

Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2023 - soins somatiques aigus

**Rapport du Département de l'économie et de la Santé
du 25.06.2021**

**Service de la santé publique
25 juin 2021**

Table des matières

Résumé.....	3
1 Conditions générales.....	7
1.1 Bases légales fédérales	7
1.2 Bases légales cantonales.....	8
1.3 Processus	10
1.4 Calendrier	10
2 Méthodologie de l'évaluation des besoins	11
2.1 Bases légales	11
2.2 Base de données.....	12
3 Soins somatiques aigus	13
3.1 Données et méthodologie.....	13
3.1.1 Définition du cas, des critères d'inclusion et délimitation du domaine des soins	13
3.1.3 Regroupement des prestations	13
3.1.4 Facteurs d'évolution.....	17
3.1.5 Modèle de projection des besoins de l'Obsan.....	27
3.2 Offre en soins somatiques aigus	28
3.3 Spécificités pour la planification	30
3.3.1 Gériatrie aigüe	30
3.3.2 Soins palliatifs	31
3.4 Flux de patients	32
3.4.1 Flux sortants et entrants	33
3.4.2 Flux sortants	36
3.4.3 Flux entrants	37
4 Projections des besoins en soins somatiques aigus.....	40
4.1 Soins somatiques	40
4.1.1 Gériatrie aigüe	46
4.1.2 Soins palliatifs.....	46
4.1.2.1 Analyse des besoins futurs (2030)	46
5 Conclusion et perspective.....	47
Glossaire	49
Bibliographie.....	49
Table des illustrations : Figures	51
Table des illustrations : Tableaux.....	52
Table des Annexes	53

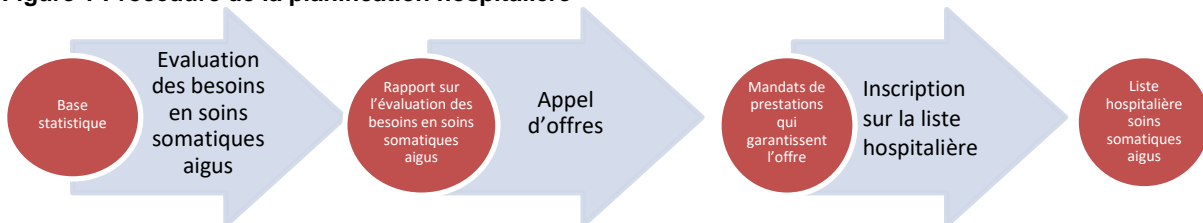
Résumé

La nouvelle planification hospitalière a pour but d'organiser l'offre de soins hospitaliers stationnaires en soins somatiques aigus pour les citoyens jurassiens¹. La révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a précisé certaines dispositions que les Cantons doivent suivre lors de l'élaboration de leur planification hospitalière. Ces dispositions ainsi que les recommandations de la CDS en matière de planification hospitalière et les arrêtés du Tribunal administratif fédéral (TAF) sont intégrés dans la méthode de la procédure de planification hospitalière.

Les quatre éléments de la nouvelle planification pour le secteur des soins somatiques aigus que le Canton doit établir sont les suivants :

- le rapport sur l'évaluation des besoins en soins somatiques aigus de la population jurassienne (le présent document) ;
- le rapport des offres ;
- les mandats de prestations conclus avec des établissements de soins ;
- la liste hospitalière qui définit les établissements intracantonaux et extracantonaux nécessaires à la couverture des besoins en soins somatiques aigus de la population jurassienne.

Figure 1 Procédure de la planification hospitalière



Sur la base des besoins en soins évalués dans le présent rapport, les établissements hospitaliers intracantonaux et extracantonaux qui auraient un intérêt auront la possibilité de répondre à l'appel d'offres et de soumissionner pour les groupes de prestations de leur choix. Le choix des établissements pour l'attribution des mandats de prestations et donc leur inscription sur la liste hospitalière se fera sur la base de critères fixés préalablement.

Selon la Loi sur les établissements hospitaliers (LEH), la planification hospitalière est de la compétence du Gouvernement alors que le Département de l'économie et de la santé établit les mandats de prestations et la liste hospitalière. Quant aux travaux d'élaboration, ils sont du ressort du Service de la santé publique.

Le présent rapport d'évaluation des besoins sert de base à la planification hospitalière des soins somatiques aigus.

¹ L'intégration de Moutier dans le Canton du Jura n'ayant pas encore eu lieu ses citoyens ne sont pas pris en compte dans le présent rapport de besoins. Les besoins en soins somatiques aigus des résidents de Moutier seront évalués en 2025 et la planification adaptée en conséquence pour le 1^{er} janvier 2026

La planification concerne uniquement les prestations qui sont à la fois :

- des prestations stationnaires (passer la nuit) ;
- du domaine des soins aigus y compris les soins palliatifs ;
- fournies par des hôpitaux publics, des hôpitaux privés ou des maisons de naissance, intracantonales ou extracantonales ;
- à destination de patients jurassiens ;
- et qui sont financées par la LAMal (assurance obligatoire des soins).

Le périmètre de la planification étant limité aux soins somatiques aigus, seules les prestations de ce domaine sont analysées selon la méthodologie détaillée.

Pour les *soins somatiques aigus*, la planification doit être liée aux prestations et non pas aux capacités (nombre de lits). Ce domaine a donc été subdivisé en groupes de prestations. Chaque prestation hospitalière est regroupée en fonction de son code diagnostic ou de son code de traitement, selon un modèle développé par le Canton de Zurich (concept GPPH). Les prestations sont ainsi regroupées en 144 groupes de prestations (1 groupe « paquet de base » et 143 groupes de prestations spécialisées).

Les besoins en soins somatiques aigus sont calculés pour l'année 2030, en se basant sur des données statistiques de 2019 (statistique médicale de l'OFS) et en estimant l'évolution future d'après le modèle de projection de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Pour chaque groupe de prestations, il a été calculé le nombre de cas aux horizons 2025, 2030 et 2035. Différents facteurs ont été pris en compte pour réaliser les projections futures, à savoir : l'évolution démographique, l'évolution épidémiologique, l'évolution de la technologie médicale, les transferts de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire et la convergence des taux d'hospitalisation aux taux suisses.

La méthodologie suivie dans l'évaluation des besoins a été discutée au sein du Comité de pilotage (Copil) du projet de planification hospitalière soins somatiques aigus 2023.

Le présent document présente les besoins actuels en soins somatiques aigus et les besoins estimés pour 2030. On observe, globalement, sans alignement aux taux moyens d'hospitalisations suisses, une augmentation absolue du nombre de cas dans les domaines des soins somatiques aigus (+9.0%) plus importante que le pourcentage d'augmentation démographique d'après le scénario moyen de l'OFS (+3.9%).

En nombre absolu, en 2019, on dénombre 11'420 cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus, dont 390 en gériatrie aigüe et 68 en soins palliatifs spécialisés. Pour 2030, le nombre total d'hospitalisations en soins somatiques aigus attendu selon la projection du scénario d'évolution démographique moyen est de 12'425. Un modèle pour projeter le nombre de cas qui seront pris en charge en gériatrie aigüe et en soins palliatifs n'existe pas. Ainsi, il conviendrait d'appliquer par défaut l'estimation du pourcentage d'augmentation de la projection du scénario moyen pour le groupe d'âge 75+ ans (+30.2%²), pour la gériatrie, et 65+ ans (+21.2%³) pour les soins palliatifs qui permettent d'intégrer dans les projections l'effet du vieillissement de la population. Le nombre attendu est de, respectivement, 508 pour la gériatrie aigüe et de 82 cas pour les soins palliatifs.

Tableau 1 Evolution du nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus entre 2019 et 2030

	2019	2025	2030
Scénario moyen	11 420	11 816	12 425

² Scénarios de l'évolution démographique de l'OFS AR-00-2020 75 ans ou plus, dernière mise à jour: 28.05.2020

³ Scénarios de l'évolution démographique de l'OFS AR-00-2020 65 ans ou plus, dernière mise à jour: 28.05.2020

Tableau 2 Evolution démographique du Canton du Jura entre 2019 et 2030

		POP 2019	POP 2030	Delta (N)	Delta (%)	CAGR ⁴ (%)
Région	Scénario démographique					
CH	haut	8 606 033	9 644 449	1 038 416	12,07	1,10
	moyen	8 606 033	9 419 540	813 507	9,45	0,86
	bas	8 606 033	9 193 529	587 496	6,83	0,62
JU	haut	73 584	78 810	5 226	7,10	0,65
	moyen	73 584	76 475	2 891	3,93	0,36
	bas	73 584	74 164	580	0,79	0,07

Source: OFS - MS, STATPOP, Scénarios démographiques⁵

A l'horizon 2030, en moyenne, une augmentation des cas d'hospitalisations somatiques aigus de plus que le double de la croissance démographique (3.93%) est attendue. De manière plus détaillée, on peut observer une augmentation du nombre d'hospitalisations dans presque tous les domaines sauf quelques exceptions. Cependant, il est à relever que l'augmentation est hétérogène avec pour certains domaines des hospitalisations bien plus marquées que la seule croissance démographique, alors que pour d'autres prestations une stagnation voire une réduction est attendue. Ces différences reflètent en grande partie l'évolution démographique par groupe d'âge.

Tableau 3 Projection consolidée des hospitalisations par domaine de prestations pour la planification hospitalière (DPPH) 2019-2030

		Référence	Min		Moyen		Max	
Domaine	DPPH	2019	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)
Soins de base	Paquet de base	5'182	5'390	+4%	5'811	+12%	5'828	+12%
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	29	35	+21%	31	+7%	31	+7%
	Oto-rhino-laryngologie	355	355	0%	368	+4%	369	+4%
	Neurochirurgie	72	74	+3%	77	+7%	78	+8%
	Neurologie	326	381	+17%	363	+11%	363	+11%
	Ophthalmologie	78	92	+18%	82	+5%	84	+8%
Organes internes	Endocrinologie	90	99	+10%	109	+21%	109	+21%
	Gastroentérologie	282	343	+22%	329	+17%	329	+17%
	Chirurgie viscérale	204	229	+12%	223	+9%	224	+10%
	Hématologie	215	221	+3%	251	+17%	251	+17%
	Vaisseaux	180	145	-19%	158	-12%	176	-2%
	Cœur	421	364	-14%	371	-12%	410	-3%
	Néphrologie	59	66	+12%	69	+17%	69	+17%
	Urologie	453	525	+16%	501	+11%	505	+11%
	Pneumologie	287	305	+6%	340	+18%	340	+18%
	Chirurgie thoracique	43	42	-2%	47	+9%	47	+9%
	Transplantations d'organes solides	5	5	0%	5	0%	5	0%
Appareil locomoteur	Orthopédie	1'219	1'270	+4%	1'309	+7%	1'349	+11%
	Rhumatologie	50	53	+6%	56	+12%	56	+12%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	252	263	+4%	253	+0%	257	+2%
	Obstétrique	794	768	-3%	793	-0%	793	-0%
Autres	Nouveau-nés	667	705	+6%	700	+5%	700	+5%
	(Radio-)oncologie	124	129	+4%	140	+13%	140	+13%
	Traumatismes graves	33	34	+3%	38	+15%	38	+15%
Total		11'420	11'893	+4%	12'425	+9%	12'551	+10%

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

L'évaluation des besoins en soins indique que le vieillissement attendu de la population jurassienne a un impact important sur la demande en soins somatiques aigus. A l'inverse, des

⁴ Le Compound Annual Growth Rate (CAGR) représente la croissance annuelle moyenne d'une quantité

⁵ Remarque : pour tenir compte des chiffres les plus récents, les données 2019 proviennent de STATPOP et diffèrent légèrement des projections. Pour éviter un effet seuil, les projections 2020 à 2030 ont été adaptées aux données effectives 2019 (en appliquant aux effectifs 2019 la croissance projetée par scénario, âge, sexe et canton entre 2019 et chaque année)

prestations comme la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique ou encore les domaines de prestations qui touchent les vaisseaux et le cœur devraient connaître une perte de croissance voire une diminution du nombre de cas.

Le processus de planification se poursuivra avec l'appel d'offres, l'établissement des mandats de prestations et finalement la nouvelle liste hospitalière LAMal pour les soins somatiques aigus, avec comme objectif une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Il est utile de rappeler que le libre choix du patient reste garanti, sous réserve d'une éventuelle participation financière supplémentaire de sa part ou de son assureur LCA si l'établissement ne figure pas sur la liste jurassienne.

1 Conditions générales

1.1 Bases légales fédérales

Au niveau fédéral, les bases légales de la planification et de l'établissement des listes d'hôpitaux se trouvent dans la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et dans l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).

En outre, les recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 25.05.2018 qui précisent les dispositions de la loi et de l'ordonnance fédérale⁶ sont également pertinentes même si elles ne sont pas contraignantes.

Ainsi, les Cantons ont l'obligation d'établir leur planification hospitalière selon les besoins en soins. L'offre pour répondre à ces besoins est ensuite formalisée avec des mandats de prestations et la publication d'une liste hospitalière.

Pour les soins somatiques aigus, la planification doit être liée aux prestations. Les prestations sont définies et subdivisées en groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Ces derniers seront énumérés et attribués sur la liste hospitalière et dans les mandats de prestations des institutions qui seront inscrites sur la liste hospitalière. Selon les explications fournies par le Conseil fédéral⁷, une planification liée aux prestations implique de procéder à des comparaisons, notamment sur les durées moyennes de séjour, afin d'estimer des évolutions réalistes. De plus, des prévisions sur l'évolution des besoins doivent être établies, comme l'a confirmé la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF)⁸. Ces prévisions doivent être établies par domaine de prestations et se baser sur l'évolution démographique, épidémiologique et médico-technique. La jurisprudence des arrêtés des tribunaux (TAF et tribunaux cantonaux, première et deuxième instance) portant sur la planification hospitalière est récoltée par la CDS et est répertoriée sur son site⁹.

Des révisions législatives de la LAMal et de l'OAMal touchant à la planification hospitalière sont en cours. Le projet de révision prévoit le renforcement de la qualité et de l'efficacité par, d'une part une amélioration de la coordination et de la qualité des soins ainsi que de la sécurité des patients, et, d'autre part, que l'évaluation de l'efficacité économique des hôpitaux et des maternités soit basée sur des coûts ajustés en fonction de la gravité avec comme valeur de référence pour fixer le tarif le 25^e percentile.

L'entrée en vigueur des textes, loi et ordonnance révisés, est prévue pour l'été 2021. Il est à noter qu'un délai transitoire est prévu afin que les planifications cantonales pour tous les domaines des soins puissent se conformer aux nouvelles dispositions. Ce délai tel que proposé dans le projet de loi est, pour les soins somatiques aigus et les maisons de

⁶ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf

⁷ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), Modification du 1er janvier 2009, Teneur des modifications et commentaire, p. 8.

⁸ Notamment Tribunal administratif fédéral, Jugement du 7 juin 2012 (C-325/2010), Cliniques privées contre le Conseil exécutif du canton de Berne.

⁹ <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/receuil-des-arrets/tribunal-administratif-federal>

naissances, de 4 ans du moment de l'entrée en vigueur. Ce délai est de six ans pour le secteur des soins de réadaptation et de la psychiatrie.

Au niveau du financement, le Canton a l'obligation, depuis 2012, de participer aux hospitalisations de ses résidents dans tous les établissements répertoriés, à savoir :

- les hôpitaux répertoriés du canton de résidence du patient, c'est-à-dire figurant sur la liste du canton de résidence. Un canton ne peut plus inscrire un établissement sur sa liste hospitalière sans contribuer au financement des séjours de ses habitants ;
- les hôpitaux répertoriés figurant sur la liste hospitalière du canton où ils se situent (libre choix).

S'ils ne figurent pas sur une liste hospitalière, les hôpitaux peuvent conclure des conventions avec des assureurs sur une base libre, sans contribution cantonale (hôpital conventionné). Conformément aux critères de planification fixés par le Conseil fédéral, la liste hospitalière devra être établie en fonction des besoins de la population, déduction faite des besoins couverts par les hôpitaux conventionnés et par les hôpitaux hors canton répertoriés par le canton où ils se situent.

La révision partielle de la LAMal du 21 décembre 2007 introduit un nouveau système de tarification uniforme pour les soins somatiques aigus, au niveau suisse, basé sur des forfaits par cas, pour tous les hôpitaux et les cliniques du pays inscrits sur une liste hospitalière. En d'autres termes, les Cantons ainsi que les assureurs-maladie versent un forfait aux hôpitaux pour chaque séjour hospitalier. Ce forfait ne dépend plus du nombre de journées d'hospitalisations mais de la prestation. De plus, les coûts des investissements sont intégrés dans le calcul des forfaits. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2012, les soins somatiques aigus sont rémunérés par des forfaits (SwissDRG). Grâce à ce nouveau système de tarification uniforme et à l'évaluation annuelle de l'économicité des hôpitaux suisses d'après la méthode développée par la CDS, les comparaisons des coûts par cas des prestations fournies dans chaque établissement sont possibles et servent de base aux Cantons pour l'évaluation de l'économicité des établissements et l'établissement de leur liste hospitalière.

Le présent rapport sur l'évaluation des besoins en soins découle de l'art.58b de l'OAMal¹⁰ selon lequel les Cantons doivent déterminer les besoins en soins hospitaliers de leur population. Ce rapport est donc la première étape de la révision de la planification hospitalière jurassienne pour le domaine des soins somatiques aigus et ne prend pas en compte le projet de révision des textes de loi.

1.2 Bases légales cantonales

La planification hospitalière jurassienne fait partie du plan sanitaire jurassien¹¹, au même titre que la planification médico-sociale¹².

Depuis 2012, le domaine des hôpitaux, et notamment de la planification hospitalière, est règlementé dans la Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011¹³. L'article 5 définit le but de la planification : « la planification hospitalière cantonale a pour but d'organiser l'offre nécessaire à la couverture des besoins de la population en soins hospitaliers. »¹⁴

¹⁰ OAMal, RS832.102

¹¹ Plan sanitaire jurassien du 9 décembre 1998 qui découle de la loi sanitaire du 14 décembre 1990 (LSan)

¹² Planification médico-sociale du 25 octobre 2011

¹³ Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011, RSJU 810.11

¹⁴ Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011, RSJU 810.11

L'article 7 précise, quant à lui, le contenu de la planification : « La planification hospitalière définit la mission des établissements hospitaliers, l'activité, le volume et la localisation des différentes prestations hospitalières appelées à couvrir les besoins de la population. »¹⁵
Concrètement, la planification en elle-même est composée des éléments suivants :

- un rapport sur l'évaluation des besoins en soins
Il expose les besoins en soins (cas hospitalisés sous le régime LAMal) actuels et futurs de la population jurassienne en se basant sur des données statistiques ;
- des mandats de prestations
conclus entre le Canton du Jura et les prestataires de soins intracantonaux ou extracantonaux, ils fixent les prestations pour lesquelles les établissements sont répertoriés ;
- une liste hospitalière
Elle liste les établissements hospitaliers jurassiens et non jurassiens ayant reçu un mandat de prestations (établissements répertoriés).

La planification hospitalière est un processus dynamique et la loi précise qu'elle doit être révisée périodiquement mais au minimum tous les 10 ans. La dernière liste hospitalière est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015 suite à la procédure de planification. Cette liste a subi des révisions partielles en 2015, 2017, 2018 et 2019 suite à des mises à jour sans nouvelle planification. Les révisions ont comporté, entre autres, le retrait d'un fournisseur de la liste hospitalière (du fait qu'aucun patient jurassien n'y avait été pris en charge) ou encore l'attribution de groupes de prestations à des institutions afin de mieux répondre aux besoins en soins de la population.

L'art.8 de la Loi sur les établissements hospitaliers¹⁶ dispose que : *la planification est établie par le Gouvernement et que le SSA élabore les documents nécessaires. Le Gouvernement informe le Parlement de la planification hospitalière.*

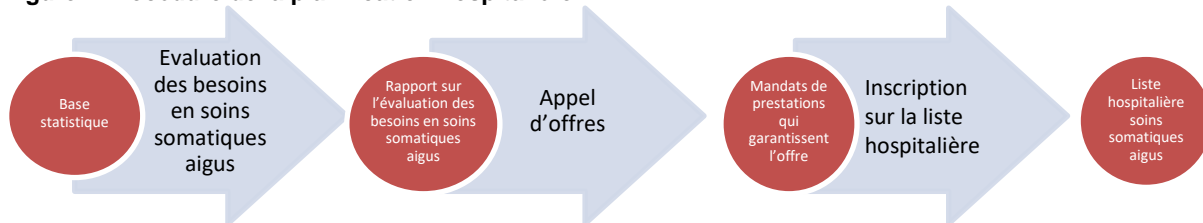
¹⁵ Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011, RSJU 810.11

¹⁶ Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011, RSJU 810.11

1.3 Processus

La planification hospitalière se compose de quatre étapes importantes :

Figure 1 Procédure de la planification hospitalière



Le but du présent rapport est de détailler quels sont les besoins en soins aigus actuels (2019) et futurs à l'horizon 2030 pour qu'une nouvelle liste hospitalière puisse être établie en 2022 avec une entrée en vigueur pour le 1^{er} janvier 2023. Afin de répondre aux besoins en soins futurs, un appel d'offres sera organisé. Les établissements intracantonaux et extracantonaux seront libres d'y participer. Les soumissionnaires seront évalués selon certains critères mentionnés dans l'OAMa¹⁷, notamment en regard :

- de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations ;
- de l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
- du caractère économique et de la qualité de la fourniture des prestations (efficience de la fourniture des prestations, justification de la qualité nécessaire, nombre minimum de cas et exploitation des synergies).

La Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) a élaboré en 2009 la première version des recommandations selon les nouvelles règles de planification. Ces recommandations ont finalement été révisées en deux étapes et adoptées par l'assemblée plénière de la CDS le 25 mai 2018. C'est à cette version que ce rapport¹⁸ se réfère.

