

Le paysage hospitalier bernois en mutation

Rapport final en réponse à la motion 192-2019 (CGes,
Siegenthaler)

Berne, octobre 2020



Résumé

Dans sa motion 192-2019 *Paysage hospitalier en mutation : il est temps que le Conseil-exécutif fasse un état des lieux* (CGes, Siegenthaler), la Commission de gestion a demandé que soient examinés les risques encourus par le canton de Berne en raison du système actuel de soins hospitaliers ainsi que les opportunités que celui-ci engendre. Il s'agit également de mettre en lumière les mécanismes de pilotage des fournisseurs de prestations dont dispose le canton. Rédigé par une instance externe en réponse à la motion, le présent rapport d'expertise doit apporter une base solide pour les stratégies partielles « Soins somatiques et psychiatriques, réadaptation (ambulatoires et hospitaliers) » et « Gestion intégrée des soins » qui s'inscrivent dans la Stratégie de la santé du canton de Berne 2020-2030 (ci-après Stratégie de la santé) et visent à développer le système de santé bernois. En outre, le système hospitalier actuel doit être évalué afin d'identifier les chances et les risques potentiels tant pour les fournisseurs de prestations que pour le canton en sa qualité de propriétaire.

Voici un résumé des conclusions de l'analyse de la situation actuelle et de différents scénarios d'évolution du paysage hospitalier bernois.

1. Les évolutions dynamiques dans le secteur de la santé ont des répercussions différentes, voire contraires, sur les acteurs en présence.

Les multiples tendances observées dans le secteur de la santé apportent leur lot d'opportunités et de risques, non seulement pour les hôpitaux mais aussi pour le canton dans ses divers rôles – par exemple en sa qualité de propriétaire, d'instance de régulation, etc. La pression toujours plus forte sur les prix et les marges, la concurrence, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, l'évolution démographique et l'importance grandissante de la numérisation sont des tendances constantes depuis quelques années déjà. Déjà forte aujourd'hui, la pression sur les acteurs en présence ne cessera d'augmenter.

2. La croissance démographique et l'augmentation de la multimorbidité liée au vieillissement de la population complexifient les traitements médicaux et entraînent une hausse de la demande.

Comparativement à l'ensemble de la Suisse, la population bernoise connaît une augmentation proportionnellement supérieure du groupe des personnes âgées et donc une faible croissance. Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une hausse notable de la multimorbidité et de la proportion des patientes et patients atteints de maladies chroniques. Davantage de prestations de prévention et de soins doivent ainsi être fournis, en gériatrie comme en médecine interne, ce qui exige de renforcer la coordination entre les fournisseurs. Il est donc d'autant plus important d'opter pour une approche intégrée des soins. En outre, la demande en traitements de réadaptation et de suivi psychiatrique et psychosomatique sera également amenée à croître en raison de l'augmentation de la multimorbidité.

Compte tenu du développement de l'ambulatoire, il faut s'attendre à une stagnation des interventions en mode hospitalier ainsi qu'à une hausse drastique des consultations en ambulatoire dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie. D'ici 2035, le nombre cumulé de patientes et patients hospitalisés (tous types de traitement confondus) devrait rester stable tandis que la durée d'hospitalisation devrait baisser. En fonction de l'ampleur de ces effets, la demande totale en lits hospitaliers pourrait même baisser.

3. Compte tenu des contraintes géographiques du canton de Berne, il est indispensable de fournir des soins médicaux de base à proximité du domicile si l'on veut assurer la qualité de la prise en charge de la population.

La majorité des patientes et patients se font traiter dans leur région de soins. Le phénomène s'accroît en cas d'urgence, où plus de 70% des habitantes et habitants d'une région donnée choisissent d'y être pris en charge. Il est donc indispensable d'assurer la couverture en soins de base hospitaliers de proximité dans chaque région de soins.

4. Pour l'heure, les établissements hospitaliers bernois ne sont pas assez rentables pour financer eux-mêmes à long terme leurs investissements.

La plupart des centres hospitaliers régionaux (CHR) – autrement dit les hôpitaux de soins aigus avec participation cantonale¹ – génèrent une marge EBITDAR inférieure à 6,0%. Dans la majorité des services psychiatriques régionaux (SPR) avec participation cantonale, cette marge est de plus de 8,0%. Pour financer à long terme et de manière autonome sa gestion opérationnelle et ses investissements, un établissement doit générer une marge EBITDAR de 10,0% en moyenne dans le domaine des soins aigus, d'environ 8,0% en psychiatrie et entre 8,0% et 10,0% en réadaptation. Les hôpitaux plus petits et moins établis peuvent probablement s'en sortir avec une marge de 8,0% à 10,0%². La majorité des CHR n'ont pas atteint cet objectif ces dernières années, à l'instar de certains acteurs cantonaux de soins aigus financés par des organismes privés. En termes de liquidités, les acteurs observés disposent actuellement d'un socle solide. Toutefois, cette mauvaise rentabilité aura pour conséquences à long terme que la situation des fonds propres, aujourd'hui bonne, se détériorera, qu'il sera plus difficile de recourir à des emprunts et que les liquidités viendront potentiellement à manquer. En parallèle, le capital des cliniques s'amenuisera, ce qui risquera d'entraîner un surendettement et pourra conduire à l'utilisation indirecte de fonds publics.

5. Réorganiser les régions de soins en passant d'un modèle 6+ à un modèle 4+, avec des régions ainsi plus grandes et plus efficaces, facilitera la réalisation d'un pilotage des soins axé sur les besoins.

Le redécoupage des régions de soins avec des bassins de population plus grands (quatre régions de soins au lieu de six) inciterait et contribuerait à éviter les doublons, les redondances et l'inefficacité. D'un point de vue extérieur, il est recommandé de redescendre à un modèle 4+ (Berne-Mittelland, Bienne-Seeland-Jura bernois, Haute-Argovie-Emmental, Oberland bernois), plus simple, pour atteindre la taille idoine³ en soins aigus pour chaque région. Cela permettrait d'assurer à long terme la couverture en soins de base et d'urgence dans chaque région et de proposer une offre plus judicieuse, c'est-à-dire échelonnée selon des critères de proximité dans chaque région. Pour ce faire, les sociétés hospitalières devront mieux collaborer au sein des régions et examiner l'opportunité de participations mutuelles au capital, voire de fusions. Une harmonisation des régions de soins aussi dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation peut jeter les bases d'une coopération renforcée afin de donner corps à une approche intégrée des soins.

6. Un objectif clairement défini par le canton pour le développement des services de santé, avec des structures réseau plus solides, donnera aux hôpitaux un fil conducteur, tout en leur laissant leur liberté entrepreneuriale.

Le canton de Berne peut fixer aux hôpitaux un objectif clair pour le développement des services de santé et l'ancrer de manière transparente dans la stratégie partielle « Soins somatiques et psychiatriques, réadaptation (ambulatoires et hospitaliers) ».

D'un point de vue extérieur, le modèle semblant le plus prometteur pour le canton de Berne est le réseau décentralisé *Hub and spoke*, qui prévoit l'intégration dynamique des différents acteurs. Il ferait écho à l'objectif de mettre en place un système de graduation des soins (dans le canton et dans chaque région de soins) tout en s'inscrivant dans la perspective d'un renforcement d'un réseau échelonné. Les coopérations et partenariats mis en place dans les régions de soins réorganisées devraient être exploités. Les nouveaux modèles hospitaliers représentent une chance pour le secteur de la santé. Les hôpitaux doivent pouvoir évaluer et décider par eux-mêmes de nouvelles stratégies commerciales, de prestations et de coopération en vertu de leur liberté entrepreneuriale. Le modèle de prise en charge via des réseaux de fournisseurs ne cessera de gagner en importance à l'avenir.

¹ Dans ce rapport, le terme « hôpitaux avec participation cantonale » englobe tous les hôpitaux de soins aigus entièrement financés par un organisme public cantonal. Le canton est un actionnaire minoritaire du groupe de l'île (Insel Gruppe AG) et possède la société Spital Netz Bern Immobilien AG. Au vu des droits accordés au canton en vertu notamment du règlement de la fondation et de la convention d'actionnaires, et puisque le système de santé et la formation dans ce domaine revêtent une importance systémique, le groupe de l'île est compté parmi les hôpitaux publics.

² Voir PwC (2017) : *Hôpitaux suisses : santé financière 2016*

³ Si l'on tient compte de la configuration actuelle en matière de structures hospitalières, et à en croire l'analyse menée par la société PwC, il faudrait une masse critique d'environ 18 000 patientes et patients hospitalisés par région de soins pour garantir une coordination efficace des structures.

La Stratégie de la santé et les stratégies partielles qui devront en découler serviront de fil rouge aux fournisseurs de prestations pour définir leur future stratégie commerciale. D'un point de vue extérieur, il faudrait envisager d'en discuter avec les décideurs côté fournisseurs et de développer ces stratégies de manière conjointe afin d'assurer à long terme l'acceptation et la mise en œuvre de l'objectif visé.

7. La situation financière actuelle des hôpitaux publics (base de capital propre) est solide. Toutefois, les risques entrepreneuriaux et les gros investissements peuvent les mettre dans une posture financière difficile, les poussant alors à utiliser leur capital propre, ce qui conduirait indirectement à l'épuisement de fonds publics.

Un capital propre élevé est un amortisseur de risque pour les hôpitaux, car cela permet de compenser d'éventuelles futures pertes au fil des années. A l'heure actuelle, les hôpitaux à participation cantonale s'en sortent très bien en comparaison suisse (selon les chiffres transmis). Néanmoins, leur rentabilité était insuffisante ces dernières années puisqu'elle était en deçà de la marge EBITDAR de 8,0% à 10,0%, ce qui entraînera à terme à une baisse de leur capital propre et donc de la valeur comptable de la participation du canton. Dans le même temps, d'importants investissements devront être dédiés à la transformation numérique et aux infrastructures. Or le financement de ces investissements – de première importance pour la pérennité des hôpitaux – ne pourra être assuré si la rentabilité est toujours insuffisante, et de nouvelles subventions ou garanties du canton seront alors nécessaires. On pourrait par ailleurs envisager de regrouper les investissements (p. ex. en coordonnant entre plusieurs hôpitaux les moyens dédiés à la numérisation).

Les ratios de capital propre élevés s'expliquent en grande partie par la réévaluation des biens immobiliers qui a été effectuée lors de l'introduction du nouveau régime de financement hospitalier. Même s'il s'agit de valeurs comptables, toute baisse due à un résultat d'exercice négatif entraîne une consommation de la fortune (autrement dit des fonds investis par le canton), que cela mène ou non à un surendettement. Les fonds publics sont donc indirectement utilisés. Le canton pourrait examiner dans quelle mesure la participation d'acteurs privés contribuerait à réduire ses risques propres.

Table des matières

1.	Introduction.....	1
1.1	Genèse du rapport.....	1
1.2	Mandat PwC.....	1
1.3	Structure du rapport et méthodologie.....	1
1.4	Limites du rapport.....	2
2.	Paysage hospitalier bernois : situation actuelle.....	4
2.1	Organisation du système de soins.....	4
2.2	Demande actuelle et évolutions.....	7
2.3	Situation financière des établissements bernois de psychiatrie et de soins aigus somatiques.....	9
2.4	Objectifs et tâches des hôpitaux bernois au sein du système de soins.....	17
3.	Changements imminents dans les structures bernoises de prise en charge.....	19
3.1	Tendances de fond et répercussions.....	19
3.2	Evolution de la demande : changement démographique et augmentation des besoins en soins hospitaliers.....	21
3.3	Transformation actuelle dans le secteur de la santé.....	22
4.	Chances et risques principaux.....	23
4.1	Champ de tension entre les fournisseurs de prestations et le canton aux rôles multiples (garant des soins, régulateur et propriétaire).....	23
4.2	Chances et risques financiers.....	28
4.3	Disparition de fournisseurs : risques et conséquences.....	33
5.	Des scénarios de soins et un modèle 4+ pour optimiser la planification des soins.....	36
5.1	Le modèle <i>Hub and spoke</i> : une solution pour réaliser les soins intégrés.....	36
5.2	Conditions à remplir en vue de la réorganisation des régions de soins (modèle 4+).....	39
5.3	Fixer un objectif aux fournisseurs de prestations : approches basées sur le modèle <i>Hub and spoke</i>	41
5.4	Application et évaluation du modèle <i>Hub and spoke</i> dans le canton de Berne.....	42
6.	Améliorer les outils de planification et de pilotage : mesures envisageables.....	45
6.1	Le canton de Berne, acteur du secteur de la santé aux multiples facettes.....	45
6.2	Objectifs visant à améliorer les outils de planification et de pilotage des soins.....	46
6.3	Mesures envisageables pour atteindre les objectifs de planification des soins.....	47
6.4	Mesures pour améliorer les instruments de pilotage dont dispose le canton en sa qualité de propriétaire.....	50
7.	Le paysage hospitalier bernois en mutation : bilan et recommandations.....	52
8.	Annexe.....	55
1.	Autres analyses liées aux soins de santé dans le canton de Berne.....	56
2.	Paysage hospitalier bernois : état des lieux.....	57
3.	Complément : changements possibles pour les structures de soins du canton.....	59
4.	Evaluation des scénarios.....	63

Abréviations et glossaire

Adéquation avec les ressources	Correspond aux ressources disponibles
AOS	Assurance obligatoire des soins
<i>Baserate</i>	Prix de base ; montant qui sera payé pour un traitement avec un facteur de pondération de 1,0.
<i>Cash flow</i>	Trésorerie, flux de trésorerie
Centre hospitalier / hôpital en fin de chaîne de traitement	Fournisseurs offrant une palette de prestations très large dépassant les soins de base. En raison de leur taille (nombre important de cas et de consultations), ils sont généralement un pilier des structures de soins.
CHR	Centre hospitalier régional
Convention de postposition	Contrat conclu entre un créancier et une SA débitrice. Renonciation temporaire au paiement d'une créance afin d'éviter le surendettement, voire l'insolvabilité d'une entreprise.
Coopération	Coopération de circonstance dans des domaines de prestations isolés entre des acteurs économiques par ailleurs compétiteurs (p. ex. société d'achat commune à deux sociétés hospitalières concurrentes).
Cumulatif	Qui est calculé ensemble, additionné.
Cybersanté	Utilisation des technologies numériques dans le domaine de la santé ; il s'agit principalement des technologies de l'information et de la communication qui sont employées pour le traitement, le diagnostic, la prévention, la surveillance et l'administration.
Degré d'autofinancement	Part de fonds propres dans le capital total d'une entreprise
Degré de couverture des immobilisations 2	Couverture des actifs immobilisés par les fonds propres et les capitaux étrangers disponibles à long terme
Degré de liquidité 2	Exprime la capacité de l'entreprise à couvrir ses dettes à court terme par ses liquidités et ses créances.
DEP	Dossier électronique du patient
DSSI	Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (anciennement Direction de la santé et de la prévoyance sociale, SAP)
EBIT	<i>Earnings before Interest and Taxes</i> , autrement dit le bénéfice avant intérêts et impôts
EBITDA	<i>Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization</i> , autrement dit le bénéfice avant intérêts, impôts et amortissement des immobilisations corporelles et incorporelles
EBITDAR	<i>Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent</i> , autrement dit le bénéfice avant intérêts, impôts et amortissement des immobilisations corporelles et incorporelles, et loyers
EFAS	<i>Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen</i> , autrement dit le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières

Enveloppe budgétaire	Outil de pilotage des finances. Il s'agit d'un budget annuel maximal, qui fixe des objectifs contraignants (objectifs de coûts, frein à l'endettement, plafond de coûts). Des mécanismes de sanction sont prévus en cas de dépassement.
Gestion opérationnelle	Gestion des activités essentielles médicales et non médicales
HLB	Groupe Hirslanden Berne SA
ICHOM	<i>International Consortium for Health Outcomes Measurement</i>
Interdépendances	Dépendance réciproque de variables économiques, qui s'influencent mutuellement.
Intervention élective	Intervention ou opération planifiée, non urgente et qui peut être décalée ou annulée sans danger pour la patientèle. La date est fixée par la patiente ou le patient.
IPA	Infirmières et infirmiers de pratique avancée (IPA), avec un niveau d'expertise poussé
LHG	<i>Lindenhofgruppe</i> , groupe Lindenhof
<i>Machine learning</i>	Application de l'intelligence artificielle qui permet aux systèmes informatiques d'apprendre et de résoudre par eux-mêmes des problèmes à partir d'algorithmes.
Médecine de précision	Discipline médicale qui intègre les données biologiques, environnementales et sociales individuelles pour proposer des mesures préventives et des traitements ciblés à partir de la séquence ADN de chaque patiente et patient.
Médecins libéraux	Médecins organisés en cabinet médical (seuls ou à plusieurs) ou en cabinet de groupe
MHS	Médecine hautement spécialisée
Modèle <i>Hub and spoke</i>	Réseau de soins intégrés échelonné, composé d'un centre hospitalier fournissant tous types de soins et de centres de santé satellitaires assurant les soins de base
Multimorbidité	Cooccurrence de deux conditions chroniques ou plus chez une patiente ou un patient
Nombre minimal de cas	Seuil de cas minimal fixé pour évaluer l'économicité et la qualité de chaque type d'intervention. Les hôpitaux qui n'atteignent pas ou plus ce seuil ne peuvent pas ou plus pratiquer l'intervention en question à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
Offre de proximité	Traitements pour lesquels le personnel médical se déplace chez la patientèle. Concerne surtout la psychiatrie.
OFS	Office fédéral de la statistique
Part de fonds propres	Part de fonds propres dans le capital total
Patients assurés en division privée et semi-privée	Patientes et patients affiliés à une assurance complémentaire
Prestations de base fixes	Prestations hospitalières nécessaires à la couverture en soins ; elles fonctionnent 24 heures sur 24, qu'elles soient effectivement utilisées ou non, et impliquent des investissements initiaux importants (personnel des urgences, appareils médicaux tels que les IRM, etc.)
Prise en charge complète	Hôpital qui assure une prise en charge dans tous les domaines, y compris les soins d'urgence, 24 heures sur 24.

PROMs	<i>Patient Reported Outcome Measures</i> : enquête visant à évaluer le résultat des traitements et incluant le ressenti individuel de chaque patiente et patient
Services de sauvetage sans mandat de prestations cantonal	Ambulance et service de sauvetage Grindelwald SA, Ambulance Lauterbrunnen, Centre de réadaptation à Heiligenschwendi, Service d'ambulance et de secours Sense AG à Wünnewil (canton de Fribourg), Services d'ambulance et de secours de Morat et environs (canton de Fribourg)
Services de sauvetage terrestre	Services de sauvetage sans mandat de prestations cantonal
<i>Skill Grade Mix</i>	Composition d'une équipe avec différents profils en termes de compétences, d'expériences professionnelles et personnelles, de types et de niveaux de formation
Soins intégrés	Dans le présent rapport, ce terme renvoie à la collaboration interorganisationnelle entre des acteurs de différents domaines de prestations. Les assurances ne sont pas concernées.
SPR	Services psychiatriques régionaux
Surcapacité	Offre excédentaire au niveau régional
SwissDRG	Système tarifaire national de rémunération des prestations hospitalières en soins aigus somatiques, selon les forfaits par cas
TARMED	Système tarifaire national pour les prestations médicales ambulatoires
Taux d'endettement	Ratio entre le niveau de dettes d'une entreprise et la valeur de ses fonds propres
Test de dépréciation	Test visant à déterminer une valeur donnée, par exemple la valeur d'un poste budgétaire ou d'un bien immobilier
VaR	La valeur à risque est un indicateur servant à mesurer le risque de perte lié à un investissement.
Zero night DRG	Tarif forfaitaire pour des prestations ambulatoires sans nuitée

1. Introduction

1.1 Genèse du rapport

Dans sa motion 192-2019 *Paysage hospitalier en mutation : il est temps que le Conseil-exécutif fasse un état des lieux* (CGes, Siegenthaler), la Commission de gestion du canton de Berne a demandé que soient examinés les risques (financiers) encourus par le canton de Berne en raison du système actuel de soins hospitaliers ainsi que les opportunités que celui-ci engendre. En outre, les mesures qu'il conviendrait de prendre pour adapter le paysage hospitalier – notamment en ce qui concerne les sites et leurs offres – doivent être mises en évidence, l'objectif étant de garantir une couverture hospitalière fonctionnelle et économique à long terme. La motion a été adoptée par le Grand Conseil à la session de novembre 2019.

1.2 Mandat PwC⁴

Le présent rapport doit répondre aux questions soulevées par la motion et servir de base à la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (ci-après DSSI) pour le développement du système de santé cantonal, pour la prochaine planification des soins et pour l'introduction de mesures destinées aux hôpitaux avec participation cantonale. Le rapport doit également faire écho à la Stratégie de la santé du canton de Berne 2020-2030 (ci-après Stratégie de la santé) et poser les jalons pour les stratégies partielles « Soins somatiques et psychiatriques, réadaptation (ambulatoires et hospitaliers) », « Soins de longue durée (ambulatoires et résidentiels) », « Promotion de la santé et prévention », « Sauvetage » et surtout « Gestion intégrée des soins ».

Mandataire externe, la société PwC a dressé avec le concours de la DSSI un rapport sur le paysage hospitalier bernois, pour lequel elle a mis l'accent sur les axes suivants :

- présentation et analyse du système de santé actuel du canton (dans les domaines des soins aigus somatiques, de la psychiatrie et de la réadaptation),
- présentation et pondération des chances et risques (financiers) encourus par le canton en raison du système de soins hospitaliers, via un portefeuille de risques,
- modélisation de différents scénarios d'évolution du système de soins dans le canton de Berne,
- présentation des résultats, conclusions de l'analyse et des simulations, recommandations destinées au canton quant au pilotage des soins et sur son rôle en sa qualité de propriétaire.

1.3 Structure du rapport et méthodologie

Structure

En premier lieu, il convient de dresser un état des lieux de l'actuel paysage hospitalier bernois (point 2), en présentant le contexte et les objectifs du système de santé. Le point 3 est consacré aux tendances à l'œuvre dans le système de santé suisse, aux changements qui s'amorcent dans les structures de soins et à leurs potentielles répercussions sur la planification des soins dans le canton de Berne. Le point 4 expose les chances et risques principaux pour les acteurs en présence, tandis que le point 5 présente différents scénarios de soins (intégrés) et propose un modèle à suivre pour la future organisation du paysage hospitalier. Le point 6 formule des recommandations de mise en œuvre de mécanismes de pilotage intéressants en ce qui concerne la planification des soins et le rôle du canton en sa qualité de propriétaire. S'ensuit la conclusion, assortie d'autres recommandations de la société PwC à l'intention du canton de Berne, lesquelles portent sur la suite du processus politique (point 7).

⁴ Le mandat de projet, qui contient surtout des observations détaillées sur le contenu, est réglé par le document *Bericht zur Motion 192-2019 Siegenthaler (CGes), Spitallandschaft im Umbruch – Jetzt braucht es eine Auslegeordnung durch den Regierungsrat (SPITALBERICHT)*.

La structure du présent rapport est illustrée ci-après.

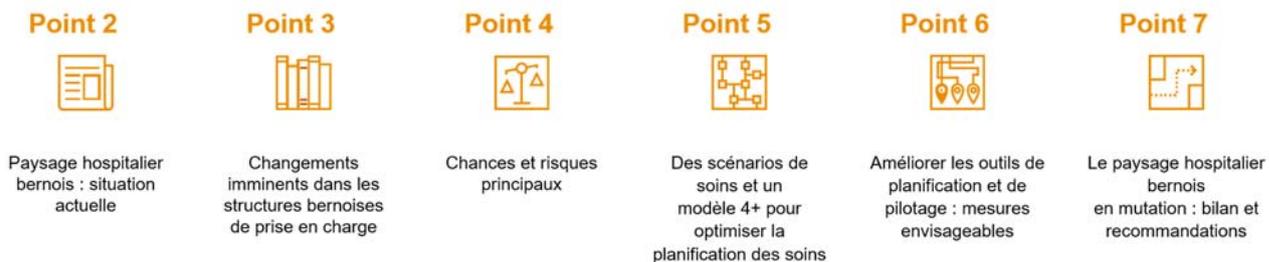


Illustration 1 : méthodologie et structure du rapport

Fondements

L'élaboration du rapport se fonde sur le contexte cantonal actuel, sur la planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11), sur la Stratégie de la santé et son influence sur les stratégies partielles. En outre, l'analyse et la présentation prennent en compte l'ensemble des structures de soins actuellement disponibles dans les différentes régions du canton, ce qui permet de garantir la faisabilité de chaque scénario. Les données et sources utilisées sont systématiquement les plus récentes.

Méthodologie

Le rapport a été rédigé en suivant la méthodologie suivante :

- 1. Analyse du contexte et des changements qui s'amorcent dans le système de soins**
- 2. Identification des chances et des risques sur la base des dites analyses**
- 3. Elaboration de scénarios de soins tenant compte de ces risques**
- 4. Recommandations de mise en œuvre des scénarios privilégiés**

Pour l'analyse du contexte, ce sont principalement les flux de patients et les prévisions de la demande reposant sur des données secondaires (de l'OFS, fournies par la DSSI) qui sont utilisés afin d'identifier les préférences des patientes et patients en ce qui concerne le système hospitalier (analyse de la situation actuelle). Une distinction a été opérée d'une part entre les traitements d'urgence et les traitements électifs, d'autre part entre les traitements réalisés en mode ambulatoire et hospitalier, l'idée étant de mieux comprendre les mécanismes d'action propres au paysage hospitalier actuel. Des constats sur la qualité et l'efficacité des différents traitements sont ensuite dressés à partir de l'analyse du nombre de cas chez chaque fournisseur de prestations. Partant de l'analyse des tendances de fond et des changements qui s'amorcent dans le système de santé bernois, les défis pour les structures de santé sont ensuite mis en lumière du point de vue tant du canton que des fournisseurs de prestations. Ces analyses porteront également sur la situation financière des hôpitaux avec participation cantonale et d'autres fournisseurs de prestations à titre de comparaison.

Dans un second temps, une synthèse des chances et risques principaux identifiés pour le canton et les fournisseurs de prestations est présentée sous forme de tableaux récapitulatifs qui rendent compte des conséquences pour les différents acteurs. Dans un troisième temps, différents objectifs et scénarios de prise en charge sont envisagés afin de répondre aux défis à venir (analyse de la situation visée). Un regard critique est alors posé sur l'organisation actuelle des régions de soins (modèle 6+), assorti d'une proposition d'amélioration. Les scénarios sont ensuite évalués sur la base de critères tangibles. Enfin, des recommandations concrètes de mise en œuvre des objectifs, destinées aux acteurs du système de santé (notamment les hôpitaux avec participation cantonale et le canton lui-même), sont formulées en tenant compte de la situation actuelle et des implications qui en découlent pour le développement du système de soins.

1.4 Limites du rapport

L'analyse du contexte repose sur différentes sources de données publiques des dernières années ; les données et sources disponibles les plus récentes ont systématiquement été utilisées. La société PwC n'a elle-même procédé à aucune collecte de données. Les fournisseurs de prestations cantonaux n'ont pas été

consultés : les modèles ont été élaborés grâce à l'expertise acquise par la société PwC au travers de plusieurs projets liés à l'environnement hospitalier suisse et bernois, et à partir de données publiques.

Dans le présent rapport, l'accent est mis sur les évolutions dans le domaine des soins aigus somatiques. Bien qu'elles fassent elles aussi partie intégrante de la santé, la psychiatrie et la réadaptation sont abordées dans une moindre mesure. Le poids financier et l'ampleur de ces différents sous-segments ont aussi été pris en compte dans la pondération, puisque les soins aigus somatiques sont de loin le domaine qui représente le plus de cas et a le plus besoin de moyens financiers. Dans l'annexe, une présentation qualitative succincte des offres en lien avec le paysage hospitalier bernois ainsi que plusieurs analyses supplémentaires (p. ex. celle des structures libérales) apportent une vue d'ensemble.

Les scénarios envisagés dans le présent rapport sont conçus de manière fortement abstraite. Leur mise en œuvre, leur modélisation concrète et le déploiement de mesures ad hoc incombent aux fournisseurs de prestations dans le cadre de leur liberté entrepreneuriale. Par conséquent, aucune conclusion concrète sur l'évolution future des différents sites hospitaliers dans le canton de Berne ne saurait être tirée de ces scénarios. Il est en revanche possible d'en déduire des objectifs : le canton, agissant par le Grand Conseil et le Conseil-exécutif, doit veiller à ce que soient réunies les conditions optimales à la réalisation de ces objectifs et donc des scénarios.

Les récents développements liés à la pandémie de coronavirus qui sévit depuis début 2020 n'ont pas été intégrés en détail aux analyses. On peut toutefois partir du principe que la pandémie accélérera la transformation du système hospitalier.

2. Paysage hospitalier bernois : situation actuelle

2.1 Organisation du système de soins

Soins aigus somatiques

Le système de soins aigus somatiques du canton de Berne est découpé en six régions de soins et une sous-région, selon un modèle dit 6+ (voir l'illustration 2). Calqué sur les flux de patients à l'échelle du canton, ce découpage a été présenté pour la première fois dans la planification des soins 2011-2014⁵.

Le canton de Berne a attribué des mandats de prestations à 31 hôpitaux de soins aigus somatiques (maisons de naissance incluses). Parce qu'il propose, en plus des soins de base, la gamme de soins la plus complète et la plus (hautement) spécialisée, le groupe de l'île occupe une place de premier plan dans le système de santé du canton en tant que centre hospitalier en fin de chaîne de traitement dans un modèle échelonné de prise en charge. Il est donc souvent considéré comme étant d'importance systémique. Sur les 31 hôpitaux de soins aigus somatiques disposant d'un mandat de prestations, 27 sont sis sur le territoire du canton de Berne tandis que quatre se trouvent dans les cantons voisins de Soleure et de Neuchâtel. Si les fournisseurs de prestations de soins aigus somatiques sont répartis dans tout le canton de Berne, la densité est particulièrement élevée dans l'agglomération bernoise :

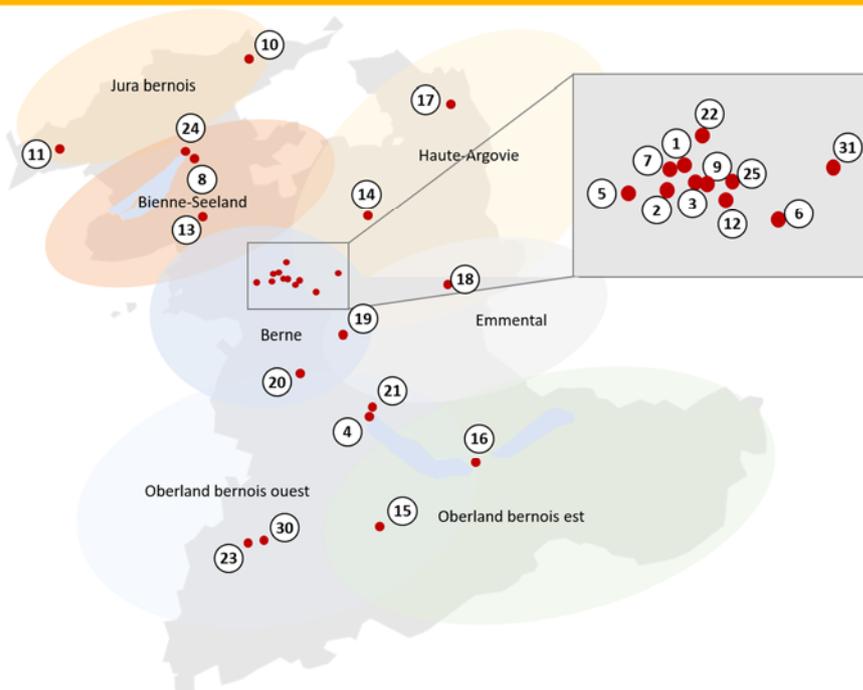
Paysage hospitalier bernois – Soins aigus somatiques

Numéro Hôpital (site)

1	Hôpital d'Engeried, groupe Lindenhof SA
2	Hôpital universitaire de Berne, groupe de l'île SA
3	Clinique Beau-Site, groupe Hirslanden Berne SA
4	Clinique Hohmad, Clinique Hohmad SA
5	Clinique Permanence, groupe Hirslanden Berne SA
6	Clinique Siloah SA et clinique Gümligen, SMNH SA
7	Hôpital Lindenhof, groupe Lindenhof SA
8	Clinique des Tilleuls, Hirslanden Clinique des Tilleuls
9	Hôpital Salem, groupe Hirslanden Berne SA
10	Hôpital de Moutier, Hôpital de Moutier SA
11	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA
12	Hôpital Sonnenhof, groupe Lindenhof SA
13	Hôpital d'Aarberg, groupe de l'île SA
14	Hôpital de Berthoud, Hôpital régional de l'Emmental SA
15	Hôpital de Frutigen, Hôpitaux FMI SA
16	Hôpital d'Interlaken, Hôpitaux FMI SA
17	Hôpital de Langenthal, Hôpital régional de Haute-Argovie SA
18	Hôpital de Langnau, Hôpital régional de l'Emmental SA
19	Hôpital de Münsingen, groupe de l'île SA
20	Hôpital de Riggisberg, groupe de l'île SA
21	Hôpital de Thoune, Hôpital Simmental-Thoune-Saanenland SA
22	Hôpital de Tiefenau, groupe de l'île SA
23	Hôpital de Zweisimmen, Hôpital Simmental-Thoune-Saanenland SA
24	Centre hospitalier Bienne, Centre hospitalier Bienne SA
25	Maisons Oranienburg et Belvoir, Fondation Diaconis*
30	Maison de naissance Maternité Alpine, Coopérative**
31	Maison de naissance Luna SA (Ostermundigen)**

* Soins palliatifs

** Maisons de naissance



Source : géoportail du canton de Berne, Hôpitaux et cliniques, 2020

Illustration 2 : répartition des hôpitaux de soins aigus somatiques disposant d'un mandat de prestations (découpage schématique des régions de soins du système actuel)

Psychiatrie

A l'instar des soins aigus somatiques, la psychiatrie hospitalière est découpée en régions de soins, au nombre de quatre⁶ : Agglomération bernoise, Aaretal-Oberland, Bienne-Seeland-Jura bernois et Haute-Argovie-Emmental. La couverture en soins psychiatriques de base et l'accessibilité des prestations y sont en principe assurées. S'agissant des soins psychiatriques ambulatoires, chacune de ces quatre régions est subdivisée en

⁵ DSSI (2011) : *Planification des soins 2011-2014 selon la LSH*

⁶ DSSI (2016) : *Planification des soins 2016 selon la LSH*, p. 15

deux ou trois secteurs. Ces régions sont chargées de garantir la couverture en soins ambulatoires, hospitaliers et semi-hospitaliers, et de fournir les prestations en clinique de jour ainsi que les autres offres de proximité⁷ ; elles sont détaillées dans la planification des soins.

En psychiatrie, quatorze établissements sis sur 26 sites dans les quatre régions de soins disposent d'un mandat de prestations psychiatriques. Là aussi, l'agglomération bernoise est particulièrement bien dotée en termes de fournisseurs. Les Services psychiatriques universitaires de Berne SA (SPU) y offrent la gamme de soins la plus complète de tout le système de santé et sont, par leur rattachement à l'université, situés en fin de chaîne de traitement. A noter également les services de psychiatrie (ambulatoire et hospitalière) associés aux hôpitaux de soins aigus somatiques dans les régions Haute-Argovie, Emmental, Oberland bernois est et Oberland bernois ouest. L'accent y est mis sur l'intégration des soins aigus somatiques et de la psychiatrie, à la différence du Jura bernois, de la ville de Berne et de Münsingen, où l'on trouve de grosses structures axées exclusivement sur la psychiatrie hospitalière. A terme, il est essentiel de tendre à une meilleure intégration des offres psychiatriques aussi au cœur des villes, pour lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie.

