqu'elle est appliquée au secteur ambulatoire. Ainsi, les données disponibles ne permettent pas de calculer avec exactitude le volume des prestations (en l'occurrence les journées de soins en clinique de jour). Par conséquent, les analyses portent uniquement sur le nombre de cas, les groupes de diagnostic, les groupes d'âge et les régions de domicile des patientes et patients.

Prestations des services ambulatoires

Les analyses concernant les prestations ambulatoires en milieu hospitalier s'appuient également sur les données de la statistique médicale des hôpitaux. Les restrictions susmentionnées s'appliquent aussi aux contacts ambulatoires. Seul le total des prestations ambulatoires par institution peut être présenté dans la planification, sans distinction possible entre les cas avec et sans financement cantonal. Etant donné que le canton contribue au coût d'une partie des cas seulement, les données sur le volume global des prestations ambulatoires sont peu concluantes, et les analyses ont ici une valeur indicative. L'introduction ces prochaines années, à l'échelon fédéral, des modules ambulatoires des relevés sur la santé permettra pour la première fois d'obtenir une vue

d'ensemble de toutes les offres et prestations ambulatoires dans le canton de Berne⁸¹. Cette base de données n'est toutefois pas encore disponible pour la présente planification.

Sauvetage

Les données de référence dans ce domaine sont constituées par la statistique des alarmes de la SAP pour l'année 2014 ainsi que par deux tableaux, répertoriant l'un les centres d'ambulances existants et l'autre les centres d'ambulances potentiels.

Professions de la santé non universitaires

Les analyses prennent appui sur différentes sources de données concernant le personnel de la santé ainsi que sur les données relatives aux titres de formation. Sont prises en compte pour les institutions soumises à la LSH les données brutes de la statistique des hôpitaux de l'OFS des années 2010 à 2013 concernant les cliniques et les hôpitaux bernois, auxquelles s'ajoute, pour les ambulancières et ambulanciers, la statistique des services de sauvetage. La statistique SOMED de l'OFS contient des informations sur les établissements médico-sociaux ainsi que sur les institutions pour personnes handicapées. Enfin, la statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS fournit des indications sur le personnel travaillant dans ce domaine. Il n'y a pas de données sur les personnes employées dans des cabinets, des laboratoires et des instituts privés ni sur les professionnels de la santé exerçant une activité indépendante. En ce qui concerne les titres de formation, les données 2001-2009 proviennent, pour les formations tertiaires, de la Croix-Rouge suisse et, pour les formations du niveau secondaire II, de la statistique de la formation professionnelle initiale de l'OFS. Les chiffres sur les diplômés délivrés au niveau HES ont été communiqués par les prestataires de formation, et la Croix-Rouge suisse (CRS) Canton de Berne a mis à disposition les données concernant les cours d'auxiliaires de santé.

11.2 Actualisation des bases de données

Les données les plus récentes disponibles au moment où a été rédigé le présent rapport datent des années 2010 à 2013. Les analyses concernant le sauvetage comprennent pour leur part des données de 2014. Les prévisions de la planification des soins hospitaliers 2016 portent sur la période allant jusqu'au 31 décembre 2020. Le canton de Berne prévoit de comparer annuellement les prévisions publiées dans le rapport avec les soins effectivement dispensés, tirés de la statistique médicale de l'année précédente. Cette vérification intermédiaire sera effectuée pour la première fois en 2017 sur la base des données 2016. Si les prestations fournies à la population bernoise s'écartent de manière significative des prévisions dans certains secteurs ou groupes de prestations – en raison du libre choix de l'hôpital ou d'un plus grand nombre d'hôpitaux conventionnés, par exemple –, il sera procédé à des corrections qui seront publiées sous la forme d'une mise à jour des tableaux.

11.3 Qualité des données

En vertu de l'article 127 LSH, tous les fournisseurs de prestations dans le canton de Berne sont tenus de remettre différentes données, dont la nature et la périodicité sont précisées à l'annexe 5 OSH. Chaque institution relevant elle-même les données de la statistique médicale, la qualité de ces dernières dépend donc essentiellement de l'hôpital ou du service de sauvetage qui les a communiquées.

Planification hospitalière

Statistique médicale des hôpitaux

La SAP vérifie si les indications recueillies pour la statistique médicale sont complètes, puis transmet les données relatives aux prestations de l'ensemble des hôpitaux bernois à l'OFS, qui procède à leur plausibilisation. Les données définitives de la statistique médicale approuvées par l'OFS (pour les années 2010-2013) ont servi de base pour le calcul des besoins de la population bernoise.

Relevé des coûts par cas

La SAP et SwissDRG SA contrôlent si les données par unité finale d'imputation des hôpitaux saisies selon les consignes de cette dernière sont complètes et plausibles. La SAP compare notamment ces indications avec les données issues du modèle tarifaire intégré ITAR_K, qui se fonde lui aussi sur la comptabilité par unité finale d'imputation selon REKOLE©. Globalement, la qualité des

⁸¹ Cf. Modules ambulatoires des relevés sur la santé (MARS) : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/00/06.html>.

données des hôpitaux de soins aigus bernois s'est nettement améliorée depuis l'entrée en vigueur de l'obligation de fournir des données, lors du passage aux forfaits par cas SwissDRG en 2012. SwissDRG SA a reçu le mandat de développer des systèmes tarifaires pour les domaines de la réadaptation (projet ST Reha) et de la psychiatrie (projet TARPSY). L'introduction de structures tarifaires nationales devrait permettre d'améliorer encore la qualité des données des cliniques bernoises de réadaptation et de psychiatrie, qui se situe aujourd'hui déjà à un bon niveau.

Sauvetage | données relatives à l'alarme

La qualité des données de la statistique cantonale concernant les alarmes des services de sauvetage devra être améliorée. On constate notamment que les indications relatives au degré d'urgence et aux coordonnées des lieux de départ, d'intervention et de destination ainsi que du lieu à partir duquel le véhicule est à nouveau opérationnel ne sont pas encore relevées selon des directives uniformes. Les numéros d'événement des interventions devraient en outre être recensés pour la future statistique de la SAP.

Professions de la santé | remarque concernant la statistique des hôpitaux

Le passage à un nouveau mode de recueil des données pour la statistique des hôpitaux en 2012 a engendré des divergences conceptuelles. Pour le calcul des besoins de relève dans les hôpitaux et les cliniques, ce sont les chiffres enregistrés dans la banque de données du Service de la formation professionnelle de la SAP qui ont été utilisés, car ceux de la statistique des hôpitaux ne permettent pas d'effectuer de comparaison directe avec les données de la dernière planification des soins. En effet, cette statistique relève aujourd'hui le nombre de postes et de personnes employées par fonction, tandis qu'elle se basait auparavant sur les titres de formation.

11.4 Comparabilité des planifications hospitalières bernoises 2011-2014 et 2016

Classifications des groupes de prestations

Le développement des classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie est décrit à la section 8.2. En fonction de l'aspect abordé, il a fallu choisir la version à employer pour les tableaux et les illustrations présentant l'évaluation des besoins (planification des soins 2011-2014 ou planification des soins 2016). Les prévisions des besoins sont, par exemple, toujours illustrées par les groupes de prestations valant pour la planification 2016. Cette distinction est importante, car les nouvelles versions des classifications GPPH seront utilisées pour les futures listes des hôpitaux cantonales fondées sur la planification des soins 2016.

Classification GPPH en soins aigus somatiques

Le groupeur GPPH (logiciel) de la direction de la santé du canton de Zurich a été mis au point en 2010, année à partir de laquelle il est possible de procéder à des comparaisons du nombre de cas. Afin de garantir la comparabilité des analyses concernant les années 2010 à 2013, les données définitives de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS pour cette période ont été groupées à l'aide de la version la plus récente de la classification GPPH en soins aigus somatiques (2015.1). L'année 2010 n'est toutefois pas représentée, car un nombre relativement élevé de cas figurent dans le groupe de prestations Paquet de base. Ce dernier comprend l'ensemble des prestations médicales et chirurgicales qui relèvent des soins de base et ne peuvent pas être attribuées à un groupe spécifique (catalogue négatif). Pour 2010, de nombreux cas ont encore été affectés au paquet de base par le groupeur GPPH via un algorithme d'exclusion. Si le groupeur GPPH pour la période 2011-2013 présente en revanche une certaine stabilité, les différences observées d'une année à l'autre doivent néanmoins être interprétées avec une certaine prudence. Les données ont été groupées par l'entreprise Freudiger.

11.5 Définition des principaux indicateurs

Domaine de soins | soins aigus somatiques, réadaptation et psychiatrie

La répartition des cas a été effectuée grâce aux données de la statistique médicale (variables 1.4.V01 Centre de prise en charge des coûts et 1.3.V01 Type de prise en charge = 3 Hospitalisation). L'imputation au domaine des soins aigus somatiques s'est faite selon le principe de l'exclusion, c'est-à-dire en écartant tous les cas attribués aux domaines de la réadaptation (centre de prise en charge des coûts M950 Médecine physique et réadaptation) et de la psychiatrie (centre de prise en charge des coûts M500 Psychiatrie et psychothérapie).

Cas hospitalier

Le séjour à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins représente un cas hospitalier dans la statistique médicale. Le séjour à l'hôpital de moins de 24 heures au cours duquel un lit est occupé durant une nuit, ainsi que le séjour à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital ou de décès sont aussi considérés comme des cas hospitaliers. Les besoins sont déterminés par le recensement de tous les cas de patientes et patients domiciliés dans le canton de Berne ayant séjourné dans un hôpital suisse et dont la date de sortie est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année considérée. Les transferts internes ne sont pas pris en compte. Les cas sont répartis sur la base de la statistique médicale des hôpitaux : variables 0.2.V02 Définition du cas = A et 1.2.V03 Mode d'admission ≠ 4. La somme des cas est calculée selon la formule suivante :

$$\sum_{\text{Année civile}} \text{Nombre de sorties}$$

Les données de l'année 2013 ont servi de référence pour les prévisions des besoins.

Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation est également déterminé à partir du nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de Berne qui ont été hospitalisés dans un hôpital suisse et dont la date de sortie est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année considérée. Ce chiffre est mis en relation avec la population enregistrée dans le canton pour cette même année. Les personnes ayant séjourné plus d'une fois à l'hôpital durant l'année comptent comme plusieurs cas. Le taux d'hospitalisation est calculé selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de cas} \times 1000}{\text{Nombre d'habitants dans le canton}}$$

Journée de soins

Pour les hôpitaux de soins aigus somatiques, le nombre de journées de soins est calculé selon les directives de SwissDRG : date de sortie moins date d'admission, déduction faite des jours de congé. Le jour de l'admission est compté comme une journée de soins, tandis que le jour de la sortie ou du transfert n'est pas considéré comme tel⁸². Pour les cliniques de réadaptation et de psychiatrie, les journées de séjour sont comptabilisées selon le calcul suivant : date de sortie moins date d'admission plus un, déduction faite des jours de congé. Dans ces deux domaines, on recense un petit nombre de cas présentant un volume très élevé de journées de soins (high outliers). Ces chiffres ont été corrigés pour ne pas fausser l'évaluation des besoins⁸³ : lorsque le total dépassait 365, le nombre de journées de soins a ainsi été ramené à 365. Les journées de soins sont déterminées sur la base de la statistique médicale des hôpitaux : variables 1.2.V01 Date d'admission, 1.5.V01 Date de sortie et 1.3.V04 Vacances, congés. La somme des journées de soins est calculée selon la formule suivante :

Soins aigus somatiques

$$\sum_{\text{Cas}} \text{Date de sortie} - \text{date d'admission} \text{ (déduction faite des congés)}$$

Psychiatrie et réadaptation

$$\sum_{\text{Cas}} \text{Date de sortie} - \text{date d'admission} + 1 \text{ (déduction faite des congés)}$$

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour correspond au nombre moyen de journées de soins par cas d'hospitalisation. Elle est calculée selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de journées de soins}}{\text{Nombre de cas}}$$

⁸² Contrairement au calcul de la durée de séjour selon le système APDRG, qui inclut le jour de sortie ou de transfert dans le nombre de journées de soins.

⁸³ Certains de ces cas apparaissent à tort comme des cas aigus dans la statistique médicale.

Degré de gravité des cas

A l'heure actuelle, la sévérité des cas ne peut être déterminée que pour les soins aigus somatiques⁸⁴. En associant les données sur le(s) diagnostic(s) et les traitements ainsi que d'autres informations relatives aux patientes et patients, chaque cas est classé de façon univoque dans un DRG à l'aide d'un algorithme (groupeur DRG). A chaque DRG est attribué un cost-weight (coût relatif) correspondant aux frais de traitement moyens et à la gravité du cas. Les données ont été groupées par l'entreprise Freudiger. Le casemix, qui correspond à la somme des cost-weights, est un paramètre qui porte sur le volume global des prestations fournies par un hôpital de soins aigus ; il indique le degré de gravité total des cas. L'indice de casemix correspond quant à lui au degré de gravité moyen. Il est calculé en divisant le casemix par le nombre de cas selon la formule suivante :

$$\frac{\sum \text{Cost - weights}}{\text{Nombre de cas}}$$

Potentiel ambulatoire

Le calcul se fonde sur la version 2014 du catalogue allemand *Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäss Paragraph 115b des Deutschen Sozialgesetzbuchs Nr. 5 (SGB V)*. Ce catalogue comprenant quelque 3000 traitements et interventions a été dressé sur la base d'une convention conclue par les représentants des assurances et caisses maladies obligatoires d'Allemagne, soit la Deutsche Krankenhausgesellschaft et la Kassenärztliche Bundesvereinigung, convention qui fixe des conditions uniformes pour les cabinets privés et le secteur hospitalier. Le potentiel ambulatoire selon le paragraphe 115b SGB V est actualisé chaque année⁸⁵. Celui des prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques a été déterminé en utilisant un tableau de correspondance entre le catalogue allemand des opérations et la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP). Dans un premier temps, un potentiel ambulatoire a été défini pour chaque traitement principal dans la classification CHOP. Les codes CHOP des traitements principaux ont ensuite été attribués au groupe de prestations correspondant de chaque domaine conformément aux directives de la classification GPPH. Ce détour est nécessaire, car il n'est pas possible d'affecter directement un potentiel ambulatoire à un groupe de prestations GPPH. Le tableau de correspondance repose sur les résultats de la société ID Suisse AG.

11.6 Calcul des besoins futurs en prestations hospitalières

11.6.1 Méthode du statu quo

Les besoins futurs en prestations hospitalières sont évalués en appliquant la méthode de prévision du statu quo, qui est également utilisée dans d'autres cantons et pays⁸⁶. Le choix a été fait de ne pas réaliser d'extrapolation de tendance sur la base de l'évolution passée, car cette méthode se fonde sur des hypothèses qui ne sont pas pertinentes en l'espèce. Une extrapolation de tendance doit en effet pouvoir s'appuyer sur une série temporelle relativement longue sans changement important au niveau de la saisie et de la définition des données. Il faut également que tous les facteurs d'influence passés demeurent inchangés. L'une comme l'autre de ces conditions ne sont pas remplies s'agissant des prestations fournies par les hôpitaux. D'une part, les classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie sont utilisées depuis quelques années seulement dans le canton de Berne. Elles font de surcroît l'objet de mises à jour périodiques, comme indiqué à la section 8.2. D'autre part, le système de financement hospitalier a connu en 2012 un changement majeur qui n'a pas encore déployé tous ses effets. La méthode du statu quo, pour sa part, s'appuie sur les données définitives de la statistique médicale de l'OFS, mais aussi sur les prévisions démographiques concernant la croissance et le vieillissement de la population résidente bernoise jusqu'en 2020 (voir section 7.2).

⁸⁴ La révision de la LAMal du 21 décembre 2007 prévoit aussi des systèmes de rémunération liés aux prestations pour la réadaptation et la psychiatrie hospitalières. Leur forme définitive et la date de leur entrée en vigueur ne sont toutefois pas encore connues.

⁸⁵ Cf. GKV-Spitzenverband, 2014.

⁸⁶ Cf. par exemple Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010 ou direction de la santé du canton de Zurich, 2012.

Le calcul des besoins futurs en prestations hospitalières selon cette méthode se fait par palier (voir illustration 22) :

- Le point de départ est constitué par le nombre de cas de l'année 2013 répartis par groupe de prestations.
- Est ensuite prise en compte l'évolution démographique de la population résidente bernoise jusqu'au 31 décembre 2020 (année de référence : 2013).
- Pour prévoir les besoins en prestations hospitalières en 2020 en fonction des divers groupes de prestations, il faut commencer par déterminer le taux d'hospitalisation en 2013, en combinant les deux données ci-dessus (ajustées en fonction de l'âge et du sexe).
- Pour calculer le nombre de cas escomptés en 2020, le taux d'hospitalisation 2013 est multiplié par la population prévue en 2020 (chiffre ajusté en fonction de l'âge et du sexe).
- La durée moyenne de séjour par groupe de prestations est celle de 2013, selon l'hypothèse du statu quo.

Le volume de prestations par groupe prévu pour 2020 est obtenu en multipliant le nombre de cas escomptés en 2020 par la durée moyenne de séjour de 2013. Ce calcul est effectué séparément pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie.

Digression : l'hypothèse du vieillissement en bonne santé

L'hypothèse du vieillissement en bonne santé – healthy aging – est un autre modèle pour le calcul prévisionnel des besoins. Elle repose sur la réflexion suivante : l'allongement de l'espérance de vie permettra de vivre plus longtemps, mais aussi de rester plus longtemps en bonne santé, si bien que la fréquence des hospitalisations ne commencera à croître qu'à un âge avancé. Pour déterminer les besoins futurs de la population du canton, les taux d'hospitalisation actuels par groupe d'âge sont ainsi décalés vers les tranches d'âge supérieures selon la courbe ascendante de l'espérance de vie. Ce report, connu sous le nom d'effet de compression, n'est effectué que pour les 60 ans et plus, car c'est à partir de cette limite que le nombre d'hospitalisations liées à l'âge connaît une augmentation notable. Les besoins calculés selon l'hypothèse du vieillissement en bonne santé sont par conséquent sensiblement moins élevés qu'avec la méthode du statu quo⁸⁷. En l'absence de données scientifiques suffisamment probantes sur l'intensité de l'effet de compression, le canton de Berne a toutefois choisi de se fonder sur cette dernière ainsi que sur les indications fournies par les sociétés médicales pour établir les prévisions dans la planification des soins 2016.

11.6.2 Indications des sociétés médicales

Evolution qualitative des cas parallèlement à l'évolution démographique

Le canton estime que le volume des prestations hospitalières nécessaires pour couvrir les besoins jusqu'en 2020 dépendra essentiellement de l'évolution de la population bernoise. C'est l'hypothèse du statu quo qui est habituellement utilisée pour déterminer l'influence du paramètre démographique sur les besoins futurs en prestations hospitalières. Cette méthode a été complétée par une enquête exhaustive auprès des sociétés médicales de Suisse (voir illustration 23), qui ont été interrogées par écrit entre le 1^{er} septembre et le 15 octobre 2015 sur les développements à venir dans leur discipline. Il s'agissait d'intégrer dans les prévisions des facteurs supplémentaires d'ordre qualitatif et quantitatif pouvant avoir une influence sur l'évolution du nombre de cas et de la durée de séjour durant la période de planification 2017-2020. L'enquête portait sur les développements escomptés au niveau de l'épidémiologie et de la technique médicale ainsi que sur d'autres conditions générales, notamment économiques. Dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, les sociétés médicales ont en outre été invitées à évaluer l'impact futur des nouveaux systèmes tarifaires ST Reha et TARPSY.

Pas de facteur de correction pour la durée moyenne de séjour

Ces dernières années, la durée moyenne de séjour a continuellement diminué dans tous les domaines de soins hospitaliers en Suisse. Dans le canton de Berne, cet indicateur se situe toujours en dessous de la moyenne nationale en ce qui concerne les soins aigus somatiques et la réadaptation. Etant donné que la tendance à la baisse devrait se tasser à l'avenir, la durée de séjour moyenne retenue pour les traitements hospitaliers en médecine aiguë somatique et en réadaptation est celle de l'année de référence 2013, selon l'hypothèse du statu quo. Aucun facteur de correction supplémentaire n'a été appliqué. La psychiatrie est le seul domaine dans lequel la durée moyenne de séjour est supérieure depuis des années déjà à celle des 25 autres cantons. Afin de

⁸⁷ Cf. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010.

respecter l'objectif d'estimer les besoins effectifs et non ceux qui répondent à une certaine norme (p. ex. la moyenne nationale) et d'assurer la cohérence au niveau de la méthode d'évaluation, on a là encore renoncé à appliquer un facteur de correction pour calculer la durée moyenne de séjour escomptée en 2020. Celle de 2013 est le seul critère déterminant. La SAP est d'avis qu'il faudra attendre l'introduction des nouveaux systèmes tarifaires ST Reha et TARPSY pour voir apparaître des changements dans la durée de séjour en réadaptation et en psychiatrie hospitalières.

11.6.3 Prestations ambulatoires en psychiatrie

Prestations des cliniques de jour

Les prévisions des besoins concernant les prestations psychiatriques en clinique de jour ont également été établies sur la base du scénario haut des projections régionalisées de l'évolution démographique du canton de Berne jusqu'en 2020. Faute de données suffisantes, elles ne tiennent pas compte d'autres facteurs d'influence comme les nouvelles réglementations tarifaires pour les prestations intermédiaires ou les transferts entre les secteurs hospitalier et ambulatoire suite au développement de nouveaux modèles de soins⁸⁸.

Prestations des services ambulatoires

Là encore, le scénario haut des projections démographiques régionalisées à l'horizon 2020 a servi de fondement pour les prévisions concernant les besoins futurs. Les données existantes ne permettent pas de prendre en considération d'autres facteurs tels que la présence de cabinets de médecins spécialistes dans les régions, la révision annoncée du TARMED ou les transferts entre les secteurs hospitalier et ambulatoire.

11.7 Évaluation des besoins dans les domaines pluridisciplinaires

Soins aigus somatiques

Lors du calcul des prestations hospitalières fournies jusqu'en 2013 (sur la base de la statistique médicale des hôpitaux) et des besoins escomptés jusqu'en 2020, il n'a pas été possible d'analyser séparément le mandat cantonal Soins palliatifs spécialisés en hôpital, ni les domaines pluridisciplinaires en médecine aiguë somatique figurant dans la classification GPPH (Pédiatrie et chirurgie pédiatrique, Centre de compétence en gériatrie aiguë et Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance). L'absence de définition indépendante du cas pour ces domaines ne permet pas d'établir une évaluation quantitative fiable. Les besoins ont donc été déterminés selon les principes qualitatifs et structurels ancrés dans la planification régionalisée (voir section 7.3).

Réadaptation

Le domaine pluridisciplinaire Réadaptation gériatrique a été exclu du calcul des prestations hospitalières dispensées jusqu'en 2013 (sur la base de la statistique médicale des hôpitaux) et des besoins prévus jusqu'en 2020. Les patientes et patients de ce groupe de prestations sont pris en charge, conformément aux besoins, dans les groupes de prestations spécifiques de la classification GPPH en réadaptation. A l'heure actuelle, celle-ci ne comporte pas de définition précise du cas permettant une attribution claire dans la statistique médicale des hôpitaux. Cela étant, il n'est pas possible de procéder à une évaluation fiable au niveau quantitatif. Les besoins ont par conséquent là aussi été déterminés selon les critères qualitatifs et structurels figurant dans la planification régionalisée (voir section 7.3). Par ailleurs, la garantie de prise en charge des coûts établie par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité joue un rôle non négligeable dans le domaine de la réadaptation hospitalière. Elle a une influence sur la durée de séjour, mais aussi sur la possibilité pour la patiente ou le patient de suivre un traitement de réadaptation et sur le choix de la thérapie⁸⁹.

⁸⁸ Cf. Office fédéral de la santé publique, 2016.

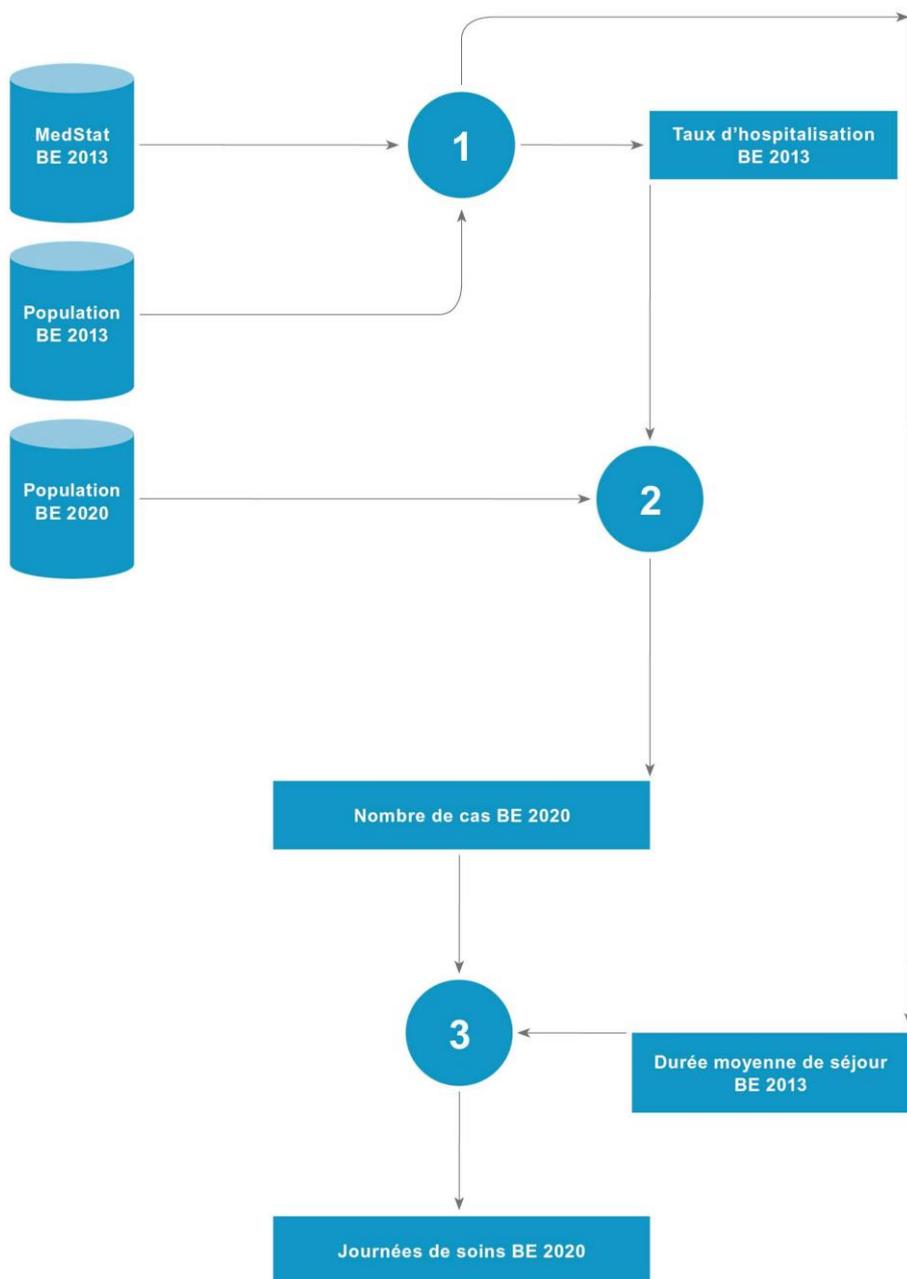
⁸⁹ En vertu de l'annexe 1, chiffre 11 OPAS, les prestations dans le domaine de la réadaptation hospitalière sont obligatoirement à la charge de l'assurance. Toutefois, les coûts ne sont couverts que si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale.

Psychiatrie

Tant pour le calcul des prestations (sur la base des données de référence de l'année 2013) que pour les prévisions jusqu'en 2020, il n'a pas été possible d'analyser séparément le domaine pluridisciplinaire Psychiatrie médico-légale (personnes soumises à l'exécution d'une peine ou d'une mesure). La classification GPPH en psychiatrie ne contenant pas de définition indépendante du cas pour ce domaine de prestations, les besoins ont été déterminés en premier lieu à l'aide des chiffres fournis par les autorités d'exécution des peines.

Illustration 22

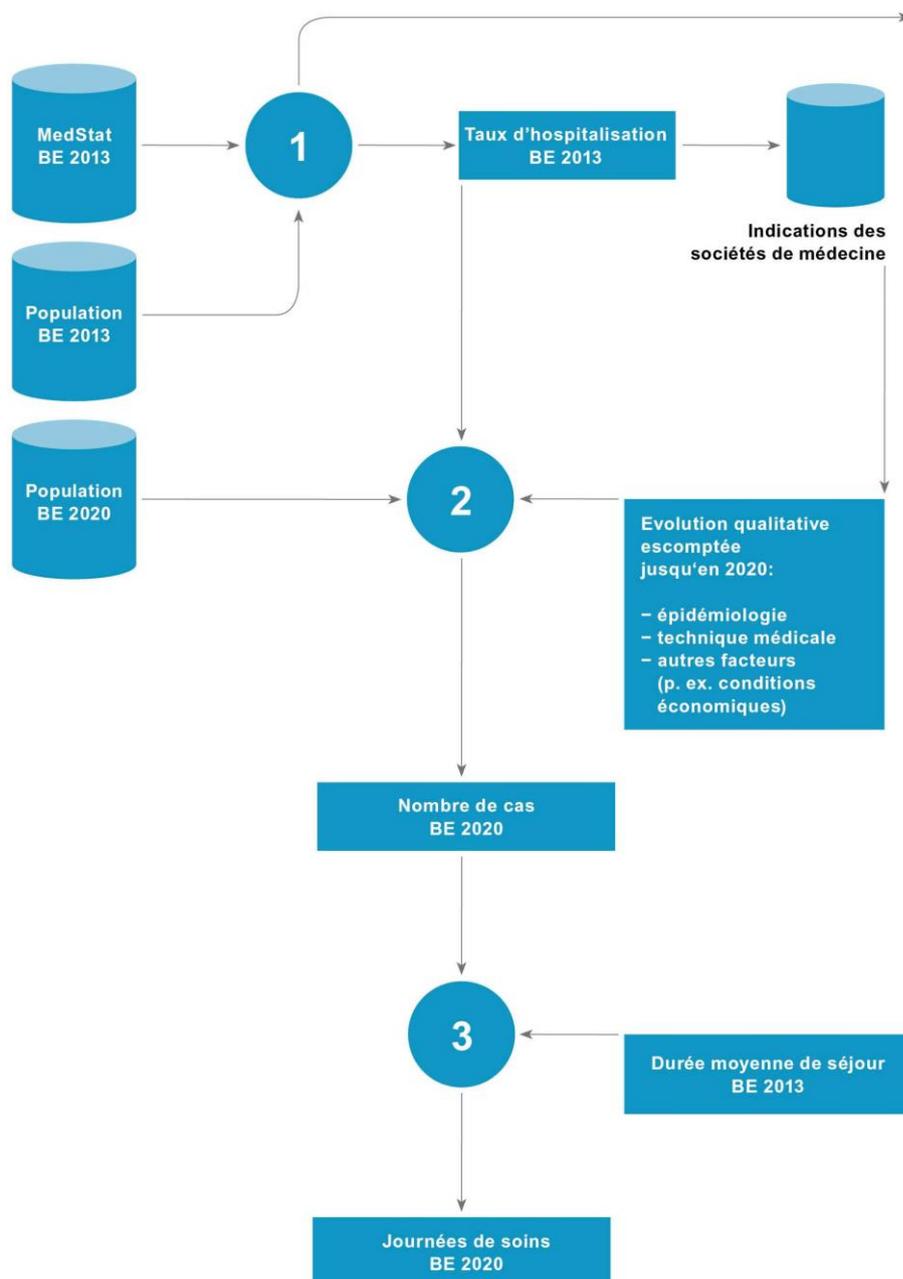
Technique de modélisation au 31 décembre 2020 :
méthode du statu quo | illustration simplifiée



Source : SAP (état au 31.12.2015)

Illustration 23

Technique de modélisation au 31 décembre 2020 :
méthode du statu quo avec prise en compte de l'évolution qualitative | illustration simplifiée



Source : SAP (état au 31.12.2015)

11.8 Relevé des prestations

11.8.1 Enquête auprès de tous les hôpitaux répertoriés

Etat des lieux à des fins de planification

Dans le cadre de la planification des soins 2016, la SAP a réalisé entre le 1^{er} juin et le 24 juillet 2015 une enquête écrite exhaustive auprès de tous les hôpitaux répertoriés et des autres établissements intéressés concernant les prestations hospitalières proposées au moment du relevé ainsi que celles prévues jusqu'en 2020.

Le relevé comprenait essentiellement quatre volets :

1. des informations détaillées sur les nouvelles versions des classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie,
2. les prestations hospitalières fournies en 2014 au bénéfice de la population bernoise par site hospitalier, réparties par groupe de prestations selon les nouvelles classifications GPPH de la planification des soins 2016,
3. les coûts par cas 2014 agrégés selon les consignes de SwissDRG SA, par site hospitalier,
4. les prestations prévues jusqu'en 2020, également par site hospitalier. Cette rubrique permettait aux hôpitaux d'indiquer les modifications escomptées à l'horizon 2020 au niveau de la structure de l'offre (extension ou réduction des prestations).

Les hôpitaux ont été avertis que cette démarche ne devait pas être comprise comme le dépôt de candidatures pour l'octroi d'un mandat de prestations sur les listes cantonales. Le relevé des prestations servait uniquement à des fins de planification et il n'en découlait aucun droit ni devoir. L'ensemble des informations et des documents requis pour procéder à cet inventaire ont été mis en ligne sur le site internet de la SAP. Les données ainsi recueillies ont été prises en compte dans la planification 2016.

Taux de retour de 100 pour cent à la fin de l'enquête

La plupart des documents envoyés étaient complets. Dans quelques cas, la SAP a pris contact avec les hôpitaux pour obtenir les données manquantes. Les résultats du relevé des prestations sont présentés sommairement dans les chapitres 12, 13 et 14.

11.8.2 Relevé des prestations ambulatoires en psychiatrie

Prestations des cliniques de jour

En complément au relevé susmentionné, la SAP a effectué en février 2016 une enquête écrite sur l'offre disponible en clinique de jour. Les hôpitaux du canton ont été invités à annoncer les places proposées dans ce type de structure et les sites correspondants.

Prestations des services ambulatoires

La SAP a également mené une enquête écrite auprès des hôpitaux du canton pour connaître les services ambulatoires existants et les prestations disponibles.

11.9 Analyse de l'accessibilité

L'évaluation de l'accessibilité des fournisseurs de prestations hospitalières dans le cadre de la planification des soins et des listes des hôpitaux doit tenir compte de l'arrêté du Conseil-exécutif 814/2013 du 19 juin 2013 (*Neuoperationalisierung der Zugänglichkeit mit einer ergänzenden Dis-tanzkomponente*). Celui-ci est déterminant pour la définition des sites indispensables à la couverture en soins ainsi que des prestations minimales qu'ils doivent proposer dans les soins de base hospitaliers (paquet de base de la classification GPPH en soins aigus somatiques)⁹⁰. Cette définition des sites nécessaires doit aussi pouvoir être appliquée aux soins de base de la psychiatrie hospitalière dans la période de planification actuelle. L'accessibilité joue un rôle important dans le choix des hôpitaux à inscrire sur les listes. Si le nombre de candidats est supérieur à celui que requiert la couverture des besoins du canton ou d'une région donnée, l'accessibilité du site hospitalier pour la population cible peut être un critère décisif dans la décision de lui octroyer ou non un mandat de prestations.

⁹⁰ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2013.

Base de données et méthode

L'accessibilité est évaluée au moyen d'un système d'information géographique (ArcGIS). Celui-ci permet d'analyser les zones isochrones pour les temps de trajet et les distances sur la base du modèle des transports du canton de Berne. Les résultats de cette opération fournissent une vue nuancée de l'accessibilité géographique des sites hospitaliers et de leurs prestations pour la population du canton.

11.10 Rapports d'experts

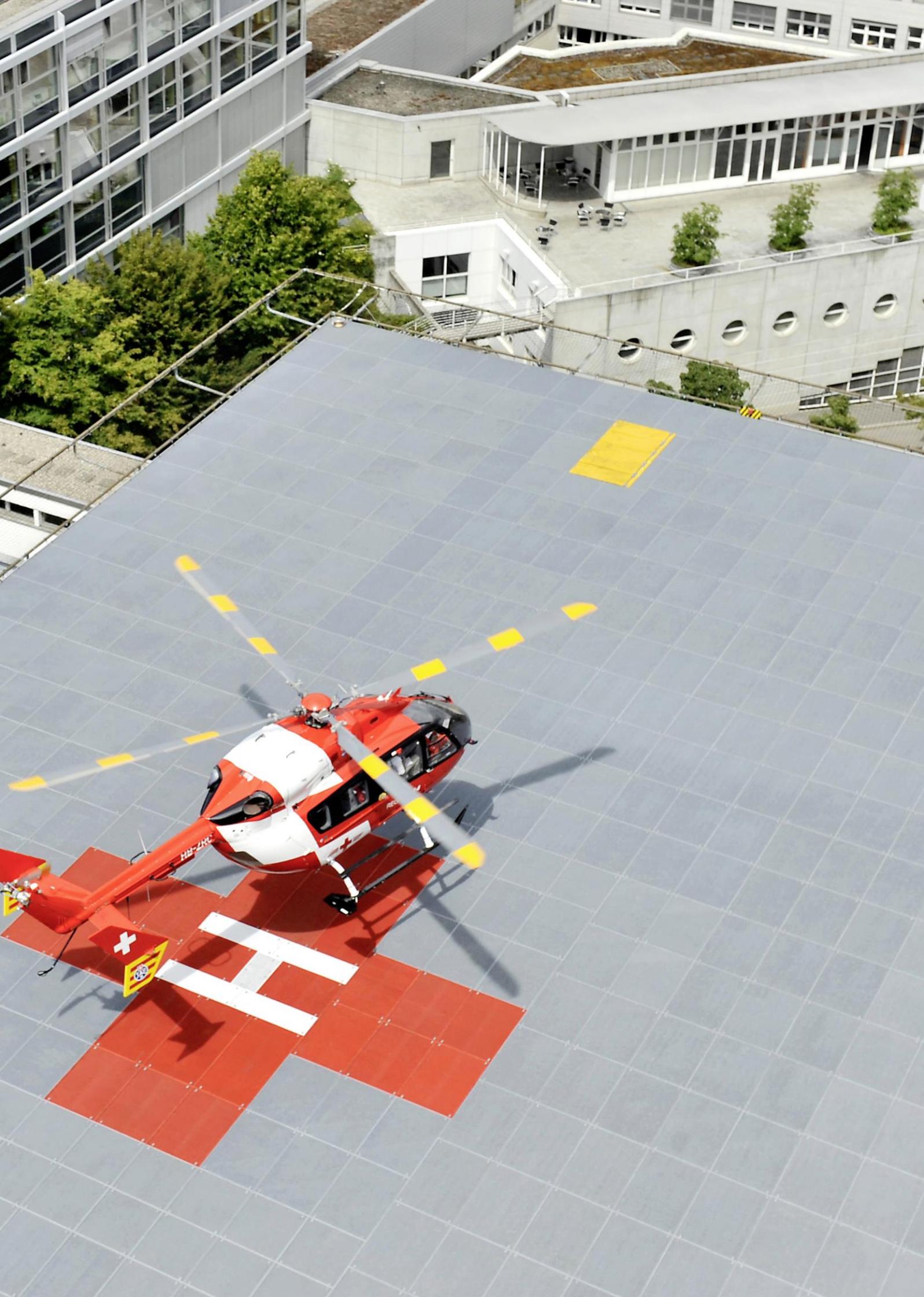
Des mandats ont été confiés à des tiers concernant les domaines du sauvetage et des professions de la santé non universitaires. La SAP a mis à disposition les données nécessaires pour l'analyse et suivi de près les travaux.

Il en est résulté deux expertises :

1. *Auswertung und Simulation der Hilfsfrist – Standortoptimierung Rettungsfahrzeuge im Kanton Bern*, Institut für Modellbildung und Simulation de la Haute école spécialisée de St-Gall
2. *Grundlagenbericht für die Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG für nichtuniversitäre Gesundheitsberufe*, Dolder Beratungen GmbH

Ces documents sont publiés sur le site de la SAP. Les conclusions principales sont résumées aux chapitres 15 et 16.



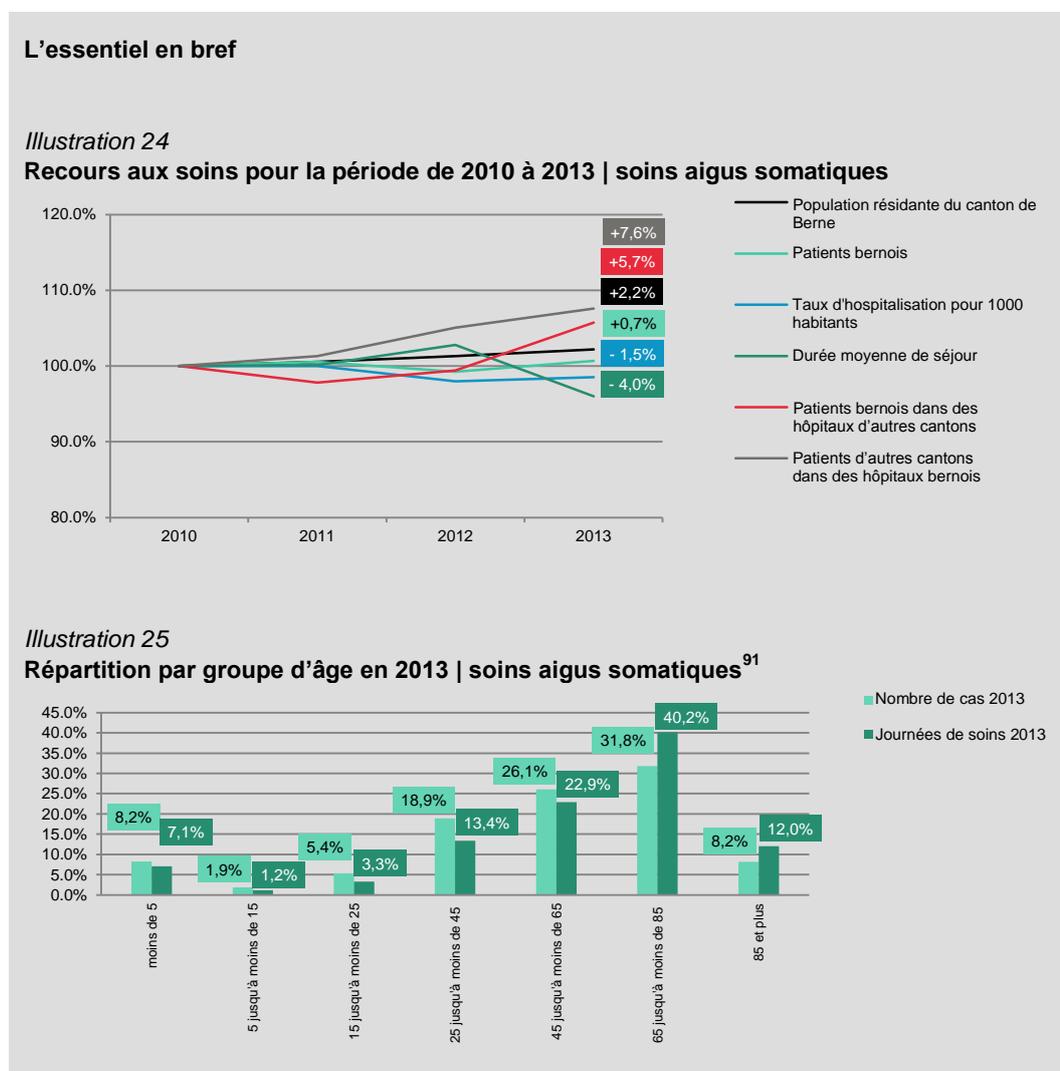


Planification par domaine de soins

La partie B (signalée par une bande verte) présente les résultats des évaluations quantitatives réalisées pour chacun des domaines de la planification des soins du canton de Berne, à savoir la planification hospitalière (chapitres 12 à 14), le secteur du sauvetage (chapitre 15) et les professions de la santé non universitaires (chapitre 16).

