

JOURNAL DES DEBATS

DU PARLEMENT DE LA RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

No 13 — 2002

Séance

du mercredi 26 juin 2002

à la salle Saint-Georges à Delémont

Présidence: Vincent Theurillat (PCSI)

Secrétariat: Jean-Claude Montavon, vice-chancelier d'Etat

Ordre du jour :

- 17. Arrêté d'approbation du plan hospitalier
- 18. Modification de la loi sur les hôpitaux (première lecture)
- 13. Abrogation du décret concernant l'organisation des autorités judiciaires des districts de Delémont et de Porrentruy (deuxième lecture)

- 14. Arrêté approuvant les comptes de la République et Canton du Jura pour l'exercice 2001

(La séance est ouverte à 14h15 heures en présence de 57 députés et de l'observateur de Sorvilier.)

Le président: Petite information avant d'attaquer le point 17. Les députés qui souhaitent intervenir pour les comptes sont priés de s'inscrire, avec le numéro de rubrique et la page du document, auprès des scrutateurs.

17. Arrêté d'approbation du plan hospitalier

18. Modification de la loi sur les hôpitaux (première lecture)

Message du Gouvernement:

> Hôpital multisite du Jura >

Message du Gouvernement au Parlement

23 octobre 2001



› En préambule ›

Le monde actuel est en mutation rapide et profonde. L'évolution technologique permet des prouesses nouvelles et l'évolution démographique voit de plus en plus de personnes atteindre un âge avancé. Le monde de la santé est concerné au premier chef par ces changements. La médecine et les systèmes de soins en sont à la fois les bénéficiaires et les acteurs.

Pour faire face aux incidences induites par l'évolution en cours, le Gouvernement veut agir. Le plan proposé va dans le sens d'une allocation optimale des ressources pour garantir aux Jurassiennes et aux Jurassiens des soins de qualité.

L'organisation actuelle du système hospitalier jurassien doit dès lors être repensée globalement. Les coûts engendrés par les hôpitaux jurassiens progressent fortement, entraînant une charge de plus en plus lourde pour les assurés et les collectivités publiques, donc les contribuables. A terme, si rien n'est entrepris, c'est l'existence même d'un hôpital de soins aigus dans le canton du Jura qui est menacée.

Cette situation préoccupe le Gouvernement, qui se trouve placé devant plusieurs défis majeurs. Il s'agit d'une part de garantir, à terme, des soins de qualité pour toutes les Jurassiennes et tous les Jurassiens. Il faut, ensuite, adapter les structures hospitalières jurassiennes à un secteur de la santé en pleine mutation. Il importe, enfin, de maintenir un réseau hospitalier à un prix supportable et de maîtriser l'évolution des coûts de la santé.

Conformément au plan sanitaire approuvé par le Parlement, le Gouvernement a déjà, ces dernières années, pris un certain nombre de mesures allant dans ce sens. Tout en conservant deux sites de soins aigus, il a réduit le nombre de lits et développé les synergies entre Delémont et Porrentruy. Il doit malheureusement constater aujourd'hui que cette stratégie n'a produit que peu d'effets et que, faute de spécialisation suffisante entre les deux sites, les objectifs fixés n'ont pas été atteints.

Il est donc impératif de redéfinir aujourd'hui les missions des hôpitaux jurassiens, missions distinctes et complémentaires, conformément au plan sanitaire approuvé en décembre 1998 par le Parlement. Ainsi, le Gouvernement propose de vouer l'hôpital de Delémont à la médecine aiguë, et de développer à l'hôpital de Porrentruy de nouvelles missions cantonales dont un centre de traitement et de réadaptation, l'hôpital de Saignelégier conservant ses missions actuelles.

Cette nouvelle répartition des tâches, indispensable pour assurer l'avenir du système de santé jurassien, aura certes des conséquences. Le nombre de places de travail sera diminué sur les sites de Delémont et Porrentruy. Le Gouvernement mettra tout en œuvre pour atténuer les effets socio-économiques de ces mesures.

Il s'agit donc aujourd'hui, tout en reconnaissant la qualité du travail et l'engagement de l'ensemble du personnel hospitalier, de prendre des mesures pour éviter la détérioration de la situation.