Le Canton peut recourir, par exemple, à des critères tels que la fixation d'un nombre minimum de cas pour un groupe de prestations. Cela contribue à assurer la qualité, la concentration de l'offre et l'économocité en permettant aux prestataires de fournir les prestations de manière globalement rentable. Le Canton peut également fixer des critères pour la gestion des quantités ; ceci afin de limiter des traitements hospitaliers non indiqués médicalement qui sont effectués en vue d'accroître le rendement mais également pour limiter le nombre de cas pour des catégories de prestations déterminées.

Les établissements remplissant les critères fixés par le Canton se verront attribuer un mandat de prestations et figureront sur la liste hospitalière.

1.4 Calendrier

Le Canton du Jura a initié, en janvier 2021, la révision de sa planification hospitalière limitée au domaine des soins somatiques aigus.

¹⁷ OAMa, RS832.102, art.58b

¹⁸ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf

Le projet de la nouvelle planification hospitalière est piloté par le comité de pilotage (Copil) composé des représentants des institutions de santé du Canton du Jura, du Conseil de la santé publique, de la Société médicale du Canton du Jura et du Service de la santé publique du Canton du Jura.

Figure 2 Phases de la nouvelle planification hospitalière des soins somatiques aigus



2 Méthodologie de l'évaluation des besoins

Après un aperçu général de la planification hospitalière, ce chapitre présente les différents éléments méthodologiques qui ont contribué à l'évaluation des besoins en soins de la population jurassienne.

2.1 Bases légales

L'art.58b OAMal définit la méthode à employer pour l'analyse des besoins en soins : « Les Cantons déterminent les besoins en soins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons »¹⁹.

Au niveau cantonal, l'art. 6 de la Loi sur les établissements hospitaliers²⁰ détaille les éléments à prendre en compte pour l'évaluation des besoins, dont les plus importants sont :

- al. 1 « L'évaluation des besoins se fonde sur des critères tels que la population, la structure démographique, les statistiques de morbidité, l'évolution de la médecine et des équipements médico-techniques, les missions et les mandats de prestations confiés aux établissements hospitaliers. »
- al. 5 « La planification hospitalière mentionne les indicateurs et les critères retenus en vue de l'évaluation des besoins. »

¹⁹ OAMal, RS832.102

²⁰ Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011, RSJU 810.11

2.2 Base de données

L'évaluation des besoins a été confiée à l'Obsan qui a effectué ses analyses et projections d'après le modèle détaillé au point 4.1.3. Les données statistiques médicales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ²¹ et les données démographiques 2019 de l'Office fédéral de la statistique sont utilisées pour calculer la prévision des besoins jusqu'à l'année 2030.

La statistique médicale des hôpitaux est une base de données gérée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et est remplie annuellement par tous les établissements hospitaliers de Suisse selon une méthodologie éprouvée qui a l'avantage de fournir les données exhaustives des patients jurassiens, qu'ils aient été traités dans le Jura ou dans un autre canton. La plupart des autres cantons ont également repris cette source statistique pour élaborer leur planification.

Les données de l'année 2019 sont les plus récentes disponibles et sont utilisées afin d'être le plus proche de la situation actuelle.

Cela présuppose de partir de l'hypothèse que l'utilisation des prestations est égale aux besoins et qu'il n'y a donc pas de sous- ou de surutilisation. Cette hypothèse est discutable mais elle permet de se baser sur des statistiques complètes et précises qui satisfont aux obligations légales.

Cela implique également que les données ne rendent pas compte de l'entièreté de l'activité hospitalière jurassienne puisque les prestations stationnaires financées par d'autres assurances, les prestations ambulatoires et les prestations fournies à des patients domiciliés hors du Canton du Jura ou à l'étranger ne sont pas prises en compte.

Les cas de soins palliatifs hospitaliers restent les plus délicats à identifier, étant donné que ce sont des soins multidisciplinaires auxquels ne peut pas être attribué un GPPH spécifique. Des codes SwissDRG spécifiques « PAL » ont été prévus à cet effet ; dès lors ils devraient permettre leur identification. Cependant, les pratiques de codage n'étant pas uniformes, leur identification demeure complexe.

Ainsi, les besoins en soins palliatifs ont été estimés :

- pour les cas de soins palliatifs intracantonaux, depuis la statistique de l'activité hospitalière de l'Hôpital du Jura ;
- pour les cas de soins palliatifs extracantonaux, depuis la statistique du eHGP qui intègre le code médical « PAL »²² renseigné lors des demandes de garantie de paiement.

Comme lors de la planification hospitalière de 2015, vu la taille relativement restreinte de la population jurassienne (73'584 habitants en 2019), il a été décidé de considérer le canton comme une seule région hospitalière.

Les traitements hors canton et les flux intercantonaux de patients sont détaillés sous les points 3.2 et 3.4.2.

²¹ OFS, Statistique médicale des hôpitaux

²² Acronyme : Soins palliatifs spécialisés

3 Soins somatiques aigus

3.1 Données et méthodologie

3.1.1 Définition du cas, des critères d'inclusion et délimitation du domaine des soins

3.1.1.1 Définition du cas

En principe, un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année de référence (cas A) sont pris en compte.

Les cas sont redéfinis en soins aigus à partir de 2012 ; sous certaines conditions, les cas réadmis dans les 18 jours sont regroupés sous le même numéro de cas. Ainsi, un cas peut également consister en plusieurs hospitalisations.

3.1.1.2 Critères d'inclusion

Les cas pris en compte dans le cadre de la planification doivent répondre aux critères suivants :

- le patient doit être domicilié dans le Jura²³
C'est donc le domicile qui est déterminant et non pas l'établissement ou le canton de prise en charge²⁴.
- avoir fait l'objet d'une hospitalisation stationnaire
Le patient doit avoir passé la nuit dans l'établissement²⁵. Les prestations ambulatoires ne sont pas incluses, même si celles-ci ont été réalisées en milieu hospitalier.
- avoir été financés par l'assurance-maladie (LAMal)
Cela comprend aussi les patients ayant été hospitalisés en division privée ou semi-privée et les cas accidents LAMal (notamment les personnes au chômage, les personnes indépendantes, sans activité lucrative ou encore les personnes retraitées). En revanche, cela exclut les cas financés par exemple par l'assurance accident, l'assurance invalidité, ou l'assurance militaire.

3.1.2 Délimitation du domaine des soins

Les secteurs d'activité des hôpitaux sont limités selon la typologie des établissements de santé et le centre de prise en charge des coûts de l'OFS. Pour les analyses de l'offre en soins somatiques aigus, l'Obsan a extrait ces cas de la Statistique médicale des hôpitaux de 2019 appliquant le processus décrit dans les tableaux en annexe (Cf. Délimitations des soins et définitions utilisées) selon les définitions utilisées pour les soins somatiques aigus (définition du cas « A »).

3.1.3 Regroupement des prestations

La notion de soins somatiques aigus n'est pas réellement définie dans la LAMal. Néanmoins, les soins somatiques aigus peuvent être définis comme tous traitements stationnaires des maladies aiguës et des accidents au regard de la planification hospitalière édictée par la

²³ L'intégration de Moutier dans le Canton du Jura n'ayant pas encore eu lieu ses citoyens ne sont pas pris en compte dans le présent rapport de besoins.

²⁴ Moutier sera annexé au Jura dès le 1er janvier 2026. La planification hospitalière des soins somatiques aigus sera adaptée en conséquence à partir de cette date.

²⁵ Selon art. 3 de l'Ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), RS832.104

LAMal. La période aiguë est la période limitée dans le temps qui, lors de maladie aiguë ou d'accident, est associée à une indication médicale exigeant un diagnostic médical ainsi qu'un traitement médical, thérapeutique et soignant²⁶.

Dans le domaine des soins aigus, avec le passage à la planification hospitalière liée aux prestations, les mandats de prestations deviennent de plus en plus détaillés et portent davantage sur des prestations spécifiques. Afin que ces mandats de prestations soient définis clairement, ils doivent se baser sur des systèmes de classification médicale communément reconnus. Les systèmes de classification utilisés (Classification internationale des maladies – CIM, Classification suisse des interventions chirurgicales - CHOP) sont toutefois trop détaillés et complexes pour servir de base à des mandats de prestations. Ainsi, le Canton de Zurich a élaboré un concept pour regrouper de manière pertinente les prestations médicales (Groupes de Prestations pour la Planification Hospitalière – GPPH).

Pour que les groupes de prestations forment une base optimale pour les mandats de prestations, les exigences suivantes doivent être remplies :

- Former des unités médicales pertinentes : les prestations médicales, qui sont en général fournies ensemble, doivent être regroupées dans le même groupe de prestations.
- Être compatibles avec l'organisation hospitalière : la structure des groupes de prestations doit être proche du quotidien hospitalier. Les autres systèmes existants, comme par exemple le système DRG basé sur les catégories de diagnostics majeurs, vont trop loin dans le détail des traitements.
- Être définies de manière claire et précise : il est nécessaire d'avoir un consensus et une reconnaissance sur le plan professionnel autour de ces domaines de prestations afin d'octroyer des mandats de manière justifiée et vérifiable. Les prestations médicales de chaque groupe de prestations doivent être définies de manière univoque sur la base des classifications utilisées dans les statistiques médicales reconnues en Suisse, c'est-à-dire les codes CHOP, CIM ou les codes DRG.
- Regrouper les prestations de même complexité : pour des prestations médicalement complexes, il est pertinent de fixer certaines exigences (par exemple : en matière d'infrastructure, de médecins spécialistes et leur disponibilité, de service des urgences, d'unité de soins intensifs ou du nombre minimum de cas). Ainsi, les groupes de prestations seront liés à des exigences variables en fonction du degré de complexité.

Ainsi, avec 143 groupes de prestations pour les soins aigus, le concept GPPH offre un niveau d'agrégation approprié et permet une définition des mandats de prestations uniforme, contraignante et applicable dans le quotidien hospitalier. Comme pour la plupart des cantons²⁷, ce concept est utilisé pour la planification hospitalière jurassienne.

A l'aide du groupeur GPPH, chaque cas est attribué par le logiciel de façon univoque à un groupe GPPH sur la base des codes diagnostic (CIM) et des opérations (CHOP).

L'algorithme du groupeur est mis à jour chaque année en fonction des versions des codages CIM, CHOP et est mis à disposition et soumis à licence par la Direction de la santé du Canton de Zurich²⁸.

Le groupeur GPPH produit deux grandes catégories de cas :

Les cas dont le code est « paquet de base » (PB)

Le paquet de base comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. Ces prestations sont en règle générale fournies au quotidien par les

²⁶ ASI, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées, Financement des soins : Points de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Berne / Zurich, 2004, page 18.

²⁷ Dont notamment ZH, BE, BS, BL, VS, NE, FR, VS, TI, GE, VD

²⁸ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/splg-grouper/V_10.0/Bestellformular_Grouper_GDK_f.docx

spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres spécialistes. Cette catégorie constitue la base pour tous les hôpitaux qui ont un service d'urgences. Pour avoir des services d'urgences reconnus, les hôpitaux doivent fournir une offre large en soins de base.

Dans le cadre des mandats de prestations, le paquet de base comprend une sous-catégorie qui est le paquet de base programmé (PBP). Cette dernière comprend uniquement des interventions ou traitements de base programmés et constitue la base pour tous les fournisseurs de prestations sans service d'urgences.

Les cas dont le code est différent de «PB»

Les cas ayant un code GPPH différent du PB sont ceux pour lesquels une prise en charge spécialisée est réalisée. Cette prise en charge spécialisée peut nécessiter, par exemple, suivant les cas :

- la présence de médecins porteurs de titres de spécialistes (FMH) du domaine concerné avec un niveau de disponibilité plus ou moins élevé ;
- un service d'urgences avec des exigences plus ou moins élevées quant à la disponibilité du personnel ;
- une unité de soins intensifs avec, pour certains codes GPPH, un nombre minimum annuel de journées de soins et de journées de ventilation mécanique ;
- des liens internes ou externes avec d'autres unités de soins (par exemple, la prestation d'oncologie dermatologique ne pourra être dispensée que si le même établissement dispense une prestation d'oncologie) ;
- l'existence d'un Tumor board (forums de discussion entre spécialistes) ;
- la prise en charge d'un minimum annuel de cas.

Pour une clarté de présentation et pour fournir une meilleure vision d'ensemble, les GPPH sont regroupés par Domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH).

Tableau 4 Domaines de prestation pour la planification hospitalière (DPPH)

Paquet de base
Dermatologie
Oto-rhino-laryngologie
Neurochirurgie
Neurologie
Ophtalmologie
Endocrinologie
Gastroentérologie
Chirurgie viscérale
Hématologie
Vaisseaux
Cœur
Néphrologie
Urologie
Pneumologie
Chirurgie thoracique
Transplantations d'organes solides
Orthopédie
Rhumatologie
Gynécologie
Obstétrique
Nouveau-nés
(Radio-)oncologie
Traumatismes graves

Source: OFS - MS

Le groupeur GPPH de référence pour la nouvelle planification hospitalière pour l'évaluation des besoins et l'appel d'offres est celui en vigueur depuis 2019, soit la version 9.0.76. Le tableau de tous les groupes de prestations GPPH version 9.0.76 se trouve à l'annexe 1.

Il est à noter que la DSZH, dans le cadre de la nouvelle planification hospitalière 2023, a soumis la systématique GPPH à une révision conceptuelle d'actualisation qui correspond à la version qui pourra entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2023. Ce type de révision requiert, d'après la procédure définie et adoptée par le Comité directeur de la CDS le 7.03.2019, la soumission de la révision aux cantons pour consultation et éventuelle prise de position. Le délai pour la consultation a été fixé jusqu'au 30 avril 2021 via l'application web eConsultation de la DS ZH.

Outre à la consultation des cantons, la révision de la systématique GPPH nécessite que le Comité directeur de la CDS décide qu'il convient de recommander l'application du concept GPPH révisé aux cantons. Cette décision sera formellement communiquée en octobre 2022.

De ce fait, l'appel d'offres aura comme référence le groupeur 9.0.76 alors que les mandats de prestations, si le Comité directeur de la CDS décidera de recommander aux cantons l'application du nouveau GPPH révisé, seront établis d'après la systématique GPPH 2023.

Il convient de rappeler que les prestations de Médecine hautement spécialisée (MHS), depuis le 1^{er} janvier 2009, ont été déléguées à la CDS suite à la signature par tous les cantons d'une convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) qui règle une seule planification conjointe MHS pour tous les cantons. Les prestations MHS sont ainsi exclues des mandats de prestations.

Par ailleurs, l'attribution des mandats sera basée sur la définition actualisée de la CDS qui permet de faire une distinction entre la notion d'hôpital et de site hospitalier.

« Un hôpital (y compris une maison de naissance) est une unité d'exploitation et organisationnelle présentant une continuité spatiale qui effectue des examens et des traitements médicaux stationnaires. Les hôpitaux au sens de la disposition d'admission d'après la LAMal peuvent avoir leur propre personnalité juridique ou faire partie d'une unité plus grande comme par exemple un établissement, une société de capitaux ou une unité administrative. Pour qu'une unité d'exploitation puisse être considérée comme un hôpital dans le cadre des présentes recommandations de la CDS, les conditions suivantes au moins doivent être remplies cumulativement :

- *un hôpital fournit des prestations médicales stationnaires et remplit les conditions relatives à l'exploitation, spatiales et organisationnelles qui sont nécessaires pour le traitement autonome de ses patient-e-s.*
- *le personnel travaillant à l'hôpital est soumis à la direction technique et organisationnelle (obligation de se conformer aux instructions) correspondant à l'organisation structurelle et fonctionnelle de l'hôpital.*
- *le traitement des patient-e-s est garanti par une continuité spatiale.*

En d'autres termes, le rattachement d'un hôpital devrait résulter sans équivoque de la structure organisationnelle (organigramme) de l'organisme qui est responsable de l'hôpital. Les exploitants des hôpitaux ne considèrent peut-être pas leurs hôpitaux comme tels, mais comme des sites hospitaliers, des services, des unités, des cliniques, etc. Ce n'est pas la désignation mais la fonction au sein de l'hôpital qui détermine si un hôpital existe au sens des présentes recommandations. La continuité spatiale dans la prise en charge des patients est un élément essentiel. Si cette continuité spatiale n'est pas assurée, l'établissement doit être considéré comme deux (ou plusieurs) hôpitaux. S'appliquent alors à ceux-ci également les obligations différenciées concernant la fourniture des prestations, l'infrastructure nécessaire ou autres ».²⁹

De ce fait, si un hôpital fournit des prestations sur différents sites, alors il devra déposer plusieurs candidatures correspondantes au nombre de sites pour lesquels il souhaite obtenir une attribution de mandats.

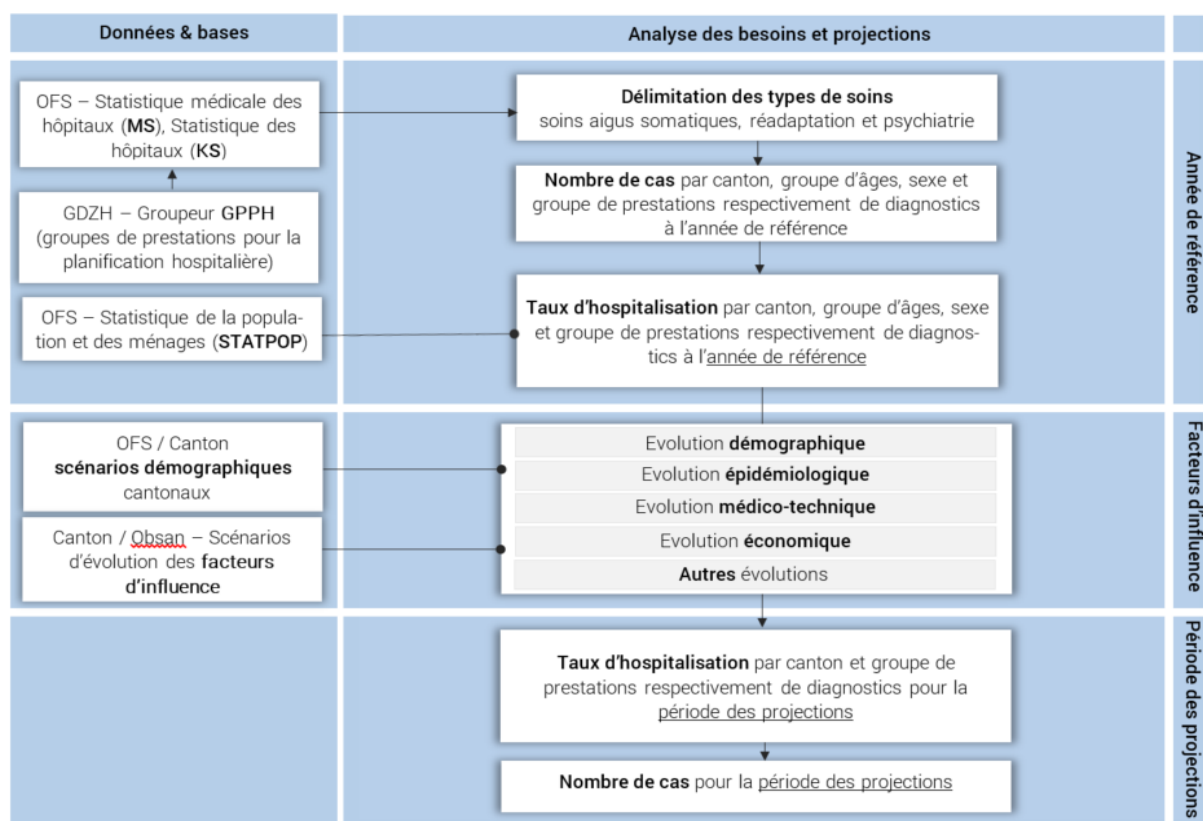
²⁹ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf

3.1.4 Facteurs d'évolution

Dans le cadre de la planification hospitalière, il est nécessaire d'établir des projections pour estimer au mieux l'évolution des besoins en soins hospitaliers. Les besoins sont exprimés notamment en nombre de cas (séjours) pour les années 2019 à 2030 par GPPH et DPPH.

Des scénarios pour ces projections ont été établis sur la base du modèle de l'Obsan détaillé au point 3.1.5. Ces scénarios reflètent des hypothèses quant aux facteurs déterminant l'évolution des besoins dans les soins somatiques aigus.

Figure 3 : Modèle de projection des besoins de l'Obsan pour les soins hospitaliers aigus



Source de données pour la population: OFS, STATPOP (2019) et scénarios démographiques cantonaux (2020-2035)³⁰

Pour les soins hospitaliers aigus, la projection des besoins a été estimée d'après le modèle élaboré par l'Obsan qui considère que l'évolution des besoins dépend de l'évolution :

- A- de la démographie (accroissement et vieillissement de la population),
- B- de l'épidémiologie (incidence et prévalence des maladies),
- C- des facteurs médico – techniques (nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques),
- D- des facteurs économiques : transferts stationnaires-ambulatoires.

La convergence des taux d'hospitalisation à ceux de la moyenne suisse est ensuite appliquée par GPPH à la période des projections.

Ces facteurs ont des effets sur le nombre de cas hospitalisés dans une population donnée et sur les durées moyennes de séjour.

³⁰ Pour tenir compte des chiffres les plus récents, les données 2019 proviennent de STATPOP et diffèrent légèrement des projections. Pour éviter un effet de seuil, les projections 2020 à 2030 ont été adaptées aux données effectives 2019.

Il est à noter que les facteurs agissent indépendamment les uns des autres. Ainsi, par exemple, une augmentation du nombre de cas liée à une croissance démographique pourrait être contrebalancée par un majeur transfert stationnaire-ambulatoire (facteur AVOS).

Il convient de relever que pour développer son modèle, l'Obsan a collaboré étroitement avec la DSZH et a repris ses hypothèses.

Il est raisonnable de considérer que l'évolution des besoins en soins somatiques aigus est soumise aux mêmes influences dans tout le pays. Seuls la distribution de la population par groupe d'âge et les taux d'hospitalisations sont des facteurs qui peuvent varier localement, c'est-à-dire au niveau cantonal et avoir un éventuel impact sur les projections des besoins.