12 Soins aigus somatiques

Ce chapitre porte sur la demande en prestations hospitalières de la population bernoise entre 2010 et 2013 ainsi que sur les prévisions des besoins jusqu'en 2020 dans le domaine des soins aigus somatiques. Il met également en lumière l'offre de prestations proposée en 2015 par les hôpitaux figurant sur la liste cantonale et les changements attendus jusqu'en 2020. Enfin, il fournit un aperçu des patientes et patients en provenance d'autres cantons hospitalisés dans des établissements de soins aigus bernois.



⁹¹ 2013 : 154 886 cas, 832 088 journées de soins.

Illustration 26

Prévision des besoins jusqu'en 2020 | soins aigus somatiques



12.1 Contexte

Le canton de Berne offre une palette complète de traitements médicaux dans le domaine des soins aigus somatiques en milieu hospitalier. Outre les soins de base et les soins d'urgence décentralisés, les hôpitaux de soins aigus proposent différentes prestations spécialisées et, pour certains, des prestations hautement spécialisées.

12.2 Recours aux soins pour la période 2010-2013

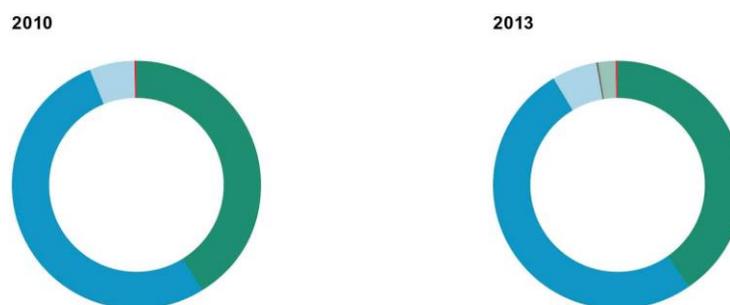
Mode d'admission

Le mode d'admission décrit les circonstances dans lesquelles un patient est entré à l'hôpital. La statistique médicale des hôpitaux de l'OFS fait la distinction entre cinq modes d'admission :

- annoncé, planifié,
- urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures),
- naissance,
- transfert dans les 24 heures,
- transfert interne.

Illustration 27

Mode d'admission de la population résidente bernoise en hôpital de soins aigus en 2010/2013



Mode d'admission	2010	2013
Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures)	41,2 %	40,5 %
Annoncé, planifié	52,7 %	51,0 %
Naissance (enfant né intra-muros)	5,9 %	5,9 %
Transfert interne	0,0 %	0,2 %
Transfert dans les 24 heures	0,0 %	2,3 %
Autre	0,2 %	0,1 %

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

S'y ajoutent, dans la statistique médicale, les catégories « autre » et « inconnu », qui sont réunies dans le présent rapport sous le titre « autre ». Plus de la moitié des ressortissantes et ressortissants bernois admis dans un hôpital de soins aigus en 2010 l'ont été dans le cadre d'une hospitalisation planifiée. Le constat est le même en 2013. La proportion de transferts dans les 24 heures a légèrement augmenté (+2,3%) entre 2010 et 2013 (voir illustration 27).

Structure des âges

La structure des âges de la population est le premier facteur d'influence sur la demande en prestations hospitalières. L'évolution du nombre de cas et de journées de soins entre 2010 et 2013 est présentée par tranche d'âge dans le tableau 26, en chiffres absolus et proportionnellement. Tous les groupes d'âge jusqu'à 65 ans ont enregistré un léger recul (écart global : -1,9% environ). Dans le même temps, on constate une évolution inverse pour les 65 ans et plus, qui ont connu une hausse de 1,9 pour cent. En 2013, ces derniers représentaient au total environ 40 pour cent des cas. Plus on progresse dans les groupes d'âge, plus les valeurs sont élevées pour le taux d'hospitalisation, mais aussi pour la durée moyenne de séjour. En 2010 déjà, un peu plus de la moitié des journées de soins comptabilisées (50,8%) concernaient des patients âgés de 65 ans et plus. Cette proportion a encore augmenté les années suivantes pour atteindre 52,2 pour cent (+1,4%) au 31 décembre 2013.

Tableau 26

Nombre de cas et de journées de soins en 2010 et 2013 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge | soins aigus somatiques

Age	31.12.2010				31.12.2013			
	Cas		Journées de soins		Cas		Journées de soins	
	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%
moins de 5	12 716	8,3%	49 240	7,3%	12 763	8,2%	58 719	7,1%
5 à moins de 15	3284	2,1%	8389	1,2%	2952	1,9%	9963	1,2%
15 à moins de 25	8658	5,6%	22 362	3,3%	8308	5,4%	27 269	3,3%
25 à moins de 45	29 937	19,5%	94 638	14,1%	29 299	18,9%	111 566	13,4%
45 à moins de 65	40 486	26,3%	155 993	23,2%	39 695	25,6%	190 254	22,9%
65 à moins de 85	47 763	31%	267 234	39,8%	49 236	31,8%	334 240	40,2%
85 et plus	10 983	7,1%	73647	11,0%	12 633	8,2%	100 077	12,0%
Total	153 827	100,0%	671 503	100,0%	154 886	100,0%	832 088	100,0%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Nombre de cas

En 2008, 150 025 ressortissants bernois avaient été hospitalisés dans un établissement de soins aigus. Le total des sorties a augmenté au cours des dernières années. Entre 2010 et 2013, le nombre de patients a ainsi progressé de 1059 cas. En 2013, 154 886 Bernoises et Bernois ont séjourné en soins aigus contre 153 827 en 2010 (voir tableau 26). Dans l'ensemble, ce résultat est inférieur aux besoins pronostiqués dans la planification des soins 2011-2014, qui tablait sur 158 294 cas en 2014. Le tableau 27 présente l'évolution du nombre de cas par domaine de prestations entre 2011 et 2013⁹². Durant cette période, on observe une hausse moyenne de 0,1 pour cent, soit un chiffre inférieur à la croissance démographique (voir section 7.2). La proportion de ressortissants bernois hospitalisés dans un établissement de soins aigus d'un autre canton a augmenté de 8,1 pour cent entre 2011 et 2013. Cette évolution est très certainement liée à l'introduction au 1^{er} janvier 2012 du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse suite à la révision de la LAMal. La majeure partie des traitements hospitaliers recensés relèvent du domaine de prestations Paquet de base (2011 : 42,1%, 2013 : 40,4%), qui correspond aux soins de base en mode hospitalier dans un établissement de soins aigus.

⁹² Remarque : l'évolution 2011-2013 par domaine de prestations et groupe d'âge est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

Tableau 27

Nombre de cas 2011-2013 pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations | soins aigus somatiques

Domaine de prestations	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
Paquet de base	65 115	62 882	62 548	-3,9%
Orthopédie	24 399	24 690	25 313	3,7%
Obstétrique	10 742	11 075	10 999	2,4%
Nouveau-nés	8903	9013	8866	-0,4%
Urologie	6156	6298	6701	8,9%
Cœur	6093	6023	6098	0,1%
Oto-rhino-laryngologie	5172	5585	5861	13,3%
Gynécologie	5040	5207	5399	7,1%
Gastroentérologie	3863	3984	4012	3,9%
Neurologie	3562	3239	3447	-3,2%
Vaisseaux	2541	2526	2571	1,2%
Chirurgie viscérale	1952	1958	1989	1,9%
Pneumologie	2226	1877	2509	12,7%
(Radio-)oncologie	1821	1 666	1764	-3,1%
Hématologie	1502	1476	1 629	8,5%
Ophthalmologie	1530	1340	1288	-15,8%
Rhumatologie	844	792	792	-6,2%
Dermatologie	724	665	642	-11,3%
Néphrologie	634	651	658	3,8%
Endocrinologie	600	605	597	-0,5%
Neurochirurgie	616	576	644	4,5%
Chirurgie thoracique	326	284	291	-10,7%
Traumatismes graves	264	229	213	-19,3%
Transplantations	44	46	55	25,0%
Total	154 669	152 687	154 886	0,1%
dont traitements dispensés dans un autre canton	5853	5951	6328	8,1%
dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	148 816	146 736	148 558	-0,2%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tendance (nombre de cas)

Pour présenter l'évolution qualitative dans les domaines de prestations des soins aigus somatiques, les chiffres figurant dans le tableau 27 concernant l'évolution quantitative ont été classés dans le tableau 28 en cinq catégories, en fonction de l'importance des changements intervenus. Le nombre de cas enregistrés jusqu'au 31 décembre 2013 suit l'évolution démographique. Ce facteur explique notamment le recul des cas dans les domaines de prestations Obstétrique et Nouveau-nés, ainsi que l'augmentation constatée en neurologie. Il n'est pas exclu que d'autres facteurs aient une influence sur le volume des cas : introduction de nouvelles offres et modalités de traitement rendues possibles par les progrès médicotéchniques, augmentation ou diminution de certaines pathologies résultant de changements épidémiologiques ou transfert entre des domaines de prestations hospitalières. Il n'est toutefois pas possible de quantifier les effets de ces facteurs. La diminution des cas dans le domaine de prestations Paquet de base peut notamment être liée à une classification plus spécifique des cas dans la statistique médicale des hôpitaux. En outre, il paraît plausible que le transfert vers des domaines de prestations spécialisés soit une conséquence de l'introduction des forfaits par cas SwissDRG en 2012. Il est aussi possible qu'un nombre croissant de cas qui nécessitaient auparavant une hospitalisation aient été transférés vers le secteur ambulatoire. Ce phénomène concerne notamment l'ophtalmologie : près de 20 pour cent des interventions réalisées dans ce domaine en milieu hospitalier pourraient aujourd'hui l'être en ambulatoire. La section 12.6 donne des précisions sur le potentiel ambulatoire calculé en soins aigus somatiques.

Tableau 28

Analyse qualitative de l'évolution 2011-2013 du nombre de cas pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations | soins aigus somatiques

-- fort recul	- léger recul	0 pas de changement	+ légère augmentation	++ forte augmentation
Paquet de base, Neurologie, Endocrinologie (Radio-)oncologie, Ophtalmologie, Rhumatologie, Dermatologie, Chirurgie thoracique, Traumatismes graves		Nouveau-nés, Cœur	Obstétrique, Vaisseaux, Chirurgie viscérale	Urologie, Oto-rhino-laryngologie, Orthopédie, Gynécologie, Gastroentérologie, Néphrologie, Pneumologie, Hématologie, Neurochirurgie, Transplantations

-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Durée moyenne de séjour

En 2008, la durée moyenne de séjour était de 6,8 jours. La planification des soins 2011-2014 prévoyait un recul de ce paramètre, qui devait s'établir à 6,4 jours en 2014. La durée moyenne de séjour a légèrement diminué en 2013 : elle était de 5,4 jours au 31 décembre (voir également tableau 29). Ce chiffre correspond exactement aux prévisions de la planification des soins 2011-2014, puisque la différence d'un jour est due au changement de système de forfaits par cas en 2012 : 6,4 jours selon les APDRG équivalent à 5,4 jours selon SwissDRG.

Tableau 29

Durée moyenne de séjour 2011-2013 pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations | soins aigus somatiques

Domaine de prestations	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
Paquet de base	5,1	5,1	5,0	-1,5%
Orthopédie	5,6	5,6	5,4	-3,3%
Obstétrique	4,6	4,4	4,2	-7,2%
Nouveau-nés	5,0	5,0	4,8	-4,7%
Urologie	4,7	4,7	4,7	-1,4%
Cœur	4,7	5,2	5,2	10,2%
Oto-rhino-laryngologie	3,6	3,5	3,1	-13,2%
Gynécologie	3,4	3,5	3,3	-3,8%
Gastroentérologie	8,1	8,4	7,8	-3,9%
Neurologie	11,7	20,4	7,3	-37,0%
Vaisseaux	7,3	7,2	7,0	-5,3%
Chirurgie viscérale	13,1	12,9	12,9	-1,9%
Pneumologie	9,3	10,9	10,2	10,2%
(Radio-)oncologie	6,8	6,7	6,6	-2,9%
Hématologie	9,4	8,8	9,3	-1,0%
Ophtalmologie	2,8	2,8	2,6	-6,4%
Rhumatologie	5,8	5,3	5,3	-8,2%
Dermatologie	10,1	9,3	8,2	-19,2%
Néphrologie	12,5	10,2	11,6	-6,9%
Endocrinologie	8,6	8,8	8,9	2,4%
Neurochirurgie	8,7	9,4	9,4	8,1%
Chirurgie thoracique	10,8	11,5	10,5	-2,6%
Traumatismes graves	17,8	14,7	13,3	-25,2%
Transplantations	24,6	30,0	16,1	-34,4%
Total	5,6	5,8	5,4	-4,1%
dont traitements dispensés dans un autre canton	6,6	6,6	5,5	-16,2%
dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	5,6	5,7	5,4	-3,6%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tendance (durée moyenne de séjour)

La durée moyenne de séjour enregistrée jusqu'au 31 décembre 2013 affiche une baisse dans presque tous les domaines de prestations. Pour illustrer l'importance des changements observés pour ce paramètre sur un plan qualitatif, il est possible de répartir les domaines de prestations en cinq catégories (voir tableau 30), comme cela a été fait pour l'évolution du nombre de cas. Une diminution importante – ou une augmentation – de la durée moyenne de séjour peut être due à un changement dans les modalités de prise en charge ou aux progrès médicotéchniques. En outre, dans les domaines de prestations concernés, le transfert vers le secteur ambulatoire peut être compensé par une hausse relative des cas complexes requérant un séjour de longue durée. Enfin, un accroissement de la durée de séjour peut être causé par une augmentation du degré de gravité des cas.

Tableau 30

Analyse qualitative de l'évolution 2011-2013 de la durée moyenne de séjour pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations | soins aigus somatiques

-- fort recul	- léger recul	0 pas de changement	+ légère augmentation	++ forte augmentation
Neurologie, Dermatologie, Transplantations, Orthopédie, Obstétrique, Nouveau-nés, Oto-rhino-laryngologie, Gynécologie, Gastroentérologie, Vaisseaux, (Radio-)oncologie, Ophtalmologie, Néphrologie, Rhumatologie, Chirurgie thoracique, Traumatismes graves	Paquet de base, Urologie, Chirurgie viscérale, Hématologie		Endocrinologie	Cœur, Pneumologie, Neurochirurgie

-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Degré de gravité des cas

En 2008, l'indice de casemix (ICM), soit le degré de gravité moyen des cas hospitaliers, se montait à 0,9 pour les patientes et patients bernois. En 2011 et 2013, il correspondait à la moyenne suisse, qui était égale à 1 (voir tableau 31). Un ICM de 1 représente un degré de gravité intermédiaire. Si ce paramètre est inférieur à 1, le cas est moins lourd tandis qu'un ICM plus élevé traduit un niveau de sévérité et de complexité supérieur. Plus l'ICM est élevé, plus les cas hospitaliers traités dans ce domaine de prestations sont graves et complexes. En observant l'ICM par domaine de prestations, on remarque ainsi des différences : en 2013, la prise en charge des nouveau-nés en bonne santé se situait à l'extrémité inférieure du spectre (0,389), tandis que les transplantations d'organes affichaient de loin l'ICM le plus élevé (7,225).

Tableau 31

Degré de gravité moyen des cas 2011-2013 pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations | indice de casemix des soins aigus somatiques

Domaine de prestations	31.12.2011 ¹⁾	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
Paquet de base	0,810	0,834	0,824	1,6%
Orthopédie	1,257	1,276	1,295	3,0%
Obstétrique	0,653	0,663	0,688	5,4%
Nouveau-nés	0,397	0,439	0,398	0,3%
Urologie	0,922	0,943	0,957	3,7%
Cœur	1,889	2,192	2,199	16,4%
Oto-rhino-laryngologie	0,855	0,825	0,795	-7,0%
Gynécologie	0,907	0,945	0,940	3,6%
Gastroentérologie	1,030	1,099	1,037	0,7%
Neurologie	1,489	1,243	1,106	-25,7%
Vaisseaux	1,749	1,848	1,883	7,6%
Chirurgie viscérale	2,761	2,833	2,925	5,9%
Pneumologie	1,395	1,641	1,594	14,3%
(Radio-)oncologie	1,110	1,163	1,047	-5,7%
Hématologie	1,859	1,755	1,910	2,8%
Ophthalmologie	0,762	0,753	0,785	3,0%
Rhumatologie	0,860	0,864	0,865	0,6%
Dermatologie	1,501	1,548	1,440	-4,0%
Néphrologie	2,343	1,996	2,228	-4,9%
Endocrinologie	1,098	1,127	1,222	11,3%
Neurochirurgie	3,057	3,361	3,267	6,9%
Chirurgie thoracique	2,848	2,852	3,211	12,7%
Traumatismes graves	4,744	4,031	3,882	-18,2%
Transplantations	10,834	12,254	7,225	-33,3%
Total	1,014	1,042	1,043	2,9%
dont traitements dispensés dans un autre canton	1,252	1,172	1,066	-14,9%
dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	1,005	1,037	1,043	3,7%

¹⁾ Remarque : calcul selon le système APDRG.

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tendance (degré de gravité des cas)

Il n'est pas aisé d'analyser l'évolution de l'ICM. La catégorisation illustrée dans le tableau 32 repose sur la tendance qui semble se dessiner dans les pourcentages. Les différences constatées au niveau de l'ICM peuvent avoir plusieurs causes : un ICM plus élevé peut être lié à une hausse des cas complexes, mais aussi à un transfert accru de cas moins graves vers le secteur ambulatoire. S'il n'est pas possible d'expliquer entièrement les changements relevés dans les domaines de prestations, on notera qu'il n'y a pas eu d'augmentation générale de l'ICM en 2013 par rapport à l'année précédente.

Tableau 32

Analyse qualitative de l'évolution 2011-2013 de la sévérité des cas pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations | soins aigus somatiques

--	-	0	+	++
fort recul	léger recul	pas de changement	légère augmentation	forte augmentation
Oto-rhino-laryngologie, Neurologie, (Radio-)oncologie, Dermatologie, Néphrologie, Traumatismes graves, Transplantations		Nouveau-nés	Paquet de base, Gastroentérologie, Rhumatologie	Orthopédie, Obstétrique, Urologie, Cœur, Gynécologie, Vaisseaux, Chirurgie viscérale, Pneumologie, Hématologie, Ophthalmologie, Endocrinologie, Neurochirurgie, Chirurgie thoracique

-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Recours aux prestations par région | soins aigus somatiques

Le présent chapitre fournit pour la première fois une image du recours aux prestations hospitalières par région de domicile et de soins, en fonction des domaines de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques (voir tableau 33).

Région 1 Berne

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a diminué de 2,2 pour cent. La réduction la plus marquée concerne les domaines de prestations Ophtalmologie (-14% / -90 cas) et Neurologie (-10,6% / -169 cas). On observe une hausse importante dans les domaines de prestations Néphrologie (+11,6% / +29 cas) et Chirurgie ORL (+9,3% / +209 cas).

Région 2 Jura bernois

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a augmenté de 6,5 pour cent, avec une progression marquée pour les domaines de prestations Néphrologie (+48,4% / +15 cas) et Chirurgie viscérale (+45,3% / +34 cas). Le recul le plus flagrant se situe dans les domaines de prestations Rhumatologie (-46% / -23 cas) et Pneumologie (-27,9% / -36 cas).

Région 3 Oberland bernois est

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a baissé de 3,1 pour cent. La réduction la plus forte porte sur les domaines de prestations Néphrologie (-56,2% / -41 cas) et Ophtalmologie (-33,3% / -42 cas). On remarque une hausse marquée dans les domaines de prestations Vaisseaux (+50,3% / +83 cas) et Pneumologie (+15% / +23 cas).

Région 4 Oberland bernois ouest

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a progressé de 1,6 pour cent. On constate une hausse sensible dans les domaines de prestations Endocrinologie (+44,9% / +31 cas) et Chirurgie ORL (+40,7% / +393 cas). La baisse la plus importante est à mentionner dans les domaines de prestations Nouveau-nés (-29,8% / -292 cas) et Ophtalmologie (-29% / -87 cas).

Région 5 Bienne

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a diminué de 0,1 pour cent. Le recul le plus marqué touche les domaines de prestations Dermatologie (-15,9% / -14 cas) et Ophtalmologie (-12,7% / -21 cas). On note une hausse importante dans les domaines de prestations Pneumologie (+46,7% / +113 cas) et Chirurgie thoracique (+45,2% / +14 cas).

Région 6 Emmental

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a augmenté de 2 pour cent. On relève une hausse sensible dans les domaines de prestations Pneumologie (+26,3% / +46 cas) et Chirurgie ORL (+15,9% / +73 cas). La diminution la plus importante concerne les domaines de prestations Chirurgie thoracique (-43,9% / -18 cas) et (Radio-)oncologie (-29% / -54 cas).

Région 7 Haute-Argovie

Entre 2011 et 2013, le nombre de cas a progressé de 2,1 pour cent. On observe une forte augmentation dans les domaines de prestations Pneumologie (+61,2% / +85 cas) et Endocrinologie (+51,3% / +20 cas). Le recul le plus marqué se situe dans les domaines de prestations Chirurgie thoracique (-26,9% / -7 cas) et (Radio-)oncologie (-16,1% / -24 cas).

Tableau 33

Recours aux prestations par région en 2011 et 2013 | soins aigus somatiques

Domaine de prestations	Nombre de cas au 31.12																				
	Région 1 Berne			Région 2 Jura bernois			Région 3 Oberland bernois est			Région 4 Oberland bernois ouest			Région 5 Bienne			Région 6 Emmental			Région 7 Haute-Argovie		
	2011	2013	Ecart en %	2011	2013	Ecart en %	2011	2013	Ecart en %	2011	2013	Ecart en %	2011	2013	Ecart en %	2011	2013	Ecart en %	2011	2013	Ecart en %
(Radio-)oncologie	907	884	-2.5%	87	105	20.7%	124	128	3.2%	196	197	0.5%	172	193	12.2%	186	132	-29.0%	149	125	-16.1%
Paquet de base	27 565	25 968	-5.8%	3612	3671	1.6%	4758	4474	-6.0%	9214	9175	-0.4%	8515	7903	-7.2%	6339	6427	1.4%	5112	4930	-3.6%
Orthopédie	10917	11120	1.9%	877	952	8.6%	1650	1692	2.5%	3919	4063	3.7%	2564	2717	6.0%	2416	2572	6.5%	2056	2197	6.9%
Dermatologie	302	297	-1.7%	32	33	3.1%	61	42	-31.1%	99	71	-28.3%	88	74	-15.9%	77	63	-18.2%	65	62	-4.6%
Endocrinologie	255	230	-9.8%	41	41	0.0%	57	47	-17.5%	69	100	44.9%	79	72	-8.9%	60	48	-20.0%	39	59	51.3%
Gastroentérologie	1710	1794	4.9%	200	218	9.0%	281	258	-8.2%	566	603	6.5%	391	429	9.7%	345	341	-1.2%	370	369	-0.3%
Obstétrique	4867	5092	4.6%	482	572	18.7%	621	588	-5.3%	1486	1437	-3.3%	1445	1491	3.2%	997	978	-1.9%	844	841	-0.4%
Vaisseaux	1145	1125	-1.7%	145	129	-11.0%	165	248	50.3%	301	290	-3.7%	397	347	-12.6%	209	219	4.8%	179	213	19.0%
Gynécologie	2466	2566	4.1%	269	293	8.9%	291	314	7.9%	666	693	4.1%	651	724	11.2%	458	492	7.4%	239	317	32.6%
Oto-rhino-laryngologie	2256	2465	9.3%	168	200	19.0%	374	326	-12.8%	966	1359	40.7%	573	590	3.0%	460	533	15.9%	375	388	3.5%
Hématologie	683	708	3.7%	75	90	20.0%	122	110	-9.8%	193	246	27.5%	161	187	16.1%	152	175	15.1%	116	113	-2.6%
Cœur	2806	2720	-3.1%	166	160	-3.6%	392	416	6.1%	991	955	-3.6%	639	727	13.8%	584	547	-6.3%	515	573	11.3%
Néphrologie	250	279	11.6%	31	46	48.4%	73	32	-56.2%	86	79	-8.1%	55	76	38.2%	68	78	14.7%	71	68	-4.2%
Nouveau-nés	4146	4360	5.2%	414	480	15.9%	517	477	-7.7%	979	687	-29.8%	1208	1241	2.7%	906	888	-2.0%	733	733	0.0%
Neurochirurgie	290	289	-0.3%	15	31	106.7%	36	39	8.3%	94	90	-4.3%	71	74	4.2%	72	49	-31.9%	38	72	89.5%
Neurologie	1598	1429	-10.6%	159	187	17.6%	195	220	12.8%	524	535	2.1%	423	429	1.4%	346	351	1.4%	317	296	-6.6%
Ophtalmologie	642	552	-14.0%	53	57	7.5%	126	84	-33.3%	300	213	-29.0%	166	145	-12.7%	128	126	-1.6%	115	111	-3.5%
Pneumologie	1079	1126	4.4%	129	93	-27.9%	153	176	15.0%	309	314	1.6%	242	355	46.7%	175	221	26.3%	139	224	61.2%
Rhumatologie	359	340	-5.3%	50	27	-46.0%	65	62	-4.6%	129	129	0.0%	96	87	-9.4%	77	84	9.1%	68	63	-7.4%
Traumatismes graves	85	76	-10.6%	22	10	-54.5%	32	16	-50.0%	46	30	-34.8%	37	34	-8.1%	21	28	33.3%	21	19	-9.5%
Chirurgie thoracique	140	129	-7.9%	13	16	23.1%	23	22	-4.3%	52	37	-28.8%	31	45	45.2%	41	23	-43.9%	26	19	-26.9%
Transplantations	14	7	-50.0%	3	1	-66.7%	3	2	-33.3%	5	4	-20.0%	12	1	-91.7%	4	2	-50.0%	3	2	-33.3%
Urologie	2813	2951	4.9%	233	307	31.8%	400	421	5.3%	961	1176	22.4%	782	800	2.3%	540	594	10.0%	427	452	5.9%
Chirurgie viscérale	989	941	-4.9%	75	109	45.3%	121	116	-4.1%	222	236	6.3%	226	256	13.3%	190	180	-5.3%	129	151	17.1%
Total	68 284	67 469	-1.2%	7351	7830	6.5%	10 640	10 312	-3.1%	22 373	22 724	1.6%	19 024	19 000	-0.1%	14 851	15 151	2.0%	12 146	12 400	2.1%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et de la classification GPPH en soins aigus somatiques, version 2015.1 (état au 31.12.2015)

Cas LAMal

Le tableau 34 montre, parmi la population résidente bernoise, la part des personnes hospitalisées dans ou à l'extérieur du canton qui l'ont été dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (cas LAMal). En 2013, il s'agissait de plus de 9 patientes et patients sur 10, une proportion qui varie toutefois suivant le domaine de prestations considéré. Pour les soins aigus somatiques, elle se monte au total à 92,3 pour cent des cas. Les secteurs suivants affichent la part la plus basse de cas LAMal : traumatismes graves (51,2%), orthopédie (78,8%), rhumatologie (88,1%) et neurochirurgie (88,4%). C'est notamment sur la base de ces pourcentages que le canton octroie les mandats de prestations, puisque les listes des hôpitaux ne couvrent que la part des besoins relevant de la LAMal (voir section 9.1)⁹³.

Tableau 34

Part des cas LAMal 2011-2013 pour la population résidente bernoise par domaine de prestations | soins aigus somatiques

Domaine de prestations	Nombre de cas 31.12.2011	Part LAMal	Nombre de cas au 31.12.2012	Part LAMal	Nombre de cas au 31.12.2013	Part LAMal	Evolution
Paquet de base	65 115	92,9%	62 882	92,8%	62 548	93,2%	1,4%
Orthopédie	24 399	79,7%	24 690	79,3%	25 313	78,8%	-0,9%
Obstétrique	10 742	99,1%	11 075	99,3%	10 999	99,4%	0,2%
Nouveau-nés	8903	95,2%	9013	93,7%	8866	93,3%	-1,9%
Urologie	6156	97,5%	6298	97,2%	6701	96,8%	-0,7%
Coeur	6093	98,3%	6023	98,2%	6098	98,1%	-0,2%
Oto-rhino-laryngologie	5172	91,8%	5585	92,7%	5861	92,1%	0,3%
Gynécologie	5040	99,5%	5207	99,6%	5399	99,5%	0,0%
Gastroentérologie	3863	99,0%	3984	99,0%	4012	99,0%	0,0%
Neurologie	3562	95,0%	3239	96,3%	3447	96,5%	1,5%
Vaisseaux	2541	97,5%	2526	98,1%	2571	97,9%	0,4%
Chirurgie vicérale	1952	97,9%	1958	96,6%	1989	97,4%	-0,5%
Pneumologie	2226	96,0%	1877	94,8%	2509	96,1%	0,1%
(Radio-)oncologie	1821	97,1%	1 666	98,5%	1764	98,5%	1,4%
Hématologie	1502	99,1%	1476	97,6%	1 629	99,1%	0,0%
Ophtalmologie	1530	95,9%	1340	96,7%	1288	94,4%	-1,5%
Rhumatologie	844	87,6%	792	90,0%	792	88,1%	0,6%
Dermatologie	724	98,5%	665	98,0%	642	97,5%	-1,0%
Néphrologie	634	99,5%	651	98,9%	658	99,5%	0,0%
Endocrinologie	600	96,7%	605	94,4%	597	96,1%	-0,6%
Neurochirurgie	616	89,0%	576	88,0%	644	88,4%	-0,6%
Chirurgie thoracique	326	92,6%	284	94,7%	291	97,3%	4,6%
Traumatismes graves	264	54,2%	229	50,7%	213	51,2%	-3,0%
Transplantations	44	88,6%	46	93,5%	55	100,0%	11,4%
Total	154 669	92,4%	152 687	92,3%	154 886	92,3%	-0,1%
dont traitements dispensés dans un autre canton	5853	80,1%	5951	79,5%	6328	82,1%	2,0%
dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	148 816	92,9%	146 736	92,8%	148 558	92,7%	-0,2%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

12.3 Evolution en comparaison nationale

Taux d'hospitalisation

En 2008, le taux d'hospitalisation brut (non apuré) en soins aigus somatiques se situait à 152 cas pour 1000 habitants dans le canton de Berne, soit un résultat supérieur à la moyenne suisse de 150,7 cas pour 1000 habitants. Ce paramètre utilisé pour procéder à des comparaisons intercantonnales renseigne sur le recours aux prestations hospitalières ainsi que sur l'évolution du nombre de cas. Si l'on se réfère au taux d'hospitalisation brut, il convient de souligner que les résultats peuvent être influencés par les différents contextes cantonaux, en particulier au niveau de la structure des âges. Les cantons comptant une proportion comparativement importante de personnes âgées ont en général un taux d'hospitalisation plus élevé. Au 31 décembre 2014, les plus de 65 ans représentaient 19,9 pour cent de la population bernoise. Ce chiffre est supérieur à la moyenne nationale, qui s'établit à 17,8 pour cent.⁹⁴ A noter que le taux d'hospitalisation se réfère à l'ensemble de la population du canton, indépendamment du lieu ou du canton dans lequel le traitement a été dispensé (voir illustration 28). S'il a légèrement diminué dans tous les cantons entre 2010 et 2013, il subsiste toutefois des différences importantes de l'un à l'autre. Dans le canton de Berne, cet

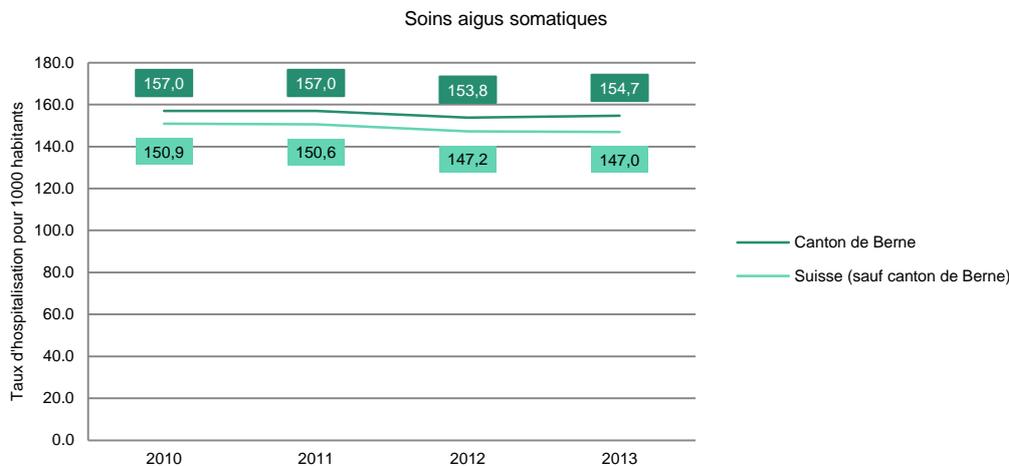
⁹³ Les prévisions jusqu'en 2020 sont présentées dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

⁹⁴ Cf. Conférence des statistiques du canton de Berne, 2015.

indicateur a baissé jusqu'en 2012, avant d'augmenter faiblement en 2013 : avec 154,7 cas pour 1000 habitants, le taux d'hospitalisation en soins aigus somatiques était supérieur de 5 pour cent à celui des autres cantons (147 cas pour 1000 habitants).

Illustration 28

Evolution 2010-2013 du taux d'hospitalisation de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons | soins aigus somatiques



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Durée moyenne de séjour

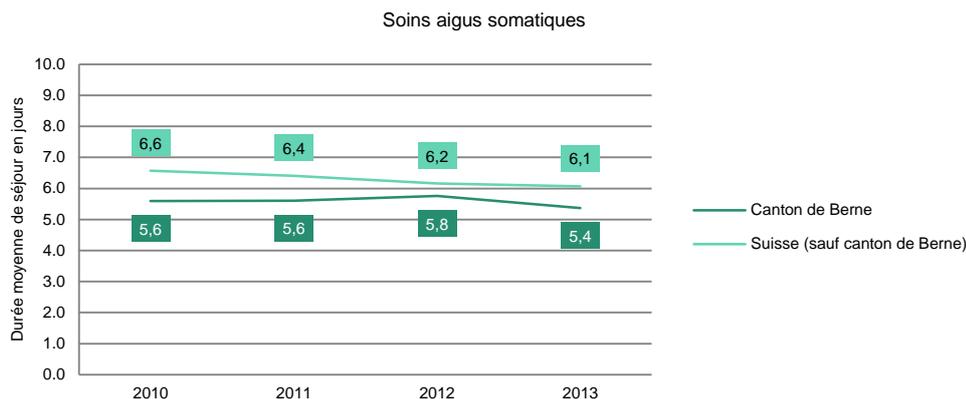
La durée moyenne de séjour, soit le nombre moyen de jours d'hospitalisation, est un paramètre moins parlant que le taux d'hospitalisation pour les comparaisons entre cantons, car elle est plus fortement influencée par les flux intercantonaux de patientes et de patients. Ainsi, si une grande partie des traitements hospitaliers ont été dispensés hors du canton, cet indicateur renseigne en réalité sur la nature et la durée des prestations fournies dans le canton d'implantation des hôpitaux concernés (voir illustration 29). Dans tous les cantons, la durée moyenne de séjour affiche une très nette baisse pour la période 2010 à 2013. Le canton de Berne se situe en dessous de la moyenne des autres cantons en 2013 : 5,4 jours contre 6,1 jours. Certes, les hôpitaux bernois utilisaient déjà des forfaits par cas (système APDRG) pour facturer les traitements hospitaliers avant l'introduction obligatoire des forfaits par cas SwissDRG dans toute la Suisse. Toutefois, une étude de l'Observatoire suisse de la santé montre que la durée de séjour a fortement reculé ces dernières années indépendamment du système de décompte appliqué par les hôpitaux. Cette évolution est due essentiellement aux progrès médicotéchniques et aux attentes des patientes et patients, et non au système de rémunération des hôpitaux^{95, 96}.

⁹⁵ Cf. Observatoire suisse de la santé, 2011.

⁹⁶ Remarque : l'évolution 2010-2013 par groupe de prestations est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

Illustration 29

Evolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons | soins aigus somatiques



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

12.4 Flux de patients

Flux de patients entre les cantons

Selon la planification des soins 2011-2014, 96 pour cent des 150 025 sorties comptabilisées en 2008 dans le domaine des soins aigus concernaient des hôpitaux situés dans le canton. Cette proportion élevée n'a pratiquement pas changé suite à l'introduction du libre choix de l'hôpital. Entre 2010 et 2013, le nombre de patients bernois soignés dans des hôpitaux d'autres cantons a augmenté de 5,9 pour cent environ (2010 : 5985 cas, 2013 : 6328 cas)⁹⁷. Toutefois, si l'on considère la proportion de traitements hors canton par rapport au total des traitements hospitaliers, la progression s'avère plus faible durant cette période : en 2010, 96,1 pour cent des 153 82 patients bernois ont été hospitalisés dans le canton ; en 2013, cette proportion était de 95,9 pour cent sur un total de 154 886 cas (voir tableau 35). La croissance des hospitalisations hors canton n'est donc que de 0,2 pour cent. On constate que des ressortissants bernois ont séjourné dans des hôpitaux de toute la Suisse en 2013, mais qu'ils ont opté de préférence pour les cantons voisins, à savoir : Soleure 1%, Argovie 0,5%, Jura 0,2%, Lucerne 0,2%, Valais 0,2%, Vaud 0,2%, Neuchâtel 0,2% et Fribourg 0,1%. Les prestations auxquelles la population bernoise a fait appel en dehors du canton concernent essentiellement les domaines suivants de la classification GPPH : paquet de base (36,6%), orthopédie (21,5%), obstétrique (7,2%) et nouveau-nés (5,7%). Ensemble, ces domaines représentaient 71,1% des 6328 traitements hors canton recensés en 2013. Les fournisseurs de prestations les plus fréquemment sollicités dans d'autres cantons étaient les hôpitaux Solothurner Spitaler AG (14,4%), la clinique privée Obach dans le canton de Soleure (7,4%), l'Hôpital du Jura (5,7%), les hôpitaux universitaires de Bâle (4,9%) et de Zurich (4%) ainsi que l'Hôpital neuchâtelois (3,6%). En 2013, ces institutions ont accueilli 40 pour cent des 6328 ressortissants bernois ayant choisi un hôpital situé hors du canton. Selon le tableau 35, le solde net de ces mouvements s'inscrit en faveur du canton de Berne. En d'autres termes, le nombre de patients pris en charge en 2013 en provenance d'autres cantons est nettement supérieur à celui des ressortissants bernois soignés dans un hôpital situé hors des frontières bernoises.

⁹⁷ Remarque : l'évolution 2010-2013 par groupe de prestations est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

Tableau 35

Flux de patients 2013 entre les cantons | soins aigus somatiques

	Total	BE	SO	AG	ZH	BS	JU	BL	LU	VS	VD	NE	FR
Emigration : nombre de cas de ressortissants bernois séjournant dans un hôpital extracantonal, par canton d'hospitalisation	154 886	148 558 (95,9%)	1567 (1,0%)	717 (0,5%)	754 (0,5%)	534 (0,3%)	364 (0,2%)	321 (0,2%)	288 (0,2%)	288 (0,2%)	297 (0,2%)	280 (0,2%)	180 (0,1%)
Immigration : nombre de cas de ressortissants extracantonaux séjournant dans un hôpital bernois, par canton de résidence	172 876	148 558 (85,9%)	5314 (3,1%)	930 (0,5%)	771 (0,4%)	203 (0,1%)	1165 (0,7%)	313 (0,2%)	1088 (0,6%)	2172 (1,3%)	654 (0,4%)	2798 (1,6%)	6652 (3,8%)
Solde migratoire net : évaluation qualitative			++	+	+	--	++	-	++	++	+	++	++
			forte immigration	immigration	immigration	forte émigration	forte immigration	émigration	forte immigration	forte immigration	immigration	forte immigration	forte immigration

— (-50% et moins), - (-49,9 à moins de 0%), 0 (-/+0%), + (0,1 à moins de 50%), ++ (50% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Introduction du libre choix de l'hôpital en 2012

L'introduction du libre choix de l'hôpital au 1^{er} janvier 2012 a fait augmenter de 7,6 pour cent la proportion de patients issus d'autres cantons pris en charge dans des établissements bernois (2010 : 22 600 cas, 2013 : 24 318 cas). Le pourcentage comparativement élevé de cas en provenance de cantons limitrophes est donc une caractéristique importante du système de soins hospitaliers bernois. Dans le domaine de la médecine aiguë somatique, la proportion de patients en provenance d'autres cantons a encore augmenté depuis 2012 : elle est restée constante autour de 13 pour cent en 2010 et 2011, avant de progresser pour atteindre 14 pour cent en 2013 (+0,8%). Cette année-là, près de 13 pour cent des patients étaient domiciliés dans un canton limitrophe (Fribourg 3,8%, Soleure 3,1%, Neuchâtel 1,6%, Valais 1,3%, Jura 0,7%, Lucerne 0,6%, Argovie 0,5%) et les 1 pour cent restants dans d'autres cantons ou à l'étranger.

Variation des flux de patients entre les domaines de prestations

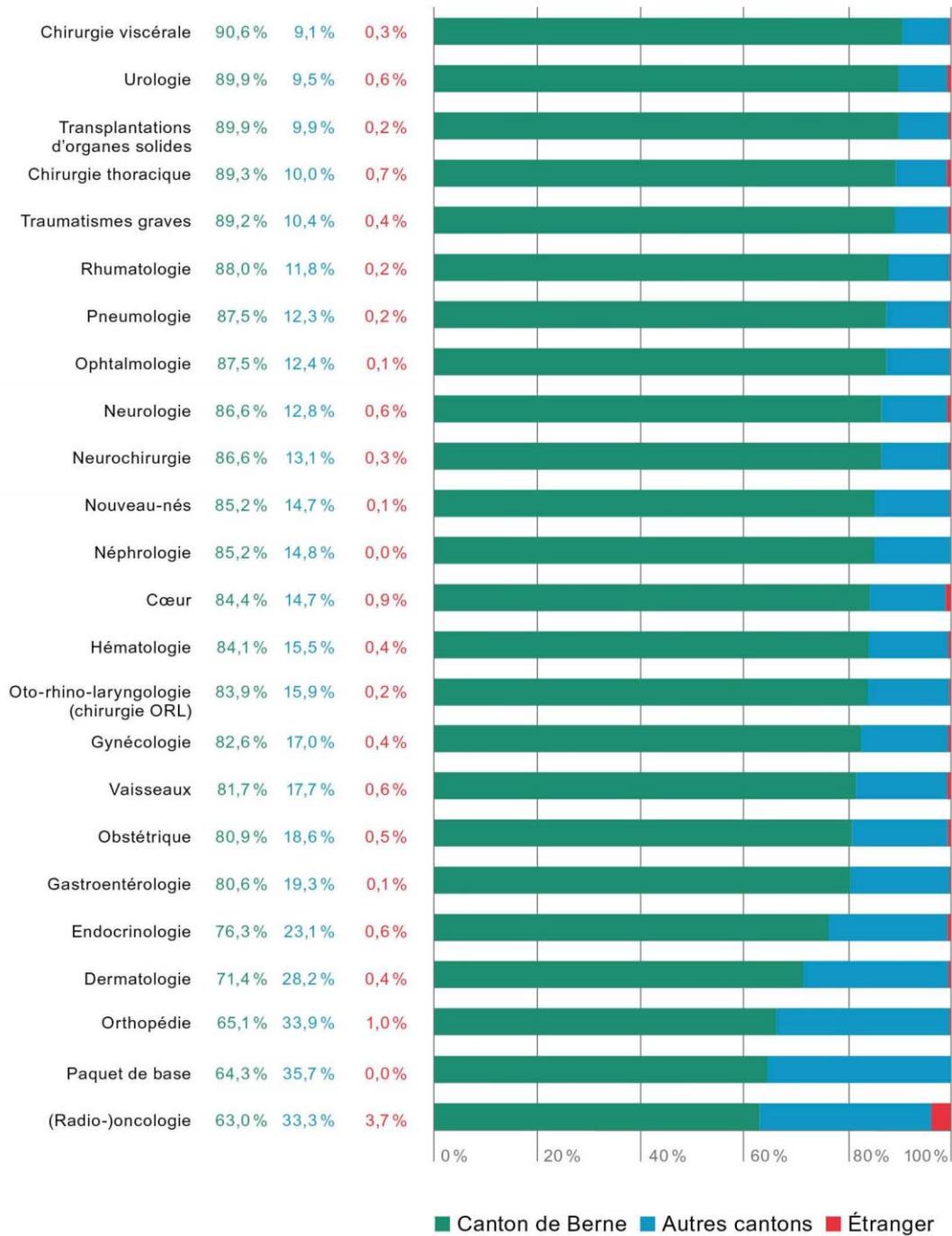
Les chiffres relatifs aux flux de patients varient selon le domaine de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques (voir illustration 30). En 2013 par exemple, la proportion de patients en provenance d'autres cantons oscillait entre 9,1 pour cent (chirurgie viscérale) et 35,7 pour cent (paquet de base). Il n'est pas possible d'identifier de relation claire entre le degré de spécialisation des prestations hospitalières et la proportion de patients issus d'un autre canton. On remarque toutefois que quelques domaines de prestations enregistrent, outre un pourcentage supérieur à la moyenne de ressortissants d'autres cantons, des cas en provenance de l'étranger, dont la proportion est la plus élevée en (radio-)oncologie avec environ 4,4 pour cent.

