

S. Rossini

Pr Stéphane Rossini
Case postale 320
1997 Haute-Nendaz
stephane.rossini@parl.ch

Gouvernance des planifications hospitalières : la quadrature du cercle*

Rev Med Suisse 2014; 10: 455-7

Cet article se fonde sur les résultats de l'étude approfondie des processus de développement et de mise en œuvre des planifications hospitalières des cantons latins, depuis près de soixante ans, à l'exception de la médecine hautement spécialisée (universitaire). Il intègre simultanément les caractéristiques historiques, les dimensions politiques, régionales, économiques, sanitaires et médicales. Il appréhende les postures de différents acteurs, leur quête de pouvoir et leur influence dans la définition des configurations hospitalières.

TENDANCES LOURDES

Les processus de planification hospitalière ont débuté en Suisse dans les années 1960. Il s'agissait d'abord de recenser l'offre de soins hospitaliers et d'en évaluer les besoins, en regard des progrès technologiques, du vieillissement démographique, des rapprochements régionaux et intercantonaux ou des exigences de maîtrise des coûts. Ces facteurs sous-tendent toutes les mesures de redimensionnement des systèmes hospitaliers cantonaux. Ils induisent une concentration des disciplines et la mue de certains hôpitaux de soins somatiques aigus en centres de transition et de réadaptation, en établissements de soins de longue durée ou médico-sociaux. La planification hospitalière apparaît ainsi, simultanément, comme le déclencheur et le cœur des dynamiques de réforme des politiques de santé.

Trois périodes principales caractérisent le développement des planifications cantonales. La première débute dans les années 1960, jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en 1996. La seconde s'étend de 1996 à 2007, date de la révision modifiant les dispositions et normes de planification. Depuis 2007, les modalités et contraintes de plani-

fication se renforcent. La Confédération intervient désormais dans un domaine resté jusque-là du ressort exclusivement cantonal.

Du sortir de la deuxième Guerre mondiale jusqu'au milieu des années 1970, les autorités fédérales et cantonales ne jouent qu'un rôle de «bailleurs de fonds sans réel pouvoir» dans un système qui se modernise sous la double impulsion des progrès de la médecine et de la croissance économique. Des plans hospitaliers sont entrepris dans tous les cantons. Les établissements renforcent leurs infrastructures pour être à la pointe du progrès technologique. Ils le font de manière indépendante et partielle, sans stratégie de rapprochement ou de synergie; d'où, fréquemment, l'apparition de surdotations en lits et en équipement. La rationalité macro-économique de l'offre hospitalière ne fait à l'époque que rarement discussion.

A partir des années septante, les finances publiques, malmenées par la crise économique, sont de surcroît confrontées aux progrès persistants et coûteux d'un domaine de la santé qui se spécialise et ne cesse de croître, plus particulièrement grâce aux nouvelles technologies: radiologie (scanners, IRM), microchirurgie, biotechnologies. Emergent alors les premiers jalons d'une approche scientifique de planification hospitalière. Il faudra pourtant attendre quinze à vingt ans pour qu'une politique plus volontariste soit initiée dans tous les cantons. Deux tendances générales sont observées: d'une part, la réduction quantitative des équipements subventionnés et un rapprochement entre établissements; d'autre part, la mise en réseau, qui s'érige en paradigme dominant des réorganisations hospitalières.

ACTEURS ET DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les acteurs ou groupes d'acteurs intervenant dans les processus de planification disposent de statuts et d'expertises spécifiques, endossant tantôt une posture dynamique, porteuse d'innovations, tantôt une attitude de résistance, voire de blocage. Parmi eux: les autorités fédérales et cantonales (gouvernements et parlements, administrations); la population, qui dispose du pou-

voir de légitimer ou de rejeter les décisions de planification; le corps médical et les autres catégories de personnel soignant; les assureurs-maladie, influençant les processus de planification par la voie des recours; les autorités judiciaires; les experts; les syndicats. Enfin, les collectivités et autorités locales et régionales jouent un rôle indéniable, souvent dans une perspective de résistance et d'opposition au changement.

Tous ces acteurs occupent, d'une manière ou d'une autre, une fonction importante, voire déterminante, dans le déroulement des processus de planification. Tous sont mus par différents intérêts, qu'ils soient particuliers, concurrentiels ou contradictoires. Ces antagonistes «internes» caractérisent d'ailleurs tous les acteurs: population, corps médical, autorités locales, partis et élus, personnel soignant, responsables administratifs, etc. Dans ces circonstances, l'unité de vue et l'aboutissement d'accords sur les finalités, les processus et les moyens s'érigent en défis majeurs, certes surmontables, mais dans une perspective à moyen et long termes.