A- Evolution démographique

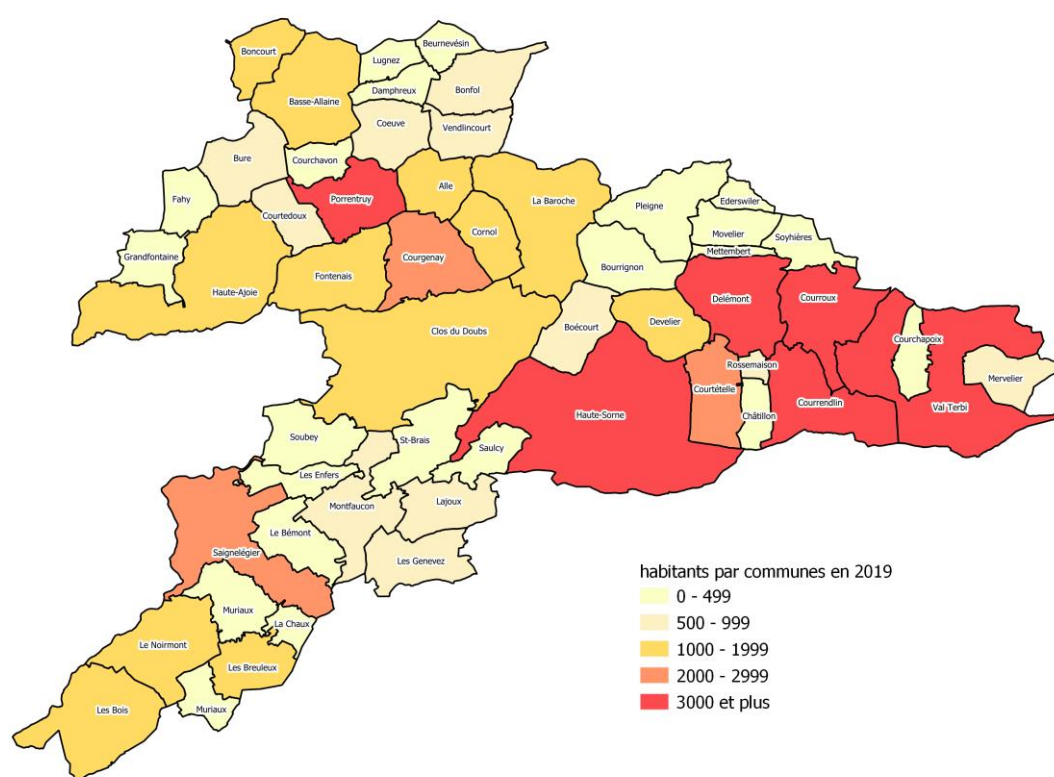
Le facteur démographique ainsi que le vieillissement de la population ont potentiellement un impact important sur les besoins en soins futurs de la population.

Evolution de la population jurassienne :

De 2012 à 2019, la population jurassienne est passée de 70'942 habitants à 73'584³¹, soit un accroissement de 3,7%, qui correspond à un accroissement annuel de 0,53%. Cependant, il est à noter que comparativement au taux d'accroissement de la population suisse en 2019, l'accroissement de la population résidente jurassienne a été de 0.2% (CH = 0.7%).

Quant à la population par commune, on peut distinguer des communes plus urbaines (population de plus de 2000 habitants) de celles plus rurales (cf. figure ci-dessous).

Figure 4 Population par commune du Canton du Jura en 2019³²



Evolution future

L'OFS a développé des scénarios d'évolution démographique pour l'ensemble de la Suisse et pour les Cantons basés sur des hypothèses, notamment, l'indicateur conjoncturel de fécondité, l'âge moyen à la maternité, l'espérance de vie, les immigrations, les émigrations et les acquisitions de la nationalité suisse³³. Il existe trois scénarios pour la période 2020-2050 : bas, moyen et haut³⁴. Le Canton du Jura a choisi de se baser sur le scénario moyen avec une

³¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.13707353.html>

³² Source : Service du développement territorial (SDT), section du cadastre et de la géoinformation

³³ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/12107012/master>, consulté le 24 mars 2021

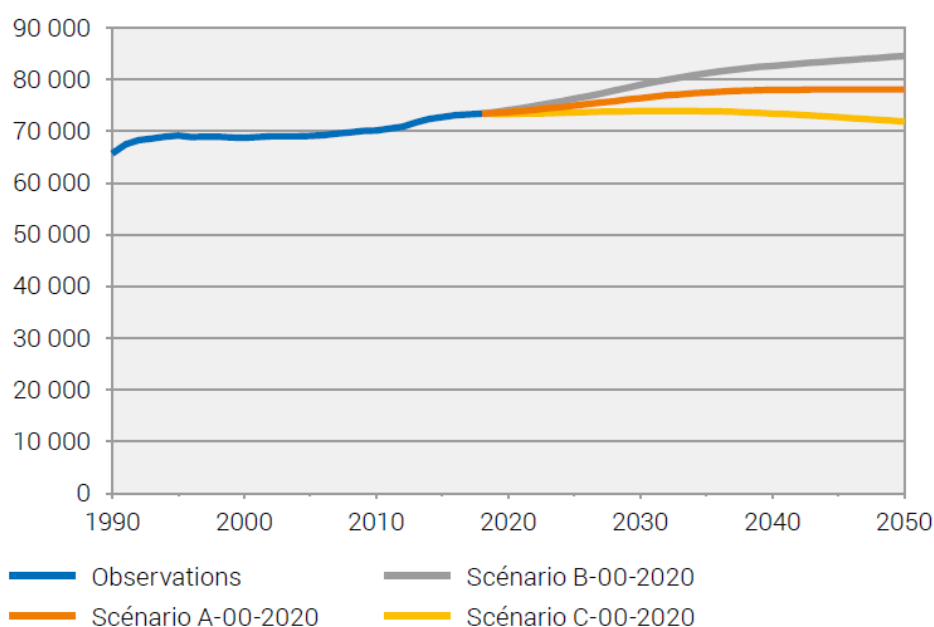
³⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/12107012/master>

projection temporelle à 2030. Le scénario d'évolution démographique moyen a été également utilisé pour la planification médico-sociale.

Il est à noter que la surmortalité due à la pandémie COVID-19 n'a pas été prise en considération dans l'évolution démographique, faute de données et de modèles permettant d'effectuer des projections fiables.

L'augmentation de l'espérance de vie, une natalité relativement faible, ainsi qu'une immigration insuffisante pour compenser l'effet de ces deux premiers facteurs, conduisent au vieillissement de la population du Jura. Cela se traduit par une part grandissante des groupes d'âge les plus élevés dans la population totale : celle des 65-79 ans est passée de 11.6% en 1985 à 15.1% en 2019 (+2.0% depuis 2010), celle des 80 ans et plus, de 3.7% à 6.0% en 2019 (-0.1% depuis 2010). Le vieillissement de la population a un impact plus marqué sur l'évolution des besoins en soins hospitaliers dans le Jura du fait que les proportions des groupes d'âges > 65 ans à l'horizon 2030 seront bien plus élevées qu'en moyenne nationale (24,8% de la population totale dans le Canton du Jura versus 22.1% au niveau suisse).

Tableau 5 Scénarios de l'évolution de la population jurassienne 2020-2050³⁵



Source: OFS – SCÉNARIO

© OFS 2020

Légende :

Scénario A-00-2020 : scénario moyen

Scénario B-00-2020 : scénario haut

Scénario C-00-2020 : scénario bas

³⁵ OFS, statistiques ESPOP et STATPOP

Tableau 6 Population résidente permanente et projections démographiques 2016-2030 Canton du Jura

Observé	Population		Δ 2016-2019		
	2016	2019	n	%	CAGR
Cas	73 122	73 584	+462	+0,6%	0,2%

Projeté	Population		Δ 2020-2030		
	2020	2030	n	%	CAGR
Haut	73 940	78 810	+4 870	+6,6%	+0,6%
Moyen	73 776	76 475	+2 699	+3,7%	+0,4%
Bas	73 591	74 164	+573	+0,8%	+0,1%

Source : OFS – STATOP, Scénario démographiques

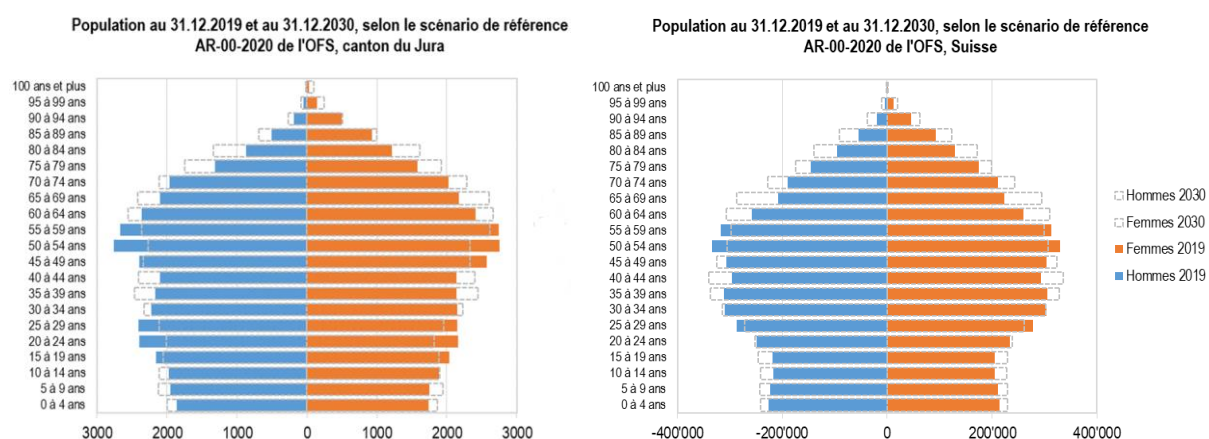
© Obsan 2021

Prenant comme référence le scénario moyen, la population jurassienne devrait atteindre 76'475 habitants vers 2030 (+3.9%), puis 77'596 habitants vers 2035 (+5.2%) et 78'029 vers 2040. Ensuite, l'évolution démographique va rester relativement stable jusqu'à 2050 quand elle atteindra 78'122 habitants. Entre 2019 et 2050, cela correspond à une augmentation de 6.8%, soit de +0.22% en moyenne annuelle³⁶.

En observant l'évolution de la structure démographique entre 2019 et 2030, nous pouvons constater que l'on s'attend à une augmentation de la population des groupes d'âges les plus élevés (65 ans et plus). Cela signifie que la part des 65 ans et + va passer de 21.4%³⁷ en 2020 à 24.8% en 2030, avec l'évolution la plus marquée dans le groupe d'âge 80 ans et plus (+32.2%).

L'évolution de la population jurassienne et suisse par groupes d'âge et genre entre 2019 et 2030 est illustrée dans la figure 5 ci-dessous alors que les chiffres et les pourcentages par groupe d'âge, ainsi que leur évolution entre 2019 et 2030 pour le canton du Jura et l'ensemble de la suisse sont résumés dans le tableau Tableau 7 Taux de croissance de la population jurassienne et suisse par groupe d'âge, 2019-2030.

Figure 5 Population jurassienne et suisse par groupe d'âge et par sexe, 2019-2030³⁸



³⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-cantons.assetdetail.12107019.html>

³⁷ En 2014 avait été projeté à 22.5% à l'horizon 2020

³⁸ OFS, statistiques STATPOP, Service de statistique du canton de Neuchâtel

Tableau 7 Taux de croissance de la population jurassienne et suisse par groupe d'âge, 2019-2030³⁹

Âge	2019		2030		Δ 2019-2030	
	JU	CH	JU	CH	JU	CH
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	%	%
0-19	15'334 (20.8)	1'721'158 (20.0)	15'869 (20.8)	1'888'786 (20.0)	+3.5	+9.7
20-39	17'785 (24.2)	2'276'744 (26.4)	17'359 (22.7)	2'305'249 (24.4)	-2.4	+1.2
40-59	20'105 (27.3)	2'491'738 (28.9)	19'063 (24.9)	2'531'133 (26.8)	-5.2	+1.6
60-79	15'922 (21.6)	1'671'047 (19.4)	18'305 (23.9)	2'043'647 (21.7)	+15	+22.3
80 et plus	4'431 (6.0)	455'159 (5.3)	5'860 (7.7)	661'159 (7.0)	+32.2	+45.4

B- Evolution épidémiologique

Selon les résultats des analyses effectuées par le Département de la santé du Canton de Zurich (DSZH), il n'existe pas d'évidence pour modifier les projections dans un sens ou dans l'autre. Sur la base des travaux de le DSZH, l'Obsan a renoncé à formuler des hypothèses pour ce facteur par manque d'évidence scientifique.

C- Evolution médico - techniques

Selon les résultats des analyses effectuées par le DSZH, il faut s'attendre à une augmentation de la révision des prothèses de genou et de hanche, à davantage de "cœurs artificiels"/VAD, et à un déplacement des cas de NEU3 à NEU3.1⁴⁰. Ces augmentations sont reflétées dans les scénarios de projection moyen et max.

Tableau 8 Facteurs médico-techniques

GPPH		anref_otherFactors	ancible_otherFactors	delta_MIN_overall	delta_BASIS_overall	delta_MAX_overall
BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche	2019	2032	0.00	0.63	0.95
BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou	2019	2032	0.00	2.26	3.39
NEU3	Maladies cérébrovasculaires Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke	2019	2032	-0.29	-0.29	-0.29
NEU3.1	Center (CIMHS)	2019	2032	15.80	15.80	15.80

Les hypothèses liées aux facteurs d'évolution médico-technique sont basées sur les travaux préparatoires effectués dans le cadre de la Planification hospitalière du Canton de Zurich (cf. GDZH, 2021 ; Hess et al. 2009, 2016).

Sur cette base, des effets significatifs sur les hospitalisations peuvent être quantifiés pour deux domaines de prestations. D'une part, dans le domaine de la neurologie, des nouvelles techniques combinées à de nouveaux diagnostics (par IRM) dans les traitements endovasculaires des accidents vasculaires cérébraux pourraient conduire à un transfert de certains cas du GPPH NEU3 au GPPH NEU3.1. On s'attend à ce qu'à l'avenir 30 % des accidents vasculaires cérébraux soient traités dans le GPPH NEU3.1 (MHS)

D'autre part, en orthopédie, on suppose une augmentation des révisions de prothèses du genou et de la hanche (BEW7.1.1 et BEW7.2.1). Cette hypothèse est étayée par l'augmentation de ces interventions au cours des dernières années, ce qui signifie qu'une révision de ces prothèses est nécessaire après un certain temps. Pour les autres domaines de prestations, aucune évolution de la technologie médicale ayant un impact sur les besoins futurs sont pris en compte dans le modèle de projections.

³⁹ OFS, statistiques STATPOP, Service de statistique du canton de Neuchâtel

⁴⁰ NEU3.1 : Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)

D- Virage stationnaire – ambulatoire

Le potentiel de virage stationnaire – ambulatoire du modèle reflète le dispositif AVOS en vigueur en 2019 et considère que les cas identifiés comme AVOS⁴¹ dans la statistique médicale de l'OFS (codes CHOP) pourront être, d'après les pourcentages paramétrés dans le modèle (95%, 75%, 50%), traités en ambulatoire d'ici 2025 faisant abstraction d'une partie des critères d'exception qui dans plusieurs occasions peuvent justifier la prise en charge en stationnaire. En effet, tous les critères justifiant un traitement hospitalier ne peuvent pas être opérationnalisés sur la base des données disponibles.

Ainsi, le potentiel de virage stationnaire-ambulatoire résulte être surestimé dans le modèle, faute de pouvoir intégrer toutes les données d'exception médicales. En effet, ces données sont uniquement disponibles dans les dossiers des patients ayant été traités en stationnaire au lieu qu'en ambulatoire. Les cas AVOS avec potentiel de transfert issus des données de la statistique médicale de l'OFS de 2019 sont pris comme référence (Cf. Figure ci-dessous)

Tableau 9 Nombre de cas AVOS et potentiel de transfert, Canton du JU 2019

Cas JU Total	11 420	100%
Cas sans intervention permettant le transfert	10 941	96%
Cas AVOS	479	4%
Critères remplis pour une prise en charge stationnaire	94	20%
Potentiel de transfert JU	385	80%

Remarque: le potentiel de transfert résulte des cas ayant au moins un traitement transférable et ne remplissant aucun des critères justifiant une prise en charge stationnaire.

Source: OFS - MS, KS © Obsan 2021

Il est également à relever que, depuis l'intervention directe du Conseil fédéral de 2018 sur la structure tarifaire pour les prestations médicales TARMED qui a comporté une baisse de rémunération dans l'ambulatoire hospitalier, cela n'a pas contribué à inciter le transfert de prestations du stationnaire hospitalier vers l'ambulatoire.

Finalement, nul ne peut prévoir l'évolution du dispositif AVOS et les pressions futures pour inciter le transfert de prestations du stationnaire à l'ambulatoire. Cependant, la tendance observée au fil du temps est une augmentation des prestations éligibles à une prise en charge ambulatoire hospitalière.

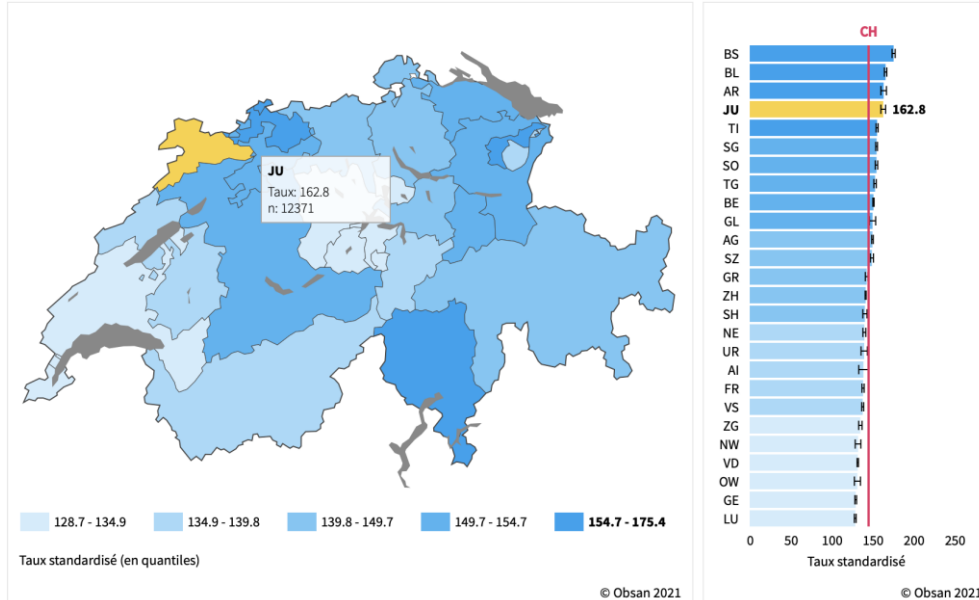
Compte tenu ce qui précède, mais en particulier vue l'impossibilité d'opérationnaliser les exceptions médicales justifiant la prise en charge en stationnaire des cas AVOS, un taux de transfert du stationnaire à l'ambulatoire de 95%, 75% et 50% a été paramétré respectivement pour les scénarios min, moyen, et max. Ces paramétrages permettent de prendre en compte à la fois l'évolution de la liste AVOS jusqu'à 2030 (avec une probable augmentation des cas éligibles à la prise en charge ambulatoire) ainsi que d'ajuster la surestimation des cas stationnaires transférables en ambulatoire.

⁴¹ Ambulatoire avant stationnaire : Pour une liste d'interventions la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) n'est admise, sauf motifs justifiés, qu'en ambulatoire.

Convergence des taux d'hospitalisation

L'Obsan a observé que généralement les taux d'hospitalisations par 1000 habitants jurassiens sont supérieurs au taux suisses. Cette différence en termes de taux standardisés extrapolée à la population du Canton du Jura de 2019 comporte, globalement, un excès d'environ 940 cas d'hospitalisés par rapport à la moyenne suisse. Une convergence des taux d'hospitalisations jurassiens aux taux suisses comporterait une diminution du nombre de cas hospitalisés.

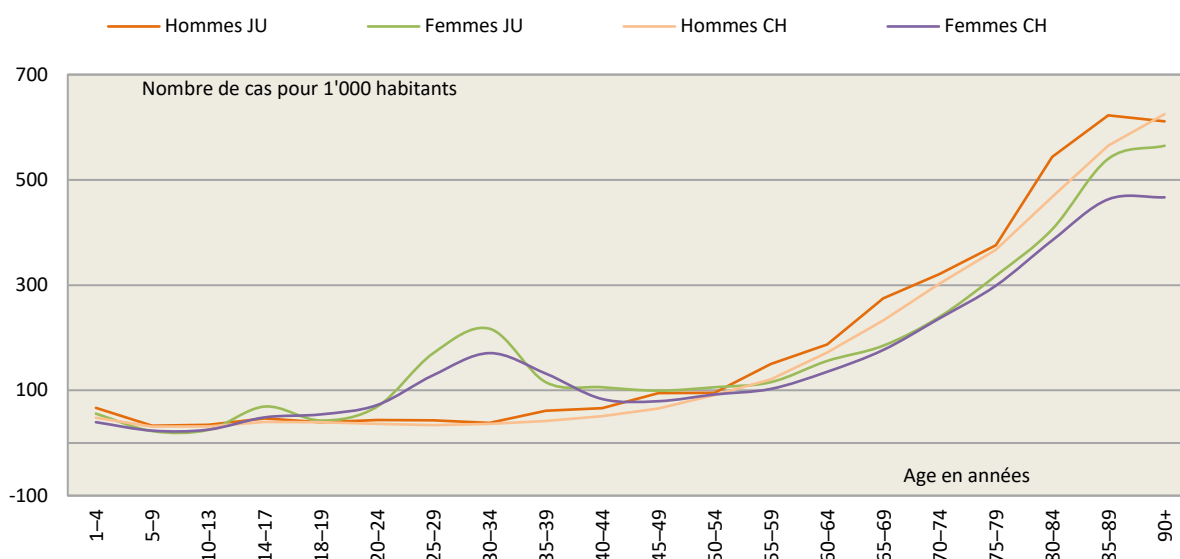
Figure 6 Taux total d'hospitalisation par 1'000 habitants année 2019, Canton du Jura⁴²



La figure ci-dessus illustre qu'en 2019 le taux d'hospitalisations résulte être nettement plus élevé que la moyenne suisse lors d'hospitalisations de femmes dans le groupe d'âge 20-24, 30-34, 85-89 et 90+, ainsi que lors d'hospitalisations d'hommes dans les groupe d'âge 75- et 79 à 85-89.