Proportion de cas extracantonaux en fonction des groupes d'âge

L'illustration 31 montre que les moins de 70 ans sont surreprésentés parmi les patientes et patients en provenance d'un autre canton. La moyenne, qui se situe à 14,1 pour cent, est marquée par une ligne bleue dans l'illustration. Ce résultat n'est pas surprenant, car la sortie de la vie professionnelle va souvent de pair avec une tendance accrue à recourir aux prestations proches du lieu de domicile. La proportion la plus élevée de patientes et patients extracantonaux concerne la tranche d'âge de 10 à 15 ans. Cette forte demande est liée à la prise en charge spécialisée d'enfants et d'adolescents dans les hôpitaux bernois.

Illustration 30

Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par domaine de prestations (selon PS 2011-2014) | soins aigus somatiques



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Illustration 31

Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013
en fonction du domicile des patients, par groupe d'âge | soins aigus somatiques



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Taux de couverture des besoins

En 2008, le taux de couverture des besoins variait entre 47,8 pour cent (région de l'Emmental) et 93,1 pour cent (région de Berne) dans le domaine des soins aigus somatiques. Les raisons expliquant le choix d'un hôpital situé hors de la région de domicile sont multiples. Les traitements spécialisés et les opérations planifiées en particulier ont souvent lieu sur un site éloigné du domicile. Le taux de couverture des besoins indique dans quelle mesure la population d'une région de soins recourt aux prestations disponibles dans cette région. Il permet d'évaluer le degré d'utilisation des prestations offertes à proximité. Par conséquent, il s'applique en général aux soins de base (paquet de base de la classification GPPH) et, éventuellement, à l'obstétrique et à la gynécologie, dont les prestations sont disponibles dans toutes les régions de soins définies pour la médecine aiguë somatique. En 2013, environ 51 pour cent des patientes et patients bernois ont bénéficié d'un traitement hospitalier dans ces domaines de prestations (78 946 cas sur un total de 154 886). Le taux de couverture des besoins pour ces prestations était d'au moins 57,4 pour cent (région du Jura bernois, voir tableau 36). Même dans la région de Berne, qui dispose d'un hôpital universitaire, le résultat reste inférieur à 100 pour cent (taux de couverture maximal de 91,6%).

Tableau 36

Taux de couverture des besoins en médecine aiguë somatique (paquet de base, obstétrique et gynécologie) par région de soins | nombre de cas selon le domicile et le lieu de traitement des patients bernois en 2013

Domicile	Lieu de traitement															
	Région 1 Berne		Région 2 Bienne		Région 3 Jura bernois		Région 4 Oberland bernois est		Région 5 Oberland bernois ouest		Région 6 Emmental		Région 7 Haute-Argovie		Autre canton	
	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%
Région 1 Berne	30 813	91,6%	770	2,3%	9	0,0%	141	0,4%	502	1,5%	472	1,4%	34	0,1%	885	2,6%
Région 2 Bienne	1752	17,3%	7711	76,2%	29	0,3%	30	0,3%	25	0,2%	11	0,1%	12	0,1%	548	5,4%
Région 3 Jura bernois	229	5,0%	1317	29,0%	2603	57,4%	3	0,1%	5	0,1%	—	0,0%	4	0,1%	375	8,3%
Région 4 Oberland bernois est	601	11,2%	—	0,0%	1	0,0%	4495	83,6%	178	3,3%	3	0,1%	1	0,0%	97	1,8%
Région 5 Oberland bernois ouest	2169	19,2%	15	0,1%	2	0,0%	576	5,1%	8 268	73,1%	27	0,2%	10	0,1%	238	2,1%
Région 6 Emmental	2416	30,6%	18	0,2%	1	0,0%	35	0,4%	102	1,3%	4997	63,3%	75	0,9%	253	3,2%
Région 7 Haute-Argovie	872	14,3%	27	0,4%	3	0,0%	22	0,4%	20	0,3%	167	2,7%	4300	70,6%	677	11,1%
Patients domici- liés dans le canton de Berne	38 852		9858		2648		5302		9100		5677		4436		3073	
Patients domici- liés dans un autre canton	5780		744		713		567		391		184		600		536 769	
Patients domici- liés à l'étranger	181		40		11		202		75		14		15		11 294	
Total des patients	44 813		10 642		3372		6071		9566		5875		5051		551 136	

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

12.5 Prévision des besoins au 31.12.2017 | 31.12.2020

Indications des sociétés médicales

Dans le domaine des soins aigus somatiques, 14 des 29 réponses reçues des sociétés médicales font état d'une augmentation du nombre de cas allant au-delà de l'effet démographique calculé (voir tableau 37 et partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*). Une seule réponse évoque une diminution du volume de prestations. Les prévisions établies selon la méthode du statu quo ont été complétées sur la base de ces informations (voir tableau 38)⁹⁸.

Tableau 37

Ajustement de la prévision mathématique au 31 décembre 2020 | soins aigus somatiques

Domaines de prestations	Indications des sociétés médicales
Augmentation du nombre de cas supérieure à l'effet démographique	
Dermatologie	Facteurs principaux : évolution démographique et changements épidémiologiques. Augmentation du nombre d'opérations en milieu hospitalier en raison de la hausse de l'incidence des tumeurs de la peau et des maladies cutanées (p. ex. ulcère veineux, prurit chronique, etc.) en lien avec la démographie.
Chirurgie maxillaire	Facteurs principaux : évolution démographique et augmentation des activités de loisirs. Hausse du nombre de patients âgés. Fréquence accrue d'affections et de situations médicales plus complexes requérant une hospitalisation.
Neurochirurgie	Facteurs principaux : évolution démographique et changements épidémiologiques.
Neurologie	Facteurs principaux : évolution démographique et progrès médicotechniques. Hausse des affections neurovasculaires dues à un AVC liée à une augmentation des maladies neurologiques et au vieillissement de la population. En parallèle, amélioration des diagnostics et des possibilités de traitement (notamment en médecine hautement spécialisée).
Gastro-entérologie	Facteurs principaux : évolution démographique et complications de l'hépatite C. Croissance des cas liée au vieillissement de la population, sachant que la fréquence des affections dans ce domaine augmente avec l'âge. En particulier : anémies et complications dues à des médicaments. Hausse prévisible du nombre de cas en gastroentérologie causée par une fréquence accrue des complications de l'hépatite C ces 15 prochaines années.
Chirurgie vasculaire	Facteurs principaux : évolution démographique et progrès médicotechniques.
Angiologie	Facteurs principaux : évolution démographique et progrès médicotechniques. Hausse constante du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et, partant, du nombre de maladies cardiovasculaires nécessitant un traitement. Augmentation de la population âgée entraînant un accroissement des maladies liées à l'artériosclérose.
Cardiologie	Facteurs principaux : évolution démographique et progrès médicotechniques. Hausse constante du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et, partant, du nombre de maladies cardiovasculaires nécessitant un traitement. Nouvelles méthodes de traitement (p. ex. des valvulopathies) permettant de soigner, jusqu'à un âge très avancé, des patients âgés qui ne pouvaient auparavant pas être pris en charge (exemples : la TAVI, le dispositif MitraClip, mais aussi les systèmes d'assistance en cas d'insuffisance cardiaque avancée). Attentes croissantes de la population en ce qui concerne les mesures médicales agressives chez les patients très âgés. Tendance persistante, à moins que le manque de ressources ne conduise à rationner les soins.
Urologie	Facteurs principaux : évolution démographique, changements épidémiologiques et progrès médicotechniques. Résultat de deux tendances : d'un côté, augmentation des séjours hospitaliers en raison de la morbidité en hausse et, de l'autre, diminution des hospitalisations liée à la progression des thérapies mini-invasives.
Pneumologie	Facteurs principaux : évolution démographique et changements épidémiologiques. Hausse du nombre de cas de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en raison de l'augmentation constante de l'âge moyen de la population et de la proportion toujours importante de fumeurs et d'anciens fumeurs. Infections récurrentes nécessitant souvent un traitement hospitalier. Augmentation des maladies associées au sommeil en raison du nombre croissant de cas jusqu'à présent sous-diagnostiqués et de cas de plus en plus complexes, notamment avec un problème cardiaque en parallèle (p. ex. fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque). Croissance des cas en raison d'une hausse marquée de l'incidence à partir de 50 ans et de l'augmentation du poids corporel moyen de la population.
Chirurgie thoracique	Facteurs principaux : évolution démographique et progrès médicotechniques. Augmentation du nombre de cas d'infections et de tumeurs malignes suite à l'arrivée de migrants provenant de régions socialement moins favorisées dans lesquelles les conditions sanitaires sont moins bonnes (Etats arabes et Afrique). Accroissement du nombre de cas en raison d'une hausse du volume des interventions liée aux progrès médicotechniques, qui permettront des interventions plus précises et une réduction de la durée d'hospitalisation.
Rhumatologie	Facteur principal : évolution démographique.
Nouveau-nés	Facteurs principaux : évolution démographique et changements épidémiologiques. Lente progression de la cohorte de naissances ces dernières années. L'augmentation de l'âge des mères est à l'origine d'une hausse du nombre de prématurés (late preterm babies, 32-36 semaines), qui ne sont généralement pas dans une situation grave, mais doivent être hospitalisés en raison de problèmes de maturité (p. ex. incapacité de boire, apnées, bradycardie). Ce groupe important de prématurés est financièrement hautement déficitaire selon SwissDRG (i. e. n'est pas pris en compte à sa juste mesure) et contribue très largement à la couverture insuffisante des coûts en pédiatrie. Il n'est pas encore possible de prévoir les effets de la nouvelle loi fédérale sur la procréation médicalement assistée, qui pourrait provoquer une augmentation du nombre de prématurés.
Médecine nucléaire	Facteurs principaux : évolution épidémiologique et progrès médicotechniques. Vieillesse de la population. Développement de nouveaux produits radiopharmaceutiques pour le diagnostic et le traitement.
Diminution du nombre de cas indépendante de l'effet démographique	
Chirurgie cardiaque	Facteur principal : progrès médicotechniques.

Source : évaluation de la SAP sur la base d'une enquête réalisée pour la planification des soins 2016 (état au 31.12.2015)

⁹⁸ Remarque : les indications des sociétés médicales et leur prise en compte dans le calcul prévisionnel des besoins sont présentées dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

Calcul prévisionnel

Pour évaluer les besoins futurs en prestations hospitalières de soins aigus somatiques jusqu'au 31 décembre 2017 et 2020, on a établi la prévision dans un premier temps mathématiquement, à l'aide de la méthode du statu quo (voir tableau 38, colonne a). Ce résultat a été, le cas échéant, adapté en fonction des remarques des sociétés médicales concernant l'évolution prévisible dans les différents groupes de prestations (voir tableau 38, colonne b)⁹⁹.

Tableau 38

Calcul prévisionnel du nombre de cas au 31.12.2017 et au 31.12.2020 pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations (selon PS 2016) | soins aigus somatiques

a) selon la méthode du statu quo

b) selon la méthode du statu quo adaptée en fonction des remarques des sociétés médicales concernant l'évolution qualitative

Domaine de prestations	Données de référence au 31.12.2013	Calcul prévisionnel au 31.12.2017			Calcul prévisionnel au 31.12.2020		
		(a)	(b)	Ecart en %	(a)	(b)	Ecart en %
Paquet de base	62 548	64 986	64 986	3,9%	66 912	66 912	7,0%
Orthopédie	25 313	25 948	25 948	2,5%	26 434	26 434	4,4%
Obstétrique	10 999	10 948	10 948	-0,5%	10 936	10 936	-0,6%
Nouveau-nés	8866	9010	9226	4,1%	9142	9343	5,4%
Urologie	6701	6977	7395	10,4%	7203	7560	12,8%
Cœur	6098	6401	6583	7,9%	6658	6877	12,8%
Oto-rhino-laryngologie	5861	5957	5987	2,1%	6026	6038	3,0%
Gynécologie	5399	5461	5461	1,1%	5503	5503	1,9%
Gastroentérologie	4012	4230	4526	12,8%	4407	4628	15,4%
Neurologie	3447	3646	3697	7,3%	3811	3861	12,0%
Vaisseaux	2571	2711	2865	11,4%	2825	2876	11,9%
Pneumologie	2509	2651	2841	13,2%	2757	2895	15,4%
Chirurgie viscérale	1989	2061	2061	3,6%	2116	2116	6,4%
(Radio-)oncologie	1764	1825	1832	3,9%	1868	1876	6,3%
Hématologie	1629	1730	1730	6,2%	1800	1800	10,5%
Ophthalmologie	1288	1353	1353	5,0%	1406	1406	9,2%
Rhumatologie	792	822	869	9,7%	846	887	12,0%
Néphrologie	658	698	698	6,1%	729	729	10,8%
Neurochirurgie	644	662	684	6,3%	678	689	7,0%
Dermatologie	642	665	688	7,1%	683	696	8,4%
Endocrinologie	597	628	628	5,2%	653	653	9,4%
Chirurgie thoracique	291	300	316	8,6%	305	324	11,3%
Traumatismes graves	213	219	219	2,8%	223	223	4,7%
Transplantations	55	55	55	0,0%	55	55	0,0%
Total	154 886	159 944	161 596	4,3%	163 976	165 317	6,5%
dont traitements dispensés dans un autre canton	6328	6453	6501	2,7%	6548	6640	4,9%
dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	148 558	153 491	155 095	4,4%	157 428	158 677	6,8%

(a) Calcul prévisionnel au 31.12 selon la méthode du statu quo

(b) Calcul prévisionnel au 31.12 selon la méthode du statu quo + adaptation à l'évolution qualitative

Ecart en % : écart entre colonne b et données de référence au 31.12.2013

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des projections démographiques cantonales de 2012 (scénario haut)

Tendance (calcul prévisionnel)

Les domaines de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques (domaines pluridisciplinaires exclus) devraient connaître une augmentation globale de 10 139 cas (+6,5%) au 31 décembre 2020 par rapport aux données de référence de l'année 2013, ce qui correspond à une croissance moyenne de 0,9 pour cent par année. L'évolution jusqu'en 2020 varie toutefois selon les domaines de prestations. Les changements attendus sont là encore classés en cinq catégories pour faciliter l'appréciation qualitative des tendances (voir tableau 39). Les domaines de prestations comprenant une proportion élevée de personnes âgées devraient enregistrer une hausse marquée des besoins futurs en prestations hospitalières. Ce constat vaut en particulier pour la gastroentérologie et la neurologie. Il ne devrait y avoir que peu, voire pas de changement jusqu'en 2020 en gynécologie et la tendance devrait être à la baisse pour cette même période dans le domaine de l'obstétrique (voir tableau 39).

⁹⁹ Remarque : la répartition par groupe d'âge figure dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*. La croissance prévue du nombre de cas jusqu'en 2020 est essentiellement liée à l'évolution démographique (voir annexe G). L'annexe F fournit une vue d'ensemble des données de référence de l'année 2013 sur lesquelles se fondent les prévisions, et l'annexe J présente les résultats de la prévision des besoins jusqu'au 31 décembre 2020 en fonction des groupes d'âge et des régions de soins.

Tableau 39

Analyse qualitative de l'évolution des cas prévue pour la population résidente bernoise jusqu'au 31.12.2020, par domaine de prestations (selon PS 2016) | soins aigus somatiques

--	-	0	+	++
fort recul	léger recul	pas de changement	légère augmentation	forte augmentation
	Obstétrique		Paquet de base, Orthopédie, Gynécologie, Nouveau-nés, Cœur, Oto-rhino-laryngologie, Chirurgie viscérale, Neurochirurgie, Traumatismes graves, Transplantations	Urologie, Gastro-entérologie, Neurologie, Vaisseaux, Pneumologie, (Radio-)oncologie, Hématologie, Ophtalmologie, Rhumatologie, Néphrologie, Dermatologie, Endocrinologie, Chirurgie thoracique

-- (-7,5% et moins), - (-7,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 7,5%), ++ (7,5% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des projections démographiques cantonales de 2012 (scénario haut)

12.6 Potentiel ambulatoire

Le développement des prestations ambulatoires – et le transfert partiel qui en résulte du secteur hospitalier – est un facteur essentiel influant sur la demande en prestations hospitalières. Le tableau 40 indique sous forme de pourcentage le potentiel ambulatoire estimé pour les domaines de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques. Dans les hôpitaux bernois, ce potentiel était d'environ 4,5 pour cent en 2014, ce qui signifie que 6807 traitements hospitaliers auraient pu être dispensés en mode ambulatoire. Le tableau permet également de voir où il se situait en priorité en 2014. Le domaine qui enregistre, en chiffre absolu, le plus grand nombre de cas pour le potentiel ambulatoire est sans surprise celui de l'orthopédie (2014 : 2182 cas), suivi du paquet de base avec 2125 cas en chiffre absolu. Toutefois, si l'on considère le nombre total de patients et patients soignés en milieu hospitalier, ce paramètre est au plus haut en ophtalmologie, où il atteint environ 21,3 pour cent. Les pourcentages sont également élevés dans les domaines de prestations suivants : gynécologie (2014 : env. 16,3%), rhumatologie (2014 : env. 10,2%), oto-rhino-laryngologie (2014 : env. 6,6%) et urologie (2014 : env. 5,6%). Le potentiel de transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire ne fait pas partie des éléments inclus dans le calcul prévisionnel des besoins pour la période de planification 2017-2020. Cette estimation livre certes de précieuses informations sur le développement des prestations dans les différents hôpitaux et domaines, mais un ajustement des prévisions en fonction des potentiels ambulatoires ne se justifie pas. Les traitements compris dans ces pourcentages sont des prestations que les hôpitaux sont en droit de fournir et de facturer. Les transferts potentiels et les traitements concernés feront à l'avenir l'objet d'une observation et d'une évaluation dans le cadre d'un monitoring durable de l'évolution dans les différents domaines et hôpitaux répertoriés. La décision de réaliser une intervention en milieu hospitalier ou en ambulatoire dépend de plusieurs facteurs, et non uniquement des incitations financières liées au système de rémunération. Outre les caractéristiques du cas à traiter, le choix du lieu de traitement peut être influencé par les préférences de la patiente ou du patient ou du médecin prescripteur. Mis à part ces trois critères – souhaits de la patientèle, habitudes des prescripteurs et incitations financières – le mode de traitement est aussi déterminé par les offres de soins ambulatoires effectivement disponibles. Dans les zones rurales en particulier, la fonction des hôpitaux ne saurait être appréciée sans tenir compte de la répartition des médecins de premier recours et des médecins spécialistes dans la région.

Tableau 40

Nombre de cas 2014 des hôpitaux bernois, par domaine de prestations (selon PS 2016) | potentiel ambulatoire en soins aigus somatiques

Domaine de prestations	Potentiel ambulatoire au 31.12.2014	
	Chiffre absolu	%
Ophtalmologie	244	21,3%
Gynécologie	873	16,3%
Rhumatologie	80	10,2%
Orthopédie	2182	8,5%
Oto-rhino-laryngologie	386	6,6%
Urologie	356	5,6%
Gastroentérologie	171	4,4%
Paquet de base	2125	3,8%
Obstétrique	296	2,8%
Transplantations	2	1,3%
Dermatologie	9	0,8%
Chirurgie viscérale	19	0,8%
Neurochirurgie	4	0,7%
Traumatismes graves	1	0,6%
Cœur	38	0,5%
(Radio)-oncologie	6	0,4%
Hématologie	4	0,3%
Pneumologie	5	0,2%
Néphrologie	1	0,2%
Neurologie	2	0,1%
Vaisseaux	1	0,0%
Total	6807	4,6%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Digression : opérations présentant un potentiel ambulatoire

Les opérations usuelles réalisées en mode ambulatoire présentent des avantages pour les patientes et les patients puisqu'elles leur évitent une hospitalisation inutile et leur permettent d'effectuer leur convalescence dans leur environnement habituel. Le transfert vers l'ambulatoire des interventions standard qui en présentent le potentiel s'avère souvent aussi plus économique, ce qui permet au canton et aux assureurs de réduire leurs coûts. Rappelons qu'en Suisse, les opérations suivies d'un séjour à l'hôpital sont facturées selon SwissDRG et financées par les assureurs (45%) et les cantons (55%) alors que celles qui sont exécutées en mode ambulatoire relèvent de TARMED et sont prises en charge par les seuls assureurs (100%).

Tableau 41

Sélection de 14 opérations présentant un potentiel ambulatoire en 2014

N°	Désignation	Cas	Domaine de prestations selon la classification GPPH
1	Arthroscopie du genou	866	Orthopédie
2	Curetage endométrien	747	Gynécologie
3	Hernie inguinale	631	Paquet de base
4	Varices	550	Paquet de base
5	Ablation de matériel d'ostéosynthèse	272	Orthopédie
6	Syndrome du tunnel carpien	252	Orthopédie
7	Myringotomie (incision du tympan)	216	Oto-rhino-laryngologie
8	Cathétérisme de l'uretère	174	Urologie
9	Coloscopie	163	Gastroentérologie
10	Amygdalectomie	160	Oto-rhino-laryngologie
11	Cataracte	108	Ophtalmologie
12	Décollement de rétine	84	Ophtalmologie
13	Dilatation et curetage utérin	64	Obstétrique
14	Bursectomie	41	Rhumatologie
Total		4328	

12.7 Offre de prestations au 31 décembre 2015

La liste des hôpitaux en vigueur dans le domaine des soins aigus somatiques est valable depuis le 1^{er} mai 2014. Les mandats de prestations attribués par le canton sont entrés en force pour 19 des 20 sociétés hospitalières inscrites sur cette liste. Pour les trois sites de la société Lindenhofgruppe AG (Engeriedspital, Lindenhofspital, Sonnenhofspital), c'est la liste des hôpitaux de 2005 (valable à partir du 1.1.2005) qui était applicable au 31 décembre 2015. Durant la période de planification 2011-2014, le nombre d'hôpitaux bénéficiant de mandats dans les domaines de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques n'a pratiquement pas varié. Cette stabilité peut être liée au fait que la liste est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2014, relativement peu de temps avant le terme de la période de planification. Quelques sociétés hospitalières ont procédé à des restructurations notables durant la période de planification 2011-2014. Les demandes d'adaptations ont été soumises par les hôpitaux au Conseil-exécutif.

Les changements sont les suivants :

- Le CHR STS AG a fermé le site de Gessenay au 31 octobre 2012.
- Il a demandé la suppression, au 1^{er} avril 2015, du mandat pour l'obstétrique et la néonatalogie sur le site de Zweisimmen.
- Le groupe Spital Netz Bern AG a fermé le site de l'hôpital Ziegler au 31 août 2015 et sollicité le transfert des mandats de prestations à d'autres sites de la société SNBe AG. Le site de Riggisberg a en outre renoncé au mandat pour l'obstétrique et la néonatalogie au 31 juillet 2013.
- La clinique Piano n'a plus de mandat de prestations depuis le 1^{er} septembre 2014, car elle ne remplit plus les conditions requises.
- En réponse à la demande de la société Klinik Siloah AG, l'offre de prestations de l'institution a été complétée au 1^{er} août 2015 par des mandats dans les domaines de prestations Centre de compétence en gériatrie aiguë et Orthopédie.
- La nouvelle entité Insel Gruppe AG (groupe de l'Ile) a été fondée le 1^{er} janvier 2016. Elle est issue du regroupement entre la société d'exploitation de la Fondation de l'Hôpital de l'Ile et la société Spital Netz Bern AG.

A la fin de la période de planification 2011-2014, la procédure pour la mise au concours du mandat cantonal Soins palliatifs spécialisés en hôpital a pu être menée avec succès. Sur la base des candidatures reçues, le nouveau mandat de prestations a été attribué au 15 décembre 2015 à huit hôpitaux répertoriés.

Le tableau 42 récapitule les prestations proposées au 31 décembre 2015 par les hôpitaux bernois figurant sur la liste cantonale, réparties par domaine de prestations selon la classification GPPH en soins aigus somatiques.

Tableau 42

Domaines de prestations proposés dans les hôpitaux répertoriés sur la liste bernoise | soins aigus somatiques

Domaines de prestations	Nombre d'hôpitaux répertoriés (sites)
Paquet de base	26
Dermatologie	22
Oto-rhino-laryngologie	21
Neurochirurgie	7
Neurologie	24
Ophthalmologie	17
Endocrinologie	19
Gastroentérologie	21
Chirurgie viscérale	19
Hématologie	17
Vaisseaux	13
Cœur	10
Néphrologie	11
Urologie	20
Pneumologie	16
Chirurgie thoracique	8
Transplantations	1
Orthopédie	25
Rhumatologie	23
Gynécologie	20
Obstétrique	15
Nouveau-nés	15
(Radio-)oncologie	15
Traumatismes graves	11
Domaines pluridisciplinaires	
Pédiatrie	4
Chirurgie pédiatrique	3
Chirurgie pédiatrique de base	19
Centre de compétence en gériatrie aiguë	16
Soins palliatifs spécialisés en hôpital	8
Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance	22
Total des hôpitaux répertoriés dans le domaine des soins aigus somatiques (sites)	32
dont hôpitaux situés dans d'autres cantons	5

Source : SAP (état au 31.12.2015)

12.8 Relevé des prestations prévues au 31 décembre 2020

Les 32 établissements de soins aigus somatiques répertoriés et deux autres hôpitaux intéressés ont participé sur une base volontaire au relevé des prestations mentionné au chapitre précédent. Les données sur l'offre future n'engageaient pas les hôpitaux.

Changements prévus dans l'offre de prestations des hôpitaux de soins aigus

Le relevé met en lumière une dynamique modérée jusqu'en 2020. Si cette évolution s'explique en partie par la différenciation au sein de la classification GPPH en soins aigus somatiques, elle traduit aussi la liberté entrepreneuriale des hôpitaux, les changements allant dans les deux sens (réduction ou extension des prestations ; voir tableau 43)¹⁰⁰. Cette dynamique est en soi positive, puisque la planification des soins et la liste des hôpitaux du canton n'ont pas pour vocation de graver dans le marbre les structures existantes.

Seule l'analyse des dossiers de candidature formels déposés par les hôpitaux en vue de leur inscription sur la future liste bernoise fondée sur la planification des soins 2016 permettra de confirmer si l'offre prévue par les sociétés hospitalières correspond véritablement aux besoins de la population du canton tels qu'ils ont été calculés jusqu'en 2020. Contrairement au relevé des prestations, purement informatif, la procédure de sélection pour la liste des hôpitaux présuppose, de la part des établissements, une demande à caractère contraignant pour l'attribution de mandats.

¹⁰⁰ Le développement de la classification GPPH en soins aigus somatiques a donné lieu à l'introduction de nouveaux groupes de prestations dans les domaines de prestations Neurochirurgie (NCH2, NCH3), Nouveau-nés (NEO1.1.1.1), Cœur (HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5) et Chirurgie viscérale (VIS1.4.1). Aucun mandat de prestations correspondant ne figurait sur la liste 2014 des hôpitaux de soins aigus somatiques, les prestations concernées étant auparavant attribuées à un autre groupe de prestations. Dans le domaine Ophthalmologie en revanche, des groupes de prestations ont été supprimés dans le cadre de la révision de la classification (AUG 1.6, AUG1.7), car les prestations hospitalières correspondantes ont été intégrées dans d'autres groupes existants.

Tableau 43

Changements prévus jusqu'en 2020 dans les hôpitaux bernois répertoriés et dans d'autres établissements intéressés, par domaine de prestations (selon PS 2016) | soins aigus somatiques

Domaine de prestations	Date de référence : 31.12.2020 (échéance de la planification des soins 2016)	
	Nombre d'hôpitaux prévoyant une extension des prestations	Nombre d'hôpitaux prévoyant une réduction des prestations
Paquet de base	2	—
Dermatologie	3	3
Oto-rhino-laryngologie	3	3
Neurochirurgie	1	10
Neurologie	5	7
Ophthalmologie	1	3
Endocrinologie	5	—
Gastroentérologie	4	2
Chirurgie viscérale	4	1
Hématologie	3	4
Vaisseaux	5	3
Cœur	6	3
Néphrologie	4	—
Urologie	2	5
Pneumologie	8	—
Chirurgie thoracique	2	2
Transplantations	2	—
Orthopédie	2	5
Rhumatologie	4	1
Gynécologie	3	4
Obstétrique	2	4
Nouveau-nés (Radio-)oncologie	2 3	5 7
Domaines pluridisciplinaires		
Pédiatrie	1	1
Chirurgie pédiatrique	1	—
Chirurgie pédiatrique de base	—	1
Centre de compétence en gériatrie aiguë	4	2
Soins palliatifs spécialisés en hôpital	—	—
Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance	—	4

Source : présentation de la SAP fondée sur l'évaluation du relevé des prestations en soins aigus somatiques (état au 31.12.2015)

12.9 Coûts escomptés

Prévision des coûts des traitements hospitaliers en soins aigus somatiques

Depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, le canton de résidence est tenu, en vertu de l'article 49a LAMal, de prendre en charge au moins 55 pour cent des coûts des prestations hospitalières fournies en faveur de sa population. Les 45 pour cent restants (au maximum) sont cofinancés par les assureurs sociaux dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Font partie des prestations hospitalières les traitements dispensés dans des établissements répertoriés dans les secteurs de la médecine aiguë somatique, de la réadaptation et de la psychiatrie hospitalières. Dans le domaine des soins aigus somatiques, on s'attend à une hausse des cas hospitaliers de 0,9 pour cent par année environ jusqu'en 2020, comme indiqué à la section 12.5. Cette augmentation étant essentiellement liée à l'évolution démographique, le canton de Berne n'a pas de moyen de pilotage direct en ce qui concerne le nombre de cas. Si les tarifs ont baissé depuis 2012, ils devraient toutefois se stabiliser dans un premier temps, puis connaître une augmentation à partir de 2017 en raison de prix de base par cas plus élevés. Le tableau 44 indique les coûts prévus en 2020 pour le domaine des soins aigus somatiques. Les dépenses prévisionnelles du canton pour les traitements hospitaliers sont établies sur la base des données relatives aux prestations de la statistique médicale des hôpitaux de 2014 ainsi que des chiffres finaux des hôpitaux répertoriés et des prestations que ceux-ci ont effectivement facturées cette année-là. Pour la part de la population cantonale hospitalisée dans un établissement répertorié bernois en 2014, les données de la statistique médicale sont comparées avec celles émanant des hôpitaux concernés en fin d'année et corrigées en cas d'écart notable. Comme les données de la statistique médicale concernant les habitants du canton de Berne qui s'étaient fait soigner dans un autre canton en 2014 n'étaient pas encore disponibles à la date butoir du 31 décembre 2015, les dépenses cantonales prévisionnelles pour cette part de la population ont été estimées uniquement sur la base des prestations effectivement facturées par les hôpitaux extracantonaux. Les données relatives aux

prestations résultant de ces divers calculs, qui couvrent tous les séjours hospitaliers de la population bernoise dans le canton et ailleurs en 2014, ont été extrapolées en suivant le scénario « haut » des projections démographiques¹⁰¹. Le calcul des coûts tient compte des tarifs en vigueur et des tendances et attentes concernant leur évolution jusqu'en 2020 ; il se fonde sur le postulat que la part financée par le canton de Berne ne dépassera pas 55 pour cent.

Selon les prévisions, la part des coûts prise en charge par le canton pour les prestations en soins aigus somatiques augmentera jusqu'en 2020 pour atteindre 907,9 millions de francs (+7,5%).

Tableau 44

Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 | en millions de francs | soins aigus somatiques

	2014 (données de référence)	2020 (prévision)
Part cantonale de la rémunération des soins aigus somatiques	844,9	907,9
dont part pour les traitements hospitaliers dispensés dans le canton	807,8	865,9
dont part selon la LAMal (55%)	800,5	859,0
dont part selon la LAI (20%)	7,3	6,9
dont part pour les traitements hospitaliers dispensés hors canton	37,1	42,0

Source : SAP (état au 31.12.2015)

12.10 Champ d'action

Prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents en dehors des cliniques pédiatriques

En 2013, 6673 enfants et adolescents de 0 à 15 ans (naissances exclues) ont été hospitalisés dans un établissement de soins aigus figurant sur la liste cantonale (voir tableau 26). La proportion d'enfants et d'adolescents soignés dans des hôpitaux répertoriés ne disposant pas de mandat de prestations spécifique en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique (domaines pluridisciplinaires KINM, KINB et KINC de la classification GPPH en soins aigus somatiques) n'est pas connue, car ces cas ne sont pas relevés séparément. On sait toutefois que des enfants et des adolescents sont souvent pris en charge de façon régulière dans les groupes de prestations spécifiques de la classification GPPH. Durant la période de planification 2017-2020, il s'agira d'étudier de manière approfondie les traitements dispensés à ce groupe de patients en dehors de cliniques pédiatriques. Les résultats de ces travaux seront intégrés dans la prochaine planification des soins.

¹⁰¹ Les prévisions des coûts figurant dans la planification des soins peuvent dès lors diverger des valeurs mises à jour annuellement pour le budget et le plan financier. A noter que les données qui sous-tendent cette actualisation tiennent compte chaque année des risques et opportunités découlant de la situation politico-financière ainsi que des informations les plus récentes (nombres de cas, tarifs), autre raison pour laquelle elles peuvent s'écarter des chiffres de la planification.

13 Réadaptation

Ce chapitre expose le recours aux soins de réadaptation hospitalière par la population résidente bernoise pour la période de 2010 à 2013 et établit une prévision dans ce domaine d'ici 2020. Il montre par ailleurs les différentes prestations proposées en 2015 par les hôpitaux répertoriés de la réadaptation et évoque les changements prévus à l'horizon 2020. Enfin, il donne un aperçu des patientes et des patients venant d'autres cantons qui sont traités dans des cliniques de réadaptation bernoises.

L'essentiel en bref

Illustration 32

Recours aux soins pour la période de 2010 à 2013 | réadaptation

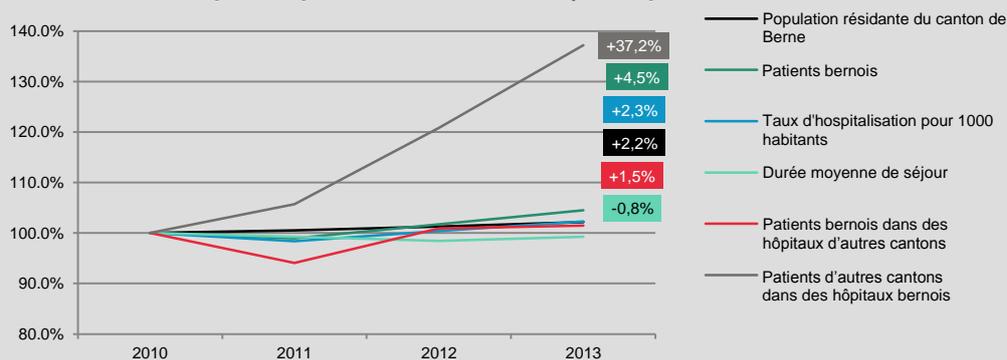


Illustration 33

Répartition par groupe d'âge en 2013 | réadaptation¹⁰²



Illustration 34

Prévision des besoins jusqu'en 2020 | réadaptation



¹⁰² 2013 : 7377 cas, 166 123 journées de soins.

13.1 Contexte

Il existe dans le canton de Berne tout un éventail de prestations de réadaptation en milieu hospitalier. Les patientes et les patients bernois disposent d'un vaste choix de cliniques dans le domaine de la réadaptation neurologique, musculosquelettique et gériatrique.

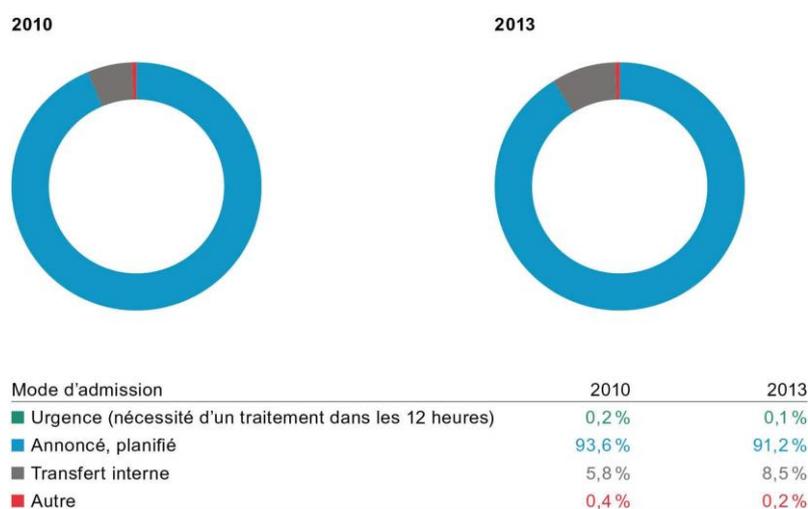
13.2 Recours aux soins pour la période 2010-2013

Mode d'admission

L'admission de la grande majorité des patientes et des patients bernois en clinique de réadaptation est programmée. Ainsi, pour les années 2010 et 2013, neuf admissions sur dix étaient planifiées ou annoncées (voir illustration 34). Le taux de transferts internes en réadaptation a augmenté entre 2010 et 2013 (+2,7%). On peut supposer que cette hausse reflète le rapprochement de plus en plus étroit des secteurs des soins aigus et de la réadaptation. Toujours est-il que six des vingt établissements proposaient des prestations en mode hospitalier à la fois en soins aigus et en réadaptation à la fin de la période de planification 2011-2014 (voir partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*).

Illustration 35

Mode d'admission de la population résidente bernoise en clinique de réadaptation en 2010/2013



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Structure des âges

L'âge est un facteur déterminant pour le recours aux prestations hospitalières dans le domaine de la réadaptation. Le tableau 45 montre l'évolution du nombre de cas ainsi que des journées de soins par groupe d'âge entre 2010 et 2013, de même que leur répartition en pour cent. Entre 2010 et 2013, le nombre de cas dans la tranche des 65 ans et plus a augmenté de quelque 0,4 pour cent pour atteindre 72,1 pour cent. Les jeunes de moins de 25 ans représentent pour leur part moins de 1 pour cent des cas de la réadaptation en milieu hospitalier, soit un pourcentage relativement minime par rapport aux soins aigus somatiques (2013 : 15,5%, voir tableau 26). En revanche, la catégorie des personnes âgées de 65 ans et plus est plus importante qu'en soins aigus somatiques et elle représente par ailleurs environ les deux tiers de l'ensemble des journées de soins prodiguées entre 2010 et 2013.

Tableau 45

Nombre de cas et de journées de soins en 2010 et 2013 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge | réadaptation

Age	31.12.2010				31.12.2013			
	Cas		Journées de soins		Cas		Journées de soins	
	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%
moins de 5	—	0,0%	—	0,0%	2	0,0%	38	0,0%
5 à moins de 15	3	0,0%	141	0,1%	—	0,0%	—	0,0%
15 à moins de 25	45	0,6%	1'815	1,1%	67	0,9%	2'480	1,5%
25 à moins de 45	345	4,9%	10'708	6,7%	352	4,8%	10'670	6,4%
45 à moins de 65	1576	22,3%	38'887	24,3%	1 608	21,8%	40'947	24,6%
65 à moins de 85	4310	61,1%	92'021	57,5%	4440	60,2%	93'262	56,1%
85 et plus	779	11,0%	16'594	10,4%	908	12,3%	18'726	11,3%
Total	7058	100,0%	160 166	100,0%	7377	100,0%	166 123	100,0%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Nombre de cas

En 2008, 7823 Bernoises et Bernois avaient été soignés dans une clinique de réadaptation. Le nombre de sorties a fluctué au cours des dernières années. Le total des personnes traitées a augmenté de 319 entre 2010 et 2013. Ce sont en effet 7058 patientes et patients bernois qui ont séjourné en clinique de réadaptation en 2010, contre 7377 en 2013 (voir tableau 45). La croissance annuelle de 4,5 pour cent du recours aux prestations de réadaptation en milieu hospitalier est supérieure à celle de la population au cours de la même période (voir section 7.2). Globalement, la demande est cependant nettement inférieure à la prévision des besoins de la planification des soins 2011-2014, qui tablait sur 8785 cas en 2014. Entre 2010 et 2013, la hausse enregistrée dans le domaine de la réadaptation hospitalière a dépassé celle des soins aigus somatiques (voir section 12.2). Le nombre de patientes et de patients bernois qui ont choisi de se faire traiter dans une clinique de réadaptation en dehors du canton est resté stable suite à l'introduction du libre choix de l'hôpital en 2012. On a enregistré quelque 1000 hospitalisations hors canton pour l'année 2013 (2010 : 1001). Les traitements hospitaliers concernent majoritairement la réadaptation ostéo-articulaire et musculaire. La part de cette dernière est restée pratiquement stable en 2012 et 2013, se situant à quelque 32,8 pour cent. Au cours de cette même période, le groupe de prestations des autres réadaptations spécifiques (réadaptation pulmonaire non incluse) a représenté lui aussi un tiers environ des cas traités. Ce groupe a été toutefois légèrement en recul au profit de l'ensemble des autres groupes (2010 : 31,9%, 2013 : 29,6%). C'est la réadaptation psychosomatique qui a enregistré en 2013 la plus forte croissance relative de tous les cas hospitaliers. Compte tenu du pourcentage minime associé à ce groupe (3,8% en 2013) par rapport à l'ensemble des prestations de la réadaptation hospitalière, l'augmentation en chiffre absolu peut paraître faible à première vue (243 cas en 2010, 279 en 2013). Il n'empêche que le nombre de cas s'est accru de 14,8 pour cent entre 2011 et 2013, ce qui en fait la plus forte croissance relative du recours aux soins en réadaptation.

Le tableau 46 montre l'évolution du nombre de cas par groupe de prestations pour la période de 2012 à 2013.

Tableau 46

Nombre de cas 2010-2013 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | réadaptation

Sigle	Groupe de prestations	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
SBRE	Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire	2255	2297	2353	2416	7,1%
AORE	Autres réadaptations spécifiques (sauf réadaptation pulmonaire)	2249	2179	2295	2184	-2,9%
HKRE	Réadaptation cardiovasculaire	1056	999	1041	1120	6,1%
NERE	Réadaptation neurologique (y c. réadaptation paraplégique)	928	967	940	1013	9,2%
AORE-PUL	Réadaptation pulmonaire	327	344	347	365	11,6%
PSY	Réadaptation psychosomatique	243	196	205	279	14,8%
	Total	7058	6982	7181	7377	4,5%
	dont traitements dispensés dans un autre canton	1001	942	1010	1016	1,5%
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	6057	6040	6171	6361	5,0%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tendance (nombre de cas)

Pour mieux cerner l'évolution du nombre de cas, cinq catégories ont été constituées en fonction des variations observées, ce qui facilite l'analyse qualitative (voir tableau 47). Il convient d'examiner l'évolution jusqu'au 31 décembre 2013 à l'aune de la croissance démographique. On observe une hausse des cas dans pratiquement tous les groupes de prestations. L'augmentation globale (+319 cas) équivaut à une progression annuelle de quelque 4,5 pour cent. La hausse annuelle entre 2010 et 2013 est donc bien plus grande en réadaptation qu'en soins aigus somatiques pour la même période. Seul le groupe de prestations Autres réadaptations spécifiques (réadaptation pulmonaire non incluse) enregistre un recul du nombre de cas (-2,9%). Cette diminution au sein d'un groupe de prestations réunissant plusieurs spécialités s'est faite au profit des groupes de la réadaptation touchant une seule discipline. La SAP estime qu'il s'agit ici de reports minimes entre les différents groupes de prestations et que la pratique de la garantie de participation aux coûts des assurances-maladie peut jouer un rôle. Globalement, on ne peut exclure un lien direct entre l'évolution du nombre de cas et de nouvelles offres de soins et stratégies thérapeutiques, la plus grande fréquence de certaines pathologies, un transfert entre les groupes de prestations ou, là aussi, une influence de la garantie de participation aux coûts par l'assureur. Une augmentation seulement minime du nombre de cas peut aussi provenir d'un transfert accru vers le secteur ambulatoire.