Tous les domaines de prestations figurant sur la liste des hôpitaux sont attribués à plusieurs fournisseurs répartis sur tout le territoire cantonal. Située à la frontière entre Berne et Lucerne, la clinique St-Urban (*Luzerner Psychiatrie, lups*) est la seule à disposer d'un mandat de prestations hors du canton de Berne. Globalement, ce dernier a un taux élevé de couverture des besoins et un bon niveau de prise en charge en matière de services institutionnels de psychiatrie. Des pénuries sont parfois à déplorer dans certains domaines et en raison de spécificités régionales – p. ex. psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, offres résidentielles bilingues à Bienne ; des projets tentent néanmoins d'y remédier (p. ex. nouvelle offre au Centre hospitalier Bienne [CHB] proposée par le Centre psychiatrique de Münsingen SA [CPM]).

Services psychiatriques régionaux : contexte et collaboration cantonale

Les SPU (Berne), le CPM (Münsingen) et le Réseau santé mentale AG (RSM), anciennement les Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland (SPJBB), sont devenus autonomes au 1^{er} janvier 2017 et sont depuis lors gérés comme des sociétés anonymes de droit privé financé par un organisme public. L'année suivante, soit au 1^{er} janvier 2018, le RSM a intégré l'Hôpital du Jura bernois (HJB)⁸.

Un service interjurassien de psychiatrie doit ouvrir à Moutier en remplacement du site de Bellelay (HJB), une collaboration intracantonale qui concernerait l'Hôpital du Jura (HJU) et l'HJB. Le processus politique est en cours et les travaux en sont à la phase d'élaboration conceptuelle. Ils sont évidemment concernés par la votation à venir sur l'appartenance cantonale de la commune de Moutier.

Réadaptation

Le canton de Berne jouit d'un large panel de prestations dans le domaine de la réadaptation également. Contrairement aux soins aigus somatiques et à la psychiatrie, la réadaptation n'est pas organisée en régions de soins. Cela s'explique par le fait qu'historiquement, la proximité avec le domicile était de moindre importance, en particulier pour la prise en charge hospitalière. Toutefois, on observe aujourd'hui une tendance croissante à la réadaptation de proximité – principalement en ambulatoire mais dans une certaine mesure aussi en mode hospitalier – ainsi qu'une meilleure intégration des fournisseurs en soins aigus somatiques hospitaliers⁹. La planification cantonale de la réadaptation s'appuie entre autres sur la liste des hôpitaux. Dans le canton de Berne, douze établissements ont reçu un mandat de prestations. Seules les régions administratives de Bienne-Seeland, du Jura bernois et de l'Oberland comptent des cliniques de réadaptation spécialisées¹⁰.

⁷ Traitements pour lesquels le personnel médical se déplace chez les patientes et patients. Concerne en premier lieu la psychiatrie.

⁸ L'évolution et la planification des soins de ce fournisseur sont liées aussi à la discussion récurrente autour du canton de rattachement du Jura bernois. Cet élément doit être pris en compte dans la planification.

⁹ P. ex. le groupe RehaClinic, qui offre des prestations dans plusieurs hôpitaux de soins aigus somatiques (hôpital Limmattal, hôpital cantonal de Glaris, etc.).

¹⁰ La Clinique Bernoise Montana se situe hors du canton de Berne. Son siège étant à Berne, elle est considérée comme un fournisseur de prestations cantonal.

A cela s'ajoutent des fournisseurs de soins aigus somatiques qui proposent également des prestations de réadaptation (dits mixtes, non représentés ici) et jouent à ce titre un rôle clé dans ce domaine.

Les six établissements auxquels un mandat de prestations a été attribué en dehors du canton de Berne relèvent surtout de domaines spécialisés. Dans l'ensemble, les soins proposés dans le canton sont bons.

Dans les analyses ci-après, la réadaptation n'est prise en compte que marginalement, d'une part parce que les données concernant ce secteur sont moindres, d'autre part parce que le volume des prestations y est plus faible que dans le domaine des soins aigus somatiques. Un coefficient de pondération différent a été attribué aux domaines selon leur taille.

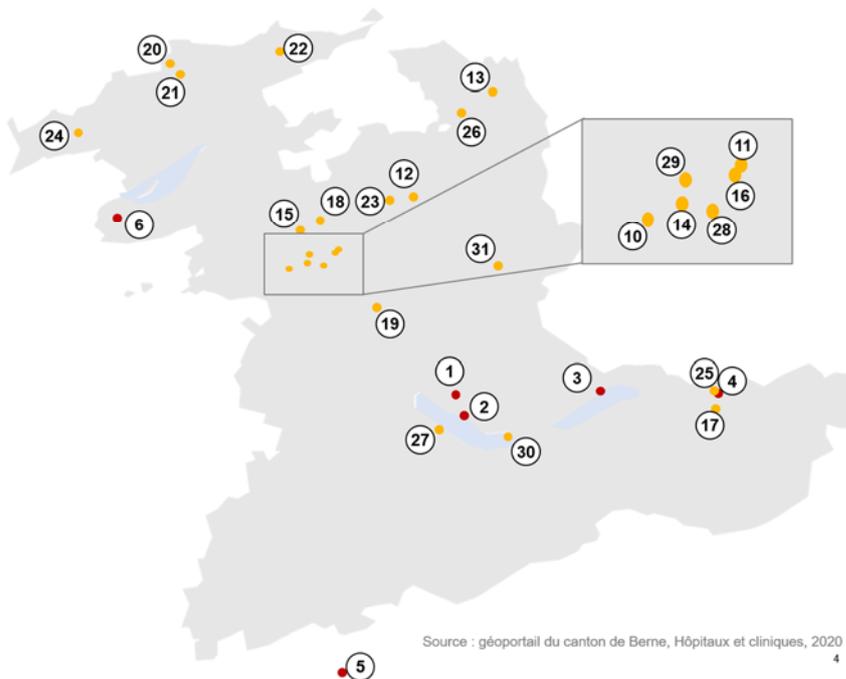
Paysage hospitalier bernois – Réadaptation et psychiatrie

Numéro Hôpital (site)

1	Berner Reha Zentrum, Berner Reha Zentrum AG
2	Clinique Schönberg, Clinique Schönberg SA
3	Clinique d'Oberried, Clinique de cure Eden SA
4	Clinique d'Hasliberg, Rehaklinik Hasliberg AG
5	Höhenklinik Montana, Clinique bernoise Montana (fondation)
6	Clinique Bethesda, Fürsorgeverein Bethesda
10	GPZ Morgenstrasse Berne, SPU Berne SA
11	Hôpital universitaire de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, SPU Berne SA
12	Clinique Selhofen pour le traitement des addictions, Fondation Klinik Selhofen
13	Clinique SGM, Stiftung für ganzheitliche Medizin
14	Clinique Soteria, Interessengem. Sozialpsychiatrie IGS
15	Clinique Südhang pour le traitement des addictions, Fondation Südhang Klinik
16	Clinique Waldau, SPU Berne SA
17	Clinique privée de Meiringen, Privatklinik Reichenbach bei Meiringen AG
18	Clinique privée Wyss, Privatklinik Wyss AG
19	CPM Centre psychiatrique Münsingen SA
20	Clinique de Bellelay, Hôpital du Jura bernois SA
21	Unité du Fuet, Hôpital du Jura bernois SA
22	Unité de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA
23	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG
24	Unité de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA
25	Unité « Au soleil », Clinique privée de Meiringen
26	Clinique Wysshölzli, Fondation Marie Sollberger
27	Centre thérapeutique Olvido, SPU Berne SA
28	Centre thérapeutique Tremola, SPU Berne SA
29	Clinique de Murtenstrasse (Berne), SPU Berne SA
30	Spital Interlaken, spitaler fmi AG
31	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG

Légende

- Réadaptation
- Psychiatrie



Source : géoportail du canton de Berne, Hôpitaux et cliniques, 2020

Illustration 3 : répartition des établissements de réadaptation hospitalière et de psychiatrie dans le canton de Berne (les régions de soins ne sont pas indiquées pour des raisons de lisibilité) – cette fois, les fournisseurs de soins aigus somatiques qui proposent de la réadaptation et de la psychiatrie ne sont plus représentés.

Organismes responsables

Le canton de Berne n'établit pas réellement de distinction de financement entre les groupes hospitaliers, mais distingue plutôt les établissements répertoriés et non répertoriés. Pour les hôpitaux avec participation cantonale, il existe toutefois des outils spécifiques de contrôle et de suivi, prévus par les stratégies de propriétaire et de contrôle des participations du canton. Historiquement, les organismes responsables ont toujours joué un rôle central dans le système de santé. Dans le canton de Berne, la prise en charge est assurée de manière équilibrée entre les acteurs privés et publics. Sur les 53 hôpitaux répertoriés annoncés, 25 étaient des établissements privés (soins aigus somatiques, psychiatrie et réadaptation).

Près de 25% des sorties enregistrées dans le canton de Berne l'ont été dans des hôpitaux privés ; à noter que le groupe de l'île, qui représente à lui seul 25% des sorties, n'est pas pris en compte et fait partie des hôpitaux avec participation cantonale¹¹. Bien que 35% de son capital-actions ait été vendu à Swiss Medical Network SA¹² en 2020, l'HJB est par exemple toujours considéré comme un hôpital public de soins aigus somatiques¹³. Quelques rares sociétés hospitalières comptent aussi des actionnaires minoritaires (p. ex. le CHB).

¹¹ DSSI (2016) : *Planification des soins 2016 selon la LSH*

¹² Selon l'article 21 LSH, le canton détient en règle générale la majorité du capital (> 50%) des CHR. Des exceptions sont prévues.

¹³ Article 21 LSH

2.2 Demande actuelle et évolutions

Evolution démographique dans le canton de Berne

L'analyse des données et des pronostics démographiques donne de très bonnes indications sur l'évolution à venir de la demande en prestations de santé. Cette dernière connaîtra une hausse importante, en raison de l'évolution démographique et épidémiologique.

Dans le canton de Berne, la population totale augmentera d'environ 0,6% par an en moyenne entre 2020 et 2035¹⁴, ce qui représente un total d'environ 96 000 personnes. Si cette croissance ne sera pas très importante chez les moins de 65 ans¹⁵, elle sera d'environ 2,5% chez les plus de 65 ans, soit un total de 85 000 personnes¹⁶. Cette tendance s'observe dans toutes les régions du canton, mais est légèrement plus marquée dans les zones rurales.

Ce vieillissement de la population se traduira surtout par une hausse des pathologies multimorbides et chroniques. Il entraînera également une hausse de la demande en traitements de médecine interne et gériatrique et en traitements neurologiques.

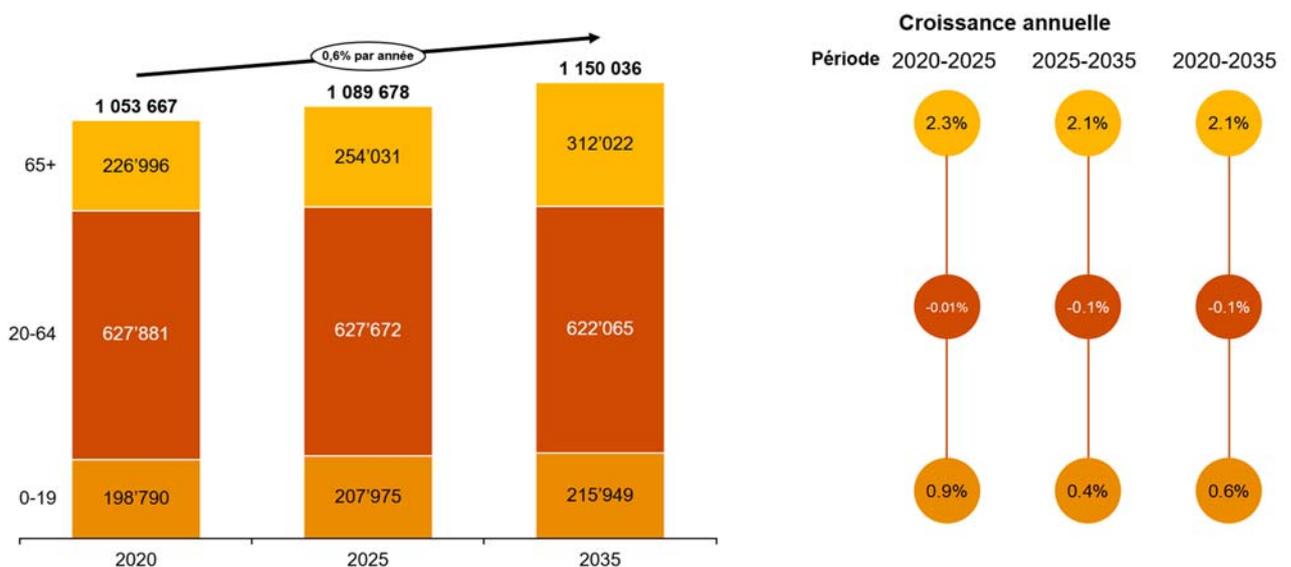


Illustration 4 : évolution démographique par tranche d'âge dans le canton de Berne (2020-2035)

Analyse des flux de patientes et patients hospitalisés

L'analyse des flux de patientes et patients hospitalisés permet de dresser trois constats majeurs :

1. la majorité des patientes et patients sont traités près de chez eux dans leur région de soins ;
2. en ce qui concerne les traitements électifs, la mobilité est plus élevée et le centre hospitalier est celui qui attire le plus de patientes et patients ;
3. l'analyse prend en compte tous les cas (soins aigus somatiques, psychiatrie et réadaptation). Si l'on observe uniquement les soins aigus somatiques, les résultats sont encore plus marqués.

Bien qu'ils puissent choisir librement leur hôpital sur tout le territoire national, la majorité des patientes et patients décident de se faire traiter dans leur canton ; 60% en moyenne plébiscitent la région de soins dans laquelle ils résident. Il n'y a que le Jura bernois où cette part chute à environ 49% : quelque 34% d'entre eux se tournent vers un fournisseur de prestations situé dans la région de soins Bienne-Seeland, ce qui s'explique avant tout par la géographie et par le fait que la distance pour rejoindre ces établissements est plus courte¹⁷. En outre, étant donné que l'entreprise Ambulance Région Bienne SA couvre une partie du Jura bernois, un

¹⁴ Croissance totale : + 9,1%

¹⁵ 0-19 ans : 0,6% ; 24-64 ans : - 1% par an

¹⁶ OFS : projections démographiques

¹⁷ Cette région de soins est en effet très proche du CHB.

certain nombre de patientes et patients sont conduits au CHB : sur les 34 points de pourcentage, ils en représentent 9¹⁸.

Si l'on observe les sorties de patientes et patients admis en mode hospitalier à la suite d'une urgence, la répartition des soins au sein des différentes régions est encore plus marquée. Pour les urgences, plus de 62% des patientes et patients sont soignés dans leur région de soins. Dans l'agglomération bernoise, ce chiffre grimpe à plus de 90%. Ici aussi, on observe que près de 30% de la patientèle du Jura bernois est traitée dans la région Bienne-Seeland.

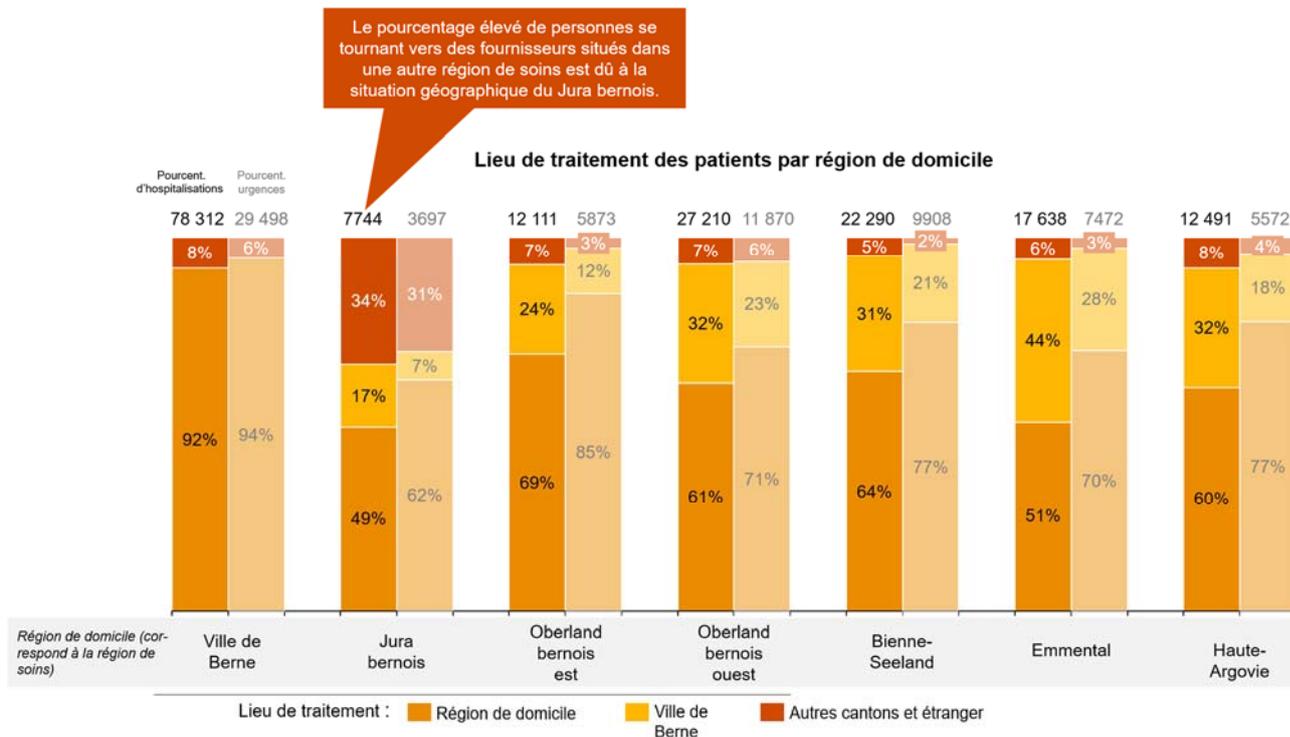


Illustration 5 : analyse des flux de patients hospitalisés (colonne de gauche) et admis aux urgences (colonne de droite)

Analyse des flux de patients en consultation ambulatoire

Il ressort de l'analyse des flux de patients en consultation ambulatoire en hôpital les trois autres constats suivants :

1. la majorité des patientes et patients sont traités près de chez eux dans leur région de soins ;
2. pour des traitements psychiatriques, les patientes et patients acceptent de faire un trajet plus long, potentiellement en raison de la stigmatisation ou parce qu'aucune offre adéquate n'est disponible près de chez eux ;
3. l'analyse tient compte de tous les cas de prise en charge hospitalière TARMED.

Les flux indiquent que la majorité des patientes et patients proviennent de l'agglomération bernoise : ils représentent environ 487 000 consultations sur un total de 1 090 000. Le taux de couverture des besoins est très élevé (95%), comme il ressort de l'illustration 6. Cette tendance – taux élevé de couverture des besoins et prépondérance de la prise en charge de proximité – est observable dans six autres régions de soins, de manière toutefois moins marquée (entre 56% et 72% des consultations ambulatoires en hôpital ont lieu dans la région de soins des patientes et des patients).

¹⁸ Approximation sur la base des flux de patientes et patients dans les régions MedStat. Un certain degré d'incertitude ne saurait être exclu, lié à l'affectation des communes aux régions MedStat ; il reste toutefois négligeable.

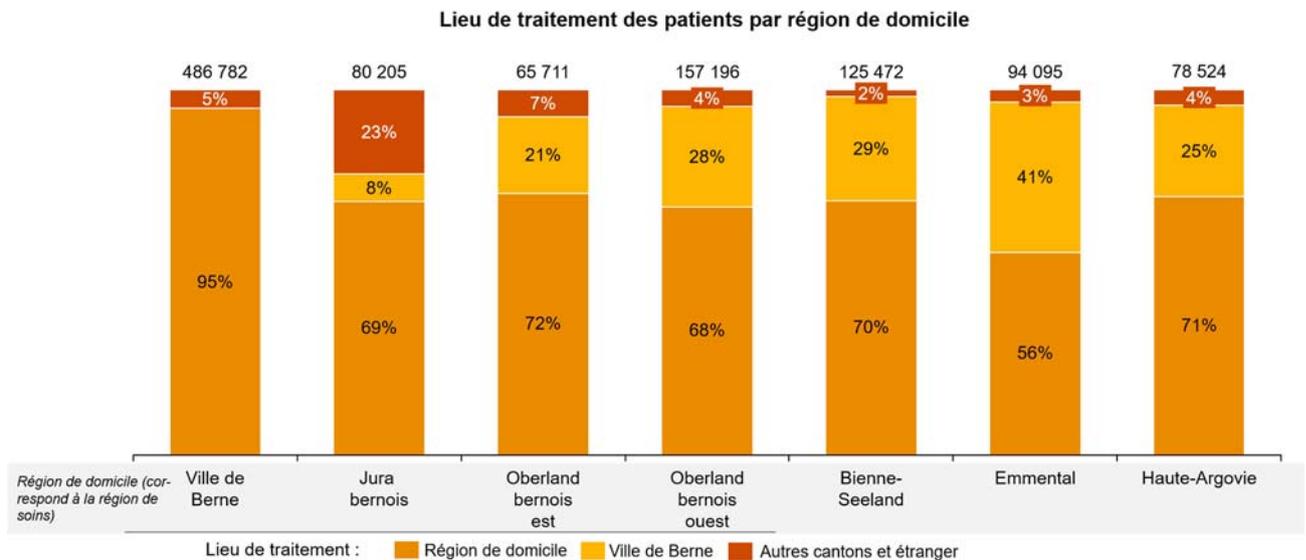


Illustration 6 : analyse des flux de patientes et patients en consultation ambulatoire par région de domicile

2.3 Situation financière des établissements bernois de psychiatrie et de soins aigus somatiques

Le présent rapport analyse en détail tous les hôpitaux de soins aigus somatiques avec participation cantonale et les compare, lorsque cela est possible, avec les établissements privés. Le groupe de l'Île compte parmi les hôpitaux examinés, en raison de son caractère public et parce que le canton en est un actionnaire minoritaire. S'agissant de la psychiatrie, les SPU et le CPM sont inclus ; par contre, la réadaptation n'est pas examinée séparément.

Seules les données historiques sont utilisées ; une simulation statistique est effectuée à partir de celles-ci au point 4.2.

Accès aux données des établissements privés

Les données des hôpitaux de soins aigus somatiques et des cliniques psychiatriques et de réadaptation privés situés dans le canton de Berne sont difficilement accessibles. Seuls quelques établissements publient leurs rapports de gestion et de révision (comprenant leurs comptes annuels) ; la plupart ne publient aucune donnée financière – ou alors de manière incomplète.

L'Association des cliniques privées du canton de Berne (VPSB), qui regroupe six hôpitaux de soins aigus somatiques, trois cliniques psychiatriques et trois cliniques de réadaptation, publie dans son rapport annuel les données financières et de performance de ses membres.

La présente analyse inclut deux hôpitaux privés de soins aigus somatiques – le groupe Lindenhof (LHG) et le groupe Hirslanden Berne SA (HLB) – puisqu'il s'agit de centres hospitaliers importants et parce que leurs données sont rendues publiques.

Analyse de la rentabilité

Dans l'ensemble, la situation financière des hôpitaux de soins aigus somatiques avec participation cantonale peut être qualifiée de solide. Certains d'entre eux doivent néanmoins investir dans leurs infrastructures : des projets de construction sont prévus tandis que d'autres sont en cours, voire terminés. Outre les investissements dédiés aux bâtiments et aux infrastructures médico-techniques, des sommes toujours plus importantes doivent être allouées aux outils numériques, tels que les nouveaux systèmes d'information, les plateformes pour la patientèle et les référents ou d'autres infrastructures de ce type – avec un impact évident sur les finances des hôpitaux.

Pour évaluer la viabilité financière de ces projets d'investissement, l'EBITDAR est un indicateur fréquemment utilisé¹⁹, bien qu'il y en ait d'autres. Comparativement à un hôpital dont l'infrastructure est déjà largement amortie, les investissements entraînent en règle générale des amortissements et des intérêts plus élevés. Si les nouvelles infrastructures ne permettent pas d'augmenter l'EBITDAR, le futur bénéfice d'exploitation (EBIT) et le bénéfice net baisseront jusqu'à entraîner des pertes, et donc une diminution des fonds propres.

Objectif : marge EBITDAR de 10,0% dans le domaine des soins aigus somatiques

Pour obtenir des résultats annuels moyens équilibrés ou positifs, un hôpital doit réaliser à long terme un EBITDAR supérieur aux amortissements annuels (et le cas échéant aux loyers), aux intérêts et aux impôts éventuels. L'objectif de marge EBITDAR a été défini en ce sens, en tant que fonction des coûts du capital (intérêts sur le capital propre et emprunté), de la durée moyenne d'utilisation des installations, de la rotation moyenne du capital, des loyers et des impôts. Plusieurs études de la société PwC²⁰ ont permis de préciser l'objectif de marge à hauteur de 10,0%, un objectif d'ailleurs largement repris dans le paysage hospitalier suisse. Une marge de 8,0% à 10,0% conviendrait vraisemblablement aussi aux hôpitaux moins spécialisés et de plus petite envergure²¹.

Au vu des projets d'investissement précédemment évoqués, la réalisation de l'objectif de marge EBITDAR de 10,0% (ou compris entre 8,0% et 10,0% pour les hôpitaux moins bien établis et de plus petite envergure) sera d'autant plus importante à l'avenir pour préserver la solide base de fonds propres et la capacité d'amortissement de risque qui en découle. Les investissements dans le domaine des nouveaux bâtiments, des rénovations et surtout de l'infrastructure informatique visent habituellement à générer des optimisations de processus et à dégager des synergies qui permettent d'améliorer la marge EBITDAR. Il est donc particulièrement important non seulement d'atteindre ces objectifs, mais aussi de les vérifier régulièrement après réalisation des investissements, faute de quoi des amortissements plus élevés risquent, dans le pire des cas, d'engendrer des pertes récurrentes et, partant, un déficit structurel. Les fonds propres diminueraient alors inmanquablement dans le temps, entraînant un recul de la capacité à amortir les risques en autonomie. Les organismes responsables verraient en contrepartie augmenter les risques financiers liés à leur participation. D'un point de vue économique, les investissements ne peuvent guère plus être financés dans une telle situation que par des contributions supplémentaires ou des garanties des propriétaires. En cas de résultats insuffisants persistants, les valeurs comptables inscrites au bilan des organismes responsables devraient faire l'objet d'un test de dépréciation et, le cas échéant, être amorties.

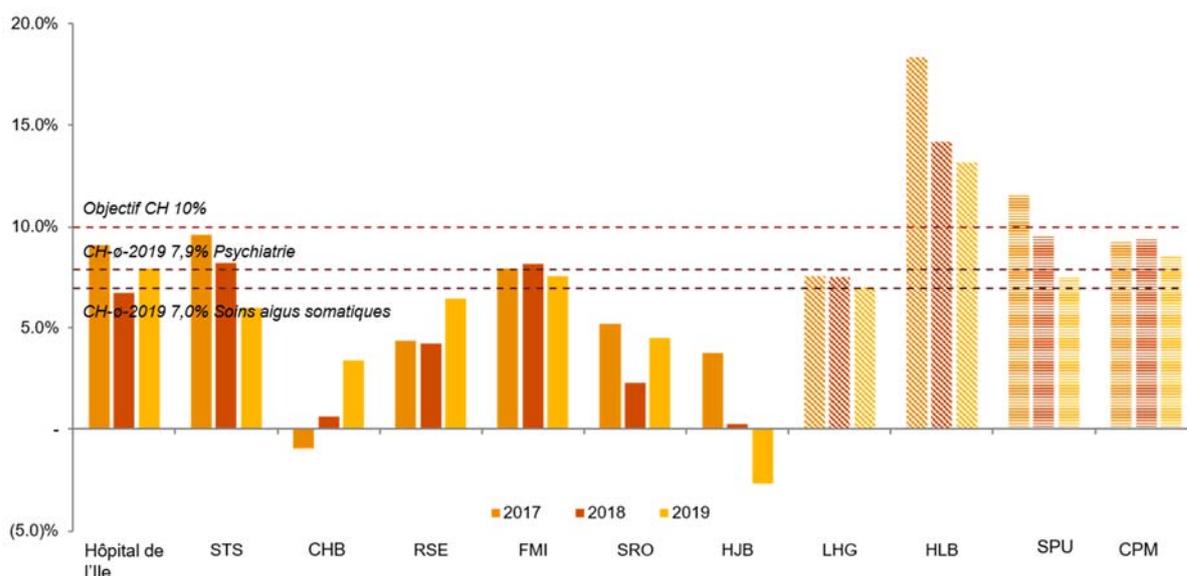


Illustration 7 : marges EBITDAR 2017-2019²²

¹⁹ Pour un hôpital sans objet loué, l'EBITDA et l'EBITDAR sont identiques.

²⁰ PwC (2013) : *Hôpitaux suisses : santé financière 2012*

²¹ PwC (2017) : *Hôpitaux suisses : santé financière 2016*

²² Le groupe de l'île a été inclus ici étant donné son statut juridique particulier en tant qu'hôpital universitaire et du fait qu'il est contrôlé par le canton (le conseil d'administration de la Fondation de l'Hôpital de l'île est élu par le conseil d'administration du groupe).

L'illustration 7 montre que, parmi les hôpitaux avec participation cantonale, aucun n'a atteint ou dépassé l'objectif de marge EBITDAR de 10,0% durant la période 2017-2019. Avec des valeurs comprises entre 5,9% et 9,6%, les sociétés Spital STS AG (STS), FMI AG (FMI) et groupe de l'île SA (Insel Gruppe AG) ont réalisé les plus hautes marges EBITDAR, atteignant même pour certaines la valeur cible EBITDA²³ de 8,0% définie dans la stratégie de surveillance et de contrôle des participations du canton. Ces trois sociétés affichent également des marges bénéficiaires nettes positives au cours des trois dernières années.

En réalisant des marges EBITDAR comprises entre 2,3% et 6,5%, les sociétés Regionalspital Emmental AG (RSE) et Spitalregion Oberaargau (SRO) ont clairement manqué l'objectif de 10,0% et ne sont parvenues à atteindre qu'une seule année la valeur minimale de 5,0% formulée dans la stratégie de surveillance et de contrôle des participations. Tandis que le RSE a pu dégager en 2017 et 2019 des marges bénéficiaires nettes positives, le SRO n'est jamais sorti des chiffres rouges, enregistrant des marges nettes de - 2,6%, - 5,9% et - 3,9%. Les pertes du SRO sont dues à des amortissements très élevés imputables à d'importants investissements d'infrastructure récemment réalisés (entretien et construction).

Au cours des trois dernières années, le CHB et l'HJB ont tous deux généré un résultat EBITDAR négatif pour chaque exercice. En 2017, l'HJB enregistrerait toutefois encore un bénéfice net, tandis que le CHB affiche des résultats nets négatifs durant toute la période.

Comparativement à la moyenne²⁴ de 2019 des hôpitaux suisses, la plupart des hôpitaux avec participation cantonale ont dégagé une marge EBITDAR plus faible. Seuls le STS, le FMI et le groupe de l'île sont parvenus à atteindre en partie la valeur moyenne de 7,0%. La situation est similaire s'agissant de la marge bénéficiaire nette : le STS a dépassé la moyenne suisse (2019) de 1,1% durant les trois années, tandis que le groupe de l'île et le FMI n'y sont chacun parvenus que deux années sur trois, et l'HJB uniquement en 2017.

La faible rentabilité et les résultats annuels déjà partiellement négatifs représentent un défi à long terme pour la santé financière et l'autonomie des hôpitaux. Les projets d'investissement à venir nécessiteront une amélioration sensible de la rentabilité, d'autant plus que les hôpitaux ne peuvent plus bénéficier, avec le nouveau système de financement, d'aides à l'investissement ou de fonds cantonaux à des conditions avantageuses pour le financement de leur infrastructure. Il revient ainsi aux hôpitaux d'assurer leur propre financement, à travers les bénéfices réalisés non distribués ou via des capitaux empruntés, tout en sachant que les intérêts sur le capital emprunté grèvent les résultats annuels. Au vu de la situation actuelle, il est fort probable que certains hôpitaux continuent d'enregistrer des résultats négatifs ces prochaines années.

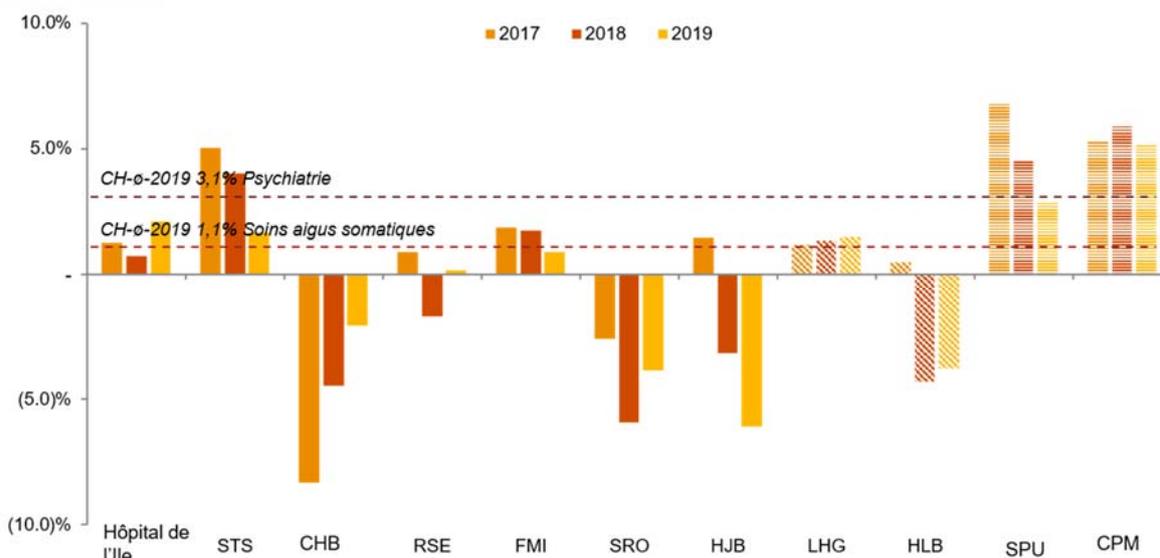


Illustration 8 : marges bénéficiaires nettes 2017-2019

²³ En principe, PwC utilise l'EBITDAR comme indicateur de rentabilité opérationnelle dans le secteur de la santé. Le contrôle des participations du canton ne comprend pas de valeur cible pour la marge EBITDAR, raison pour laquelle l'objectif de marge EBITDA a été retenu ici.

²⁴ La moyenne suisse correspond à la valeur médiane de 46 hôpitaux suisses dont les données de 2019 sont rendues publiques.