⁴² <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>

Figure 7 Taux d'hospitalisations par sexe et groupe d'âges, 2019



Remarque: comme le groupe d'âge des enfants < 1 an comprend également les nouveau-nés (en bonne santé) et que les nouveau-nés sont d'un intérêt essentiel pour la prévision des besoins, le taux d'hospitalisation de ce groupe d'âge est calculé séparément. Ce taux n'apparaît pas sur le graphique.

Source: OFS - MS, KS, STATPOP

© Obsan 2021

Dans son modèle de projections, pour les groupes de prestations enregistrant moins de 5 cas de patients du canton de planification à l'année de référence, l'Obsan a fait l'hypothèse que le taux d'hospitalisations converge à hauteur de 50% aux taux de l'ensemble de la Suisse (scénario min), alors que dans les autres scénarios (moyen et max) aucune convergence n'est appliquée.

Durée moyenne de séjour (DMS)

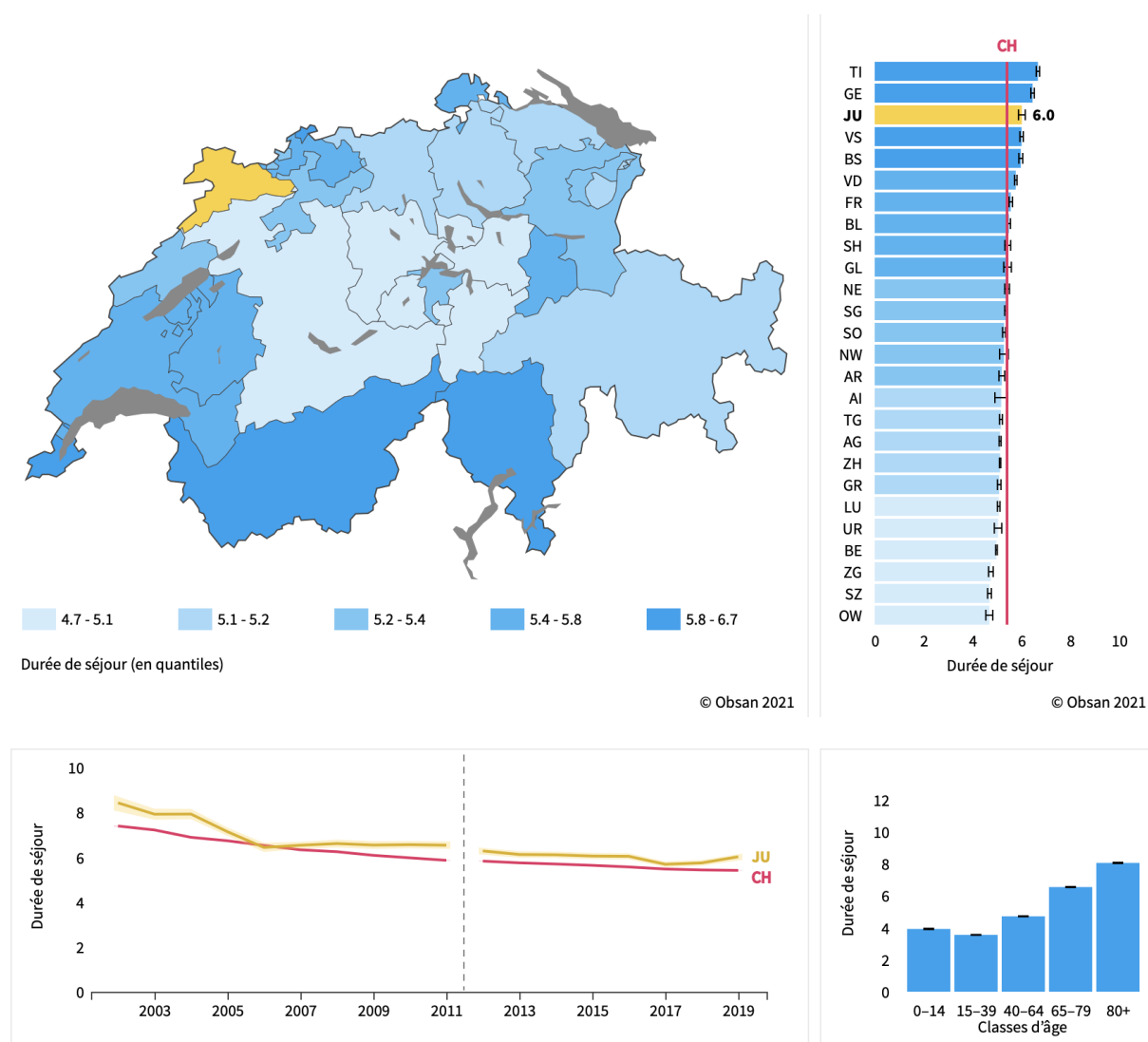
Finalement, concernant la durée moyenne de séjour (DMS), qui est un indicateur d'efficacité du système hospitalier, ces 30 dernières années, elle a diminué dans de nombreux pays de l'OCDE, y compris en Suisse. Il est à noter que la DMS en Suisse, qui est de 5.4 jours en 2019⁴³, correspond à celle de la France qui affiche la DMS la plus basse d'Europe⁴⁴.

Du fait que la DMS augmente en fonction de l'âge de prise en charge des patients (en Suisse en 2019 la DMS pour la classe d'âge 65-79 ans était de 7.5 jours et était de 8.9 jours pour les patients de la classe d'âge 80+), il est peu probable que la DMS Suisse puisse continuer à diminuer au vu de l'évolution de la structure démographique qui comporte une augmentation d'hospitalisations de personnes plus âgées. Une diminution de la DMS moyenne en Suisse par groupe d'âge pourra toutefois avoir lieu selon l'évolution des pratiques de soins et des moyens humains et technologiques disponibles.

⁴³ <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-de-sejour-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus#>

⁴⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/13%20Comparaisons%20internationales%20des%20dépenses%20hospitalières.pdf>

Figure 8 Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus Suisses, détail Canton du Jura 2019⁴⁵



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

En 2012, les définitions des cas (SwissDRG) et de la délimitation des domaines de soins ont été modifiées dans la statistique médicale.

Les valeurs sont représentées avec l'intervalle de confiance à 95%. L'intervalle représenté par la barre d'erreur contient, avec une probabilité de 95%, la valeur réelle pour la population.

Les quantiles partagent la distribution ordonnée en cinq parties égales.

En 2010, la DMS moyenne du Canton du Jura était de 6.6 jours (6.0 jours en Suisse). En 2019, la DMS moyenne du Canton du Jura était de 6.0 (5.4 jours en Suisse). Une baisse moyenne de 10% de la DMS est observée entre 2010 et 2019 tant au niveau du Canton du Jura qu'au niveau suisse. Les durées moyennes de séjour n'ont plus de signification dans un remboursement par DRG. Cependant, reste une valeur d'importance pour la planification du nombre de lits d'hôpital.

⁴⁵ <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-de-sejour-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>

3.1.5 Modèle de projection des besoins de l'Obsan

Les paramètres du modèle de projection appliqués par scénario à l'ensemble de l'offre en soins somatiques aigus de 2019 sont résumés dans le tableau ci-dessous. Les paramétrages spécifiques pour la projection des besoins en soins somatiques aigus pour le Canton du Jura sont mis en évidence en rouge.

Tableau 10 Paramètres des hypothèses du modèle de projection de l'Obsan

	Min	Moyen	Max
Démographie	Scénario moyen selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS 2020-2050	Scénario moyen selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS 2020-2050	Scénario moyen selon les scénarios démographiques cantonaux de l'OFS 2020-2050
Epidémiologie	Variation selon l'étude/avis d'expert de la GDZH sur les développements épidémiologiques	Variation selon l'étude/avis d'expert de la GDZH sur les développements épidémiologiques	Variation selon l'étude/avis d'expert de la GDZH sur les développements épidémiologiques
Médico-technique	Variation selon l'étude/avis d'expert de la GDZH sur les développements épidémiologiques	Variation selon l'étude/avis d'expert de la GDZH sur les développements épidémiologiques	Variation selon l'étude/avis d'expert de la GDZH sur les développements épidémiologiques
Transfert vers le secteur ambulatoire	95% du potentiel de transfert ^(a) selon la liste de l'OFSP (et/ou autre) sera substitué par des traitements en ambulatoire d'ici 2025	75% du potentiel de transfert ^(a) selon la liste de l'OFSP (et/ou autre) sera substitué par des traitements en ambulatoire d'ici 2025	50% du potentiel de transfert ^(a) selon la liste de l'OFSP (et/ou autre) sera substitué par des traitements en ambulatoire d'ici 2025
Convergence des taux d'hospitalisation	Convergence à 50% des taux d'hospitalisation à la moyenne suisse	Aucune convergence des taux d'hospitalisation à la moyenne suisse	Aucune convergence des taux d'hospitalisation à la moyenne suisse

3.2 Offre en soins somatiques aigus

Ce chapitre présente l'offre en soins somatiques aigus stationnaires issue des données de la Statistique médicale des hôpitaux de 2019 de l'OFS.

Pour une question de présentation, les groupes de prestations spécialisées sont présentés dans ce rapport au travers de 5 grands ensembles, soit :

Système nerveux et organes de sens : dermatologie, oto-rhino-laryngologie, neurochirurgie, neurologie, ophtalmologie

Organes internes : endocrinologie, gastroentérologie, chirurgie viscérale, hématologie, vaisseaux, cœur, néphrologie, urologie, pneumologie, chirurgie thoracique, transplantations d'organes solides

Appareil locomoteur : orthopédie, rhumatologie

Gynéco-obstétrique et nouveau-nés : gynécologie, obstétrique, nouveau-nés

Autres (faibles volumes) : (radio-) oncologie et traumatismes graves. La (radio-) oncologie représente très peu de cas en milieu stationnaire et concerne avant tout le domaine ambulatoire.

Le nombre d'hospitalisations, la répartition intra- et extracantonale ainsi que les durées moyennes de séjour des patients jurassiens en soins somatiques aigus sont représentés, pour l'année 2019, dans les prochaines figures. Le taux de couverture de la liste hospitalière pour les soins somatiques aigus en 2019 est de 72%⁴⁶. Le détail des prestations par GPPH ainsi que la part de marché de chaque institution inscrite ou pas dans la liste hospitalière se trouvent en annexe pp. 58 et 62.

Pour l'année 2019, le paquet de base représente le 45.4% des soins somatiques aigus et le taux de couverture cantonal pour le paquet de base est de 83% de tous les cas hospitalisés dans le Canton. Le restant est pris en charge dans les institutions du Jura Bernois (7%) ou après la prise en charge initiale a nécessité un transfert dans un centre spécialisé (6%).

Quant aux prestations spécialisées (hors HSM⁴⁷), elles représentent 54.6% des prestations lors d'hospitalisations en soins somatiques aigus. En 2019, 54.1%(n=3343) des cas hospitalisés dans le groupe de prestations spécialisées ont été pris en charge à l'H-JU.

La répartition des prestations de base et spécialisées en soins somatiques aigus pour 2019 par DPPH pour les patients jurassiens est renseignée dans la figure ci-dessous. La tendance de l'évolution des nombres de cas par DPPH lorsqu'ils sont inférieurs à 30 est à interpréter avec précaution.

⁴⁶ Pour computer ce pourcentage sont pris en compte uniquement les GPPH attribués aux institutions d'après la liste hospitalière pour les soins somatiques aigus en vigueur en 2019

⁴⁷ Médecine hautement spécialisée

Tableau 11 Répartition par DPPH des prestations de base et spécialisées en soins somatiques aigus entre 2015 et 2019 pour les patients jurassiens, exclus CIMHS

Grands ensembles	DPPH	Cas (domicile JU)					Trend	CAGR
		2015	2016	2017	2018	2019		
PB	PB	4 283	4 855	5 021	5 104	5 182		+4,9%
Système nerveux et organes de sens	Dermatologie	51	32	62	44	29		-13,2%
	Oto-rhino-laryngologie*	295	326	303	322	355		+4,7%
	Neurochirurgie*	26	45	47	30	58		+22,2%
	Neurologie*	294	353	361	334	318		+2,0%
	Ophthalmologie	86	76	75	98	78		-2,4%
Organes internes	Endocrinologie	83	45	44	77	90		+2,0%
	Gastroentérologie	285	312	338	317	282		-0,3%
	Chirurgie viscérale*	140	136	135	111	177		+6,0%
	Hématologie*	155	175	156	177	210		+7,9%
	Vaisseaux	170	172	164	161	180		+1,4%
	Cœur	455	512	534	463	421		-1,9%
	Néphrologie	48	45	42	61	59		+5,3%
	Urologie	416	453	514	478	453		+2,2%
	Pneumologie	200	247	275	287	287		+9,4%
	Chirurgie thoracique	28	20	26	42	43		+11,3%
Appareil locomoteur	Orthopédie	1 056	1 115	1 162	1 215	1 219		+3,7%
	Rhumatologie	36	38	47	33	50		+8,6%
Gynéco-obstétrique et Nouveau-nés	Gynécologie	278	253	273	289	252		-2,4%
	Obstétrique	792	766	777	765	794		+0,1%
	Nouveau-nés	686	681	676	682	667		-0,7%
Autres	(Radio-)oncologie	181	139	161	96	124		-9,0%
	Traumatismes graves*	11	21	23	27	33		+31,6%
Domaines pluridisciplinaires	Pédiatrie							
	Chirurgie pédiatrique							
	Chirurgie pédiatrique de base							
	Centre de compétences en gériatrie aiguë	Certaines prestations médicales ne peuvent pas être définies et regroupées en lien avec un organe, car elles recoupent plusieurs domaines ("domaines transversaux"). Par conséquent, aucun cas ne peut être attribué à ces GPPH.						
	Centre de compétence en soins palliatifs							
	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance							
	Unité d'isolement spéciale							
	Total	10 055	10 817	11 216	11 213	11 361		+0,3%

*Exclus les cas CIMHS

Données: OFS - Statistique médicale des hôpitaux, Canton du Jura

Adapté du Cockpit par GPPH 2019 : Obsan 2021

3.3 Spécificités pour la planification

Les spécificités pour la planification concernant les prestations en gériatrie aiguë ainsi que les soins palliatifs sont des informations également exploitées pour la planification médico-sociale (PMS) et sont résumées dans les deux prochains chapitres 3.3.1 et 3.3.2.

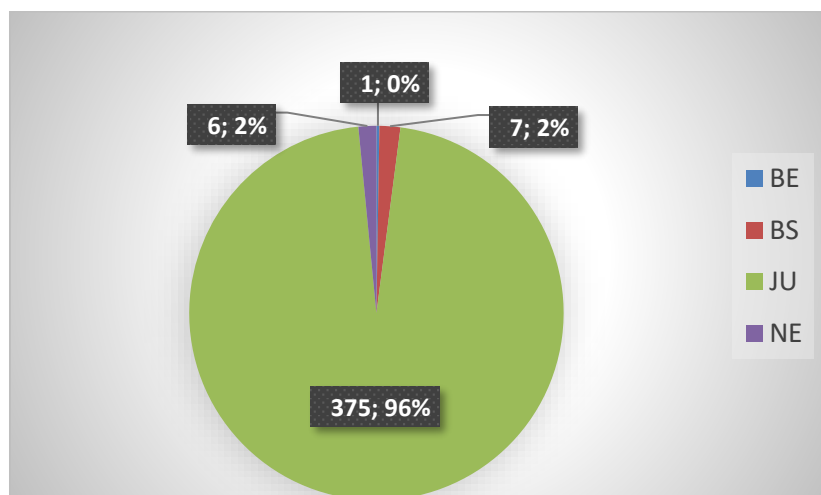
3.3.1 Gériatrie aiguë

Les patients pris en charge en gériatrie aiguë en 2019 l'ont été essentiellement au sein de l'H-JU. Seuls 4 % des hospitalisations en gériatrie aiguë, soit 13 patients, ont eu lieu hors du Canton du Jura.

Au sein de l'H-JU les critères d'admission en gériatrie aiguë à Porrentruy (Cf, Annexe X) ont été précisés. Ces critères excluent la prise en charge de patients nécessitant notamment des investigations ou des traitements, le plateau technique du site de Delémont ou encore un suivi par un spécialiste. Ce qu'il faut bien comprendre dans le domaine de la gériatrie aiguë tel que pensé dans le groupe zurichois est que c'est la notion de domaine pluridisciplinaire qui est mise en avant. Tous les patients hospitalisés et qui entrent dans la catégorie des personnes âgées et fragiles ne sont pas systématiquement comptabilisés dans le domaine GER. Certains seront simplement attribués dans des autres groupes GPPH comme par exemple le paquet de base (à la création de la liste hospitalière, la gériatrie était englobée dans le paquet de base). Il est donc très difficile de délimiter le périmètre des besoins dans cette catégorie. Le plus simple est d'estimer selon la base ci-dessous, le nombre de patients entrant dans cette catégorie et de représenter l'évolution simplement en suivant l'évolution du groupe d'âge des plus de 75 ans.

Les cas de gériatrie aiguë ont été extraits de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS en appliquant l'algorithme suivant : cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts ou les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234). Ces cas ont été attribués aux soins somatiques aigus si le cas est facturé par DRG spécifiques de gériatrie aiguë.

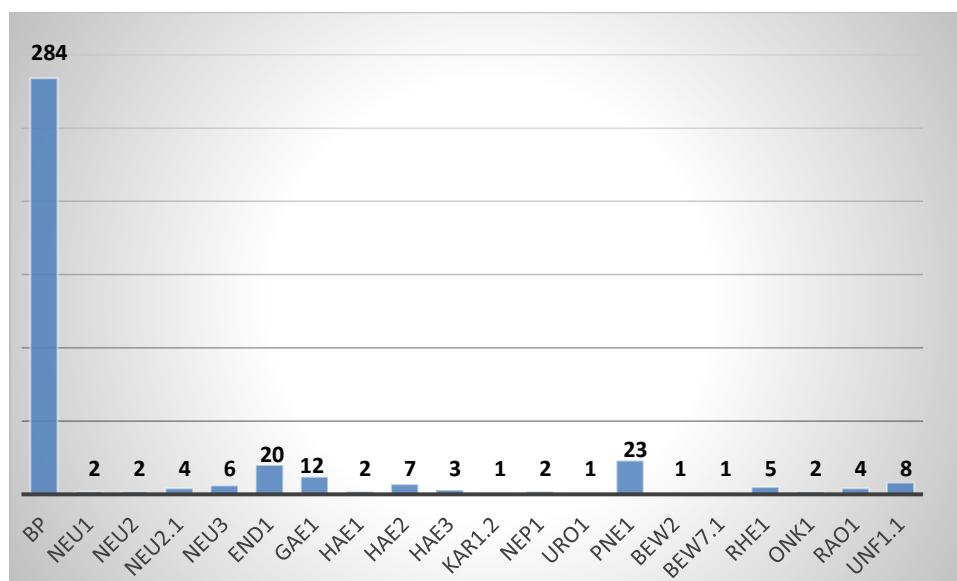
Figure 9 Hospitalisations en gériatrie aiguë en 2019



La plupart des patients hospitalisés en gériatrie aiguë ont bénéficié de traitements du paquet de base n = 284 (75.3%), les autres ont bénéficié de prestations spécialisées réparties dans différents GPPH,

notamment en ordre décroissant, PNE1⁴⁸ n=23 (5.9%), END1⁴⁹ n= 20 (5.1%), GAE1⁵⁰ n=12 (3.1%), UNF1⁵¹ n=8 (2.0%), HAE2⁵² n=7 (1.8%).

Figure 10 Hospitalisations en gériatrie par GPPH année 2019



3.3.2 Soins palliatifs

Depuis mars 2017 a été mise sous toit une stratégie tricantonale (BEJUNE) en matière de soins palliatifs portant sur les années 2017 à 2027⁵³. Les démarches entreprises par l'H-JU pour obtenir le label qualité en soins palliatifs spécialisés découlent de cette stratégie.

Les soins palliatifs non spécialisés pris en charge figurent dans le paquet de base ou sont pris en charge dans d'autres institutions (EMS, domicile, réadaptation).

En 2019, presque la totalité des cas de soins palliatifs ont été pris en charge à l'H-JU n = 59 pour au total 1869 jours d'hospitalisation.

Les patients hospitalisés en soins palliatifs spécialisés hors canton n'ont été que 9 (15%), dans 5 différentes institutions de santé pour au total 192 jours d'hospitalisation.

Il est à relever que les pratiques de codage des soins palliatifs ne sont pas uniformes. Les données extraites fournissent, au mieux, une ordre de grandeur et sont à interpréter avec précaution.

Actuellement, 10 lits sont réservés aux soins palliatifs spécialisés au sein de l'H-JU.

⁴⁸ Pneumologie

⁴⁹ Endocrinologie

⁵⁰ Gastroentérologie

⁵¹ Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)

⁵² Lymphomes indolents et leucémies chroniques

⁵³ <https://adsp-bejune.ch/site/la-strategie/>

3.4 Flux de patients

L'analyse du flux des patients est un élément incontournable de la planification hospitalière puisqu'elle permet la coordination intercantonale de la provision des soins. Pour rappel, seuls les cas de soins somatiques aigus à charge de l'AOS ont été pris en considération.