C'est que, dans tous les cantons étudiés, les planifications hospitalières sont confrontées à la démocratie locale. Le rôle et l'influence de la population s'avèrent déterminants dans la définition des contours du champ hospitalier. Ainsi, nombre de réformes ont été interrompues, aménagées ou refusées suite à des scrutins populaires, des pétitions, initiatives ou référendums. Lorsque la population interfère dans les processus, c'est systématiquement pour signifier son désaccord avec les orientations retenues ou pour contester les décisions du gouvernement ou du parlement. Sur le fond, la démocratie sanitaire porte en principe préjudice à la cohérence temporelle et interne des planifications. Régionalismes et intérêts particuliers s'opposent ou, pour le moins, mettent à mal les critères médicaux (masse critique, qualité) et/ou économiques (allocation optimale des ressources, maîtrise des coûts).

RATIONALITÉ PAR LA POLITIQUE ET LES TRIBUNAUX

Fédéralisme, libéralisme et démocratie directe marquent d'une empreinte forte l'allo-

* Suite de l'article publié le 18 décembre 2013: Rossini S: Des disparités cantonales de l'application LAMal. Rev Med Suisse 2013;9:2398-400.

cation des ressources du domaine hospitalier. Le découpage cantonal, qui délimite aussi le territoire de la planification (du moins jusqu'en 2012), le statut juridique des hôpitaux et les évolutions de leurs modalités d'organisation institutionnelle, le régionalisme politico-économique et les processus démocratiques locaux, les mécanismes de concurrence ou les multiples collaborations intercantionales sont autant de contraintes qui font de la planification hospitalière l'expression éloquent de l'incroyable complexité de la gouvernance du système suisse de santé et de la lenteur des processus de réforme.

La législation fédérale accorde aux cantons une marge de manœuvre conséquente. Sans objectifs ni critères quantitatifs et temporels explicites, susceptibles d'imposer aux planifications un minimum de rationalité médicale et économique, les cantons développent leur planification de manière quasi indépendante. Certes, des tendances similaires émergent : réduction des capacités, prise en considération des masses critiques, réorganisations institutionnelles et collaborations intercantionales. Entre attentes articulées autour du principe de concurrence entre établissements hospitaliers et exigences de régulation des cantons, qui financent largement ce secteur, c'est souvent une voie médiane et pragmatique qui s'impose, soumise aux contingences et aléas de la démocratie locale et des politiques régionales et économiques.

Et puis, l'absence fréquente d'accords entre les acteurs principaux (hôpitaux publics, cliniques privées et autorités sanitaires) débouche sur des recours et des procédures judiciaires. Elles sont surtout le fait de cliniques privées et d'assureurs. La défense des intérêts économiques s'oppose dès lors à la logique de régulation de l'offre hospitalière. Les tribunaux (cantonaux et fédéral) deviennent ainsi des acteurs incontournables de la définition de l'allocation des ressources. Ils ont pour mission de concrétiser l'intérêt public prépondérant contre les intérêts strictement particuliers, notamment financiers. De facto, une forme de partage décisionnel apparaît, sorte de coresponsabilité entre autorités politiques, sanitaires et judiciaires.

RATIONALITÉ PAR LES MODÈLES

Depuis 2012, la révision LAMal impose une nouvelle approche de la planification hospitalière. Désormais, les décisions ne peuvent plus simplement se fonder sur des évolutions historiques, cantonales ou régio-

nales, ou des compromis de nature purement politique, sauf si les cantons en assument les charges financières. Des critères objectifs sont requis. Le changement de paradigme est fondamental. Il constitue une réelle opportunité de procéder au rapprochement, voire à l'uniformisation, des pratiques cantonales.

La Conférence des directeur(trice)s des affaires sanitaires (CDS) recommande ainsi de privilégier les planifications «liées aux prestations», selon le «modèle de Zurich». Le concept de «groupes de prestations» rassemble les prestations médicales, les codes des diagnostics et des opérations dans des groupes de prestations médicalement et économiquement pertinents. Vingt groupes sont imputés aux soins de base, 125 aux spécialités. Le concept intègre les éléments suivants : exigences et disponibilités pour les médecins spécialistes ; services d'urgences ; unités de soins intensifs ; prestations à coordonner (y compris obligation de coopérer) ; réalisation de *tumorboards* ; nombre de cas minimum ; conseils (nutritionnels, aux diabétiques). Cette méthode comporte l'avantage de fonder les décisions sur des critères d'ordre médical et de poser les jalons d'une coordination des planifications hospitalières cantonales. Actuellement, quinze cantons fondent leur planification sur le modèle zurichois.