Les deux hôpitaux privés affichent des marges EBITDAR relativement élevées comparativement aux hôpitaux avec participation cantonale. Le groupe HLB a notamment dégagé au cours des trois dernières années des marges comprises entre 18,3% et 13,2%, à chaque fois bien au-dessus de la moyenne nationale de 7,0%. Les marges EBITDAR du groupe LHG sont bien plus modestes (entre 7,0% et 7,6%), sans jamais toutefois passer en deçà de la moyenne suisse. Il faut souligner que la part de patientes et patients au bénéfice d'une assurance complémentaire est bien supérieure dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux avec participation cantonale, ce qui permet de réaliser un chiffre d'affaires moyen par patient plus élevé²⁵. En outre, la méthode de calcul du revenu employée par les hôpitaux recourant à des médecins agréés a tendance à augmenter les marges EBITDAR. Les résultats sont différents s'agissant des marges bénéficiaires nettes : celle du groupe LHG est comprise entre 1,2% et 1,5%, soit au-dessus de la moyenne de 1,1%, tandis que celle du groupe HLB se situait en deçà de la moyenne suisse en 2017 et était même clairement négative ces deux dernières années. Ce résultat s'explique par les loyers, qui s'élèvent à environ 14,0% du chiffre d'affaires et sont imputés à l'interne du groupe HLB.

La situation financière des SPU et du CPM se caractérise par une solide rentabilité. Les deux établissements sont parvenus à générer au cours des trois dernières années des marges EBITDAR et des marges bénéficiaires nettes relativement élevées. Le CPM a ainsi enregistré des marges EBITDAR comprises entre 8,6% et 9,3% ainsi que des marges bénéficiaires nettes évoluant entre 5,2% et 5,9%, soit toujours au-dessus des moyennes suisses²⁶ (de 7,9% et 3,1%). Avec des marges EBITDAR de 11,6% (2017), 9,5% (2018) et 7,5% (2019) et des marges bénéficiaires nettes de 6,8% (2017), 4,6% (2018) et 2,9% (2019), les SPU ne sont passés en deçà des moyennes nationales qu'en 2019.

Analyse de la structure des capitaux

Dans un souci d'examen plus poussé de la situation financière des hôpitaux à participation cantonale, l'étude de la rentabilité de ces derniers a été complétée par une analyse des ratios du bilan, à savoir le ratio de fonds propres, qui correspond à la part de fonds propres par rapport au capital total, et le taux d'endettement, calculé à partir du rapport entre la dette productive d'intérêt et les fonds propres. Ces deux ratios servent à l'analyse de la structure financière et permettent l'identification précoce d'une menace de surendettement²⁷. Lors des calculs, il convient d'utiliser des données financières conformes aux normes comptables en vigueur (p. ex. Swiss GAAP RPC pour les hôpitaux à participation cantonale) afin d'obtenir un aperçu conforme à la réalité de la situation patrimoniale et financière et des résultats. On parle alors de *true and fair view*.

Tous les hôpitaux à participation cantonale ont atteint la valeur minimale de 30,0% de fonds propres définie par le contrôle cantonal des participations dans sa stratégie de surveillance ad hoc, et ont même clairement dépassé (à l'exception du RSE) la valeur cible de 50,0%. La plus faible part de fonds propres du RSE s'explique principalement par un emprunt de 75 millions de francs contracté en 2014 et qui échoira en 2023. En outre, la situation de la société RSE AG a été directement impactée par la modification des bases légales empêchant le financement d'un nouveau bâtiment par le Fonds d'investissements hospitaliers. Notons par ailleurs que pour les autres CHR, ces fonds propres ne sont pas le fruit de bons résultats annuels mais découlent de l'appréciation des biens immobiliers transférés avec une valeur comptable nulle lors de l'autonomisation consécutive à l'introduction du nouveau système de financement hospitalier.

D'une manière générale, les hôpitaux avec participation cantonale s'inscrivent dans une tendance de baisse de la part de fonds propres. Cette évolution a été particulièrement marquée ces trois dernières années pour le CHB, le SRO et l'HJB. Il est plus que probable, aux yeux de la société PwC, que les défis que constituent la pression sur les coûts, la baisse des tarifs et la pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée accentuent davantage ce développement à l'avenir, notamment lorsque d'autres projets d'infrastructure ou des investissements (p. ex. dans le domaine de la numérisation) devront être financés et que les effets escomptés en termes de rentabilité ne pourront être atteints, ou seulement partiellement. Une piste de solution pourrait alors résider dans la réalisation d'investissements communs, avec, par exemple, une coordination des

²⁵ Chiffres clés des hôpitaux suisses (2018) ; approximation à partir de l'indicateur du nombre de patientes et patients en division semi-privée ou privée (%), en mode hospitalier.

²⁶ La moyenne suisse correspond à la valeur médiane de neuf hôpitaux psychiatriques suisses dont les données de 2019 sont accessibles au public.

²⁷ L'utilisation des fonds propres correspond à une consommation indirecte de fonds publics du fait de la participation cantonale.

investissements de plusieurs hôpitaux dans le domaine de la numérisation pour en répartir les coûts et augmenter la marge contributive.

Il faut en outre souligner que les comptes établis selon le Code des obligations (CO) présentent des ratios de fonds propres bien plus bas que ceux qui reposent sur les normes Swiss GAAP RPC. Une certaine prudence doit toutefois être de mise, étant donné que les boucllements selon le CO ne constituent pas une analyse *true and fair* et peuvent contenir des réserves latentes laissant apparaître une situation financière moins favorable qu'elle ne l'est en réalité.

En comparaison suisse, les hôpitaux bernois avec participation cantonale affichent de très bons ratios de fonds propres, dépassant tous largement (à l'exception du RSE) la moyenne nationale de 47,6%. Ces ratios particulièrement élevés s'expliquent par l'activation des immobilisations corporelles (immobilier) consécutive à l'introduction des normes Swiss GAAP RPC, la dissolution des réserves latentes qui y est liée et la valorisation d'immobilisations corporelles qui ont alors été attribuées aux bénéfices reportés.

Les ratios de fonds propres des hôpitaux privés sont bien plus faibles que ceux des hôpitaux avec participation cantonale, évoluant entre 27,3% et 30,0% pour le groupe LHG et entre 16,4% et 23,9% pour le groupe HLB. Signalons que les conventions de postposition ont été ajoutées à l'analyse des fonds propres du groupe HLB, faute de quoi ces derniers seraient négatifs au cours des deux dernières années. Les modèles de location des biens immobiliers en exploitation peuvent également avoir une influence sur la structure des capitaux propres des sociétés.

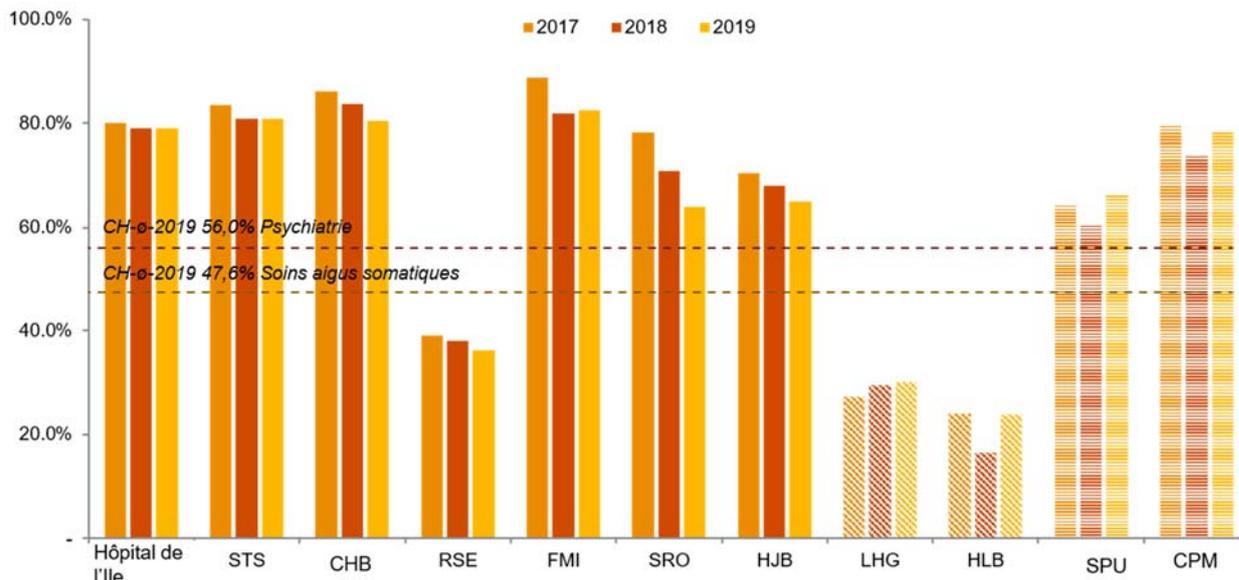


Illustration 9 : ratios de fonds propres 2017-2019

Comme pour les ratios de fonds propres, la plupart des hôpitaux avec participation cantonale se caractérisent par des taux d'endettement très satisfaisants. Seul le RSE se situe au-dessus de la moyenne de 65,6%.

Le taux d'endettement du groupe LHG est compris entre 87,4% et 109,8% et est ainsi supérieur à la moyenne suisse. Celui du groupe HLB apparaît particulièrement faible, car les passifs envers la société n'ont pas été pris en compte lors du calcul, en raison du peu d'informations figurant dans le rapport annuel au sujet des créances et des engagements de l'hôpital. Il n'a ainsi pas été possible de déterminer de manière étayée le taux d'endettement de cette société.

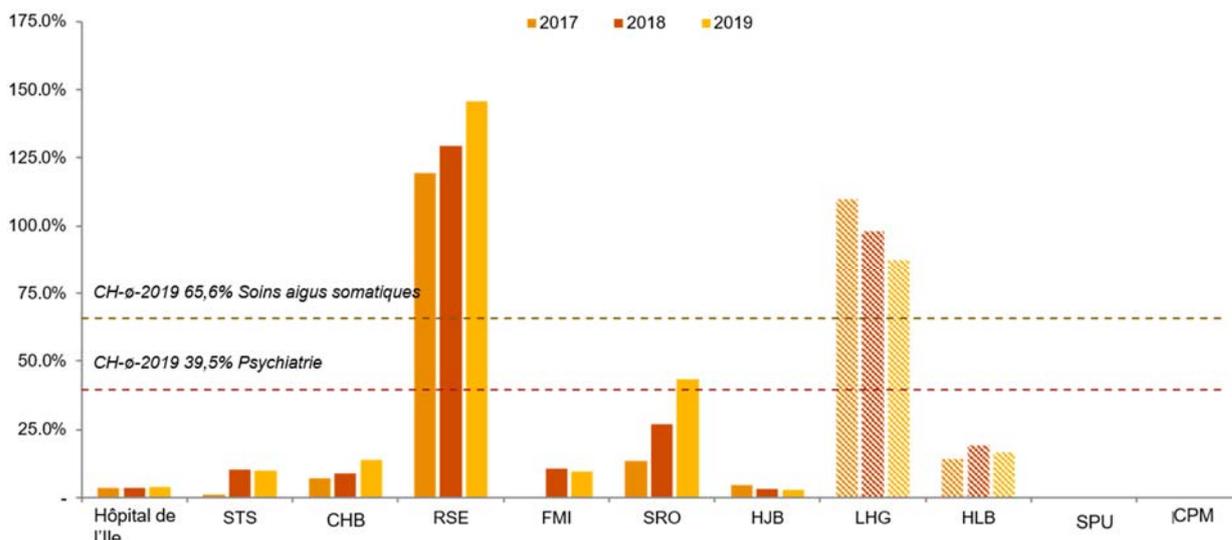


Illustration 10 : taux d'endettement 2017-2019

A l'heure actuelle, la plupart des hôpitaux avec participation cantonale sont essentiellement financés par leurs fonds propres. Leur taux d'endettement, ces trois dernières années, se situait entre 0,0% et 14,0%, à l'exception du RSE et du SRO, qui ont financé une partie de leurs investissements au moyen d'engagements financiers à long terme. Le RSE a ainsi émis une obligation d'emprunt et a contracté des hypothèques, des crédits et des prêts d'investissement. Ces derniers, conclus au cours des deux dernières années, ont entraîné une hausse du taux d'endettement du RSE, compris entre 119,5% et 145,6% entre 2017 et 2019. Le SRO a assuré son financement par des fonds étrangers au moyen d'un emprunt ; son taux d'endettement a évolué ces trois dernières années entre 13,3% et 43,2%.

Au vu de la structure de participation des hôpitaux avec participation cantonale, le niveau élevé des fonds propres et les faibles taux d'endettement sont des éléments positifs. La situation serait bien différente dans le secteur privé, où les fonds propres sont soumis à des attentes de rentabilité bien définies et où des capitaux étrangers peuvent s'avérer avantageux du fait de la déductibilité fiscale des intérêts. Il ne semble toutefois pas opportun, aux yeux de la société PwC, d'augmenter la part de capitaux étrangers portant intérêts dans le seul but de modifier la structure du capital (augmentation ou maximisation du rendement des fonds propres), car le résultat financier s'en trouverait impacté par le paiement d'intérêts réduisant d'autant les liquidités. Le versement de dividendes au canton produit d'ailleurs le même effet, à la différence que ceux-ci bénéficient au canton en sa qualité de propriétaire. PwC n'estime donc pas pertinent de viser une augmentation de la part de capitaux étrangers et du taux d'endettement, à moins que des projets de construction ou de transformation d'ouvrage l'imposent et que la viabilité financière soit garantie à long terme.

Les deux hôpitaux psychiatriques avec participation cantonale étudiés se distinguent par des capacités de financement particulièrement solides. Les deux établissements n'ont pas d'engagements financiers majeurs et affichent, pour les trois dernières années, un taux d'endettement de 0,0%, alors que la moyenne suisse en 2019 se situait à 39,5%. Ce taux d'endettement très bas se reflète dans l'importante part de fonds propres des deux établissements. Celle des SPU a ainsi évolué, entre 2017 et 2019, entre 60,4% et 66,3%, tandis que celle du CPM se situait entre 73,9% et 79,5%. La moyenne suisse s'élevait en 2019 à 56,0%.

Analyse des liquidités

L'étude de la situation financière des hôpitaux a également donné lieu à une analyse de leurs degrés de liquidité, allant de 1 à 3.

Le degré de liquidité 1 correspond au ratio des liquidités par rapport aux fonds étrangers à court terme. Un degré de liquidité de 100% signifie que tous les engagements inscrits au bilan et arrivant à échéance dans les douze mois sont couverts par les liquidités disponibles, si bien qu'ils peuvent être honorés même en cas de retard de paiement des créances en suspens sans que d'autres mesures ne soient nécessaires. S'il peut sembler opportun, du point de vue de l'appréciation du risque, d'avoir un ratio aussi élevé que possible, la

mise à disposition des ressources financières à cette fin n'est pas sans conséquence en termes de coûts (coûts explicites, à l'instar des taux d'intérêts négatifs actuellement possibles, et coûts d'opportunité). En pratique, on considère que le degré de liquidité 1 doit toujours être supérieur à 25%. La société PwC estime qu'une telle valeur est même plutôt faible pour le secteur hospitalier, qui se caractérise par d'importants frais mensuels de personnel.

L'illustration 11 ci-dessous expose le degré de liquidité 1 des hôpitaux bernois.

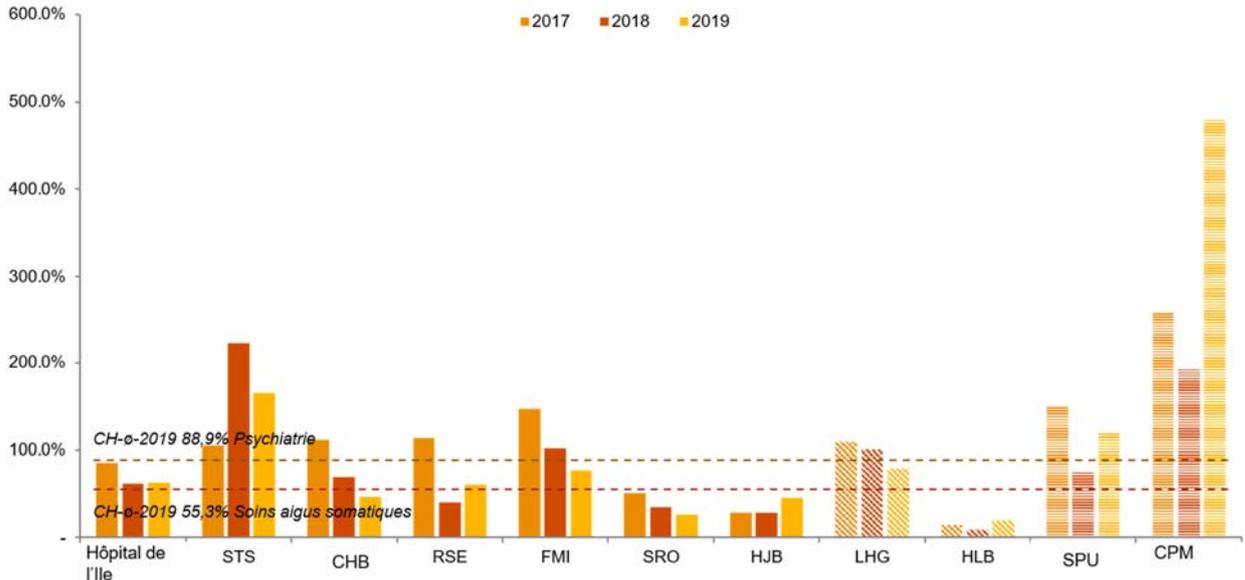


Illustration 11: degré de liquidité 1, 2017-2019

L'analyse du degré de liquidité 1 montre que les hôpitaux de soins aigus somatiques bernois sont dans l'ensemble relativement proches de la moyenne suisse. Les basses valeurs affichées par le groupe HLB sont particulièrement frappantes. Elles peuvent s'expliquer par la structure de holding de la société mère : étant donné que le groupe Hirslanden possède plusieurs filiales dans différentes régions, il a la possibilité d'optimiser ses liquidités à un échelon supérieur, sans devoir conserver un volume trop important de liquidités au sein de ses filiales. Une tendance à la baisse est observée dans de nombreux autres hôpitaux (STS, FMI ou RSE, p. ex.), conséquence de projets immobiliers et de résultats financiers insuffisants : ces sociétés détenaient en 2017 des liquidités supérieures à la moyenne, car elles étaient sur le point de lancer de nouvelles constructions et avaient vraisemblablement constitué des réserves à cet effet. L'important volume de liquidités du CPM s'explique probablement par des raisons similaires²⁸. Le remboursement de dettes à court terme au canton a toutefois également contribué à une forte hausse des liquidités en 2019²⁹. D'une manière générale, la plupart des hôpitaux étudiés disposent d'une confortable réserve de liquidités, tant dans le canton de Berne qu'à l'échelle nationale.

Le degré de liquidité 2 se distingue du degré de liquidité 1 par la prise en compte des actifs circulants (à l'exception des stocks), rapportés aux fonds étrangers à court terme. Ce ratio est souvent utilisé pour évaluer la valeur des créances en suspens d'une entreprise, qui sont ensuite ajoutées aux liquidités. Etant donné qu'une grande partie des créances produites dans le secteur hospitalier le sont à l'encontre de parties disposant d'une importante solvabilité (cantons et assurances), la valeur des débiteurs s'avère généralement élevée. Il est toutefois recommandé, du point de vue du risque, de ne pas passer outre la valeur seuil de 100%. A part le groupe HLB, tous les établissements bernois se situent au-dessus de cette dernière, comme le montre l'illustration ci-après. La constellation spécifique du groupe HLB, qui est rattaché à un groupe plus grand, explique ici encore ces résultats particuliers. Il serait plus pertinent, dans ce cas précis, de procéder à une analyse des liquidités concernant l'ensemble du groupe. Les hôpitaux bernois évoluent globalement à un

²⁸ Augmentation des autres dettes à court terme du CPM

²⁹ Cette dernière est également imputable au changement de mode d'indemnisation par le canton du fait de l'introduction de la structure tarifaire TARPSY.

niveau légèrement inférieur à la moyenne suisse, révélant par là même des réserves de liquidités (au sens de somme des liquidités et des créances) un petit peu moins fournies.

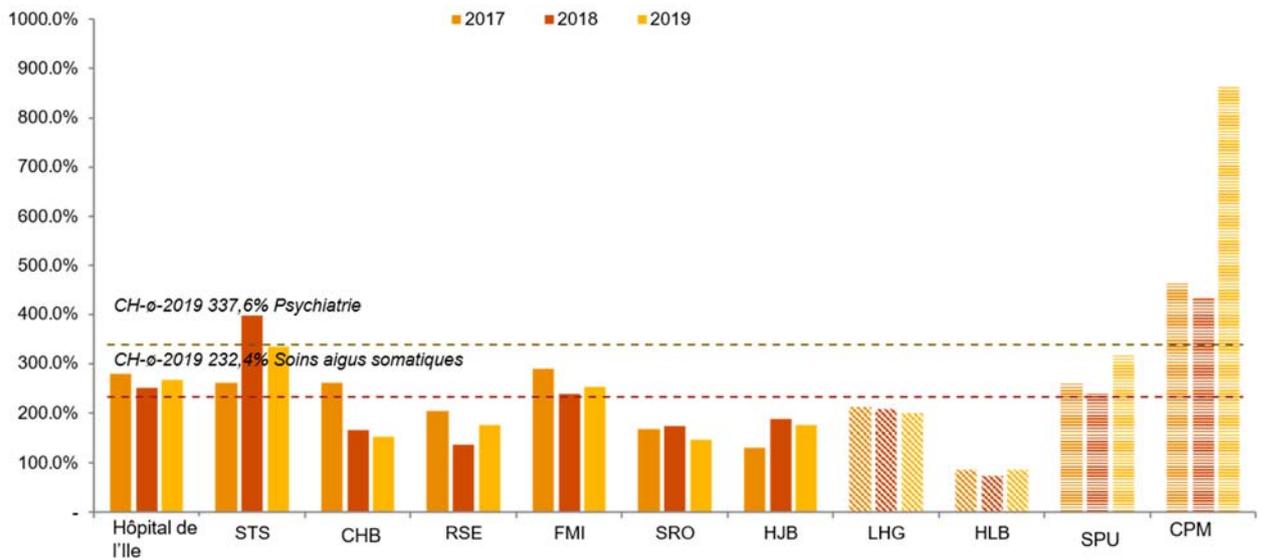


Illustration 12 : degré de liquidité 2, 2017-2019

Le degré de liquidité 3 considère pour sa part l'ensemble des actifs circulants, rapportés aux dettes à court terme. Un degré de liquidité de 100% signifie que l'ensemble des valeurs patrimoniales des actifs circulants figurant au bilan (débiteurs, stocks, prestations non facturées, etc.) doivent être revendues (c'est-à-dire transformées en liquidités) pour couvrir les dettes à court terme inscrites au bilan avec une échéance inférieure à douze mois. Une valeur de 100% serait donc particulièrement basse et signifierait l'existence d'un potentiel problème de liquidités. L'illustration ci-après montre cependant qu'aucun hôpital bernois ne se trouve dans une telle situation (à l'exception, une fois encore, du groupe HLB). Les valeurs du degré de liquidité 3 des hôpitaux bernois sont d'une manière générale très proches de la moyenne nationale.

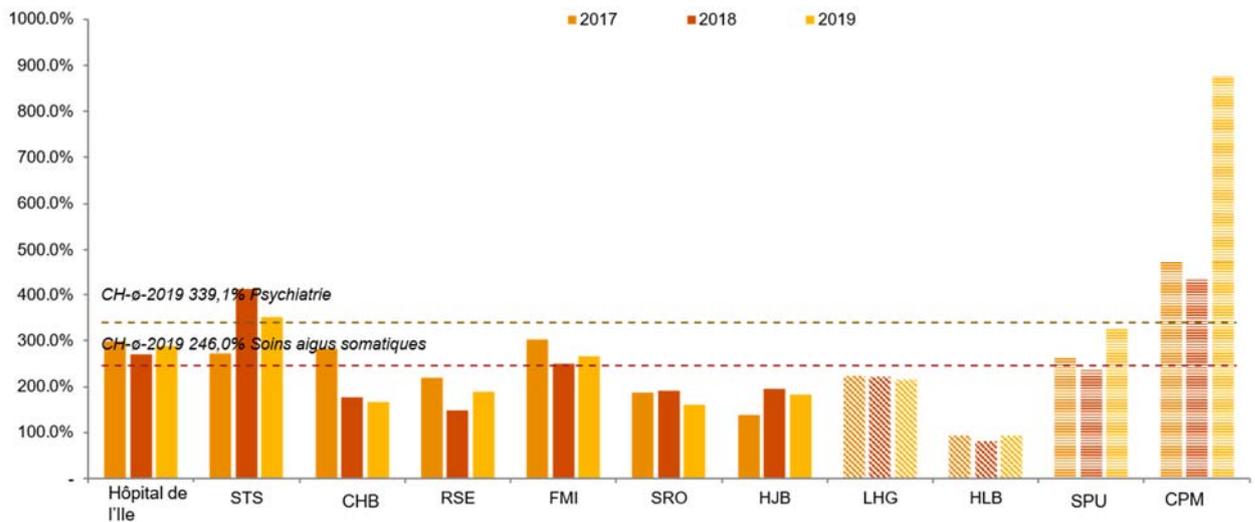


Illustration 13 : degré de liquidité 3, 2017-2019

Il est enfin essentiel d'évaluer lequel de ces trois degrés de liquidité est le plus pertinent pour étudier le secteur hospitalier suisse. On peut à cet égard partir du principe que les créances à court terme des hôpitaux revêtent une importance particulière, du fait de leur qualité élevée et du volume considérable qu'elles peuvent atteindre. Les stocks sont également importants, sans toutefois primer les créances, car la grande majorité des prestations fournies dépend des actes médicaux et non du matériel en lui-même. La société PwC estime ainsi que l'utilisation du degré de liquidité 2 est particulièrement indiquée pour analyser la situation en matière de liquidités d'un hôpital. Le recours à des indicateurs trop généraux risque néanmoins d'entraîner une

insuffisance de liquidités. L'analyse (ou la définition du volume) de liquidités sur la base d'une arithmétique purement bilancielle peut conduire à une vision trop parcellaire ignorant totalement que la majorité des prestations d'un hôpital sont directement fournies par son personnel. La société PwC recommande donc de tenir également compte des importantes charges mensuelles de personnel dans le calcul des réserves de liquidités.

Appréciation générale

Les hôpitaux avec participation cantonale se distinguent au niveau national par la solidité de leur bilan. Ces bons chiffres s'expliquent principalement par les effets de valorisation générés par l'introduction du nouveau système de financement hospitalier en 2012 et des normes Swiss GAAP RPC. Les hôpitaux ont principalement profité du fait que leurs biens immobiliers ont été transférés avec une valeur comptable nulle lors de l'autonomisation, avant d'être valorisés à la suite du nouveau régime de financement. Le volume de liquidités des hôpitaux bernois se situe actuellement à un niveau similaire à celui du reste du secteur et les comptes annuels ne laissent pas craindre d'insuffisance dans ce domaine.

La faible rentabilité observée laisse toutefois planer le risque d'une détérioration à moyen terme de la robuste situation actuelle. Le nouveau système de financement oblige en outre les hôpitaux avec participation cantonale à générer eux-mêmes les ressources nécessaires aux investissements dans l'infrastructure, la numérisation ou tout autre projet de développement, à moins de faire appel à des fonds étrangers. Aussi le prochain cycle d'investissement s'accompagnera-t-il probablement d'une hausse du taux d'endettement ou d'une baisse de la part de fonds propres. Les bailleurs de fonds décident notamment de l'octroi et des conditions des crédits sur la base des indicateurs précédemment étudiés, si bien que l'accès des hôpitaux au marché des capitaux pourrait se retrouver limité en cas de remise en question, voire de rejet de l'hypothèse de l'existence d'une garantie implicite de l'Etat, prédominante aujourd'hui dans la plupart des organismes de crédit.

2.4 Objectifs et tâches des hôpitaux bernois au sein du système de soins

Dans le paysage hospitalier bernois, les objectifs et les tâches du système de soins sont définis à l'aune de leur efficacité, de leur adéquation et de leur caractère économique³⁰. Concrètement, cela signifie que des soins médicaux et infirmiers efficaces et économiquement viables sont garantis et que les infrastructures nécessaires à cette fin sont mises à disposition³¹. En outre, en raison de la taille critique de sa population, le canton de Berne vise également à atteindre le plus haut taux de couverture pour les traitements spécifiques afin que ceux-ci puissent être proposés au sein même du canton.

L'**efficacité** de la couverture en soins dépend d'une prise en charge fondée sur des preuves, qui permettent des améliorations notables pour la patientèle. Le canton est donc tenu de viser une qualité de traitement élevée pour sa population et de garantir un haut niveau de sécurité, encadrés par des mesures de pilotage appropriées. Le suivi des résultats des traitements permet de mesurer la qualité et, partant, de la garantir³².

En ce qui concerne l'**adéquation** des soins, il est essentiel de trouver un équilibre entre une offre et une demande excédentaires d'une part, et une couverture satisfaisante d'autre part. Cela inclut le regroupement des soins (hautement) spécialisés, qui permet d'éviter les domaines de prestations sous-critiques (insuffisants en quantité pour assurer des services efficaces et de qualité) et de garantir la qualité. Ce regroupement permet également de faciliter l'admission et d'orienter les patientes et patients vers les structures décentralisées appropriées.

En matière d'**efficacité économique**³³, les objectifs et les tâches reposent sur des structures adaptées aux ressources disponibles. Les infrastructures existantes sont ainsi davantage prises en compte dans la planification continue des soins.

³⁰ Comme pour l'ensemble de la Suisse en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

³¹ DSSI (2016) : *Planification des soins 2016 selon la LSH*

³² DSSI (2016) : *Planification des soins 2016 selon la LSH*

³³ L'efficacité économique est appréciée ici au niveau de chaque prestation et non à l'échelle de l'entreprise.

Forces et faiblesses du paysage hospitalier bernois

Le tableau ci-après propose un aperçu des forces (en vert) et des faiblesses (en rouge) du paysage hospitalier bernois, accompagné de l'appréciation de la société PwC (colonne de droite).

Nombre et taille des fournisseurs de prestations

	Le canton de Berne compte un nombre important d'hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations de base et spécialisées. Toutes les régions disposent d'une solide offre de soins, qui sont donc aisément accessibles à la population.	Importance élevée
—	Les soins de base, notamment les soins aigus somatiques, sont implantés au plus proche des bassins d'habitation et sont accessibles en moins de 30 minutes de voiture pour plus de 80% de la population. En outre, le domicile de 80% des Bernoises et Bernois se situe à moins de 50 kilomètres de l'hôpital le plus proche ³⁴ .	Importance élevée
	Le nombre important de fournisseurs de prestations entraîne l'apparition de doublons, y compris dans le domaine des soins spécialisés, générant non seulement une augmentation des coûts mais également une baisse de la qualité, du fait d'un manque de concentration des cas (voir nombre minimal de cas).	Importance moyenne
	La ville de Berne se distingue par une forte concentration de fournisseurs de soins aigus somatiques, qui s'accompagne d'une surcapacité dans certains types de prestations. Ce phénomène peut conduire à un manque de rentabilité et entraîne une augmentation des coûts de la santé en raison de l'importante densité de l'offre.	Importance moyenne
—	Les contraintes géographiques du canton, caractérisé par une importante superficie dont des zones sont faiblement peuplées, rendent difficile un accès rapide aux prestations dans certaines régions. Celles-ci, particulièrement vastes, comptent toutes de petits hôpitaux régionaux qui permettent de garantir l'accès aux soins, mais qui n'atteignent que difficilement le volume critique de patientes et patients nécessaire à la qualité et à la rentabilité de l'exploitation. Les hôpitaux ne proposant pas de prestations spécialisées en parallèle des soins de base font généralement face à d'importants défis pour assurer un modèle économique viable. L'expérience montre que pour réussir, une offre hospitalière doit comprendre au minimum deux domaines spécialisés en plus des soins de base.	Importance élevée

Coopérations

—	Il existe dans certains cas ainsi que dans certains groupes hospitaliers une bonne mise en réseau des différents acteurs impliqués, notamment au-delà du strict secteur de soins (p. ex. entre l'hôpital et les praticiennes et praticiens libéraux, entre l'hôpital et les EMS, ou encore entre les hôpitaux de soins aigus somatiques et les services de psychiatrie ou de réadaptation).	Importance moyenne
—	Aux yeux de la société PwC, le degré de coopération n'est toutefois pas suffisant pour assurer dans tout le canton une offre de soins intégrée, intersectorielle et sans interface. Il existe, comme à l'échelle nationale, un réel potentiel de nouvelles alliances et de coopération pour améliorer la qualité et l'efficacité des prestations, notamment à travers le développement de projets communs qui pourront consolider les efforts entrepris.	Importance moyenne

³⁴ DSSI (2016) : *Planification des soins 2016 selon la LSH*

3. Changements imminents dans les structures bernoises de prise en charge

3.1 Tendances de fond et répercussions

Dans le système de santé suisse, les soins sont en corrélation avec l'orientation patient, la qualité et la rentabilité. Puisqu'elles sont interdépendantes, ces trois dimensions s'influencent mutuellement. L'illustration 14 met en évidence les principales tendances de fond, lesquelles impactent (et continueront d'impacter) ces dimensions et donc le système de santé dans son ensemble. Voici un résumé des tendances pour la Suisse, qui sont applicables au canton de Berne :

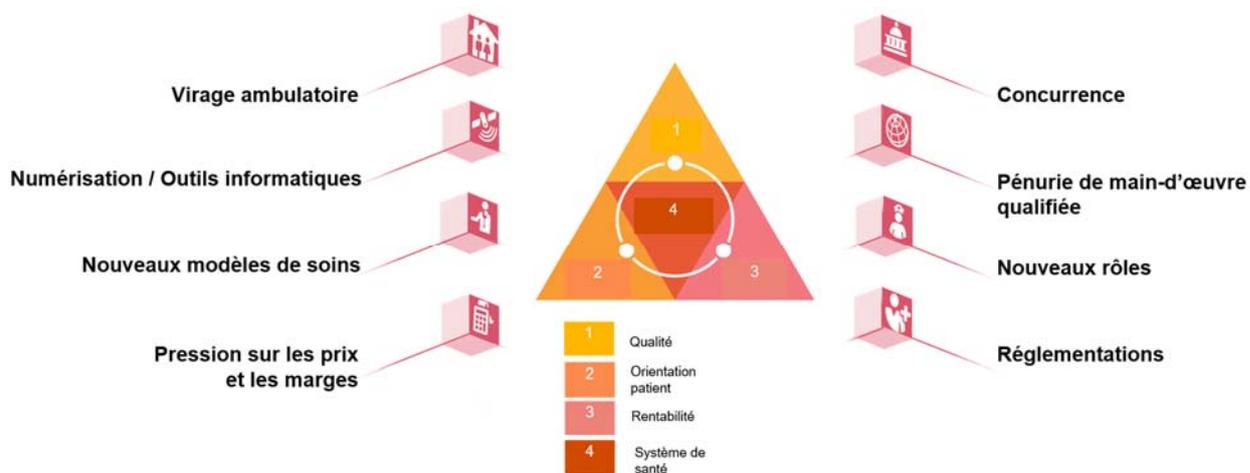


Illustration 14 : tendances de fond à l'œuvre dans le système de santé suisse

Le **virage ambulatoire** est favorisé à plusieurs niveaux. D'une part grâce aux progrès de la médecine, qui permettent de réaliser toujours plus d'interventions et de thérapies en ambulatoire³⁵ ; d'autre part grâce aux efforts politiques, qui permettent que des interventions en mode hospitalier soient davantage transférées vers des cliniques de jour ou des structures ambulatoires dédiées. La rentabilité du système est donc renforcée³⁶. L'accroissement des prestations ambulatoires n'est pas seulement indiqué sur le plan médical et voulu sur le plan politique, il correspond également aux préférences des patientes et des patients ainsi qu'au besoin qu'ils ont de bénéficier d'une prise en charge flexible, facile d'accès et à bas seuil. Ils ne devraient plus être contraints de parcourir de longues distances pour des examens et traitements simples et réguliers qui peuvent être effectués en ambulatoire (à l'hôpital ou dans une autre structure), comme les thérapies oncologiques.