La solution proposée permettra à notre région de disposer d'un système hospitalier performant, d'un coût abordable et susceptible de répondre aux attentes de la population jurassienne en matière de qualité et de sécurité des soins. La création d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) à Porrentruy garantit une prise en charge rapide et efficace des urgences sur l'ensemble du territoire cantonal. Grâce à l'A16, l'accessibilité des services sera assurée. En outre, les possibilités de collaboration avec la région de Moutier et le Jura méridional demeurent intactes.

Le Canton du Jura doit avoir le courage d'adapter ses infrastructures hospitalières aux réalités médicales d'aujourd'hui. Pour réaliser cet ambitieux projet, le Gouvernement compte bien y associer toutes les collaborations nécessaires. Il en va de l'avenir et de la pérennité des hôpitaux et du système de soins jurassiens.

› Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés ›

Le Gouvernement a l'honneur de vous soumettre le message sur le plan hospitalier, ainsi qu'une demande de crédit d'étude pour sa réalisation. Il vous demande d'accepter les deux objets.

Le but du message du Gouvernement est de proposer au Parlement un plan hospitalier pour les années à venir, sous forme d'une nouvelle répartition des tâches entre les hôpitaux jurassiens. Les changements proposés tiennent compte de l'évolution actuelle du secteur de la santé. Ils permettront de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients à terme, en maîtrisant la hausse des coûts à charge des assurés et des collectivités publiques.

› 1 ›

› Bref rappel historique ›

Plan sanitaire 1998, commission de l'organisation de l'Hôpital multisite (OHM) et suites des réflexions

Le Parlement a adopté en décembre 1998 un plan sanitaire qui retenait le concept d'hôpital sur trois sites (hôpital multisite): Delémont, Porrentruy et Saignelégier. Ce plan proposait également une vision globale du secteur de la santé dans le Jura, comprenant certes les hôpitaux, mais aussi la prévention et promotion de la santé, l'aide et les soins à domicile, le réseau de soins, les foyers et homes, l'observatoire de la santé pour en citer les principaux éléments (cf. annexe 8.2).

Dans le sillage de l'adoption du plan sanitaire, le Gouvernement a nommé une commission ad hoc, dite OHM (Organisation de l'Hôpital Multisite), chargée d'étudier la réorganisation des hôpitaux et de proposer un modèle de fonctionnement de l'hôpital multisite.