Le flux de patients est subdivisé en flux entrants (hospitalisations dans le Canton du Jura de patients d'autres cantons) et sortants (hospitalisations extracantonales de patients jurassiens). Les indicateurs fournis dans les tableaux de flux présentés dans les prochaines pages sont précisés dans l'annexe 3 Définitions des indicateurs de flux des patients.

Le flux net (différence entre flux de cas entrants et sortants) pour 2019 a été de - 3404 cas correspondant à 29.8% de l'ensemble de l'activité somatique aigüe⁵⁴.

Le Canton du Jura détient l'indice d'exportation de 8.79 qui est le plus haut de Suisse. Cet indice reflète à la fois l'absence d'un établissement universitaire offrant des soins spécialisés ainsi que la proximité géographique d'autres hôpitaux situés dans d'autres Cantons, essentiellement dans le Canton de Berne (Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois et Hôpital de Bienne).

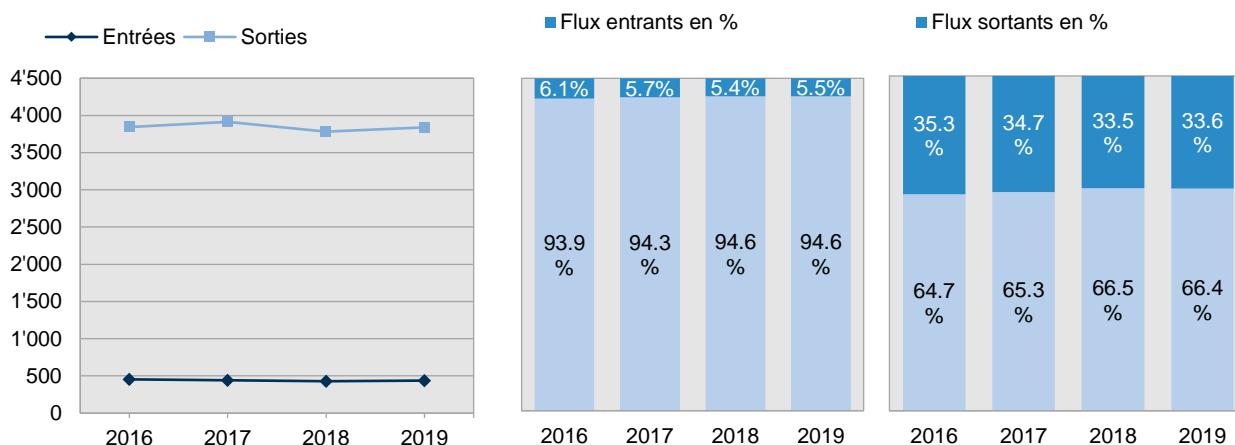
Globalement, entre 2016 et 2019, on observe une stabilité au pourcent près de flux sortants et entrants.

3.4.1 Flux sortants et entrants

Les flux sortants et entrants entre 2016 et 2019 sont renseignés et résumés dans le tableau et figures ci-dessous.

Tableau 12 Indicateurs de flux de patients en soins aigus, Canton du Jura, 2016-2019

	Indicateur	2016	2017	2018	2019
Import	Entrées ⁵⁵	454	444	429	437
	Flux entrants en % ⁵⁶	6,1%	5,7%	5,4%	5,5%
Export	Sorties ⁵⁷	3 845	3 913	3 782	3 841
	Flux sortants en % ⁵⁸	35,3%	34,7%	33,5%	33,6%
Rapport Import/Export	Indice de localisation (IL) ⁵⁹	64,7%	65,3%	66,5%	66,4%
	Indice de part de marché (IPM) ⁶⁰	93,9%	94,3%	94,6%	94,6%
	Flux net ⁶¹	-3 391	-3 469	-3 353	-3 404
	Indice d'exportation (IE) ⁶²	8,47	8,81	8,82	8,79



Remarque: indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

⁵⁵ Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patients résidant dans un autre canton.

⁵⁶ Les flux entrants représentent la proportion d'entrées parmi l'ensemble des hospitalisations du canton considéré.

⁵⁷ Les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital d'un autre canton pour les patients résidants dans le canton considéré.

⁵⁸ Les flux sortants représentent la proportion de sorties parmi les patients résidants dans le canton considéré.

⁵⁹ L'indice de localisation représente la proportion de patients résidant dans le canton considéré se faisant hospitaliser dans un hôpital du canton. Il s'agit par conséquent du pourcentage de patients qui n'ont pas quitté leur canton.

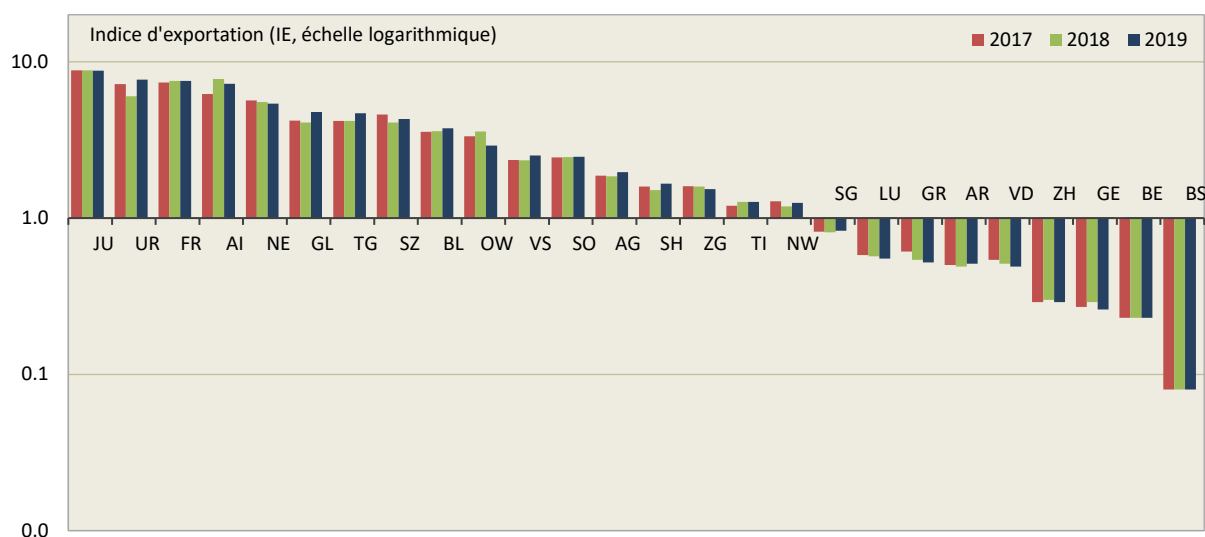
⁶⁰ L'indice de part de marché représente la proportion de résidents du canton parmi toutes les hospitalisations ayant eu lieu dans le canton. Il s'agit par conséquent de la proportion d'hospitalisations provenant des résidents du canton.

⁶¹ Le flux net - aussi appelé solde absolu par Huber (2015), - illustre la différence entre nombre d'entrées et de sorties. Une valeur positive indique qu'il y a plus d'entrées dans le canton que de sorties alors qu'une valeur négative indique qu'il y a plus de sorties que d'entrées.

⁶² L'indice d'exportation représente le rapport entre les sorties et les entrées. Une valeur supérieure à 1 indique un flux net en exportation alors qu'une valeur inférieure à 1 indique un flux net en importation. Par rapport au flux net, l'indice d'exportation permet de comparer la balance de flux entre les cantons ayant des intensités de flux très différentes.

Entre 2016 et 2019, la prise en charge en soins somatiques aigus dans le Canton du Jura concerne essentiellement des résidents jurassiens. Seul 5.5% des cas hospitalisés dans le canton viennent d'autres cantons ou de l'étranger. D'autre part, un tiers des cas nécessitant une hospitalisation en soins somatiques aigus sont hospitalisés hors canton (Cf. Indice de localisation) qui place le Canton du Jura en tête en terme de comparaison de la balance des flux entrants et sortants entre cantons.

Figure 11 Indice d'exportation par Canton, soins aigus, 2017-2019



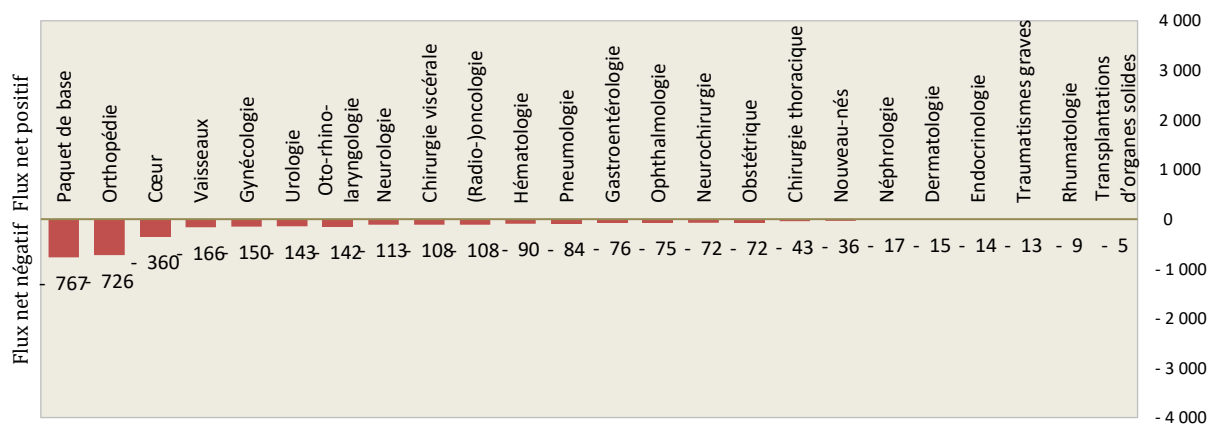
Remarque: indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Le solde entre entrées et sorties par DPPH pour l'année 2019 est résumé dans le tableau du flux net ci-dessous. Le flux net est négatif pour tous les domaines, avec, en ordre décroissant, le paquet de base, l'Orthopédie, Cœur, Vaisseaux, Gynécologie, Urologie et Oto-rhino-laryngologie, avec les flux nets négatifs les plus importants.

Figure 12 Flux net pour le Canton du Jura, soins aigus par DPPH, 2019



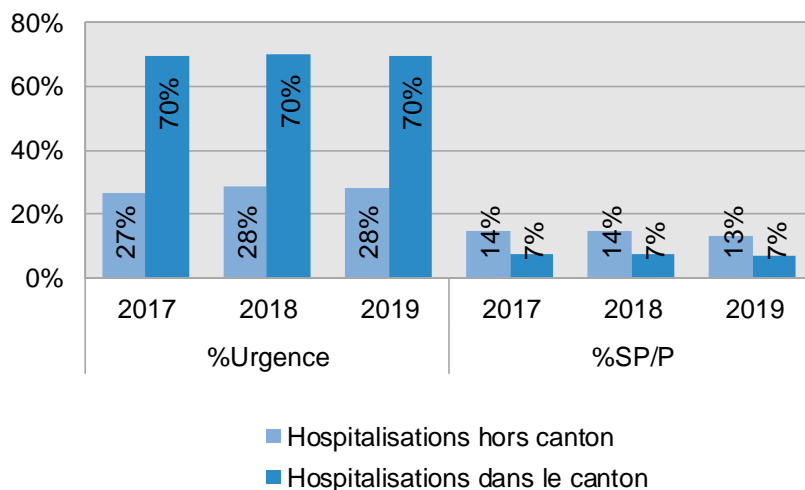
Remarque: indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

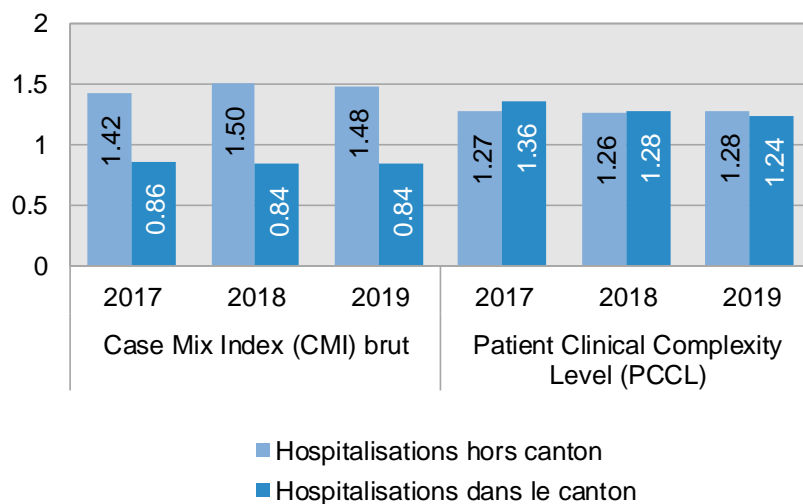
© Obsan 2021

Concernant les chiffres-clés des hospitalisations des jurassiens hors canton ou dans leur canton, la figure X montre une stabilité de ces chiffres. Pour les hospitalisations dans le canton, entre 2017 et 2019, seul le niveau de complexité clinique (PCCL) des patients domiciliés dans le Canton du Jura et hospitalisés dans le canton a diminué de 1.36 à 1.24. Pour les hospitalisations hors canton, seul le Case Mix Index (CMI) brut a augmenté de 1.42 à 1.48.

Figure 13 Chiffres-clés des patients domiciliés dans le Canton du Jura hospitalisés hors canton et dans leur canton, soins aigus, 2017-2019



%Urgence: Part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS
 %SP/P: Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé



Ø CMI: Indice moyen du case mix (CMI)

3.4.2 Flux sortants

Tableau 13 Séjours hors canton de patients domiciliés dans le Canton du Jura, soins aigus par DPPH, 2016-2019

Domaine	DPPH	2016	2017	2018	2019	Trend	% Flux sortant 2019	
Soins de base	Paquet de base	936	912	922	978		18,9%	
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	14	27	23	16		55,2%	
	Oto-rhino-laryngologie	163	133	157	165		46,5%	
	Neurochirurgie	52	52	44	72		100,0%	
	Neurologie	149	151	153	120		36,8%	
	Ophthalmologie	72	73	95	75		96,2%	
Organes internes	Endocrinologie	10	10	10	17		18,9%	
	Gastroentérologie	87	113	82	85		30,1%	
	Chirurgie viscérale	97	116	94	109		53,4%	
	Hématologie	79	66	92	97		45,1%	
	Vaisseaux	163	161	160	166		92,2%	
	Cœur	447	444	397	360		85,5%	
	Néphrologie	12	11	14	17		28,8%	
	Urologie	169	167	181	152		33,6%	
	Pneumologie	80	75	88	91		31,7%	
	Chirurgie thoracique	20	26	42	43		100,0%	
	Transplantations d'organes solides	10	5	9	5		100,0%	
	Appareil locomoteur	Orthopédie	730	765	757	736		60,4%
		Rhumatologie	19	13	11	10		20,0%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	162	155	159	160		63,5%	
	Obstétrique	152	162	118	141		17,8%	
	Nouveau-nés	115	126	93	100		15,0%	
Autres	(Radio-)oncologie	99	128	66	108		87,1%	
	Traumatismes graves	8	22	15	18		54,5%	
Total	Total	3 845	3 913	3 782	3 841		33,6%	

Remarque: le flux sortant indique la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton du JU mais hospitalisés hors canton. Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

En 2019, le flux sortant de patients jurassiens a été de 3841 cas, correspondant à 33.6% de l'ensemble de l'activité somatique aigüe. Les groupes de prestations paquet de base (978 cas, 25.4% des hospitalisations extracantonales), orthopédie (736 cas, 19.2%), cœur (360 cas, 9.4%), vaisseaux (166 cas, 4.3%), oto-rhino-laryngologie (165 cas, 4.3%), gynécologie (160 cas, 4.2%), urologie (152 cas, 4.0%) et obstétrique (141 cas, 3.7%) ont contribué à hauteur de 2858 cas, soit 74.4% de l'ensemble des hospitalisations extracantonales. Le pourcentage de flux sortant par DPPH donne une indication des domaines pour lesquels la provision des soins somatiques aigus en stationnaire est uniquement ou essentiellement extracantonale (neurologie, chirurgie thoracique, transplantation d'organes solides, ophtalmologie, vaisseaux, radio-oncologie).

3.4.3 Flux entrants

Les entrées et flux entrants dans le Canton du Jura sont résumés par DPPH, canton de provenance et institution de séjour dans les trois tableaux ci-dessous.

Les flux entrants par DPPH des patients hors canton hospitalisés à l'H-JU en soins somatiques aigus en 2019 ne représentent que le 5.5% de l'ensemble de l'activité en soins somatiques aigus de l'H-JU alors qu'il représente le 24% de l'ensemble de l'activité de la Maison de naissance Les Cigognes. Le tableau ci-dessous présente par DPPH les cas hors cantons hospitalisés à l'H-JU. Presque la moitié des cas ont concerné des hospitalisations de soins de base alors qu'environ 30% ont été des cas d'obstétrique et des nouveau-nés. L'origine des patients hors canton hospitalisés entre 2017 et 2019 à l'H-JU est précisée dans le tableau X. Les patients résidant dans le Canton de Berne n= 270 (62%) ainsi que ceux résidents à l'étranger n=42 (10%) étant les deux origines principales.

Tableau 14 Entrées et flux entrants dans le Canton du Jura, soins aigus par DPPH, 2016-2019

Grands domaines	DPPH	2016	2017	2018	2019	Trend	% Flux entrants 2019
Soins de base	Paquet de base	194	200	218	211		4,8%
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie		3	1	1		* *
	Oto-rhino-laryngologie	21	13	15	23		10,8%
	Neurochirurgie						* *
	Neurologie	16	12	10	7		3,3%
	Ophthalmologie	2					* *
Organes internes	Endocrinologie				3		3,9%
	Gastroentérologie	6	6	5	9		4,4%
	Chirurgie viscérale	2	2	2	1		1,0%
	Hématologie	1	3	3	7		5,6%
	Vaisseaux						* *
	Cœur	1	2	1			0,0%
	Néphrologie						0,0%
	Urologie	19	23	25	9		2,9%
	Pneumologie	3	3	5	7		3,4%
	Chirurgie thoracique						* *
	Transplantations d'organes solides						*
Appareil locomoteur	Orthopédie	10	2	8	10		2,0%
	Rhumatologie		2	1	1		2,4%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	10	10	6	10		9,8%
	Obstétrique	90	85	73	69		9,6%
	Nouveau-nés	77	76	55	64		10,1%
Autres	(Radio-)oncologie	2	1				* *
	Traumatismes graves		1	1	5		25,0%
Total	Total	454	444	429	437		5,5%

Remarques: Les flux entrants décrivent la part de patients hors canton dans l'ensemble des patients traités dans les hôpitaux du canton. Pour les DPPH enregistrant moins de 20 cas dans les hôpitaux du canton, les flux entrants ne sont pas représentés (*). Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Tableau 15 Entrées dans le Canton du JU selon le canton de domicile du patient, soins aigus, 2017-2019

Provenance	2017	2018	2019	Trend	CAGR	Part 2019
BE	284	239	270		-2%	62%
Etranger	61	62	42		-17%	10%
NE	15	21	21		+18%	5%
VD	12	15	17		+19%	4%
BL	14	5	17		+10%	4%
ZH	5	9	12		+55%	3%
BS	11	13	10		-5%	2%
GE	5	12	10		+41%	2%
FR	11	15	10		-5%	2%
VS	10	16	9		-5%	2%
SO	5	8	8		+26%	2%
Autres	11	14	11		+0%	3%
Total	444	429	437		-1%	100%

Remarque: indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - MS, KS

© Obsan 2021

Tableau 16 Entrées et flux entrants dans le Canton du Jura, selon l'hôpital et la provenance du patient, soins aigus, 2019

Hôpital	Flux entrants	Provenance						Part 2019					
		BE	BL	NE	VD	Etranger	Autres	BE	BL	NE	VD	Etranger	Autres
Total	5%	270	17	21	17	42	70	62%	4%	5%	4%	10%	16%
Hôpital du Jura (H-JU) - Delémont	5%	255	15	19	15	40	64	63%	4%	5%	4%	10%	16%
Hôpital du Jura (H-JU) - Porrentruy	4%	7	2		2	2	4	41%	12%	0%	12%	12%	24%
Hôpital du Jura (H-JU) - Saignelégier	* *	0	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Maison de naissance Les Cigognes	24%	8	0	2	0	0	0	80%	0%	20%	0%	0%	0%

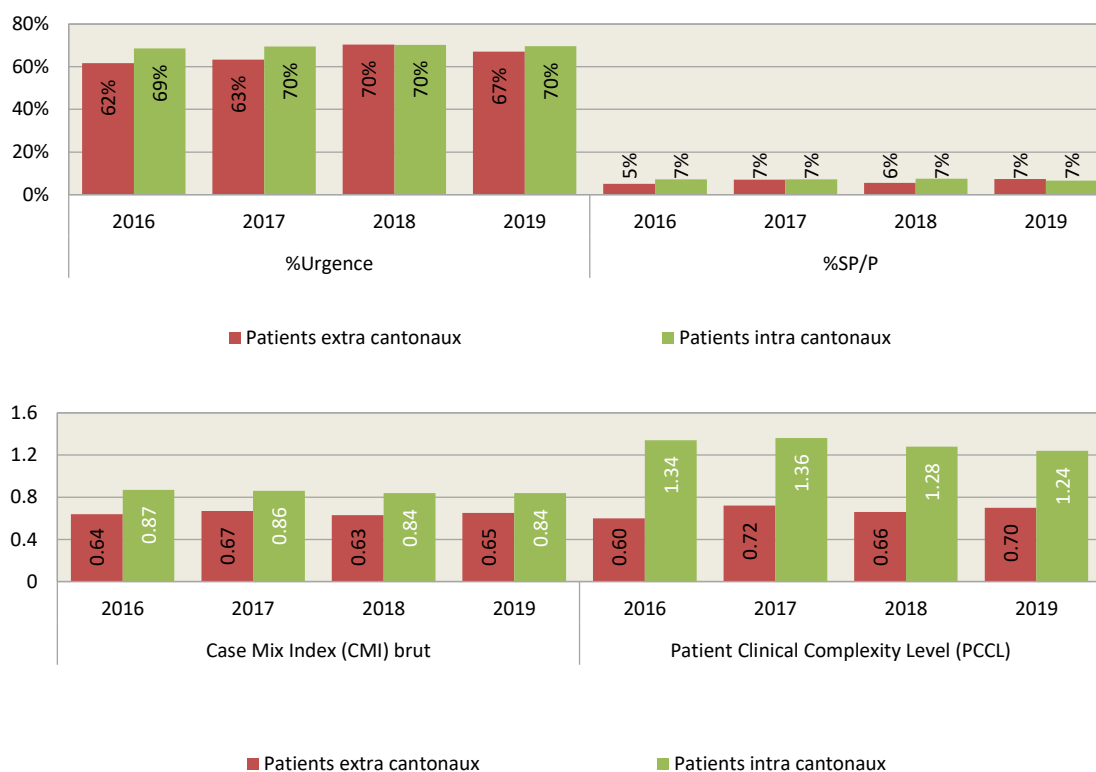
Remarques: Les flux de patients montrent l'importance de la part de patients extra cantonaux par hôpital. Lorsque le nombre de cas de l'hôpital est inférieur à 30, le flux n'est pas représenté. Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

© Obsan 2021

Quant aux chiffres clé des patients extracantonaux par rapport aux intercantonaux hospitalisés auprès de l'H-JU, il est à relever que les patients extracantonaux hospitalisés en soins somatique aigus ont clairement un CMI brut et un niveau de complexité clinique bien inférieur à ceux des patients intracantonaux, étant en 2019 respectivement 0.65 vs 0.84 (CMI) et 0.70 vs 1.24 (PCCL).