Tableau 47

Analyse qualitative de l'évolution 2010-2013 du nombre de cas pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | réadaptation

--	-	0	+	++
fort recul	léger recul	pas de changement	légère augmentation	forte augmentation
Autres réadaptations spécifiques (sauf réadaptation pulmonaire)				Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire, Réadaptation pulmonaire, Réadaptation cardiovasculaire, Réadaptation neurologique (y c. réadaptation paraplégique), Réadaptation psychosomatique

-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (voir tableau 48) a augmenté de 0,8 pour cent entre 2012 et 2013. Elle se situait à 22,5 jours en 2013 et a oscillé cette année-là entre 18,7 jours (réadaptation ostéo-articulaire et musculaire) et 32,6 jours (réadaptation psychosomatique).

Tableau 48

Durée moyenne de séjour 2010-2013 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | réadaptation

Sigle	Groupe de prestations	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
SBRE	Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire	19,1	18,5	18,4	18,7	-2,4%
AORE	Autres réadaptations spécifiques (sauf réadaptation pulmonaire)	23,7	23,8	22,7	22,9	-3,2%
HKRE	Réadaptation cardiovasculaire	21,0	20,7	20,2	19,9	-5,3%
NERE	Réadaptation neurologique (y c. réadaptation paraplégique)	30,6	30,4	33,2	32,4	6,0%
AORE-PUL	Réadaptation pulmonaire	19,5	20,4	19,6	18,7	-4,1%
PSY	Réadaptation psychosomatique	28,4	29,5	29,3	32,6	14,7%
	Total	22,7	22,5	22,3	22,5	-0,8%
	dont traitements dispensés dans un autre canton	26,8	27,9	27,0	28,6	6,7%
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	22,0	21,7	21,6	21,5	-2,1%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tendance (durée moyenne de séjour)

La durée moyenne de séjour est en recul dans certains groupes de prestations au 31 décembre 2013. Cette diminution est plus ou moins marquée. Les groupes de prestations de la réadaptation sont répartis ci-après en cinq catégories suivant l'importance de la variation, comme cela a été fait pour le nombre de cas (voir tableau 49). Une réduction de la durée moyenne de séjour peut signaler des changements de stratégies thérapeutiques ou des progrès médicotéchniques. Une hausse peut indiquer pour sa part un transfert des cas plus faciles vers le secteur ambulatoire ou une augmentation des patientes et des patients nécessitant un traitement plus intensif ou plus complexe. En outre, la pratique des garanties de participation aux coûts des assureurs a souvent un impact direct sur la durée moyenne des hospitalisations en clinique de réadaptation.

Tableau 49

Evaluation qualitative de l'évolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | réadaptation

--	-	0	+	++
fort recul	léger recul	pas de changement	légère augmentation	forte augmentation
Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire, Réadaptation cardiovasculaire, Autres réadaptations spécifiques : réadaptation pulmonaire, Autres réadaptations spécifiques (sauf la réadaptation pulmonaire)				Réadaptation neurologique (y c. réadaptation paraplégique), Réadaptation psychosomatique
-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)				
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)				

Cas LAMal

Le tableau 50 montre, parmi la population résidente bernoise, la part des personnes hospitalisées dans ou à l'extérieur du canton qui l'ont été dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (cas LAMal). En 2013, il s'agissait là aussi de plus 9 patientes et patients sur 10, une proportion qui varie toutefois suivant le groupe de prestations considéré. Pour la réadaptation, elle se monte au total à 95,2 pour cent des cas. Le groupe de prestations Autres réadaptations spécifiques (réadaptation pulmonaire non incluse) affiche la part la plus basse de cas LAMal avec 90,8 pour cent. C'est notamment sur la base de ces pourcentages que le canton octroie les mandats de prestations, puisque les listes des hôpitaux ne couvrent que la part des besoins relevant de la LAMal (voir section 9.1)¹⁰³.

Tableau 50

Part des cas LAMal 2011-2013 pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations (selon PS 2011-2014) | réadaptation

Sigle	Groupe de prestations	Nombre de cas LAMal au 31.12. 2010		Nombre de cas LAMal au 31.12. 2011		Nombre de cas LAMal au 31.12. 2012		Nombre de cas LAMal au 31.12. 2013		Evolution
		Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	
SBRE	Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire	2255	95,7%	2297	91,6%	2353	96,3%	2416	96,8%	1,2%
AORE	Autres réadaptations spécifiques (sauf réadaptation pulmonaire)	2249	85,5%	2179	89,2%	2295	89,9%	2184	90,8%	5,3%
HKRE	Réadaptation cardiovasculaire	1056	95,3%	999	97,4%	1041	98,6%	1120	98,2%	2,9%
NERE	Réadaptation neurologique (y c. réadaptation paraplégique)	928	96,0%	967	97,1%	940	97,7%	1013	96,1%	0,1%
AORE-PUL	Réadaptation pulmonaire	327	93,6%	344	94,8%	347	96,8%	365	96,7%	3,1%
PSY	Réadaptation psychosomatique	243	95,9%	196	98,5%	205	99,5%	279	97,5%	1,6%
Total		7058	92,3%	6982	94,3%	7181	94,9%	7377	95,2%	2,9%
dont traitements dispensés dans un autre canton		1001	80,0%	942	82,9%	1010	84,8%	1016	83,4%	3,3%
dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne		6057	94,4%	6040	96,0%	6171	96,5%	6361	97,1%	2,7%
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)										

13.3 Evolution en comparaison nationale

Taux d'hospitalisation

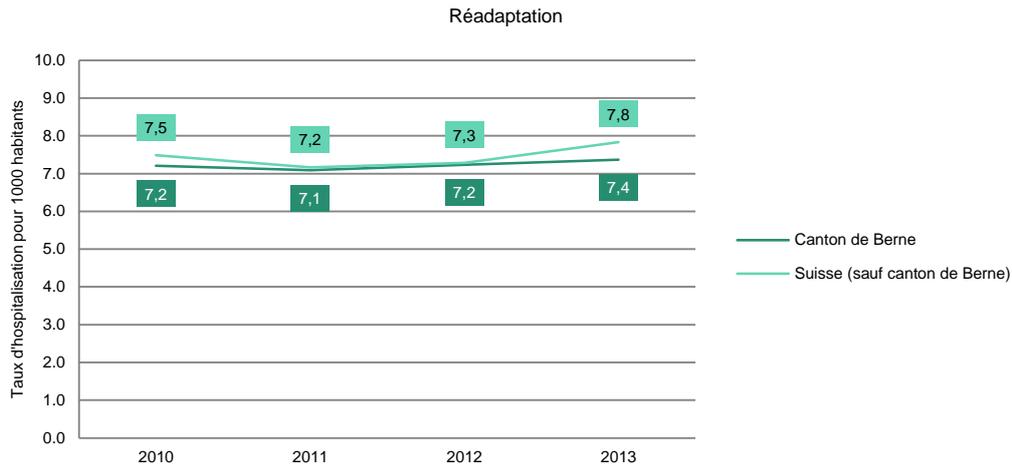
La planification des soins 2011-2014 ne contenait pas d'indications sur les taux d'hospitalisation en réadaptation. En 2010, 7,2 cas bernois pour 1000 habitants ont fait l'objet d'un traitement résidentiel en clinique de réadaptation. Le taux d'hospitalisation augmente à nouveau légèrement depuis 2012 dans tous les cantons, après une tendance au recul observée les années précédentes. Toutefois, on constate de nettes différences d'un canton à l'autre entre 2012 et 2013. La hausse du taux d'hospitalisation enregistrée dans le canton de Berne depuis 2012 est quelque peu moins marquée que dans les 25 autres cantons. Le taux se situe par ailleurs au-dessous de la moyenne nationale sur toute la période observée (voir illustration 36). En 2013, le taux d'hospitalisation en clinique de réadaptation dans le canton de Berne se situait à 7,4 cas pour 1000 habitants. Cette année-là, le taux moyen d'hospitalisation des 25 autres cantons atteignait 7,8 cas pour 1000 habitants)¹⁰⁴.

¹⁰³ Les prévisions jusqu'en 2020 sont présentées dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

¹⁰⁴ Remarque : l'évolution 2010-2013 par groupe de prestations est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

Illustration 36

Evolution 2010-2013 du taux d'hospitalisation de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons | réadaptation



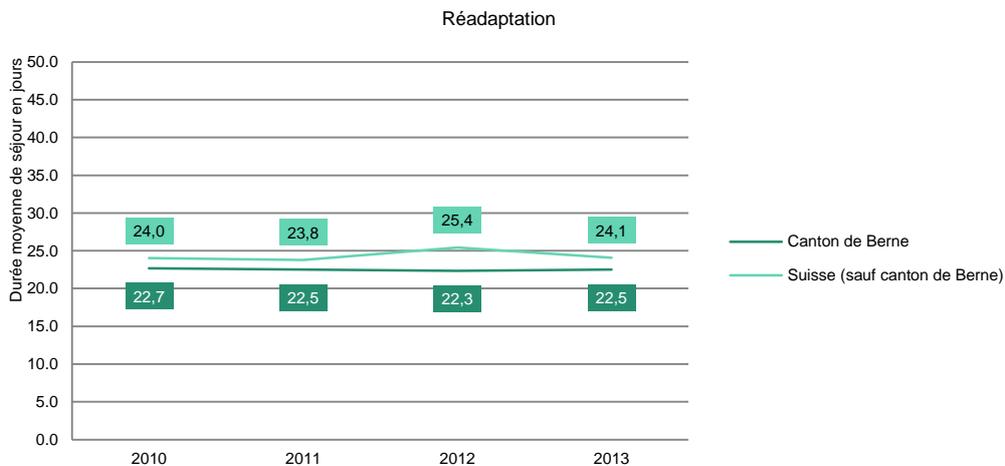
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour pour la réadaptation dans le canton de Berne, qui se montait à 26,2 jours en 2008, a baissé pour atteindre 22,7 jours en 2010. Elle est restée stable entre 2010 et 2013. Avec 22,5 jours pour 2013, le canton de Berne reste nettement au-dessous de la moyenne des 25 autres cantons, qui se situe à 24,1 jours (voir illustration 37).

Illustration 37

Evolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons | réadaptation



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

13.4 Flux de patients

Flux de patients entre les cantons

En 2008, 17,2 pour cent des patientes et patients bernois en réadaptation se sont fait traiter dans un établissement d'un autre canton. Cette proportion a diminué les années suivantes, en dépit de l'instauration du libre choix de l'hôpital. Le tableau 51 montre les flux entre cantons dans le secteur de la réadaptation hospitalière. Si l'on considère les patientes et les patients bernois qui ont choisi de se faire traiter hors canton, on constate que leur nombre a augmenté globalement de quelque 1,5 pour cent entre 2010 et 2013 (1001 cas en 2010, 1016 en 2013)¹⁰⁵. De manière générale, le nombre de personnes venues d'autres cantons pour se faire soigner en 2013 dans les cliniques de réadaptation bernoises était supérieur à celui des Bernoises et des Bernois traités dans des cliniques hors canton. Les prestations auxquelles il a été recouru en 2013 dans d'autres cantons appartenaient principalement aux groupes de la réadaptation ostéo-articulaire et musculaire (36,5%), de la réadaptation cardiovasculaire (17,1%) ainsi que des réadaptations neurologique (17,1%) et pulmonaire (12,1%). Elles représentent au total 83,1 pour cent des traitements prodigués hors du canton cette année-là. Quant aux fournisseurs de prestations d'autres cantons les plus sollicités en 2013, il s'est agi de la Clinique le Noirmont (25,5%) dans le canton du Jura, de la clinique de réadaptation Bellikon (10,2%) en Argovie et du centre de réadaptation de Loèche-les-Bains (8,6%) en Valais. Pour la réadaptation hospitalière des paraplégiques, le Centre de Nottwil dans le canton de Lucerne et la clinique Rehab de Bâle restent les institutions les plus fréquentées.

Tableau 51

Flux de patients 2013 entre les cantons | réadaptation

	Total	BE	JU	AG	VS	LU	TG	BS	VD	SO	ZH	FR	OW	NW	NE
Emigration : nombre de cas de ressortissants bernois séjournant dans un hôpital extracantonal, par canton d'hospitalisation	7377	6361 (86,2%)	304 (4,1%)	327 (4,4%)	109 (1,5%)	95 (1,3%)	50 (0,7%)	42 (0,6%)	10 (0,1%)	11 (0,1%)	10 (0,1%)	— (0,0%)	— (0,0%)	— (0,0%)	6 (0,1%)
Immigration : nombre de cas de ressortissants extracantonaux séjournant dans un hôpital bernois, par canton de résidence	8537	6361 (74,5%)	36 (0,4%)	79 (0,9%)	267 (3,1%)	385 (4,5%)	5 (0,1%)	51 (0,6%)	66 (0,8%)	453 (5,3%)	72 (0,8%)	360 (4,2%)	86 (1,0%)	82 (1,0%)	74 (0,9%)
Solde migratoire net : évaluation qualitative			--	--	++	++	--	+	++	++	++	++	++	++	++
			forte émigration	forte émigration	forte immigration	forte immigration	forte émigration	immigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration

— (– 50% et moins), – (– 49,9 à moins de 0%), 0 (–/+0%), + (0,1 à moins de 50%), ++ (50% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Introduction du libre choix de l'hôpital en 2012

L'introduction du libre choix de l'hôpital au 1^{er} janvier 2012 a fait augmenter de 37,2 pour cent le nombre de patientes et de patients non bernois choisissant de se faire traiter dans le canton de Berne (1586 cas en 2010, 2176 en 2013). Si l'on considère l'afflux relatif entre 2010 et 2013, leur taux a passé de 20,8 pour cent à 25,5 pour cent. En 2013, quelque 22,5 pour cent des personnes traitées dans une clinique de réadaptation bernoise avaient leur domicile dans un canton limitrophe (Soleure 5,3%, Lucerne 4,5%, Fribourg 4,2%, Valais 3,1%, Obwald 3,1%, Nidwald 1%, Argovie 0,9%, Neuchâtel 0,9%, Vaud 0,8%, Jura 0,4%). Quelque 3% supplémentaires venaient d'autres cantons ou de l'étranger.

Variation des flux de patients entre les domaines de prestations

On observe en réadaptation des variations importantes du pourcentage de patientes et de patients d'autres cantons suivant les groupes de prestations (voir illustration 38). En 2013, ce taux a oscillé entre 12,8 pour cent (réadaptation pulmonaire) et 41,1 pour cent (réadaptation psychosomatique).

¹⁰⁵ Remarque : la répartition par canton d'origine est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*. Pour faciliter la comparaison entre 2008 et 2013, les cas 2010-2013 de la Clinique Bernoise Montana sont encore attribués au canton de Berne.

Proportion de cas extracantonaux en fonction des groupes d'âge

L'illustration 39 montre là aussi un lien très net entre la sortie de la vie professionnelle et une tendance accrue à recourir aux prestations fournies près du lieu de domicile. Le pourcentage de patientes et de patients d'autres cantons reste supérieur à la moyenne dans les groupes d'âge jusqu'à 75 ans. La moyenne se situe à 25,5 pour cent et est représentée par une ligne bleue dans l'illustration 39. Le taux le plus élevé de patientes et de patients non bernois se trouve dans le groupe d'âge des 40 à 45 ans.

Illustration 38

Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par domaine de prestations (selon PS 2011-2014) | réadaptation



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Illustration 39

Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe d'âge (selon PS 2011-2014) | réadaptation



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

13.5 Prédiction des besoins au 31.12.2017 | 31.12.2020

Indications des sociétés médicales

Dans le domaine de la réadaptation, deux des sept réponses reçues des sociétés médicales font état d'une hausse du nombre de cas allant au-delà de l'effet démographique calculé (voir tableau 52 et annexes 4.4 et 5.3 à la planification hospitalière). La prévision mathématique selon la méthode du statu quo a été complétée sur la base de ces indications (voir tableau 53)¹⁰⁶.

Tableau 52

Ajustement de la prévision mathématique au 31 décembre 2020 | réadaptation

Groupes de prestations	Indications des sociétés médicales
Augmentation du nombre de cas supérieure à l'effet démographique	
Réadaptation paraplégiq	Facteurs principaux : évolution démographique et progrès médicotéchniques. Vieillesse de la population : la population de paraplégiques en Suisse continuera à augmenter légèrement dans les 10 à 20 prochaines années jusqu'à atteindre son pic. Si le nombre de premières réadaptations reste globalement stable selon les prévisions, le rapport entre paraplégiques par accident et paraplégiques liées à différentes maladies se modifie en faveur de ces dernières. Ces pathologies sont plus complexes et nécessitent un traitement plus coûteux, mais la durée d'hospitalisation est réduite. Compte tenu de la population de paraplégiques en hausse et de son vieillissement, il faut s'attendre à une légère augmentation des traitements des complications et du suivi (là aussi, hausse du degré de gravité du traitement d'un côté et réduction des durées d'hospitalisation en raison de la pression des coûts et du progrès médical de l'autre).
Réadaptation en médecine interne et oncologique	Facteur principal : progrès médicotéchniques. Nouvelle indication qui va se développer. Progrès en oncologie, soins intensifs et chirurgie.

Source : évaluation de la SAP sur la base d'une enquête réalisée pour la planification des soins 2016 (état au 31.12.2015)

Calcul prévisionnel

Pour évaluer les besoins futurs en prestations hospitalières de réadaptation jusqu'au 31 décembre 2017 et 2020, on a établi la prévision dans un premier temps mathématiquement, à l'aide de la méthode du statu quo (voir tableau 53, colonne a). Ce résultat a été, le cas échéant, adapté en fonction des remarques des sociétés médicales concernant l'évolution prévisible dans les différents groupes de prestations (voir tableau 53, colonne b)¹⁰⁷.

Tableau 53

Calcul prévisionnel du nombre de cas au 31.12.2017 et au 31.12.2020 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2016) | réadaptation

a) selon la méthode du statu quo

b) selon la méthode du statu quo adaptée en fonction des remarques des sociétés médicales concernant l'évolution qualitative

Sigle	Groupe de prestations	Données de référence au 31.12.2013			Calcul prévisionnel au 31.12.2017			Calcul prévisionnel au 31.12.2020		
		(a)	(b)	Ecart en %	(a)	(b)	Ecart en %	(a)	(b)	Ecart en %
MSR	Réadaptation musculosquelettique	3852	4102	4102	6,5%	4300	4300	11,6%		
NEURO	Réadaptation neurologique	1119	1173	1173	4,8%	1215	1215	8,6%		
PUL	Réadaptation pulmonaire	974	1037	1037	6,5%	1086	1086	11,5%		
INTERN	Réadaptation en médecine interne et oncologique	556	589	616	10,8%	614	618	11,1%		
KAR	Réadaptation cardiovasculaire	522	552	552	5,8%	575	575	10,2%		
PSYCH	Réadaptation psychosomatique	269	271	271	0,7%	273	273	1,6%		
RQ	Réadaptation paraplégiq	57	58	60	4,9%	59	61	6,3%		
[n.c.]	[non classifiable]	28	29	29	3,2%	29	29	3,2%		
	Total	7377	7811	7840	6,3%	8151	8157	10,6%		
	dont traitements dispensés dans un autre canton	1016	1049	1078	6,1%	1075	1080	6,3%		
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	6361	6762	7076	6,3%	7076	7077	11,3%		

(a) Calcul prévisionnel au 31.12 selon la méthode du statu quo

(b) Calcul prévisionnel au 31.12 selon la méthode du statu quo + adaptation à l'évolution qualitative

Ecart en % : écart entre colonne b et données de référence au 31.12.2013

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des projections démographiques cantonales de 2012 (scénario haut)

¹⁰⁶ Remarque : les remarques des sociétés médicales et les bases de la prévision des besoins sont présentées dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

¹⁰⁷ Remarque : la répartition par groupe d'âge figure dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*. La croissance prévue du nombre de cas jusqu'en 2020 est essentiellement liée à l'évolution démographique (voir annexe G). L'annexe F fournit une vue d'ensemble des données de référence de l'année 2013 sur lesquelles se fondent les prévisions, et l'annexe J présente les résultats de la prévision des besoins jusqu'au 31 décembre 2020 en fonction des groupes d'âge.

Tendance (calcul prévisionnel)

Les groupes de prestations de la classification GPPH en réadaptation (domaine pluridisciplinaire de la réadaptation gériatrique exclu) devraient connaître une augmentation globale de quelque 780 cas (+10,6%) d'ici le 31 décembre 2020 par rapport aux données de référence au 31 décembre 2013. Cela correspond à une croissance annuelle moyenne de 1,4 pour cent. L'évolution varie toutefois selon les groupes de prestations. Afin de mieux cerner l'évolution du nombre de cas, les changements attendus sont à nouveau classés en cinq catégories qui facilitent l'appréciation qualitative des différentes tendances, illustrées dans le tableau 54.

Tableau 54

Analyse qualitative de l'évolution des cas prévue pour la population résidente bernoise jusqu'au 31.12.2020, par groupe de prestations (selon PS 2016) | réadaptation

--	-	0	+	++
fort recul	léger recul	pas de changement	légère augmentation	forte augmentation
			Réadaptation psychosomatique, Réadaptation paraplégique	Réadaptation musculosquelettique, Réadaptation neurologique, Réadaptation pulmonaire, Réadaptation en médecine interne et oncologique, Réadaptation cardiologique

-- (-7,5% et moins), - (-7,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 7,5%), ++ (7,5% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des projections démographiques cantonales de 2012 (scénario haut)

13.6 Offre de prestations au 31 décembre 2015

La liste actuelle des hôpitaux pour la réadaptation est en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012. Le nombre d'hôpitaux répertoriés au bénéfice d'un mandat de prestations n'a pratiquement pas varié durant la période de planification 2011-2014. Les changements ont été apportés de manière générale à la demande des hôpitaux concernés et en respectant un délai de transition approprié. Suite à la fermeture du site Ziegler du CHR Spitalnetz Bern AG en milieu d'année 2015, le mandat de prestations Réadaptation gériatrique a été transféré au site Tiefenau. Ce CHR s'est vu par ailleurs octroyer le mandat Réadaptation neurologique pour le site Riggisberg. Quant à la clinique Siloah, elle a reçu les trois nouveaux mandats qui pouvaient être délivrés à des hôpitaux bernois répertoriés à la fin de la période de planification 2011-2014 (réadaptation neurologique, ostéo-articulaire et musculaire ainsi que gériatrique). Le tableau 55 résume l'éventail de prestations des hôpitaux bernois répertoriés en réadaptation par groupe de prestations au 31 décembre 2015. Etant située sur le territoire du canton du Valais, la Clinique Bernoise Montana fait partie des hôpitaux répertoriés hors canton dans le cadre de la planification des soins 2016.

Tableau 55

Groupes de prestations proposés dans les hôpitaux répertoriés sur la liste bernoise | réadaptation

Sigle	Groupe de prestations	Nombre d'hôpitaux répertoriés (sites)
NERE	Réadaptation neurologique (y c. réadaptation paraplégique)	10
SBRE	Réadaptation ostéo-articulaire et musculaire	8
HKRE	Réadaptation cardiovasculaire	3
AORE	Autres réadaptations spécifiques (y c. réadaptation pulmonaire)	2
PSRE	Réadaptation psychosomatique	3
Domaine pluridisciplinaire		
GERE	Réadaptation gériatrique	9
Total des hôpitaux répertoriés dans le domaine de la réadaptation (sites)		23
dont hôpitaux situés dans d'autres cantons		7

Source : SAP (état au 31.12.2015)

13.7 Relevé des prestations prévues au 31 décembre 2020

Les 23 hôpitaux répertoriés (sites) disposant d'un mandat de prestations dans le domaine de la réadaptation ainsi que trois autres établissements intéressés ont participé en été 2015, sur une base volontaire, au relevé des prestations mentionné au chapitre 11. Les données sur l'offre future n'engageaient pas les hôpitaux. Seule l'analyse des dossiers de candidature formels déposés par les hôpitaux en vue de leur inscription sur la future liste bernoise fondée sur la planification des soins 2016 permettra de confirmer si l'offre prévue par les sociétés hospitalières correspond véritablement aux besoins de la population du canton tels qu'ils ont été calculés jusqu'en 2020. Contrairement au relevé des prestations, purement informatif, la procédure de sélection pour la liste des hôpitaux présuppose, de la part des établissements, une demande à caractère contraignant pour l'attribution de mandats.

Changements prévus dans l'offre de prestations des cliniques de réadaptation

Comme pour les soins aigus somatiques et la psychiatrie, les dossiers destinés au relevé des prestations informaient les hôpitaux intéressés du développement de la classification GPPH du canton de Berne. La nouvelle classification des groupes de prestations s'appliquera aux demandes d'attribution de mandats sur la liste des hôpitaux de la réadaptation à partir de 2017. Celle-ci comprendra trois nouveaux groupes de prestations : Réadaptation en médecine interne et oncologique, Réadaptation pulmonaire et Réadaptation paraplégique. Il ressort des résultats du relevé que les hôpitaux font preuve d'un vif intérêt pour ces trois groupes (voir tableau 56). Simultanément, le groupe Autres réadaptations spécifiques est supprimé. Les résultats révèlent par ailleurs que les hôpitaux prévoient pour la plupart d'étendre leurs prestations dans le domaine de la réadaptation d'ici 2020.

Tableau 56

Changements prévus jusqu'en 2020 dans les hôpitaux bernois répertoriés et dans d'autres établissements intéressés, par groupe de prestations (selon PS 2016) | réadaptation

Sigle	Groupe de prestations	Date de référence : 31.12.2020 (échéance de la planification des soins 2016)	
		Nombre d'hôpitaux prévoyant une extension des prestations	Nombre d'hôpitaux prévoyant une réduction des prestations
NERE	Réadaptation neurologique	4	–
MSK	Réadaptation musculosquelettique	7	–
KAR	Réadaptation cardiovasculaire	1	–
INTERN	Réadaptation en médecine interne et oncologique	8	–
PUL	Réadaptation pulmonaire	2	–
PSRE	Réadaptation psychosomatique	4	–
GERE	Réadaptation gériatrique	5	2
RQ	Réadaptation paraplégique	4	–
Total des cliniques de réadaptation (sites)		26	
dont hôpitaux situés dans d'autres cantons		10	–

Source : présentation de la SAP fondée sur l'évaluation du relevé des prestations en réadaptation (état au 31.12.2015)

13.8 Coûts escomptés

Prévision des coûts des traitements hospitaliers en réadaptation

On estime qu'en réadaptation, les cas d'hospitalisation augmenteront d'environ 1,4 pour cent par année d'ici 2020 (voir section 13.5). Cet accroissement est lié à l'évolution démographique escomptée. Le canton n'a aucune possibilité d'influer directement sur le nombre de cas. Les tarifs des prestations en réadaptation vont vraisemblablement être relevés eux aussi afin de garantir durablement la couverture des frais de traitement. Les fournisseurs de prestations font état de besoins accrus de la part des patientes et des patients en réadaptation, ce qui laisse supposer une hausse des coûts. En outre, la nouvelle structure tarifaire ST Reha liée aux prestations devrait s'appliquer à la réadaptation hospitalière à partir de 2018. Le tableau 57 illustre les coûts prévus en 2020 pour le domaine de la réadaptation. Les dépenses prévisionnelles du canton pour les traitements hospitaliers sont établies sur la base des données relatives aux prestations de la statistique médicale des hôpitaux de 2014 ainsi que des chiffres finaux des hôpitaux répertoriés et des prestations que ceux-ci ont effectivement facturées cette année-là. Pour la part de la population cantonale hospitalisée dans un établissement répertorié bernois en 2014, les données de la statistique médicale sont comparées avec celles émanant des hôpitaux concernés en fin d'année et corrigées en cas d'écart notable. Comme les données de la statistique médicale concernant les habitants du canton de Berne qui s'étaient fait soigner dans un autre canton en 2014 n'étaient pas encore disponibles à la date butoir du 31 décembre 2015, les dépenses cantonales prévisionnelles pour cette part de la population ont été estimées uniquement sur la base des prestations effectivement facturées par les hôpitaux extracantonaux. Les données relatives aux prestations résultant de ces divers calculs, qui

couvrent tous les séjours hospitaliers de la population bernoise dans le canton et ailleurs en 2014, ont été extrapolées en suivant le scénario haut des projections démographiques ont été extrapolées en suivant le scénario « haut » des projections démographiques¹⁰⁸. Le calcul des coûts tient compte des tarifs en vigueur et des tendances et attentes concernant leur évolution jusqu'en 2020 ; il se fonde sur le postulat que la part financée par le canton de Berne ne dépassera pas 55 pour cent. Selon les prévisions, la part des coûts prise en charge par le canton pour les prestations en réadaptation augmentera jusqu'en 2020 pour atteindre 77,9 millions de francs (+20,2%).

Tableau 57

Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 | en milliers de francs | réadaptation

	2014 (données de référence)	2020 (prévision)
Part cantonale de la rémunération de la réadaptation hospitalière	64 767	77 853
dont part pour les traitements dispensés dans le canton	57 067	69 114
dont part selon la LAMal (55%)	57 059	69 105
dont part selon la LAI (20%)	8	9
dont part pour les traitements dispensés hors canton	7700	8739

Source : SAP (état au 31.12.2015)

13.9 Champs d'action

C'est au plus tôt à la fin du premier semestre 2018 que l'on pourra faire le point sur les besoins à couvrir dans les secteurs prioritaires mentionnés ci-après, compte tenu des expériences récoltées et des données sur le recours aux prestations. Les structures seront évaluées à cette date pour vérifier un éventuel accroissement des besoins. Les résultats des analyses seront intégrés dans la prochaine planification des soins du canton de Berne.

Réadaptation psychosomatique

Le recours accru aux prestations de la réadaptation psychosomatique hospitalière constaté à l'échelle nationale s'observe également dans le canton de Berne (voir tableau 46 et partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*). L'évolution démographique à elle seule ne suffit pas à expliquer cette tendance (voir notamment la prévision des besoins d'ici 2020). Dans ces circonstances, il conviendra d'examiner de plus près l'évolution des besoins dans ce secteur au cours de la période de planification 2017-2020.

Réadaptation précoce et réadaptation de l'enfant et de l'adolescent (domaines pluridisciplinaires)

Les hôpitaux répertoriés du canton de Berne n'ont fait parvenir aucune demande pour des mandats de prestations en réadaptation précoce ou en réadaptation de l'enfant et de l'adolescent jusqu'à l'échéance du 31 décembre 2015. Ces deux groupes de prestations non spécifiques ne figurent pas séparément dans la classification en réadaptation pour la période de planification 2017-2020. Actuellement, les patientes et les patients bernois sont pris en charge dans le cadre des groupes de prestations spécifiques de la classification GPPH en réadaptation. En cas de demandes concrètes durant la période 2017-2020, il conviendra de s'assurer de la présence, dans les différents groupes de prestations, d'un besoin réel pour ces domaines pluridisciplinaires qui, pour l'instant, ne sont pas recensés. En 2013, les moins de 25 ans représentaient 0,9 pour cent seulement de la patientèle en réadaptation, contre 15,5 pour cent dans les soins aigus. Il est difficile de savoir si le nombre réduit d'enfants et d'adolescents en réadaptation est lié à une faible demande ou à une offre encore peu développée

¹⁰⁸ Les prévisions des coûts figurant dans la planification des soins peuvent dès lors diverger des valeurs mises à jour annuellement pour le budget et le plan financier. A noter que les données qui sous-tendent cette actualisation tiennent compte chaque année des risques et opportunités découlant de la situation politico-financière ainsi que des informations les plus récentes (nombres de cas, tarifs), autre raison pour laquelle elles peuvent s'écarter des chiffres de la planification.

14 Psychiatrie

Ce chapitre expose le recours aux soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires par la population résidente bernoise pour la période de 2010 à 2013 et établit une prévision dans ce domaine d'ici 2020. Il montre par ailleurs les différentes prestations proposées en 2015 par les hôpitaux répertoriés de la psychiatrie, les cliniques de jour et les services ambulatoires et évoque les changements prévus à l'horizon 2020. Enfin, il donne un aperçu des patientes et des patients venant d'autres cantons qui sont traités dans des institutions psychiatriques bernoises.

L'essentiel en bref

Illustration 40

Recours aux soins pour la période de 2010 à 2013 | psychiatrie

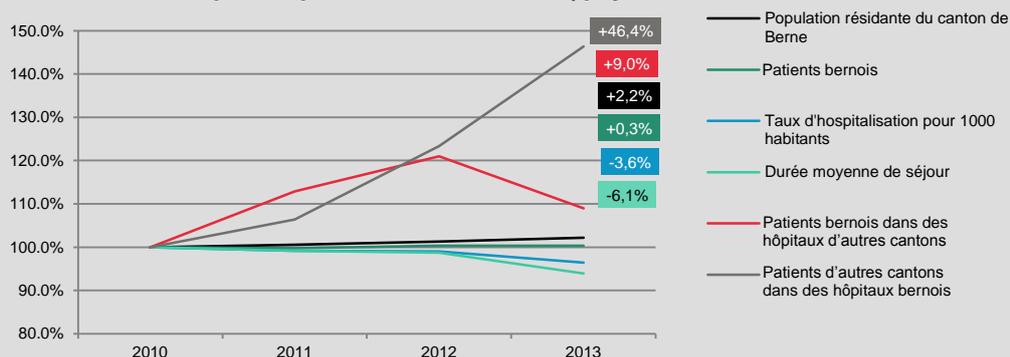


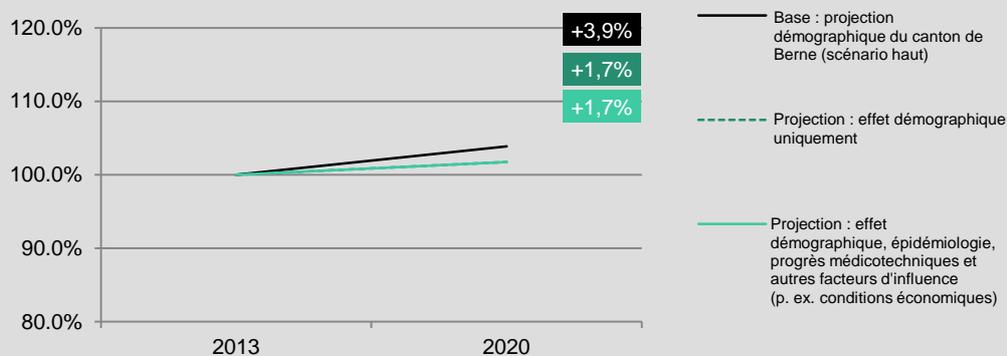
Illustration 41

Répartition par groupe d'âge en 2013 | psychiatrie¹⁰⁹



Illustration 42

Prévision des besoins jusqu'en 2020 | psychiatrie



¹⁰⁹ 2013: 8079 cas, 317 068 journées de soins.

14.1 Contexte

Le canton de Berne compte 23 sites proposant des traitements psychiatriques hospitaliers, ce qui se traduit par une très grande diversité de soins avec, pour corollaire, une structure des prestations qui manque de clarté.

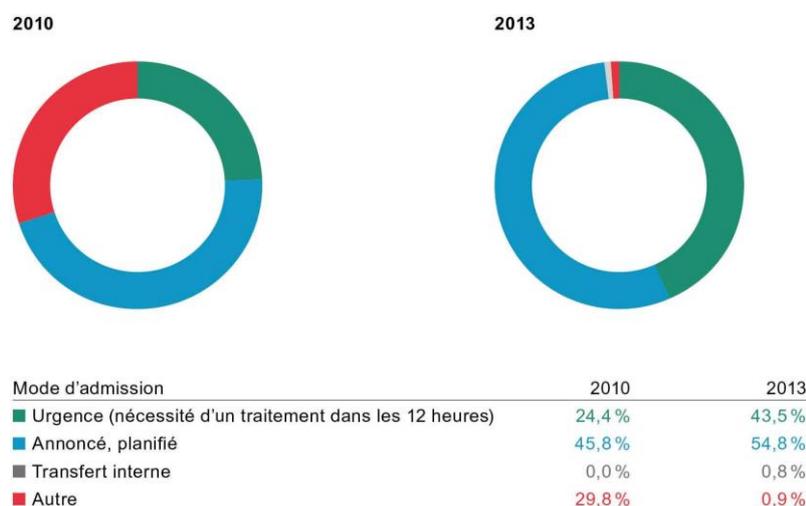
14.2 Recours aux soins pour la période 2010-2013

Mode d'admission

La moitié environ des admissions en hôpital psychiatrique étaient annoncées en 2010, et il en était de même en 2013. Toutefois, les données de référence de la psychiatrie pour 2010 étaient de moins bonne qualité que celles des soins aigus somatiques et de la réadaptation pour la même année, comme en témoigne en particulier le pourcentage élevé des autres admissions en psychiatrie (29,8% en 2010, voir graphique 43). Les données relatives à 2013 montrent une nette amélioration à cet égard : 0,9 pour cent des cas seulement ont été classés dans la catégorie « autres ».

Illustration 43

Mode d'admission de la population résidente bernoise en clinique psychiatrique en 2010/2013



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Structure des âges

Le tableau 58 montre l'évolution du nombre de cas et de la durée moyenne de séjour par groupe d'âge entre 2010 et 2013. La proportion des 65 ans et plus a aussi augmenté globalement entre 2010 et 2013 dans les hospitalisations psychiatriques, de quelque 2,8 pour cent. Toutefois, atteignant environ 15 pour cent de la clientèle en 2013, ces personnes ne représentent pas le plus grand groupe de patientes et de patients en nombre absolu. Dans ce domaine de soins, ce sont les tranches d'âges situées entre 25 et 64 ans qui constituent l'essentiel des personnes traitées en milieu hospitalier, bien que leur pourcentage ait baissé entre 2010 et 2013, passant de 73,5 pour cent à 71,1 pour cent (-2,4%). Les moins de 25 ans représentent pour leur part 14,1 pour cent des soins psychiatriques hospitaliers en 2013. Le nombre des journées de soins prodiguées aux 65 ans et plus a légèrement augmenté entre 2010 et 2013 (+1,3%). Toutefois, en comparaison avec les soins aigus somatiques et la réadaptation, leur pourcentage (17% en 2013) reste relativement faible. En soins aigus somatiques et en réadaptation, c'est en effet plus de la moitié des journées de soins qui ont été consacrées aux plus de 65 ans en 2013 (voir sections 12.2 et 13.2).

Tableau 58

Nombre de cas et de journées de soins en 2010 et 2013 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge | psychiatrie

Age	31.12.2010				31.12.2013			
	Cas		Journées de soins		Cas		Journées de soins	
	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%	Chiffre absolu	%
moins de 5	—	0,0%	—	0,0%	—	0,0%	—	0,0%
5 à moins de 15	104	1,3%	8 765	2,6%	85	1,1%	7 686	2,4%
15 à moins de 25	1095	13,4%	43 815	12,8%	1058	13,1%	40 017	12,6%
25 à moins de 45	3387	41,3%	122 395	35,7%	3032	37,5%	104 440	32,9%
45 à moins de 65	2640	32,2%	114 178	33,3%	2718	33,6%	111 072	35,0%
65 à moins de 85	812	9,9%	45 825	13,4%	969	12,0%	45 194	14,3%
85 et plus	163	2,0%	7736	2,3%	217	2,7%	8659	2,7%
Total	8201	100,0%	342 714	100,0%	8079	100,0%	317 068	100,0%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Nombre de cas

En 2008, 8510 Bernoises et Bernois avaient suivi un traitement dans une clinique psychiatrique. Le recours aux prestations hospitalières a reculé dans ce domaine au cours des dernières années. Le nombre total de cas a ainsi baissé de 122 entre 2010 et 2013. Ce sont en effet 8201 patientes et patients bernois qui ont été traités en clinique psychiatrique en 2010, contre 8079 en 2013 (voir tableau 58). Globalement, les soins prodigués en psychiatrie sont légèrement supérieurs à la prévision des besoins de la planification des soins 2011-2014, qui tablait sur 7800 cas en 2014. Dans l'ensemble, les cas d'hospitalisations psychiatriques sont donc en recul. Le nombre et le pourcentage de patientes et de patients bernois ayant choisi de se faire traiter hors canton sont eux aussi en baisse (334 cas en 2010 contre 364 en 2013). Le recours aux prestations psychiatriques hospitalières affiche un lien très net avec l'évolution démographique. Le nombre de cas en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (-8,9%) ainsi que de l'adulte (-4,4%) est globalement en recul. On observe en revanche une hausse des cas en psychogériatrie (+21,6%). En 2013, la majorité des hospitalisations concernaient la psychiatrie de l'adulte. Cette année-là, on a enregistré 6628 cas (82%) dans ce domaine, contre 1186 cas, soit 14,7 pour cent seulement, pour la psychogériatrie.

Le tableau 59 montre l'évolution du nombre de cas par groupe de prestations pour la période de 2010 à 2013.

Tableau 59

Nombre de cas 2010-2013 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | psychiatrie

Sigle	Domaine de prestations	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
KiJu	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	291	277	300	265	-8,9%
AE	Psychogériatrie	975	1023	1061	1186	21,6%
ER	Psychiatrie de l'adulte	6935	6877	6866	6628	-4,4%
Total		8201	8177	8227	8079	-1,5%
	dont traitements dispensés dans un autre canton	334	377	404	364	-9,0%
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	7867	7800	7823	7715	-1,9%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tendance (nombre de cas)

Pour mieux cerner l'évolution du nombre de cas, cinq catégories ont été constituées en fonction des variations observées, ce qui facilite l'analyse qualitative (voir tableau 60). L'évolution du nombre de cas en psychiatrie jusqu'au 31 décembre 2013 est à mettre essentiellement en rapport avec la croissance démographique. Seule la psychogériatrie enregistre une hausse. La SAP observe un recul du nombre de cas en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il y a probablement un lien entre ce recul et un transfert vers le secteur ambulatoire.

Tableau 60

Analyse qualitative de l'évolution 2010-2013 du nombre de cas pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | psychiatrie

-- fort recul	- léger recul	0 pas de changement	+ légère augmentation	++ forte augmentation
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie de l'adulte				Psychogériatrie
-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)				
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)				

Durée moyenne de séjour

Le tableau 61 montre que la durée moyenne de séjour en psychiatrie a diminué. Elle se situait à 39,2 jours en 2013 (2010 : 41,8 jours).

Tableau 61

Durée moyenne de séjour 2010-2013 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | psychiatrie

Sigle	Domaine de prestations	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Ecart en %
KiJu	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	66,4	62,1	59,2	64,7	-2,6%
AE	Psychogériatrie	54,9	51,5	50,1	45,4	-17,3%
ER	Psychiatrie de l'adulte	38,9	39,1	39,1	37,1	-4,6%
	Total	41,8	41,4	41,2	39,2	-6,1%
	dont traitements dispensés dans un autre canton	35,9	34,3	39,9	38,4	-7,0%
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	42,0	41,8	41,3	39,3	-6,6%
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)						

Tendance (durée moyenne de séjour)

Le recul de la durée moyenne de séjour varie d'un groupe de prestations à l'autre (voir tableau 62). Différentes raisons peuvent être à l'origine d'une baisse. Celle-ci peut s'expliquer notamment par un changement des stratégies thérapeutiques.

Tableau 62

Analyse qualitative de l'évolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | psychiatrie

-- fort recul	- léger recul	0 pas de changement	+ légère augmentation	++ forte augmentation
Psychiatrie de l'adulte, Psychogériatrie				Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
-- (-2,5% et moins), - (-2,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 2,5%), ++ (2,5% et plus)				
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)				

Recours aux prestations par région | psychiatrie

Le présent chapitre donne un aperçu des soins psychiatriques fournis en 2013 dans chaque région, en fonction des groupes de prestations de la planification des soins 2011-2014 (voir tableau 63).