Parallèlement aux progrès de la médecine, la **numérisation** et **l'utilisation de nouveaux outils informatiques** gagnent elles aussi du terrain. L'introduction du dossier électronique du patient comme plateforme unique centralisant toutes les données de chaque individu vise à garantir la qualité dans les structures de soins complexes et à assurer aux patientes et patients un suivi tout au long de leur parcours. Grâce aux plateformes de télémédecine, et notamment pour ce qui touche à la première évaluation médicale, les patientes et patients peuvent davantage interagir avec le médecin indépendamment de leur situation géographique, ce qui est particulièrement pertinent pour assurer une prise en charge adaptée des malades chroniques sur tout le territoire. En outre, l'intelligence artificielle, la médecine de précision et le *machine learning* permettent de poser des diagnostics toujours plus précis, et donc de formuler des recommandations

³⁵ PwC (2016) : *Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année*

³⁶ PwC (2018, 2019) : *Hôpitaux suisses : santé financière 2017 ; Hôpitaux suisses : santé financière 2018*

de traitement mieux adaptées. Les acteurs du secteur de la santé sont de plus en plus interconnectés sur le plan numérique.

De **nouveaux modèles de soins** gagnent en importance en raison du progrès médical, de la spécialisation de la médecine et de la hausse des pathologies multimorbides³⁷. Il faut donc des passerelles simples et centrées sur la patientèle entre les structures en amont et en aval. Globalement, le développement des modèles de soins permet d'améliorer la qualité, tandis que la concentration et l'échelonnement des prestations au sein du système améliorent la rentabilité.

En Suisse, les fournisseurs de prestations sont soumis à une forte **pression sur les prix et les marges**, en raison de l'évolution démographique, des interventions réglementaires, du virage ambulatoire avec des tarifs ne couvrant pas les coûts, des changements de rémunération des traitements hospitaliers³⁸ et de la baisse du nombre de patientes et patients affiliés à une assurance complémentaire³⁹. Cette pression impose au système de prendre davantage en compte la dimension de la rentabilité, l'objectif étant d'endiguer l'augmentation constante des coûts de la santé et donc des primes d'assurance-maladie.

La **concurrence** devrait s'intensifier dans le domaine de la santé, exacerbée par différents phénomènes, notamment :

- le recul du nombre de patientes et patients affiliés à une assurance complémentaire ;
- l'augmentation des capacités de nombreux hôpitaux, liée à leurs stratégies de croissance et au renouvellement des infrastructures ;
- la porosité des limites entre les différents types de prestations (p. ex. soins hospitaliers ambulatoires).

Les fournisseurs doivent donc impérativement développer de **nouveaux modèles d'affaires et de soins** s'ils souhaitent rester compétitifs et rentables à long terme. La concurrence sera davantage axée sur la qualité à mesure que la transparence s'améliorera.

L'Etat intervient toujours plus pour **réglementer** le marché et freiner la hausse des coûts, principalement au niveau des tarifications et via l'attribution des mandats de prestations. L'introduction des nouveaux modèles tarifaires, à l'image de celui de SwissDRG applicable depuis 2012 aux soins aigus somatiques hospitaliers, compte parmi les principales réglementations. La pression sur les tarifs eux-mêmes est telle que le Conseil fédéral a ordonné, pour l'année 2018 et dans différents secteurs, de revoir à la baisse les structures tarifaires TARMED des prestations ambulatoires en soins aigus somatiques⁴⁰. La psychiatrie hospitalière, la réadaptation et le domaine ambulatoire ont récemment connu – ou connaîtront prochainement – des adaptations de leur système tarifaire. Des réglementations supplémentaires telles que l'introduction d'un nombre minimal de cas et d'autres exigences accrues pour l'attribution de mandats de prestations, la liste des traitements à réaliser en ambulatoire et les budgets globaux peuvent avoir des répercussions considérables sur les fournisseurs de prestations et sur la diversité et le volume des offres. Ces réglementations visent avant tout à améliorer la qualité (aussi bien la qualité de l'indication que la qualité ressentie par et mesurée chez les patientes et patients) et la rentabilité. De plus, les mesures de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et du Conseil fédéral visant à maîtriser les coûts (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal : 2^e volet) sont actuellement au cœur des discussions avec les fournisseurs de prestations⁴¹.

La concurrence entre les établissements pour recruter du **personnel qualifié** et bien formé ne manquera pas de s'intensifier. La croissance générale et les exigences élevées en termes de qualification sont autant de facteurs qui font que le secteur de la santé est en moyenne davantage frappé par la pénurie de main-d'œuvre qualifiée⁴². Sans compter la place grandissante accordée aux conditions de travail et aux modèles de rémunération lors du choix de carrière. On peut donc présumer que cette pénurie s'aggravera dans les zones

³⁷ Soins intégrés en Suisse, Obsan, 2017

³⁸ Lors des négociations tarifaires entre les caisses maladie et les fournisseurs de prestations

³⁹ Le nombre de personnes qui souscrivent une assurance complémentaire ne cesse de baisser, en particulier chez les jeunes, qui jugent le rapport coûts-bénéfice moins intéressant. En Suisse, dans l'ensemble, la part de patientes et patients affiliés à une assurance complémentaire qui sont traités chez les fournisseurs de prestations décroît.

⁴⁰ Fiche d'information : adaptation du tarif médical TARMED, Office fédéral de la santé publique, 2017

⁴¹ Voir les projets de révision de l'OFSP en cours

⁴² *Fachkräftemangel in der Schweiz*, Secrétariat d'Etat à l'économie, 2016 (en allemand uniquement)

rurales, en particulier en Suisse alémanique, et que le canton de Berne sera particulièrement touché⁴³. Les structures de soins libérales installées à la campagne sont proportionnellement plus impactées par cette pénurie, car les jeunes médecins sont de moins en moins enclins à travailler dans ces conditions. Il semble donc pertinent de déployer une main-d'œuvre de manière ciblée et efficace dans tous les domaines de soins. Il s'agit de lutter contre cette pénurie aussi bien au niveau cantonal que national.

Les ressources humaines étant limitées, de **nouveaux rôles** voient le jour et des bases légales sont créées. Parallèlement, le *Skill Grade Mix* doit évoluer (p. ex. les médecins doivent déléguer davantage de tâches aux APN). Certaines tâches qui incombaient uniquement aux médecins auparavant peuvent désormais être effectuées par le personnel soignant spécialisé. L'émergence de nouveaux rôles est également favorisée par l'organisation en réseaux (cabinets de groupe, centres de santé) et par les nouveaux besoins des employés.

Le nombre de patientes et de patients affiliés à une **assurance complémentaire** continuera de décroître ces prochaines années. En effet, le confort accru dont jouissent les patientes et patients à l'hôpital au nom de l'assurance de base et le transfert du secteur hospitalier à l'ambulatoire rendent les assurances complémentaires classiques et la hausse des primes AOS moins attractives. Cela se traduit alors par une concurrence accrue pour attirer les patientes et patients au bénéfice d'une assurance complémentaire et par une baisse supplémentaire de la rentabilité des hôpitaux. Cette tendance n'impacte pas tous les fournisseurs de la même manière, selon les types de patientes et patients et la part d'assurés en complémentaire dans le bassin de population considéré (cette part est moindre dans les CHR ; les fournisseurs situés au centre sont soumis à une concurrence plus rude et sont pour la plupart déjà davantage tributaires de ce groupe de patients). Les hôpitaux du canton de Berne devraient toutefois être moins durement touchés par ce phénomène, puisque les patientes et patients assurés en complémentaire⁴⁴ y représentent une part relativement faible comparée au reste de la Suisse.

3.2 Evolution de la demande : changement démographique et augmentation des besoins en soins hospitaliers

L'analyse de l'évolution de la demande révèle que les besoins en prestations hospitalières augmenteront d'environ 15% d'ici 2035, principalement à cause de la croissance de la population et de l'évolution démographique. Les changements exposés ci-dessus entraîneront une hausse des prestations ambulatoires au détriment de celles en mode hospitalier. Globalement, PwC table sur le fait que ce virage ambulatoire et la réduction des durées de séjour viendront compenser, à terme, la forte croissance démographique. A l'avenir, les besoins en infrastructures hospitalières résidentielles seront légèrement inférieurs à ceux d'aujourd'hui.

Sur tous les cas enregistrés dans le canton de Berne en 2019, plus de 80% relevaient des soins aigus somatiques, le reste étant réparti à parts égales entre la réadaptation et la psychiatrie (à peine 10% chacune). En comparant la durée moyenne de séjour dans les différents domaines, on constate qu'elle est nettement plus courte en soins aigus somatiques (env. 4,9 jours) qu'en réadaptation (env. 20,8 jours) et qu'en psychiatrie (env. 25,6 jours). Ainsi, la durée moyenne de séjour prévue pour 2035 – tous cas confondus – sera fortement influencée par les soins aigus somatiques ; elle est estimée à environ 7,0 jours ($\pm 0,5$ jour).

Le scénario présenté ci-après reflète l'évolution de la demande, avec une probabilité de survenue que PwC juge moyenne. Des cas de figure « extrêmes » – prévoyant tantôt un virage ambulatoire plus marqué, tantôt un maintien du niveau actuel de l'hospitalier – pourraient en renforcer ou en atténuer légèrement les effets. Dans la mesure où il s'agit ici d'une étude des capacités, les patientes et patients non bernois (soins spécialisés, accidents de loisirs, etc.) ont également été pris en compte dans l'analyse.

⁴³ Pour enrayer cette tendance, le canton de Berne a introduit une obligation de formation dans les professions de la santé non universitaires.

⁴⁴ En 2018, les hôpitaux bernois comptaient 17,4% d'assurés en complémentaire (moyenne pondérée), contre 21,2% à l'échelle nationale (calculs basés sur les indicateurs des hôpitaux suisses 2018). Il s'agit d'un chiffre approximatif qui comprend aussi les patientes et patients provenant d'autres cantons.

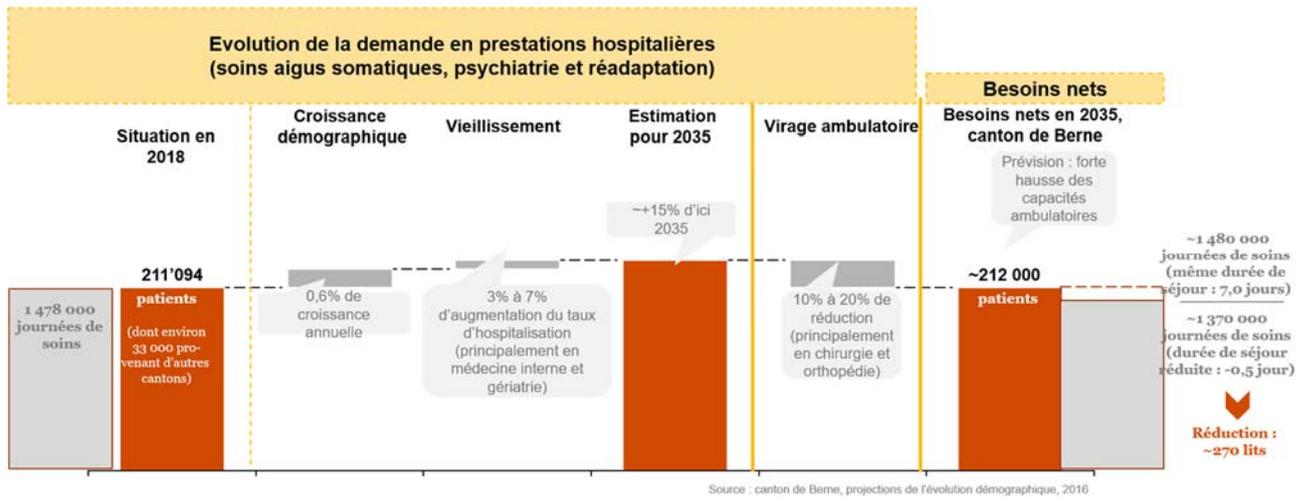


Illustration 15 : évolution de la demande en prestations hospitalières (patients d'autres cantons inclus) à l'horizon 2035⁴⁵

3.3 Transformation actuelle dans le secteur de la santé

Un système de soins hospitaliers mieux intégré et incluant les différents échelons nécessite la mise en réseau étroite de différents fournisseurs⁴⁶, afin de créer des structures de prise en charge axées sur les besoins. Un tel réseau (modèle *Hub and spoke*⁴⁷) est présenté en détail au point 5.1.

A l'origine de cette transformation : la spécialisation croissante et l'évolution des rôles des fournisseurs. Il n'est dès lors guère étonnant que la prise en charge intégrée et échelonnée devienne un objectif de plus en plus souvent recherché et réalisé. De nombreux fournisseurs s'inscrivent dans cette tendance, en instituant des coopérations et en développant de nouveaux modèles d'affaires, surtout dans le domaine ambulatoire.

La planification des soins est de plus en plus envisagée et planifiée dans des régions de soins à plus large échelle – parfois même au-delà des frontières du canton. Cela s'explique par une plus grande mobilité de la population et par la spécialisation continue de la médecine. Grâce à cette mobilité accrue, il est possible de procéder à un pilotage des soins dans une région plus grande et donc plus efficace, par un échelonnement et une concentration des prestations plus marqués à l'intérieur de chaque région de soins.

⁴⁵ Cette hypothèse est basée sur un transfert de tous les séjours hospitaliers inférieurs ou égaux à 2 jours (total des cas en Suisse). La limite supérieure intègre également 50% des cas entre 3 et 5 jours (patients de 70 ans ou moins).

⁴⁶ PwC (2020) : *L'avenir du système de soins suisse* ; PwC (2017, 2018) : *Hôpitaux suisses : santé financière 2016, Hôpitaux suisses : santé financière 2017*

⁴⁷ Fokus (2018) : *Der stetige Wandel des Schweizer Gesundheitswesens* (<https://fokus.swiss/2018/07/der-stetige-wandel-des-gesundheitswesens/>, en allemand uniquement)

4. Chances et risques principaux

4.1 Champ de tension entre les fournisseurs de prestations et le canton aux rôles multiples (garant des soins, régulateur et propriétaire)

Sur la base des analyses réalisées et des tendances mises en évidence, et en se fondant sur les structures de prise en charge et sur l'organisation du paysage hospitalier bernois, on a pu identifier de nombreux risques et chances. Leur évaluation varie selon que l'on se place du point de vue du canton ou des fournisseurs de prestations ; certains d'entre eux sont fortement interdépendants. Dans ce contexte, les soins hospitaliers sont souvent présentés comme un pilier du système de soins. Bien qu'ils ne soient pas évoqués dans le présent rapport, d'autres secteurs de soins peuvent également être concernés.

Ces risques et ces chances sont présentés dans le tableau ci-après (établi sur la base de l'analyse des tendances), d'une part du point de vue des fournisseurs de prestations, d'autre part de celui du canton en sa qualité de garant des soins, de régulateur et de propriétaire. Se fondant sur ce tableau, les chapitres suivants proposent différents points de départ à partir desquels concevoir un nouveau modèle de soins et formulent des recommandations concrètes en vue d'établir des mécanismes de contrôle cantonaux. Selon qu'elles concernent les fournisseurs ou le canton, les tendances peuvent constituer aussi bien une chance (en vert) qu'un risque (en rouge). Toutes les tendances exposées ci-après ont une probabilité de survenue que PwC juge de haute à très haute.

En plus d'offrir une vue d'ensemble des chances (en vert) et des risques (en rouge), le tableau est assorti d'une évaluation de PwC du degré d'impact (colonne de droite)⁴⁸:

Virage ambulatoire

Canton	Du point de vue cantonal, le virage ambulatoire permet de réduire durablement les coûts de la santé. Le transfert des prestations hospitalières vers l'ambulatoire soulage le canton puisque les assurances assument 100% des coûts ambulatoires et que les interventions en ambulatoire sont plus rentables qu'en mode hospitalier ⁴⁹ .	Impact faible
	Le virage ambulatoire peut mettre les fournisseurs de prestations dans une situation financière délicate, voire les placer en difficulté, ce qui pourrait avoir des répercussions négatives indirectes sur les finances du canton en sa qualité de propriétaire. A long terme, la valeur intrinsèque de l'entreprise est amenée à baisser si les prestations ambulatoires ne peuvent être fournies à un prix couvrant les coûts, ce qui peut conduire dans le pire des cas à la fermeture d'un hôpital. Le canton perdrait alors les fonds propres qu'il y a apportés. Si la disparition d'un fournisseur de prestations en raison d'un virage ambulatoire conséquent peut aussi avoir des répercussions sur la prise en charge, les défis qui en découleraient ne seraient que de court terme.	Impact élevé
Fournisseurs de prestations	En développant de nouveaux modèles d'affaires, les fournisseurs de prestations peuvent attirer de nouveaux clients et se tailler une meilleure place dans le domaine des soins de base ambulatoires. En outre, ils peuvent axer leurs activités hospitalières sur les cas plus complexes.	Impact moyen
	Du point de vue des fournisseurs, le virage ambulatoire est synonyme de profonds changements puisqu'il implique une transformation de l'offre de prestations. Les CHR et les SPR seront fortement touchés. Ils devront remodeler les processus et les infrastructures pour fournir davantage de prestations ambulatoires et de manière plus efficace. Les nouveaux processus qui verront le jour seront nettement plus efficaces que dans le domaine hospitalier, lequel requiert un travail de coordination important.	Impact élevé

⁴⁸ Echelle : d'impact faible à très élevé

⁴⁹ Cette déclaration ne tient pas compte de l'influence potentielle des efforts fournis au plan politique en vue d'un projet de financement uniforme des soins.

	Le virage ambulatoire comporte son lot de nouveaux défis puisque le système tarifaire hospitalier actuel (et le futur probablement aussi) ne permet pas de couvrir les coûts – la pression financière s'accroît surtout si la prise en charge ambulatoire reste étroitement liée au domaine hospitalier, notamment en ce qui concerne les processus.	Impact très élevé
	Les défis peuvent aussi être liés au personnel, notamment aux questions de formation et de perfectionnement. De plus, le personnel spécialisé (hospitalier, ambulatoire, auxiliaires, praticiens agréés) doit se sentir bien dans l'entreprise, ce qui est lié à la culture d'entreprise, à la formation et au perfectionnement, à la planification de carrière, etc.	Impact moyen

Numérisation / technologie

Canton	La numérisation offre la possibilité, surtout aux gros hôpitaux (hautement) spécialisés, de mieux traiter les patientes et patients et de développer de nouvelles formes de prise en charge (médecine de précision, recours au <i>big data</i> pour évaluer systématiquement de grandes quantités de données anonymisées sur des pathologies et des traitements). En outre, la transition numérique représente un potentiel de réduction des coûts pour le canton, en sa qualité d'acheteur de prestations.	Impact moyen
	La numérisation facilite le décompte de la part des coûts de traitement incombant au canton et permet d'avoir une base de données pour la planification des soins.	Impact faible
	La numérisation participe de la prise en charge intégrée et réduit le risque que des traitements redondants soient réalisés.	Impact moyen
	Un autre défi auquel sera confronté le canton tient à la rapidité de la transition numérique ; sans compter les questions que cela soulève, liées notamment à la protection des données, à la création de plateformes avec des acteurs multiples (p. ex. dossier électronique du patient), etc.	Impact moyen
Fournisseurs de prestations	Les nouvelles technologies, la numérisation, la médecine personnalisée et la cybersanté sont autant d'outils qui aident les fournisseurs de prestations à améliorer l'assurance qualité et la rentabilité. Grâce aux solutions informatiques, ils pourront créer de nouvelles offres, destinées aussi bien aux patientes et patients qu'au travail du personnel spécialisé. Il faut exploiter le potentiel d'efficacité entre fournisseurs, p. ex. via une infrastructure homogène et sans interface dans le canton, ou au moins dans toute une région de soins. Il peut être utile dans ce contexte d'avoir recours à des sociétés informatiques communes ou de mettre en place des coopérations ciblées. En parallèle, les médecins libéraux doivent être reliés à la même structure informatique. Il convient en outre de soutenir les efforts de standardisation au niveau fédéral.	Impact élevé
	Les risques pèsent surtout sur les structures régionales plus modestes, puisque leurs finances seront davantage grevées par les investissements nécessaires pour la transition numérique que celles des gros établissements situés en zone urbaine. Des coopérations peuvent éventuellement permettre de remédier à ce problème.	Impact moyen
	Enfin, on ne peut exclure que les investissements débouchent sur des engagements financiers élevés. A l'heure actuelle, les investissements dédiés à la transition numérique sont largement insuffisants, en particulier chez les médecins de famille. Par ailleurs, il n'y a encore ni système qui répercute les coûts liés à la saisie et à la gestion des données numériques sur les futurs bénéficiaires de ces données (p. ex. les hôpitaux), ni système d'incitation pour ceux qui les saisissent et les gèrent. Une solution pourrait être de mutualiser les investissements dédiés à la transition numérique, par exemple en les coordonnant entre plusieurs hôpitaux.	Impact élevé

Nouveaux modèles de soins

Canton	Le virage ambulatoire et la numérisation créent un terreau propice au développement de nouveaux modèles de soins (hospitaliers), caractérisés par une plus grande mobilité des patientes et patients et du personnel spécialisé, comme dans le modèle <i>Hub and spoke</i> . Améliorer la mise en réseau, redimensionner et flexibiliser le système de prise en charge permet de mieux coordonner les fournisseurs de prestations spécialisés et les connaissances techniques, et donc d'augmenter la qualité tout en améliorant la rentabilité.	Impact très élevé
	Si la prise en charge interdisciplinaire n'est pas organisée de manière efficace, les coûts totaux liés aux structures peuvent augmenter drastiquement en raison de l'important travail de coordination qu'elle requiert ; cela se traduit notamment par de nombreuses redondances et par une offre excédentaire. Cela peut représenter un risque financier pour le canton en sa qualité de financeur.	Impact moyen
Fournisseurs de prestations	A l'instar du virage ambulatoire, les nouveaux modèles de soins et l'interdisciplinarité croissante sont un terreau fertile à l'apparition de nouveaux modèles d'affaires (processus de transformation). Se focaliser sur des domaines de prestations spécifiques des soins de base élargis garantit un niveau de qualité élevé, tout en offrant une prise en charge étendue grâce aux coopérations mises en place – indépendamment des organismes responsables. En outre, la définition d'un profil clair apporte aux fournisseurs des avantages concurrentiels, puisque ces derniers peuvent attirer les patientes et patients d'un plus gros bassin de population. Les spécialisations sont concentrées dans les centres hospitaliers en fin de chaîne de traitement.	Impact élevé
	Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patientes et patients multimorbides, qui ont généralement besoin de traitements plus lourds, engendrent des coûts énormes, a fortiori si la prise en charge est interdisciplinaire. En effet, la complexité des traitements et le travail de coordination qu'ils impliquent sont supérieurs à la moyenne. Les centres hospitaliers pourront mieux tirer leur épingle du jeu en mettant en place des coopérations, car ils jouent généralement un rôle plus important en tant que partenaires. Cela étant, les CHR et SPR plus petits peuvent eux aussi gagner en efficacité grâce à des coopérations, et ainsi rester concurrentiels. Tant des coopérations que des coopérations sont envisageables tout au long du parcours de la patiente ou du patient et de la chaîne de traitement.	Impact moyen
	La spécialisation montre vite ses limites lorsqu'il s'agit de patientes et patients multimorbides. Les polyopathologies les plus communes devraient pouvoir être traitées à un seul et même endroit (grille quantitative, possibilité de transport).	Impact moyen

Pression sur les prix et sur les marges

Canton	La pression sur les prix et les marges doit permettre d'améliorer l'efficacité tout en réduisant les coûts de la santé. Cela se traduit par un allègement de la charge financière pesant sur le canton, qui cofinance le système.	Impact faible
	La pression économique expose le canton, en sa qualité de propriétaire, à un risque financier majeur pouvant aller jusqu'à l'insolvabilité d'une entreprise cantonale (p. ex. amortissement sur la participation, manque de liquidités). Puisqu'il est tenu de maintenir et de garantir la couverture en soins, le canton est obligé de créer de nouvelles structures et de jeter les bases préalables à la transformation des différentes sociétés hospitalières, ce qui peut être une chance autant qu'un risque.	Impact élevé
Fournisseurs de prestations	Les fournisseurs qui se situent au-dessus de la moyenne suisse tirent un avantage financier de la concurrence induite par le système de forfait par cas (DRG).	Impact moyen
	La pression sur les marges et les prix incite les fournisseurs à se spécialiser, ce qui accroît de facto la qualité (processus, nombre minimal de cas, spécialistes, méthodes et techniques médicales modernes, etc.).	Impact faible

	<p>Du point de vue des fournisseurs de prestations, les patientes et patients en division privée et semi-privée représentent une couverture des coûts / une marge bénéficiaire importante. Ils participent ainsi au financement de prestations, notamment ambulatoires, dont les coûts ne sont pas couverts par l'AOS – ce qui, malgré une divergence avec l'esprit de la LAMal, est nécessaire à la survie économique des hôpitaux. Le recul du nombre de patientes et patients en division privée et semi-privée se traduit par une baisse de ces prestations, ce qui peut déboucher sur des lacunes de couverture. Le risque est plus ou moins marqué selon les régions et selon que ce phénomène y est prépondérant. Les fournisseurs régionaux sont touchés, car ces patientes et patients sont proportionnellement peu nombreux, tandis que les fournisseurs présents dans les agglomérations le sont en raison de la forte concurrence pour les attirer. Ce phénomène devrait être moins marqué dans le canton de Berne, car le nombre d'assurées et d'assurés en complémentaire est en deçà de la moyenne nationale.</p>	Impact moyen
Concurrence		
Canton	<p>La concurrence entre les différents hôpitaux du canton de Berne est une chance, en ce sens qu'elle contribue au développement des fournisseurs de prestations. Tant la qualité que la rentabilité peuvent être améliorées grâce à la collaboration – laquelle peut être renforcée à long terme par une participation mutuelle au capital, voire par une fusion de sociétés d'exploitation.</p>	Impact élevé
	<p>Si la concurrence est accentuée, le canton pourra limiter ses réglementations, notamment celles liées à la qualité ou visant la baisse des coûts. En outre, il n'est plus nécessaire d'avoir une planification des offres centralisée (qui comporte sa part de risques).</p>	Impact moyen
	<p>La concurrence risque d'engendrer une surcapacité et une hausse de traitements inutiles que les fournisseurs de prestations seront contraints de réaliser pour survivre économiquement. Même si elles sont pensées pour améliorer la qualité, on ne peut exclure que les réglementations étatiques entravent la concurrence.</p>	Impact élevé
Fournisseurs de prestations	<p>L'accroissement de cette nouvelle concurrence axée sur la qualité représente pour les fournisseurs une chance de se démarquer les uns des autres. Les mesures qualitatives (p. ex. PROMs selon les normes ICHOM) fixent leur propre niveau d'exigence et mettent en évidence la qualité de la prise en charge dans chaque établissement, à rebours de la stratégie fondée uniquement sur le volume des traitements réalisés.</p>	Impact moyen
	<p>Un hôpital pourra se démarquer sur le marché en offrant des prestations ciblées et de qualité, tant au niveau de l'activité principale que pour les fonctions support (cuisine, hôtellerie, etc.). Les mieux lotis sont les fournisseurs importants, tels que les grands centres hospitaliers, qui jouissent d'un rayonnement important. Par contre, la concurrence représente plutôt un risque pour les CHR et les SPR plus modestes. En situation de concurrence, les fournisseurs de prestations peuvent mettre à profit leur liberté entrepreneuriale et poursuivre leur vision propre.</p>	Impact élevé
	<p>L'intensité de la concurrence se traduit par une pression accrue sur l'efficacité des hôpitaux, laquelle peut devenir un obstacle. Si elle est plutôt bénéfique pour les soins, surtout au niveau de la qualité, elle n'est pas sans risque financier pour les sociétés hospitalières qui ne sont pas suffisamment rentables et qui épuisent lentement leurs fonds propres. Il s'agit alors d'une utilisation indirecte des fonds publics, qui peut aller jusqu'à un surendettement. Pour limiter les risques, la participation peut être repensée (p. ex. qu'un hôpital à participation cantonale s'ouvre à un actionariat privé).</p>	Impact élevé
	<p>Il existe en outre la tentation de renforcer l'attractivité de l'établissement via de nouvelles infrastructures. L'amortissement est généralement calculé avec un pronostic tablant sur une hausse de la patientèle, ce qui peut entraîner une incertitude quant au refinancement des investissements.</p>	Impact élevé

Réglementation

Canton	Il est possible d'éviter ou de corriger des dérives, en s'appuyant sur une planification et un pilotage anticipatifs qui reposent sur les instruments existants de planification, sur les mandats de prestations (liste des hôpitaux), sur les contrats de prestations (prestations de base fixes) ainsi que sur des conditions adaptées. Dans un contexte de concurrence, la liberté et la responsabilité de gestion des hôpitaux répertoriés sont de première importance.	Impact élevé
	En introduisant des nombres minimaux de cas et des exigences qualité, l'instance réglementaire participe de la transformation des fournisseurs nécessaire en vue de mettre sur pied un modèle de prise en charge échelonné et interconnecté. Les traitements spécialisés sont surtout offerts dans les centres hospitaliers en fin de chaîne de traitement.	Impact élevé
	Les réglementations cantonales peuvent créer des incitations négatives, p. ex. en raison de mandats ou de contrats de prestations trop généreux. On pense notamment à l'introduction des nombres minimaux de cas, qui peut mener à une hausse du nombre de traitements réalisés dans le canton.	Impact élevé
	Les réglementations fédérales peuvent freiner l'évolution au niveau cantonal, si les décisions politiques relatives au développement du secteur de la santé ne viennent pas assez vite.	Impact élevé
Fournisseurs de prestations	Certaines réglementations (p. ex. nombre minimal de cas, budgets globaux, tarifs [ambulatoires]) peuvent faire émerger des incitations négatives à différents niveaux du secteur de la santé, constituant parfois un frein voire une barrière à l'innovation (tant dans l'activité principale que dans les fonctions support). Pour les fournisseurs de prestations, les réglementations représentent généralement un risque : les petits hôpitaux régionaux sont plus touchés que les grands centres hospitaliers par les restrictions liées aux nombres minimaux de cas. En règle générale, la réglementation entraîne un surcroît de charges (documentation, changements de processus).	Impact élevé

Pénurie de main-d'œuvre qualifiée

Canton	En créant de nouvelles filières de formation qui déboucheront sur l'apparition de nouveaux rôles, le canton peut lutter contre la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Il peut aussi simplifier la procédure d'admission de personnel spécialisé en provenance de l'étranger. Enfin, il peut augmenter les capacités en cofinçant les formations.	Impact moyen
	Le canton de Berne a augmenté ses capacités en créant 300 nouvelles places de formation ces dernières années. Il contribue ainsi à enrayer la pénurie attendue pour les prochaines années.	Impact faible
	Il faut s'attendre à des répercussions sur les coûts de formation (contributions) et sur la mise en œuvre de l'obligation de formation. Selon le recrutement, un impact négatif sur les offres de formation (compétences linguistiques, spécialités, etc.) n'est pas exclu. A cause de cette pénurie, il est globalement difficile d'assurer la continuité des soins dans certains domaines (hôpital, service d'aide et de soins à domicile, cabinet, etc.).	Impact moyen
Fournisseurs de prestations	Voir aussi la rubrique Nouveaux rôles En créant de nouveaux cursus de formation (volet pratique), les fournisseurs peuvent durablement fidéliser leurs collaboratrices et collaborateurs. De plus, repenser l'organisation hiérarchique classique et rigide améliore l'attractivité de l'employeur.	Impact faible

Tous les fournisseurs de prestations, même les structures libérales, sont touchés par la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Il arrive même qu'ils soient contraints de suspendre certaines de leurs prestations.
Des conditions de travail peu attrayantes peuvent même aggraver la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et contribuer à la mise en place d'une spirale négative. A noter que toutes les régions ne sont pas touchées au même degré : les centres hospitaliers en souffrent moins que ceux situés en périphérie. Toutefois, la concurrence pour recruter du personnel y est plus marquée, entraînant une spirale salariale à la hausse avec des conséquences financières potentiellement négatives pour les fournisseurs.

Impact très élevé

Nouveaux rôles

Canton	Le canton doit garantir les conditions et les procédures d'autorisation de ces nouveaux rôles. En outre, il peut apporter son soutien en finançant ou en subventionnant des places de formation.	Impact moyen
Fournisseurs de prestations	Ces nouveaux rôles, par exemple les IPA, viennent grossir les rangs de la main-d'œuvre qualifiée et permettent d'étoffer la gamme de traitements proposés. Ils participent à enrayer la pénurie qui frappe la Suisse et représentent une vraie chance pour les fournisseurs de prestations, car ils contribuent à garantir une prise en charge efficace à long terme.	Impact élevé

4.2 Chances et risques financiers

Pour estimer les risques financiers encourus par le canton de Berne dans le domaine de son paysage hospitalier, les risques de surendettement (approche 1) et de manque de liquidités (approche 2) des hôpitaux ont été analysés avec la méthode dite de valeur à risque (VaR). Cette méthode est appliquée dans bon nombre d'analyses de risques en gestion des participations ; notion complexe, elle est utilisée et expliquée ci-après de manière simplifiée.

L'analyse se fonde sur les rapports de gestion des hôpitaux avec participation cantonale et sur la comparaison des évolutions du bénéfice net et de l'EBITDAR des hôpitaux suisses au cours des dix dernières années. Si tant est qu'elles aient été disponibles, les données financières proviennent des comptes établis selon les recommandations relatives à la présentation des comptes (Swiss GAAP RPC). Le tableau ci-après offre tout d'abord une vue d'ensemble du risque financier global encouru par le canton de Berne. Il en ressort que d'autres montants sont à risque en plus du capital-actions inscrit au bilan.

Vue d'ensemble du risque financier global encouru par le canton de Berne (31 décembre 2019)									
	Prêts aux hôpitaux	+	Cautionnement des crédits des hôpitaux	+	Valeur comptable de la participation	-	Passifs envers les hôpitaux	=	Risque maximal de faillite
Soins aigus somatiques									
Groupe de l'île SA	-		-		0.3		-		0.27
Spital Netz Bern Immobilien AG	-		-		23.1		-		23.06
SRO AG	-		18.0		14.7		-		32.73
Regionalspital Emmental AG	10.0		14.4		11.7		-		36.06
Centre hospitalier Bienne SA	-		16.8		35.0		-		51.85
Spital STS AG	-		-		17.5		-		17.47
Spitaler FMI SA	-		7.2		10.7		-		17.95
Hôpital du Jura bernois SA (groupe)	-		-		29.0		-3.2		25.87
Total intermédiaire	10.0		56.4		142.0		-3.2		205.25
Services psychiatriques régionaux									
Services psychiatriques universitaires (SPU) SA	-		-		62.69		-12.50		50.19
Centre psychiatrique de Münsingen SA	-		-		59.84		-7.08		52.76
Total intermédiaire	-		-		122.5		-19.6		102.95
Total	10.0		56.4		264.5		-22.7		308.2

Tableau 1 : vue d'ensemble du risque financier global encouru par le canton de Berne (référence : rapports annuels 2019 des sociétés hospitalières et du canton)

Les résultats de l'analyse sont une simulation qui doit être interprétée en tenant compte de certaines contraintes. Premièrement, seul un faible nombre de données historiques est disponible ; or elles sont nécessaires pour réaliser une estimation statistiquement fiable des moyennes et écarts-types en vue de l'analyse VaR. Deuxièmement, il faut partir du principe que les marges bénéficiaires nettes et les marges EBITDAR modélisées sont réparties normalement et qu'elles sont indépendantes les unes des autres. Cela signifie que sur une période donnée, les améliorations et les détériorations des marges sont tout aussi probables, indépendamment de l'évolution passée de chacune d'elles.