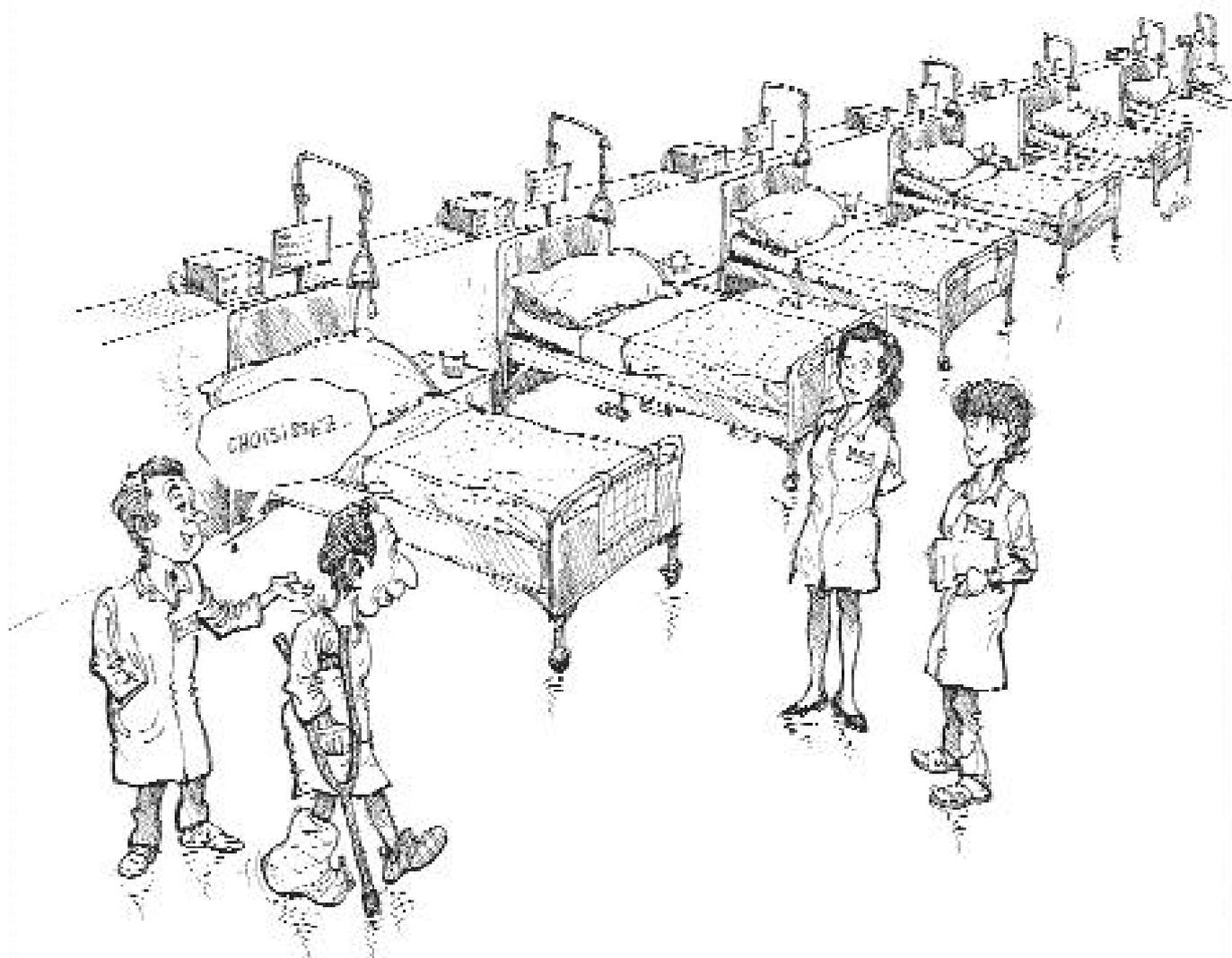
Il s'agissait notamment de définir la répartition de l'offre de prestations entre les trois sites. La commission OHM, présidée par le professeur Pierre Gilliard, a rendu son rapport en automne 1999. Elle l'a accompagné d'un dossier concernant l'évolution et les perspectives du système de santé de la République et Canton du Jura. La commission a proposé une solution dite de deux hôpitaux de soins aigus avec toutefois une offre différenciée des prestations (longs séjours pour un site et courts séjours pour l'autre). Cette proposition n'a pas fait l'unanimité. Aussi le Gouvernement a-t-il fait procéder à des études complémentaires touchant les principaux points controversés (notamment les urgences intra et extra-hospitalières, les services de soins intensifs, la vérification de certaines estimations et les hospitalisations extérieures).

Par la suite, le Ministre de la santé, des affaires sociales et de la police a organisé une table ronde en fin d'année 2000. Ont pris part à la discussion, le Conseil d'administration et la direction générale du Centre de gestion hospitalière (CGH), le Collège médical unique (CMU) du CGH, les directeurs d'établissements et des représentants du personnel, notamment les infirmiers-chefs généraux. La Société médicale du canton du Jura a également participé, de même que la Fédération romande des consommateurs, qui a pu apporter le point de vue des patients. (voir à ce sujet le communiqué de presse publié à l'issue de la table ronde, annexe 8.3).

En complément, le Ministre a procédé à l'audition, en mai 2001, de plusieurs acteurs économiques, politiques et de la santé concernés par la planification hospitalière, en présence d'experts et de représentants des services de l'Etat et du CGH. Les présidents des trois associations de maires, le vice-président de l'Association pour le développement économique du district de Porrentruy (ADEP), les représentants syndicaux, deux membres de la Société médicale du canton du Jura, le président du Conseil de la santé publique, le directeur du CGH, les directeurs des hôpitaux et les cadres infirmiers des hôpitaux ont pu faire part de leur point de vue. Une réflexion de médecins du CMU, d'experts en planification hospitalière et en communication a complété ces auditions.