Tableau 17 Chiffres-clés des patients extracantonaux et intracantonaux dans les hôpitaux du Canton du Jura, soins aigus, 2017-2019



Ø CMI: Indice moyen du case mix (CMI)

%Urgence: Part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS

%SP/P: Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé

Remarque: indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - MS, KS

© Obsan 2021

4 Projections des besoins en soins somatiques aigus

Dans ce chapitre sont présentées les projections des besoins en soins somatiques aigus en terme de nombre de cas par DPPH. Les spécificités pour la planification, soit la gériatrie aigue et les soins palliatifs aigus, sont traités dans deux sous chapitres séparés.

4.1 Soins somatiques

Les besoins futurs dans les soins somatiques aigus stationnaires en terme de nombre de cas nécessitant une hospitalisation depuis 2019 (année des données d'activité stationnaire de référence) jusqu'en 2030 ont été estimés d'après le modèle Obsan qui intègre les facteurs d'influence et les trois scénarios (min, moyen, max) selon les paramétrages appliqués dans le modèle (cf. présentation détaillée aux chapitres 3.1.4 et 3.1.5).

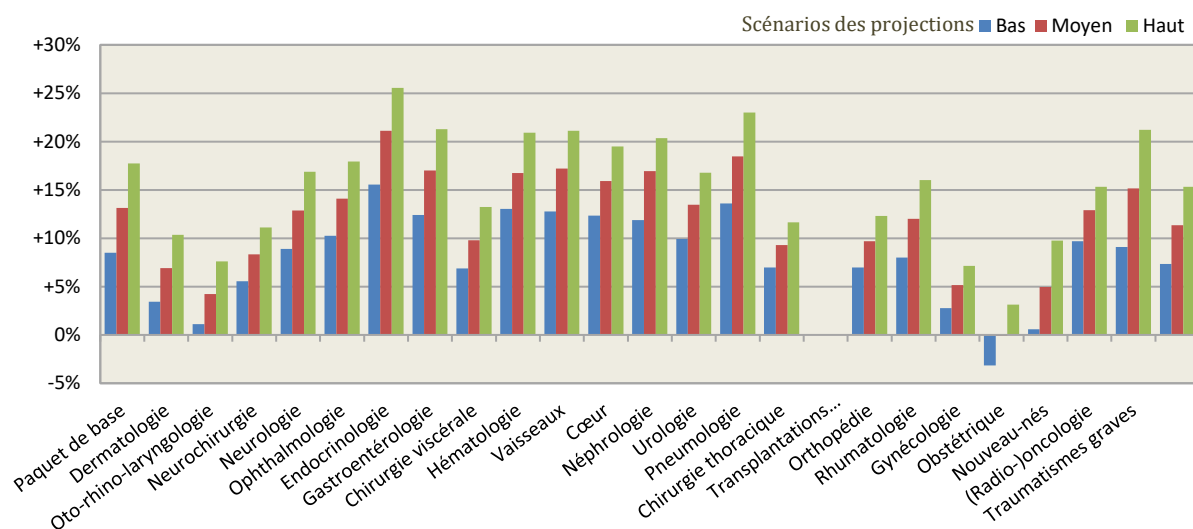
Dans les tableaux et figures des pages suivantes sont présentés les effets de chaque facteur d'influence séparément. Enfin sont présentées les projections par DPPH des cas hospitalisés à l'horizon 2030 pour les scénarios, min, moyen et max selon les paramétrages précisés au chapitre 3.1.5.

Tableau 18 Effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2030

Domaine	DPPH	Référence	Min		Moyen		Max		
		2019	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	
Soins de base	Paquet de base	5'182	5'623	+9%	5'862	+13%	6'101	+18%	
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	29	30	+3%	31	+7%	32	+10%	
	Oto-rhino-laryngologie	355	359	+1%	370	+4%	382	+8%	
	Neurochirurgie	72	76	+6%	78	+8%	80	+11%	
	Neurologie	326	355	+9%	368	+13%	381	+17%	
	Ophthalmologie	78	86	+10%	89	+14%	92	+18%	
Organes internes	Endocrinologie	90	104	+16%	109	+21%	113	+26%	
	Gastroentérologie	282	317	+12%	330	+17%	342	+21%	
	Chirurgie viscérale	204	218	+7%	224	+10%	231	+13%	
	Hématologie	215	243	+13%	251	+17%	260	+21%	
	Vaisseaux	180	203	+13%	211	+17%	218	+21%	
	Cœur	421	473	+12%	488	+16%	503	+19%	
	Néphrologie	59	66	+12%	69	+17%	71	+20%	
	Urologie	453	498	+10%	514	+13%	529	+17%	
	Pneumologie	287	326	+14%	340	+18%	353	+23%	
	Chirurgie thoracique	43	46	+7%	47	+9%	48	+12%	
	Transplantations d'organes :	5	5	0%	5	0%	5	0%	
	Appareil locomoteur	Orthopédie	1'219	1'304	+7%	1'337	+10%	1'369	+12%
		Rhumatologie	50	54	+8%	56	+12%	58	+16%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	252	259	+3%	265	+5%	270	+7%	
	Obstétrique	794	769	-3%	793	-0%	819	+3%	
	Nouveau-nés	667	671	+1%	700	+5%	732	+10%	
Autres	(Radio)-oncologie	124	136	+10%	140	+13%	143	+15%	
	Traumatismes graves	33	36	+9%	38	+15%	40	+21%	
Total		11'420	12'258	+7%	12'715	+11%	13'171	+15%	

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

Tableau 19 Evolution cas projetés par DPPH et scénarios des projections, effet démographique, 2019-2030



Les projections à l'horizon 2030 pour les scénarios min et max montrent que l'effet de l'évolution démographique à lui seul serait responsable d'une augmentation des nombres de cas, en moyenne, entre 7% et 15%. Il est à relever qu'au même horizon les DPPH Oto-rhino-laryngologie et Gynécologie n'auraient qu'une augmentation de cas au mieux correspondante à l'évolution démographique minimale, alors que pour l'obstétrique et les nouveaux-nés une diminution de cas est attendue. Globalement, dans tous les scénarios, le nombre de cas par DPPH, quoique hétérogène, augmenterait bien plus que l'évolution démographique. Cela trouve une explication dans l'augmentation plus prononcée de la population dans les groupes d'âge >65 ans (+17.9%) par rapport à l'augmentation moyenne de la population à l'horizon 2030 (+3,7%).

Tableau 20 Effet des facteurs médico-techniques et autres sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2030

Domaine	DPPH	Référence	Min		Moyen		Max	
		2019	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)
Appareil locomoteur	Orthopédie	1'219	1'219	0.0%	1'251	+2.6%	1'267	+3.9%
Total	Total	11'420	11'420	0.0%	11'452	+0.3%	11'468	+0.4%

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

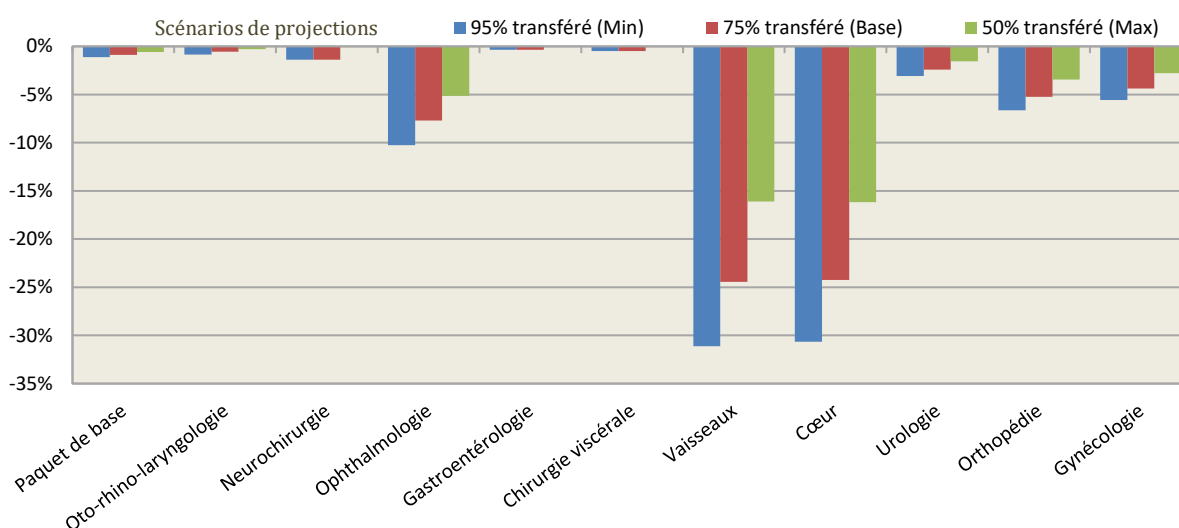
Les effets médico-techniques et autres ont un effet qui a été estimé être limité au domaine de l'orthopédie où des augmentations d'interventions des révisions de la hanche et du genou sont attendues. Les facteurs médico-techniques n'augmenteraient que de +0.3 à +0.4 % le nombre totaux de cas hospitalisés en soins somatiques aigus.

Tableau 21 Effet isolé du transfert vers l'ambulatoire sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2030⁶³

		Référence	95% transféré (Min)		75% transféré (Moyen)		50% transféré (Max)	
Domaine	DPPH	2019	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)
Soins de base	Paquet de base	5'182	5'124	-1.1%	5'136	-0.9%	5'152	-0.6%
Système nerveux et organes des sens	Oto-rhino-laryngologie	355	352	-0.8%	353	-0.6%	354	-0.3%
	Neurochirurgie	72	71	-1.4%	71	-1.4%	72	0.0%
	Ophthalmologie	78	70	-10.3%	72	-7.7%	74	-5.1%
Organes internes	Gastroentérologie	282	281	-0.4%	281	-0.4%	282	0.0%
	Chirurgie viscérale	204	203	-0.5%	203	-0.5%	204	0.0%
	Vaisseaux	180	124	-31.1%	136	-24.4%	151	-16.1%
	Cœur	421	292	-30.6%	319	-24.2%	353	-16.2%
	Urologie	453	439	-3.1%	442	-2.4%	446	-1.5%
Appareil	Orthopédie	1'219	1'138	-6.6%	1'155	-5.3%	1'177	-3.4%
Gynécologie &	Gynécologie	252	238	-5.6%	241	-4.4%	245	-2.8%
Total		11'420	11'054	-3.2%	11'131	-2.5%	11'228	-1.7%

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

Figure 14 Evolution projetée des hospitalisations par domaine, variation % effet AVOS, 2019-2025



L'effet du transfert vers l'ambulatoire (AVOS) intègre l'hypothèse que le taux de transfert vers le secteur ambulatoire des interventions (codes CHOP) de la liste AVOS valable en 2019 pourra être atteint d'ici 2025. Le taux de transfert vers l'ambulatoire paramétré dans le modèle est de 95%, 75% et 50% respectivement pour les scénarios min, base et max. Après 2025, le modèle considère que le taux de transfert est atteint. Ainsi, dès 2026 le nombre de cas transférés vers l'ambulatoire accroît uniquement d'après l'augmentation des cas par DPPH en raison de l'évolution démographique (scénario moyen de l'OFS).

De ce fait, si le dispositif AVOS évoluera comme attendu favorisant plus de transferts de prestations stationnaires vers l'ambulatoire, la projection du scénario min sera plus susceptible de correspondre à la réalité du potentiel de cas de transferts vers l'ambulatoire en 2030. Le scénario de base (moyen) représente une projection plus conservatrice. Gardant comme référence la liste AVOS en vigueur en 2019, les domaines qui bénéficieront le plus d'un transfert de cas vers l'ambulatoire sont, en ordre décroissant, vaisseaux, cœur, ophtalmologie et gynécologie & obstétrique.

⁶³ Remarque: l'objectif pour atteindre le potentiel de transfert étant 2025, il est identique de considérer 2025, 2030 ou 2035 pour analyser l'effet isolé.

Tableau 22 Effet de la convergence vers les taux suisses sur les hospitalisations projetées selon le scénario min et par DPPH, 2019-2025-2030

Domaine	DPPH	Référence	Convergence de 50% (Min)		Convergence de 50% (Min)		
		2019	2025	Δ (%)	2030	Δ (%)	
Soins de base	Paquet de base	5'182	5'294	+2%	5'450	+5%	
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	29	32	+10%	35	+21%	
	Oto-rhino-laryngologie	355	356	+0%	357	+1%	
	Neurochirurgie	72	73	+1%	74	+3%	
	Neurologie	326	336	+3%	351	+8%	
	Ophthalmologie	78	89	+14%	100	+28%	
Organes internes	Endocrinologie	90	94	+4%	99	+10%	
	Gastroentérologie	282	312	+11%	344	+22%	
	Chirurgie viscérale	204	218	+7%	230	+13%	
	Hématologie	215	219	+2%	221	+3%	
	Vaisseaux	180	194	+8%	208	+16%	
	Cœur	421	475	+13%	523	+24%	
	Néphrologie	59	63	+7%	66	+12%	
	Urologie	453	502	+11%	542	+20%	
	Pneumologie	287	296	+3%	305	+6%	
	Chirurgie thoracique	43	43	0%	42	-2%	
	Transplantations d'organes	5	5	0%	5	0%	
	Appareil locomoteur	Orthopédie	1'219	1'296	+6%	1'354	+11%
		Rhumatologie	50	51	+2%	53	+6%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	252	265	+5%	278	+10%	
	Obstétrique	794	799	+1%	768	-3%	
	Nouveau-nés	667	699	+5%	705	+6%	
Autres	(Radio-)oncologie	124	128	+3%	129	+4%	
	Traumatismes graves	33	31	-6%	34	+3%	
Total		11'420	11'870	+3.9%	12'273	+7.5%	

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

L'effet isolé de la convergence à hauteur de 50% des taux d'hospitalisation suisse comporterait une diminution de 442 cas, soit -3.5% de l'ensemble des cas d'hospitalisation somatique aigus projetés à l'horizon 2030.

Tableau 23 Réduction des nombres de cas hospitalisés selon scénario démographique moyen imputable à la seule convergence à 50% des taux moyens d'hospitalisations suisses à l'horizon 2030

			2019	2030
Scénario min	Cas projetés scénario démographique moyen avec uniquement l'effet de la convergence	Sum	11 420	12 273
	Effet isolé de la convergence	Sum	0	- 442

Source: OFS - MS, STATPOP, Scénarios démographiques

Parameter zum Ausmass der Konvergenz nach Prognoseszenario (min): (0.5)

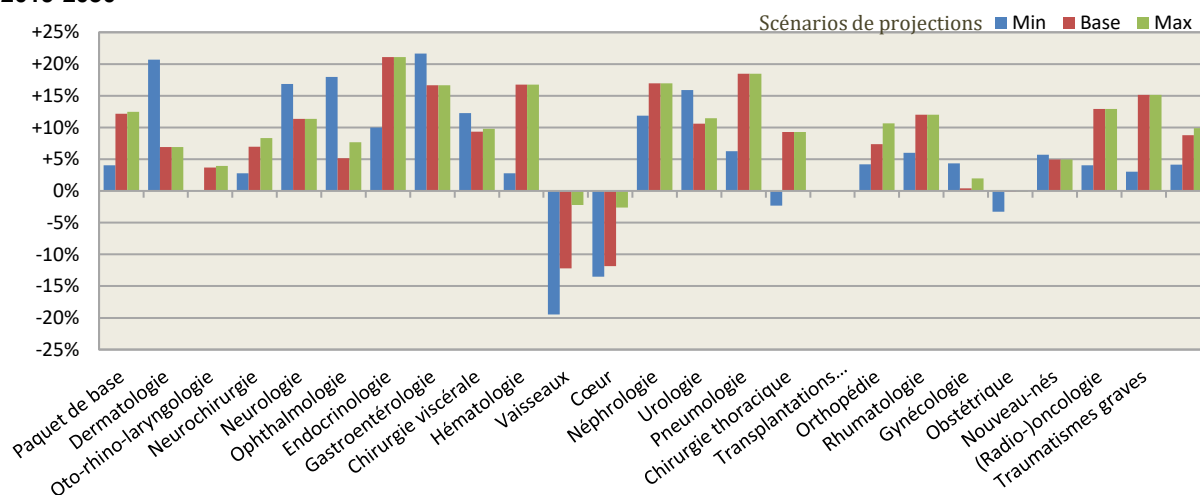
Parameter bzgl. Konvergenz zu CH-Rate wegen zu kleiner Fallzahl in der Analyseregion ('minHOSPcanton')=0

Tableau 24 Hospitalisations projetées selon les trois scénarios et par DPPH, 2019-2030

Domaine	DPPH	Référence	Min		Moyen		Max		
		2019	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	2030	Δ (%)	
Soins de base	Paquet de base	5'182	5'390	+4%	5'811	+12%	5'828	+12%	
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie	29	35	+21%	31	+7%	31	+7%	
	Oto-rhino-laryngologie	355	355	0%	368	+4%	369	+4%	
	Neurochirurgie	72	74	+3%	77	+7%	78	+8%	
	Neurologie	326	381	+17%	363	+11%	363	+11%	
	Ophthalmologie	78	92	+18%	82	+5%	84	+8%	
Organes internes	Endocrinologie	90	99	+10%	109	+21%	109	+21%	
	Gastroentérologie	282	343	+22%	329	+17%	329	+17%	
	Chirurgie viscérale	204	229	+12%	223	+9%	224	+10%	
	Hématologie	215	221	+3%	251	+17%	251	+17%	
	Vaisseaux	180	145	-19%	158	-12%	176	-2%	
	Cœur	421	364	-14%	371	-12%	410	-3%	
	Néphrologie	59	66	+12%	69	+17%	69	+17%	
	Urologie	453	525	+16%	501	+11%	505	+11%	
	Pneumologie	287	305	+6%	340	+18%	340	+18%	
	Chirurgie thoracique	43	42	-2%	47	+9%	47	+9%	
	Transplantations d'organes solides	5	5	0%	5	0%	5	0%	
	Appareil locomoteur	Orthopédie	1'219	1'270	+4%	1'309	+7%	1'349	+11%
		Rhumatologie	50	53	+6%	56	+12%	56	+12%
Gynécologie & obstétrique	Gynécologie	252	263	+4%	253	+0%	257	+2%	
	Obstétrique	794	768	-3%	793	-0%	793	-0%	
	Nouveau-nés	667	705	+6%	700	+5%	700	+5%	
Autres	(Radio-)oncologie	124	129	+4%	140	+13%	140	+13%	
	Traumatismes graves	33	34	+3%	38	+15%	38	+15%	
Total		11'420	11'893	+4%	12'425	+9%	12'551	+10%	

Source: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique des hôpitaux (KS)

Figure 15 Représentation graphique des hospitalisations projetées selon les trois scénarios et par DPPH, 2019-2030



Le scénario de référence pour les projections des besoins du Canton du Jura est celui qui considère un effet des facteurs épidémiologiques, médico-techniques et autres moyens, un effet du transfert vers l'ambulatoire sur les hospitalisations de 75%, combiné avec le scénario d'évolution démographique moyen (base).

Dans ce scénario, on observe qu'une augmentation de 1005 cas d'hospitalisations (+9%) est prévue pour 2030 pour le paquet de base .

Pour les soins spécialisés, les projections indiquent que pour la plupart des domaines de prestations, le nombre de cas hospitalisés devrait augmenter. Cependant, l'augmentation

serait hétérogène. Les augmentations plus importantes pourraient être observées dans les domaines de l'endocrinologie, de la gastroentérologie, de l'hématologie, de la néphrologie et de la pneumologie.

Globalement, l'évolution démographique combinée avec l'augmentation du pourcentage de résidents jurassiens âgées >65 ans comportera une augmentation des cas d'hospitalisations (et de la DMS) bien supérieure à la croissance démographique. Cette augmentation hétérogène dans les domaines de prestations reflète la prévalence des multipathologies et de la complexité de leur prise en charge dans la population plus âgée.