Pour évaluer le risque de surendettement et le risque d'un manque de liquidités, l'analyse VaR adopte deux approches.

Approche 1 : risque de surendettement

L'objectif de cette approche est de calculer, avec une certaine probabilité, la valeur minimale sous laquelle les fonds propres des hôpitaux avec participation cantonale ne passeront pas avant 2035 (intervalles de confiance à 90%, 95% et 99%). Les rapports de gestion 2019, dont ont été extraites les valeurs comptables des fonds propres, constituent le point de départ de ce calcul.

Dans un premier temps, une simulation de la marge bénéficiaire nette pour les années 2020 à 2035 a été réalisée à l'aide de l'analyse VaR. A partir de différents scénarios de paramètres de distribution des marges bénéficiaires nettes (valeur moyenne et écart-type), on a simulé une série chronologique de marges bénéficiaires nettes minimales prévisionnelles que les hôpitaux avec participation cantonale ne devraient pas franchir entre 2020 et 2035, avec une certaine probabilité (intervalles de confiance). La marge bénéficiaire nette minimale prévisionnelle est ensuite appliquée au chiffre d'affaires prévisionnel (sur la base de celui de l'année précédente et de la croissance démographique), afin de calculer la variation des fonds propres pour chaque année. Cette variation des fonds propres est ensuite additionnée à leur valeur initiale (fin 2019) pour obtenir leur valeur minimale.

L'approche est ensuite étendue au calcul de la « probabilité de surendettement », en inversant le procédé : il s'agit d'abord de calculer la marge bénéficiaire nette nécessaire pour un surendettement, puis d'estimer la probabilité de survenue de celle-ci.

Approche 2 : risque d'un manque de liquidités

L'objectif de cette approche est de calculer, avec une certaine probabilité, la valeur minimale sous laquelle les liquidités (nettes) des hôpitaux avec participation cantonale ne passeront pas avant 2035 (intervalles de confiance à 90%, 95% et 99%). Par liquidités (nettes), on entend les liquidités auxquelles ont été soustraites les dettes financières.

L'estimation de la trésorerie se fait sur la base de l'EBITDAR en tenant compte des investissements à venir. En cas d'endettement net, il faut ajouter au calcul des charges d'intérêt de 5%. Comme dans l'approche 1, la trésorerie minimale prévisionnelle découle d'un modèle statistique destiné au calcul de la marge EBITDAR. Les mêmes scénarios de paramètres de distribution (valeur moyenne et écart-type) ont été appliqués.

A la différence de l'approche 1, la loi ne fixe pas clairement de plafond maximal en termes de liquidités. Pour classer les résultats, deux ratios financiers très répandus sont calculés :

- endettement net / EBITDA : en règle générale, la valeur maximale de ce ratio doit être comprise entre quatre et six ; dans le secteur de la santé, il arrive qu'elle soit supérieure ;
- taux d'endettement (endettement net / total des actifs) : en pratique, de nombreuses valeurs se situent entre 20% et 60%. Les valeurs supérieures ne devraient être observées que de manière ponctuelle (après conclusion d'un nouveau financement) et doivent rester exceptionnelles.

L'illustration 16 schématise la logique des calculs effectués pour les deux approches.

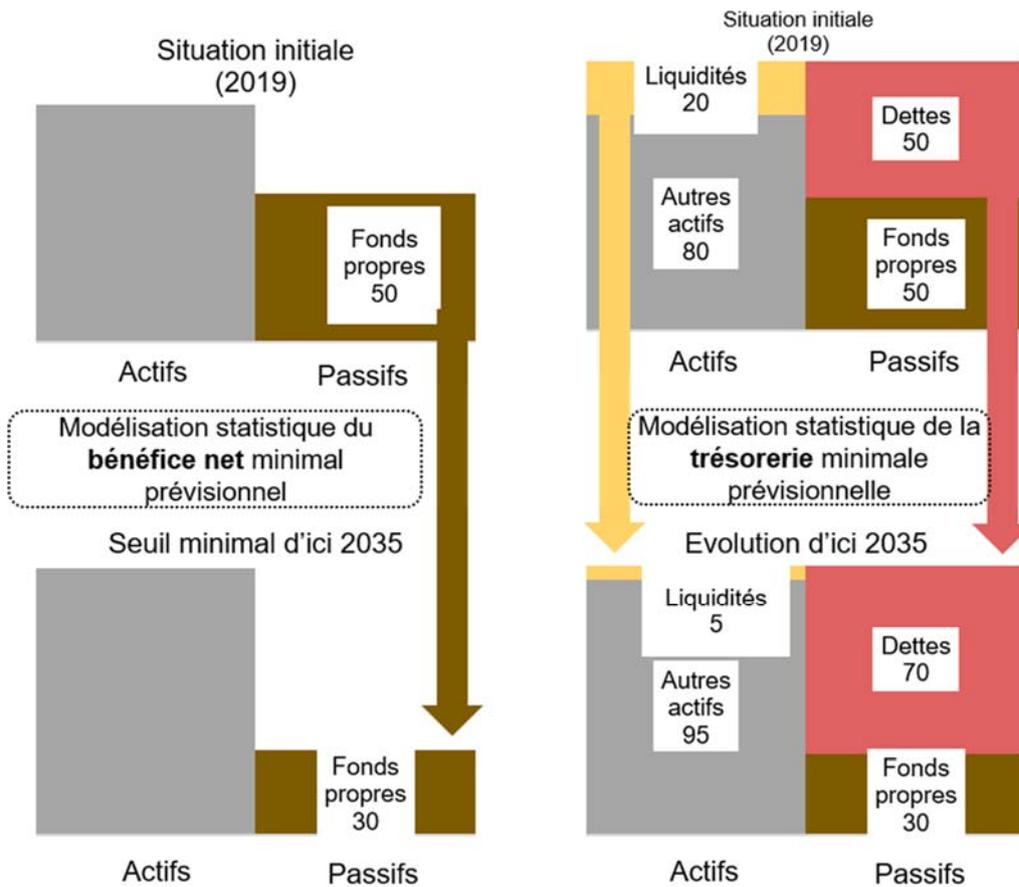


Illustration 16 : analyse du risque de surendettement (gauche) et du risque de manque de liquidités (droite)

Résultats de l'analyse du risque de surendettement

Le graphique ci-après montre le rapport entre la valeur minimale des fonds propres et la valeur comptable des fonds propres indiqués dans la clôture des comptes 2019 (100%). La hauteur des colonnes indique les écarts de résultats selon les scénarios de paramètres de distribution tandis que la couleur des colonnes représente les trois intervalles de confiance utilisés pour l'estimation de la VaR. Sept hôpitaux avec participation cantonale ont été numérotés de 1 à 7 dans un souci d'anonymisation⁵⁰.

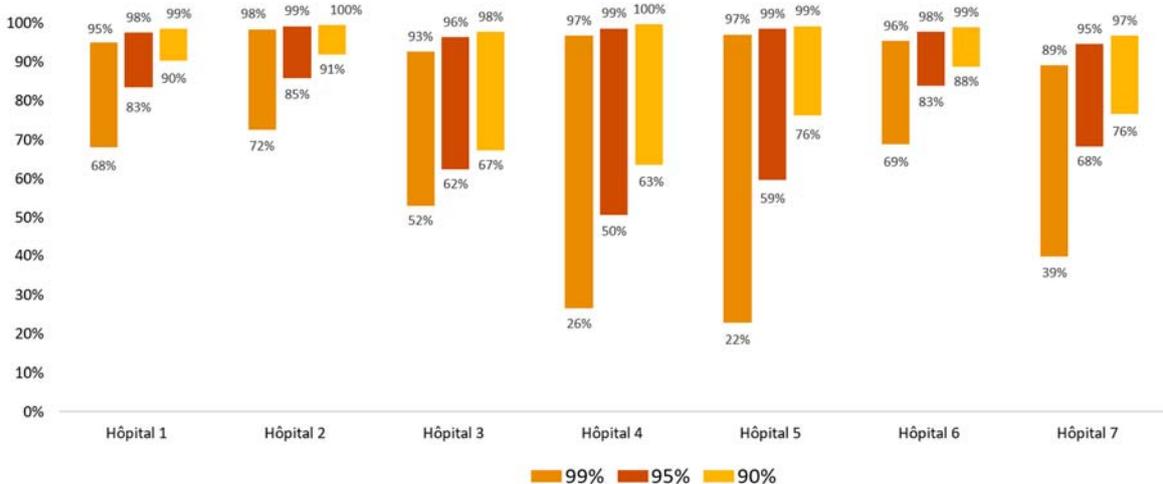


Illustration 17 : analyse VaR – valeur minimale des fonds propres

⁵⁰ Les hôpitaux ont été anonymisés puisqu'il s'agit d'une simulation purement mathématique, pour le moins incertaine. L'objectif est de déterminer une fourchette dans laquelle le développement pourrait se situer à l'avenir.

Une valeur inférieure à zéro indiquerait un surendettement. Une valeur de 80% indique une baisse de 20% de la valeur comptable des fonds propres d'ici à 2035 comparé au bilan 2019 : autrement dit les fonds propres n'auront plus que 80% de leur valeur initiale (fin 2019). Force est de constater que plusieurs hôpitaux pourraient frôler le surendettement d'ici 2035. Les fonds propres de l'hôpital 5 risqueraient par exemple de chuter à 22% de leur valeur comptable actuelle (avec un intervalle de confiance de 99%). La probabilité que cette situation survienne est très faible (1%) : il faudrait pour cela des marges négatives pendant plusieurs années consécutives, une baisse des liquidités et une diminution continue de la valeur intrinsèque de l'établissement hospitalier. Il serait donc très probable que le système de contrôle des participations identifie suffisamment tôt une telle situation (grâce au système de « feux tricolores »). Par exemple, si l'hôpital 5 avait une part de fonds propres de 60%, une baisse des fonds propres à 22% de leur valeur initiale se traduirait par une réduction de la part de fonds propres à 25% – ceci à condition que les capitaux étrangers restent constants. La valeur serait alors inférieure à la valeur minimale fixée dans le système de feux tricolores et un avertissement serait notifié. Globalement, la probabilité de surendettement de chaque hôpital sur la période observée est faible, comme il ressort du graphique suivant :

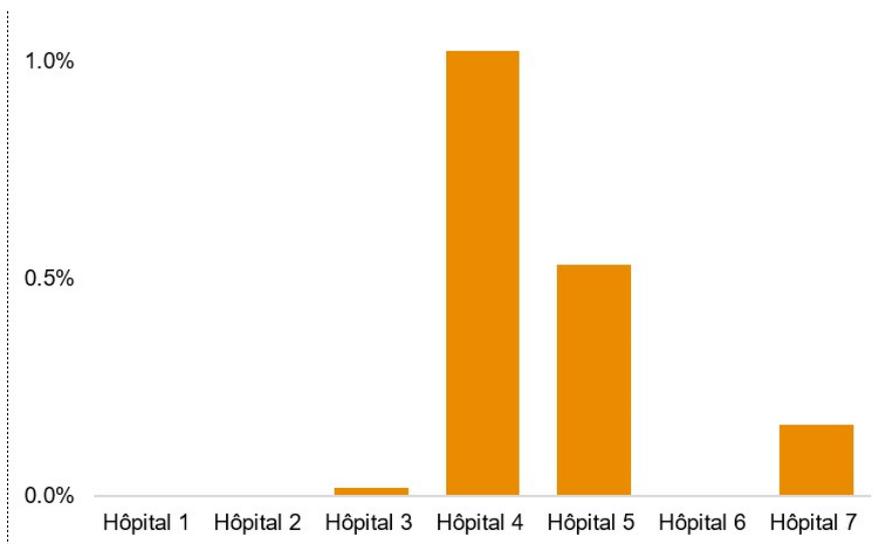


Illustration 18 : analyse VaR – probabilité de surendettement des hôpitaux avec participation cantonale

Résultats de l'analyse des liquidités

Endettement net / EBITDA : le graphique ci-après montre la valeur maximale de l'endettement net par rapport à l'EBITDA en 2035. Là encore, la hauteur des colonnes représente les écarts de résultats selon les scénarios.

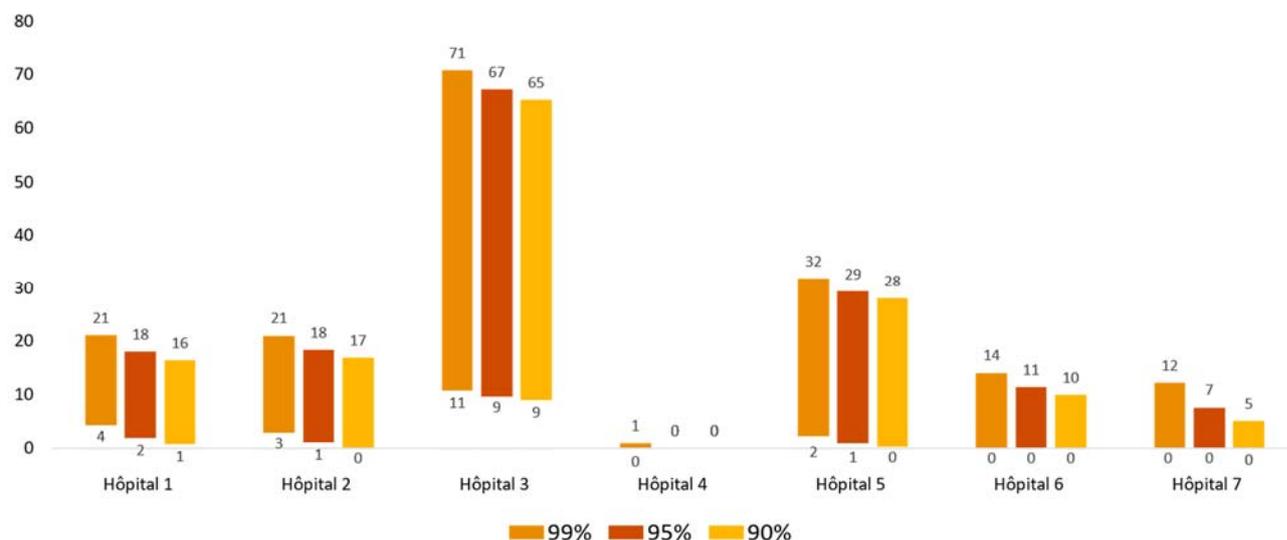


Illustration 19 : analyse VaR – endettement net maximal par rapport à l'EBITDA

Des différences notables se font jour en raison de la situation propre à chaque hôpital (p. ex. si un financement externe a été récemment alloué). Procéder à une appréciation de cet indicateur nécessite de mener des analyses approfondies de la situation financière de chaque hôpital (sa position sur le marché, son développement économique, les investissements prévisionnels, les financements attendus, etc.). Dans l'ensemble, le graphique met en évidence la rentabilité insuffisante au niveau EBITDA. Si elle ne peut être améliorée lors d'un endettement important (mais nécessaire), l'indicateur atteint alors rapidement un niveau trop élevé. Dans ce contexte, la rentabilité se caractérise par un double effet, puisqu'elle se traduit par une hausse des besoins en capitaux étrangers (numérateur) d'un côté et par une baisse de l'EBITDA (dénominateur) de l'autre.

Taux d'endettement : le graphique ci-après montre le taux d'endettement maximal de chaque hôpital en 2035, confirmant les différences substantielles entre les établissements, qui ressortaient déjà du précédent graphique.

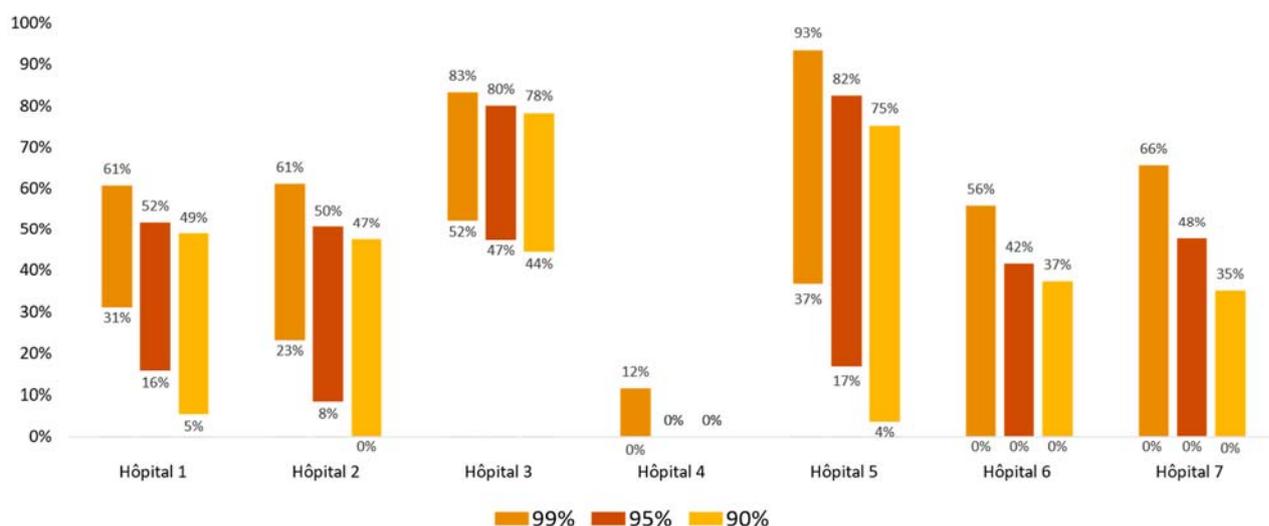


Illustration 20 : analyse VaR – taux d'endettement maximal

Si certains hôpitaux seront en mesure de s'autofinancer (presque) entièrement, d'autres auront besoin de capitaux étrangers importants d'ici à 2035. Les hôpitaux 3 et 5 sont les plus exposés ; les autres se trouvent encore dans une fenêtre acceptable à court terme (avec un intervalle de confiance de 99%). Cependant, cet indicateur a tendance à réagir plus lentement que l'indicateur d'endettement net par rapport à l'EBITDA. Même si les valeurs cibles définies ne sont pas dépassées de beaucoup, le fait d'obtenir une rentabilité assez élevée via la gestion des hôpitaux doit être la priorité absolue. Procéder à une appréciation précise de cet indicateur nécessite de mener des analyses approfondies de la situation financière de chaque hôpital (à l'aide de plans d'affaires financiers détaillés). Du reste, une part de financement étranger importante peut entraîner des coûts de capital plus élevés, des exigences plus strictes de la part des investisseurs et un risque accru de faillite des hôpitaux. Le canton de Berne risquerait alors de devoir verser des aides financières supplémentaires. Une alternative serait de vendre des actions à des hôpitaux privés ou à des investisseurs. Ces mesures ne sauraient être évaluées uniquement sous l'angle financier ; les objectifs politiques devraient également être pris en considération. A noter que s'il existe un risque manifeste que la participation cantonale perde de sa valeur à long terme, celle-ci doit être réévaluée. D'éventuels investissements ne pourraient probablement être financés qu'en prenant des mesures d'efficacité contraignantes visant à améliorer la rentabilité.

4.3 Disparition de fournisseurs : risques et conséquences

C'est au canton que revient la responsabilité de garantir les soins de base et les soins d'urgence dans toutes les régions. Comme le prévoit la LSH, le but est d'assurer la couverture des besoins même en cas de recul progressif voire de disparition de prestations en un lieu donné en raison des risques évoqués précédemment.

Les différents scénarios ci-après mettent en lumière les risques systémiques qui découleraient de la disparition de fournisseurs de prestations ou de leur insolvabilité. Il n'est toutefois pas possible d'évaluer ces risques sur le plan financier car ils dépendent de chaque établissement, du contexte mais aussi des scénarios. Toutes les transformations ne sont pas évoquées ici (p. ex. centres de santé).

Disparition d'un CHR décentralisé pour cause d'insolvabilité

La disparition d'un CHR peut avoir des répercussions importantes sur la couverture en soins d'une région. Les entreprises de sauvetage devraient rapidement assumer une surcharge importante, afin de transférer les patientes et patients vers l'établissement qui le plus à même de les prendre en charge. En effet, les CHR sont tenus d'assurer la couverture en soins de base et d'urgence. De plus, leur offre de prestations couvre aussi les besoins régionaux en soins de base ambulatoires, en fonction des structures libérales (l'hôpital, qui assume un rôle de coordination du système de santé, est comme l'épine dorsale de la couverture en soins régionale). Les CHR dispensent des soins aigus somatiques et parfois psychiatriques, tout en assumant les parties prévention et suivi de proximité. Si un CHR était amené à disparaître, la couverture en soins ne pourrait plus être assurée. Deux scénarios seraient alors envisageables.

Scénario A : une autre entité reprend l'exploitation

Si les besoins en soins subsistent dans le rayon du CHR disparu pour cause d'insolvabilité, deux cas de figure sont possibles :

- (a) un autre hôpital avec participation cantonale décide de reprendre ses prestations ou y est contraint par le canton en vertu de la LSH, ou
- (b) un organisme privé reprend l'exploitation du CHR en question.

Si l'intérêt potentiel que peut avoir un organisme privé à reprendre un CHR dépend fortement de sa localisation, la société PwC estime qu'il est tout de même relativement probable. Dans le cas où le CHR serait repris par un fournisseur de prestations, l'offre pourrait être revue : il faudrait en effet repenser le modèle d'exploitation de sorte à en assurer sa rentabilité à long terme et probablement coordonner l'offre avec celle du repreneur (qu'il s'agisse d'un groupe privé d'envergure nationale ou d'un autre CHR). Le canton devrait ensuite vérifier et, dans la mesure du possible, garantir l'adaptation des contrats de prestations afin que la prise en charge réponde aux besoins. S'il n'était pas possible de fournir des prestations en restant rentable, par exemple si le bassin de population n'était pas assez grand, le canton devrait peut-être financer sur une base annuelle, via des prestations d'intérêt général (PIG), l'exploitation du site requis pour assurer la couverture en soins. Le montant exact de ces coûts devrait être évalué au cas par cas.

Scénario B : le site est abandonné

Il est possible qu'un hôpital en situation d'insolvabilité ne soit ni remplacé ni repris – ce qui se traduirait par une suspension de l'offre – si la demande en soins hospitaliers est insuffisante et (c) que la couverture est assurée dans une structure plus petite, par exemple dans un centre de santé ambulatoire financé par un autre organisme responsable. On peut aussi envisager que (d) le site ne soit pas abandonné pour des raisons de politique régionale et qu'il soit remplacé par un centre de santé ambulatoire recevant un soutien financier du canton (PIG), indépendamment de l'organisme

responsable. D'un point de vue externe, il ne semble pas opportun de financer de manière prolongée un site qui n'est pas adapté aux besoins.

Disparition d'un centre hospitalier pour cause d'insolvabilité

A court terme, la disparition d'un centre hospitalier pour cause d'insolvabilité impliquerait des transferts de patientes et patients à l'intérieur du canton. Elle pourrait avoir de multiples répercussions, a fortiori si le besoin en prestations reste aussi élevé qu'avant sa disparition. En revanche, si la demande n'est plus au rendez-vous ou qu'une structure alternative est mise en place, il faudrait envisager une transformation en un CHR ou en un *Hub and spoke*, voire en un centre de santé. Si la structure restait d'une taille relativement équivalente, deux scénarios seraient envisageables.

Scénario A : l'offre de prestations est reprise par un autre centre hospitalier

Ce scénario permettrait non seulement à d'autres centres hospitaliers de la région de soins d'élargir leur offre mais garantirait aussi l'accès de la population aux prestations ; autrement dit, la couverture des besoins serait assurée au niveau régional. Toutefois, il faudrait s'attendre à court terme à une pénurie de capacités, en raison de la taille du centre hospitalier disparu. Les autres établissements de santé (centres hospitaliers, CHR, centres de santé, etc.) devraient donc impérativement en prendre leur part. Cela serait l'occasion de mettre en place un modèle échelonné de prise en charge, avec toutefois une concentration des spécialisations dans les centres hospitaliers en fin de chaîne de traitement.

Scénario B : le centre hospitalier est repris par un autre centre hospitalier

Dans ce scénario, le centre hospitalier en danger d'insolvabilité serait repris par un autre centre, soit public soit privé. La probabilité qu'une entreprise publique ou privée soit intéressée par la reprise d'un centre hospitalier est très élevée, en raison du rayonnement du centre hospitalier et de la taille de sa patientèle. Reprendre l'offre de prestations et la maintenir permettrait d'assurer la couverture des besoins.

Disparition d'un hôpital pour cause d'insolvabilité liée à une surcapacité

Une offre excédentaire ou une situation de surcapacité dans l'agglomération bernoise – ou même en zone rurale – pourrait entraîner la fermeture de l'établissement en question, sans reprise de ses activités. L'insolvabilité d'une entreprise hospitalière et la disparition d'un hôpital peuvent donc avoir un effet positif sur le système de santé, en ce sens que cela permet de réduire l'offre excédentaire et la demande induite par l'offre, et donc d'améliorer l'ensemble des structures de soins. Lorsque la question se pose de garder ou de fermer un hôpital, il est opportun d'évoquer ouvertement ce point dans les discussions politiques, car il est bien trop souvent méconnu. On éviterait ainsi de toujours chercher à préserver le statu quo. La politique régionale a souvent pour effet d'empêcher le développement du système de santé cantonal⁵¹.

Enseignements utiles pour les scénarios de soins

Qu'il s'agisse de reprises des activités, de fusions d'entreprises hospitalières ou d'insolvabilité d'un établissement, les changements peuvent être bénéfiques et peuvent se traduire par des transformations positives et durables du système de soins bernois. Cela dit, il faut veiller à ne pas perdre la main-d'œuvre qualifiée et chercher activement des solutions transitoires au plus tôt (solution-relais au sein de la structure

⁵¹ La fermeture de l'hôpital Ziegler s'est traduite par une réduction des surcapacités.

hospitalière existante ou création d'une nouvelle société de transition). Même en cas de suppression des surcapacités, il est judicieux de répartir la main-d'œuvre qualifiée entre plusieurs entreprises et fournisseurs.

Si le rôle des structures existantes doit être décidé au cas par cas, les solutions doivent être le fruit d'une concurrence qui inclue les acteurs privés sur le terrain et qui ne soit pas réservée aux organismes publics. La vente des biens immobiliers hospitaliers ne doit pas être liée à une poursuite inconditionnelle des activités (y compris mandats de prestations), car il ne sera de toute évidence pas possible d'avoir une exploitation rentable sous la même forme.

5. Des scénarios de soins et un modèle 4+ pour optimiser la planification des soins

En vertu de la LSH, le Conseil-exécutif doit garantir la couverture en soins dans le canton de Berne⁵². Le canton assume un rôle de pilotage via les listes des hôpitaux et n'exécute pas lui-même les tâches visant à remplir ses obligations légales. Après avoir identifié les évolutions et procédé à une évaluation des chances et risques potentiels, la société PwC a élaboré trois scénarios de soins assortis d'objectifs reposant sur le modèle *Hub and spoke*. Ainsi, le canton pourrait activement guider l'évolution des structures de soins en élaborant, dans sa Stratégie de la santé, des stratégies partielles claires pour les différents domaines (notamment « Soins somatiques et psychiatriques, réadaptation [ambulatoires et hospitaliers] »). Enfin, la société PwC a formulé une recommandation pour le futur modèle de soins bernois.

Les hôpitaux pourront utiliser cet objectif, qui sera communiqué comme tel par la DSSI, comme fil directeur pour se positionner lors de décisions stratégiques fondamentales ou en cas de transformation dans le paysage hospitalier (p. ex. modification profonde de l'offre d'un établissement, liquidation d'une société hospitalière). La société PwC préconise d'associer les fournisseurs de prestations à l'élaboration de l'objectif final de sorte qu'il soit équilibré, accepté et puisse être mis en œuvre de manière pérenne.

5.1 Le modèle *Hub and spoke* : une solution pour réaliser les soins intégrés

Au vu des transformations du système de santé suisse décrites au point 3.3, la société PwC a déjà développé par le passé un modèle *Hub and spoke* et l'a appliqué à des problématiques concrètes, avec différents fournisseurs de prestations et avec des cantons (en leur qualité de propriétaire et de financeur). Le modèle fonctionne sous certaines conditions : il faut au moins un *hub* (régional ou central) et plusieurs *spokes* pour former un réseau. La prise en charge échelonnée dépend de la patientèle elle-même ou d'un aiguillage approprié entre les fournisseurs du réseau. Grâce à un niveau élevé de transparence, des décisions compréhensibles et une médecine de haute qualité, les patientes et patients sont assurés de recevoir le meilleur traitement possible, au meilleur endroit au sein du réseau. Un principe sous-tend cette organisation : plus une prestation est spécialisée, moins elle est réalisée souvent. Cela entraîne un échelonnement, depuis le centre hospitalier (qui est généralement aussi le centre géographique) vers les établissements décentralisés.

⁵² Article 12 LSH

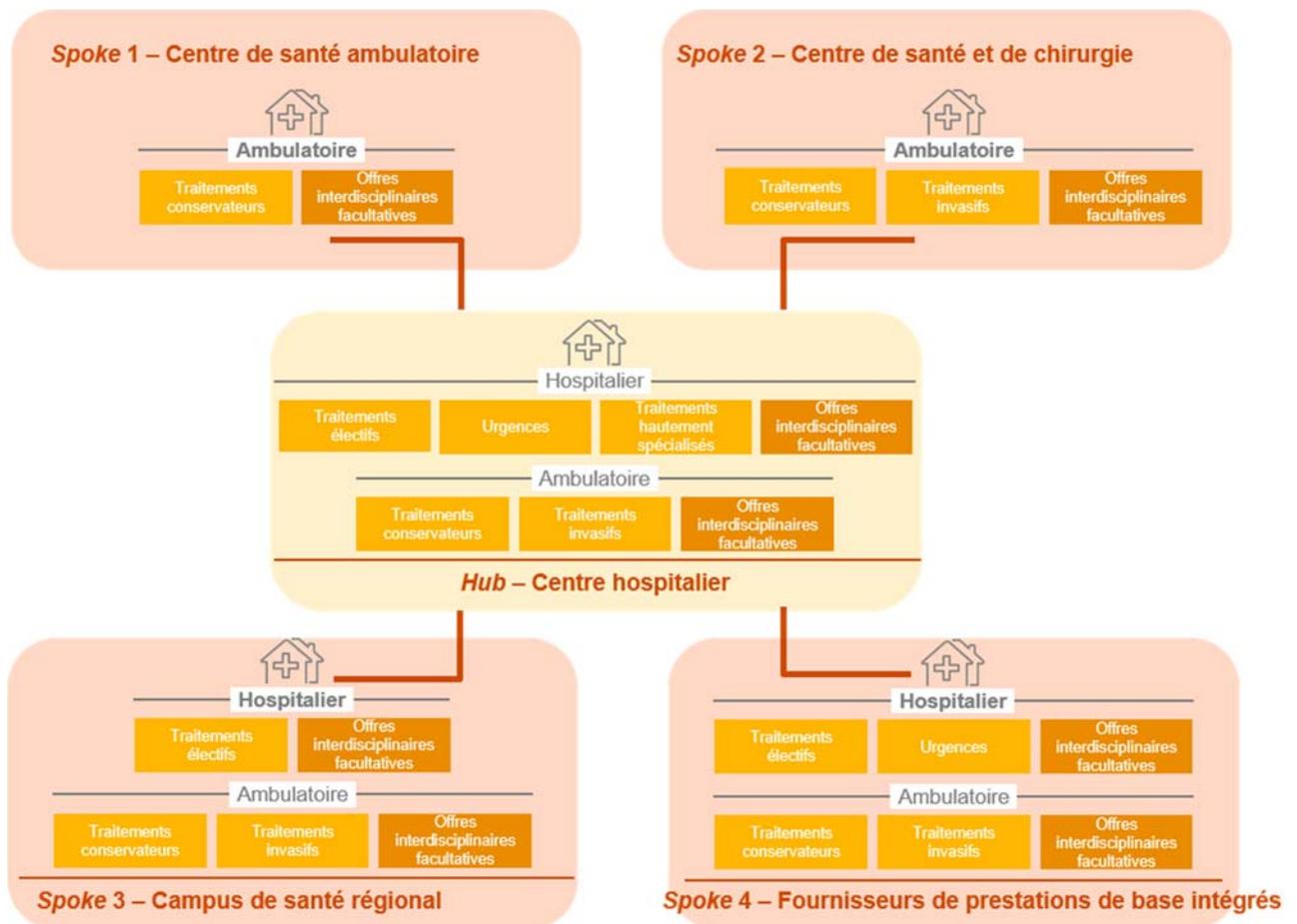


Illustration 21 : le modèle *Hub and spoke*⁵³

Le modèle *Hub and spoke* idéal garantit que la prise en charge soit échelonnée dans tout le réseau. Les procédures médicales complexes ou reposant majoritairement sur la technologie et les infrastructures sont réalisées au centre hospitalier (*hub*), où sont également dispensés les soins de base. Les multiples *spokes* assurent la couverture en soins de base sur l'ensemble du territoire de la région de soins. La taille et l'orientation de chaque *spoke* peuvent varier, voire se compléter.

Le centre hospitalier : *hub*

Il n'est pas impératif que le *hub* soit un hôpital universitaire ; il peut tout aussi bien être un centre hospitalier public ou privé. Avec au moins 18 000⁵⁴ hospitalisations par année, il est la plus grosse infrastructure du réseau. Il peut assumer des fonctions pour tout le canton, pour plusieurs régions de soins ou pour une seule. Dans les régions de soins de grande taille, on peut imaginer des *hubs* régionaux comptant entre 8000 et 12 000⁵⁵ hospitalisations, focalisés uniquement sur une offre de soins de base élargie ; ils occuperaient ainsi une place non négligeable dans une zone plus petite et seraient directement rattachés à un *hub* en fin de chaîne de traitement.

Les *hubs* permettent de mutualiser les compétences et les connaissances nécessaires au traitement de pathologies (multiples) complexes. Ils disposent de capacités élargies en soins intensifs et d'urgence. Tous les cas complexes et spécialisés sont traités dans les *hubs* afin d'atteindre le nombre minimal de cas par pathologie.

⁵³ PwC (2020) : *L'avenir du système de soins suisse*

⁵⁴ Déduction basée sur les structures hospitalières existantes (analyse PwC)

⁵⁵ Déduction basée sur les structures hospitalières existantes (analyse PwC)

Les spokes décentralisés (hôpital ou centre de santé) : fournisseurs de base

Rattachés au *hub* comme les branches d'une étoile, les *spokes* assurent la couverture des besoins de proximité. Ils traitent surtout les cas simples et récurrents, mais peuvent éventuellement avoir un domaine de spécialisation (p. ex. gériatrie ou orthopédie) pour se démarquer et rester concurrentiels. Ils fournissent les soins d'urgence axés sur les besoins 24 heures sur 24 pour toute la région et sont chargés à ce titre de l'aiguillage de la patientèle. Il leur incombe également de transférer les patientes et patients dont ils ne s'occupent pas vers la structure la mieux adaptée (*hub*, centre de santé, médecin de famille, etc.).