› 2 ›

› Caractéristiques et coût du système de santé jurassien ›



» Caractéristiques et coût du système de santé jurassien »

Le système de santé jurassien se caractérise notamment par une offre élevée de lits de soins aigus et des coûts (primes) qui sont en forte augmentation.

2>1 OFFRE ÉLEVÉE DE LITS DE SOINS AIGUS

Deux hôpitaux - Delémont et Porrentruy - qualifiés de « régionaux » répondent aux besoins de la population en offrant tous deux l'ensemble des prestations de base¹. L'hôpital de Saignelégier, avec treize lits de soins aigus et subaigus, complète l'offre dans ce domaine.

Les trois hôpitaux offrent ensemble 286 lits de soins aigus somatiques² pour une population de moins de 70'000 habitants. Pour avoir une image réaliste des besoins, il faut y ajouter les 74 lits d'hôpitaux occupés par nécessité médicale en 2000³ à l'extérieur du canton par des Jurassiens. L'addition des lits internes et externes au canton, soit 360 lits, représente l'offre hospitalière.

Sans prendre en compte les hospitalisations à l'extérieur du canton, le nombre de lits pour 1'000 habitants s'élève donc à 4,1 (base 70'000 habitants), ce qui constitue un taux élevé en regard des chiffres des autres cantons romands. Le Gouvernement jurassien a d'ailleurs déjà pris des mesures pour réduire le nombre de lits du CGH et poursuivra sa politique dans ce sens. A titre d'exemple, les réformes en cours dans les cantons de Fribourg et Neuchâtel prévoient des taux de lits de soins aigus de 3,2, respectivement 2,9 pour 1'000 habitants.

Autre élément à prendre en considération: la proportion élevée de journées dites inappropriées qui, selon les résultats de trois années de revue d'hospitalisation⁴ menées par le CGH, se situe aux alentours des 50%. Sont considérées comme « inappropriées » des journées d'hospitalisation qui n'auraient pas lieu d'être si la gestion de l'occupation des lits pouvait s'effectuer dans des établissements dont les fonctions seraient bien différenciées, notamment entre prise en charge aiguë et réadaptation ou suite de traitement. L'absence de structure de soin adéquate, la prudence médicale et les admissions prématurées sont les causes les plus fréquentes de journées dites « inappropriées ». En réduisant à 25 ou 30% les journées de soins inappropriées (seuil dit incompressible), le CGH parviendrait à diminuer les surcapacités en lits de soins aigus de 20 à 25%, ce qui représenterait 55 à 70 lits (286 lits x 20 ou 25%). Il convient toutefois de préciser ici que la seule réduction du nombre de lits ne constitue qu'une partie de l'objectif du plan hospitalier. L'autre étant la réaffectation de lits de soins aigus en lits de soins de réadaptation notamment.

¹ Les prestations de base sont définies dans le plan sanitaire du 9 décembre 1998 comme étant celles de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie (article 11, alinéa 1, loi sur les hôpitaux - LH)

² 147 lits à Delémont, 126 à Porrentruy et 13 à Saignelégier. Le terme « somatique » fait référence à tout ce qui ne relève pas de la psychiatrie.

³ La ventilation par type d'établissement est la suivante: 14 lits en établissements de soins généraux, 27 lits en établissements psychiatriques, 27 lits en hôpitaux universitaires et spécialisés et 6 lits en établissements de réadaptation.