Il est à relever que l'augmentation des besoins en soins somatiques aigus pourrait être partiellement compensée par une convergence de 50% des taux d'hospitalisation vers les moyennes des taux suisses (pas prise en compte dans le scénario de référence des projections du Canton du Jura). Cette compensation pourrait comporter une réduction allant jusqu'à 442 cas, dont environ la majorité dans les soins de base. Cela correspondrait, globalement, à une réduction d'environ un tiers des cas additionnels qui nécessiteraient une hospitalisation en 2030 par rapport à 2019.

4.1.1 Gériatrie aigüe

Comme développé plus haut, les besoins dans cette discipline ne peuvent que modestement être extrapolés des chiffres fournis par l'OBSAN en suivant l'évolution démographique des personnes de plus de 75 ans. Dans un monde parfait, tous les patients de plus de 75 ans nécessitant une hospitalisation devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire gériatrique. Le principal facteur limitant sera bien évidemment le nombre de médecins gériatres formés et disponibles pour assister les prises en charge des patients hospitalisés entrant dans la catégorie gériatrique indépendamment du motif d'admission principal. En raison de l'évolution démographique de la population dans le groupe d'âge 75+ ans (+30.2%), sur la base des cas extrapolés des chiffres de 2019, 508 cas nécessiteront une hospitalisation en gériatrie aigüe à l'horizon 2030.

4.1.2 Soins palliatifs

L'offre en soins palliatifs spécialisés a progressivement évoluée et la prise en charge qui n'était à l'origine possible que dans des centres de soins spécialisés régionaux est désormais de plus en plus offerte dans les hôpitaux cantonaux. Cela pose un défi en termes de respect du critère de garantir la présence dans chaque institution d'un médecin spécialisé en soins palliatifs. Actuellement, environ 120 médecins détiennent la spécialisation en soins palliatifs en Suisse. La majorité des médecins ont obtenu cette spécialisation en Suisse allemande. Ainsi, une pénurie de médecins avec la spécialisation en soins palliatifs est observée dans toute la Suisse romande.

4.1.2.1 Analyse des besoins futurs (2030)

Selon l'EAPC, 80 à 100 lits par 1 million d'habitants⁶⁴ doivent être mis à disposition pour les soins palliatifs spécialisés. Pour le Canton du Jura, avec ces 73'547 habitants en 2019, cela représenterait 6 à 7 lits. En raison l'évolution démographique de la population dans le groupe d'âge 65+ (+21.2%), le nombre de cas nécessitant une hospitalisation en unité de soins palliatifs spécialisés a été projeté à 82, ainsi, maximum 8 lits en soins palliatifs sera nécessaire à la population jurassienne en 2030. Actuellement, 10 lits sont réservés aux soins palliatifs spécialisés au sein de l'H-JU.

Comme précisé, il ne s'agit ici que des patients nécessitant une structure spécialisée en soins palliatifs (patients du groupe B).

De manière générale, les soins palliatifs touchent une part non négligeable de la population et un nombre important de patients hospitalisés en soins aigus ou en réadaptation auront besoin de soins palliatifs en complément à leur prise en charge hospitalière.

Les services de soins aigus ou de réadaptation concernés doivent avoir les ressources adéquates pour prodiguer des soins palliatifs au patient et/ou ils pourront faire appel à une équipe mobile en soins palliatifs, comme c'est le cas dans la région BEJUNE avec l'équipe mobile en soins palliatifs BEJUNE qui dispose d'une antenne dans les trois cantons.

⁶⁴ https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_FR.pdf

5 Conclusion et perspective

Le présent rapport permet de mettre en lumière les prestations pour lesquelles la population jurassienne a été hospitalisée dans le domaine des soins somatiques aigus en 2019, la part de marché des institutions inscrites sur la liste hospitalière et de celles qui ne le sont pas. Partant de l'offre existante en 2019 il a été possible de déterminer quelle devrait être l'évolution des besoins en soins somatiques aigus jusqu'en 2030 pour la population jurassienne à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Pour y parvenir, le Canton a procédé à une évaluation prospective des besoins en se basant sur le modèle de projection de l'Obsan. Cette dernière tient compte de l'évolution démographique, épidémiologique, technologique et économique, ainsi que de la substitution entre prises en charge ambulatoire et stationnaire.

Les éléments essentiels impactant le plus les besoins en soins somatiques aigus sont l'évolution de la démographie jurassienne et la convergence des taux d'hospitalisations à ceux de la moyenne Suisse. Concernant l'évolution démographique (sans prise en compte de l'effet de l'excès de mortalité et réduction de longévité en raison du COVID) on constate en effet que, comme en 2015, d'une part, la croissance démographique sera faible correspondant à la moitié de la croissance moyenne Suisse et que, d'autre part, un vieillissement marqué de la population est attendu. Avec l'importance grandissante des maladies chroniques, le vieillissement a un impact important sur les besoins en soins prévus en 2030. Une partie de l'augmentation des besoins projetés pourrait être compensée s'il y avait une convergence des taux d'hospitalisations des patients jurassiens vers ceux de la moyenne Suisse.

Les résultats montrent que la part des prestations incluses dans le paquet de base (PB) représente 45.4% des prestations en soins somatiques aigus en 2019. Les besoins de ce groupe devraient augmenter de 12.0% (n=629) d'ici 2030. Globalement, tous les besoins (PB et soins spécialisés) augmenteraient de 9% (n=1005).

Une convergence vers le taux d'hospitalisations moyen suisse permettrait de compenser l'augmentation des cas hospitalisés en soins somatiques aigus d'environ 44% (jusqu'à - 442 cas). Dans les soins spécialisés, cette réduction serait néanmoins hétérogène avec des diminutions de cas dans certains domaines pratiquement compensés par des augmentations dans d'autres, où les taux d'hospitalisations jurassiens sont inférieurs aux taux moyens suisses. La plupart des diminutions des cas seraient attribuées au paquet de base (n= - 412). Néanmoins, cette réduction de cas demeure hypothétique du fait que les causes sous-jacentes à la différence des taux d'hospitalisation jurassiens par rapport à ceux de la moyenne suisse n'ont pas été établies. Dès lors, des mesures et objectifs de réduction de certains taux d'hospitalisations jurassiens ne peuvent pas, à ce stade, être envisagées.

Les augmentations des besoins en soins somatiques aigus observées dans certains DPPH, notamment en endocrinologie, gastroentérologie, hématologie et néphrologie, sont essentiellement attribuables au vieillissement de la population. Cet impact comporte, pour ces prestations, une augmentation du besoin en soins qui serait multipliée par un facteur 5 par rapport à l'accroissement démographique de prévu pour 2030 (scénario moyen du OFS) qui devrait être de 3.7%.

A contrario, comme lors des projections pour 2020, une tendance inverse est observée dans les prestations spécialisées en gynéco-obstétrique et nouveau-nés qui maintiendraient le même nombre de cas malgré l'accroissement moyen de prévu de la population.

Par ailleurs, les durées moyennes de séjour des hospitalisations en soins somatiques aigus devraient pouvoir encore diminuer et converger vers la DMS suisse.

Concernant l'hospitalisation extracantonale, du fait que le paquet de base (PB) en 2015 avait été attribué à l'H-JU, l'essentiel des prestations extracantonales, 88.1%, sont celles spécialisées alors qu'uniquement 11.9% concernent le paquet de base. Une partie des prestations de soins spécialisés⁶⁵ extracantonales sont à attribuer à des transferts de l'H-JU vers l'USB dans le cadre de la convention H-JU USB (outil de tri) ou à la proximité spatiale d'établissements non-inscrits sur la liste hospitalière de la RCJU qui prennent en charge les patients domiciliés dans le Canton du Jura. Cependant, l'essentiel des prises en charge est garanti par l'USB. Quant aux prestations PB extracantonales, elles intègrent des prestations dans des établissements qui ne sont pas sur la liste hospitalière de la RCJU mais qui, aussi du fait de la proximité aux patients, sont leur premier choix. En outre, il y a également un effet dû au libre choix de l'établissement de soins garanti au patient sous réserve de limitation de la prise en charge des frais d'hospitalisation au tarif jurassien.

Dans la suite du projet de planification, il est prévu de se baser sur les prévisions des besoins en soins pour 2030 contenues dans le présent rapport pour évaluer l'offre en soins suite à l'appel d'offres et conclure des mandats de prestations avec des établissements hospitaliers jurassiens ou d'autres cantons selon les critères d'attribution qui seront établis. Enfin, les établissements ayant reçu un mandat de prestations seront inclus dans la liste hospitalière du Canton du Jura. L'entrée en vigueur de l'ensemble de la planification hospitalière est prévue pour le 1^{er} janvier 2023.

⁶⁵ Selon convention H-JU USB : HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO2, GEF1, GEF3, KAR1, KAR3, PNE1, PNE1.1, PNE1.3, GYN2, ONK1

Glossaire

CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^{ème} révision
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CSA	Commission de la santé (Parlement jurassien)
CSP	Conseil de la santé publique
DRG	Diagnosis Related Groups
DMS	Durée moyenne de séjour
DES	Département de l'économie et de la santé publique
DSZH	Département de la santé du Canton de Zurich (en allemand : Gesundheitsdirektion Kanton Zürich)
GPPH	Groupe de Prestations pour la Planification Hospitalière (en allemand SPLG : Spitalplanungs-Leistungsgruppen)
H+	Association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés
H-JU	Hôpital du Jura
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LEH	Loi sur les établissements hospitaliers
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OCP	Ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
PMS	Planification Médico-Sociale
SDT	Service du développement territorial
SSA	Service de la santé publique du Canton du Jura
TARMED	Système tarifaire des prestations, valable pour toutes les prestations médicales ambulatoires dans les hôpitaux et dans les cabinets médicaux

Bibliographie

ASI, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées, Financement des soins : Points de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Berne / Zurich, 2004.

Canton du Jura, Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011, RSJU 810.11

Canton du Jura, Planification médico-sociale du 25 octobre 2011

Canton du Jura, arrêté du 24 mars 2010 portant modification du plan hospitalier

Canton du Jura, arrêté du 18 février 2009 portant modification du plan hospitalier

Canton du Jura, Arrêté du 23 novembre 2005 portant modification du plan hospitalier

Canton du Jura, Plan hospitalier du 26 juin 2002

Canton du Jura, Plan sanitaire jurassien du 9 décembre 1998

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007,

http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f.pdf,

Berne, 2009.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Instruments pour

la mise en oeuvre de la planification hospitalière 2012, [http://www.gdk-](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/NZ_Leistungsgruppen_201215_f.pdf)

[cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/NZ_Leistungsgruppen_201215_f.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/NZ_Leistungsgruppen_201215_f.pdf), Berne, 2011.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 11.2018. Version révisée des recommandations

adoptée par le comité directeur de laCDS le 14.05.2009, approuvée par l'assemblée plénière de la CDS du 25.5.2018.

<https://www.gdk->

[cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_de_f_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_de_f_f.pdf)

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013-2015 : Bilan de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010-2012 et actions requises de 2013 -2015

GDZH (2021), Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. www.gd.zh.ch

Hess, S., Eichler, K. & Brügger, U. (2009), Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Rahmen der stationären Spitalplanung der Kantone Bern und Zürich. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). www.gd.zh.ch

Hess, S., Eichler, K. & Twerenbold, C. (2016), Gutachten zur Entwicklung der Medizintechnik 2015 bis 2025: Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Leistungsmengen im Bereich der stationären Akutsomatik Rahmen der stationären Spitalplanung des Kantons Zürich. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). www.gd.zh.ch

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, RS 832.10

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie, Rapport du conseil fédéral en réponse au postulat 18.3384 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS.CE) du 26 avril 2018.

Office fédéral de la santé publique, Académie Suisse des Sciences Médicales, Planification anticipée concernant la santé : Proposition de mise en œuvre 10.03.2021. https://www.plateforme-soinspalliatifs.ch/sites/default/files/work/files/GVP_F_Concept_mise_en_oeuvre.pdf

Office fédéral de la statistique (OFS), Les scénarios de l'évolution de la population Suisse et des cantons 2020-2050, Neuchâtel 2020.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.assetdetail.14963222.html>

Office fédéral de la statistique (OFS), Statistique médicale des hôpitaux

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 Juin 1995, RS832.102

Tribunal administratif fédéral, Jugement du 7 juin 2012 (C-325/2010), Cliniques privées contre le Conseil exécutif du Canton de Berne.

Table des illustrations : Figures

Figure 1 Procédure de la planification hospitalière	3
Figure 2 Phases de la nouvelle planification hospitalière des soins somatiques aigus	11
Figure 3 : Modèle de projection des besoins de l'Obsan pour les soins hospitaliers aigus	17
Figure 4 Population par commune du Canton du Jura en 2019	19
Figure 5 Population jurassienne et suisse par groupe d'âge et par sexe, 2019-2030	21
Figure 6 Taux total d'hospitalisation par 1'000 habitants année 2019, Canton du Jura	24
Figure 7 Taux d'hospitalisations par sexe et groupe d'âges, 2019	25
Figure 8 Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus Suisses, détail Canton du Jura 2019	26
Figure 9 Hospitalisations en gériatrie aigüe en 2019	30
Figure 10 Hospitalisations en gériatrie par GPPH année 2019	31
Figure 11 Indice d'exportation par Canton, soins aigus, 2017-2019	34
Figure 12 Flux net pour le Canton du Jura, soins aigus par DPPH, 2019	34
Figure 13 Chiffres-clés des patients domiciliés dans le Canton du Jura hospitalisés hors canton et dans leur canton, soins aigus, 2017-2019	35
Figure 14 Evolution projetée des hospitalisations par domaine, variation % effet AVOS, 2019-2025	42
Figure 15 Représentation graphique des hospitalisations projetées selon les trois scénarios et par DPPH, 2019-2030	44

Table des illustrations : Tableaux

Tableau 1 Evolution du nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus entre 2019 et 2030.....	4
Tableau 2 Evolution démographique du Canton du Jura entre 2019 et 2030	5
Tableau 3 Projection consolidée des hospitalisations par domaine de prestations pour la planification hospitalière (DPPH) 2019-2030.....	5
Tableau 4 Domaines de prestation pour la planification hospitalière (DPPH)	15
Tableau 5 Scénarios de l'évolution de la population jurassienne 2020-2050	20
Tableau 6 Population résidente permanente et projections démographiques 2016-2030 Canton du Jura.....	21
Tableau 7 Taux de croissance de la population jurassienne et suisse par groupe d'âge, 2019-2030 .	22
Tableau 8 Facteurs médico-techniques	22
Tableau 9 Nombre de cas AVOS et potentiel de transfert, Canton du JU 2019.....	23
Tableau 10 Paramètres des hypothèses du modèle de projection de l'Obsan.....	27
Tableau 11 Répartition par DPPH des prestations de base et spécialisées en soins somatiques aigus entre 2015 et 2019 pour les patients jurassiens, exclus CIMHS.....	29
Tableau 12 Indicateurs de flux de patients en soins aigus, Canton du Jura, 2016-2019	33
Tableau 14 Séjours hors canton de patients domiciliés dans le Canton du Jura, soins aigus par DPPH, 2016-2019.....	36
Tableau 15 Entrées et flux entrants dans le Canton du Jura, soins aigus par DPPH, 2016-2019	37
Tableau 16 Entrées dans le Canton du JU selon le canton de domicile du patient, soins aigus, 2017-2019.....	38
Tableau 17 Entrées et flux entrants dans le Canton du Jura, selon l'hôpital et la provenance du patient, soins aigus, 2019.....	38
Tableau 18 Chiffres-clés des patients extracantonaux et intracantonaux dans les hôpitaux du Canton du Jura, soins aigus, 2017-2019	39
Tableau 19 Effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2030	40
Tableau 20 Evolution cas projetés par DPPH et scénarios des projections, effet démographique, 2019-2030.....	41
Tableau 21 Effet des facteurs médico-techniques et autres sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2030	41
Tableau 22 Effet isolé du transfert vers l'ambulatoire sur les hospitalisations projetées selon le scénario et par DPPH, 2019-2030	42
Tableau 23 Effet de la convergence vers les taux suisses sur les hospitalisations projetées selon le scénario min et par DPPH, 2019-2025-2030	43
Tableau 24 Réduction des nombres de cas hospitalisés selon scénario démographique moyen imputable à la seule convergence à 50% des taux moyens d'hospitalisations suisses à l'horizon 2030	43
Tableau 25 Hospitalisations projetées selon les trois scénarios et par DPPH, 2019-2030	44
Tableau 26 Processus pour la délimitation des soins	56
Tableau 27 Définitions utilisées.....	56

Table des Annexes

Annexe 1 Soins somatiques aigus : Groupe de prestations spécialisées, DPPH,GPPH, version 9.0.76	54
Annexe 2 Délimitations des soins et définitions utilisées	56
Annexe 3 Définitions des indicateurs de flux des patients	57
Annexe 4 Offre 2019 par GPPH et part de marché par fournisseur de prestations :.....	58
Annexe 5 Projections consolidées - Hospitalisations par GPPH selon le scénario de projections (soins aigus), 2019-2030.....	62

Annexe 1 Soins somatiques aigus : Groupe de prestations spécialisées, DPPH, GPPH, version 9.0.76

GRANDS ENSEMBLES	DPPH	GPPH	LABEL	
			Abréviation Prestation	
SYSTÈME NERVEUX ET ORGANES DE SENS	Paquet de base dermatologie	PB	Paquet de base chirurgie et médecine interne	
		DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	
	Oto-rhino-laryngologie	DER1.1	Oncologie dermatologique	
		DER1.2	Affections cutanées graves	
		DER2	Traitement des plaies	
		HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	
		HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	
		HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	
		HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	
		HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	
		HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	
		HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne étou ouverture de la dure-mère	
		HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	
		HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	
		KIE1	Chirurgie maxillaire	
	neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	
		NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	
		NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	
		NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	
		NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	
		NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	
		NCH2	Neurochirurgie spinale	
		NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	
	NCH3	Neurochirurgie périphérique		
	neurologie	NEU1	Neurologie	
		NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	
		NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	
		NEU3	Maladies cérébrovasculaires	
		NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	
		NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	
		NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	
	NEU4.2	Epileptologie: diagnostic préopératoire de l'épilepsie avec monitoring intensif (CIMHS)		
	Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie	
		AUG1.1	Strabologie	
		AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	
		AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	
		AUG1.4	Cataracte	
		AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	
	ORGANES INTERNES	Endocrinologie	END1	Endocrinologie
		Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie
			GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée
		Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale
			VIS1.1	Chirurgie pancréatique lourde (CIMHS)
			VIS1.2	Réséction hépatique lourde (CIMHS)
			VIS1.3	Réséctions œsophagiennes (CIMHS)
VIS1.4			Chirurgie bariatrique	
VIS1.4.1			Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	
VIS1.5		Réséction rectale profonde (CIMHS)		
Hématologie		HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	
		HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	
		HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	
		HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	
		HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	
HAE5		Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)		
Vaisseaux		GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	
		ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	
		GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	
		GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux		
	GEF3	Chirurgie carotidienne		
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens		
	GEF4	Chirurgie vasculaire vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)		
ANG4	Interventions vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. Stroke)			
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)			
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple		
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)		
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)		
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe		
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur la aorte thoracique		
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique		
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale		
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)		
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)		
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)		
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)		
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)		

GRANDS ENSEMBLES	DPPH	GPPH	LABEL
			Abréviation Prestation
APPAREIL LOCOMOTEUR	Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
		URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
		URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
		URO1.1.1	Prostatectomie radicale
		URO1.1.2	Cystectomie radicale
		URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
		URO1.1.4	Surrénalectomie isolée
		URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	
	Pneumologie	PNE1	Pneumologie
		PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale
		PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire
	Chirurgie thoracique	PNE1.3	Mucoviscidose
		PNE2	Polysomnographie
		THO1	Chirurgie thoracique
	Transplantations d'organes solides	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie
THO1.2		Opérations sur le médiastin	
TPL1		Transplantation cardiaque (CIMHS)	
ORTHOPÉDIE	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	
	TPL6	Transplantation intestinale	
	TPL7	Transplantation splénique	
	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	
	BEW2	Orthopédie	
	BEW3	Chirurgie de la main	
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	
BEW5	Arthroscopie du genou		
BEW6	Reconstruction des membres supérieurs		
BEW7	Reconstruction des membres inférieurs		
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention		
BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche		
BEW7.2	Prothèses de genou de première intention		
BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou		
BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou		
BEW8	Chirurgie du rachis		
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis		
BEW9	Tumeurs osseuses		
BEW10	Chirurgie du plexus		
BEW11	Réimplantations		
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	
GYNECO-OBSTÉTRIQUE ET NOUVEAU-NÉS	Gynécologie	GYN1	Gynécologie
		GYNT	Tumeurs gynécologiques
		GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin
		GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus
		GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	
	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	
	Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)
		GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)
	Nouveaux-nés	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)
		GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée
		NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)
NEO1		Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	
NEO1.1		Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	
NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)		
NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)		
AUTRES	Radio-oncologie	ONK1	Oncologie
		RAO1	Radio-oncologie
		RAO2	Protonthérapie (CIMHS)
	Traumatismes graves	NUK1	Médecine nucléaire
		UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)
CAS NON ATTRIBUABLES	Domaines pluridisciplinaires	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)
		UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)
		KINM	Pédiatrie
		KINC	Chirurgie pédiatrique
		KINB	Chirurgie pédiatrique de base
GER	Centre de compétences en gériatrie aiguë		
PAL	Centre de compétences en soins palliatifs		
AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance		
ISO	Unité d'isolement spéciale		

Annexe 2 Délimitations des soins et définitions utilisées

Tableau 25 Processus pour la délimitation des soins

Délimitation des domaines de soins

Les cas de la Statistique médicale des hôpitaux sont attribués aux différents domaines de soins, à savoir les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie à l'aide de la typologie des hôpitaux de l'OFS, du centre de prise en charge des coûts (1.4.V01) et du tarif retenu pour la facturation (4.8.V01):

1. Dans une première étape, les cas sont attribués à la psychiatrie (M500) ou à la réadaptation (M950) sur la base du centre de prise en charge principal des coûts.
2. Dans une deuxième étape et sur la base de la typologie des hôpitaux, de nouveaux cas de psychiatrie (K211, K212) et de réadaptation (K221) sont identifiés parmi les cas restants.
3. Dans une troisième étape, les cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts ou les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234) sont attribués aux soins somatiques aigus si le cas est facturé par DRG, sinon à la réadaptation.
4. Les cas qui n'ont pas été répartis entre les domaines de soins au cours des étapes précédentes (1-3) sont attribués aux soins aigus (étape 4).
5. Dans une cinquième étape, des adaptations sont apportées à l'attribution des cas en fonction de l'hôpital, des résultats d'études de plausibilisation des données, des expériences de l'Obsan dans le cadre d'études précédentes, ainsi que des clarifications avec les cantons concernés.