Les hôpitaux ne proposant pas de prestations ciblées en parallèle des soins de base font généralement face à d'importants défis pour assurer un modèle économique viable. Il ressort de l'observation du marché qu'il faut au moins deux spécialisations pour que l'offre hospitalière soit rentable. Cela vaut d'ailleurs aussi pour les traitements électifs en mode hospitalier des *spokes* 3 et 4.

Grâce à des processus plus efficaces, les *spokes* spécialisés dans l'ambulatoire peuvent être exploités avec une meilleure rentabilité que les structures hospitalières complexes qui accueillent des patientes et des patients pour des traitements électifs ou d'urgence en mode hospitalier et ambulatoire. Malgré une baisse des recettes, liée par exemple à une offre uniquement hospitalière, une meilleure utilisation des ressources peut permettre de dégager une marge contributive plus élevée. Puisque les *spokes* transfèrent les patientes et patients hospitalisés vers les *hubs* régionaux, les prestations de base fixes y seront davantage utilisées, ce qui se traduira par une hausse significative de l'efficacité de l'ensemble du système.

Prestations ambulatoires en milieu hospitalier, pilier de la décentralisation des soins

Au vu des transformations à l'œuvre dans le système de soins suisse, l'hôpital « classique » sera amené à jouer un rôle toujours plus important dans la prise en charge ambulatoire. Comme évoqué précédemment, les prestations ambulatoires en milieu hospitalier représentent une part croissante de l'ensemble des soins. Il semblerait que plus les personnes ont un médecin de famille depuis longtemps, moins elles sont susceptibles de lui rendre visite et d'avoir recours à ses prestations. Alors que le nombre de médecins de famille ne cesse de baisser, celui des centres de santé et des cabinets d'urgence augmente. Il arrive que ceux-ci soient directement intégrés aux hôpitaux et assument le rôle des médecins de famille, notamment en ce qui concerne le pilotage du système. Dans ce contexte, la télémédecine est importante aussi puisqu'elle peut être la première instance à rediriger les patientes et patients vers la structure la mieux adaptée.

Ces changements favorisent l'émergence de nouveaux modèles. Un nombre croissant de centres de santé, qui garantissent les soins d'urgence en sus de la prise en charge ambulatoire, voient le jour. Ce type d'établissements exclusivement ambulatoires, encore rares aujourd'hui, seront toujours plus nombreux à l'avenir, leur efficacité représentant un avantage indéniable pour s'imposer sur le marché. Opérer une séparation claire entre les structures hospitalières et ambulatoires est la marche à suivre.

Rôle des services de sauvetage dans un système échelonné en réseau

L'une des missions principales des services de sauvetage est de prodiguer les premiers secours et les soins d'urgence aux patientes et patients en situation de détresse⁵⁶ afin qu'ils puissent être transportés vers l'hôpital en ambulance ou en hélicoptère. Dans un modèle de prise en charge échelonné, les services de sauvetage et les entreprises privées seront amenés dans le futur à effectuer davantage de transferts entre les différents sites. A noter qu'il n'est pas toujours nécessaire d'avoir un véhicule entièrement équipé pour ces transferts.

Dans le canton de Berne, les soins d'urgence sont organisés selon les services de sauvetage cantonaux, qui assurent une prise en charge rapide et adaptée. Quelque 23 services de sauvetage, terrestres et aériens, sont autorisés à pratiquer et opèrent dans tout le canton, selon les besoins⁵⁷.

Dans le cadre de la planification des soins 2007-2010, le Conseil-exécutif a décidé que les services de sauvetage devaient être en mesure d'atteindre par voie terrestre 80% de la population d'une région dans un délai de 30 minutes après que l'alarme a été donnée⁵⁸ (règle des 80/30). L'accessibilité est facilement vérifiable

⁵⁶ Selon l'Interassociation de sauvetage (AIS), il peut s'agir d'une personne blessée ou malade menacée d'un danger grave et imminent qui met en péril sa vie ou sa santé.

⁵⁷ DSSI (2020) : page internet « Services de sauvetage »

⁵⁸ DSSI (2016) : *Planification des soins 2016 selon la LSH*

à l'aide d'un modèle de transports et en connaissant la répartition de la population sur le territoire. La planification des services de sauvetage n'a plus été modifiée depuis l'introduction de cette règle. La DSSI a néanmoins mené des projets visant à optimiser la localisation des bases des services de sauvetage.

Si le modèle *Hub and spoke* était plébiscité – ce qui impliquerait une réduction potentielle des capacités décentralisées –, il serait probablement nécessaire de développer les services de sauvetage pour respecter la règle des 80/30⁵⁹, puisque les distances entre les services d'urgence bien établis pourraient être rallongées. On peut par exemple imaginer que les campus de santé régionaux ou les centres de santé ambulatoires fassent office de bases pour les services de sauvetage, afin que les patientes et patients soient transférés directement au *hub* régional depuis le *spoke* ou depuis le lieu de leur accident ou maladie en cas d'urgence médicale. Egalement envisageable : le développement du sauvetage aérien, avec des bases dans les *hubs* régionaux, pour garantir que les patientes et patients en situation de détresse (cas critiques, p. ex. infarctus) soient atteignables au plus vite.

D'un point de vue strictement économique, la société PwC préconise de renforcer les services de sauvetage plutôt que de garder des structures hospitalières inutiles. Pour garantir l'orientation patient et la qualité des soins, une réorganisation est nécessaire, même si elle peut remettre en question certaines structures historiques.

5.2 Conditions à remplir en vue de la réorganisation des régions de soins (modèle 4+)

Au vu des arguments avancés jusqu'ici et compte tenu de l'objectif développé et proposé par la société PwC, il semble pertinent de réorganiser les régions de soins et de passer d'un modèle 6+ à un modèle 4+ (Berne-Mittelland, Bienne-Seeland-Jura bernois, Haute-Argovie-Emmental, Oberland bernois). C'est d'ailleurs ce que préconise la société PwC. Une telle organisation permettrait de renforcer la coopération entre les nouvelles régions de soins, qui pourraient se focaliser sur certaines prestations et traiter davantage de cas. Cette organisation à plus grande échelle contraindra les fournisseurs, dans le cadre de leur liberté entrepreneuriale, à établir activement des relations de coopération avec des établissements peut-être géographiquement plus éloignés – système échelonné oblige. La spécialisation sera davantage concentrée dans les centres hospitaliers en fin de chaîne de traitement.

Les régions de soins ont été envisagées non seulement afin de faire écho aux structures (hospitalières) actuelles mais aussi pour que le pilotage des soins et des flux de patients soit réaliste. Chaque région doit drainer environ 18 000 cas relevant des soins aigus somatiques hospitaliers⁶⁰ pour que la prise en charge échelonnée et de haute qualité soit réalisable et financièrement viable. Fusionner les sept régions en quatre permet d'atteindre une masse critique d'environ 150 000 personnes et donc de tendre vers ces 18 000 cas⁶¹.

Par rapport à l'organisation actuelle, la région Berne-Mittelland reste inchangée. En revanche, Bienne-Seeland et le Jura bernois fusionnent en une seule et même région : Bienne-Seeland-Jura bernois. Il ressort de l'analyse des flux de patients que les chiffres ne correspondent pas dans les faits au découpage des régions : de nombreux patients de la partie sud du Jura bernois sont en effet pris en charge dans la région Bienne-Seeland. Un constat allant dans le sens de la fusion.

Enfin, la Haute-Argovie et l'Emmental sont fusionnés, tout comme l'Oberland bernois est et l'Oberland bernois ouest, afin de simplifier la coordination des prestations à l'intérieur de ces régions.

⁵⁹ Aucune déduction précise n'a été réalisée sur les charges des services de sauvetage. En outre, les flux de patients définitifs dans ce modèle de soins ne sont pas connus, si bien que les répercussions ne peuvent être que supposées.

⁶⁰ Déduction basée sur les structures hospitalières existantes (analyse PwC)

⁶¹ Déduction basée sur les structures hospitalières existantes (analyse PwC)

Organisation actuelle du paysage hospitalier bernois en sept régions de soins (modèle 6+)

Réorganisation possible du paysage hospitalier bernois en quatre régions de soins

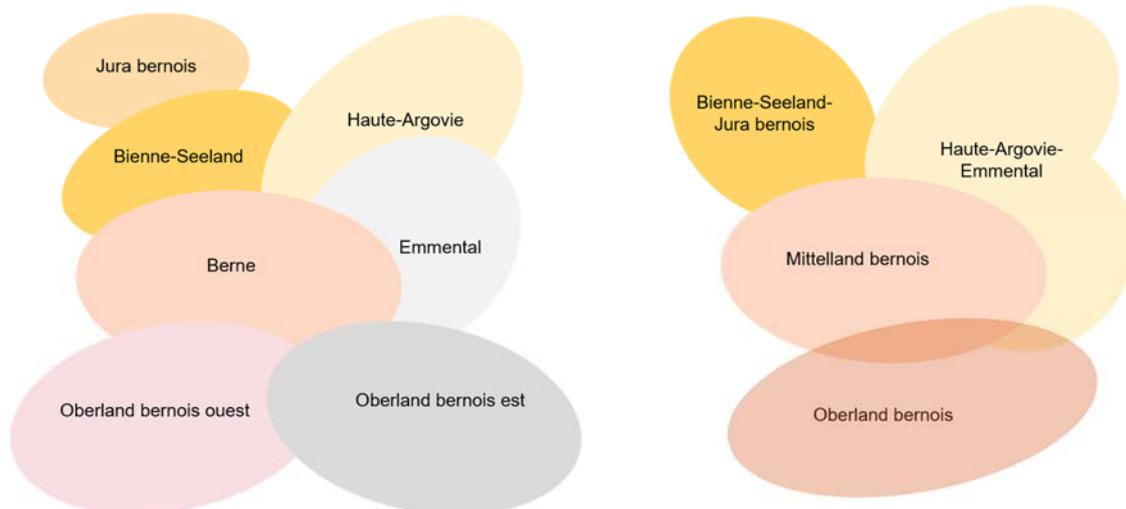


Illustration 22 : représentation géographique schématisée du paysage hospitalier bernois en sept (gauche) et quatre (droite) régions de soins⁶²

Par rapport au modèle 6+, le taux de couverture sera plus élevé dans le modèle à quatre régions que dans celui à sept. En conséquence, l'orientation des patientes et patients au sein de chaque région sera plus marquée et, surtout, le nombre de cas plus important rendra possible une spécialisation dans un domaine de prestations. La mobilité croissante permettra le pilotage des soins en fonction des besoins dans des régions plus grandes et donc plus efficaces – cela grâce à un meilleur échelonnement et une plus grande concentration des prestations au sein de chaque région.

Dans l'ensemble, selon la société PwC, l'organisation en plus grandes régions de soins – avec des prestations mieux réparties entre les fournisseurs – permet de réduire les risques financiers et ceux liés à la prise en charge.

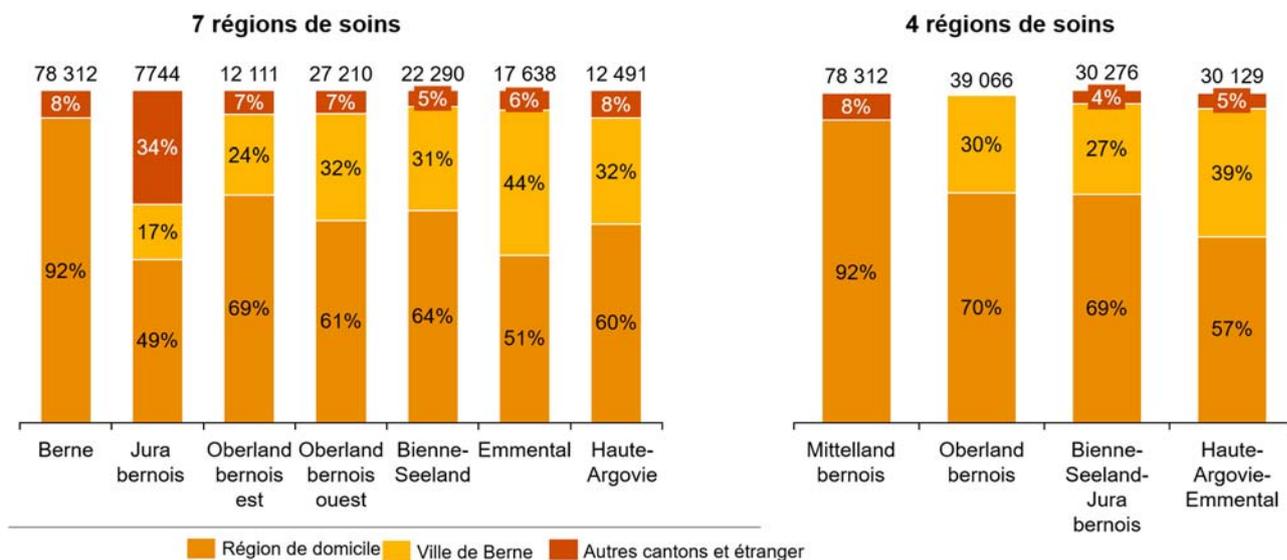


Illustration 23 : analyse des flux de patients (cas hospitaliers) dans les sept (gauche) et quatre (droite) régions de soins

A noter cependant que les possibilités d'actions varient d'une région à l'autre : dans l'Oberland bernois et dans la région Bienne-Seeland-Jura bernois, il s'agira plutôt de mettre en place des collaborations étroites entre les fournisseurs, alors qu'en Haute-Argovie et dans l'Emmental, on peut imaginer que le *hub*, parce que situé en fin de chaîne de traitement, jouera un rôle central.

⁶² Ici, Bienne, le Seeland et le Jura bernois ne forment qu'une seule région de soins.

5.3 Fixer un objectif aux fournisseurs de prestations : approches basées sur le modèle *Hub and spoke*

Les schémas ci-après mettent en évidence les possibles transformations du paysage hospitalier bernois dans les nouveaux scénarios de prise en charge conçus par la société PwC, sans toutefois permettre de remonter aux différents fournisseurs. Aucun échange n'a eu lieu avec ces derniers dans le cadre de la rédaction du présent rapport. Il serait nécessaire de s'entretenir avec eux et de procéder à des analyses et clarifications supplémentaires, en parallèle du processus décisionnel politique. Dans un souci de clarté et de lisibilité, seuls les fournisseurs de soins aigus somatiques ont été représentés en tant que *hubs* et *spokes*, puisqu'ils sont en charge de l'aiguillage de la patientèle. Ultérieurement, la psychiatrie et la réadaptation devraient être incluses lors de la concrétisation des scénarios, afin de garantir une approche intégrée des soins.

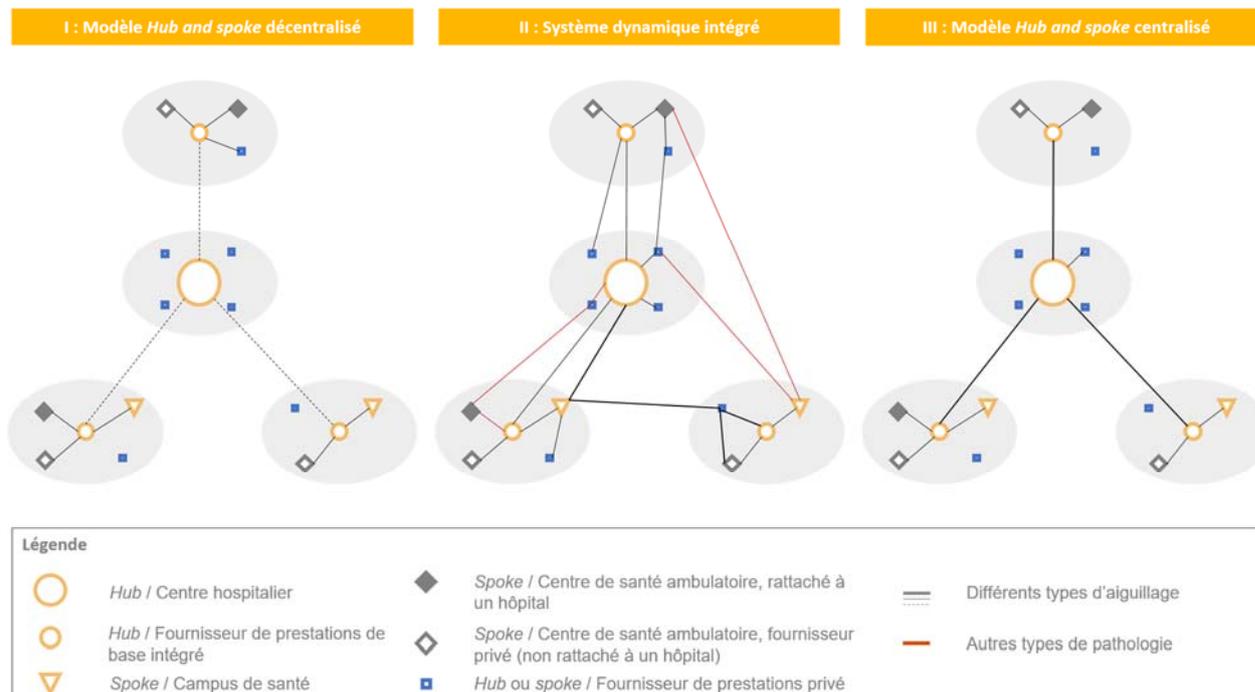


Illustration 24 : aperçu des différents scénarios de soins (trois modèles)

I : Modèle *Hub and spoke* décentralisé

Le scénario I (modèle *Hub and spoke* décentralisé) prévoit un pilotage fort par des *hubs* décentralisés et leur réseau, pilotage qui a lieu au sein de la région de soins. Les *hubs* assument un rôle de coordination et d'aiguillage. La couverture des besoins est garantie dans toute la région par les *hubs* (centres hospitaliers) et les *spokes* (centres de santé) ; un contact plus étroit avec les praticiennes et les praticiens – généralistes ou spécialisés – installés en cabinet est possible. Des campus de santé ou des centres de santé ambulatoires (*spokes*) fournissent des prestations en mode ambulatoire et hospitalier en complément des soins de base intégrés dispensés par le *hub*, et proposent des prestations supplémentaires dans le cadre du modèle échelonné de prise en charge. Les spécialisations sont surtout concentrées dans les centres hospitaliers en fin de chaîne de traitement.

Le modèle *Hub and spoke* décentralisé est un développement des structures de soins actuelles ; les différences ne sont donc pas substantielles. Les régions peuvent être envisagées à une échelle un peu plus grande et les petits hôpitaux régionaux peuvent être transformés en campus ou en centres de santé. Ce scénario appelle une modification par rapport à la situation actuelle (statu quo).

II : Système dynamique intégré

Le scénario II (système dynamique intégré) prévoit des structures très flexibles qui se recoupent. Les différents réseaux sont composés de *hubs* (hôpitaux centraux et fournisseurs de prestations de base intégrés) et de *spokes* (campus et centres de santé ainsi que fournisseurs de prestations spécialisées) correspondant aux types de soins, qui se soutiennent mutuellement et coopèrent. Ainsi, des centres de compétences dédiés à certaines pathologies peuvent voir le jour, virtuellement ou physiquement, au-delà des « frontières » des régions de soins (p. ex. *Tumorboard*, centre du sein). Le système étant alors spécifique à chaque maladie, le pilotage et la coordination des soins sont particulièrement complexes. Pour mettre sur pied un tel réseau via les fournisseurs, il est impératif qu'ils contribuent tous à la couverture en soins de base. Le canton se contente de définir l'objectif et peut contribuer à ce qu'il soit réalisé par le biais d'un système d'incitation.

La viabilité financière à long terme de chaque entreprise hospitalière peut être garantie par un réseau solide, une forte spécialisation dans certaines pathologies et l'abandon de certaines prestations. Se focaliser permet d'augmenter la qualité et l'efficacité des services. Dans ce système, les transferts de patientes et patients ne dépendent pas de l'organisme qui finance l'hôpital ou de l'entreprise à laquelle il appartient mais de la pathologie.

III : Modèle *Hub and spoke* centralisé

Le scénario III (modèle *Hub and spoke* centralisé) prévoit un pilotage du système par les centres hospitaliers. Autrement dit, les soins de base et les interventions électives les plus fréquentes sont dispensés dans les régions mais pilotés par le centre hospitalier. Un système d'aiguillage solide redirige les soins (d'urgence) spécialisés vers le *hub*. Les *spokes* ne réalisent que des opérations électives simples (soins de base) et, dans de rares cas, des soins d'urgence de moindre complexité.

Dans une certaine mesure, il s'agit d'une concentration de l'offre actuelle de sorte à assurer une prise en charge très échelonnée. Les soins (hautement) spécialisés sont fournis par le centre hospitalier. Les grands hôpitaux régionaux ont un statut de fournisseurs de prestations de base intégrés et sont largement pilotés par le centre hospitalier. Les sites de moindre taille sont transformés en centres de santé, afin de répondre aux besoins et aux considérations économiques.

5.4 Application et évaluation du modèle *Hub and spoke* dans le canton de Berne

Les trois scénarios peuvent être évalués à l'aune de leur efficacité, de leur adéquation et de leur caractère économique. Le tableau⁶³ ci-après regroupe les résultats de cette évaluation et propose d'autres critères.

⁶³ Un descriptif des critères et une présentation détaillée des scénarios se trouvent dans l'annexe.

		Statu quo 2020	Scénario I	Scénario II	Scénario III
Critères principaux	Efficacité				
	Adéquation				
	Caractère économique				
Critères d'évaluation	Qualité des soins et qualité médicale				
	Accessibilité				
	Obstacles limités et aiguillage optimal				
	Orientation main-d'oeuvre				
	Continuité et faisabilité				
	Technologies numériques				

Tableau 2 : grille d'évaluation des scénarios (échelle allant de 4 = rempli à 0 = non rempli)

Conclusion générale et application au canton de Berne selon la société PwC

D'un point de vue externe et sur la base de la grille d'évaluation, la DSSI devrait fixer comme objectif de mettre en œuvre le scénario I, afin de tendre à un renforcement des réseaux mais surtout pour mettre en place une vraie coordination au sein des nouvelles régions de soins. La DSSI pourrait également, lors de la future planification, essayer de déployer ses mesures de développement de la couverture en soins en intégrant les aspects innovants du scénario II, en particulier s'agissant de la création de structures spécialisées en dehors du centre hospitalier. La mise en œuvre rigoureuse du scénario II serait si complexe qu'aucun avantage ne pourrait être obtenu sans une explosion des coûts.

Compte tenu des contraintes géographiques (nombreuses vallées, zones rurales), des besoins effectifs de la patientèle et des infrastructures actuelles, le scénario III ne serait pas un objectif particulièrement judicieux.

Concrètement, les éléments ci-après pourraient être mis en œuvre dans le scénario I. Les structures de soins doivent être organisées de manière échelonnée et en intégrant tous les hôpitaux, quelque soit l'organisme responsable, au sein des régions de soins concernées. Cela garantit la meilleure prise en charge possible et une coopération renforcée entre une multitude de fournisseurs. Les *spokes* régionaux sont rattachés à un *hub* et ne transfèrent des patientes et patients à un centre hospitalier que pour des cas complexes manifestes. Les centres hospitaliers proposent des offres qui se complètent et peuvent avoir le statut d'établissement en fin de chaîne de traitement dans des domaines qui se chevauchent.

L'agglomération bernoise compte trois centres hospitaliers : l'Hôpital de l'île, le groupe Lindenhof et le groupe Hirslanden. Chacun des trois est un *hub*, mais pas pour toutes les pathologies. Centre hospitalier universitaire en fin de chaîne de traitement, l'Hôpital de l'île a reçu de nombreux mandats de prestations dans le domaine de la médecine hautement spécialisée et occupe une place à part.

Le rôle de l'Hôpital de l'Île en tant qu'hôpital en fin de chaîne de traitement

En sa qualité de centre universitaire rattaché au groupe de l'Île et au canton de Berne, l'Hôpital de l'Île occupe une place à part au sein des structures de soins par rapport aux autres centres hospitaliers sis en ville de Berne (Lindenhof et Hirslanden) ; c'est d'ailleurs ce qui ressort des principes du contrat avec l'Hôpital de l'Île selon l'article 36 LSH⁶⁴. Ainsi, l'établissement joue dans le modèle *Hub and spoke* un rôle particulier face à ses concurrents privés, non seulement en raison des nombreux soins (hautement) spécialisés qu'il propose et des activités d'enseignement et de recherche qu'il effectue pour l'Université de Berne, mais aussi en vertu de ses coopérations avec d'autres CHR.

A l'avenir, il sera aussi possible de mettre sur pied des structures similaires à celles des soins aigus somatiques en psychiatrie et en réadaptation. Il n'est pas impératif que les centres de compétences dédiés à certaines pathologies se trouvent dans l'agglomération bernoise. Les fournisseurs de prestations devront suivre une approche intégrée à l'interface entre les soins aigus somatiques, la psychiatrie et la réadaptation lors de la réalisation de l'objectif fixé par le canton. Ce dernier doit les y encourager activement par des mesures idoines, indépendamment du fournisseur de prestations et du secteur concerné. Il serait notamment souhaitable d'avoir des campus intégrés afin de regrouper à l'échelle locale les fournisseurs de prestations des différents domaines.

⁶⁴ Rapport du Conseil-exécutif au Grand Conseil (2019) : *Principes du contrat avec l'Hôpital de l'Île selon l'article 36 de la loi sur les soins hospitaliers*

6. Améliorer les outils de planification et de pilotage : mesures envisageables

6.1 Le canton de Berne, acteur du secteur de la santé aux multiples facettes

La régulation du système de santé suisse passe par différents outils de planification et de pilotage aux niveaux fédéral (Confédération, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) et cantonal. Le pilotage cantonal des soins revêt une grande importance et s'accompagne d'une forme subsidiaire de pilotage liée au rôle de propriétaire (voir stratégies de propriétaire). Partant du cadre posé par la Confédération via la LAMal, le canton endosse plusieurs rôles dans l'organisation du secteur de la santé. Il lui incombe à ce titre

1. d'assurer la couverture en soins de la population bernoise,
2. de réguler et surveiller le marché cantonal de la santé,
3. de financer les traitements hospitaliers et
4. de détenir des participations au capital des hôpitaux.

Concernant les points 1 et 2

Le canton, via notamment la DSSI, doit anticiper au plus tôt les grandes tendances transsectorielles et accorder aux fournisseurs de prestations les compétences nécessaires pour y répondre et pour réagir aux évolutions du secteur de la santé dans le cadre de leur liberté entrepreneuriale⁶⁵. On pense par exemple à l'article expérimental⁶⁶, actuellement en consultation, qui devrait être ajouté à la LAMal afin de contribuer à la baisse des coûts. Il devrait notamment permettre au canton de Berne et à la Confédération de créer des projets pilotes visant à promouvoir l'innovation dans le domaine des soins ainsi que chez les fournisseurs (solutions numériques, introduction d'indicateurs de qualité sur tout le territoire, etc.). Dans le cadre de projets pilotes, le canton peut également encourager le suivi par des tiers et demander des comptes rendus. Ainsi, la DSSI a la possibilité de soutenir des projets pilotes en posant un cadre clair et en assistant les fournisseurs de prestations pour les questions liées au financement par des tiers (p. ex. assurances-maladie). En outre, le canton peut créer des mécanismes de pilotage qui favorisent les tendances telles que le virage ambulatoire – même si les tarifs ne permettent pas de couvrir les coûts : par exemple en allongeant la liste des interventions à effectuer en ambulatoire, comme l'a décidé le canton de Berne (à compter du 1^{er} juillet 2021), emboîtant le pas aux cantons de Lucerne et de Zurich.

Concernant le point 2

Globalement, les structures de soins bernoises se situent aujourd'hui dans un champ de tension entre leur objectif premier – la libre concurrence, qui prévoit la liberté entrepreneuriale – et la réglementation (autrement dit la mise en œuvre des lois fédérales et cantonales). Le canton devrait assumer davantage sa place de facilitateur à travers les différents rôles qui lui incombent. Il lui revient de fixer un objectif clair s'agissant des structures de soins et d'aider les fournisseurs de prestations à le réaliser et à surmonter les obstacles rencontrés durant le processus. Il remplirait ainsi pleinement sa mission de pilotage.

Autre élément important : les fournisseurs doivent avoir un objectif clair, grâce auquel ils s'orienteront tout en gardant leur liberté entrepreneuriale. Les mécanismes de pilotage – comme les nombres minimaux de cas, les listes de traitements en ambulatoire, les obligations en matière de coopération ou l'attribution de mandats de prestations sur une base réduite et plus sélective – doivent dans la mesure du possible être examinés.

⁶⁵ Il ne s'agit pas ici de réaliser une étude poussée des tendances mais de mieux appréhender les évolutions de fond telles que décrites dans le présent rapport.

⁶⁶ Article 59b P-LAMal

Concernant le point 3

Puisqu'il participe au financement des coûts de la santé (en assumant une partie des frais des traitements hospitaliers), le canton a tout intérêt à ce que la prise en charge soit efficace. Les soins ambulatoires sont un levier important pour contrôler à long terme la hausse des coûts de la santé.

Concernant le point 4

La gouvernance des entreprises publiques, et donc la répartition des compétences, sont deux composantes majeures du rôle de propriétaire de sociétés hospitalières. Le Grand Conseil et le Conseil-exécutif ont chacun leurs compétences. Le premier est le pouvoir législatif : il fixe le cadre réglementaire. Il exerce en outre une surveillance dans toutes les participations cantonales. Le second est quant à lui chargé de la surveillance, du pilotage et du contrôle des hôpitaux avec participation cantonale, ainsi que de la mise en œuvre des lois cantonales et fédérales.

La liberté et la responsabilité entrepreneuriales sont indissociables et doivent être prises en compte dans le cadre du contrôle des participations. Ainsi, il incombe au canton de procéder à des examens poussés relatifs aux conséquences en cas d'écarts importants entre les indicateurs et les objectifs. Le Conseil-exécutif peut exiger qu'on lui soumette divers documents – plans stratégiques, plans d'affaires, rapports d'entretien de contrôle, rapports spéciaux, etc. – définis dans les stratégies de propriétaire.

6.2 Objectifs visant à améliorer les outils de planification et de pilotage des soins

Pour le canton de Berne, quatre objectifs peuvent être définis en vue du développement à long terme des structures de soins, sur lesquels les mesures réglementaires devraient s'orienter.

Soins échelonnés en réseau

Le canton de Berne souhaite mettre en place un paysage hospitalier en réseau. A cette fin, il doit fixer un objectif clair, qui guidera les fournisseurs de prestations dans leur collaboration. Ce faisant, il doit veiller au respect de leur liberté entrepreneuriale et limiter la pression réglementaire. Les conditions devront néanmoins permettre d'éventuels ajustements juridiques des structures de propriété (p. ex. participations croisées). Le canton peut faire en sorte que les entreprises auxquelles il participe se rapprochent au maximum de l'objectif et peut les guider dans cette direction par le biais du contrôle des participations. Le modèle de soins doit servir de fil rouge aux fournisseurs, qu'ils soient en mains privées ou publiques, lorsqu'ils prennent des décisions relatives à des coopérations, à des offres, à la localisation, etc. Toutefois, il ne peut être qu'encouragé par la réglementation, non se la voir imposer.

Concurrence axée sur la qualité

La concurrence entre les fournisseurs doit être axée sur la qualité des soins fournis à la population. Il faut éviter au maximum de ne prendre en compte que le volume de traitements réalisés, comme c'est le cas dans le système actuel, en proposant par exemple d'autres incitations (orientation des structures d'incitation à la qualité) qui répondront aux critères principaux – efficacité, adéquation et caractère économique. Parce qu'il est très difficile de mesurer la qualité des soins à partir de différents critères, le canton de Berne devrait s'appuyer sur les directives fédérales, actuellement en cours d'élaboration.

Coopétition des fournisseurs indépendamment de leur mode de financement

Il faut tendre à une amélioration des soins par la mise en place de coopétitions entre fournisseurs, indépendamment de leur mode de financement, de l'entreprise hospitalière à laquelle ils sont rattachés ou de la région de soins dans laquelle ils se trouvent. Des accords de coopération peuvent aussi être conclus volontairement entre des organismes publics et privés – comme il en existe déjà quelques-uns. Le principe qui prévaut est celui d'un partenariat fondé sur l'égalité, afin de créer une relation de confiance, condition sine qua non d'une collaboration durable.

Viabilité économique et indépendance des hôpitaux avec participation cantonale

Pour être durablement autonomes et économiquement indépendantes, les entreprises hospitalières publiques doivent être suffisamment rentables. Elles doivent dégager une marge EBITDA(R) minimale de 10,0% en soins aigus somatiques ou de 8,0% en psychiatrie pour que leur direction stratégique jouisse à long terme d'une liberté d'organisation illimitée et ne soit pas soumise à des interventions réglementaires (les hôpitaux moins spécialisés et de plus petite taille pourraient vraisemblablement se contenter d'une marge située entre 8,0% et 10,0%). Ainsi, le canton peut rester à long terme relativement en retrait en tant que propriétaire, voire confier à des prestataires privés une partie des tâches lui incombant à ce titre.

A l'inverse, si cet objectif n'est pas atteint, il peut contraindre la direction stratégique – via les stratégies de propriétaire – à lui présenter les planifications et les mesures par lesquelles elle entend réaliser cette marge EBITDA(R) et évaluer la plausibilité desdites planifications. L'efficacité des mesures peut ensuite être évaluée dans le cadre du contrôle des participations. Si ces plans et mesures ne permettent toujours pas de réaliser les objectifs fixés dans la stratégie, le canton peut décider, en sa qualité de propriétaire et en dernière instance, de prévoir des changements au sein de la direction stratégique (conseil d'administration).

Le canton peut également examiner dans quelle mesure la participation d'acteurs privés contribuerait à réduire son risque propre.

6.3 Mesures envisageables pour atteindre les objectifs de planification des soins

Globalement, la société PwC est d'avis qu'il ne serait pas opportun de développer ou de renforcer la réglementation. Cela étant dit, celle-ci peut être réorientée de sorte à mieux viser les objectifs décrits précédemment. Quelques mécanismes permettant d'atteindre les objectifs de planification des soins ont été identifiés. Ils sont présentés ci-après.

Soins échelonnés en réseau

- Une mesure envisageable pour renforcer les structures en réseau serait **d'attribuer de façon limitée les mandats de prestations** (en mode hospitalier) **dans les régions de soins** pour tous les traitements non urgents ne relevant pas des soins de base. Ainsi, les mandats seraient attribués en vertu des efforts actuels pour renforcer la planification des soins à un seul fournisseur par région (comme c'est déjà le cas aujourd'hui en médecine hautement spécialisée) ou leur attribution pourrait être liée à des obligations de coopération ou à des spécialisations dans les domaines concernés (« prestations en réseau »). Grâce à une plus grande mobilité, le pilotage des soins axé sur les besoins peut se faire dans des régions plus grandes et plus efficaces – ce qui implique un échelonnement plus marqué et une plus grande concentration des prestations dans chaque région. La couverture serait alors consolidée dans les grosses structures hospitalières ou dans les hôpitaux en fin de chaîne de traitement, et garantie à long terme. Les structures périphériques seraient les premières touchées par ces limitations d'attribution, lesquelles pourraient avoir aussi des répercussions financières négatives. Cela pourrait accentuer la concurrence (qualité) pour fournir les meilleures prestations, concurrence qui devrait éventuellement dépasser les « frontières » des régions de soins. A l'avenir, les hôpitaux ne proposant pas de prestations ciblées en parallèle des soins de base feront face à d'importants défis pour assurer un modèle économique viable. En principe, deux spécialisations sont nécessaires pour qu'une offre hospitalière soit rentable.
- L'attribution des mandats de prestations peut aussi servir à renforcer la stratégie reposant sur la **prise en compte des nombres minimaux de cas** par établissement hospitalier. Par exemple, une hausse ciblée du volume fixé pour un traitement précis (de sorte à atteindre les chiffres nettement plus élevés de la même prestation à l'étranger) et les répercussions (retrait du mandat si le nombre minimal n'est pas atteint) peuvent contribuer à la consolidation de l'offre et à l'amélioration de la qualité. Du point de vue de la planification des soins, il faut éviter toute augmentation excessive du volume (qui peut découler de la pression visant à atteindre les nombres minimaux de cas) par des exigences claires en matière d'indication et réexaminer régulièrement les indicateurs de qualité.