Une autre approche est développée par l'Observatoire de la santé (Obsan). Elle se fonde sur l'analyse des besoins en prestations, ceux-ci contribuant à la définition des infrastructures hospitalières. La méthode tient compte de l'introduction de la tarification par forfait (DRG), du raccourcissement prévisible des durées de séjour et des flux de patient(e)s entre les cantons. Le modèle permet de projeter l'évolution du nombre de cas et journées d'hospitalisation. L'estimation peut se faire pour un canton ou un groupe de cantons. De plus, divers scénarios d'évolution des durées de séjour et de changements démographiques sont pris en considération, de même que des particularités ou besoins spécifiques des cantons. Le gain d'efficience possible est déterminé par la comparaison. Les cantons de Berne, Fribourg et Vaud s'en inspirent.

Alors que le législateur fédéral n'a pas été en mesure de clarifier sa volonté de renforcer la cohérence des planifications hospitalières cantonales et que la Confédération n'entend pas édicter de critères quantitatifs et temporels de référence, ces modèles font sens et sont pertinents. Ils expriment un changement d'attitude et de pratique. Certes, les décisions demeurent du ressort des

cantons et de leurs autorités. Mais, dans l'histoire du fédéralisme sanitaire, l'étape est déterminante. Elle répond, d'une part, à la faiblesse de la gouvernance de la politique sanitaire au niveau national et illustre, d'autre part, la volonté des cantons d'asseoir de plus en plus leurs décisions sur des instruments et critères reconnus et objectifs.

QUÊTE DE COHÉRENCE ET DIMENSION ÉTHIQUE

L'étude de 50 années de planification hospitalière dans les huit cantons latins fait état d'une politique publique vaste et interdisciplinaire, d'une rare complexité. C'est que les planifications associent étroitement des dimensions plurielles : médicale, professionnelle, culturelle, géographique, technologique, économique et politique. Les références de politique strictement sanitaire, dont médicales, n'y sont ni majoritaires ni toujours déterminantes, du moins à certains moments de ces histoires souvent chaotiques. Elles ne représentent qu'un pouvoir parmi toutes les quêtes de pouvoir qui animent ces processus délicats. Pourtant, l'organisation hospitalière devrait être d'abord une affaire médicale, dans le seul intérêt d'un patient aspirant d'abord à bénéficier de soins de qualité.

Comme instrument de régulation aspirant à la maîtrise des coûts, à l'amélioration de la qualité des soins, au meilleur rapport coût-efficacité, la planification est une pièce maîtresse de la gouvernance du système de santé. Nonobstant son importance, elle demeure pourtant une coconstruction ponctuelle, élaborée à un moment donné, dans une situation particulière, au gré des contingences régionales, des rapports de force et des attentes de la population.

En raison de méthodes plurielles, parfois contestées, les fondements de la planification sont fragiles. De plus, le fédéralisme exacerbe les spécificités cantonales, affaiblissant toute velléité de vision globale et de pratique uniforme. De plus, les finalités d'économicité, d'efficacité, de qualité et de comparaison énoncées dans la LAMal restent vagues. Elles manquent de force contraignante, en l'absence de règles contraignantes. Or, il serait judicieux, d'une part, de soutenir les démarches des cantons et, d'autre part, de déterminer une ligne générale cohérente d'action pour des planifications hospitalières cantonales coordonnées, voire intercantionales ou nationales.

Enfin, la dimension éthique, indissociable de tout processus d'allocation des ressources, par exemple sous l'angle de l'égalité



de traitement des citoyens – contribuables – assurés – patients, devrait occuper une place systématique et rigoureuse dans le débat et les processus de planification hospitalière. Répartition régionale de l'offre (établissements et disciplines), avec les disparités qui en découlent; relations entre hôpitaux publics et cliniques privées dans l'élaboration de la liste des établissements reconnus; principes de liberté individuelle et de concu-

rence entre lieux d'hospitalisation, à l'heure où la concentration des disciplines réduit d'autant les choix; contribution des cantons au financement des cliniques privées; pratiques plurielles d'assurances sociales et privées illustrent quelques espaces où la dimension éthique mériterait des analyses spécifiques et approfondies. Celle-ci contribuerait à donner aux processus de planification une indéniable plus-value qualitative. ■

Bibliographie

- Rossini S, Crivelli R, Bolgiani I, et al. Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé, Rapport final de recherche. Fonds national de la recherche scientifique DORE. Projet N° 13DPD6_127248. Lausanne: Haute école de travail social et de la santé EESP, 2012. 356 pages.