Le tarif de facturation (étape 3) de même que les adaptations manuelles (étape 5) n'ont été effectuées qu'à partir de l'introduction du tarif SwissDRG en 2012. Avant 2012, les cas issus d'un centre de prise en charge principal des coûts en gériatrie (M900) ainsi que les cas provenant de cliniques spécialisées en gériatrie (K234) ont été considérés comme de la réadaptation.

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux

Tableau 26 Définitions utilisées

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Définition du cas ¹⁾	A	A, C	A
Centre de prise en charge des coûts ²⁾	autres	M500	M950
Typologie des établissements de santé ³⁾	autres	K21	K221
Tarif de facturation ⁴⁾ combiné avec le centre de coûts M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif≠SwissDRG
Tarif de facturation ⁴⁾ combiné avec le type d'hôpital K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif≠SwissDRG
Adaptations spécifiques aux hôpitaux et aux sites:	oui	oui	oui

¹⁾ A: sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: date d'entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant au-delà du 31.12.

²⁾ M500=Psychiatrie et psychothérapie; M900=Gériatrie; M950=Médecine physique et réadaptation

³⁾ K21=Cliniques psychiatriques; K221=Cliniques de réadaptation; K234=Cliniques spécialisées en gériatrie

⁴⁾ Statut DRG=1: le cas a été facturé selon SwissDRG.

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux

Annexe 3 Définitions des indicateurs de flux des patients

Définitions des indicateurs des flux des patients

Indicateur	Description	Formule
Entrées	Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patients résidant dans un autre canton.	
Flux entrant %	Les flux entrants représentent la proportion d'entrées parmi l'ensemble des hospitalisations du canton considéré.	$FE_k = \frac{Z_k}{H_k}$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $H_k = \text{hospitalisations dans le canton } k$
Indice de part de marché (IPM) %	L'indice de part de marché représente la proportion de résidents du canton parmi toutes les hospitalisations ayant eu lieu dans le canton. Il s'agit par conséquent de la proportion d'hospitalisations provenant des résidents du canton.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - FE_k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $H_k = \text{hospitalisations dans le canton } k$
Sorties	Les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital d'un autre canton pour des patients résidant dans le canton considéré.	
Flux sortant %	Les flux sortants représentent la proportion de sorties parmi les patients résidant dans le canton considéré.	$FS_k = \frac{A_k}{P_k}$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $P_k = \text{patients résidant dans le canton } k$
Indice de localisation (IL) %	L'indice de localisation représente la proportion de patients résidant dans le canton considéré se faisant hospitaliser dans un hôpital du canton. Il s'agit par conséquent de la proportion de patients qui n'ont pas quitté leur canton.	$IL_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - FS_k$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $P_k = \text{patients résidant dans le canton } k$
Flux net	Le flux net – aussi appelé solde absolu par Huber (2015) – illustre la différence entre le nombre d'entrées et de sorties. Une valeur positive indique qu'il y a plus d'entrées dans le canton que de sorties alors qu'une valeur négative indique qu'il y a plus de sorties que d'entrées.	$Flux\ net_k = Z_k - A_k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $A_k = \text{sorties du canton } k$
Indice d'exportation (IE)	L'indice d'exportation représente le rapport entre les sorties et les entrées. Une valeur supérieure à 1 indique un flux net en exportation alors qu'une valeur inférieure à 1 indique un flux net en importation. Par rapport au flux net, l'indice d'exportation permet de comparer la balance des flux entre des cantons ayant des intensités de flux très différentes.	$IE_k = \frac{A_k}{Z_k}$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$

Source: Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012), Matter-Walstra et al. (2006)

© Obsan 2021

liste hospitalière Canton du Jura - Liste des établissements hospitaliers pour les soins somatiques aigus valable à partir du 1er janvier 2019

Légende = Groupe de prestations fait partie de la CIMHS
= L'hôpital a reçu un mandat de prestation (MP) du canton pour ce GPPH.

Hôpitaux sur la liste situés dans le canton				Hôpitaux sur la liste situés hors canton										Hôpitaux hors liste avec des parts de marché pertinentes										
H-JU - Delémont	H-JU - Porrentruy	H-JU - Saignelégier	Les Clignes	Hôpital universitaire de Berne (chiespital)	Hôpital universitaire de Bâle (USB)	Hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle (UKBB)	Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Soins aigus	HNE Chrysalide	HNE La Chaux-de-Fonds	HNE Pourtalès	HNE Val-de-Travers	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	HJBE - Hôpital de St-Imier	HJBE - Hôpital de Montier	Spital Münsingen	Spitalzentrum Biel	Hirslanden Bern	Lindenhofgruppe - Eigerhospital	Praxisklinik Reimbahn	Vista Klinik	Bethesda Spital	Merran Iselin Klinik	Chraspital	Vista Klinik

DPPH	GPPH	LABEL	CIMHS	Parts de marché																						
	PNE2	Polysomnographie	20																							
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	21				5%	90%																		
	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie	15				100%																			
	THO1.2	Opérations sur le médiastin	7				14%	86%																		
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	1				100%																			
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1									100%														
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	1																							
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)																								
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	2				50%					50%														
	TPL6	Transplantation intestinale																								
	TPL7	Transplantation splénique																								
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	202	28%			3%	20%	2%	1%		0%	2%		3%	2%	2%				8%		0%	5%		
	BEW2	Orthopédie	91	54%	1%		2%	13%							2%	10%		1%			1%	1%	1%	1%		
	BEW3	Chirurgie de la main	24	25%			8%	13%	8%						4%		4%				4%	4%		8%	4%	
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	14	7%			14%	14%									7%								43%	
	BEW5	Arthroscopie du genou	97	12%			1%	2%	2%						1%	2%					2%		57%		3%	
	BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	104	17%			1%	3%							3%	4%	5%		1%			11%			40%	
	BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	28	21%			7%	4%							14%			11%							4%	
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	212	75%			1%	2%							9%	1%	0%	1%				0%			3%	
	BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche	20	40%			20%	15%							4%	1%									10%	
	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention	217	66%			0%	1%									3%	1%				6%			6%	
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou	11	36%				36%																	18%	
	BEW7.3	Reprises de prothèses de hanche et de genou																								
	BEW8	Chirurgie du rachis	161	11%			5%	29%		1%		1%	2%		8%	1%	7%								29%	
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	34	3%				29%	3%	3%					15%	3%									29%	
	BEW9	Tumeurs osseuses	1					100%																		
BEW10	Chirurgie du plexus	1					100%																			
BEW11	Réimplantations	2					50%					50%														
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	44	66%	16%			7%	2%		2%		5%	2%												
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	6	67%				33%																		
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	148	37%			5%	6%		1%		1%	16%	9%		2%	10%				3%			2%		
	GYN2	Tumeurs gynécologiques	18					67%		6%												6%				
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin																								
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus																								
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin																								
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire																								
	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	82	45%			1%	15%			7%			9%		1%	12%					5%		2%		
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	4					25%					75%														
Obsétrique	GE BH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)																								
	GE B1	Soins de base en obsétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	783	81%		2%	0%	4%		0%		1%		8%		2%		0%						1%		
	GE B1.1	Obsétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9				11%	89%																		
	GE B1.1.1	Obsétrique spécialisée	2					100%																		
Nouveau-nés	NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)																								
	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	650	85%		2%	0%	1%		0%		0%		8%		1%		0%						1%		
	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	33%				67%																		
	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	5					40%	20%			20%	20%													
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	3					100%																		
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie	34	21%	6%			50%																	21%	

Annexe 5 Projections consolidées - Hospitalisations par GPPH selon les scénarios de projections (soins aigus), 2019-2030

					2019	2030
Scénario moyen	Paquet de base	1	BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	5 182	5 811
	Dermatologie	3	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	18	19
		4	DER1.1	Oncologie dermatologique	7	8
		5	DER1.2	Affections cutanées graves	2	2
		6	DER2	Traitement des plaies	2	3
	Oto-rhino-laryngologie	7	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	121	127
		8	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	50	54
		9	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	3	3
		10	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	101	101
		11	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	2	2
		12	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	36	35
		13	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0
		14	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	0	0
		15	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	35	37
		16	KIE1	Chirurgie maxillaire	7	8
	Neurochirurgie	17	NCH1	Neurochirurgie crânienne	43	47
		18	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	9	10
		19	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	11	11
		20	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	1	1
		21	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	2	2
		22	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	0	0
		23	NCH2	Neurochirurgie spinale	1	1
		24	NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	0	0
		25	NCH3	Neurochirurgie périphérique	5	5
		Neurologie	26	NEU1	Neurologie	73
	27		NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	14	15
	28		NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	9	8
	29		NEU3	Maladies cérébrovasculaires	219	193
	30		NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	4	61
	31		NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	2	2
	32		NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	1	1
	33		NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	4	4
	Ophtalmologie	34	AUG1	Ophtalmologie	7	8
		35	AUG1.1	Strabologie	0	0
		36	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	6
		37	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	14	16

	38	AUG1.4	Cataracte	5	3
	39	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	47	50
Endocrinologie	42	END1	Endocrinologie	90	109
Gastroentérologie	43	GAE1	Gastroentérologie	231	267
	44	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	51	62
Chirurgie viscérale	45	VIS1	Chirurgie viscérale	147	165
	46	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	6	7
	47	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	6	7
	48	VIS1.3	Résection œsophagienne CIMHS)	4	4
	49	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	30	30
	50	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	5	5
	51	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	6	6
Hématologie	52	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	39	44
	53	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	10	11
	54	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	112	132
	55	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	41	51
	56	HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	8	8
	57	HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	5	5
Vaisseaux	58	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	38	39
	59	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	68	40
	59.5	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	32	32
	62	GEF3	Chirurgie carotidienne	17	19
	63	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	3	4
	66	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	22	24
Cœur	67	HER1	Chirurgie cardiaque simple	1	1
	68	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	1	1
	69	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	27	29
	71	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	5	5
	72	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	12	12
	73	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	9	10
	74	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	47	47
	75	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	224	164
	76	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	25	29
	77	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	52	56
	78	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	18	18
Néphrologie	79	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	59	69
Urologie	80	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	379	424
	81	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	40	42

		82	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	17	16
		83	URO1.1.2	Cystectomie radicale	4	5
		84	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	4	4
		85	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	6	7
		88	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2
		89	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	1	1
	Pneumologie	90	PNE1	Pneumologie	245	292
		91	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	2	2
		92	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	14	15
		93	PNE1.3	Mucoviscidose	6	7
		94	PNE2	Polysomnographie	20	23
	Chirurgie thoracique	95	THO1	Chirurgie thoracique	21	21
		96	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	15	17
		97	THO1.2	Opérations sur le médiastin	7	8
	Transplantations d'organes solides	98	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	1	1
		99	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	1
		100	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	1	1
		101	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	0	0
		102	TPL5	Transplantation rénale CIMHS)	2	2
	Orthopédie	105	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	202	199
		106	BEW2	Orthopédie	91	89
		107	BEW3	Chirurgie de la main	24	25
		108	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	14	15
		109	BEW5	Arthroscopie du genou	97	61
		110	BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	104	109
		111	BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	28	30
		111.1	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	212	243
		111.2	BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche	20	36
		111.3	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention	217	249
		111.4	BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou	11	37
		112	BEW8	Chirurgie du rachis	161	177
		113	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	34	35
		114	BEW9	Tumeurs osseuses	1	1
		115	BEW10	Chirurgie du plexus	1	1
		116	BEW11	Réimplantations	2	2
	Rhumatologie	117	RHE1	Rhumatologie	44	50
		118	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	6	7
	Gynécologie	119	GYN1	Gynécologie	148	141

		119.5	GYNT	Tumeurs gynécologiques	18	19
		124	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	82	90
		125	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	4	4
	Obstétrique	127	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	783	781
		128	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	9
		129	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	2	2
	Nouveau-nés	131	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	650	683
		132	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	9
		133	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	5	5
		134	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	3	3
	(Radio-)oncologie	135	ONK1	Oncologie	34	35
		136	RAO1	Radio-oncologie	79	93
		138	NUK1	Médecine nucléaire	11	12
	Traumatismes graves	139	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	13	15
		140	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	20	23
		141	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	0	0
	Total				11 420	12 425
scénariomax	Paquet de base	1	BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	5 182	5 828
	Dermatologie	3	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	18	19
		4	DER1.1	Oncologie dermatologique	7	8
		5	DER1.2	Affections cutanées graves	2	2
		6	DER2	Traitement des plaies	2	3
	Oto-rhino-laryngologie	7	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	121	128
		8	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	50	54
		9	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	3	3
		10	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	101	102
		11	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	2	2
		12	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	36	35
		13	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0
		14	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	0	0
		15	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	35	37
		16	KIE1	Chirurgie maxillaire	7	8
	Neurochirurgie	17	NCH1	Neurochirurgie crânienne	43	47
		18	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	9	10
		19	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	11	11
		20	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	1	1

		21	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	2	2
		22	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	0	0
		23	NCH2	Neurochirurgie spinale	1	1
		24	NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	0	0
		25	NCH3	Neurochirurgie périphérique	5	5
	Neurologie	26	NEU1	Neurologie	73	78
		27	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	14	15
		28	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	9	8
		29	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	219	193
		30	NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	4	61
		31	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	2	2
		32	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	1	1
		33	NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	4	4
	Ophthalmologie	34	AUG1	Ophthalmologie	7	8
		35	AUG1.1	Strabologie	0	0
		36	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	6
		37	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	14	16
		38	AUG1.4	Cataracte	5	4
		39	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	47	51
	Endocrinologie	42	END1	Endocrinologie	90	109
	Gastroentérologie	43	GAE1	Gastroentérologie	231	267
		44	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	51	62
	Chirurgie viscérale	45	VIS1	Chirurgie viscérale	147	165
		46	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	6	7
		47	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	6	7
		48	VIS1.3	Résection œsophagienne CIMHS)	4	4
		49	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	30	30
		50	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	5	5
		51	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	6	6
	Hématologie	52	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	39	44
		53	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	10	11
		54	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	112	132
		55	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	41	51
		56	HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	8	8
		57	HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	5	5
	Vaisseaux	58	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	38	41
		59	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	68	54
		59.5	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	32	33
		62	GEF3	Chirurgie carotidienne	17	20

		63	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	3	4
		66	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	22	24
Cœur		67	HER1	Chirurgie cardiaque simple	1	1
		68	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	1	1
		69	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	27	29
		71	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	5	5
		72	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	12	12
		73	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	9	10
		74	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	47	51
		75	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	224	195
		76	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	25	30
		77	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	52	57
		78	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	18	19
Néphrologie		79	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	59	69
Urologie		80	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	379	427
		81	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	40	42
		82	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	17	17
		83	URO1.1.2	Cystectomie radicale	4	5
		84	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	4	4
		85	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	6	7
		88	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2
		89	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	1	1
	Pneumologie		90	PNE1	Pneumologie	245
		91	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	2	2
		92	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	14	15
		93	PNE1.3	Mucoviscidose	6	7
		94	PNE2	Polysomnographie	20	23
Chirurgie thoracique		95	THO1	Chirurgie thoracique	21	21
		96	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	15	17
		97	THO1.2	Opérations sur le médiastin	7	8
Transplantations d'organes solides		98	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	1	1
		99	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	1
		100	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	1	1
		101	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	0	0
		102	TPL5	Transplantation rénale CIMHS)	2	2
Orthopédie		105	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	202	205
		106	BEW2	Orthopédie	91	92

		107	BEW3	Chirurgie de la main	24	25
		108	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	14	15
		109	BEW5	Arthroscopie du genou	97	73
		110	BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	104	109
		111	BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	28	30
		111.1	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	212	243
		111.2	BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche	20	43
		111.3	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention	217	249
		111.4	BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou	11	50
		112	BEW8	Chirurgie du rachis	161	177
		113	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	34	35
		114	BEW9	Tumeurs osseuses	1	1
		115	BEW10	Chirurgie du plexus	1	1
		116	BEW11	Réimplantations	2	2
	Rhumatologie	117	RHE1	Rhumatologie	44	50
		118	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	6	7
	Gynécologie	119	GYN1	Gynécologie	148	144
		119.5	GYNT	Tumeurs gynécologiques	18	19
		124	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	82	90
		125	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	4	4
	Obstétrique	127	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	783	781
		128	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	9
		129	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	2	2
	Nouveau-nés	131	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	650	683
		132	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	9
		133	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	5	5
		134	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	3	3
	(Radio-)oncologie	135	ONK1	Oncologie	34	35
		136	RAO1	Radio-oncologie	79	93
		138	NUK1	Médecine nucléaire	11	12
	Traumatismes graves	139	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	13	15
		140	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)	20	23
		141	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	0	0
	Total				11 420	12 551
Scénario min	Paquet de base	1	BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	5 182	5 390
	Dermatologie	3	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	18	19
		4	DER1.1	Oncologie dermatologique	7	9
		5	DER1.2	Affections cutanées graves	2	2
		6	DER2	Traitement des plaies	2	5

Oto-rhino-laryngologie	7	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	121	126	
	8	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	50	52	
	9	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	3	4	
	10	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	101	96	
	11	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	2	2	
	12	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	36	29	
	13	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0	
	14	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	0	1	
	15	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	35	38	
	16	KIE1	Chirurgie maxillaire	7	9	
	Neurochirurgie	17	NCH1	Neurochirurgie crânienne	43	46
		18	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	9	8
		19	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	11	11
		20	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	1	1
		21	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	2	2
		22	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	0	0
23		NCH2	Neurochirurgie spinale	1	1	
24		NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	0	0	
25		NCH3	Neurochirurgie périphérique	5	4	
Neurologie	26	NEU1	Neurologie	73	70	
	27	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	14	14	
	28	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	9	9	
	29	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	219	182	
	30	NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	4	96	
	31	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	2	4	
	32	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	1	1	
	33	NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	4	5	
Ophtalmologie	34	AUG1	Ophtalmologie	7	10	
	35	AUG1.1	Strabologie	0	0	
	36	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	6	
	37	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	14	18	
	38	AUG1.4	Cataracte	5	8	
	39	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	47	51	
Endocrinologie	42	END1	Endocrinologie	90	99	
Gastroentérologie	43	GAE1	Gastroentérologie	231	280	
	44	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	51	63	

Chirurgie viscérale	45	VIS1	Chirurgie viscérale	147	168
	46	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	6	7
	47	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	6	7
	48	VIS1.3	Résection œsophagienne CIMHS)	4	4
	49	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	30	31
	50	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	5	6
	51	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	6	6
Hématologie	52	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	39	39
	53	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	10	9
	54	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	112	122
	55	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	41	40
	56	HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	8	7
	57	HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	5	4
Vaisseaux	58	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	38	33
	59	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	68	32
	59.5	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	32	35
	62	GEF3	Chirurgie carotidienne	17	17
	63	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	3	5
	66	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	22	23
Cœur	67	HER1	Chirurgie cardiaque simple	1	1
	68	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	1	2
	69	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	27	27
	71	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	5	5
	72	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	12	14
	73	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	9	10
	74	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	47	44
	75	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	224	156
	76	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	25	32
	77	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	52	56
78	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	18	18	
Néphrologie	79	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	59	66
Urologie	80	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	379	441
	81	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	40	44
	82	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	17	20
	83	URO1.1.2	Cystectomie radicale	4	5
	84	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	4	5
	85	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	6	6
	88	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2

	89	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	1	2
Pneumologie	90	PNE1	Pneumologie	245	265
	91	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	2	2
	92	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	14	13
	93	PNE1.3	Mucoviscidose	6	5
	94	PNE2	Polysomnographie	20	20
Chirurgie thoracique	95	THO1	Chirurgie thoracique	21	19
	96	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	15	17
	97	THO1.2	Opérations sur le médiastin	7	7
Transplantations d'organes solides	98	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	1	1
	99	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	1	1
	100	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	1	1
	101	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	0	0
	102	TPL5	Transplantation rénale CIMHS)	2	2
Orthopédie	105	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	202	206
	106	BEW2	Orthopédie	91	87
	107	BEW3	Chirurgie de la main	24	35
	108	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	14	14
	109	BEW5	Arthroscopie du genou	97	51
	110	BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	104	119
	111	BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	28	27
	111.1	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	212	235
	111.2	BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche	20	25
	111.3	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention	217	232
	111.4	BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou	11	13
	112	BEW8	Chirurgie du rachis	161	187
	113	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	34	35
	114	BEW9	Tumeurs osseuses	1	1
	115	BEW10	Chirurgie du plexus	1	1
	116	BEW11	Réimplantations	2	2
	Rhumatologie	117	RHE1	Rhumatologie	44
118		RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	6	7
Gynécologie	119	GYN1	Gynécologie	148	155
	119.5	GYNT	Tumeurs gynécologiques	18	19
	124	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	82	86
	125	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	4	3
Obstétrique	127	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	783	757
	128	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	9

	129	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	2	3
Nouveau-nés	131	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	650	683
	132	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	9	12
	133	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	5	7
	134	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	3	2
(Radio-)oncologie	135	ONK1	Oncologie	34	42
	136	RAO1	Radio-oncologie	79	75
	138	NUK1	Médecine nucléaire	11	12
Traumatismes graves	139	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	13	12
	140	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	20	21
	141	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	0	0
Total				11 420	11 893

Source: OFS - MS, STATPOP, Scénarios démographiques