Région I Aaretal-Oberland

Le nombre de cas a diminué de 3,9 pour cent entre 2010 et 2013. Les prestations de la psychogériatrie ont enregistré une nette augmentation (+13,5%, soit 662 cas supplémentaires), tandis que celles de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont accusé une baisse (-39%, soit 39 cas de moins).

Région II Agglomération bernoise

On observe ici une hausse de 3,2 pour cent du nombre de cas entre 2010 et 2013. La plus forte hausse concerne la psychogériatrie (+43,2%, soit 123 cas supplémentaires). Pour sa part, la psychiatrie de l'adulte affiche une baisse de 0,2% (soit 41 cas de moins).

Région III Bienne-Seeland-Jura bernois

Cette région de soins a enregistré une baisse globale du nombre de cas de 2,5 pour cent entre 2010 et 2013. Si les prestations de la psychogériatrie ont augmenté (+27,2%, soit 53 cas supplémentaires), celles de la psychiatrie de l'adulte sont en recul (-6,2%, soit 53 cas de moins).

Région IV Haute-Argovie – Emmental

Dans l'ensemble, le nombre de cas a diminué de 5,7 pour cent entre 2010 et 2013. On constate une hausse pour la psychogériatrie (+1,6%, soit 3 cas supplémentaires). Le recours aux prestations de la psychiatrie de l'adulte a par contre reculé (-6,8%, soit 78 cas de moins).

Tableau 63

Recours aux prestations par région en 2010 et 2013 | psychiatrie

Groupe de prestations	Nombre de cas au 31.12.											
	Région I Aaretal-Oberland			Région II Agglomération bernoise			Région III Bienne-Seeland- Jura bernois			Région IV Haute-Argovie – Emmental		
	2010	2013	Ecart en %	2010	2013	Ecart en %	2010	2013	Ecart en %	2010	2013	Ecart en %
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	100	61	-39,0%	80	96	20,0%	59	59	0,0%	52	49	-5,8%
Psychogériatrie	310	352	13,5%	285	408	43,2%	195	248	27,2%	185	188	1,6%
Psychiatrie de l'adulte	1770	1682	-5,0%	403	362	-10,2%	1621	1521	-6,2%	1141	1063	-6,8%
Total	2180	2095	-3,9%	2768	2856	3,2%	1875	1828	-2,5%	1378	1300	-5,7%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et de la classification GPPH en psychiatrie de la planification des soins 2011-2014 (état au 31.12.2015)

Cas LAMal

Le tableau 64 montre, parmi la population résidente bernoise, la part des personnes hospitalisées dans ou à l'extérieur du canton qui l'ont été dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (cas LAMal). En 2013, il s'agissait là encore de largement plus de 9 patientes et patients sur 10, une proportion qui varie toutefois suivant le groupe de prestations considéré. Pour la réadaptation, elle se monte au total à 97,5 pour cent des cas. Les prestations de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent affichent la part la plus basse de cas LAMal avec 95,5 pour cent. C'est sur la base de ces pourcentages que le canton octroie les mandats de prestations puisque les listes des hôpitaux ne couvrent que la part des besoins relevant de la LAMal (voir section 9.1)¹¹⁰.

Tableau 64

Part des cas LAMal 2011-2013 parmi la population résidente bernoise hospitalisée, par domaine de prestations (selon PS11-14) | psychiatrie

Sigle	Groupe de prestations	Nombre de cas au 31.12.2010	Part LAMal	Nombre de cas au 31.12.2011	Part LAMal	Nombre de cas au 31.12.2012	Part LAMal	Nombre de cas au 31.12.2013	Part LAMal	Evolution
KiJu	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	291	91,8%	277	90,6%	300	93,7%	265	95,5%	3,7%
AE	Psychiatrie de la personne âgée	975	99,8%	1023	99,9%	1061	95,5%	1186	96,7%	-3,1%
ER	Psychiatrie de l'adulte	6935	98,7%	6877	99,2%	6866	98,2%	6628	97,7%	-1,0%
	Total	8201	98,6%	8177	99,0%	8227	97,7%	8079	97,5%	-1,1%
	dont traitements dispensés dans un autre canton	334	94,3%	377	92,6%	404	96,0%	364	94,0%	-0,4%
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	7867	98,8%	7800	99,3%	7823	97,7%	7715	97,7%	-1,2%

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

14.3 Evolution en comparaison nationale

Taux d'hospitalisation

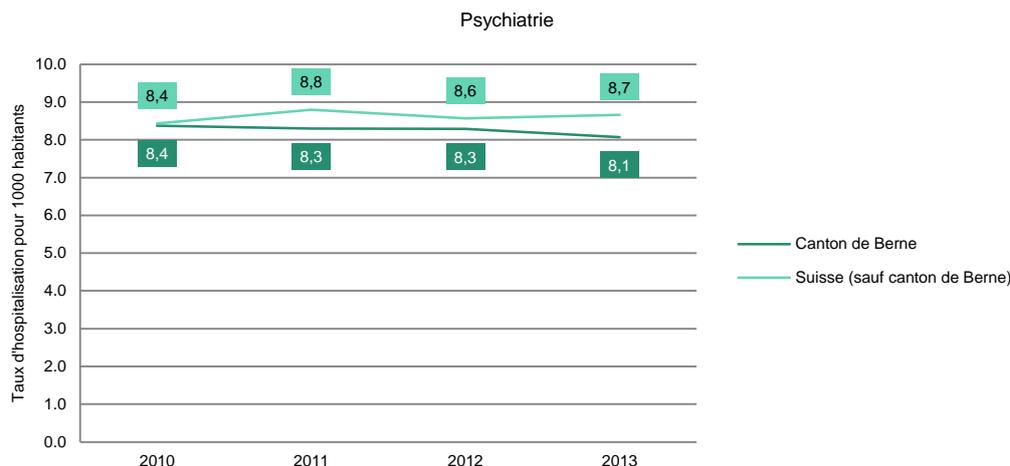
La planification des soins 2011-2014 ne contenait pas d'indications sur les taux d'hospitalisation en psychiatrie. En 2010, 8,4 cas bernois pour 1000 habitants ont fait l'objet d'un traitement hospitalier en clinique psychiatrique¹¹¹. La tendance observée entre 2010 et 2013 se démarque de celle des autres cantons au niveau de l'année 2012. Dans les 25 autres cantons, le taux moyen d'hospitalisation repart très légèrement à la hausse cette année-là, alors que celui du canton de Berne reste relativement stable depuis 2010. En 2013, le nombre de personnes traitées dans une clinique psychiatrique bernoise était de 8,1 pour 1000 habitants. Dans les autres cantons, ce taux s'élevait à 8,7 pour 1000 habitants (voir illustration 44).

¹¹⁰ Les prévisions jusqu'en 2020 sont présentées dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

¹¹¹ Remarque : l'évolution 2010-2013 par groupe de prestations est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

Illustration 44

Evolution 2010-2013 du taux d'hospitalisation de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons | psychiatrie



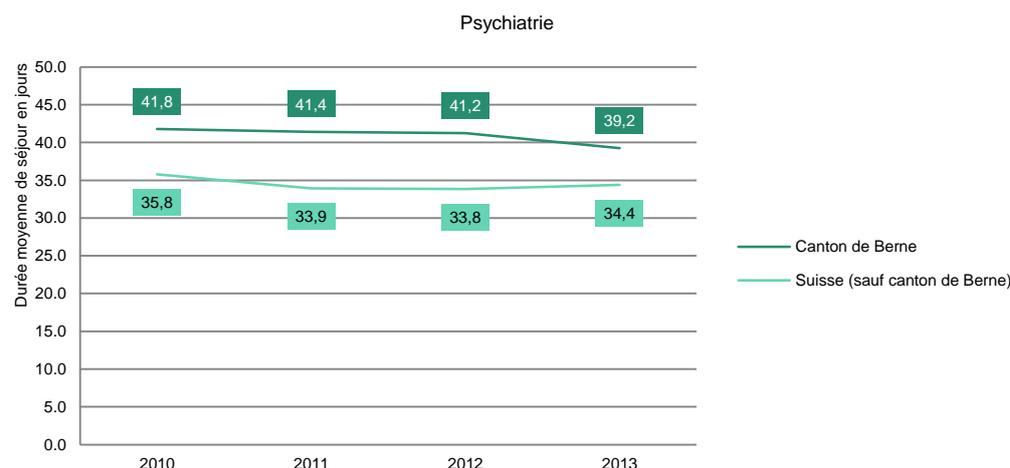
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour est de 39,2 jours en 2013, soit toujours nettement au-dessus de la moyenne des 25 autres cantons, qui se situe à 34,4 jours (voir illustration 45).

Illustration 45

Evolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons | psychiatrie



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

14.4 Flux de patients

Flux de patients entre les cantons

En 2008, quelque 96,5 pour cent des 8510 patientes et patients bernois en psychiatrie avaient choisi de se faire traiter dans une clinique du canton de Berne. Ce pourcentage a baissé avec l'introduction du libre choix de l'hôpital, passant à 95,5 pour cent en 2013 (-1%)¹¹². Cette année-là, 364 patientes et patients bernois ont été hospitalisés dans un autre canton, essentiellement dans les domaines suivants : troubles de l'humeur [affectifs] (35%), troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (19,8%) ainsi que trouble schizotypique et troubles délirants (12,9%), représentant 67,8 pour cent des traitements hors canton. Les fournisseurs de prestations d'autres cantons qui ont été le plus souvent sollicités en 2013 sont les institutions psychiatriques lucernoises (17,6%), la clinique Ita Wegman (11%) dans le canton de Bâle-Campagne ainsi que les Solothurner Spitäler AG (5,8%). Ensemble, ils ont traité quelque 34,4 pour cent des 364 patientes et patients

¹¹² Remarque : l'évolution 2010-2013 par groupe de prestations de la psychiatrie est présentée dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

bernois en 2013. Le tableau 65 montre que, la même année, les personnes venues d'un autre canton pour être soignées dans une clinique psychiatrique bernoise (immigration) ont été globalement plus nombreuses que les ressortissantes et ressortissants bernois ayant choisi de se faire traiter hors canton (émigration).

Tableau 65

Flux de patients 2013 entre les cantons | psychiatrie

	Total	BE	LU	ZH	BL	AG	BS	TG	VD	SO	ZG	NE	JU	FR	VS
Emigration : nombre de cas de ressortissants bernois séjournant dans un hôpital extracantonal, par canton d'hospitalisation	8079	7715 (95,5%)	64 (0,8%)	34 (0,4%)	42 (0,5%)	38 (0,5%)	29 (0,4%)	31 (0,4%)	22 (0,3%)	21 (0,3%)	18 (0,2%)	17 (0,2%)	10 (0,1%)	— (0,0%)	4 (<0,1%)
Immigration : nombre de cas de ressortissants extracantonaux séjournant dans un hôpital bernois, par canton de résidence	9145	7715 (84,4%)	136 (1,5%)	107 (1,2%)	84 (0,9%)	132 (1,4%)	29 (0,3%)	10 (0,1%)	29 (0,3%)	269 (2,9%)	16 (0,2%)	9 (0,1%)	150 (1,6%)	168 (1,8%)	49 (0,5%)
Solde migratoire net : évaluation qualitative		++	++	+	++	0	-	+	++	-	-	++	++	++	++
		forte immigration	forte immigration	immigration	forte immigration	Equilibre	émigration	immigration	forte immigration	émigration	émigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration	forte immigration

— (- 50% et moins), - (- 49,9 à moins de 0%), 0 (-/+0%), + (0,1 à moins de 50%), ++ (50% et plus)

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Introduction du libre choix de l'hôpital en 2012

C'est dans le domaine de la psychiatrie hospitalière que la hausse en chiffres absolus des patientes et des patients d'autres cantons venus se faire traiter dans celui de Berne a été la plus nette suite à l'introduction du libre choix de l'hôpital au 1^{er} janvier 2012, atteignant 46,4 pour cent (977 cas en 2010, 1430 en 2013). Leur proportion a également connu une augmentation entre 2010 et 2013, passant de 11 pour cent en 2010 à 15,6 pour cent en 2013 (+4,6%). En 2013, 10,9 pour cent de ces patientes et patients étaient domiciliés dans des cantons limitrophes (Soleure 2,9%, Fribourg 1,8%, Jura 1,6%, Lucerne 1,5%, Argovie 1,4%, Valais 0,5%, Obwald 0,5%, Nidwald 0,4%, Vaud 0,3%). Quelque 4,7 pour cent supplémentaires venaient d'autres cantons ou de l'étranger.

Variation des flux de patients entre les domaines de prestations

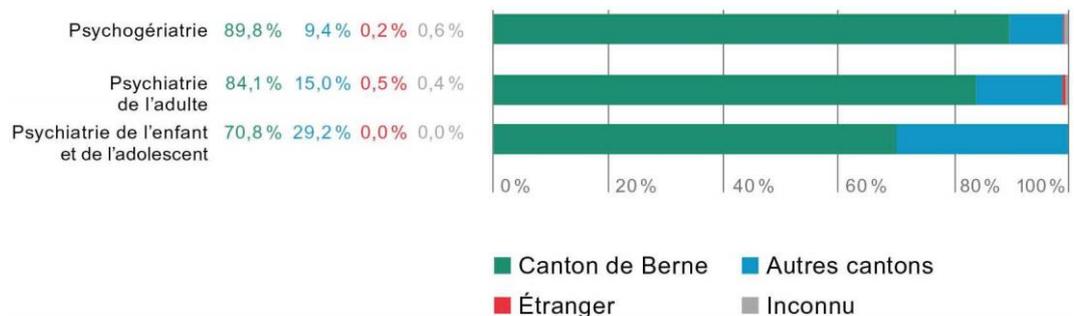
On observe en psychiatrie des variations importantes du pourcentage de patientes et de patients d'autres cantons suivant les groupes de prestations (voir illustration 46). En 2013, ce taux a ainsi oscillé entre 9,4 pour cent pour la psychogériatrie et 29,2 pour cent pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le taux relativement faible enregistré dans la psychogériatrie indique une tendance des seniors à recourir davantage à des soins hospitaliers proches du domicile.

Proportion de cas extracantonaux en fonction des groupes d'âge

L'illustration 47 montre que le taux de patientes et de patients non bernois est au-dessus de la moyenne dans les groupes d'âge des 15 à 25 ans et des 45 à 60 ans. La moyenne se situe à 15,6 pour cent et est représentée par une ligne bleue dans l'illustration 46. Celle-ci met en évidence la présence de prestations spécialisées pour les enfants et les adolescents dans le canton de Berne tout en soulignant l'importance accrue d'une prise en charge hospitalière proche du domicile en psychiatrie de la personne âgée.

Illustration 46

Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) | psychiatrie



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Illustration 47

Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe d'âge (selon PS 2011-2014) | psychiatrie



Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Taux de couverture des besoins

Afin d'obtenir une meilleure vue d'ensemble, le taux de couverture des besoins est analysé ici pour la première fois non seulement dans le domaine des soins aigus somatiques, mais aussi dans celui de la psychiatrie. En l'espèce, cet indicateur du degré d'utilisation des prestations offertes à proximité du domicile s'applique aux soins psychiatriques hospitaliers de base. Le taux révèle dans quelle mesure la population d'une région de soins recourt effectivement aux prestations disponibles dans cette région. Il se situe à 30 pour cent au moins pour ce groupe de prestations en 2013 (voir tableau 66). La SAP examinera comment il évolue à l'avenir avec le nouveau mandat de prestations GRU de la classification GPPH en psychiatrie.

Tableau 66

Taux de couverture des besoins en psychiatrie (groupe GRU de la classification GPPH en psychiatrie selon PS 2016) par région de soins | nombre de cas selon le domicile et le lieu de traitement des patients bernois en 2013

Domicile	Lieu de traitement									
	Région I Aaretal-Oberland		Région II Agglomération bernoise		Région III Bienne-Seeland- Jura bernois		Région IV Haute-Argovie – Emmental		Autre canton	
	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%
Région I Aaretal-Oberland	1406	74,7%	316	16,8%	4	0,2%	96	5,1%	60	3,2%
Région II Agglomération bernoise	248	10,1%	2043	83,1%	15	0,6%	92	3,7%	61	2,5%
Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	232	14,2%	712	43,5%	538	32,8%	75	4,6%	81	4,9%
Région IV Haute-Argovie – Emmental	553	43,8%	185	14,6%	2	0,2%	399	31,6%	125	9,8%
Patients domiciliés dans le canton de Berne	2439		3256		559		662		327	
Patients domiciliés dans un autre canton	567		400		156		132		52 338	
Patients domiciliés à l'étranger	27		18		3		–		1007	
Total des patients	3033		3674		718		794		53 672	

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

14.5 Prévision des besoins au 31.12.2017 | 31.12.2020

Indications des sociétés médicales

Dans le domaine de la psychiatrie, les remarques des sociétés médicales ne suggéraient ni hausse ni baisse du nombre de cas allant au-delà de l'effet démographique calculé (voir annexes 4.4 et 5.3). C'est donc la prévision mathématique selon la méthode du statu quo sans adaptation qui a été appliquée à la psychiatrie¹¹³.

Calcul prévisionnel

Pour évaluer les besoins futurs en prestations hospitalières de psychiatrie jusqu'au 31 décembre 2017 et 2020, on a établi la prévision mathématiquement, à l'aide de la méthode du statu quo (voir tableau 67, colonne a). Les cas n'ayant pas pu être attribués clairement à un groupe de prestations sur la base du diagnostic principal figurent dans la catégorie [n.c.] = non classifiable. Celle-ci regroupe tous les cas n'affichant pas un diagnostic principal du chapitre F de la CIM-10, mais qui ont néanmoins été traités dans une clinique psychiatrique.

¹¹³ Remarque : la répartition par canton d'origine et par groupe d'âge figurent dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*. La croissance prévue du nombre de cas jusqu'en 2020 est essentiellement liée à l'évolution démographique (voir annexe G). L'annexe F fournit une vue d'ensemble des données de référence de l'année 2013 sur lesquelles se fondent les prévisions, et l'annexe J présente les résultats de la prévision des besoins jusqu'au 31 décembre 2020 en fonction des groupes d'âge et des régions de soins.

Tableau 67

Calcul prévisionnel du nombre de cas au 31.12.2017 et au 31.12.2020 pour la population résidante bernoise d'après la méthode du statu quo, par groupe de prestations (selon PS 2016) | psychiatrie

Sigle	Groupe de prestations	Données de référence au 31.12.2013	Calcul prévisionnel au 31.12.2017		Calcul prévisionnel au 31.12.2020	
			(a)	Ecart en %	(a)	Ecart en %
F3	Troubles de l'humeur [affectifs] (dépression, manie, troubles bipolaires)	2329	2354	1,9%	2372	1,9%
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie)	1567	1570	0,4%	1573	0,4%
FA	Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool (alcoolisme et dépendance)	1280	1285	0,4%	1288	0,6%
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs [TOC])	1014	1022	1,3%	1027	1,3%
FD	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (abus et dépendance vis-à-vis de médicaments ou de drogues)	598	597	-0,4%	596	-0,4%
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions)	455	454	-0,2%	453	-0,4%
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie)	152	152	0,0%	152	0,0%
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autre syndrome cérébral organique)	290	313	8,0%	332	14,4%
F7	Retard mental (de différents degrés)	65	65	0,0%	65	0,0%
F8	Troubles du développement psychologique (troubles du développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur)	46	46	0,0%	46	0,0%
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (hyperactivité, trouble de comportement dyssocial, tics)	61	62	1,6%	62	1,6%
[n.c.]	[non classifiable]	222	239	7,5%	252	13,6%
	Total	8079	8159	1,0%	8218	1,7%
KiJu	dont cas de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	265	269	1,4%	271	2,4%
AE	dont cas de la psychiatrie de la personne âgée	1186	1285	8,3%	1364	15,0%
ER	dont cas de la psychiatrie de l'adulte	6628	6631	0,0%	6629	0,0%
	dont traitements dispensés dans un autre canton	364	365	0,2%	365	0,4%
	dont traitements dispensés dans les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne	7715	7794	1,0%	7853	1,8%

(a) Calcul prévisionnel au 31.12 selon la méthode du statu quo
Ecart en % : écart entre la colonne a et les données de référence au 31.12.2013

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des projections démographiques cantonales de 2012 (scénario haut)

Tendance (calcul prévisionnel)

La prévision indique une hausse relativement faible du nombre de cas d'ici le 31 décembre 2020 (+139, soit 1,7%) par rapport aux données de référence au 31 décembre 2013. La croissance annuelle s'élève à 0,2 pour cent. L'évolution jusqu'en 2020 varie toutefois selon les groupes de prestations. Afin de mieux cerner l'évolution du nombre de cas, les changements attendus sont là aussi classés en cinq catégories qui facilitent l'appréciation qualitative des différentes tendances, illustrées dans le tableau 67. Le recours aux soins escompté reflète avant tout l'évolution démographique. En ce qui concerne la psychiatrie de l'adulte (18-64 ans), l'analyse par groupe d'âge prévoit une stagnation, voire une baisse du nombre de cas pour tous les groupes de prestations ainsi qu'une stagnation du nombre total des cas d'ici le 31 décembre 2020 (voir tableau 68). Dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (0-17 ans), la prévision fait état d'une variation à peine perceptible, tablant sur une hausse minime du nombre de cas d'ici 2020 (+6, soit 2,4%). Les principaux groupes de prestations pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont les suivants (par ordre d'importance décroissant) : F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, F9 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, F3 Troubles de l'humeur [affectifs], F2 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants, F8 Troubles du développement psychologique. On s'attend par contre à une nette hausse du nombre de cas en psychiatrie de la personne âgée (groupe d'âge des 65 ans et plus) d'ici le 31 décembre 2020 (+200, soit 15%). Les principaux groupes de prestations pour la psychiatrie de la personne âgée sont les suivants (par ordre d'importance décroissant) : F3 Troubles de l'humeur [affectifs], F0 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques, FA Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool, F2 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants, F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

Tableau 68

Analyse qualitative de l'évolution des cas prévue pour la population résidente bernoise jusqu'au 31.12.2020, par groupe de prestations (selon PS 2016) | psychiatrie

-- fort recul	- léger recul	0 pas de changement	+ légère augmentation	++ forte augmentation
		FD, F6, F2, F5, F7, F8	FA, F3, F4, F9	F0
-- (-7,5% et moins), - (-7,5 à moins de -0,5%), 0 (-0,5 à moins de 0,5%), + (0,5 à moins de 7,5%), ++ (7,5% et plus)				
Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des projections démographiques cantonales de 2012 (scénario haut)				

14.6 Offre de prestations au 31 décembre 2015

La liste actuelle des hôpitaux pour la psychiatrie est valable depuis le 1^{er} mai 2012. Le nombre d'établissements disposant de mandats dans les groupes de prestations prévus par la planification des soins 2011-2014 n'a pas changé au cours de cette période. La majorité des hôpitaux répertoriés (20 sur 24) fournissaient des prestations de psychiatrie de l'adulte en milieu résidentiel au 31 décembre 2015. A cette date, le site de Berthoud était fermé en raison de transformations.

Le tableau 69 résume l'éventail de prestations des hôpitaux bernois répertoriés en psychiatrie par groupe de prestations au 31 décembre 2015.

Tableau 69

Groupes de prestations (selon PS 2011-2014) proposés dans les hôpitaux répertoriés sur la liste bernoise | psychiatrie

Sigle	Groupe de prestations	Nombre d'hôpitaux répertoriés (sites)
ER	Psychiatrie générale et psychiatrie spécialisée de l'adulte	20
FOR	Psychiatrie médico-légale	1
KiJu	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4
AE	Psychogériatrie	5
Total des hôpitaux répertoriés dans le domaine de la psychiatrie (sites)		23
dont hôpitaux répertoriés situés dans d'autres cantons		—

Source : SAP (état au 31.12.2015)

14.7 Relevé des prestations prévues au 31 décembre 2020

Les 23 hôpitaux répertoriés (sites) disposant d'un mandat de prestations dans le domaine de la psychiatrie ainsi qu'un autre établissement intéressé ont participé en été 2015, sur une base volontaire, au relevé des prestations mentionné au chapitre 11. Les données sur l'offre future n'engageaient pas les hôpitaux. La SAP a reçu par ailleurs trois formulaires pour de nouveaux sites planifiés ou récemment ouverts. Seule l'analyse des dossiers de candidature formels déposés par les hôpitaux en vue de leur inscription sur la future liste bernoise fondée sur la planification des soins 2016 permettra de confirmer si l'offre prévue par les sociétés hospitalières correspond véritablement aux besoins de la population du canton tels qu'ils ont été calculés jusqu'en 2020. Contrairement au relevé des prestations, purement informatif, la procédure de sélection pour la liste des hôpitaux présuppose, de la part des établissements, une demande à caractère contraignant pour l'attribution de mandats.

Changements prévus dans l'offre de prestations des cliniques psychiatriques

Le relevé des prestations en psychiatrie aboutit à des résultats similaires à ceux de la réadaptation (voir section 13.7). Il laisse entrevoir globalement une extension de l'offre d'ici 2020 dans de nombreux groupes de prestations de la psychiatrie (voir tableau 70). Aucun groupe de prestations ne devrait donc souffrir d'une offre trop restreinte de la part des établissements. Il s'agit là d'une nouvelle réjouissante, surtout en ce qui concerne les soins psychiatriques de base, pour lesquels un mandat de prestations distinct sera attribué pour la première fois sur la liste des hôpitaux de la psychiatrie au cours de la période de planification 2017-2020.

Tableau 70

Changements prévus jusqu'en 2020 dans les hôpitaux bernois répertoriés et dans d'autres établissements intéressés, par groupe de prestations (selon PS 2016) | psychiatrie

Sigle	Groupe de prestations	Date de référence : 31.12.2020 (échéance de la planification des soins 2016)	
		Nombre d'hôpitaux prévoyant une extension des prestations	Nombre d'hôpitaux prévoyant une réduction des prestations
GRU	Soins de base	19	–
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autre syndrome cérébral organique)	11	–
FA	Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool (alcoolisme et dépendance)	18	–
FD	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (abus et dépendance vis-à-vis de médicaments ou de drogues)	18	–
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie)	21	–
F3	Troubles de l'humeur [affectifs] (dépression, manie, troubles bipolaires)	24	–
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs [TOC])	23	–
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie)	16	–
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions)	21	–
F7	Retard mental (de différents degrés)	8	–
F8	Troubles du développement psychologique (troubles du développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur)	12	–
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (hyperactivité, trouble de comportement dyssocial, tics)	14	–
KI	Psychiatrie de l'enfant (0-13 ans)	6	–
JU	Psychiatrie de l'adolescent (14-17 ans)	8	–
ER	Psychiatrie de l'adulte (18-64 ans)	20	–
AR	Psychiatrie de la personne âgée (à partir de 65 ans)	12	–
GBE	Handicap mental	4	–
FOR	Psychiatrie médico-légale	2	–
	Total des cliniques psychiatriques (sites)	27	
	dont hôpitaux situés dans d'autres cantons	1	–

Source : présentation de la SAP fondée sur l'évaluation du relevé des prestations en psychiatrie (état au 31.12.2015)

14.8 Prestations ambulatoires en psychiatrie

Cette partie de la planification traite exclusivement des prestations ambulatoires dans le domaine des soins psychiatriques, qui regroupent les prestations des cliniques de jour et celles des services ambulatoires. Le canton de Berne promeut de telles prestations depuis de nombreuses années. Comme il n'est pas tenu par la LAMal d'y contribuer au plan financier, à la différence des traitements hospitaliers, il bénéficie d'une grande marge de manœuvre à l'achat de ces prestations. Les stratégies de soins jouent donc un rôle prépondérant dans le domaine ambulatoire, contrairement à la planification dans le domaine hospitalier. Toutes les prestations financées par le canton de Berne figurent sur une liste élaborée conjointement avec les fournisseurs, conformément à la loi sur les soins hospitaliers. Le canton de Berne n'indemnise dans le secteur ambulatoire que les prestations nécessaires à la couverture en soins qui ne sont pas financées par le biais des tarifs de l'assurance-maladie. Les paragraphes ci-après illustrent les besoins pour ce qui est des prestations fournies par les cliniques de jour et les services ambulatoires, et tentent, autant que faire se peut, d'établir une prévision pour les années à venir.

Prestations des cliniques de jour

Contexte

La planification des soins 2011-2014 tablait sur un transfert prononcé vers le secteur ambulatoire. De fait, le nombre de cas prévu dans les cliniques de jour a été largement dépassé, mais seulement pour le groupe cible des adultes en âge de travailler. S'agissant des enfants et adolescents ainsi que des adultes plus âgés, les chiffres sont très inférieurs aux attentes (voir tableau 71). Le nombre de places « de réserve » est nettement plus élevé que ce qui avait été admis dans la planification 2011-2014. La SAP juge globalement positive la tendance à la hausse des traitements en clinique de jour.

Tableau 71

Cas et places en clinique de jour | comparaison entre la prévision de la planification des soins 2011-2014 et les chiffres de l'année 2014

Groupe cible	Planification 2014 (selon PS 2011-2014, p. 158 s)		31.12.2014 (chiffres effectifs)	
	Cas	Places	Cas	Places
Adultes	1000	192	1466	278
Personnes âgées (65+)	200	48	91	28
Enfants et adolescents	100	48	76	42
Total	1300	288	1633	348

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux et des renseignements fournis par les établissements (état au 31.12.2015)

Recours aux soins au 31 décembre 2014

Le recours aux prestations ambulatoires en clinique de jour par la population bernoise en 2014 est représenté dans les tableaux 72 et 73. On observe en moyenne 1,6 cas pour 1000 habitants. Cette fréquence varie toutefois beaucoup d'une région à l'autre (voir tableau 73).

Tableau 72

Nombre de cas des cliniques de jour clos en 2014 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge et de diagnostic

Age	Groupe de diagnostic													Total	
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[autres]	[aucun]		
0-13 ans	—	—	2	6	—	—	—	15	19	—	—	—	—	1	43
14-17 ans	—	4	8	11	2	1	—	3	4	—	—	—	—	—	33
18-64 ans	3	217	662	205	26	143	4	6	13	141	44	2	—	1466	
à partir de 65 ans	4	11	48	6	1	—	—	—	—	10	—	11	—	91	
Total	7	232	720	228	29	144	4	24	36	151	44	13	1	1633	

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tableau 73

Nombre de cas des cliniques de jour clos en 2014 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge et région de soins

Age	Région de soins				Total
	Région I Aaretal- Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région III Bienne-Seeland- Jura bernois	Région IV Haute-Argovie- Emmental	
0-13 ans	—	9	10	19	5
14-17 ans	—	7	17	1	8
18-64 ans	—	289	600	292	285
à partir de 65 ans	—	21	63	3	4
Total	—	326	690	315	302
Fréquence pour 1000 habitants	—	1,1	2,5	1,4	1,4

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Prévision des besoins au 31 décembre 2020

Cette prévision purement fondée sur l'évolution démographique (voir tableaux 74 et 75) révèle que les besoins restent globalement constants d'ici 2020, avec un léger transfert vers la catégorie des personnes de plus de 65 ans.

Tableau 74

Calcul prévisionnel du nombre de cas des cliniques de jour au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et de diagnostic

Age	Groupe de diagnostic													Total	
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[autres]	[aucun]		
0-13 ans	—	—	2	6	—	—	—	16	20	—	—	—	—	1	45
14-17 ans	—	4	8	11	2	1	—	3	4	—	—	—	—	—	34
18-64 ans	3	216	657	203	26	142	4	6	13	140	43	2	—	1455	
à partir de 65 ans	5	12	53	7	1	—	—	—	—	11	—	13	—	102	
Total	8	232	720	227	29	143	4	25	37	152	43	15	1	1 636	

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tableau 75

Calcul prévisionnel du nombre de cas des cliniques de jour au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et région de soins

Age	Région de soins				Total
	Région I Aaretal- Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région III Bienne-Seeland- Jura bernois	Région IV Haute-Argovie - Emmental	
0-13 ans	10	11	20	5	45
14-17 ans	7	18	1	8	34
18-64 ans	286	600	292	278	1455
à partir de 65 ans	24	70	3	4	102
Total	326	698	316	295	1636

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Offre de prestations au 31 décembre 2015

Les prestations ambulatoires des cliniques de jour sont résumées dans les tableaux 76 et 77, par type de clinique.

Tableau 76

Nombre de places ambulatoires en clinique de jour par type de clinique, région de soins et secteur | psychiatrie de l'adulte

Région de soins	Secteur	Type de clinique de jour			
		Clinique de soins aigus	Clinique générale	Clinique de psychiatrie de la personne âgée	Clinique de psychothérapie ou clinique spécialisée
Région I Aaretal-Oberland	Interlaken	–	17	8	–
	Thoune	4	16	–	4
	Münsingen	–	–	–	–
Région II Agglomération bernoise	Berne-ville	18	43	20	46
	Berne-périphérie	–	10	–	12
Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	Bienne	8	15	–	–
	Aarberg	–	–	–	–
	Courtelay	–	20	–	–
Région IV Haute-Argovie – Emmental	Berthoud	12	–	–	12
	Langenthal	12	14	–	15
Total		54	135	28	89

Source : évaluation de la SAP sur la base d'un relevé des prestations (état au 31.12.2015)

Tableau 77

Nombre de places ambulatoires en clinique de jour par région de soins | psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Région de soins	Type de clinique de jour	
		Clinique générale avec programme scolaire
Région I Aaretal-Oberland		2
Région II Agglomération bernoise		27
Région III Bienne-Seeland-Jura bernois		13
Région IV Haute-Argovie – Emmental		–
Total		42

Source : évaluation de la SAP sur la base d'un relevé des prestations (état au 31.12.2015)

Prestations des services ambulatoires

Les prestations ambulatoires ont été évoquées dans la planification des soins 2011-2014, mais pas planifiées au plan quantitatif.

Recours aux soins au 31 décembre 2014

Le recours aux prestations psychiatriques ambulatoires des hôpitaux du canton de Berne est illustré dans les tableaux 78 et 79. La répartition est inégale suivant les régions de soins. Si l'on n'enregistre que 7,6 cas pour 1000 habitants dans l'agglomération bernoise, cette fréquence passe à 15,5, soit plus du double, dans la région Aaretal-Oberland (voir tableau 78). Selon toute probabilité, ces différences sont liées notamment à la densité variable des médecins spécialistes travaillant à leur compte (nombre par habitant). Si l'on recense plus de 200 psychiatres dans l'agglomération bernoise, on en compte moins de 40 dans la région Aaretal-Oberland¹¹⁴. Moins il y a de spécialistes installés à leur compte dans une région, plus on recourt aux soins psychiatriques institutionnels. Les prestations ambulatoires sont un élément fondamental des urgences psychiatriques, qui

¹¹⁴ Estimation sur la base des adresses déposées à l'Office du médecin cantonal. On ne dispose pas de renseignements précis concernant la nature et l'étendue de l'activité (p. ex. taux d'occupation, nombre de psychologues travaillant en délégation, etc.).

ne nécessitent pas toutes une prise en charge hospitalière. Il existe par conséquent dans chacune des régions de soins des services d'urgences psychiatriques ambulatoires qui travaillent parfois en partenariat avec les spécialistes de la région. Les investigations et les traitements se font en règle générale dans le service ambulatoire ou aux urgences d'un hôpital. Des cas n'ayant pas été déclarés comme des urgences au moment de l'admission (ouverture administrative du dossier) peuvent le devenir ultérieurement. De ce fait, il convient de considérer le nombre d'urgences indiqué dans le tableau 80 comme étant plutôt sous-évalué. En outre, on ne tient pas compte ici des urgences prises en charge par les médecins de famille et les psychiatres travaillant à leur compte.

Tableau 78

Nombre de cas des services ambulatoires clos en 2014 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge et de diagnostic

Age	Groupe de diagnostic												Total	
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[autres] [aucun]		
0–13 ans	–	1	21	136	4	4	4	117	163	–	1	111	–	562
14–17 ans	1	35	88	165	17	13	1	28	56	6	10	42	1	463
18–64 ans	84	1156	2910	2542	195	495	68	58	284	672	369	171	14	9018
à partir de 65 ans	336	72	440	255	6	12	1	–	23	64	14	190	1	1414
Total	421	1264	3459	3098	222	524	74	203	526	742	394	514	16	11 457

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tableau 79

Nombre de cas des services ambulatoires clos en 2014 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge et région de soins

Age	Région de soins				Total		
	Région I Aaretal-Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région II Bienne-Seeland-Jura bernois	Région IV Haute-Argovie – Emmental			
0–13 ans		205	122	138	562		
14–17 ans		181		83	105	463	
18–64 ans		3390		1676	1834	2118	9018
à partir de 65 ans		625		177	166	446	1414
Total		4401		2058	2243	2755	11 457

Fréquence pour 1000 habitants

15,5

7,6

10,1

12,7

11,5

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tableau 80

Nombre de cas des services ambulatoires clos en 2014 pour la population résidente bernoise, par mode d'admission et région de soins

Mode d'admission	Région de soins				Total
	Région I Aaretal- Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région II Bienne-Seeland- Jura bernois	Région IV Haute-Argovie – Emmental	
Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures)	615	642	772	625	2654
Annoncé, planifié	3772	1375	1464	2125	8736
Autre, inconnu	14	41	7	5	67
Total	4401	2058	2243	2755	11 457

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Prévision des besoins au 31 décembre 2020

Cette prévision purement fondée sur l'évolution démographique (voir tableaux 81 et 82) révèle que les besoins n'augmenteront que très peu, avec un léger transfert vers la catégorie des personnes de plus de 65 ans. Compte tenu des problèmes de délimitation déjà évoqués, ces prévisions n'auront qu'une importance relative pour l'achat de prestations. Il faudrait à cet égard identifier les cas à cofinancer par le canton, ce qui n'est pas encore possible à l'heure actuelle. Ce n'est qu'en présence des premières données en 2018 que l'on aura une vision globale de tous les cas ambulatoires cofinancés par le canton. Il convient de partir du principe que seule une partie des cas représentés ci-dessus requièrent un tel complément de financement.

Tableau 81

Calcul prévisionnel du nombre de cas des services ambulatoires au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et de diagnostic

Age	Groupe de diagnostic													Total
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[autres]	[aucun]	
0–13 ans	–	1	22	140	4	4	4	122	169	–	1	115	–	583
14–17 ans	1	36	88	166	17	13	1	28	56	6	10	42	1	467
18–64 ans	84	1148	2886	2517	194	490	67	57	280	668	366	169	14	8940
à partir de 65 ans	391	79	493	285	7	14	1	–	26	71	16	217	1	1600
Total	475	1264	3489	3109	222	520	73	208	531	745	393	544	16	11 590

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Tableau 82

Calcul prévisionnel du nombre de cas des services ambulatoires au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et région de soins

Age	Région de soins				Total
	Région I Aaretal-Oberland	Région II Agglomération bernoise	Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	Région IV Haute-Argovie – Emmental	
0–13 ans	212	130	143	98	583
14–17 ans	181	87	108	92	467
18–64 ans	3358	1677	1831	2074	8940
à partir de 65 ans	708	198	182	512	1600
Total	4459	2092	2263	2775	11 590

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique médicale des hôpitaux (état au 31.12.2015)

Offre de prestations au 31 décembre 2015

Les prestations des services ambulatoires à fin 2015 sont résumées dans les tableaux 83 et 84¹¹⁵.

Tableau 83

Nombre de services ambulatoires (sites), par type de prestation, région de soins et secteur | psychiatrie de l'adulte

Région de soins	Secteur	Prestation ambulatoire				
		Soins d'urgence et de crise à l'hôpital / au service ambulatoire	Soins d'urgence et de crise à domicile (unité mobile)	Traitement aigu à domicile (24h/24)	Traitement / suivi à l'hôpital / au service ambulatoire	Traitement / suivi à domicile (unité mobile)
Région I Aaretal-Oberland	Interlaken	2	1	–	3	2
	Thoune	1	1	–	2	2
	Münsingen	–	–	–	1	–
Région II Agglomération bernoise	Berne-ville	1	–	–	8	1
	Berne-périphérie	–	–	–	1	–
Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	Bienne	1	–	–	3	1
	Aarberg	–	–	–	–	–
	Courtelary	–	1	–	1	1
Région IV Haute-Argovie – Emmental	Berthoud	1	–	–	3	1
	Langenthal	1	1	–	4	1
Total		7	4	–	26	9

Source : évaluation de la SAP sur la base d'un relevé des prestations (état au 31.12.2015)

Tableau 84

Nombre de services ambulatoires (sites), par type de prestation et région de soins | psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Région de soins	Prestation ambulatoire				
	Soins d'urgence et de crise à l'hôpital / au service ambulatoire	Soins d'urgence et de crise à domicile (unité mobile)	Traitement aigu à domicile (24h/24)	Traitement / suivi à l'hôpital / au service ambulatoire	Traitement / suivi à domicile (unité mobile)
Région I Aaretal-Oberland	2	–	–	2	1
Région II Agglomération bernoise	1	–	–	2	1
Région III Bienne-Seeland-Jura bernois	1	–	–	2	1
Région IV Haute-Argovie – Emmental	1	–	–	1	1
Total	5	–	–	7	4

Source : évaluation de la SAP sur la base d'un relevé des prestations (état au 31.12.2015)

¹¹⁵ Remarque : les données détaillées relatives au nombre de cas sont présentées dans la partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*.

14.9 Coûts escomptés

Prévision des coûts des traitements hospitaliers en psychiatrie

On estime que les cas d'hospitalisation en psychiatrie resteront stables d'ici 2020 (voir section 14.5). Par ailleurs, la nouvelle structure tarifaire TARPSY devrait s'appliquer aux soins hospitaliers psychiatriques à partir de 2018 ; il s'agit d'un système de rémunération lié aux prestations. Le tableau 85 illustre les coûts prévus en 2020 dans le domaine de la psychiatrie en milieu hospitalier. Les dépenses prévisionnelles du canton pour les traitements hospitaliers sont établies sur la base des données relatives aux prestations de la statistique médicale des hôpitaux de 2014 ainsi que des chiffres finaux des hôpitaux répertoriés et des prestations que ceux-ci ont effectivement facturées cette année-là. Pour la part de la population cantonale hospitalisée dans un établissement répertorié bernois en 2014, les données de la statistique médicale sont comparées avec celles émanant des hôpitaux concernés en fin d'année et corrigées en cas d'écart notable. Comme les données de la statistique médicale concernant les habitants du canton de Berne qui s'étaient fait soigner dans un autre canton en 2014 n'étaient pas encore disponibles à la date butoir du 31 décembre 2015, les dépenses cantonales prévisionnelles pour cette part de la population ont été estimées uniquement sur la base des prestations effectivement facturées par les hôpitaux extra-cantonaux. Les données relatives aux prestations résultant de ces divers calculs, qui couvrent tous les séjours hospitaliers de la population bernoise dans le canton et ailleurs en 2014, ont été extrapolées en suivant le scénario haut des projections démographiques ont été extrapolées en suivant le scénario « haut » des projections démographiques¹¹⁶. Le calcul des coûts tient compte des tarifs en vigueur et des tendances et attentes concernant leur évolution jusqu'en 2020 ; il se fonde sur le postulat que la part financée par le canton de Berne ne dépassera pas 55 pour cent. Selon les prévisions, la part des coûts prise en charge par le canton pour les prestations en psychiatrie augmentera jusqu'en 2020 pour atteindre 116,3 millions de francs (+6,8%).

Tableau 85

Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 | en millions de francs | psychiatrie hospitalière

	2014 (données de référence)	2020 (prévision)
Part cantonale de la rémunération de la psychiatrie hospitalière	108,9	116,3
dont part pour les traitements dispensés dans le canton	100,8	107,1
dont part selon la LAMal (55%)	100,6	106,9
dont part selon la LAI (20%)	0,2	0,2
dont part pour les traitements dispensés hors canton	8,1	9,2

Source : SAP (état au 31.12.2015)

Prévision des coûts des prestations ambulatoires en psychiatrie

Vu l'extension prévue des prestations psychiatriques ambulatoires (suivant la stratégie visant à privilégier ce mode), il faut s'attendre à une hausse des coûts en conséquence. Il est toutefois difficile d'estimer précisément la répartition des ressources entre les différents domaines de prestations en raison du changement que connaîtra le modèle de financement cantonal. Le tableau 86 donne un aperçu des coûts escomptés d'ici 2020 en psychiatrie ambulatoire. Globalement, on présume que les coûts augmenteront aussi bien pour les prestations psychiatriques ambulatoires en milieu hospitalier que pour les prestations de base fixes. Selon la prévision, la participation totale du canton passera à 52,5 millions de francs (+29,6%) d'ici 2020.