- **Etoffer de manière ciblée la liste des interventions à effectuer en ambulatoire** peut favoriser le virage ambulatoire – il est même possible d’aller plus loin que le canton de Berne, qui calquera sa liste sur celle des cantons de Lucerne et de Zurich à compter du 1^{er} juillet 2021. Toutefois, cette mesure ne peut être que transitoire, en attendant que la tarification des soins ambulatoires soit modernisée et que les lacunes dans la tarification des soins hospitaliers soient comblées – on pense par exemple au projet EFAS (financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières) ou à l’introduction des forfaits ambulatoires⁶⁷. Cela va dans l’intérêt des fournisseurs et, dans une moindre mesure, de celui des financeurs des prestations. Globalement, il convient de privilégier des solutions uniformes à l’échelle nationale.
- Les médecins de famille et les spécialistes libéraux ont un rôle crucial à jouer dans la mise en place des soins intégrés sur tout le territoire. D’autant que du point de vue de la prise en charge, les soins intégrés diminuent les risques pour les hôpitaux. Il est indispensable de proposer des structures tarifaires intéressantes afin d’encourager l’**installation de cabinets en libéral**, notamment dans les zones rurales ; cette responsabilité incombe en particulier à la Confédération. A l’image de ce qui se fait dans les régions rurales d’Allemagne, la prise en charge ambulatoire en dehors des hôpitaux peut être garantie sur tout le territoire par d’autres incitations (p. ex. soutien financier en cas d’installation dans une zone sous-dotée). Cela ne relève toutefois pas de la compétence du canton. De cette manière, il serait possible de désenchevêtrer la prise en charge très centralisée tout en renforçant la couverture en soins de base de proximité.
- Les **hôpitaux** devraient également mettre sur pied et exploiter activement des **structures ambulatoires**. Le recours à des emplois fixes et à des modèles de travail à temps partiel peut s’avérer pertinent pour faire face à la pénurie de main-d’œuvre qualifiée. En outre, la reconversion précédemment évoquée des infrastructures doit permettre d’accélérer le processus de consolidation dans le canton ; il convient d’étudier en détail les différentes possibilités d’action des autorités cantonales en ce sens. Le virage ambulatoire pourrait par exemple être renforcé à travers le pilotage ciblé des hôpitaux avec participation cantonale et la mise en œuvre rigoureuse de mesures réglementaires telles qu’un nombre minimal de cas ou l’attribution restrictive de mandats de prestations.

Concurrence axée sur la qualité des soins

- L’introduction d’**indicateurs de qualité uniformes**, si possible à l’échelon fédéral, permettrait d’offrir à la patientèle une base de décision en vue d’un choix autonome de traitement, favorisant par là même l’émergence d’une concurrence qualitative. Les fournisseurs de prestations auraient alors l’occasion de se distinguer grâce à un haut niveau de qualité. La publication d’une compilation transparente d’indicateurs de qualité à long terme (p. ex. effets des traitements sur une période de cinq ans) serait envisageable à cet égard, par exemple en collaboration avec l’Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)⁶⁸.
- Le **conditionnement de l’attribution de mandats de prestations spécifiques à la réalisation de PROMs** pourrait constituer un autre mécanisme de pilotage, permettant de garantir l’orientation qualitative des structures de soins à long terme. A cet effet, il faudrait miser sur un standard exigé à tous les hôpitaux. Les normes ICHOM, d’ores et déjà utilisées dans certains hôpitaux suisses, sont un exemple intéressant en la matière. Il est toutefois évident que l’introduction de telles normes s’accompagne de coûts incompressibles, si bien que les effets attendus ne peuvent pleinement se déployer qu’à moyen terme. En outre, la définition de normes de qualité semble avant tout pertinente pour les interventions spécialisées et fréquentes, et non pour l’ensemble des soins de base.

Coopétition non liée au mode de financement

- La Stratégie de la santé du canton de Berne, ses stratégies partielles et la planification des soins devraient en principe aborder spécifiquement la question d’une coopétition non liée au mode de

⁶⁷ P. ex. FMCH et Santésuisse : voir article de la *Neue Zürcher Zeitung* (<https://www.nzz.ch/schweiz/einigung-ueber-neu-arzttarife-gelungen-ld.1559779?reduced=true>), en allemand uniquement, et communiqué de Santésuisse (<https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/forfaits-ambulatoires-une-voie-pour-sortir-de-limpasse-tarifaire>)

⁶⁸ Association indépendante de garantie, de contrôle et d’amélioration de la qualité du système de santé suisse

financement, et formuler un objectif en ce sens. La mise en place d'un rapport ciblé et l'attribution aux conseils d'administration de compétences claires en matière de mise en œuvre de la Stratégie de la santé et des stratégies partielles apparaissent nécessaires pour en garantir la surveillance, ainsi que le prévoient les stratégies de propriétaire. Il faut désormais renforcer l'application de ce principe (sur la base de mesures de rapport et de contrôle ad hoc).

- Il convient de veiller à la cohérence de l'égalité de traitement, indépendamment du mode de financement, tant dans l'intérêt de la qualité de soins que dans celui des fournisseurs de prestations. Les **critères d'attribution des prestations d'intérêt général** (PIG) se doivent ainsi d'être **transparents**. Ces prestations pourraient par exemple être davantage confiées à des établissements privés dans le cadre de **procédures d'appels d'offres**. Les prestations de base fixes méritent donc de faire l'objet d'une compensation appropriée afin d'inciter des acteurs privés à participer auxdits appels d'offres. Il semble cependant évident que certaines PIG ne susciteront pas un intérêt très élevé dans le secteur privé (à l'instar d'offres de soins 24 heures sur 24 dans des régions reculées).
- La mise en œuvre de la coopération non liée au mode de financement pourrait se faire par l'inscription d'une **obligation de coopérer dans les mandats de prestations** définis dans le cadre de la planification des soins, notamment en vue d'une intégration au sein d'un réseau de soins en fin de chaîne de traitement (comme il en existe déjà de nos jours). Ici aussi, cette recommandation doit s'accompagner de mesures de rapport et de contrôle afin d'atteindre en toute transparence l'efficacité escomptée.
- Du point de vue de la planification des soins, il est tout à fait envisageable de renforcer la **participation privée** à des établissements jusqu'alors intégralement publics, comme le montre l'exemple de l'HJB. Une telle coopération améliore non seulement l'intégration des fournisseurs de prestations au sein du système de santé global, mais permet également des gains d'efficacité grâce à un partage accru d'expérience entre les entreprises. Elle réduit en outre, du point de vue des propriétaires, les risques financiers en cas de faillite d'un établissement hospitalier, au prix toutefois d'une hausse de la complexité organisationnelle. Le pilotage par les autorités cantonales s'en trouve également alourdi – du fait de la nécessaire coordination avec d'autres propriétaires –, mais il peut également déboucher sur un renforcement du niveau de professionnalisme.

Viabilité économique de chaque hôpital avec participation cantonale

- La viabilité économique à long terme peut notamment être garantie par l'introduction de **systèmes complémentaires d'indicateurs**, à l'instar des exigences minimales proposées par la société PwC en matière de taux d'endettement ou de capital propre, qui devront être respectés tout au long du cycle d'investissement et devront par exemple être pris en compte dans les plans d'affaires lors de projets de construction.
- Comme pour les rapports de propriété de droit privé, il conviendrait d'étudier plus en détail la possibilité d'introduire des **incitations** pour les membres du conseil d'administration, assorties de **conséquences** pour ces derniers si les exigences ne sont pas atteintes (objectifs fixés, indicateurs). Il convient de relever que les établissements publics disposent d'une responsabilité et d'une liberté entrepreneuriale.
- Si la viabilité économique à long terme de certains hôpitaux devait être incertaine, il serait également concevable de pratiquer une gestion active du portefeuille et de liquider des participations. La situation économique des hôpitaux pourrait s'en trouver renforcée, par exemple s'ils pouvaient profiter de synergies au sein d'un groupe hospitalier de taille plus importante.

Conséquences sur la révision 2021 de la LSH

Les principes formulés dans le présent rapport peuvent être intégrés, après réflexion, aux objectifs de la future offre de soins dans le cadre de la révision de la LSH⁶⁹.

Les différentes stratégies partielles de la Stratégie de la santé pourraient quant à elles prévoir l'introduction d'un objectif de planification des soins visant à garantir un niveau satisfaisant de transparence aux fournisseurs de prestations.

6.4 Mesures pour améliorer les instruments de pilotage dont dispose le canton en sa qualité de propriétaire

Le contrôle des participations par le canton (via la DSSI) repose entre autres sur un système d'indicateurs solide ; il permet d'évaluer les principaux indicateurs financiers des fournisseurs de prestations et fixe des valeurs minimales et des valeurs cibles (valeurs de référence).

	Rentabilité		Ratios du bilan			Autres		
	Résultats (bénéfice net / pertes)	Marge EBITDA(R)	Degré de liquidité 2	Degré de couverture des immobilisations 2 ⁷⁰	Degré d'autofinancement	Somme pondérée des sorties	Risques de répercussion des baisses tarifaires	Nombre de sorties
Valeur minimale	> 0	> 5,0% Psy. : > 4,5%	> 100%	> 100%	> 30%	> 0,0%		> 8200
Valeur cible		> 8,0% Psy. : > 7,5%	> 150%		> 50%	> 3,4%		

Tableau 3 : système d'indicateurs actuel de la DSSI pour les soins aigus somatiques et la psychiatrie

En matière de rentabilité, l'actuel système d'indicateurs prévoit la réalisation de résultats durablement positifs. La marge EBITDA(R) minimale retenue de 5,0% devrait permettre d'atteindre cet objectif, tandis que la valeur cible a été fixée à 8,0%. Différentes études réalisées par la société PwC⁷¹ ont mis en évidence la nécessité, pour un hôpital de soins aigus somatiques, d'atteindre une marge EBITDA(R) annuelle de 10,0% pour être rentable à long terme et pouvoir supporter ses investissements. Les hôpitaux moins spécialisés et de plus petite taille pourraient vraisemblablement se contenter d'une marge comprise entre 8,0% et 10,0%, ce que la plupart des fournisseurs de prestations du canton de Berne ne sont toutefois pas encore en mesure de dégager.

En ce qui concerne les ratios du bilan, des valeurs cibles ont été définies pour le degré de liquidité 2, le degré de couverture des immobilisations 2 ainsi que pour le degré d'autofinancement. Le degré de liquidité 2 et le degré de couverture des immobilisations 2 doivent tous deux rester au-dessus de la valeur minimale de 100,0% (1,0). Les valeurs minimales et les valeurs cibles fixées pour les ratios du bilan se situent dans une fourchette usuelle et semblent tout à fait pertinentes aux yeux de la société PwC.

La valeur minimale du degré d'autofinancement a été fixée à 30,0%, ce qui semble relativement élevé. Les hôpitaux disposant de garanties cantonales sont généralement en mesure de supporter à court terme des valeurs autour de 20,0%, voire en deçà (p. ex. au début d'un cycle d'investissement ou juste après la conclusion d'un nouvel emprunt). A l'inverse, il n'est pas rare d'observer des valeurs bien supérieures (de l'ordre de 60% à 70%) à la fin d'un cycle d'investissement (juste avant le renouvellement d'infrastructures ou après le remboursement d'une grande partie des dettes « anciennes »). La valeur cible du système de feux tricolores de 50% constitue ainsi une moyenne particulièrement indiquée tenant compte des fluctuations de l'ensemble d'un cycle d'investissement.

⁶⁹ RSB 812.11

⁷⁰ Le degré de couverture des immobilisations 2 est défini comme le rapport entre les capitaux propres et les dettes à court terme et les actifs fixes.

⁷¹ PwC (2013) : *Hôpitaux suisses : santé financière 2012*

Un pilotage par le biais d'indicateurs de performance (nombre de cas mode hospitaliers et ambulatoires, journées d'hospitalisation) ne semble pas opportun dans une optique de propriétaire. Une telle approche ne doit être envisagée par le canton en tant que propriétaire que pour la gestion des soins.

Les indicateurs retenus dans le cadre du contrôle des participations des hôpitaux psychiatriques se recoupent en grande partie avec ceux du domaine des soins aigus somatiques. La seule différence au niveau des indicateurs financiers concerne les marges EBITDA(R), pour lesquelles les objectifs définis, avec 7,0% (valeur cible) et 4,5% (valeur minimale), sont inférieurs à ceux des hôpitaux de soins aigus. Cela s'explique par le fait que les technologies médicales et les infrastructures utilisées dans le domaine des soins aigus somatiques sont souvent plus coûteuses et ont une durée de vie plus courte qu'en psychiatrie. Dans ses précédentes études, la société PwC suggère de définir un objectif de marge EBITDA(R) de 8,0% pour les soins psychiatriques. Le même système d'indicateurs peut être utilisé tant pour les cliniques de réadaptation que pour les hôpitaux psychiatriques. La société PwC estime que le système d'indicateurs et les objectifs définis pour les hôpitaux psychiatriques dans le cadre du contrôle des participations sont tout à fait pertinents. Des valeurs similaires ont en effet été définies et observées dans des entreprises comparables.

Bien que les actuels systèmes d'indicateurs (tant dans les soins aigus somatiques qu'en psychiatrie) permettent d'ores et déjà une évaluation fiable, ils peuvent être étoffés de manière ciblée en fonction des dernières tendances et des évolutions émergentes. Les critères d'évaluation présentés dans le tableau ci-après peuvent ainsi, selon la société PwC, venir compléter les indicateurs et offrir une réelle plus-value, notamment en vue de futurs investissements et d'activités de financement par l'emprunt.

Critères	Définition	Valeur
Facteur d'endettement net	Le facteur d'endettement net correspond au rapport entre la dette nette (dette portant intérêt moins les liquidités hors exploitation) et l'EBITDA. Cet indicateur constitue une évaluation du nombre d'années nécessaires pour rembourser la dette nette portant intérêt avec les liquidités générées (l'EBITDA étant considéré comme le flux de trésorerie approximatif résultant de l'activité).	< 4,0 valeur cible < 6,0 valeur max.
Ratio de couverture des intérêts par l'EBITDA	Le ratio de couverture des intérêts par l'EBITDA est calculé à partir du rapport entre l'EBITDA et la charge d'intérêts nette annuelle. Cet indicateur permet de déterminer si l'EBITDA généré par les fournisseurs de prestations est suffisant pour couvrir la charge d'intérêts nette.	> 1,0 valeur min. > 3,0 valeur cible
Degré de liquidité 1 (cash ratio)	Ratio des liquidités par rapport aux fonds étrangers à court terme.	> 0,2

Tableau 4 : étoffement du système d'indicateurs recommandé par la société PwC

L'utilisation du facteur d'endettement net et du ratio de couverture des intérêts par l'EBITDA en tant qu'indicateurs complémentaires dans le domaine des investissements et de l'emprunt permet d'approfondir les données disponibles, en évaluant notamment si les liquidités annuelles (l'EBITDA sert ici de valeur approximative) suffisent à couvrir le financement de la dette et la charge financière. Le degré de liquidité 1 apparaît en outre particulièrement indiqué pour identifier suffisamment tôt tout problème de liquidités et engager le cas échéant les mesures appropriées.

Le canton peut se baser sur le même système d'indicateurs pour l'évaluation des fournisseurs de prestations dans le domaine de la réadaptation et pour les entreprises mixtes, en procédant à des déductions et à des majorations lorsque nécessaire. S'il a été renoncé au développement d'indicateurs spécifiques à ce type d'établissements dans le cadre du présent rapport, les objectifs correspondants devraient toutefois se situer dans une fourchette comprise entre les valeurs recommandées pour la psychiatrie et celles des soins aigus somatiques. Les déductions à réaliser doivent être définies au cas par cas pour chaque établissement, en tenant compte du contexte et des caractéristiques propres à chaque établissement.

7. Le paysage hospitalier bernois en mutation : bilan et recommandations

La société PwC estime que le paysage hospitalier bernois est en mutation depuis un certain temps déjà, même si cela ne se reflète pas encore très clairement sur les structures de soins. Ce phénomène ne manquera pas de s'accroître, notamment à cause de la crise liée au COVID-19 ; le canton et les fournisseurs de prestations doivent l'encourager activement. Le durcissement de la concurrence, l'augmentation de la pression sur les marges et les prix, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et la hausse des attentes vis-à-vis des structures sont autant de tendances qui contribuent au renforcement de ce phénomène. L'objectif est de garantir et de financer à long terme un système de soins de grande qualité malgré les défis qui se présenteront. Pour ce faire, il faut opérer sans tarder une transformation fondamentale du système et repenser le rôle des fournisseurs dans une perspective globale.

La transformation du système de santé suisse, qui se dessine à travers les tendances identifiées précédemment, s'accroît et pose de sérieux défis aux fournisseurs. Dotés pour certains de bâtiments hospitaliers vieillissants, ils doivent par ailleurs entreprendre un processus de renouvellement profond. Le moment est donc venu de jeter les bases d'un système de soins de santé opérationnel pour les décennies à venir.

Réponse à la motion 192-2019 (CGes, Siegenthaler)

1. Risques encourus par le canton

Les risques financiers encourus par le canton, identifiés sur la base de l'analyse VaR, sont faibles ; cela étant dit, les ratios élevés de fonds propres jouent un rôle majeur dans la sécurité financière des hôpitaux avec participation cantonale. Néanmoins, toute utilisation des fonds propres de l'hôpital entraîne une baisse de la valeur de l'établissement et donc une baisse de la valeur de la participation du canton – ce qui conduit indirectement à une utilisation des fonds publics. Le canton devrait examiner de près les risques financiers et la rentabilité – actuellement inférieurs à la marge EBITDA(R) requise de 10,0% (entre 8,0% et 10,0% selon le domaine et la taille de l'hôpital) – dans le cadre des affaires courantes de chaque établissement et en vue des nombreux projets d'investissement qui se profilent (nouveaux bâtiments, nouvelles technologies, numérisation, etc.). Cela permettrait de prendre les mesures qui s'imposent le plus tôt possible et donc de limiter l'érosion du capital. Selon la société PwC, les risques financiers sont limités aux rapports de participation – aucune clarification juridique n'a été réalisée, notamment en ce qui concerne les garanties implicites de l'Etat ou les cautionnements envers les entreprises hospitalières. Outre les possibles corrections de valeur de la participation cantonale, d'autres risques peuvent se présenter à long terme, liés à la couverture, à l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire cantonal ou encore à la qualité. La société PwC les juge toutefois globalement faibles.

Dans une perspective globale et compte tenu des tendances de fond, le paysage hospitalier bernois ne court pas de risques majeurs qui nuiraient à la couverture en soins. Même si plusieurs sociétés hospitalières venaient à disparaître, la prise en charge de la population serait probablement garantie, puisque les établissements sont nombreux – surtout dans les régions densément peuplées – et que les réseaux sont suffisants même dans les zones plus rurales. En cas de faillite d'un hôpital, son offre serait probablement répartie entre différents établissements ou son activité reprise par une autre entreprise (privée ou publique) sans que la couverture connaisse de baisse significative en termes de qualité. Dans le contexte actuel, il est néanmoins indispensable de passer par une phase de transformation profonde pour tendre vers un système échelonné, ceci afin d'adapter, dans le canton, les soins de santé aux exigences de demain.

2. Recommandations

Les principales recommandations visant à améliorer les soins de santé sont destinées au canton de Berne.

Recommandation 1 au canton : fixer un objectif clair sous la forme d'un modèle *Hub and spoke*

Pour que les soins hospitaliers bernois fonctionnent et soient rentables, le canton doit fixer un objectif clair en matière de structures de soins. Cet objectif doit être formulé de manière concrète et ancré comme composante fondamentale dans les stratégies partielles « Soins somatiques et psychiatriques, réadaptation (ambulatoires et hospitaliers) », « Soins de longue durée (ambulatoires et résidentiels) », « Promotion de la santé et prévention », « Sauvetage » et surtout « Gestion intégrée des soins » qui s'inscrivent dans la Stratégie de la santé du canton de Berne 2020-2030. Il servirait ainsi de fil rouge aux sociétés hospitalières pour participer au façonnement du système de prise en charge.

De plus, le canton doit définir un scénario qui rende compte des approches intégrées / intersectorielles de la prise en charge (p. ex. les campus) et des flux de patients. Le canton doit encourager la poursuite et, le cas échéant, la réalisation de cet objectif en utilisant les mécanismes de pilotage décrits précédemment. Le choix de l'objectif à poursuivre dans un modèle *Hub and spoke* revient au canton, tandis que la mise en œuvre concrète revient aux entreprises hospitalières en vertu de leur liberté entrepreneuriale. Néanmoins, il est possible d'influer sur les hôpitaux avec participation cantonale par le biais de la stratégie de propriétaire.

La société PwC recommande au canton de Berne de fixer un objectif clair pour le futur système de santé.

Recommandation 2 au canton : réorganiser les régions de soins en un modèle 4+

D'un point de vue externe, passer d'un modèle 6+ à un modèle 4+ améliorera le pilotage des soins et sera plus représentatif des flux réels de patientes et patients. Cela permettra également de mieux encourager les collaborations et coopérations, qui pourront aller jusqu'à une participation mutuelle au capital, voire jusqu'à une fusion de sociétés d'exploitation.

La société PwC recommande au canton de réorganiser les régions de soins en un modèle 4+.

Recommandation 3 au canton : élaborer des bases légales claires pour les instruments de pilotage

S'agissant des mesures concrètes pour développer les mécanismes de pilotage cantonaux (listes de traitements en ambulatoire, attribution de mandats de prestations liée à des obligations en matière de coopération, etc.), des bases légales claires doivent être élaborées pour réaliser les objectifs.

La société PwC recommande au canton d'ancrer les mécanismes de pilotage dans la loi.

Recommandation 4 au canton : étoffer et appliquer de manière cohérente le système d'indicateurs pour le contrôle des participations

Le système d'indicateurs utilisé pour le contrôle des participations gagnerait à être quelque peu étoffé. Il est important de surveiller activement si les objectifs sont réalisés et les valeurs seuils atteintes ; le cas échéant, il s'agit de discuter avec l'organe de direction stratégique (conseil d'administration) des solutions pour y parvenir, afin de définir des priorités.

La société PwC recommande au canton de prendre et d'imposer des mesures en cas d'écart avec les objectifs et valeurs ayant été fixés.

Recommandation 5 au canton : aligner ses objectifs de propriétaire sur le modèle *Hub and spoke* défini

Les objectifs de propriétaire du canton doivent être alignés sur le modèle *Hub and spoke* et évalués en conséquence. Il peut s'agir de fournir des prestations en coopération, de spécialiser l'offre ou de la consolider, etc. De fait, il est essentiel que la direction et le conseil d'administration rendent des comptes sur la réalisation (ou non) des objectifs de propriétaire.

La société PwC recommande au canton d'ancrer le modèle Hub and spoke dans sa stratégie et ses objectifs de propriétaire.

Les hôpitaux doivent eux aussi contribuer à la mise en œuvre des directives cantonales.

Recommandation 1 aux hôpitaux répertoriés : poursuivre l'objectif fixé

Avoir un objectif clair en matière de structures de soins guidera les hôpitaux du canton de Berne dans leurs décisions entrepreneuriales, lesquelles s'inscriront dans une perspective commune sur tout le territoire cantonal – qu'il s'agisse du virage ambulatoire, d'accords de coopération avec d'autres fournisseurs (privés ou publics), de la création de nouvelles structures de soins intersectorielles, etc. Il importe toutefois de ne pas chercher à tout prix à préserver les structures actuelles mais plutôt de repenser l'organisation, par exemple selon le modèle 4+.

La société PwC recommande aux hôpitaux d'agir en vue de réaliser l'objectif fixé dans le cadre de leur décisions entrepreneuriales.

Recommandation 2 aux hôpitaux répertoriés : promouvoir des modèles d'affaires axés sur l'ambulatoire et saisir le train de la numérisation du système de soins

Les hôpitaux répertoriés doivent explicitement promouvoir de nouveaux modèles d'affaires, en particulier dans le secteur ambulatoire, et encourager la progression de la numérisation. Il leur faut porter un regard critique sur les investissements à long terme dédiés aux infrastructures, les examiner sous l'angle de leur durabilité et de leur adéquation avec l'objectif fixé par le canton, et envisager sérieusement la réduction des capacités hospitalières comme solution alternative. Pour les hôpitaux avec participation cantonale, cela doit être défini dans les stratégies de propriétaire (mécanismes de sanction y compris) et déterminé sur le marché des capitaux sans fausser la concurrence (p. ex. via des garanties d'Etat implicites). Les investissements peuvent en outre être mutualisés (plusieurs hôpitaux peuvent par exemple coordonner leurs investissements dans les technologies numériques).

La société PwC recommande aux hôpitaux de repenser leur modèle d'affaires par le biais de réorientations et d'investissements stratégiques.

8. Annexe

Index des illustrations

Illustration 1 : méthodologie et structure du rapport.....	2
Illustration 2 : répartition des hôpitaux de soins aigus somatiques disposant d'un mandat de prestations (découpage schématique des régions de soins du système actuel)	4
Illustration 3 : répartition des établissements de réadaptation hospitalière et de psychiatrie dans le canton de Berne (les régions de soins ne sont pas indiquées pour des raisons de lisibilité)	6
Illustration 4 : évolution démographique par tranche d'âge dans le canton de Berne (2020-2035).....	7
Illustration 5 : analyse des flux de patients hospitalisés (colonne de gauche) et admis aux urgences (colonne de droite)	8
Illustration 6 : analyse des flux de patientes et patients en consultation ambulatoire par région de domicile	9
Illustration 7 : marges EBITDAR 2017-2019.....	10
Illustration 8 : marges bénéficiaires nettes 2017-2019	11
Illustration 9 : ratios de fonds propres 2017-2019.....	13
Illustration 10 : taux d'endettement 2017-2019.....	14
Illustration 11 : degré de liquidité 1, 2017-2019	15
Illustration 12 : degré de liquidité 2, 2017-2019	16
Illustration 13 : degré de liquidité 3, 2017-2019	16
Illustration 14 : tendances de fond à l'œuvre dans le système de santé suisse.....	19
Illustration 15 : évolution de la demande en prestations hospitalières (patients d'autres cantons inclus) à l'horizon 2035.....	22
Illustration 16 : analyse du risque de surendettement (gauche) et du risque de manque de liquidités (droite)	30
Illustration 17 : analyse VaR – valeur minimale des fonds propres	30
Illustration 18 : analyse VaR – probabilité de surendettement des hôpitaux avec participation cantonale.....	31
Illustration 19 : analyse VaR – endettement net maximal par rapport à l'EBITDA	31
Illustration 20 : analyse VaR – taux d'endettement maximal	32
Illustration 21 : schéma du modèle <i>Hub and spoke</i>	37
Illustration 22 : représentation géographique schématisée du paysage hospitalier bernois en sept (gauche) et quatre (droite) régions de soins	40
Illustration 23 : analyse des flux de patients (cas hospitaliers) dans les sept (gauche) et quatre (droite) régions de soins.....	40
Illustration 24 : aperçu des différents scénarios de soins (trois modèles)	41
Illustration 25 : organisation et indicateurs d'un centre de santé ambulatoire.....	59
Illustration 26 : organisation et indicateurs d'un centre de santé et de chirurgie.....	60
Illustration 27 : organisation et indicateurs d'un campus de santé	61
Illustration 28 : organisation et indicateurs d'un fournisseur de prestations de base intégré	63

Index des tableaux

Tableau 1 : vue d'ensemble du risque financier global encouru par le canton de Berne (référence : rapports annuels 2019 des sociétés hospitalières et du canton).....	28
Tableau 2 : grille d'évaluation des scénarios (échelle allant de 4 = rempli à 0 = non rempli)	43
Tableau 3 : système d'indicateurs actuel de la DSSI pour les soins aigus somatiques et la psychiatrie.....	50
Tableau 4 : étoffement du système d'indicateurs recommandé par la société PwC	51
Tableau 5 : analyse des flux de patients (cas hospitaliers) dans les sept régions de soins du canton de Berne.....	57
Tableau 6 : analyse des flux de patients (urgences) dans les sept régions de soins du canton de Berne.....	57
Tableau 7 : analyse des flux de patients (consultations ambulatoires) dans les sept régions de soins du canton de Berne.....	58
Tableau 8 : analyse des flux de patients (cas hospitaliers) dans les 4+ régions de soins	58
Tableau 9 : analyse des flux de patients (urgences) dans les 4+ régions de soins	58

1. Autres analyses liées aux soins de santé dans le canton de Berne

A.1 Analyse qualitative des structures libérales (point 1.4)

En raison du manque de données publiques sur les structures libérales de soins (médecins de famille, spécialistes, psychiatres établis en cabinets privés) en Suisse, l'analyse de ces structures ne peut être que qualitative. Il va sans dire que les praticiennes et praticiens libéraux jouent un rôle central dans le système global de prise en charge et que leur interaction avec les infrastructures hospitalières est de première importance, en particulier dans les zones plus reculées.

Les structures libérales, surtout celles relevant des soins de base (médecine de premier recours), sont en recul dans toutes les zones rurales du pays⁷². En effet, elles sont caractérisées par une moyenne d'âge élevée chez les praticiennes et praticiens et par des taux importants de départs à la retraite. Les soins d'urgence sont de plus en plus souvent dispensés par les hôpitaux, car les médecins de famille ne sont plus à même de les assurer intégralement⁷³.

Les structures libérales qui dispensent des soins spécialisés sont concentrées dans les centres urbains, engendrant parfois une situation de surcapacité. Les critères décisifs dans le choix de la localisation sont un nombre important de patientes et patients, un accès facilité et un site attractif. En outre, les nouvelles générations de praticiennes et praticiens souhaitent bien souvent travailler en tant que salariés ou à temps partiel, ce qui n'est pas particulièrement compatible avec une activité en libéral.

Corollaire de cette carence en infrastructures libérales, les hôpitaux sont contraints d'assurer les soins de base en ambulatoire, notamment la nuit. Le nombre croissant de consultations ambulatoires enregistrées dans les hôpitaux du canton de Berne en est un indice manifeste⁷⁴. Ces derniers doivent ainsi prendre en compte de multiples paramètres liés aux rapport avec les personnes qui leur adressent la patientèle, à la nécessité de fournir des prestations, à la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et aux tarifs ambulatoires ne couvrant la plupart du temps pas les coûts.

⁷² BASS (2006) : *Etude sur la « Médecine de premier recours » en Suisse*

⁷³ IQVIA (2018) : *Entwicklung der Hausärzte- und Apothekenlandschaft in der Schweiz* (en allemand uniquement)

Office fédéral de la santé publique (2011) : *Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours*

⁷⁴ Rapports de gestion des hôpitaux avec participation cantonale (de 2016 à 2018)

2. Paysage hospitalier bernois : état des lieux

A.2.1 Flux de patients détaillé (point 2.2)

Origine de la patientèle

Région de soins	Berne	Jura bernois	Oberland bernois est	Oberland bernois ouest	Bienne Seeland	Emmental	Haute-Argovie
Berne	71 810 92%	1 295 17%	2 915 24%	8 687 32%	6 928 31%	7 681 44%	3 979 32%
dont groupe de l'île	20 766 27%	910 12%	1 970 16%	4 304 16%	2 728 12%	3 275 19%	2 293 18%
Jura bernois	30 0%	3 806 49%	1 0%	3 0%	298 1%	3 0%	1 0%
Oberland bernois est	907 1%	9 0%	8 310 69%	1 762 6%	159 1%	172 1%	144 1%
Oberland bernois ouest	3 024 4%	46 1%	815 7%	16 577 61%	468 2%	637 4%	347 3%
Bienne Seeland	1 198 2%	2 499 30%	8 0%	24 0%	14 249 64%	22 0%	40 0%
Emmental	987 1%	7 0%	23 0%	65 0%	46 0%	8 916 51%	484 4%
Haute-Argovie	129 0%	15 0%	19 0%	39 0%	34 0%	172 1%	7 473 60%
Autre ⁷⁵	227 0%	67 1%	20 0%	53 0%	108 0%	35 0%	23 0%
Σ	78 312	7 744	12 111	27 210	22 290	17 638	12 491

Tableau 5 : analyse des flux de patients (cas hospitaliers) dans les sept régions de soins du canton de Berne (mis en évidence = taux de couverture des besoins)

Origine de la patientèle

Région de soins	Berne	Jura bernois	Oberland bernois est	Oberland bernois ouest	Bienne Seeland	Emmental	Haute-Argovie
Berne	27 848 94%	276 7%	721 12%	2 727 23%	2 105 21%	2 068 28%	1 014 18%
dont groupe de l'île	10 601 36%	225 6%	583 10%	1 596 13%	756 8%	1 255 17%	686 12%
Jura bernois	15 0%	2 283 62%	1 0%	2 0%	86 1%	3 0%	1 0%
Oberland bernois est	220 1%	7 0%	4 983 85%	725 6%	43 0%	37 0%	27 0%
Oberland bernois ouest	459 2%	3 0%	155 3%	8 377 71%	28 0%	84 1%	34 1%
Bienne Seeland	465 2%	1 123 30%	3 0%	13 0%	7 634 77%	9 0%	24 0%
Emmental	475 2%	2 0%	8 0%	19 0%	8 0%	5 195 70%	163 3%
Haute-Argovie	16 0%	3 0%	2 0%	7 0%	4 0%	76 1%	4 309 77%
Σ	29 498	3 697	5 873	11 870	9 908	7 472	5 572

Tableau 6 : analyse des flux de patients (urgences) dans les sept régions de soins du canton de Berne (mis en évidence = taux de couverture des besoins)

⁷⁵ Il s'agit de la Clinique Bernoise Montana. Cette clinique de réadaptation se trouve en dehors du canton de Berne mais figure sur la liste des hôpitaux.