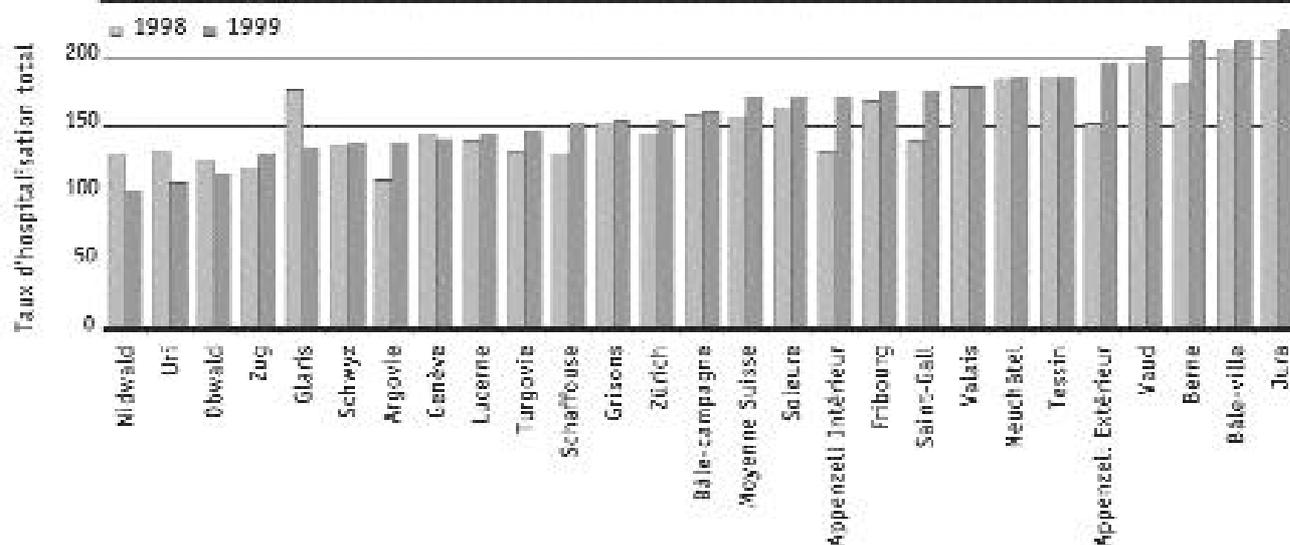
⁴ La revue d'hospitalisation est un instrument qui mesure la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation en milieu de soins aigus au moyen d'une liste explicite de critères.

2>2 TAUX ÉLEVÉ D'HOSPITALISATION⁵

Dans le Canton du Jura, les coûts hospitaliers - stationnaires et ambulatoires - représentent 41% des dépenses LAMal, alors que la proportion est de 35% au niveau suisse. Ce pourcentage important s'explique par un taux d'hospitalisation au Jura plus élevé que la moyenne suisse. Le nombre de patients hospitalisés rapporté au nombre d'habitants de chaque canton place le Jura au sommet avec 220 cas hospitalisés pour 1'000 habitants. Le Jura se situe devant Bâle-Ville (212), Berne (212) et Vaud (207). D'autres cantons non universitaires ont des taux nettement inférieurs, comme Appenzell Rhodes extérieures (196), le Tessin (186), Neuchâtel (185), le Valais (178), St-Gall (176), Fribourg (175), Soleure (170), et Schaffhouse (152). La moyenne des taux d'hospitalisation des cantons non universitaires est de 152.

Les comparaisons détaillées effectuées avec les autres cantons, par exemple en prenant en compte la densité de médecins exerçant en pratique privée, ne laissent guère de doute sur le fait que l'offre élevée de lits contribue à créer une demande d'hospitalisation qui se situe au-dessus de la moyenne suisse.

TAUX D'HOSPITALISATION EN SOINS AIGUS (Source: Office fédéral de la statistique) (Nombre de sorties⁶ des patients par canton, traitements dans et hors canton)



Il convient d'ajouter ici que 1'550 Jurassiennes et Jurassiens ont été hospitalisés en 2000 à l'extérieur du canton⁷. Ces hospitalisations ont entraîné une charge financière d'environ 10,6 millions de francs. Cela représente quelque 22 à 23'000 journées d'hospitalisation pour un coût moyen par cas proche de 7'000 francs toutes catégories confondues (établissements de soins généraux, universitaires, psychiatriques, de réadaptation, etc.).

⁵ Taux d'hospitalisation = nombre de cas traités dans et hors canton au sens de l'art. 41, al. 3, LAMal, pour 1'000 habitants du canton.

⁶ La statistique est établie sur la base des personnes qui quittent l'établissement hospitalier durant l'année considérée (un patient peut donc apparaître plusieurs fois dans la statistique).