Tableau 86

Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 | en millions de francs | psychiatrie ambulatoire

	2014 (données de référence)	2020 (prévision)
Part cantonale de l'indemnisation de la psychiatrie ambulatoire	40,5	52,5
dont prestations ambulatoires en milieu hospitalier	32,8	35,0
dont soins intégrés	7,7	6,8
dont prestations de base fixes	0,0	10,7

Source : SAP (état au 31.12.2015)

¹¹⁶ Les prévisions des coûts figurant dans la planification des soins peuvent dès lors diverger des valeurs mises à jour annuellement pour le budget et le plan financier. A noter que les données qui sous-tendent cette actualisation tiennent compte chaque année des risques et opportunités découlant de la situation politico-financière ainsi que des informations les plus récentes (nombres de cas, tarifs), autre raison pour laquelle elles peuvent s'écarter des chiffres de la planification.

14.10 Champs d'action

Structures conformes aux besoins et soins hospitaliers de base en psychiatrie

Au 31 décembre 2015, le canton de Berne comptait 24 hôpitaux répertoriés (19 hôpitaux et 5 services spécialisés, voir partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière*) offrant tout l'éventail des prestations psychiatriques hospitalières. L'objectif de la période de planification 2017-2020 est de garantir à la population du canton des structures de soins conformes aux besoins. La création de quatre régions de soins psychiatriques va dans ce sens (voir section 7.1), tout comme le développement de la classification GPPH en psychiatrie (voir section 8.2.3). Ainsi, le nouveau mandat de prestations Soins de base vise à assurer à l'avenir des soins conformes aux besoins sur tout le territoire cantonal. Au cours de la période de planification 2017-2020, les hôpitaux répertoriés proposant des soins psychiatriques hospitaliers renforceront la coopération et la coordination avec les structures en amont et en aval.

Structures conformes aux besoins pour les soins psychiatriques aux enfants et adolescents francophones

Le canton de Berne exploite depuis plus de dix ans à Moutier une petite unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA), qui est destinée aux jeunes francophones des cantons de Berne et du Jura et qui dépend administrativement des Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland (SPJBB). Un contrat conclu avec le canton du Jura réglait jusqu'à présent le financement des prestations qui n'étaient pas couvertes par les tarifs de l'assurance-maladie (notamment l'école à l'hôpital) de même que le suivi par une commission paritaire. Suite à l'autonomisation des SPJBB, il s'agit de définir la forme que prendront à l'avenir les soins hospitaliers psychiatriques destinés aux enfants et aux adolescents francophones. Le canton de Berne prône une coopération plus étroite entre les fournisseurs de prestations concernés dans l'espace BEJUNE ainsi qu'un élargissement de l'éventail de prestations.

Prestations pour les personnes soumises à l'exécution d'une peine ou d'une mesure

Les besoins en prestations hospitalières destinées aux malades psychiques relevant du domaine de l'exécution des peines et mesures ainsi que les services existants dans le canton et en dehors de celui-ci feront l'objet d'une analyse approfondie au cours de la période de planification 2017-2020, en collaboration avec les autorités compétentes.

Prestations des cliniques de jour

Un nouveau système de saisie des prestations en clinique de jour sera introduit en 2017 et permettra d'évaluer plus précisément le recours aux soins de ce type. Il convient encore de définir les spécificités des différentes offres et les exigences en matière de structures et de processus. Dans un premier temps, il faudra clarifier les notions afin de pouvoir mieux comparer les offres dans ce domaine également. Parmi les autres sujets à étudier, citons encore les mesures de la qualité.

Prestations psychiatriques ambulatoires

Le nouveau système de saisie des prestations ambulatoires introduit en 2016 permettra d'évaluer plus précisément le recours aux soins de ce type. Il est surtout intéressant de mettre en lumière où se situent les différences concernant la nature et l'étendue des prestations fournies (selon les groupes de population, en particulier). Pour le pilotage du canton, il est également judicieux de savoir si les cas présentent des caractéristiques susceptibles d'expliquer les disparités dans le recours aux prestations. Les prestations psychiatriques ambulatoires en cas d'urgence ou de crise sont primordiales, puisqu'elles permettent d'éviter des hospitalisations inutiles. Dans certaines situations, elles peuvent contribuer à éviter un placement à des fins d'assistance (internement non volontaire). Afin d'assurer la disponibilité de professionnels adéquats en cas d'urgence ou de crise, les prestations de base fixes doivent être indemnisées par le canton ; il convient de poursuivre le développement des règles de financement et des normes à respecter.

Traitements psychiatriques aigus à domicile

Les traitements aigus à domicile doivent permettre aux patientes et aux patients ayant besoin de soins psychiatriques aigus de rester, autant que faire se peut, chez eux et dans l'environnement qui leur est familier. Les cantons d'Argovie et de Lucerne proposent d'ores et déjà une offre de ce type. Comme il s'agit là d'un modèle de soins innovant pour lequel notamment les questions de financement ne sont pas encore toutes réglées, un essai pilote est mis sur pied qui consiste à soutenir financièrement au maximum trois équipes. Le montant de 2,7 millions de francs prévu inclut la prise en charge des coûts liés à la fourniture des prestations qui ne sont pas couvertes par les tarifs de l'assurance-maladie ou par le modèle des coûts normatifs du canton, de même que l'évaluation du projet sur une période d'au moins deux ans. Parmi les autres sujets à étudier, citons les mesures de la qualité dans le domaine ambulatoire ainsi que la coordination entre les équipes mobiles d'intervention et les soins psychiatriques fournis par les services de maintien à domicile.

Soins intégrés en psychiatrie

Il convient d'améliorer les soins intégrés aux personnes gravement malades psychiquement qui ont besoin d'une aide complexe en permanence. Les premières démarches à cet effet ont été effectuées d'entente avec les fournisseurs de prestations, les personnes concernées et leurs proches. D'autres travaux préliminaires s'imposent étant donné qu'il s'agit d'un projet intersectoriel dans lequel les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte, les services sociaux et les institutions pour handicapés jouent aussi un rôle important aux côtés des fournisseurs de prestations issus du domaine de la santé. La prochaine étape consistera à examiner quelles régions pourraient convenir pour un projet ou un essai pilote.

15 Sauvetage

Ce chapitre présente les modalités d'intervention des services de sauvetage auprès de la population bernoise.

15.1 Contexte

Le traitement d'urgence rapide sur le lieu même de l'intervention est une composante essentielle des soins d'urgence dans le canton de Berne. Il est organisé dans le cadre des services de sauvetage cantonaux, à l'échelle des régions (voir section 7.1.3).

15.2 Services de sauvetage

Les prestations sont assurées par huit services de sauvetage cantonaux et leurs 23 centres d'ambulances :

- Service de sauvetage du CHR spitäler fmi AG (fmi)
 - > Centres d'ambulances : Adelboden (partenaires contractuels à Grindelwald et à Lauterbrunnen), Frutigen, Interlaken, Meiringen
- Service de sauvetage du CHR Spital STS AG (STS)
 - > Centres d'ambulances : Gesigen, Saanenmöser, Thoun (exploitation la journée seulement)
- Service de sauvetage du CHR Spital Netz Bern AG (SNBe; groupe de l'île depuis le 1^{er} janvier 2016)
 - > Centres d'ambulances : Aarberg, Münsingen, Riggisberg
- Service de sauvetage de la police sanitaire de la ville de Berne
 - > Centre d'ambulances : Berne
- Service de sauvetage du CHR Spitalregion Emmental AG (RSE)
 - > Centres d'ambulances : Berthoud, Langnau
- Service de sauvetage du CHR Spital SRO AG (SRO)
 - > Centres d'ambulances : Langenthal, Madiswil, Niederbipp
- Ambulance Région Bienne SA (ARB)
 - > Centre d'ambulances : Bienne
- Service de sauvetage de l'Hôpital du Jura bernois SA (HJB)
 - > Centres d'ambulances : Moutier, Saint-Imier, Tramelan

Ces services desservent aujourd'hui des zones géographiques bien précises, qualifiées de régions de sauvetage. Le canton a conclu avec eux des contrats de prestations. Il existe en outre d'autres services de sauvetage terrestre qui n'ont pas de zone attribuée. Ceux-là ne sont pas au bénéfice d'un contrat de prestations et travaillent souvent en collaboration avec les huit services de sauvetage cantonaux. Ce sont

- Ambulance et service de sauvetage Grindelwald GmbH
 - > Coopération : service de sauvetage du fmi
- Ambulance Lauterbrunnen
 - > Coopération : service de sauvetage du fmi
- Centre de réadaptation de Heiligenschwendli
- Service d'ambulance et de secours Sense AG à Wünnewil
 - > Canton : Fribourg
- Service d'ambulance et de secours de Morat et environs
 - > Canton : Fribourg

Par ailleurs, il existe deux services de sauvetage aérien qui opèrent à partir de quatre bases et sont susceptibles d'intervenir sur tout le territoire cantonal :

- Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)
 - > Bases : Belp, Wilderswil, Zweisimmen
- Air Glaciers SA
 - > Bases : Gstaad, Lauterbrunnen

15.3 La notion d'urgence dans le domaine du sauvetage

Le sauvetage a pour mission d'appliquer les premières mesures requises pour maintenir ou rétablir les fonctions vitales des patientes et des patients nécessitant des soins urgents sur le lieu même de l'intervention. Dans bien des cas, il a pour objectif de mettre ces derniers en condition de transport et de les acheminer en ambulance ou par hélicoptère vers un hôpital approprié pour la suite de la prise en charge.

L'Interassociation de sauvetage (IAS) établit une distinction entre le sauvetage de patients en détresse et le transport de malades qualifié¹¹⁷. Elle donne les définitions suivantes du patient en détresse et du transport d'urgence :

- Patient en détresse
 - > Blessé ou malade menacé de mort immédiate ou de lésions graves nécessitant des soins urgents
- Transport d'urgence
 - > Transport d'une patiente ou d'un patient en détresse, en assurant la continuité des mesures d'urgence avancées

Dans un même esprit, l'IAS classe les interventions dans différentes catégories suivant le degré d'urgence, également au plan qualitatif. Ainsi, elle distingue les interventions primaires (P) de celles dites secondaires (S). Les premières visent à prendre en charge et, le cas échéant, à transporter la patiente ou le patient depuis le lieu de l'intervention des secours vers un hôpital approprié¹¹⁸.

Interventions primaires (priorité P) :

- P1
 - > Engagement immédiat avec signaux prioritaires pour des cas d'urgence avec probabilité d'une atteinte des fonctions vitales
- P2
 - > Engagement immédiat pour des cas d'urgence sans probabilité d'une atteinte des fonctions vitales
- P3
 - > Engagement programmé

Quant aux interventions secondaires, il s'agit des transferts de patientes et de patients d'un établissement de soins à un autre.

Interventions secondaires (priorité S) :

- S1
 - > Transfert d'une patiente ou d'un patient avec atteinte des fonctions vitales (avec ou sans signaux prioritaires)
- S2
 - > Transfert d'une patiente ou d'un patient sans atteinte des fonctions vitales et dont le départ ne pourrait pas être différé
- S3
 - > Transfert programmé d'une patiente ou d'un patient sans atteinte des fonctions vitales

15.4 Evolution des interventions entre 2010 et 2013

Les services de sauvetage cantonaux ont réalisé en tout 51 258 interventions en 2010 (voir tableau 87) et 50 186 en 2013, ce qui représente une baisse de 2,1 pour cent. Celle-ci est à mettre en relation avec la diminution des interventions P3/S3 (-18,8%). On note en revanche une hausse globale de 9 pour cent des interventions P1/S1 (18 178 en 2013). Il convient d'être prudent dans l'évaluation par service de sauvetage, l'analyse mettant au jour des tendances très variables de l'un à l'autre. Les fluctuations ne sont pas plausibles et sont plutôt révélatrices de divergences de longue date dans la manière de saisir les catégories d'intervention P1/S1, P2/S2 et P3/S3.

¹¹⁷ Cf. Interassociation de sauvetage, 2010.

¹¹⁸ Jusqu'en 2009, l'IAS utilisait les codes suivants : D1 (correspondant à P1/S1), D2 (correspondant à P2/S2) et D3 (correspondant à P3/S3). Le présent rapport reprend la distinction désormais établie entre interventions primaires et secondaires.

Tableau 87

Évolution du nombre d'interventions des services de sauvetage cantonaux en 2010/2013 ¹⁾

Service de sauvetage	2010				2013				Ecart en %			
	P1/S1	P2/S2	P3/S3	Total	P1/S1	P2/S2	P3/S3	Total	P1/S1	P2/S2	P3/S3	Total
Ambulance Région Bienne SA	2750	1077	1471	5298	2954	1297	1648	5899	7,4%	20,4%	12,0%	11,3%
fmi AG	1129	2751	883	4763	1306	2054	748	4108	15,7%	-25,3%	-15,3%	-13,8%
HJB SA	974	386	828	2188	1064	640	846	2550	9,2%	65,8%	2,2%	16,5%
RSE AG	1299	1599	1302	4200	1717	1803	1170	4690	32,2%	12,8%	-10,1%	11,7%
Police sanitaire de Berne	3781	8546	5459	17 786	4331	8776	4115	17 222	14,5%	2,7%	-24,6%	-3,2%
SNBe AG	1794	1408	1198	4400	1706	1667	1000	4373	-4,9%	18,4%	-16,5%	-0,6%
SRO AG	2952	1798	1547	6297	2884	1445	864	5193	-2,3%	-19,6%	-44,1%	-17,5%
STS AG	1993	2814	1519	6326	2216	2794	1141	6151	11,2%	-0,7%	-24,9%	-2,8%
Total	16 672	20 379	14 207	51 258	18 178	20 476	11 532	50 186	9,0%	0,5%	-18,8%	-2,1%

¹⁾ Les données ne précisant pas la catégorie d'intervention ne sont pas incluses.

Source : évaluation de la SAP sur la base de la statistique cantonale des alarmes (état au 31.12.2015)

Effet de l'évolution démographique sur le sauvetage dans le canton de Berne jusqu'en 2020

Compte tenu des projections démographiques, la population du canton va augmenter de 3,9 pour cent d'ici 2020, passant à plus de 1,04 million d'habitants. Cette progression s'accompagnera d'un vieillissement de la population. Les personnes de plus de 65 ans représenteront alors 22,1 pour cent des ressortissantes et ressortissants du canton (voir section 7.2). La hausse prévue du nombre de personnes nécessitant des soins et celle des patientes et des patients en gériatrie ne vont pas rester sans effet sur le secteur du sauvetage : on s'attend à une hausse notable des interventions d'ici 2020 pour les services de sauvetage du canton de Berne.

15.5 Règle de couverture et ratio d'intervention

Pour les interventions de sauvetage, le canton de Berne applique à l'heure actuelle la règle 80/30 adoptée par le Conseil-exécutif dans le cadre de la planification des soins 2007-2010 : la sécurité des soins est garantie lorsque les équipes de secours sont en mesure d'atteindre 80 pour cent de la population du secteur attribué au service de sauvetage dans un délai de 30 minutes suivant l'alarme. Cette règle constitue la seule consigne de planification du canton dans ce domaine. Son respect est contrôlé en évaluant l'accessibilité des prestations pour la population sur la base d'un modèle de trafic et des données démographiques des communes bernoises. Le tableau 88 montre le respect de la règle de couverture 80/30 par les services de sauvetage cantonaux pour l'année 2014. Comme on peut partir du principe que les interventions sont réparties sur le territoire proportionnellement à la population, il est possible de procéder à une vérification approximative en observant les données relatives aux interventions ¹¹⁹.

Règle de couverture 80/30

Compte tenu des 47 281 interventions réalisées par les huit services de sauvetage cantonaux en 2014, la règle de couverture 80/30 a été atteinte cette année-là à quelque 96 pour cent. La sécurité des soins en fonction du degré d'accessibilité est donc garantie.

Tableau 88

Respect de la règle de couverture 80/30 par service de sauvetage en 2014

Service de sauvetage	Nombre d'interventions P1/S1/P2/S2	Respect de la règle de couverture
Ambulance Région Bienne SA	2741	99%
fmi AG	3118	89%
HJB SA	1649	96%
RSE AG	3338	93%
Police sanitaire de Berne	13 297	97%
SNBe AG	3393	96%
SRO AG	3872	98%
STS AG	4934	95%
Total	36 342	96%

Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

¹¹⁹ La méthode actuelle et les données à disposition ne permettent pas de vérifier le respect de la règle de couverture avec exactitude.

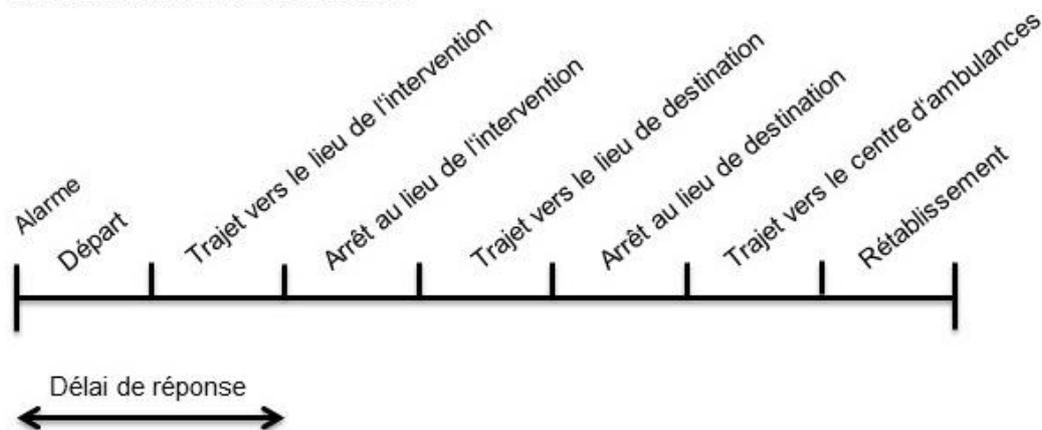
Ratio d'intervention 90/15

De son côté, l'IAS a défini, dans le cadre de la certification des services de sauvetage, des règles pour les délais de réponse que ceux-ci doivent observer. Pour les interventions primaires avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales, les valeurs indicatives sont les suivantes : 10 minutes après l'alarme en zone urbaine et 15 minutes en zone rurale, ce délai devant être tenu dans 90 pour cent des cas. Lors de la certification, l'IAS tient compte également de particularités telles qu'une topographie difficile ou une faible densité de population. L'illustration 48 indique à quoi correspond le délai de réponse dans la chronologie d'une intervention.

Illustration 48

Définition du délai de réponse à l'aide des données d'intervention

Déroulement de l'intervention



Source : IMS-FHSG 2015

Le respect des délais de réponse est contrôlé à l'aide des statistiques des interventions tenues par les services de sauvetage. L'observation des cas effectifs privilégiée par l'IAS permet aussi d'évaluer la qualité des prestations fournies et, partant, la couverture des besoins. Le nombre d'équipes et de véhicules de sauvetage est pris en compte de manière indirecte dans cette appréciation. Le respect du délai de réponse est vérifié en calculant le pourcentage d'interventions non programmables qui satisfont au délai des 15 minutes, obtenu à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'interventions non programmables avec délai de réponse effectif dans les 15 min}}{\text{Nombre d'interventions non programmables}} \times 100\%$$

La saisie des catégories d'intervention n'a pas été effectuée de manière uniforme par tous les services de sauvetage en 2014. Ainsi, le classement proposé par l'IAS depuis 2010 (P1 à P3 et S1 à S3) y côtoie celui qui était utilisé au préalable (D1 à D3 avec complément primaire ou secondaire). Comme les deux classements reposent par ailleurs sur des définitions différentes de l'urgence des interventions (notamment en ce qui concerne l'utilisation du feu bleu), leur comparaison ne va pas sans poser problème. Pour la planification des soins 2016, le respect du délai de réponse a été évalué pour toutes les interventions non programmables, autrement dit toutes celles des catégories P1, P2, S1, S2 ainsi que D1 et D2. Ce procédé se justifie étant donné que dans tous ces cas, le fait d'arriver rapidement sur le site est déterminant pour le succès des premiers soins d'urgence prodigués aux patientes et aux patients. D'après cette définition, 36 342 des 47 281 interventions n'étaient pas programmables en 2014, soit 76,9 pour cent. Cette définition étant plus large que celle de l'IAS (90% des interventions P1 dans un délai de 15 minutes), il faut s'attendre à des résultats moins bons. Il convient donc d'en tenir compte au moment de leur interprétation et de leur évaluation. Le tableau 89 indique dans quelle mesure le ratio d'intervention 90/15 a été atteint par les différents services de sauvetage en 2014. Cette année-là, le délai de réponse a été respecté dans quelque 67 pour cent des cas sur l'ensemble du territoire cantonal. Les résultats varient cependant énormément d'un service à l'autre. Ainsi, le ratio oscille entre 52 pour cent (fmi, RSE) et 82 pour cent (ARB) pour l'année en question. Par contre, si l'on ne prend en considération que les interventions présentant un degré d'urgence maximale, autrement dit P1, S1 et D1, ce ratio s'élève à 75 pour cent pour tout le territoire.

Tableau 89

Respect du ratio d'intervention 90/15 par les différents services de sauvetage en 2014

Service de sauvetage	Nombre d'interventions P1/S1/P2/S2	Respect du ratio d'intervention
Ambulance Région Bienne SA	2741	82%
fmi AG	3118	52%
HJB SA	1 649	69%
RSE AG	3338	52%
Police sanitaire de Berne	13 297	74%
SNBe AG	3393	55%
SRO AG	3872	70%
STS AG	4934	64%
Total	36 342	67%

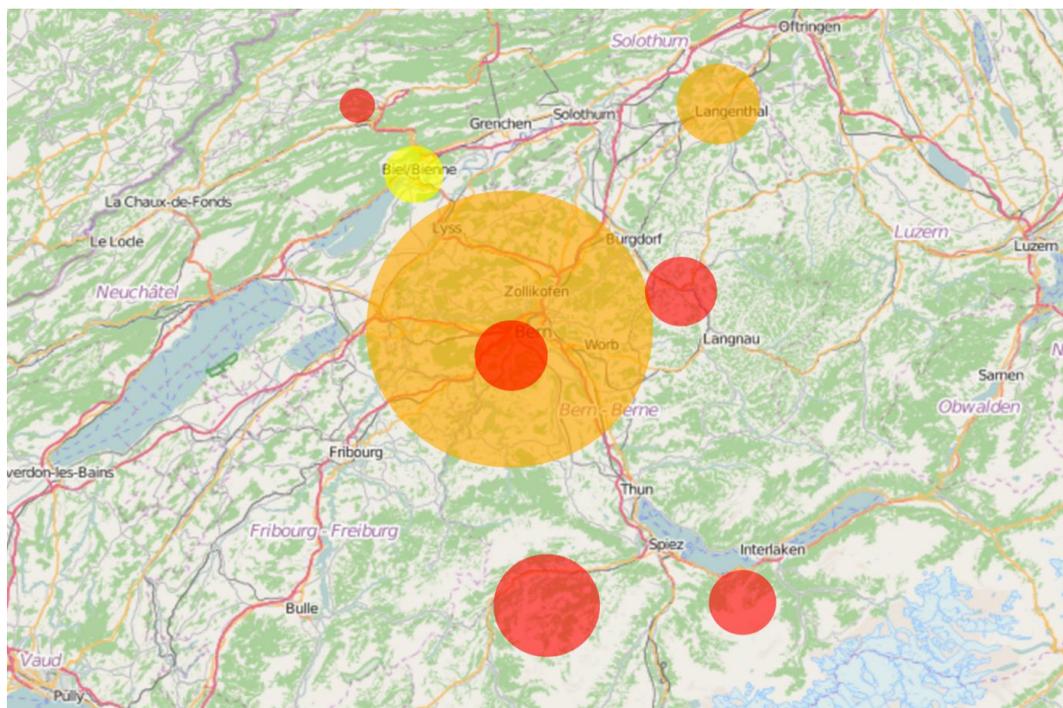
Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

L'illustration 49 représente le ratio d'intervention atteint par les différents services de sauvetage. La taille des cercles est proportionnelle au nombre d'interventions, la couleur étant fonction du ratio :

- plus de 90 pour cent : vert,
- plus de 80 pour cent : jaune,
- plus de 70 pour cent : orange,
- jusqu'à 70 pour cent : rouge.

Illustration 49

Respect du ratio d'intervention 90/15 par les différents services de sauvetage en 2014 dans le canton de Berne

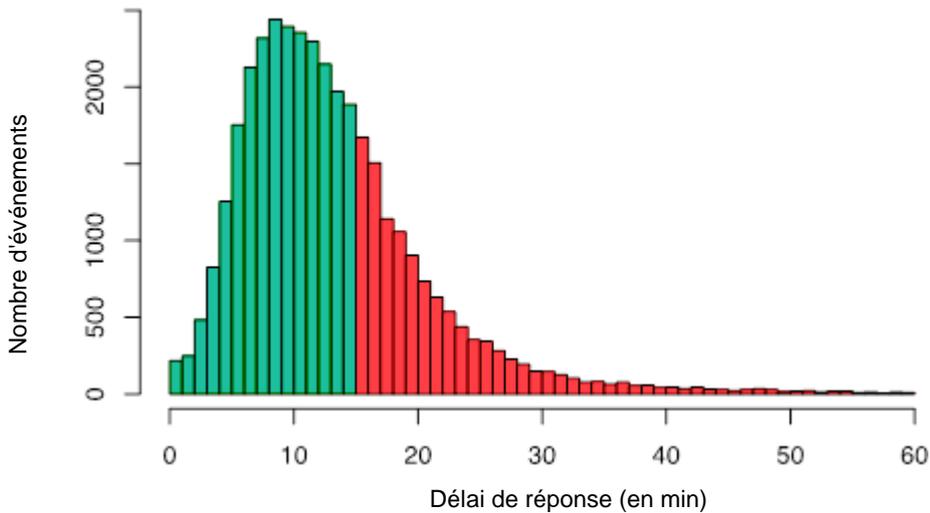


Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

L'illustration 50 indique plus précisément la répartition des délais de réponse effectifs pour l'année 2014 sous la forme d'un histogramme. Le graphique prend en compte toutes les interventions non programmables. Celles dont le délai de réponse est inférieur ou égal à 15 minutes sont représentées en vert, celles dont le délai est supérieur en rouge. Les interventions avec un délai de réponse de plus de 60 minutes ne sont pas affichées.

Illustration 50

Répartition des délais de réponse en 2014 dans le canton de Berne



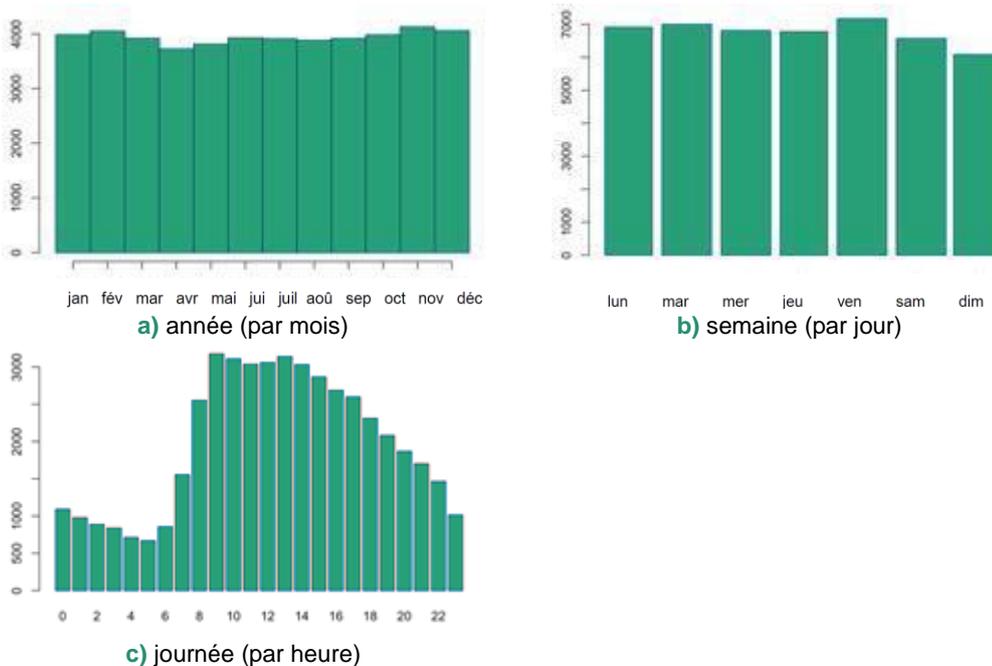
Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

15.6 Répartition temporelle des interventions sur l'ensemble du canton

L'illustration 51 montre comment les interventions se répartissent dans le temps, et plus précisément sur l'année (par mois), sur la semaine (par jour) et sur la journée (par heure). L'image est à peu près la même sur l'ensemble du canton, ce qui met en lumière un profil typique des interventions de sauvetage. Ces schémas de répartition temporelle se retrouvent aussi dans d'autres régions en Suisse (en particulier dans les cantons de Lucerne et de St-Gall).

Illustration 51

Répartition temporelle des interventions dans l'ensemble du canton en 2014, en nombre d'interventions



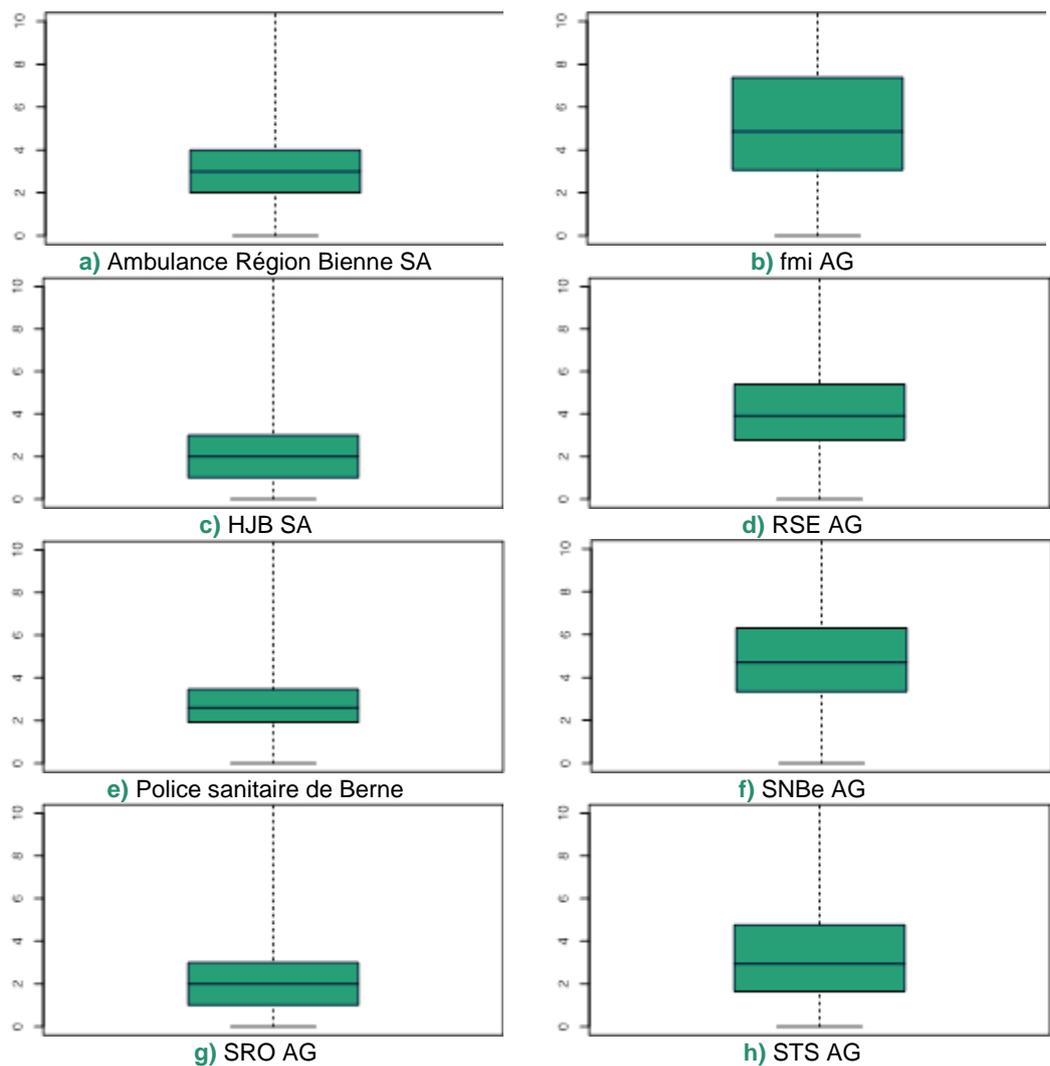
Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

15.7 Délai de départ

Le temps que le véhicule de sauvetage met à être prêt au départ est déterminant pour le respect du délai de réponse. L'illustration 52 représente les délais de départ de chacun des services de sauvetage cantonaux sous la forme d'un diagramme en boîte¹²⁰. L'évaluation, qui porte sur toutes les interventions non programmables, montre que ce délai varie beaucoup de l'un à l'autre. Il est clairement trop long pour les CHR fmi, SNBe et RSE. Or, si lesdits services affichent aussi les moins bons résultats en termes de ratio d'intervention, ce n'est pas un hasard : le délai de départ faisant partie intégrante du délai de réponse, s'il est raccourci, le délai de réponse de chaque intervention le sera d'autant. Il convient donc d'examiner, pour ces trois services de sauvetage, s'il est possible de réduire le délai de départ par des mesures de construction ou d'exploitation, qui pourraient entraîner de nettes améliorations et contribuer ainsi à atteindre le ratio d'intervention. Le bénéfice pourrait être supérieur à celui que peut générer un déplacement des sites (voir section suivante).

Illustration 52

Délai de départ par service de sauvetage en 2014, en minutes



Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

¹²⁰ Clé de lecture : le diagramme en boîte (ou boxplot) représente la répartition des délais de départ effectifs.

Les deux traits tout en bas et tout en haut (ce dernier étant situé hors de la représentation graphique) indiquent les valeurs minimales et maximales. La boîte centrale indique la médiane (trait épais au centre) et les quantiles 25% et 75% (limites inférieure et supérieure).

15.8 Potentiel d'optimisation des sites de sauvetage

En 2014, aucun service de sauvetage du canton de Berne n'a atteint le ratio 90/15. Pour y parvenir, le délai de départ du véhicule est déterminant, mais aussi l'emplacement de ce dernier, autrement dit la répartition des sites sur le territoire. Divers scénarios ont donc été envisagés en ajoutant des sites ou en les déplaçant, l'objectif étant que le ratio soit atteint dans toutes les régions desservies par les huit services de sauvetage cantonaux. L'option s'étant révélée la plus adéquate dans la simulation mathématique est présentée ci-après. Les sites n'ont pas été déplacés pour les services de sauvetage fmi et SRO, étant donné que les données les concernant ont été jugées insuffisantes. Pour ces deux services ainsi que pour le service STS, l'analyse devrait être répétée avec des données améliorées avant d'envisager un déplacement des sites. Pour la simulation, les délais de départ ont été raccourcis de deux minutes pour les CHR fmi, RSE et SNBe. Pour ces trois services, il faut impérativement étudier la possibilité de réduire ces délais à l'aide de mesures de construction ou d'exploitation. Le tableau 90 montre les résultats que chacun des services de sauvetage pourrait obtenir en ajoutant ou en déplaçant éventuellement des sites. L'optimisation des sites ainsi simulée entraîne une amélioration du ratio d'intervention dans toutes les régions de sauvetage. Dans le scénario envisagé, le taux d'atteinte de ce ratio dans l'ensemble du canton augmente de 8 pour cent. Par rapport à la situation de référence (voir tableau 89), le ratio passe en effet de 66 à 74 pour cent. Si l'on prend en compte uniquement les interventions présentant un degré d'urgence maximale (P1, S1, D1), il s'élève à 79 pour cent. Sur les 36 342 interventions non programmables en 2014, le lieu de l'urgence est atteint plus rapidement que dans la situation de référence pour 13 075 d'entre elles, soit plus d'un tiers (36%). Pour 2698 interventions, il l'est moins rapidement (7,4%). En chiffres nets, le lieu de l'urgence est donc plus rapidement atteint pour 10 377 interventions non programmables, soit 28,6 pour cent. On peut présumer que, par rapport aux scénarios esquissés ici où le ratio est modifié pour chaque service pris isolément, le potentiel d'optimisation dans le canton de Berne augmenterait encore si l'on améliorait simultanément tous les services.

Tableau 90

Respect du ratio d'intervention par les différents services de sauvetage sur la base d'une optimisation potentielle des sites par simulation

Service de sauvetage	Ratio atteint par simulation	Evolution du ratio ¹⁾
Ambulance Région Bienne SA	84%	+4%
fmi AG	61%	+7%
HJB SA	70%	+5%
RSE AG	68%	+18%
Police sanitaire de Berne	81%	+7%
SNBe AG	67%	+20%
SRO AG	75%	+1%
STS AG	70%	+3%
Total	74%	+8%

¹⁾ L'amélioration est quantifiée par rapport à la situation de référence et non par rapport au ratio d'intervention réel.

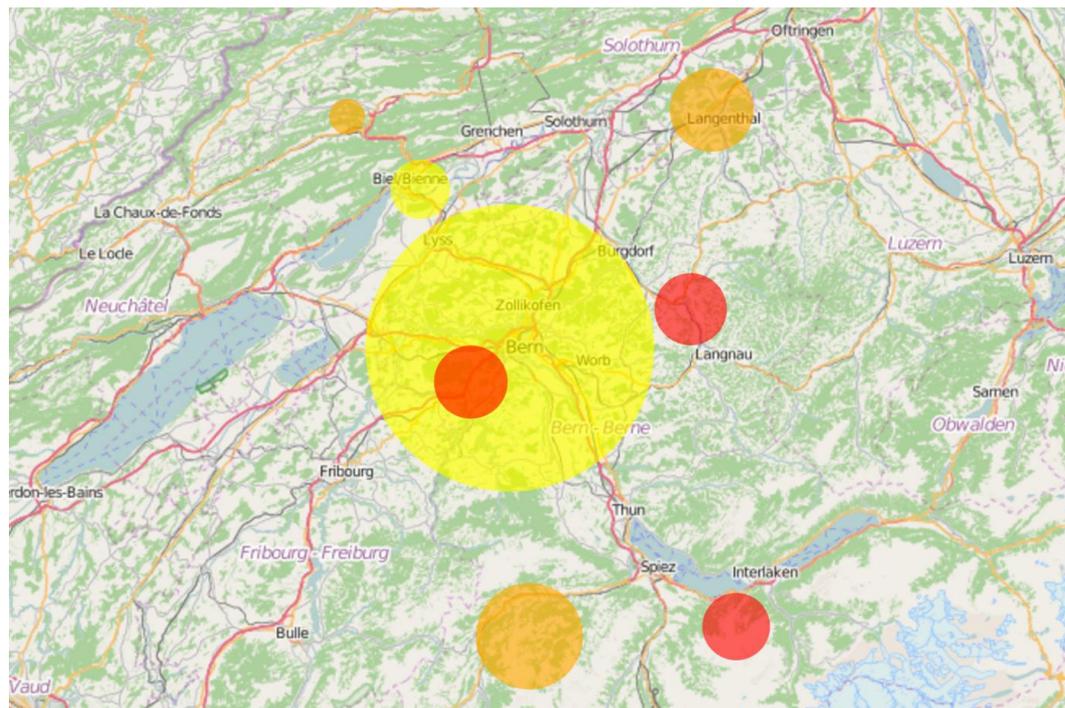
Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

L'illustration 53 représente le ratio d'intervention atteint par les différents services de sauvetage dans le cadre de la simulation. La taille des cercles est proportionnelle au nombre d'interventions, la couleur étant fonction du ratio atteint :

- plus de 90 pour cent : vert,
- plus de 80 pour cent : jaune,
- plus de 70 pour cent : orange,
- jusqu'à 70 pour cent : rouge.

Illustration 53

Respect du ratio d'intervention par les différents services de sauvetage sur la base d'une optimisation potentielle des sites par simulation



Source : évaluation de la statistique cantonale des alarmes par l'institut de modélisation et de simulation (Institut für Modellbildung und Simulation) de la HES de St-Gall (IMS-FHSG) (état au 31.12.2015)

15.9 Conduite des interventions

La simulation a mis en lumière le potentiel important qui existe dans le canton de Berne pour améliorer l'atteinte du ratio d'intervention sans devoir recourir à de nouveaux moyens, autrement dit sans devoir installer de nouveaux services de sauvetage. Ce potentiel réside dans l'optimisation des délais de départ et des sites, mais des améliorations sont également possibles au niveau de l'alarme et de la conduite des interventions. L'alarme des services de sauvetage terrestre est assurée en principe par la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU 144), exploitée sur mandat du canton par la police sanitaire de la ville de Berne. Toutefois, cette compétence de la CASU 144 inscrite dans la loi sur les soins hospitaliers n'est pas entièrement appliquée dans la pratique. Il incombe à la CASU 144 non seulement de donner l'alerte, mais aussi de conduire les interventions à l'échelle cantonale. Or, au cours de la période de planification 2011-2014, elle n'a pu réellement assumer ce rôle que pour 60 pour cent environ du territoire cantonal. En vertu d'une convention intercantonale, l'alarme et la conduite des interventions en Haute-Argovie (service de sauvetage du CHR SRO AG) relèvent de la centrale d'alarme de la police du canton de Soleure. Dans le Jura bernois et la région de Bienne, elles incombent à Ambulance Région Bienne SA. En ce qui concerne le sauvetage aérien, l'alarme et la conduite des interventions sont assurées dans toute la Suisse par la centrale d'intervention 1414 de la Rega.

L'illustration 54 montre les institutions assumant la conduite des interventions dans le canton de Berne au 31 décembre 2015.

15.10 Coûts escomptés

La prévision ci-dessous comprend uniquement les frais de sauvetage incombant au canton, à l'exclusion de ceux assumés par les patientes et patients et les assurances. Aux coûts du sauvetage proprement dit (voir section 5.4.3) s'ajoutent ceux de l'alarme et de la conduite des interventions. Les chiffres incluent un renchérissement annuel de 1 pour cent. Le canton prévoit une hausse des coûts d'ici à 2020 en raison de l'adaptation des coûts normatifs par équipe de sauvetage et de l'augmentation du nombre d'équipes. Le tableau 91 présente les frais de sauvetage attendus jusqu'en 2020, année pendant laquelle ils devraient se monter à 32,6 millions de francs (+46,3%).

Tableau 91

Prévision des coûts à la charge du canton en 2020, en millions de francs

	2014 (données de référence)	2020 (prévision)
Coût total	21,6	32,6
dont alarme et conduite des interventions	5,8	6,4
dont sauvetage	15,8	26,2

Source : SAP (état au 31.12.2015)

15.11 Champs d'action

Ratio d'intervention

L'application du délai de réponse suppose de raccourcir les trajets que doivent parcourir les équipes de secours depuis le centre d'ambulances jusqu'au lieu de l'intervention. Les centres actuels ont été définis selon la règle de couverture. Les effectifs et les véhicules requis dépendent étroitement du nombre de sites exploités. Le respect du ratio d'intervention met les services de sauvetage face à un défi supplémentaire : les équipes de secours ne sont pas sollicitées au maximum de leurs capacités dans les zones à faible densité de population. Il convient par conséquent de recourir également à d'autres potentiels d'optimisation.