Région de soins	Origine de la patientèle						
	Berne	Jura bernois	Oberland bernois est	Oberland bernois ouest	Bienne Seeland	Emmental	Haute-Argovie
Berne	462 095 95%	6 095 8%	13 825 21%	43 463 28%	35 775 29%	38 735 41%	19 603 25%
dont groupe de l'île	195 837 40%	5 310 7%	11 453 17%	29 070 18%	22 996 18%	25 395 27%	15 587 20%
Jura bernois	131 0%	55 684 69%	3 0%	11 0%	1 535 1%	10 0%	13 0%
Oberland bernois est	1 308 0%	12 0%	47 077 72%	6 367 4%	165 0%	211 0%	148 0%
Oberland bernois ouest	8 391 2%	15 0%	4 618 7%	106 660 68%	273 0%	1 320 1%	184 0%
Bienne Seeland	7 790 2%	18 298 12%	37 0%	142 0%	87 359 70%	194 0%	237 0%
Emmental	6 327 1%	10 0%	69 0%	403 0%	169 0%	52 243 56%	2 750 4%
Haute-Argovie	740 0%	91 0%	82 0%	150 0%	196 0%	1 382 1%	55 589 71%
Σ	486 782	80 205	65 711	157 196	125 472	94 095	78 524

Tableau 7 : analyse des flux de patients (consultations ambulatoires) dans les sept régions de soins du canton de Berne

A.3.1 Données détaillées : analyse des flux de patients dans les 4+ régions de soins (point 5)

Région de soins	Origine de la patientèle			
	Berne	Oberland bernois	Bienne-Seeland-Jura bernois	Haute-Argovie-Emmental
Berne	71 810	11 602	8 223	11 660
dont groupe de l'île	20 766	6 274	3 638	5 568
Oberland bernois	3 931	27 464	682	1 300
Bienne-Seeland-Jura bernois	1 228	36	20 852	66
Haute-Argovie-Emmental	1 116	146	102	17 045
Autre*	227	73	175	58
Σ	78 312	39 321	30 034	30 129

Tableau 8 : analyse des flux de patients (cas hospitaliers) dans les 4+ régions de soins

Nombre de patientes et patients admis aux urgences

Région de soins	Origine de la patientèle			
	Berne	Oberland bernois	Bienne-Seeland-Jura bernois	Emmental / Haute-Argovie
Berne	27 848	3 448	2 381	3 082
dont groupe de l'île	10 601	2 179	981	1 941
Oberland bernois	679	14 240	81	182
Bienne-Seeland-Jura bernois	480	19	11 126	37
Haute-Argovie-Emmental	491	36	17	9 743
Σ	29 498	17 743	13 605	13 044

Tableau 9 : analyse des flux de patients (urgences) dans les 4+ régions de soins

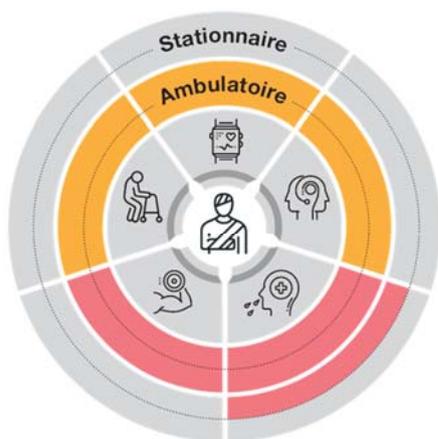
3. Complément : changements possibles pour les structures de soins du canton

L'offre en structures de soins multidimensionnelles est fortement orientée vers la demande de la population. Conçue de manière modulaire, la gamme de prestations peut être modifiée ou étoffée en fonction de la demande afin de créer un système de soins optimal. Ci-après sont décrits quatre types de structure qui pourraient s'inscrire dans ce réseau d'un nouveau genre. L'accent est mis sur les soins aigus somatiques, car ils représentent la plus grosse partie des soins de santé dispensés dans le canton de Berne. Ils sont la base d'un éventuel modèle *Hub and spoke*. Les structures décrites tiennent compte des grandes tendances médicales et sociologiques et peuvent servir d'exemple pour de futures structures de soins. Elles peuvent être adaptées et intégrées au paysage hospitalier actuel.

A.3.2 Centre de santé ambulatoire (point 5.1)

Les centres de santé ambulatoires proposent une large offre de médecine de premier recours, un service de réadaptation ambulatoire et un service d'urgence ouvert aux mêmes horaires que le centre de santé. Les urgences graves nécessitant une prise en charge aux soins intensifs sont transférées au centre hospitalier par les services de sauvetage. Ces centres assurent la couverture en soins de base de proximité. Leur offre est complétée par celle des petits cabinets libéraux de médecins généralistes et spécialistes installés dans tout le canton – une grande maison de la santé présentant les caractéristiques détaillées ci-après est tout aussi envisageable, surtout dans les régions rurales. Dans le canton de Berne, ce modèle semble particulièrement indiqué en zone rurale, en complément des *hubs* décentralisés.

L'illustration 25 donne un aperçu des principales caractéristiques (indicateurs et domaines de prestations) des centres de santé ambulatoires.



Ressources			
8-10	Médecins	14-18	Autres effectifs médicaux (y c. ANP)
✓	Diagnostics de base	5-7	Salles d'examen
✗	Salles d'opération	✗	Lits stationnaires
✗	Intermediate Care (IMC)	✗	Soins intensifs
Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
0	Cas stationnaires, en milliers	6-8	Produits, en CHF mio
12-16	Consultations ambulatoires, en milliers	12-15	Objectif de marge EBITDAR, en %

Illustration 25 : organisation et indicateurs d'un centre de santé ambulatoire

Dans un modèle *Hub and spoke*, les centres de santé ambulatoires conviennent aux régions aussi bien rurales qu'urbaines ou suburbaines, indépendamment de la demande et de la localisation des autres sites. Ils doivent desservir un bassin de population d'au moins 25 000 personnes⁷⁶ pour que l'exploitation soit pérenne. Cela suppose toutefois qu'aucun autre concurrent direct n'opère dans la même zone (seulement des médecins installés en libéral). Chaque centre de santé ambulatoire compte plusieurs médecins internistes, quelques médecins spécialistes agréés par exemple en gynécologie ou en cardiologie ainsi que quelques IPA qui appuient les médecins et jouent un rôle clé dans la prise en charge.

Leur offre de médecine de premier recours est complétée par un service de réadaptation ambulatoire qui couvre un large spectre en termes de prévention, de diagnostic et de thérapie. Les centres sont ouverts cinq jours par semaine, de 7 heures à 20 heures. Si les conditions sont réunies, il est possible de dégager une marge EBITDAR de 12% à 15%, voire plus dans certains cas. La viabilité financière de ces centres repose sur

⁷⁶ Déduction basée sur les structures hospitalières existantes (analyse PwC)

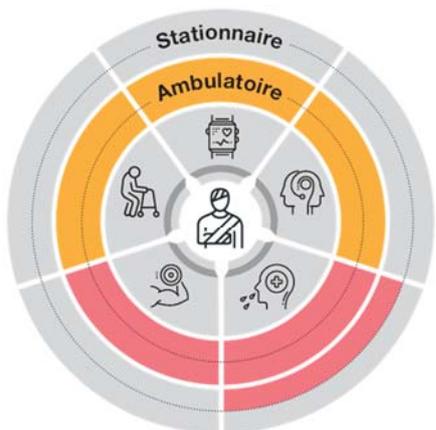
le fait qu'ils sont dotés de structures bien plus légères que celles des hôpitaux ordinaires. La couverture en soins de base est donc plus efficace et plus économique.

Les centres de santé ambulatoires sont caractérisés par trois facteurs d'innovation :

- **Intégration de la réadaptation ambulatoire** : le fait que la réadaptation soit intégrée aux soins de premier recours réduit le parcours de la patientèle et permet d'adapter l'offre à la demande. Physiothérapeutes et ergothérapeutes peuvent suivre des patientes et patients dans le centre de santé ambulatoire une partie de la semaine et exercer au *hub* le reste du temps. Les infrastructures (accueil, toilettes, salles de consultation) sont alors relativement réduites. D'un point de vue financier, la marge de contribution pour les infrastructures partagées et le potentiel de synergies est légèrement moindre que pour d'autres prestations.
- **Intégration institutionnelle au sein du réseau** : parce qu'ils sont intégrés à un réseau *Hub and spoke*, les centres de santé ambulatoires peuvent se concentrer sur la prise en charge simple de soins médicaux. Les cas complexes sont transférés vers un autre *spoke* ou vers le *hub*, comme c'est parfois déjà le cas aujourd'hui. Ainsi, les collaboratrices et collaborateurs bénéficient de conditions de travail mieux encadrées. En outre, la logistique, les finances, la planification du personnel ou l'informatique peuvent être mutualisées entre différents établissements.
- **Infirmières ou infirmiers de pratique avancée (IPA)** : les IPA doivent être titulaires d'un *Master of Science in Nursing* avec spécialisation IPA, et avoir une solide expérience professionnelle. Dans la hiérarchie, ils se situent entre les médecins et le personnel soignant. Ils déchargent les médecins pour l'anamnèse et les examens cliniques et s'occupent du traitement des plaies, des perfusions, des visites à domicile, du conseil et de la gestion des cas.

A.3.3 Centre de santé et de chirurgie (point 5.1)

Les centres de santé et de chirurgie prennent en charge des opérations en ambulatoire et sont détachés de toute infrastructure hospitalière. Ils sont généralement situés dans des zones (sub)urbaines, car ils doivent desservir un bassin de population d'au moins 100 000 personnes, et à proximité d'un *hub* de sorte à y transférer rapidement les patientes et patients en cas de complication. Pour atteindre ce volume de patientèle, les interventions et opérations sont regroupées et réalisées de manière centralisée. Il est aussi possible de faire appel à des médecins agréés. Dans le canton de Berne, on pourrait envisager d'établir de tels centres plutôt dans l'agglomération bernoise et dans les autres grandes villes. Cela dit, il serait probablement nécessaire de mettre en place une collaboration entre différents opérateurs pour y atteindre la taille critique. L'illustration 26 donne un aperçu des principales caractéristiques (indicateurs et domaines de prestations) des centres de santé et de chirurgie.



Ressources			
20-30	Médecins	65-75	Autres effectifs médicaux (y c. ANP)
✓	Diagnostic étendu	8-12	Salles d'examen
2	Salles d'opération	0-5	Lits stationnaires
✗	Intermediate Care (IMC)	✗	Soins intensifs
Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
0,1-0,3	Cas stationnaires, en milliers	18-22	Produits, en CHF mio
18-22	Consultations ambulatoires, en milliers	9-11	Objectif de marge EBITDAR, en %

Illustration 26 : organisation et indicateurs d'un centre de santé et de chirurgie

Les centres de santé et de chirurgie comptent en moyenne deux salles d'opération, dans lesquelles 3000 interventions simples sont réalisées chaque année. La durée maximale de séjour y est de 24 heures ; quelques places en mode hospitalier permettent de rallonger les horaires d'exploitation. Une patiente ou un

patient qui est opéré l'après-midi ressort dès le lendemain matin. Au besoin, la prise en charge hospitalière peut être assurée par du personnel sur appel. De nouveaux modèles tarifaires, à l'instar du Zero night DRG, pourraient même rendre toute prise en charge en mode hospitalier superflue⁷⁷.

Les soins d'urgence sont soumis aux mêmes règles que celles s'appliquant aux centres de santé ambulatoires : un cabinet d'urgence intégré aiguille la patientèle durant les heures d'ouverture du centre. Le service d'urgence ne fonctionne pas en continu. Les urgences complexes sont transférées vers le *hub* ou vers le centre hospitalier le plus proche. Les centres de santé et de chirurgie sont bien reliés aux services de sauvetage et sont accessibles par voie aussi bien terrestre qu'aérienne.

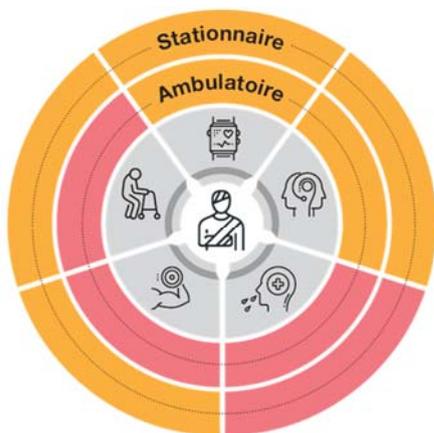
Les centres de santé et de chirurgie assurent la couverture intégrale en soins de base ambulatoires à proximité immédiate du domicile. Si les conditions sont réunies et que les processus sont efficaces, il est possible de dégager une marge EBITDAR de 9,0% à 11,0%, suffisante pour une exploitation autonome avec des investissements modérés.

Les centres de santé et de chirurgie sont caractérisés par trois facteurs d'innovation :

- **Processus, méthodes et culture efficaces** : la séparation des opérations en mode ambulatoire et hospitalier permet d'équiper les salles de manière conforme aux besoins et d'adapter les processus de travail. La salle d'opération ambulatoire étant utilisée en continu, l'exploitation peut couvrir les coûts.
- **Lien avec d'autres offres** : pour que les centres de santé et de chirurgie soient aussi exploités pendant les heures creuses, il peut être opportun de prévoir quelques places en mode hospitalier. En outre, intégrer un centre de santé et d'urgence fera émerger des synergies et augmentera l'efficacité (grâce aux infrastructures partagées).
- **Mutualisation des volumes au sein du réseau** : il est impératif d'atteindre un certain volume pour garantir une exploitation efficace et couvrir les prestations de base fixes. Les opérations ambulatoires peuvent être regroupées par région ; le recours à des médecins agréés permet d'assurer une exploitation suffisante des infrastructures.

A.3.4 Campus de santé régional (point 5.1)

Les campus de santé régionaux proposent des traitements électifs en mode hospitalier auxquels viennent se greffer une réadaptation ambulatoire et un service d'aide et de soins à domicile, couvrant ainsi un large spectre de soins de base dans les zones rurales et les villes de petite taille. La couverture ambulatoire et hospitalière de proximité est assurée. Les cas qui requièrent des infrastructures importantes sont transférés vers le *hub*. L'illustration 27 donne un aperçu des principales caractéristiques (indicateurs et domaines de prestations) des campus de santé régionaux.



Ressources			
40-50	Médecins	150-200	Autres effectifs médicaux
✓	Diagnostic étendu	20-25	Salles d'examen
3	Salles d'opération	25-35	Lits stationnaires
✓	Intermediate Care (IMC)	✗	Soins intensifs
Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
1,5-2,5	Cas stationnaires, en milliers	35-50	Produits, en CHF mio
35-45	Consultations ambulatoires, en milliers	8-10	Objectif de marge EBITDAR, en %

Illustration 27 : organisation et indicateurs d'un campus de santé

⁷⁷ PwC (2016) : *Ambulatoire avant stationnaire. Ou comment économiser un milliard de francs chaque année.*

Les campus de santé régionaux intégrés doivent desservir un bassin de population d'au moins 40 000 personnes pour que l'exploitation soit pérenne, à condition qu'aucun concurrent direct n'opère dans la même zone. En regroupant différents fournisseurs sur un même site, il est possible de créer des synergies et d'optimiser l'utilisation des locaux. Selon le plan régional de prise en charge des urgences, les campus sont dotés soit d'un médecin généraliste urgentiste, soit d'une permanence avec des heures d'ouverture réduites⁷⁸. Par contre, aucun lit de soins intermédiaires (IMC) n'est prévu. Grâce au service de médecine de sauvetage, les patientes et patients présentant un état critique peuvent être transférés rapidement vers une structure mieux adaptée.

Les campus de santé régionaux peuvent proposer des services spécialisés, par exemple en obstétrique. Cela étant, il faut impérativement regrouper les interventions spécialisées afin d'atteindre un nombre minimal de cas (taille critique) et de garantir une exploitation efficace.

Ce type de structure, qui regroupe diverses spécialisations en un seul endroit, revêt un caractère innovant. Malgré les conditions actuelles, la marge EBITDAR se situerait, si l'on veut être réaliste, entre 8,0% et 10,0% seulement. La couverture des besoins ne saurait être assurée sans prestations complémentaires d'intérêt général versées par le canton.

Les campus de santé régionaux sont caractérisés par trois facteurs d'innovation :

- **Combinaison avec la réadaptation et l'aide et les soins à domicile** : intégrer une offre d'aide et de soins à domicile permet de couvrir le parcours de la patientèle senior, qui va de la prévention au suivi postcure, et d'assurer la prise en charge à domicile. La coordination entre les infrastructures résidentielles et l'offre d'aide et de soins à domicile est améliorée grâce à cette proximité. Le parcours de la patientèle des soins aigus somatiques à la réadaptation est lui aussi renforcé : parce que les différents sites de prise en charge sont proches géographiquement, les patientes et patients peuvent être aisément transférés vers le service de réadaptation précoce pour une transition immédiate.
- **Synergies du campus** : malgré le partage d'infrastructures et de personnel, les campus de santé régionaux ne peuvent guère couvrir leurs coûts de fonctionnement, et cela en raison des prestations de base fixes et des importantes fluctuations de la demande. Ce *spoke* reste tout de même judicieux et nécessaire pour assurer la couverture en soins de proximité.
- **Horaires adaptés à la demande** : les campus ne doivent pas nécessairement être ouverts en continu ; cela dépend de la demande locale et de l'existence ou non d'un service d'urgence. Une fermeture partielle le week-end ou à certaines saisons est envisageable, selon la localisation du campus et les impératifs qui en découlent. La planification du personnel doit se faire en prenant en compte l'ensemble du réseau, afin de solliciter les collaboratrices et collaborateurs sur différents sites en fonction des heures d'ouverture.

A.3.5 Fournisseur de prestations de base intégré / *hub* régional (point 5.1)

Parce qu'ils proposent une offre ambulatoire et hospitalière en soins aigus somatiques, les fournisseurs de prestations de base intégrés assurent la couverture régionale en soins de base et d'urgence. Ils peuvent également prévoir un service de réadaptation (gériatrique), un service d'aide et de soins à domicile et des thérapies. Ce type de structure, qui se prête aussi bien aux agglomérations qu'aux régions urbaines plus petites, doit desservir un bassin de population allant de 70 000 à 100 000 personnes. Comme dans les autres *spokes*, les cas les plus complexes sont transférés vers le *hub*. On peut par ailleurs décider de transférer des patientes et des patients à l'intérieur du réseau, en fonction notamment des spécialisations. En outre, un service d'urgence complet est proposé et sert de point de contact pour les *spokes* plus petits situés dans les environs.

Les offres hospitalières doivent être regroupées pour atteindre une taille critique qui justifie les prestations de base fixes. La taille de l'hôpital légitime l'exploitation d'une cuisine ou de services d'hôtellerie. Les structures intégrées ne pouvant assurer la prise en charge dans tous les domaines de spécialisation, les transferts de capacités sont limités pour des raisons de qualité ; on peut par exemple envisager une externalisation de

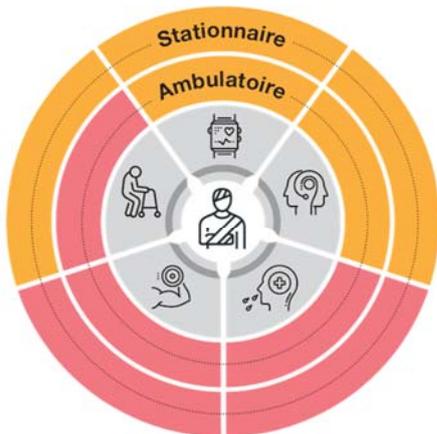
⁷⁸ Fermeture les nuits et les week-ends

l'unité de réadaptation. Si les conditions sont réunies et que les processus sont efficaces, il est réaliste de tabler sur une marge EBITDAR de 8,0% à 10,0%.

Les fournisseurs de prestations de base intégrés sont caractérisés par trois facteurs d'innovation :

- **Pilotage du système en tant que hub régional** : les fournisseurs de prestations de base intégrés font office de hub régional. A côté des soins d'urgence mis en place dans la région, on peut prévoir un pilotage des soins de base à l'échelle de cette dernière par l'intégration de médecins libéraux, d'infrastructures ambulatoires et hospitalières, d'installations de soins et d'autres acteurs.
- **Mutualisation des compétences et des ressources** : il n'est guère possible d'exploiter efficacement un hôpital de soins aigus somatiques avec moins de 100 000 cas⁷⁹. Y associer un service de réadaptation en mode hospitalier permet d'assurer une prise en charge continue de la patientèle. En outre, l'efficacité peut être augmentée par la mutualisation des ressources en personnel soignant et l'exploitation commune des fonctions support (cuisine, hôtellerie, etc.). Les EMS et la psychiatrie sont également porteurs d'un potentiel de synergie.
- **Modèle de soins échelonné** : comparativement au hub, les fournisseurs de prestations de base intégrés prennent en charge les cas plus simples ; ils peuvent éventuellement proposer une spécialisation, pour autant qu'elle revête un caractère interdisciplinaire limité. Les cas plus complexes et plus rares sont concentrés dans le hub de sorte à atteindre les nombres minimaux de cas fixés par le canton.

L'illustration 28 donne un aperçu des principales caractéristiques (indicateurs et domaines de prestations) des fournisseurs de prestations de base intégrés.



Ressources			
150-200	Médecins	500-600	Autres effectifs médicaux
✓	Diagnostic étendu	60-70	Salles d'examen
5	Salles d'opération	150-200	Lits stationnaires
✓	Intermediate Care (IMC)	✓	Soins intensifs
Chiffres-clés en matière de prestations et finances			
8-12	Cas stationnaires, en milliers	150-200	Produits, en CHF mio
100-300	Consultations ambulatoires, en milliers	8-10	Objectif de marge EBITDAR, en %

Illustration 28 : organisation et indicateurs d'un fournisseur de prestations de base intégré

4. Evaluation des scénarios

Situation en 2020 (point 5.3)

La situation en 2020 (statu quo) démontre l'efficacité du système : les soins sont assurés sans restriction. Le paysage hospitalier compte différents fournisseurs de prestations qui garantissent les soins de base. Toutefois, ceux-ci sont en partie menacés à long terme par la baisse du nombre de médecins installés en libéral, ce qui risque d'engendrer des lacunes dans la couverture.

La géographie du canton de Berne est telle que les infrastructures de santé sont réparties entre les régions de soins et accessibles à toute la population. Des fournisseurs de prestations de tous les domaines⁸⁰ sont disséminés sur l'ensemble du territoire, mais il existe un potentiel d'amélioration en termes d'efficacité. En effet, de nombreux fournisseurs sont installés dans la région de Berne-Mittelland et leurs offres se chevauchent. L'agglomération bernoise, et en particulier la ville de Berne, sont en situation de surcapacité.

⁷⁹ Déduction basée sur les structures hospitalières existantes en Suisse (analyse PwC)

⁸⁰ Soins aigus somatiques, réadaptation et psychiatrie

Par contre, le Jura bernois, l'Oberland bernois est, l'Oberland bernois ouest et la Haute-Argovie ne comptent que peu de CHR et de fournisseurs de prestations ; or sans eux, la couverture des besoins ne peut être assurée. Améliorer la coordination et la coopération entre fournisseurs (privés ou publics) au sein du canton permettra d'accroître la rentabilité.

Dans l'ensemble, les organismes responsables satisfont au critère d'adéquation. Une forte concentration de fournisseurs dans les régions peut entraîner une surcapacité, qui n'est pas toujours exploitée au mieux. Par conséquent, la rentabilité du système dans les régions décentralisées – loin de Berne-Mittelland – en pâtit.

A.4.1 Scénario I : modèle *Hub and spoke* décentralisé (point 5.3)

(a) Degré de centralisation

Le scénario I reflète un degré moyen de centralisation et de consolidation des structures de soins, bien que légèrement plus élevé comparativement à la situation actuelle. La centralisation est moins marquée et les *hubs* régionaux sont plus sollicités que dans le modèle *Hub and spoke* centralisé. Ce scénario correspond aux tendances de fond et à l'évolution du système de santé suisse. Un renforcement du réseau des médecins (généralistes et spécialisés) installés en libéral et des centres de soins et de suivi confèreraient au canton de Berne un rôle précurseur dans la transformation globale et cohérente de son système de soins.

(b) Niveaux de soins (prestations incluses)

Ce scénario prévoit quatre types d'établissements distincts. Le groupe de l'île, *hub* central offrant des traitements de médecine (hautement) spécialisée, est secondé par des *hubs* décentralisés (trois ou quatre CHR) ; ensemble, ils assurent la couverture en soins de base pour toute la région. Les CHR d'aujourd'hui, qui ne seront plus des *hubs* centraux, doivent être transformés en campus de santé (pour les plus grands) ou en centres de santé (pour les plus petits), et ne plus proposer que des traitements électifs.

(c) Rôle des prestations périphériques

Les prestations périphériques sont associées aux *hubs* régionaux qui continuent d'être exploités. L'organisation des centres de santé ambulatoires est calquée sur les structures libérales des environs. On peut également envisager un centre de santé avec un système de location ou une exploitation commune (p. ex. remplacement pendant les congés). Les disciplines spécialisées englobent surtout les soins de base relevant de la médecine de premier recours, la gynécologie, l'urologie, la dermatologie, etc. ; on peut éventuellement imaginer que des prestations relevant de ces domaines ne soient proposées que certains jours, selon la demande.

(d) Rôle des coopérations

Les coopérations entre entreprises jouent un rôle de moindre importance à l'échelle du canton. En revanche, elles sont beaucoup plus marquées dans les régions de soins et comprennent, outre les soins aigus somatiques, la coordination avec les centres de soins, la réadaptation et la psychiatrie. D'autres coopérations peuvent être envisagées entre hôpitaux proposant les mêmes prestations.

(e) Impact sur le recrutement de main-d'œuvre qualifiée

Le modèle *Hub and spoke* est une solution intéressante s'agissant du recrutement de main-d'œuvre qualifiée. En effet, il n'est pas nécessaire d'engager autant de collaboratrices et collaborateurs pour assurer la couverture en soins de base. Certains d'entre eux peuvent même se voir confier des tâches spécifiques auprès de la patientèle. Ce scénario améliore l'attractivité des conditions de travail. On ne peut toutefois exclure des temps de trajet rallongés ou des difficultés liées aux offres de formation et de perfectionnement.

(f) Défis lors de la concrétisation

La réalisation et la concrétisation de ce système ne présentent pas de défis particuliers, car ce dernier est relativement similaire à la situation actuelle et ne requiert pas de transformation majeure.

Evaluation du scénario I

Le modèle *Hub and spoke* décentralisé est très similaire au modèle de soins actuel. S'agissant de l'efficacité et de l'adéquation, aucun changement majeur n'est à prévoir.

Ici aussi, la couverture en soins de base est assurée de manière efficace dans toute la région. Si l'offre répond aux besoins de la population, elle est encore mieux adaptée à la demande. La répartition des structures libérales régionales garantit une couverture en soins de base sur l'ensemble du territoire, alors facilement accessibles. Les interventions et traitements spécialisés sont regroupés dans les *hubs* de plus ou moins grande taille, afin de garantir les processus de traitement. En adaptant l'offre à la demande, la rentabilité augmente par rapport à la situation actuelle. Les fournisseurs de prestations se coordonnent et coopèrent selon leurs domaines de compétence – en premier lieu avec le *hub*.

A.4.2 Scénario II : système dynamique intégré (point 5.3)

(a) Degré de centralisation

Le degré de centralisation est adapté à l'offre et se distingue des spécialisations liées aux différentes pathologies, ce qui représente un avantage certain pour le pilotage et la garantie de la qualité. A la différence du scénario III, la centralisation n'est pas particulièrement marquée. Elle répond ainsi très bien à la situation actuelle. En revanche, il est nécessaire que le paysage hospitalier public se focalise sur les fournisseurs de prestations spécialisés.

(b) Niveaux de soins (prestations incluses)

Ce scénario prévoit entre quatre et cinq niveaux de soins (voir scénario I). Selon le propriétaire, il convient de distinguer entre les prestations de base et les prestations spéciales, ce qui se traduit par une répartition claire des obligations contractuelles des fournisseurs. Certaines prestations devraient également être dispensées par des fournisseurs privés (qui, dans le modèle actuel, décident le plus souvent eux-mêmes de l'admission des patientes et patients).

(c) Rôle des prestations périphériques

Dans l'ensemble, les soins sont organisés davantage selon une structure axée sur les besoins et moins selon les entreprises à proprement parler. La planification des soins et le parcours des patients chez tous les fournisseurs affectent les structures centralisées et les fournisseurs de prestations périphériques.

(d) Rôle des coopérations

La coopération et la collaboration entre l'ensemble des fournisseurs du canton sont primordiales. Il est impératif de mettre en place des structures de soins globales dans ce nouveau réseau de prise en charge. L'objectif est que les fournisseurs soient aussi indépendants que possible de leur propriétaire et qu'ils choisissent leur spécialité dans un intérêt commercial. La collaboration avec les acteurs privés doit être globalement renforcée, en vertu de quoi des prestations devront leur être cédées. Celle-ci peut aussi prendre la forme d'une participation mutuelle au capital ou d'une fusion de sociétés d'exploitation.

(e) Impact sur le recrutement de main-d'œuvre qualifiée

En coopérant, les différents fournisseurs peuvent mutualiser leur main-d'œuvre qualifiée. Pour les collaboratrices et collaborateurs déjà formés et spécialisés, la réorganisation des régions de soins impliquera d'effectuer de plus longs trajets pour pouvoir travailler dans leur domaine de spécialité. Des rotations ne peuvent pas être exclues. Dans l'ensemble, la qualité des soins et des formations (continues) augmente grâce aux spécialisations. Il convient d'agir de manière ciblée et précoce si l'on constate que certaines formations ne sont pas assez interdisciplinaires. De nouveaux rôles et possibilités de carrière s'offrent aux collaboratrices et collaborateurs dans les différentes structures de soins.

(f) Défis lors de la concrétisation

Pour concrétiser ce scénario, les acteurs privés devront se conformer aux obligations de formation et de perfectionnement ainsi qu'à toute autre obligation énoncée dans les mandats de prestations, et mettre en œuvre les initiatives ad hoc. Tous les fournisseurs doivent impérativement être placés sur un pied d'égalité, quel que soit leur organisme responsable – la question des financements supplémentaires décentralisés ne

faisant pas exception (p. ex. prestations d'intérêt général). Autre défi : la pensée en silo encore largement répandue parmi les entreprises hospitalières, qui réfléchissent peu en termes de réseau voire s'en distancient sciemment.

Evaluation du scénario II

Mettre en place un système dynamique permettrait d'optimiser les trois critères principaux par rapport à la situation actuelle. Un paysage hospitalier parfaitement adapté, avec des interactions dynamiques au sein des structures de prise en charge, permet d'assurer la couverture en soins de base. De plus, l'adéquation est renforcée grâce à une meilleure coordination des fournisseurs de prestations. En effet, elle permet d'optimiser l'offre et de réduire les prestations excédentaires ou redondantes d'une part, et de mieux prendre en compte les besoins de la population d'autre part. Et si l'offre répond à la demande, la rentabilité augmente elle aussi. Enfin, en mutualisant les offres et en améliorant la coopération entre les fournisseurs de prestations, la qualité peut être garantie, voire améliorée.

Si ce scénario est le plus progressiste des trois, il est aussi le plus difficile à piloter. En outre, la mise en œuvre présente un niveau de complexité tel qu'elle semble peu réaliste.

A.4.3 Scénario III : modèle *Hub and spoke* centralisé (point 5.3)

(a) Degré de centralisation

Le scénario III prévoit une centralisation maximale au groupe de l'île et une consolidation des structures de soins. Les prestations relevant de la prise en charge de base seront systématiquement transférées vers les campus de santé, l'idée étant d'offrir des soins de base à proximité du domicile. La couverture est assurée dans les zones périphériques grâce aux centres de santé.

(b) Niveaux de soins (prestations incluses)

Ce scénario prévoit trois types d'établissements distincts : un centre hospitalier, des campus de santé qui proposent des soins hospitaliers et ambulatoires et des centres de santé périphériques qui assurent la couverture en soins de santé à proximité du domicile.

(c) Rôle des prestations périphériques

Les prestations périphériques sont une composante essentielle du scénario III, puisqu'elles participent de l'admission des patientes et patients à proximité de leur domicile et des soins de base ambulatoires. La gamme de prestations périphériques dépend du réseau des infrastructures libérales. En principe, elle peut inclure de la médecine de premier recours, de la gynécologie, etc. (selon les besoins) et est gérée comme un site externe par le personnel de la région hospitalière. Des coopérations ou des systèmes de location par des praticiennes et praticiens libéraux (notamment pour assurer les soins d'urgence pendant la nuit) peuvent être envisagés. Si possible, le service n'est pas assuré en continu et les horaires d'ouverture sont fixés selon la demande (à définir plus précisément dans chaque région).

(d) Rôle des coopérations

Il sera nécessaire d'instaurer des coopérations entre les fournisseurs, surtout dans le cadre de l'aiguillage. Pour réduire les coûts fixes, il s'agira surtout d'examiner d'éventuelles coopérations dans les domaines du soutien et des services. Ces coopérations seront probablement aussi nécessaires pour renforcer l'efficacité des prestations et éviter des tailles insignifiantes.

(e) Impact sur le recrutement de main-d'œuvre qualifiée

Si la main-d'œuvre nécessaire peut être réduite grâce au modèle *Hub and spoke*, la nécessité de développer de nouveaux profils n'en sera que plus forte et de nouvelles possibilités de carrière plus attrayantes émergeront. Les plans de carrière individualisés offrent la possibilité de travailler dans des environnements professionnels variés. Les conditions de travail gagnent en attractivité, puisque la diminution des prestations de base fixes entraînera une réduction des horaires (p. ex. la nuit ou le week-end). Mettre sur pied un système centralisé signifie également que les collaboratrices et collaborateurs devront effectuer des trajets plus longs.

Les possibilités de formation et de perfectionnement seront maintenues mais impliqueront des rotations au sein du système.

Pendant une phase transitoire, il sera attendu des collaboratrices et collaborateurs qu'ils fassent preuve d'une plus grande flexibilité. Cela risque néanmoins d'engendrer une hausse de la fluctuation du personnel et, à long terme, une « fuite » des cerveaux. La pénurie de main-d'œuvre qualifiée étant particulièrement marquée dans les zones rurales, le recrutement doit y être d'autant plus encouragé.

(f) *Défis lors de la concrétisation*

Pour mettre en œuvre de manière globale et cohérente un modèle *Hub and spoke* centralisé, un important travail de transformation sera nécessaire, qui n'est pas sans risque. Procéder à une centralisation importante en une période de programmation réduite n'est guère possible et n'est probablement pas dans l'intérêt des patientes et des patients. Des nombreux hôpitaux devront procéder à des changements majeurs pour s'adapter au nouveau système, notamment en adaptant leurs prestations. Cela étant, il faut s'attendre à l'amortissement de certaines infrastructures existantes, dont une partie doivent être rénovées.

Evaluation du scénario III

Le modèle *Hub and spoke* centralisé prévoit une concentration des offres de prestations actuelles. Contrairement à la situation actuelle, la prise en charge (hautement) spécialisée passera uniquement par le centre hospitalier. Les *spokes* (centres de santé et hôpitaux régionaux) assureront la couverture en soins de base. Grâce à leur répartition sur l'ensemble du canton, les *spokes* – et donc les soins de santé – seront accessibles à toutes et tous. Par contre, la patientèle devra accepter de parcourir de plus longues distances pour bénéficier de traitements spécialisés. La centralisation de ces derniers se traduira par une amélioration de la qualité dans l'ensemble de la région de soins, puisque le centre hospitalier pourra se spécialiser dans un domaine.

A.4.4 Présentation des critères principaux et des critères d'évaluation (point 5.4)

Critères principaux

- **Efficacité** : décrit la qualité des soins de santé dans le canton de Berne.
- **Adéquation** : décrit dans quelle mesure le scénario permet de satisfaire aux attentes.
- **Caractère économique** : décrit l'efficacité économique du scénario et met en évidence la capacité de survie économique au sein du système.

Critères d'évaluation

- **Qualité des soins et qualité médicale** : décrit l'impact du scénario sur la qualité des prestations médicales.
- **Accessibilité** : décrit l'impact du scénario sur la proximité et sur la demande. L'évaluation repose sur la distance et l'accès aux différents établissements.
- **Obstacles limités et aiguillage optimal** : évalue la facilité d'accès aux soins (p. ex. remplacement du médecin de famille) et dans quelle mesure l'aiguillage peut être effectué de manière optimale (avec un niveau de qualité identique).
- **Orientation main-d'œuvre** : décrit dans quelle mesure la main-d'œuvre peut se former et se spécialiser au sein de la structure.
- **Continuité et faisabilité** : évalue les scénarios en lien avec la situation actuelle. Il s'agit avant tout d'évaluer les infrastructures existantes, notamment sur le plan financier.

“Le paysage hospitalier
bernois est en mutation.
Façonnez-le.”

Secteur de la santé, PwC Suisse