Potentiels d'optimisation

Les simulations révèlent qu'une meilleure répartition des véhicules disponibles à l'heure actuelle améliorerait l'atteinte du ratio d'intervention de manière substantielle dans de nombreux services de sauvetage. En outre, il est apparu que les services dont les délais de départ sont supérieurs à la moyenne peuvent optimiser encore plus leur ratio d'intervention en raccourcissant ce délai plutôt qu'en déplaçant des sites. Le scénario appliqué à l'ensemble du canton montre que les mesures envisagées (déplacements de sites pour six services de sauvetage, mesures de construction et d'exploitation pour trois autres) permettent d'augmenter le ratio globalement de 8 pour cent en ce qui concerne les interventions non programmables (76,9% de la totalité). Simultanément, le lieu de l'intervention est atteint plus rapidement dans 29 pour cent des cas. Ces deux potentiels d'optimisation pourraient être exploités sans devoir recourir à des moyens (autrement dit des véhicules) supplémentaires. Au vu de ces résultats, les recommandations suivantes sont formulées pour la nouvelle période de planification 2017-2020 :

Examiner une amélioration de la stratégie de régulation des interventions

Il convient de s'assurer que les différentes centrales du canton engagent entre elles les moyens les plus adaptés à la situation. En d'autres termes, quand faut-il transférer des interventions d'une centrale à l'autre et suivant quels critères ? Ces critères favorisent-ils un délai de réponse rapide sur l'ensemble du territoire cantonal ?

Etudier l'opportunité de déplacer des sites (statiques ou dynamiques)

Le ratio de 90/15 tel que prescrit par l'IAS ne peut être atteint dans aucune des huit régions de sauvetage avec les sites actuels. Dans la simulation, même la hausse du nombre de véhicules par centre n'a pas abouti à ce taux. Le service de sauvetage de la police sanitaire de Berne devrait vérifier s'il est possible d'ouvrir des sites supplémentaires à la périphérie de la ville ou si une mobilisation dynamique des véhicules permet d'y créer des centres d'ambulances « virtuels ». Pour les autres services de sauvetage où l'on a pu mettre en évidence un important potentiel d'amélioration en déplaçant des sites (ARB, HJB, RSE, SNBe), il convient aussi d'étudier si ce potentiel pourrait être mieux exploité par la mise en service de nouveaux centres d'ambulances.

Améliorer le délai de départ

Il convient d'examiner s'il est possible de gagner du temps au niveau de l'alerte. Ainsi, on pourrait remplacer les pageurs lents par une technologie plus rapide.

Améliorer les données à disposition

A l'avenir, les numéros d'événement associés aux interventions seront à relever en plus des autres données requises pour la future statistique de la SAP. Pour chaque intervention, il y a lieu de saisir impérativement les heures ainsi que les coordonnées du lieu de départ, du lieu de l'intervention, de la destination et celles de l'endroit à partir duquel le véhicule est à nouveau opérationnel.

Vérifier la chaîne de prise en charge

Conformément à la LSH (art. 2, lit. b), la SAP est compétente pour planifier les soins hospitaliers ainsi que les prestations de sauvetage en faveur de la population du canton. En ce qui concerne les soins d'urgence dispensés sur le territoire cantonal, il s'agit d'examiner également la chaîne de prise en charge, et en particulier la coordination entre services de sauvetage et hôpitaux durant la période de planification 2017-2020. Il s'agit là d'un élément crucial notamment pour l'acheminement des patientes et des patients en cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus.

16 Professions de la santé non universitaires

Ce chapitre met à jour les analyses de la planification des soins 2011-2014.

16.1 Contexte

Une prise en charge sanitaire de la population orientée sur la qualité et répondant aux besoins doit pouvoir s'appuyer sur un personnel bien formé, que ce soit dans les soins infirmiers ou dans les autres professions de la santé. Lors de la planification des soins 2011-2014, la pénurie future de personnel soignant qualifié avait déjà été mise en évidence pour les hôpitaux du canton de Berne. Durant cette période, il s'était agi de prendre en compte cette évolution défavorable en définissant les besoins de relève immédiats et ceux des années à venir. L'ensemble des établissements du canton de Berne sont tenus par la loi de participer, dans les limites de leurs possibilités, à la formation dans les professions de la santé non universitaires. Ils apportent ainsi une contribution importante à la garantie durable de la prise en charge par du personnel qualifié – une mesure qui sert aussi leur intérêt. Dans le domaine des soins aigus, l'obligation de formation a été instaurée par l'ordonnance portant introduction de la révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, avant d'être intégrée en 2014 dans le droit ordinaire lors de la révision de la loi sur les soins hospitaliers. Dans le sillage de cette révision, des dispositions analogues ont été inscrites dans la loi sur l'aide sociale pour régler l'application dans les secteurs du long séjour ainsi que de l'aide et des soins à domicile. L'inventaire des besoins à l'horizon 2020 pour les professions de la santé non universitaires a déjà été fait lors de la planification des soins 2011-2014. Un pronostic au-delà de 2020 ne sera donc établi que dans le cadre de la prochaine planification. Dans le présent document, les besoins sont actualisés sur la base des données de l'année 2013.

Digression : formation postgrade en médecine et en pharmacie

Le 9 juin 2015, le Grand Conseil a adopté à une large majorité la motion 249/2014 de la députée Mühlheim (Belp, pvl) intitulée *Deux poids et deux mesures dans la formation postgrade des médecins*¹²¹. Sa teneur est la suivante : « Le Conseil-exécutif est chargé d'adapter la loi sur les soins hospitaliers (LSH) de manière à ce que l'actuelle obligation pour les fournisseurs de prestations du secteur hospitalier de participer à la formation postgrade en médecine et en pharmacie (art. 104-105 LSH) soit complétée sur le modèle des professions médicales non universitaires (art. 106-110 LSH). Les fournisseurs de prestations qui ne participent pas suffisamment à la formation devront en particulier s'acquitter d'un versement compensatoire comme prévu à l'article 110 LSH. » La formation des médecins est une formation universitaire réglementée au niveau fédéral, pour laquelle la capacité d'admission est coordonnée à l'échelle nationale. Pour qu'un médecin puisse exercer de manière indépendante en Suisse, il doit ensuite suivre une formation postgrade, ce que font la plupart des médecins diplômés, à l'exception d'une poignée d'entre eux pratiquant sans spécialisation. Cette dernière est acquise en général dans un hôpital reconnu pour la formation postgrade, pour laquelle le Département fédéral de l'intérieur a mandaté la Fédération des médecins suisses (FMH). Celle-ci a mis sur pied l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) afin de remplir cette tâche. En tant qu'organe indépendant de la FMH, ledit institut regroupe les services et acteurs majeurs de la formation médicale postgrade, dont il réglemente plus de 120 spécialisations. Les études pharmaceutiques sont également une formation universitaire réglée au niveau fédéral. La pharmacie relève de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales, LPMéd ; RS 811.11). Le perfectionnement en pharmacie hospitalière s'acquiert au terme des études en accomplissant un assistantat dans un établissement reconnu pour la formation postgrade (principalement les hôpitaux). La réussite de la formation permettra aux titulaires de se prévaloir du certificat FPH en pharmacie hospitalière. C'est la société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) qui est responsable de la formation postgrade en pharmacie selon la LPMéd. Bien que la formation postgrade en médecine et en pharmacie diverge de la formation aux professions de la santé non universitaires sur de nombreux points, il est prévu d'analyser les possibilités d'assurer la relève dans ce domaine également durant la période 2017-2020.

¹²¹ Cf. Conseil-exécutif du canton de Berne, 2015b.

16.2 Méthode d'évaluation des besoins

La planification relative aux professions de la santé non universitaires requiert elle aussi une évaluation des besoins, qui doit renseigner sur les effectifs nécessaires en personnel de santé qualifié. Cette évaluation se fonde sur les hypothèses élaborées lors de la planification des soins 2011-2014 concernant, d'une part, l'évolution aux plans démographique, épidémiologique et médico-technique et, d'autre part, le développement des structures et des processus dans les établissements (équilibre entre types et niveaux de formation). L'évaluation des besoins de relève professionnelle prend également en compte d'autres facteurs d'influence importants comme l'évolution du taux d'occupation moyen ou de la durée d'exercice du métier. Elle se déroule en six étapes :

Etape 1 **Evaluation de la durée moyenne d'exercice de la profession**

Chaque année, une partie du personnel met un terme à son activité professionnelle et doit en conséquence être remplacé. Si l'on part de l'hypothèse que la durée moyenne d'exercice de la profession est de 20 ans, un vingtième du personnel quitte son activité professionnelle chaque année et doit être remplacé par de nouveaux collaborateurs au bénéfice des mêmes qualifications (voir correction à l'étape 4). A l'étape 1, il s'agit d'évaluer les répercussions des hypothèses concernant la durée moyenne d'exercice de la profession sur les besoins de relève.

Etape 2 **Evaluation du taux d'occupation moyen (facteur correctif)**

L'évolution du taux d'occupation moyen influe sur les besoins de relève professionnelle. Si ce taux augmente, les établissements ont à disposition davantage d'équivalents plein temps (EPT), les ressources sont utilisées de manière plus intensive et les besoins de remplacement se réduisent en conséquence. On assiste au phénomène inverse en cas de baisse du taux d'occupation moyen. A l'étape 2, il s'agit d'évaluer les répercussions des hypothèses relatives au taux d'occupation moyen sur les besoins de relève.

Etape 3 **Evaluation de la variation de la productivité**

Divers facteurs sont susceptibles de modifier la productivité du personnel engagé. Si celle-ci s'accroît, les besoins de remplacement diminuent. Le phénomène inverse se produit en cas de baisse de la productivité. A l'étape 3, il s'agit d'évaluer les répercussions des hypothèses relatives à la variation de la productivité sur les besoins de relève.

Etape 4 **Evaluation de la variation des types et niveaux de formation (skill and grademix)**

L'étape 1 présuppose une structure inchangée de la composition du personnel en termes de qualifications. Dans les faits, le *skill and grademix* est appelé à se modifier en raison de plusieurs facteurs d'influence. A l'étape 4, il s'agit d'évaluer les répercussions des hypothèses relatives à la variation des types et niveaux de formation sur les besoins de relève par degré de qualification, en prenant comme base le besoin global en effectifs déjà calculé.

Etape 5 **Evaluation de la variation du volume de prestations**

Un accroissement du volume de prestations exige du personnel supplémentaire et, à l'inverse, une baisse de ce volume se traduit par une réduction des effectifs nécessaires. A l'étape 5, il s'agit d'évaluer les répercussions des hypothèses relatives à la variation du volume de prestations requis sur les besoins de relève.

Etape 6 **Evaluation des besoins annuels en relève professionnelle**

Le résultat des étapes 1 à 5 indique les besoins annuels en matière de relève professionnelle.

16.3 Evolution des effectifs 2010-2013

L'évolution des effectifs entre 2010 et 2013 selon le nombre d'employées et d'employés des professions des soins et de l'assistance dans les hôpitaux bernois est illustrée ci-après.

La comparabilité des séries chronologiques appelle trois réserves :

1. Relevé par fonction : à partir de 2010, le personnel a été saisi dans la statistique des hôpitaux par fonction et non plus par formation. Dès lors, les titulaires d'un DN I (et titres équivalents selon l'ancien droit) ont été répartis entre degré tertiaire et degré secondaire II au moyen d'une comparabilité auxiliaire.
2. Types d'établissements : depuis 2010 également, les centres de traitement des addictions sont intégrés dans la statistique des hôpitaux.
3. Qualité des données : plusieurs facteurs laissent à penser que le passage de la répartition par formation à la répartition par fonction ne s'est pas déroulé sans problèmes.

L'évolution des effectifs dans les trois types d'institutions que sont les hôpitaux de soins aigus, les cliniques de réadaptation et les cliniques psychiatriques est illustrée dans le tableau 92.

En raison du problème de qualité des données lié à l'introduction du nouveau concept statistique, il est renoncé à procéder à une interprétation détaillée de l'évolution entre les années 2010 et 2013, et le présent chapitre se limite à une analyse de l'année 2013. Pour le domaine des soins aigus, celui-ci se réfère au nombre d'employées et d'employés enregistrés dans l'application servant à gérer l'obligation de formation dans les professions de la santé non universitaires. Ces chiffres constituent également la base pour le calcul des besoins de relève.

Effectifs

Pour les années 2010 à 2013, on constate une augmentation d'environ 10,2 pour cent du personnel des soins et de l'assistance pour un accroissement des postes (EPT) de 10,8 pour cent. En 2013, la grande majorité de ces collaboratrices et collaborateurs (82,3%) étaient engagés dans les hôpitaux de soins aigus. Ils étaient 13 pour cent à travailler en psychiatrie et 4,6 pour cent dans les cliniques de réadaptation.

Taux d'occupation moyen

En 2013, le taux d'occupation moyen était pratiquement identique dans les trois types d'institutions, soit 68,2 pour cent, ce qui représente une baisse notable par rapport à la série de données des statistiques 2000-2008, où il se montait encore à 76,2 pour cent (chiffre de 2008). Ce fort recul peut probablement être mis sur le compte de la modification du concept statistique. L'introduction de ce dernier s'étant traduite par une qualité limitée des données, il est renoncé à procéder à une analyse détaillée du taux d'occupation moyen.

Tableau 92

Evolution 2010-2013 du personnel des soins et de l'assistance dans les institutions au sens de la LSH | par type d'institution

Indicateur	Année	Type d'institution			Total
		Hôpitaux de soins aigus	Cliniques psychiatriques	Cliniques de réadaptation	
Nombre de collaboratrices et de collaborateurs en chiffres absolus	2010	7457	1394	332	9183
	2011	8423	1043	448	9914
	2012	8116	1343	439	9898
	2013	8330	1320	469	10 119
Proportion par type d'institution	2010	81,2%	15,2%	3,6%	100%
	2011	85,0%	10,5%	4,5%	100%
	2012	82,0%	13,6%	4,4%	100%
	2013	82,3%	13,0%	4,6%	100%
Taux d'occupation moyen	2010	67,4%	69,4%	70,9%	67,9%
	2011	66,8%	91,0%	66,7%	69,3%
	2012	67,5%	69,8%	65,5%	67,7%
	2013	68,2%	68,8%	66,6%	68,2%

Source : évaluation des données cantonales de référence de l'année 2013 par Dolder Beratungen GmbH (état au 31.12.2015)

16.4 Analyse par profession

L'évolution des effectifs dans les professions médico-techniques et médico-thérapeutiques (MTT) de 2010 à 2013 est illustrée dans le tableau 93, qui renseigne également sur l'évolution du taux d'occupation moyen dans le domaine des soins et de l'assistance entre 2008 et 2013.

Tableau 93

Évolution 2008-2013 des effectifs et du taux d'occupation dans les soins et l'assistance | par profession MTT

Profession MTT	Nombre de collaboratrices et de collaborateurs			Taux d'occupation	
	31.12.2008	31.12.2010	31.12.2013	31.12.2008	31.12.2013
Sage-femme	332	315	372	58,5%	57,7%
Diététicien(ne)	81	110	108	60,7%	52,7%
Physiothérapeute	498	505	548	64,4%	63,3%
Ergothérapeute	142	113	140	57,5%	55,2%
Technicien(ne) en salle d'opération	317	502	346	75,4%	74,7%
Technicien(ne) en analyses biomédicales	432	420	411	73,2%	74,0%
Technicien(ne) en radiologie médicale	416	451	483	73,9%	72,3%
Spécialiste en activation	42	81	59	45,8%	46,7%
Ambulancier/ambulancière	218	275	325	81,1%	77,1%
Total Moyenne	2478	2772	2792	69,3%	67,5%

Source : évaluation des données cantonales de référence de l'année 2013 par Dolder Beratungen GmbH (état au 31.12.2015)

Tendance

Pour décrire l'évolution des effectifs tout en facilitant l'évaluation qualitative des tendances, les changements mis en lumière par la comparaison entre les années 2010 et 2013 sont subdivisés en trois catégories, à savoir :

- Pas de modification ou modification peu claire
 - > La forte augmentation du nombre d'ergothérapeutes tout comme la forte baisse de celui des techniciennes et techniciens en salle d'opération s'expliquent vraisemblablement par un problème statistique. Par rapport à l'année 2008, on peut partir de l'idée qu'il y a eu un maintien des effectifs avec une légère baisse du taux d'occupation moyen.
 - > On peut également conclure à un problème statistique pour le domaine de l'activation, car les chiffres de l'année 2010 ne sont pas plausibles. Les effectifs ont probablement augmenté et le taux d'occupation moyen est demeuré stable.
- Recul
 - > Les effectifs dans le domaine de la diététique restent pratiquement inchangés, tandis que le taux d'occupation moyen accuse un net recul qui se traduit par une baisse du nombre de postes (EPT) de 14,8 pour cent.
 - > Le nombre de techniciennes et techniciens en salle d'opération marque un recul de 31 pour cent. Au vu des données de 2008, les chiffres de 2010 ne sont cependant pas plausibles et découlent probablement d'un problème statistique. Dans l'ensemble, il convient plutôt d'admettre une légère augmentation des effectifs avec un taux d'occupation moyen restant pratiquement constant.
 - > Le nombre de techniciennes et techniciens en analyses biomédicales enregistre un recul de 2,1 pour cent, largement compensé par une hausse du taux d'occupation moyen.
- Augmentation
 - > Le nombre de sages-femmes employées affiche une nette croissance (18,1%) avec un taux d'occupation moyen en très légère baisse. Cette forte augmentation étonne, car ce groupe professionnel présentait déjà une hausse de 19 pour cent dans les années 2000 à 2008.
 - > L'effectif des physiothérapeutes s'est accru de 8,1 pour cent et le taux d'occupation moyen a légèrement baissé.
 - > Le nombre de techniciennes et techniciens en radiologie médicale progresse de 7,1 pour cent, pour un taux d'occupation moyen pratiquement inchangé.
 - > L'augmentation du nombre d'ambulancières et d'ambulanciers – qui s'établit à 18,2 pour cent – n'est guère étonnante, car cette profession se trouvait dans une phase de développement. Le taux d'occupation moyen a baissé de façon importante, ce qui pourrait s'expliquer par une forte élévation de la part de femmes dans ce métier.

Lieu de travail

La répartition des effectifs des professions MTT en 2013 entre les trois types d'institutions (hôpitaux de soins aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques) et les services de sauvetage met en évidence des différences attendues pour ces métiers.

Leurs lieux de travail sont les suivants :

- Techniciennes et techniciens en salle d'opération, en analyses biomédicales ou en radiologie médicale et sages-femmes
 - > Ces professions sont typiquement hospitalières. Les techniciennes et techniciens en analyses biomédicales et en radiologie médicale sont également engagés au sein de laboratoires ou d'instituts privés dans une mesure que l'on ne connaît pas, mais que l'on estime élevée.
- Physiothérapeutes
 - > Les physiothérapeutes travaillent essentiellement dans les hôpitaux de soins aigus, mais les cliniques de réadaptation constituent aussi un domaine d'intervention important pour eux. Ils sont également nombreux à ouvrir un cabinet privé, tout comme le font les diététiciennes et diététiciens.
- Ergothérapeutes
 - > L'ergothérapie constitue un secteur d'intervention transversal. Dans le domaine des soins aigus, c'est la psychiatrie qui emploie proportionnellement le plus d'ergothérapeutes.
- Spécialistes en activation
 - > Dans le domaine des soins aigus, les spécialistes en activation sont engagés presque uniquement en psychiatrie.
- Ambulancières et ambulanciers
 - > Les employeurs sont presque exclusivement les services de sauvetage.

16.5 Comparaison entre situation actuelle et valeurs cibles

En relation avec l'obligation de formation, on peut partir de l'hypothèse que, pour les professions des soins et de l'assistance, les flux d'apprentis et d'étudiants dans la formation professionnelle initiale et dans les écoles supérieures (ES) en soins infirmiers sont fortement limités à Berne et aux cantons avoisinants. Cela veut notamment dire que les personnes obtenant leur attestation fédérale, leur certificat fédéral de capacité ou leur diplôme ES en soins infirmiers dans le canton seront nombreuses à se retrouver sur le marché du travail bernois. Les offres de formation du canton de Berne au degré tertiaire pour les professions MTT ainsi que la filière de soins infirmiers de la Haute école spécialisée bernoise (BFH) ont en revanche un caractère intercantonal. Le Centre medi et la division Santé de la BFH répondent aux besoins de plusieurs cantons. Pour ces filières, il n'est pas possible de faire une distinction entre les prestations de formation fournies pour le seul système de santé bernois et celles qui bénéficient aux autres cantons.

Degrés de formation

Le tableau 94 présente une comparaison entre les besoins estimés par degré de formation et les titres délivrés par les prestataires de formation bernois. Les résultats obtenus reflètent sans surprise les conclusions d'analyses antérieures réalisées pour le canton de Berne ainsi que celles du *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé*, publié par la CDS et l'OdASanté : les chiffres confirment des lacunes pour tous les niveaux de formation. A noter qu'ils ont un caractère uniquement indicatif jusqu'à l'année butoir 2020, fin de la période de planification 2017-2020, exception faite de la croissance prévisible du secteur du long séjour. Ils ne suffisent donc pas encore à justifier que la SAP adapte sa stratégie de la formation. L'évolution du nombre d'apprentis dans les formations du degré secondaire II montre qu'une grande partie des acteurs de la pratique ont développé et appliqué des stratégies ciblées. Mais une évaluation de la mise en œuvre de l'obligation de formation met aussi en évidence le fait qu'un grand nombre d'établissements n'ont pas encore exploité leur plein potentiel en la matière. Les lacunes sont particulièrement importantes au degré tertiaire des soins infirmiers, non pas pour des raisons imputables aux institutions, mais par manque d'étudiants : les places de stage mises à disposition n'ont pas été toutes utilisées en raison d'un nombre insuffisant de personnes intéressées. Il reste donc une marge de manœuvre. Bien que les chiffres de la planification soient seulement indicatifs, il est toutefois possible d'en déduire qu'il faut absolument agir au niveau des soins infirmiers tertiaires. Les données de la comparaison concernant les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés ainsi que les services de sauvetage ne doivent cependant pas être surestimées, car elles se fon-

dent sur une seule année. L'accroissement des besoins en personnel qualifié dans les soins et l'assistance est en particulier dû à l'augmentation prévisible – en quantité et en qualité – de la demande en prestations de ce type dans les soins de longue durée. Les plus grands défis concernent l'aide et les soins à domicile, mais le secteur du long séjour devra lui aussi poursuivre son développement. A première vue, on note aussi la nécessité de prendre des mesures au degré secondaire II, pour ce qui est des CFC. L'évolution du nombre d'entrées en apprentissage d'assistante ou d'assistant en soins et santé communautaire (ASSC) entre 2010 et 2014 montre cependant que l'objectif est réaliste et sera atteint en un court laps de temps. Il faut par contre prêter attention à la formation d'aide en soins et accompagnement (ASA), qui débouche sur une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP), et chercher notamment les raisons pour lesquelles son développement est plutôt hésitant par comparaison avec la formation d'aide-soignant(e) de la CRS en vigueur sous l'ancien droit.

Tableau 94

Besoins annuels de relève par degré de formation, hôpitaux, EMS et services d'aide et de soins à domicile confondus

Degré de formation	Besoins annuels de relève (valeur moyenne)	Nombre annuel de titres délivrés	Manque par année
Soins infirmiers, degré tertiaire	651	428	-223
Soins et assistance, degré secondaire II, CFC	902	621	-281
Soins et assistance, degré secondaire II, attestation fédérale	338	94	-244

Source : évaluation des données cantonales de référence de l'année 2013 par Dolder Beratungen GmbH (état au 31.12.2015)

Titres de formation

Les deux institutions bernoises de formation en santé – division Santé de la Haute école spécialisée bernoise et Centre medi – ont un fort rayonnement intercantonal. Dès lors, une partie seulement des personnes qui y sont formées restera à la disposition du système de santé bernois. Le tableau 95 met en parallèle les besoins estimés par profession et les titres délivrés dans les filières proposées par les prestataires de formation bernois. La comparaison montre une couverture insuffisante pour les formations de technicienne et technicien en analyses biomédicales et en radiologie médicale. Dans ces deux professions, le nombre de titres délivrés par le Centre medi se situe au-dessous des besoins de relève cantonaux. Il s'agit là encore de ne pas surestimer les données, car elles ne se fondent que sur une seule année comparative. Vu que le canton de Berne ne propose pas de formation d'ergothérapeute (pour la Suisse alémanique, celle-ci n'est offerte au niveau HES que par la Haute école des sciences appliquées de Zurich [Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW]), il n'est pas possible de procéder à une comparaison. La situation actuelle dans la pratique ne laisse cependant pas craindre de pénurie dans ce domaine.

Tableau 95

Besoin annuel de relève par titre professionnel

Titre professionnel	Besoin annuel de relève	Titres délivrés annuellement par la BFH et le Centre medi	Ecart
Sage-femme	22	57	25
Diététicien(ne)	11	45	34
Physiothérapeute	55	88	33
Ergothérapeute	12	–	–
Technicien(ne) en salle d'opération	21	24	3
Technicien(ne) en analyses biomédicales	40	29	-11
Technicien(ne) en radiologie médicale	39	27	-12
Spécialiste en activation	5	20	15
Ambulancier/ambulancière	22	22	–

Source : évaluation des données cantonales de référence de l'année 2013 par Dolder Beratungen GmbH (état au 31.12.2015)

16.6 Principe de planification de la prestation de formation

Le potentiel de formation des établissements est l'indicateur permettant de déterminer l'obligation de former dans les professions de la santé précisées à l'annexe 1 OSH. Comme on peut s'y attendre, les institutions du canton de Berne ne disposent pas toutes des mêmes conditions structurelles pour assurer le volet pratique de la formation et du perfectionnement. Il convient par exemple d'opérer une distinction par domaine de prise en charge (hôpitaux de soins aigus, cliniques, services de sauvetage, EMS, services d'aide et de soins à domicile), mais aussi par établissement, chacun d'eux ayant un éventail d'offres et de prestations différent, qui influe sur son potentiel de formation. Ces variations sont prises en considération dans la détermination des prestations à fournir. Les prestations de formation enregistrées dans les établissements de référence (exprimées en semaines de formation par année et par profession) constituent la base de l'évaluation comparative. Pour satisfaire à leur obligation de formation, les institutions doivent remplir ces valeurs à

hauteur de 60 pour cent. Autrement dit, le potentiel de formation déterminant se situe à 60 pour cent des prestations de formation des institutions de référence. En outre, une marge de tolérance de 10 pour cent est accordée pour l'accomplissement de cette obligation. Etant donné que pour la période 2011-2014, de nombreux établissements ont dû commencer par mettre sur pied ou étendre leurs capacités de formation, ils ont bénéficié d'une marge de tolérance supérieure, échelonnée sur plusieurs années, durant la phase d'introduction de la mesure :

- durant la première année (2012), les établissements devaient remplir 30 pour cent des prestations de formation fixées ;
- au cours de la deuxième année (2013), 60 pour cent ;
- au cours de la troisième année (2014), 75 pour cent ;
- à partir de la quatrième année (2015 et années suivantes), la norme établie devait être respectée et, dès lors, les établissements doivent désormais fournir au moins 90 pour cent des prestations de formation fixées.

Lorsque ces dernières ne sont pas remplies, l'établissement doit procéder à un paiement compensatoire. S'il peut toutefois prouver que la cause du non-accomplissement ne peut pas lui être imputée, cette mesure n'est pas appliquée. La détermination du potentiel de formation se conforme aux articles 32 à 40 OSH. Il est calculé d'année en année et fait l'objet d'une convention avec l'établissement¹²². Afin de pouvoir comparer les prestations de formation, on utilise comme indicateur la semaine de travail, valeur correspondant à l'investissement en temps dans la pratique. Le tableau 96 fournit un aperçu des prestations de formation fournies par les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés ainsi que par les services de sauvetage cantonaux en 2013.

Bilan du canton après l'introduction de l'obligation de formation

L'évaluation des données recueillies durant la phase d'introduction de la mesure donne une image très positive : une grande majorité des fournisseurs de prestations sont parvenus à remplir leur obligation. Celle-ci s'établissait en 2014 à 114 300 semaines de formation, tous domaines de prise en charge et professions de la santé non universitaires confondus. Dans les faits, 118 700 semaines ont été accomplies. Les exigences ont ainsi été remplies à 103,9 pour cent. Par rapport à 2012 – année du lancement –, les prestations de formation se sont accrues dans leur ensemble de 12,5 pour cent. Ce tableau réjouissant ne doit pas occulter le fait que de nombreux établissements de petite taille dans quelques régions périphériques disent éprouver de grandes difficultés à remplir leur obligation. Ils sont encouragés à apporter leur contribution par le biais de diverses formes de collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations comme le partenariat. Il leur est également possible d'acheter ces services auprès de tiers dans le canton. Grâce à l'introduction de l'obligation de formation, les besoins de relève peuvent actuellement être en grande partie couverts. Pour la formation d'ASSC, les 857 places d'apprentissage mises à disposition en 2015 ont permis d'atteindre l'objectif fixé. Il en va de même pour l'apprentissage d'ASA – encore en phase d'extension – qui, avec 103 contrats signés, réalise également son objectif en 2015. Seul le recrutement pour les écoles supérieures en soins infirmiers reste insuffisant : les quelque 340 diplômes décernés annuellement ne permettent pas de couvrir les besoins. Les expériences recueillies lors de la phase d'introduction sont analysées en collaboration avec les fournisseurs de prestations et l'Organisation bernoise du monde du travail en santé (ORTRA Santé Berne), et des propositions d'amélioration sont élaborées. Il est prévu d'intégrer les résultats de ce travail dans de futures révisions de lois et d'ordonnances.

16.7 Qualité de la formation

La garantie durable de la relève passe certes par la volonté d'accroître le nombre de personnes suivant une formation ou des études dans les professions de la santé, mais aussi par la qualité des programmes proposés. C'est la raison pour laquelle la SAP a lancé, conjointement avec la Direction de l'instruction publique, le projet *Qualité de la formation pratique*. Dans ce cadre, les établissements sont invités à définir les conditions générales qui leur sont nécessaires pour assurer une bonne formation. Le projet doit les inciter à se soutenir mutuellement dans cette tâche (« learning from the best »), l'objectif étant de réduire ou de maintenir à un faible niveau le nombre d'abandons des apprentissages. La phase de conception et de mise en place du projet a pu s'achever en juin 2015 à l'occasion d'un séminaire ayant réuni 250 personnes de la pratique. Durant la phase actuelle de mise en œuvre, il s'agit d'élaborer des mesures et des instruments concrets qui devraient être disponibles à partir de 2017. Parmi ceux-ci figurent avant tout le guide pour une stratégie de la formation en entreprise ainsi qu'un programme de formation, mais aussi des modules de formation et de perfectionnement pour les formatrices et formateurs à la pratique professionnelle.

¹²² Cf. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, 2011b.

Tableau 96

Prestations de formation 2013 des hôpitaux, maisons de naissance et services de sauvetage du canton de Berne, en semaines de travail

Institutions de formation bernoises	Professions des soins et de l'assistance	Autres professions de la santé non universitaires	Prestations de formation non formalisées	EPD ES AIU ¹⁾	Total
Hôpitaux du canton de Berne					
Hôpital de l'île – Hôpital universitaire de Berne	8635,2	2776,5	157,0	1598,4	13 167,1
Spital Netz Bern AG	3712,1	821,0	182,6	129,6	4845,3
Regionalspital Emmental AG	2003,8	385,0	34,2	172,8	2595,8
spitäler fmi ag	1936,8	440,0	50,4	129,6	2556,8
Spital SRO AG	1185,4	697,0	104,4	172,8	2159,6
Spital STS AG	3199,7	574,0	293,2	345,6	4412,5
Centre hospitalier Bienne SA	2 366,0	579,0	463,6	172,8	3581,4
Hôpital du Jura bernois SA	1212,8	89,8	211,2	0,0	1513,8
Lindenhof AG	3065,0	1103,0	155,2	216,0	4539,2
Hirslanden Bern AG	1702,0	619,0	33,2	129,6	2483,8
Klinik Siloah AG	249,0	6,0	6,6	0,0	261,6
Klinik Hohmad AG	95,1	50,0	10,4	0,0	155,5
Clinique des Tilleuls SA	705,2	279,5	20,8	0,0	1'005,5
Stiftung Diaconis	45,2	0,0	0,0	0,0	45,2
Clinique Bernoise Montana [VS]	162,8	101,0	64,0	0,0	327,8
Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendi	642,3	253,2	93,0	0,0	988,5
Klinik Bethesda Tschugg	443,2	83,0	1,6	0,0	527,8
Klinik Schönberg AG Gunten	249,0	93,0	0,0	0,0	342,0
Kurklinik Eden AG	63,4	68,0	0,0	0,0	131,4
Rehaklinik Hasliberg AG	126,8	55,0	0,0	0,0	181,8
Soteria Bern, IG Sozialpsychiatrie Bern	39,2	0,0	0,0	0,0	39,2
Klinik SGM Langenthal	102,6	20,0	8,4	0,0	131,0
Privatklinik Meiringen	766,9	16,0	26,6	0,0	809,5
Privatklinik Wyss AG Münchenbuchsee	341,1	0,0	0,0	0,0	341,1
Centre psychiatrique de Münsingen	1146,6	42,0	83,2	0,0	1271,8
SPJBB	1359,8	17,0	83,2	0,0	1460,0
SPU de Berne	1539,6	66,0	45,4	0,0	1 651,0
Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee	12,0	0,0	0,0	0,0	12,0
Klinik Südhang Kirchlindach	23,6	23,0	0,0	0,0	46,6
Klinik Selhofen Burgdorf	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maisons de naissance du canton de Berne					
Maison de naissance Luna, Bienne	21,7	41,0	0,0	0,0	62,7
Services de sauvetage du canton de Berne					
Ambulance Région Bienne SA	0,0	117,0	0,0	0,0	117,0
fmi AG	0,0	102,0	0,0	0,0	102,0
RSE AG	0,0	206,0	0,0	0,0	206,0
SNBe AG	0,0	70,0	0,0	0,0	70,0
SRO AG	0,0	145,0	0,0	0,0	145,0
STS AG	0,0	160,0	0,0	0,0	160,0
Police sanitaire de Berne	0,0	499,0	0,0	0,0	499,0
HJB SA	0,0	180,0	0,0	0,0	180,0
Total	37153,9	10 777,0	2128,2	3067,2	53 126,3

¹⁾ Etudes postdiplômes des écoles supérieures en soins d'anesthésie, soins intensifs et soins d'urgence

Source : évaluation de la SAP sur la base de l'application servant à gérer l'obligation de formation dans les professions de la santé non universitaires (état au 31.12.2015)

16.8 Coûts escomptés

Depuis le 1^{er} janvier 2012 (entrée en vigueur de la révision 2007 de la LAMal), les coûts de la formation dans les professions de la santé non universitaires encourus par les établissements de la pratique sont assumés dans toute la Suisse à raison de 45 pour cent par les assureurs-maladie et de 55 pour cent par les cantons. La présente section expose les coûts à prévoir dans ce domaine en cas de mise en œuvre complète de la planification des soins, aux conditions fixées par l'obligation de formation. Le tableau 97 présente ainsi les sommes que le canton devra verser à titre de participation aux prestations de formation des fournisseurs en vertu de la LSH et de la LASoc si tous remplissent leur obligation de formation selon la planification des soins. Au total, le canton participerait aux coûts à hauteur de 19,7 millions de francs. Ce montant se compose de 14,7 millions pour les prestations de formation à proprement parler fournies par tous les établissements et de 5 millions pour les frais de formation qui ne sont pas liés à la LAMal. Ces derniers comprennent par exemple les rétributions pour les cours du domaine *Training et transfert*, le soutien aux mesures de recrutement ou les tâches de coordination assurées par l'ORTRA Santé Berne. Depuis 2015, les fournisseurs de prestations du canton de Berne sont tenus de remplir leur obligation à hauteur de 90 pour cent des prestations fixées. S'il n'est pas possible de prédire à quel moment tous seront en mesure d'accomplir leur obligation à 100 pour cent, il est toutefois important de prévoir les moyens nécessaires. En effet, la mise à disposition de personnel bien formé, tant dans les soins que dans les autres professions de la santé, est une condition essentielle pour une prise en charge de la population bernoise répondant aux besoins et orientée sur la qualité.

Tableau 97

Coût de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires selon le volume défini dans la planification des soins et compte tenu de l'obligation de formation imposée aux fournisseurs de prestations par la LSH et la LASoc

Formation	Diplômes requis ¹⁾	Indemnisation en francs
Aide en soins et accompagnement AFP	236	1 298 000
Assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) CFC	864	4 752 000
Infirmier ES et infirmière ES	450	7 938 000
Bachelor of science en physiothérapie	54	631 800
Bachelor of science en ergothérapie	20	228 600
Bachelor of science en nutrition et diététique	13	155 610
Technicien-ne en analyses biomédicales ES	43	955 890
Technicien-ne en salle d'opération ES	21	542 430
Technicien-ne en radiologie médicale ES	35	809 550
Spécialiste en activation ES	9	224 370
Bachelor of science de sage-femme	20	239 400
Ambulancier ES et ambulancière ES	15	395 550
Hygiéniste dentaire ES	24	864 000
Bachelor of science en soins infirmiers	70	1 256 850
Coût total de la formation pratique		20 292 050
dont coût selon la LAMal (100%) / hôpitaux répertoriés		12 415 560
dont coût selon la LAMal, part des assureurs (45%) / hôpitaux répertoriés		5 587 002
dont coût selon la LAMal, part cantonale (55%) / hôpitaux répertoriés		6 828 558
Coût de la formation pratique prise en charge par le canton de Berne après déduction de la part des assureurs-maladie		14 705 048
Autres coûts de formation (projets, domaine Training et transfert, ORTRA)		5 000 000
Coût total de la formation à la charge du canton de Berne		19 705 048

¹⁾ Selon tableaux 10.4 et 10.5 de la planification des soins 2011-2014.

Source : SAP (état au 31.12.2015)

16.9 Champs d'action

La situation des professions de la santé décrite dans le présent document ne suffit pas encore à justifier que la SAP adapte sa stratégie de la formation. La période de planification 2017-2020 doit être mise à profit pour observer les prestations fournies par les établissements ainsi que la mise en œuvre de l'obligation de formation ancrée dans la loi. C'est dans le cadre de la quatrième planification des soins du canton de Berne que les besoins en effectifs dans les professions de la santé non universitaires seront examinés de façon approfondie. Le *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé* précité propose des mesures pour lutter contre la menace de pénurie de personnel. Concernant plusieurs niveaux, celles-ci doivent en conséquence être mises en œuvre, selon les cas, par l'un des acteurs suivants : les établissements, la branche et les organisations du monde du travail ou les autorités. Elles sont aussi valables pour le canton de Berne. La SAP a déjà réalisé un vaste plan de mesures et a ainsi largement exploité les moyens disponibles aux différents niveaux. En complément, tant le canton que les établissements peuvent encore agir dans les domaines ci-après.

Le canton de Berne peut appuyer les mesures :

- prises par les associations pour soutenir les établissements dans l'accroissement de leur potentiel de formation ;
- améliorant l'image des professions de la santé et celle de la branche, en particulier dans le secteur du long séjour ;
- mises en œuvre par des associations dans le but de renforcer le recrutement de personnes souhaitant réintégrer le marché du travail ;
- visant à analyser de plus près les critères du choix professionnel en ce qui concerne la formation d'aide en soins et accompagnement.

Les établissements sont encouragés à prendre les mesures suivantes, qui sont prometteuses :

- exploiter l'ensemble des compétences professionnelles du personnel et améliorer l'équilibre des types et niveaux de formation en optimisant les structures et les processus dans le cadre de projets de développement de l'organisation ;
- augmenter le taux d'occupation moyen du personnel engagé, en particulier dans les services d'aide et de soins à domicile, de manière non seulement à réduire la pénurie de personnel, mais aussi à garantir à la clientèle une continuité dans la prise en charge ;
- allonger la durée d'exercice de la profession. Il s'agit là d'un élément central pour éviter la pénurie de personnel. Sur une durée d'exercice professionnel de 20 ans, une année supplémentaire en moyenne se traduit par une réduction des besoins de formation de 5 pour cent. C'est pourquoi le maintien du personnel qualifié dans la profession doit être un objectif prioritaire.

BIS XP

ASPECT
MEDICAL SYSTEMS



DSC



Silence



Review



Menu/Exit



Select



Partie C

Mise en œuvre

S'appuyant sur les chapitres précédents, la partie C (signalée par une bande rouge) présente les étapes de mise en œuvre de la planification des soins 2016. Le chapitre 17 récapitule les champs d'action définis pour la période de planification 2017-2020. Les chapitres 18 et 19 exposent brièvement les principales caractéristiques de la planification et les coûts escomptés jusqu'en 2020. Les chapitres 20 à 22 commentent la suite de la démarche, qui comprend d'une part la procédure de candidature pour l'octroi des mandats de prestations sur les listes bernoises des hôpitaux, et d'autre part la surveillance des mandats actuels par le canton. En conclusion, le chapitre 23 esquisse les grandes orientations de la prochaine planification des soins du canton de Berne.

17 Champs d'action 2017-2020

Le chapitre 5 présente les étapes franchies dans la mise en œuvre et le développement des thèmes et points forts de la planification des soins 2011-2014. Le chapitre 10 énumère les nouvelles priorités de la planification 2016. Tous deux formulent des champs d'action pour les secteurs prioritaires. Ceux des divers domaines de prestations ont par ailleurs été intégrés dans les chapitres 12 à 16. Les champs d'action qui en découlent pour la planification des soins 2016 sont résumés ci-après. Les résultats de la mise en œuvre entreront dans l'élaboration de la quatrième planification des soins du canton de Berne, prévue dès mi-2018, dont ils contribueront à fixer les jalons.

Aperçu des champs d'action de la période de planification 2017-2020 :

Gestion intégrée des soins

Il convient dans la mesure du possible de s'écarter du modèle de la prise en charge fragmentée au profit de l'intégration. Le canton attend expressément des hôpitaux répertoriés qu'ils axent leurs prestations sur ce principe fondamental et qu'ils mettent en place des coopérations durables et systématiques avec les personnes et organismes situés en amont et en aval des soins qu'ils dispensent, puis consolident ces coopérations.

Soins palliatifs

Le domaine des soins palliatifs est régi par le *Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs*. Au terme de la période de planification 2017-2020, il s'agira de définir les besoins et de procéder à un nouvel examen approfondi des structures cantonales de soins médicaux palliatifs englobant l'évolution des prestations ambulatoires dispensées par le corps médical et le personnel soignant.

Suivi post-hospitalier (auparavant : soins post-aigus)

Les besoins de suivi après une hospitalisation en soins aigus seront à nouveau étudiés de près, compte tenu du financement selon les systèmes tarifaires spécifiques.

Soins gériatriques

Les besoins et les structures de prise en charge feront là aussi l'objet d'un nouvel examen approfondi. Vu les prévisions démographiques et l'amélioration de l'offre de soins, il y a lieu de tabler sur le fait que le recours aux prestations gériatriques hospitalières va continuer d'augmenter durant la période 2017-2020. L'élaboration d'une stratégie de soins gériatriques avec le concours de spécialistes peut étayer cette priorité.

Prise en charge des victimes d'AVC

Les structures de prise en charge hospitalières seront réexaminées. Cette analyse portera non seulement sur les soins neurologiques dans les hôpitaux de soins aigus, mais aussi sur la prise en charge neurologique par les cliniques de réadaptation et les soins d'urgence ainsi que sur l'acheminement par les services de sauvetage.

Soins d'urgence	Un système de monitoring sera mis en place pour les structures de prise en charge d'urgence et de médecine intensive des hôpitaux bernois répertoriés, tant pour les soins aigus somatiques que pour la psychiatrie. Ce sont en particulier les motifs du recours aux services des urgences des hôpitaux qui seront analysés. Les autres secteurs de prise en charge seront également intégrés dans la mesure du possible. Dans le domaine des soins aigus somatiques, l'évolution de la médecine intensive fera pour la première fois l'objet d'un suivi.
Soins en obstétrique	L'évolution démographique modifie les besoins de prise en charge périnatale. L'influence de la nouvelle donne sur les structures de prise en charge sera observée de près, et les solutions de rechange possibles (soins périnataux extrahospitaliers, maisons de naissance) seront examinées.
Cybersanté	Les fournisseurs de prestations sont encouragés à collaborer avec le canton, qui assume un rôle de coordination. A la fin de la période de planification, les hôpitaux seront membres d'une communauté de référence. Un soutien ciblé est apporté au développement et à l'introduction du dossier électronique du patient.
Nombre minimal de cas	Le canton exige le respect systématique de nombres minimaux de cas. Il se fonde sur l'évolution au plan national pour déterminer les prestations de soins aigus somatiques concernées. Le nombre minimal de cas constitue un outil primordial de garantie de qualité.
Stratégie de gestion de la qualité	Le système cantonal de gestion de la qualité est mis en œuvre progressivement, en partenariat avec les fournisseurs de prestations et avec des spécialistes externes. Le monitoring des indicateurs de qualité fait partie des activités souveraines de surveillance dévolues au canton dans le domaine des soins hospitaliers.
Prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents	Les structures de soins existantes feront l'objet d'un examen approfondi portant sur la prise en charge dans les hôpitaux de soins aigus, les cliniques de réadaptation et les cliniques psychiatriques.
Réadaptation psychosomatique	Le recours accru aux prestations de la réadaptation psychosomatique hospitalière constaté à l'échelle nationale s'observe également dans le canton de Berne. L'évolution démographique à elle seule ne suffisant pas à expliquer cette tendance, il convient d'examiner de plus près l'évolution des besoins dans ce secteur.
Réadaptation précoce	En cas de demandes concrètes, il conviendra de s'assurer de la présence d'un besoin réel et de définir les exigences requises en matière de structures et de processus.
Traitements psychiatriques aigus à domicile	Les traitements psychiatriques aigus à domicile forment un pendant bienvenu à l'offre hospitalière. Un essai pilote servira notamment de base à la conception du futur modèle de financement. L'évaluation portera sur les aspects médicaux, techniques et économiques.
Services de sauvetage	Pour les services de sauvetage, il s'agit de passer au crible, avec les fournisseurs de prestations, les possibilités d'améliorer la stratégie de régulation des interventions. Parallèlement, la mise en œuvre de la statistique des alarmes sera vérifiée et la base de données harmonisée.
Professions de la santé non universitaires	La situation des professions de la santé décrite dans le présent document ne suffit pas encore à justifier que la SAP adapte sa stratégie de la formation. La période de planification doit être mise à profit pour observer les prestations fournies par les établissements ainsi que la mise en œuvre de l'obligation de formation ancrée dans la loi. C'est dans le cadre de la prochaine planification des soins du canton de Berne que les besoins en effectifs dans les professions de la santé non universitaires seront examinés de façon approfondie.

18 Principales caractéristiques de la planification des soins 2016

1. La planification court jusqu'au 31 décembre 2020.
2. Elle définit la nature et le volume des prestations hospitalières nécessaires pour couvrir les besoins de la population résidante permanente du canton de Berne en soins aigus, en réadaptation et en psychiatrie.
3. C'est sur elle que se fonderont les listes cantonales des hôpitaux valables dès 2017 dans ces trois domaines. Celles-ci présentent les mandats de prestations attribués, par catégorie, aux hôpitaux répondant aux exigences qui sont requis pour couvrir les besoins en soins selon l'article 39 LAMal.
4. Axée sur les prestations et sur les sites, la planification des soins 2016 en fixe le cadre général. Les exigences minimales en matière de qualité des structures et des processus figurant dans la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière, globalement et par groupe, sont obligatoires pour l'ensemble des hôpitaux répertoriés dans les trois domaines mentionnés. Le canton de Berne peut édicter des directives supplémentaires. Il peut aussi envisager une planification régionale si la qualité est susceptible d'être améliorée par la concentration (soins spécialisés et médecine de pointe, en particulier). Un nombre minimal de cas s'applique par ailleurs dans les soins aigus somatiques.
5. Le canton de Berne veille à exploiter les synergies. Les mandats attribués dans les listes des hôpitaux portent en principe sur des domaines de prestations complets. Inversement, si le canton renonce à octroyer un mandat pour cause de surcapacité, la décision concerne généralement l'entier du groupe de prestations ou du site.
6. Dans les domaines des soins aigus et de la psychiatrie, c'est le principe de la régionalisation qui s'applique, de manière à tenir compte des spécificités démographiques et géographiques. Les établissements répertoriés ne sont pas tenus de proposer une offre de prestations hospitalières complète dans chacune des régions de soins (7 dans le secteur somatique et 4 en psychiatrie), pour autant que les besoins de la population soient couverts par des régions voisines. Il faut que 80 pour cent des Bernoises et des Bernois puissent atteindre un établissement dispensant les soins de base en 30 minutes depuis leur domicile (et 90% disposer d'un tel hôpital dans un rayon de 50 kilomètres).
7. En ce qui concerne le sauvetage, la sécurité des soins est assurée par la règle de couverture 80/30 dans les huit régions définies (les équipes de secours doivent pouvoir atteindre 80% de la population de la région dans les 30 minutes suivant l'alarme).
8. Les établissements bernois sont tenus de fournir les places de formation requises pour assurer la relève dans les professions de la santé.

19 Synthèse des coûts escomptés

Le tableau ci-dessous montre les dépenses à la charge du canton à prévoir d'ici 2020 dans les divers domaines de soins.¹²³

Tableau 98

Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 | en millions de francs

	2020 (prévision)
Total de la part cantonale	1 206,9
Part cantonale de la rémunération des soins aigus somatiques	907,9
dont part pour les traitements hospitaliers dispensés dans le canton	865,9
dont part selon la LAMal (55%)	859,0
dont part selon la LAI (20%)	6,9
dont part pour les traitements hospitaliers dispensés hors canton	42,0
Part cantonale de la rémunération de la réadaptation hospitalière	77,9
dont part pour les traitements dispensés dans le canton	69,1
dont part selon la LAMal (55%)	69,1
dont part selon la LAI (20%)	0,0
dont part pour les traitements dispensés hors canton	8,7
Part cantonale de la rémunération de la psychiatrie hospitalière	116,3
dont part pour les traitements dispensés dans le canton	107,1
dont part selon la LAMal (55%)	106,9
dont part selon la LAI (20%)	0,2
dont part pour les traitements hospitaliers dispensés hors canton	9,2
Part cantonale de l'indemnisation de la psychiatrie ambulatoire	52,5
dont prestations ambulatoires en milieu hospitalier	35,0
dont soins intégrés	6,8
Coût total du sauvetage	32,6
dont alarme et conduite des interventions	6,4
dont sauvetage	26,2
Coût total de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires	20,3
dont coût selon la LAMal (100%) pour les hôpitaux répertoriés	12,4
dont coût selon la LAMal, part des assureurs (45%) pour les hôpitaux répertoriés	5,6
dont coût selon la LAMal, part cantonale (55%) pour les hôpitaux répertoriés	6,8
Coût de la formation pratique prise en charge par le canton de Berne après déduction de la part des assureurs-maladie	14,7
Autres coûts de formation (projets, domaine Training et transfert, ORTRA)	5,0
Coût total de la formation à la charge du canton de Berne	19,7

Source : SAP (état au 31.12.2015)

¹²³ Les prévisions des coûts figurant dans la planification des soins peuvent dès lors diverger des valeurs mises à jour annuellement pour le budget et le plan financier. A noter que les données qui sous-tendent cette actualisation tiennent compte chaque année des risques et opportunités découlant de la situation politico-financière ainsi que des informations les plus récentes (nombres de cas, tarifs), autre raison pour laquelle elles peuvent s'écarter des chiffres de la planification.

20 Procédure de candidature pour l'inscription sur la liste des hôpitaux

Évaluation provisoire de l'offre par la SAP

La SAP a étudié l'évolution de l'offre de prestations hospitalières prévue jusqu'en 2020 par les hôpitaux répertoriés et les autres établissements intéressés dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie. L'estimation arithmétique des besoins n'a pas permis d'apporter systématiquement la preuve concrète que la demande correspondait à l'offre annoncée par les hôpitaux. Selon la SAP, une extension des prestations hospitalières peut être souhaitable et judicieuse du point de vue entrepreneurial pour certains établissements pris individuellement. Mais même si ces derniers remplissent les exigences de la classification GPPH requises pour les soins aigus somatiques, il peut en découler une surcapacité.

Comparaison des offres et décision définitive

La comparaison des offres de prestations des hôpitaux bernois et des autres établissements intéressés ainsi que la décision définitive feront suite à une procédure de candidature formelle. Celle-ci se fonde sur les classifications GPPH reprises et développées par le canton de Berne dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie, qui comprennent des exigences générales et spécifiques aux groupes de prestations. Dans le cadre de la procédure de candidature, tous les hôpitaux et maisons de naissance intéressés sont invités à postuler pour un ou plusieurs mandats de prestations sur les listes bernoises des hôpitaux, c'est-à-dire pour les groupes de prestations figurant dans les classifications GPPH. Les demandes doivent contenir le nombre de cas des années précédentes. La SAP examine les candidatures définitives dûment complétées soumises dans les formes et les délais impartis. Après analyse des candidatures et établissement d'une vue d'ensemble, elle sélectionne les hôpitaux à répertorier avec les mandats de prestations correspondants à l'intention du Conseil-exécutif, qui rend les décisions relatives aux listes bernoises des hôpitaux sur la base de la planification 2016. En vertu de la LAMal, il revient au canton de réglementer l'offre de prestations hospitalières. Se fondant sur la planification des soins 2016 (et sur le nombre de cas des années précédentes communiqués dans le cadre de la procédure de candidature formelle), les listes des hôpitaux garantissent des soins hospitaliers conformes aux besoins, de qualité et économiques à la population bernoise pour la période de planification 2017-2020.

21 Monitoring et surveillance des mandats de prestations par le canton

La SAP assure un suivi permanent des mandats de prestations accordés dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie sur les listes cantonales des hôpitaux. Cet examen continu se fonde sur la statistique médicale des hôpitaux, d'une part, et sur la surveillance du canton, d'autre part, lequel vérifie le respect des exigences générales et spécifiques dont sont assortis les groupes de prestations par les différents sites des établissements répertoriés.

Mandats de prestations cantonaux | droits et obligations

Le canton autorise et oblige simultanément les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés à fournir des prestations pour la population du canton de Berne conformément à leurs mandats de prestations respectifs. Etant donné que, en vertu de la LAMal, les cantons n'ont pas le droit de planifier des surcapacités dans l'assurance obligatoire des soins, il convient de partir du principe que les mandats de prestations attribués répondent précisément aux besoins de la population bernoise et que, par conséquent, la couverture en soins serait menacée en cas de défaillance d'un hôpital ou d'une maison de naissance répertoriés dans un ou plusieurs mandats. Les établissements répertoriés sont tenus de fournir les prestations conformément aux mandats qui leur ont été accordés. Ils annoncent immédiatement à la SAP tout changement important susceptible de les empêcher de remplir pleinement leurs mandats (touchant la structure de l'entreprise, p. ex.). Le canton de Berne analyse la statistique médicale des hôpitaux pour déterminer si un hôpital traite des patientes et patients bernois alors qu'il n'a pas de mandat de prestations. Si cela devait être le cas, le canton ne paierait pas sa part de la rémunération et dénoncerait cette infraction aux assurances.

Publication du nombre de cas et d'autres chiffres clés par site

A l'avenir, le nombre de cas par mandat de prestations cantonal devra être publié par site et par année. La SAP évaluera et publiera en parallèle, pour chaque site, les résultats des mesures organisées par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) de même que les indicateurs de qualité de l'OFSP. La publication du nombre de cas et des autres chiffres clés est guidée par la volonté de défendre les intérêts des patients et des médecins traitants et de leur fournir une information transparente.

22 Actualisation des bases de données

Les données les plus à jour disponibles au moment où a été rédigé le présent rapport datent des années 2010 à 2013. Les analyses concernant le sauvetage comprennent pour leur part des indications de 2014. Pour leur planification hospitalière, les cantons doivent pouvoir s'appuyer sur des chiffres et des comparatifs fiables et statistiquement fondés (art. 58b, al. 1 OAMal). Tous les hôpitaux saisissent leurs données dans la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS, conformément à l'article 48 et à l'annexe 5 OSH. Ces données constituent la base sur laquelle les besoins hospitaliers sont estimés dans les secteurs des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie. Comme les chiffres concernant les habitantes et habitants du canton de Berne qui s'étaient fait soigner dans un autre canton en 2014 ou 2015 n'étaient pas encore disponibles à la date butoir du 31 décembre 2015, les présentes analyses portent sur les prestations définitives de la statistique médicale pour les années 2010 à 2013. Celle-ci recense tous les séjours hospitaliers effectués par la population bernoise dans le canton et ailleurs pendant la période considérée. Les prévisions de la planification des soins 2016 portent sur la période allant jusqu'au 31 décembre 2020. Le canton de Berne prévoit de comparer annuellement ces prévisions avec les soins effectivement dispensés, tirés de la statistique médicale de l'année précédente. Cette vérification intermédiaire sera réalisée pour la première fois en 2017 sur la base des données 2016. Si les prestations fournies à la population bernoise s'écartent de manière significative des attentes dans certains secteurs ou groupes de prestations – en raison du libre choix de l'hôpital ou d'un plus grand nombre d'hôpitaux conventionnés, par exemple –, il sera procédé à des corrections qui seront publiées sous la forme d'une mise à jour des tableaux.

23 Prochaine planification des soins du canton de Berne

La prochaine refonte intégrale de la planification des soins du canton de Berne commencera dès 2018. D'ici là, de nombreuses étapes auront été franchies. Les expériences qui seront réalisées ces prochaines années dans ce contexte seront intégrées dans la nouvelle planification des soins, laquelle se fondera aussi sur l'évaluation actualisée des besoins en effectifs dans les professions de la santé non universitaires. Pour les prestations de sauvetage, les premiers résultats d'un monitoring fondé sur une base de données améliorée seront disponibles. D'une manière générale, le rapport se concentrera à l'avenir davantage sur le développement des différents secteurs et thèmes prioritaires, dont dépendent les prestations de soins hospitaliers et de sauvetage à apporter à la population bernoise et le personnel qualifié nécessaire.





Partie D

Annexe

Figurent dans cette partie du rapport (signalée par une bande grise) l'aperçu des interventions parlementaires des cinq dernières années (annexe A), la liste des abréviations (annexe B), celle des illustrations et celle des tableaux ainsi que la bibliographie (annexes C à E).

A Interventions parlementaires 2011-2015

Interventions parlementaires déposées entre le 24 août 2011 et le 31 décembre 2015 :

2011

Motion 247/2011 Zumstein, Bützberg (PLR) : *Pas de limitation des volumes de prestations par hôpital*

2012

Motion 097/2012 Eberhart, Erlenbach (PBD) : *Déserts hospitaliers dans le canton de Berne ?*

Motion 100/2012 Rösti, Kandersteg (UDC) : *La santé dans les régions rurales – réalisation transparente des projets pilotes annoncés*

Motion 101/2012 Berger, Aeschi (UDC) : *La santé dans les régions rurales – financement des soins dans les régions périphériques*

Motion 110/2012 Knutti, Weissenburg (UDC) : *En finir avec le démantement du système hospitalier du Simmental – Pays de Gessenay*

Motion 111/2012 Geissbühler-Strupler, Herrenschwanden (UDC) : *Transparence dans l'établissement de la liste des hôpitaux*

Motion 251/2012 Wälchli, Käthi, Obersteckholz (UDC) : *Créer les fondements pour la mise en place de réseaux de soins palliatifs*

2013

Motion 008/2013 Schmid, Achseten (UDC) : *L'importance des hôpitaux pour l'économie des régions touristiques*

Motion 104/2013 Mühlheim, Berne (pvl) : *Externalisation des soins psychiatriques*

Motion 238/2013 Brunner, Hinterkappelen (PS) : *Non au démantèlement de la psychiatrie*

2014

Motion 107/2014 Mühlheim, Berne (pvl) : *Planification des soins hospitaliers 2015-2019*
Motion 143/2014 Knutti, Weissenburg (UDC) : *Non au démantèlement des hôpitaux publics*
Motion 146/2014 Zuber, Moutier (PSA) : *Pour une institution psychiatrique commune au canton du Jura et à la partie francophone du canton de Berne*
Motion 254/2014 Zybach, Spiez (PS-JS-PSA) : *Mise en place du dossier électronique du patient dans le canton de Berne*
Interpellation 157/2014 Knutti, Weissenburg (UDC) : *Hôpital de Zweisimmen : questions en suspens*
Motion 166/2014 Schnegg, Champoz (UDC) : *Pour une gestion efficace des soins préhospitaliers (sauvetage)*
Motion 249/2014 249/2014 Mühlheim, Berne (pvl) : *Deux poids et deux mesures dans la formation postgrade des médecins*
Motion 279/2014 Zumstein, Bützberg (CSoc) : *Initiative cantonale : évaluation des distorsions de la concurrence contraires à la LAMal*

2015

Motion 021/2015 Studer, Niederscherli (UDC) : *Obstétrique dans la région de Simmental-Pays de Gessenay : une prestation d'intérêt général*
Interpellation 029/2015 Kohler, Spiegel b. Bern (PLR) : *Les données sur l'économicité des hôpitaux sont-elles suffisantes ?*
Motion 107/2015 Zybach, Spiez (PS) : *Coordination des soins médicaux et cybersanté*
Interpellation 202/2015 Krähenbühl, Unterlangenegg (UDC) : *Confier le transfert de patients aux prestataires privés*
Motion 229/2015 Mühlheim, Berne (pvl) : *Planification des soins et liste des hôpitaux : la SAP va-t-elle enfin respecter la loi ?*
Motion 248/2015 Pfister, Zweisimmen (PLR) : *A bas le monopole des services de sauvetage !*

B Abréviations

ACE	Arrêté du Conseil-exécutif
AG	Cf. SA
Al.	Alinéa
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
ArcGIS	Système d'information géographique
Art.	Article
ASA	Aide en soins et en accompagnement
ASSC	Assistant/Assistante en soins et santé communautaire
AVC	Accident vasculaire cérébral
BE	Berne
BEJUNE	Berne–Jura–Neuchâtel
CASU 144	Centrale d'appels sanitaires urgents 144
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Cf.	Voir
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CHR	Centre hospitalier régional
CIM	Classification internationale des maladies (International Statistical Classification of Diseases)
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CM	Casemix
Consid.	Considérant
ConstC	Constitution du canton de Berne
CRS	Croix-Rouge suisse
DRG	Diagnostic Related Groups
EPT	Equivalent plein temps
ES	Ecole supérieure
FA	Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool (alcoolisme et dépendance)
FD (F11–F19)	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (abus et dépendance vis-à-vis de médicaments ou de drogues)
F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autre syndrome cérébral organique)
F2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie)
F3	Troubles de l'humeur [affectifs] (dépression, manie, troubles bipolaires)
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs [TOC])
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie)
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions)
F7	Retard mental (de différents degrés)
F8	Troubles du développement psychologique (troubles du développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur)
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (hyperactivité, trouble de comportement dyssocial, tics)
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool (alcoolisme et dépendance)
FIN	Direction des finances du canton de Berne
FMH	Fédération des médecins suisses
GBE	Personnes en situation de handicap mental
GDZH	Direction de la santé du canton de Zurich

GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
GRU	Soins de base en psychiatrie
H+	Association H+ Les Hôpitaux de Suisse
Hab.	Habitants
HJB SA	Hôpital du Jura bernois SA
IAS	Interassociation de sauvetage
ICM	Indice de casemix
IG	Interessengemeinschaft (communauté d'intérêts)
Km	Kilomètre
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
Lit.	Lettre
LSH	Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)
LSP	Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (RSB 811.01)
MARS	Modules ambulatoires des relevés sur la santé
medi	Centre de formation medi
MedStat	Statistique médicale
Min	Minute
MTT	Professions médico-techniques et médico-thérapeutiques
N°	Numéro
OAMal	Ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
OiLAMal	Ordonnance du 2 novembre 2011 portant introduction de la révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RSB 842.11.2)
OPAS	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31)
OSH	Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.112)
P. ex.	Par exemple
PB	Paquet de base
PBP	Paquet de base programmé
PS	Planification des soins
QABE	Développement de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus du canton de Berne
Rega	Garde aérienne suisse de sauvetage
REKOLE©	Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations
Relevé ITAR_K	Modèle tarifaire intégré de la comptabilité par unité finale d'imputation selon REKOLE©
RS	Région de sauvetage
RS	Recueil systématique du droit fédéral
RSB	Recueil systématique des lois bernoises
RSE AG	Regionalspital Emmental AG
s. / ss.	Suivant / suivants
SA	Société anonyme
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
SNBe AG	Spital Netz Bern AG
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
SPJBB	Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland
SPU	Services psychiatriques universitaires de Berne
SRO AG	Spital Region Oberaargau AG
STATPOP	Statistique de la population et des ménages
ST Reha	Structure tarifaire nationale pour la réadaptation stationnaire
STS AG	Spital Thun-Simmental AG
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TAF	Tribunal administratif fédéral
TARPSY	Structure tarifaire nationale pour la psychiatrie hospitalière
TIM	Transports individuels motorisés
UHPA	Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents
Ø	Moyenne

C Liste des illustrations

Illustration 1 Aperçu du contenu et de la structure du rapport	12
Illustration 2 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins palliatifs spécialisés	35
Illustration 3 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins gériatriques	39
Illustration 4 Domaines de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques présentant une proportion élevée de patientes et patients de plus de 75 ans répartition des tranches d'âge en 2011 et en 2013	40
Illustration 5 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins gériatriques	42
Illustration 6 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques assurant la prise en charge spécialisée des victimes d'AVC.....	45
Illustration 7 Les sept régions cantonales de soins aigus somatiques	54
Illustration 8 Hôpitaux de réadaptation répertoriés du canton de Berne.....	56
Illustration 9 Les quatre régions de soins psychiatriques du canton de Berne	59
Illustration 10 Les dix secteurs de soins psychiatriques ambulatoires	60
Illustration 11 Les huit régions de sauvetage du canton de Berne.....	63
Illustration 12 Évolution 2000-2012 de la population du canton de Berne et projection jusqu'en 2020/2035	64
Illustration 13 Évolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020, par tranche d'âge	65
Illustration 14 Degré de spécialisation des soins somatiques (selon la classification GPPH en soins aigus somatiques).....	70
Illustration 15 Schéma de la sélection en deux étapes	90
Illustration 16 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences	96
Illustration 17 Accessibilité des hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences	97
Illustration 18 Pyramide des âges des patientes en obstétrique en 2011 et 2013.....	100
Illustration 19 Maison de naissance et hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques	102
Illustration 20 Accessibilité de la maison de naissance et des hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques	103
Illustration 21 Gestion de la qualité dans le canton de Berne.....	110
Illustration 22 Technique de modélisation au 31 décembre 2020 : méthode du statu quo illustration simplifiée	120
Illustration 23 Technique de modélisation au 31 décembre 2020 : méthode du statu quo avec prise en compte de l'évolution qualitative illustration simplifiée	121
Illustration 24 Recours aux soins pour la période de 2010 à 2013 soins aigus somatiques	126
Illustration 25 Répartition par groupe d'âge en 2013 soins aigus somatiques.....	126
Illustration 26 Prévision des besoins jusqu'en 2020 soins aigus somatiques	127
Illustration 27 Mode d'admission de la population résidente bernoise en hôpital de soins aigus en 2010/2013	127
Illustration 28 Evolution 2010-2013 du taux d'hospitalisation de la population résidente bernoise par rapport aux autres cantons soins aigus somatiques.....	135

Illustration 29 Evolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour de la population résidante bernoise par rapport aux autres cantons soins aigus somatiques	136
Illustration 30 Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par domaine de prestations (selon PS 2011-2014) soins aigus somatiques	138
Illustration 31 Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe d'âge soins aigus somatiques	139
Illustration 32 Recours aux soins pour la période de 2010 à 2013 réadaptation	149
Illustration 33 Répartition par groupe d'âge en 2013 réadaptation	149
Illustration 34 Prévision des besoins jusqu'en 2020 réadaptation	149
Illustration 35 Mode d'admission de la population résidante bernoise en clinique de réadaptation en 2010/2013.....	150
Illustration 36 Evolution 2010-2013 du taux d'hospitalisation de la population résidante bernoise par rapport aux autres cantons réadaptation	154
Illustration 37 Evolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour de la population résidante bernoise par rapport aux autres cantons réadaptation	154
Illustration 38 Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par domaine de prestations (selon PS 2011-2014) réadaptation	156
Illustration 39 Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe d'âge (selon PS 2011-2014) réadaptation	157
Illustration 40 Recours aux soins pour la période de 2010 à 2013 psychiatrie	162
Illustration 41 Répartition par groupe d'âge en 2013 psychiatrie.....	162
Illustration 42 Prévision des besoins jusqu'en 2020 psychiatrie	162
Illustration 43 Mode d'admission de la population résidante bernoise en clinique psychiatrique en 2010/2013	163
Illustration 44 Evolution 2010-2013 du taux d'hospitalisation de la population résidante bernoise par rapport aux autres cantons psychiatrie	167
Illustration 45 Evolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour de la population résidante bernoise par rapport aux autres cantons psychiatrie	167
Illustration 46 Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) psychiatrie	168
Illustration 47 Répartition des sorties enregistrées par les hôpitaux bernois en 2013 en fonction du domicile des patients, par groupe d'âge (selon PS 2011-2014) psychiatrie.....	169
Illustration 48 Définition du délai de réponse à l'aide des données d'intervention.....	184
Illustration 49 Respect du ratio d'intervention 90/15 par les différents services de sauvetage en 2014 dans le canton de Berne.....	185
Illustration 50 Répartition des délais de réponse en 2014 dans le canton de Berne	186
Illustration 51 Répartition temporelle des interventions dans l'ensemble du canton en 2014, en nombre d'interventions	186
Illustration 52 Délai de départ par service de sauvetage en 2014, en minutes.....	187
Illustration 53 Respect du ratio d'intervention par les différents services de sauvetage sur la base d'une optimisation potentielle des sites par simulation	189
Illustration 54 Institutions assumant la conduite des interventions de sauvetage dans le canton de Berne.....	190

D Liste des tableaux

Tableau 1 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins palliatifs spécialisés	34
Tableau 2 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques dispensant des soins gériatriques	38
Tableau 3 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques assurant la réadaptation gériatrique	41
Tableau 4 Hôpitaux répertoriés bernois de soins aigus somatiques assurant la prise en charge spécialisée des victimes d'AVC.....	44
Tableau 5 Evolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020, par tranche d'âge et région de soins aigus somatiques	66
Tableau 6 Evolution démographique dans le canton de Berne jusqu'en 2020, par tranche d'âge et région de soins psychiatriques	66
Tableau 7 Disponibilité des médecins spécialistes requis	74
Tableau 8 Groupes de prestations en réadaptation de la planification des soins 2011-2014	75
Tableau 9 Nouveaux groupes de prestations en réadaptation de la planification des soins 2016 (selon version 2016.1 de la classification GPPH)	75
Tableau 10 Groupes de prestations en psychiatrie de la planification des soins 2011-2014	76
Tableau 11 Tranches d'âge supplémentaires prévues par la planification des soins 2016 (selon version 2016.1 de la classification GPPH).....	76
Tableau 12 Nouveaux groupes de prestations en psychiatrie de la planification des soins 2016 (selon version 2016.1 de la classification GPPH)	76
Tableau 13 Degré de couverture des listes bernoises des hôpitaux valeurs indicatives	80
Tableau 14 Nombre d'établissements bernois publics et privés	85
Tableau 15 Exigences en matière de soins d'urgence selon la classification GPPH en psychiatrie	92
Tableau 16 Exigences en matière de soins d'urgence selon la classification GPPH en soins aigus somatiques.....	93
Tableau 17 Hôpitaux bernois de soins aigus somatiques disposant d'un service des urgences	94
Tableau 18 Admissions d'urgence dans les hôpitaux bernois de soins aigus somatiques en 2012 et 2013	94
Tableau 19 Accessibilité des hôpitaux répertoriés disposant d'un service des urgences permanent au 31 décembre 2015 part en % de la population.....	95
Tableau 20 Récapitulation des exigences concernant les unités de soins intensifs	99
Tableau 21 Maison de naissance et hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques avec les niveaux de prise en charge correspondants.....	100
Tableau 22 Nouveau-nés et prématurés venus au monde dans les hôpitaux bernois en 2013.....	101
Tableau 23 Accessibilité de la maison de naissance et des hôpitaux bernois répertoriés dispensant des soins obstétriques au 31.12.2015 part en % de la population féminine de 15 à 45 ans	101
Tableau 24 Nombres minimaux de cas prescrits par la liste des hôpitaux de soins aigus somatiques en vigueur depuis le 1 ^{er} mai 2014.....	107
Tableau 25 Première évaluation partielle des groupes de prestations de soins aigus somatiques assortis d'un nombre minimal de cas en 2014	108

Tableau 26 Nombre de cas et de journées de soins en 2010 et 2013 pour la population résidante bernoise, par groupe d'âge soins aigus somatiques	128
Tableau 27 Nombre de cas 2011-2013 pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations soins aigus somatiques	129
Tableau 28 Analyse qualitative de l'évolution 2011-2013 du nombre de cas pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations soins aigus somatiques	129
Tableau 29 Durée moyenne de séjour 2011-2013 pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations soins aigus somatiques	130
Tableau 30 Analyse qualitative de l'évolution 2011-2013 de la durée moyenne de séjour pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations soins aigus somatiques	130
Tableau 31 Degré de gravité moyen des cas 2011-2013 pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations indice de casemix des soins aigus somatiques	131
Tableau 32 Analyse qualitative de l'évolution 2011-2013 de la sévérité des cas pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations soins aigus somatiques	131
Tableau 33 Recours aux prestations par région en 2011 et 2013 soins aigus somatiques	133
Tableau 34 Part des cas LAMal 2011-2013 pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations soins aigus somatiques	134
Tableau 35 Flux de patients 2013 entre les cantons soins aigus somatiques	137
Tableau 36 Taux de couverture des besoins en médecine aiguë somatique (paquet de base, obstétrique et gynécologie) par région de soins nombre de cas selon le domicile et le lieu de traitement des patients bernois en 2013	140
Tableau 37 Ajustement de la prévision mathématique au 31 décembre 2020 soins aigus somatiques	141
Tableau 38 Calcul prévisionnel du nombre de cas au 31.12.2017 et au 31.12.2020 pour la population résidante bernoise, par domaine de prestations (selon PS 2016) soins aigus somatiques a) selon la méthode du statu quo b) selon la méthode du statu quo adaptée en fonction des remarques des sociétés médicales concernant l'évolution qualitative	142
Tableau 39 Analyse qualitative de l'évolution des cas prévue pour la population résidante bernoise jusqu'au 31.12.2020, par domaine de prestations (selon PS 2016) soins aigus somatiques	143
Tableau 40 Nombre de cas 2014 des hôpitaux bernois, par domaine de prestations (selon PS 2016) potentiel ambulatoire en soins aigus somatiques.....	144
Tableau 41 Sélection de 14 opérations présentant un potentiel ambulatoire en 2014.....	144
Tableau 42 Domaines de prestations proposés dans les hôpitaux répertoriés sur la liste bernoise soins aigus somatiques	146
Tableau 43 Changements prévus jusqu'en 2020 dans les hôpitaux bernois répertoriés et dans d'autres établissements intéressés, par domaine de prestations (selon PS 2016) soins aigus somatiques	147
Tableau 44 Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 en millions de francs soins aigus somatiques.....	148
Tableau 45 Nombre de cas et de journées de soins en 2010 et 2013 pour la population résidante bernoise, par groupe d'âge réadaptation.....	151
Tableau 46 Nombre de cas 2010-2013 pour la population résidante bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) réadaptation	151
Tableau 47 Analyse qualitative de l'évolution 2010-2013 du nombre de cas pour la population résidante bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) réadaptation	152
Tableau 48 Durée moyenne de séjour 2010-2013 pour la population résidante bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) réadaptation	152

Tableau 49 Evaluation qualitative de l'évolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) réadaptation.....	153
Tableau 50 Part des cas LAMal 2011-2013 pour la population résidente bernoise, par domaine de prestations (selon PS 2011-2014) réadaptation	153
Tableau 51 Flux de patients 2013 entre les cantons réadaptation	155
Tableau 52 Ajustement de la prévision mathématique au 31 décembre 2020 réadaptation	158
Tableau 53 Calcul prévisionnel du nombre de cas au 31.12.2017 et au 31.12.2020 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2016) réadaptation a) selon la méthode du statu quo b) selon la méthode du statu quo adaptée en fonction des remarques des sociétés médicales concernant l'évolution qualitative	158
Tableau 54 Analyse qualitative de l'évolution des cas prévue pour la population résidente bernoise jusqu'au 31.12.2020, par groupe de prestations (selon PS 2016) réadaptation	159
Tableau 55 Groupes de prestations proposés dans les hôpitaux répertoriés sur la liste bernoise réadaptation.....	159
Tableau 56 Changements prévus jusqu'en 2020 dans les hôpitaux bernois répertoriés et dans d'autres établissements intéressés, par groupe de prestations (selon PS 2016) réadaptation	160
Tableau 57 Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 en milliers de francs réadaptation	161
Tableau 58 Nombre de cas et de journées de soins en 2010 et 2013 pour la population résidente bernoise, par groupe d'âge psychiatrie	164
Tableau 59 Nombre de cas 2010-2013 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) psychiatrie.....	164
Tableau 60 Analyse qualitative de l'évolution 2010-2013 du nombre de cas pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) psychiatrie	165
Tableau 61 Durée moyenne de séjour 2010-2013 pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) psychiatrie.....	165
Tableau 62 Analyse qualitative de l'évolution 2010-2013 de la durée moyenne de séjour pour la population résidente bernoise, par groupe de prestations (selon PS 2011-2014) psychiatrie	165
Tableau 63 Recours aux prestations par région en 2010 et 2013 psychiatrie	166
Tableau 64 Part des cas LAMal 2011-2013 parmi la population résidente bernoise hospitalisée, par domaine de prestations (selon PS11-14) psychiatrie	166
Tableau 65 Flux de patients 2013 entre les cantons psychiatrie	168
Tableau 66 Taux de couverture des besoins en psychiatrie (groupe GRU de la classification GPPH en psychiatrie selon PS 2016) par région de soins nombre de cas selon le domicile et le lieu de traitement des patients bernois en 2013	170
Tableau 67 Calcul prévisionnel du nombre de cas au 31.12.2017 et au 31.12.2020 pour la population résidente bernoise d'après la méthode du statu quo, par groupe de prestations (selon PS 2016) psychiatrie.....	171
Tableau 68 Analyse qualitative de l'évolution des cas prévue pour la population résidente bernoise jusqu'au 31.12.2020, par groupe de prestations (selon PS 2016) psychiatrie	172
Tableau 69 Groupes de prestations (selon PS 2011-2014) proposés dans les hôpitaux répertoriés sur la liste bernoise psychiatrie	172
Tableau 70 Changements prévus jusqu'en 2020 dans les hôpitaux bernois répertoriés et dans d'autres établissements intéressés, par groupe de prestations (selon PS 2016) psychiatrie	173
Tableau 71 Cas et places en clinique de jour comparaison entre la prévision de la planification des soins 2011-2014 et les chiffres de l'année 2014.....	174

Tableau 72 Nombre de cas des cliniques de jour clos en 2014 pour la population résidante bernoise, par groupe d'âge et de diagnostic.....	174
Tableau 73 Nombre de cas des cliniques de jour clos en 2014 pour la population résidante bernoise, par groupe d'âge et région de soins	174
Tableau 74 Calcul prévisionnel du nombre de cas des cliniques de jour au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et de diagnostic.....	174
Tableau 75 Calcul prévisionnel du nombre de cas des cliniques de jour au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et région de soins	175
Tableau 76 Nombre de places ambulatoires en clinique de jour par type de clinique, région de soins et secteur psychiatrie de l'adulte	175
Tableau 77 Nombre de places ambulatoires en clinique de jour par région de soins psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	175
Tableau 78 Nombre de cas des services ambulatoires clos en 2014 pour la population résidante bernoise, par groupe d'âge et de diagnostic.....	176
Tableau 79 Nombre de cas des services ambulatoires clos en 2014 pour la population résidante bernoise, par groupe d'âge et région de soins	176
Tableau 80 Nombre de cas des services ambulatoires clos en 2014 pour la population résidante bernoise, par mode d'admission et région de soins	176
Tableau 81 Calcul prévisionnel du nombre de cas des services ambulatoires au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et de diagnostic.....	177
Tableau 82 Calcul prévisionnel du nombre de cas des services ambulatoires au 31 décembre 2020, par groupe d'âge et région de soins	177
Tableau 83 Nombre de services ambulatoires (sites), par type de prestation, région de soins et secteur psychiatrie de l'adulte	177
Tableau 84 Nombre de services ambulatoires (sites), par type de prestation et région de soins psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.....	177
Tableau 85 Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 en millions de francs psychiatrie hospitalière	178
Tableau 86 Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 en millions de francs psychiatrie ambulatoire	178
Tableau 87 Évolution du nombre d'interventions des services de sauvetage cantonaux en 2010/2013.....	183
Tableau 88 Respect de la règle de couverture 80/30 par service de sauvetage en 2014	183
Tableau 89 Respect du ratio d'intervention 90/15 par les différents services de sauvetage en 2014	185
Tableau 90 Respect du ratio d'intervention par les différents services de sauvetage sur la base d'une optimisation potentielle des sites par simulation	188
Tableau 91 Prévision des coûts à la charge du canton en 2020, en millions de francs	191
Tableau 92 Evolution 2010-2013 du personnel des soins et de l'assistance dans les institutions au sens de la LSH par type d'institution	195
Tableau 93 Évolution 2008-2013 des effectifs et du taux d'occupation dans les soins et l'assistance par profession MTT	196
Tableau 94 Besoins annuels de relève par degré de formation, hôpitaux, EMS et services d'aide et de soins à domicile confondus	198
Tableau 95 Besoin annuel de relève par titre professionnel	198
Tableau 96 Prestations de formation 2013 des hôpitaux, maisons de naissance et services de sauvetage du canton de Berne, en semaines de travail	200
Tableau 97 Coût de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires selon le volume défini dans la planification des soins et compte tenu de l'obligation de formation imposée aux fournisseurs de prestations par la LSH et la LASoc	201
Tableau 97 Prévision des coûts à la charge du canton en 2020 en millions de francs	209

E Bibliographie

Conférence des statistiques du canton de Berne (2012) : Projections régionalisées de l'évolution démographique du canton de Berne jusqu'en 2035. Berne

Conférence des statistiques du canton de Berne (2015) : Structure de la population résidente permanente dans le canton de Berne, 2005-2014

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2005) : Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations. Berne

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2008a) : Guide Planification de la psychiatrie. Berne

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2008b) : Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Berne

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2009) : Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007. Berne

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2011) : Recommandation sur l'application du concept de groupes de prestations dans le cadre de la planification hospitalière. Berne

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2015a) : Recommandations sur l'examen de l'économicité. Berne

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2015b) : Réévaluation : Consultation relative à la définition du domaine MHS *Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux*. Berne

Conseil-exécutif du canton de Berne (2013) : ACE n° 814/2013 : Bericht *Neuoperationalisierung der Zugänglichkeit mit einer ergänzenden Distanzkomponente (Versorgungsplanung)*. Berne

Conseil-exécutif du canton de Berne (2014a) : ACE n° 897/2014 : Verlängerung der Versorgungsplanung 2011-2014 und Anpassung des Planungskriteriums Wirtschaftlichkeit. Berne

Conseil-exécutif du canton de Berne (2014b) : Programme gouvernemental de législature 2015-2018. Berne

Conseil-exécutif du canton de Berne (2015a) : ACE n° 1510/2015 : Handlungsfelder zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern. Kenntnisnahme des Berichts der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Berne

Conseil-exécutif du canton de Berne (2015b) : Motion 294/2014 Mühlheim (Berne, pvl) : *Deux poids et deux mesures dans la formation postgrade des médecins*

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2004) : Abgrenzungskriterien der Geriatrie – Version V1.3. Berlin

- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2007) :
Planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers. Berne
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2008) :
Critères de qualité pour les soins post-aigus dans le canton de Berne. Berne
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2011a) :
Planification des soins 2011-2014 selon la loi sur les soins hospitaliers. Berne
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2011b) :
Définition de normes pour calculer le potentiel de formation des établissements dans les professions de la santé non universitaires. Berne
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2013) :
Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs. Berne
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2015) : Eléments d'élaboration de la planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers (LSH). Berne
- Dolder Beratungen GmbH (2015) : Grundlagenbericht für die Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG für nicht universitäre Gesundheitsberufe - Expertenbericht. Thoune
- European Association for Palliative Care (2010) : White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care, 17(1)
- Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (2015) : Hebammen geleitete Geburtshilfe im Kanton Bern - Expertenbericht. Berne
- Gasser, R., Jäckel, D. et Junghan, U (2012) : Structurer la prise en charge psychiatrique régionale du canton de Berne. Berne
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2015) : Gesundheitsversorgungsbericht. Zurich
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (201X) : Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept Akutsomatik. Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen. Zurich
- GKV-Spitzenverband (2014) : Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V. Berlin
- Institut für Modellbildung und Simulation der Fachhochschule St. Gallen (2015) : Auswertung und Simulation der Hilfsfrist - Standortoptimierung Rettungsfahrzeuge im Kanton Bern. Expertenbericht. St-Gall
- Interassociation de sauvetage (2003) : Terminologie dans le domaine du sauvetage. Berne
- KPMG AG sur mandat de l'organe de coordination champHealth Suisse (2014) : Mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften. Zurich
- Observatoire suisse de la santé (2011) : Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 - Bericht 49. Neuchâtel
- Observatoire suisse de la santé (2015) : Les chaînes de prise en charge et leurs interfaces. Bulletin 1/2015. Neuchâtel

- Office fédéral de la santé publique (2007) : Stratégie Cybersanté Suisse. Berne
- Office fédéral de la santé publique (2009) : Stratégie nationale en matière de soins palliatifs. Berne
- Office fédéral de la santé publique (2015) : Concentration de la médecine hautement spécialisée - Fiche d'information. Berne
- Office fédéral de la santé publique (2016) : Postulat concernant l'avenir de la psychiatrie. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10/3255). Berne
- Office fédéral de la statistique (2006) : Statistique des établissements de santé (soins intra-muros) – Typologie des hôpitaux. Neuchâtel
- Office fédéral de la statistique (2008) : Statistique médicale des hôpitaux - Variables de la statistique médicale - Spécifications valables dès 1.1.2016. Neuchâtel
- Office fédéral de la statistique (2012) : Inventaire des données sur les soins palliatifs. Neuchâtel
- Office fédéral de la statistique (2013a) : Statistique de la population et des ménages (STATPOP). Neuchâtel
- Office fédéral de la statistique (2013b) – Statistique médicale des hôpitaux – Tableaux standard. Résultats provisoires. Neuchâtel
- Organe de décision de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (2011) : Décision concernant la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine du traitement des accidents vasculaires cérébraux. Berne
- Rütsche, B. (2011) : Rechtsgutachten zuhanden des Kanton Bern : Steuerung der Leistungsmenge im Spitalbereich. Lucerne
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft (2015) : Krankheitsbilder – Schlaganfall. Bâle
- Statistische Ämter des Bundes et der Länder (Hrsg., 2010) : Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2. Wiesbaden
- SwissDRG SA (2014a) : Documentation du relevé SwissDRG 2014. Berne
- SwissDRG SA (2014b) : Représentation de domaines spéciaux de prestations dans la version 5.0. Berne
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und KPMG AG (2015) : Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler. Winterthour

Impressum

Editeur

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
Rathausgasse 1, 3011 Berne
T +41 31 633 79 20 F +41 31 633 79 09
info@gef.be.ch
www.be.ch/gef

Diffusion www.be.ch/planificationdessoins

Auteurs Karen Hofmann, Dr phil.

Collaboration Roland Gasser, Dr phil. | Danny Heilbronn | Lucas Kemper

Laura Siffert | Manuel Stalder | Dr Georg von Below | Vinciane Vouets

Traduction Division linguistique de la SAP | **Correction** wort-spiegel.ch | **Lectorat** kontrast.ch

Graphisme atelierarbre.ch | **Programmation Word** Renato Mascheroni

Photographies Page 10 : transfert des ambulances de la police sanitaire de Berne depuis la Nägeligasse vers le nouveau site de la Murtenstrasse © Adrian Moser

Page 124 : hélisurface de l'Hôpital de l'Île © Valérie Chételat

Pages 204 et 214 : opération du cœur à l'Hôpital de l'Île à Berne © Adrian Moser