⁷ L'analyse ne porte ici que sur les hospitalisations au sens de l'art. 41, al. 3, LAMal, c'est-à-dire des cas où le financement par le canton intervient. Une analyse exhaustive devrait prendre en compte quelque 1'400 cas supplémentaires qui relèvent d'un autre financement (par exemple choix d'une hospitalisation extérieure par convenue personnelle ou prise en charge par une assurance accidents).

› Caractéristiques et coût du système de santé jurassien ›

ÉVOLUTION DES CAS D'HOSPITALISATIONS EXTÉRIEURE AU CANTON DU JURA, AU SENS DE L'ART. 41, AL. 3, LAMAL

Année	Nombre de cas	A charge du canton et des communes (millions de francs)
1997	1'568	10,4
1998	1'877	13,3
1999	1'600	10,8
2000	1'550	10,6

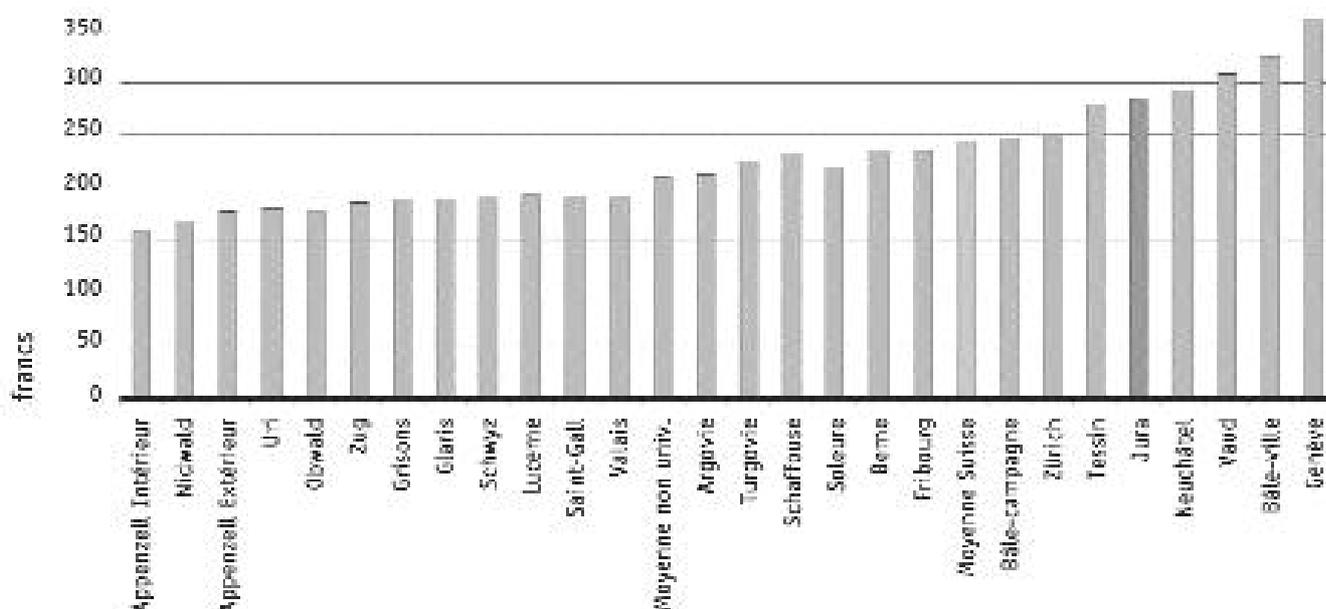
Les hospitalisations extérieures sont justifiées d'une part par des prestations qui ne sont pas offertes dans le canton (opérations à cœur ouvert, transplantation, chirurgie très pointue, réadaptation spécifique, etc.) et d'autre part par des cas d'urgences survenant en dehors des frontières du canton. L'importance relative des cas hospitalisés en milieu universitaire s'accroît, ce qui tend à confirmer qu'un certain nombre d'actes très pointus ne peuvent être pratiqués que dans ces milieux, et que le canton du Jura aura toujours recours à ces établissements pour ce type de prestations. Par contre, cette situation est susceptible d'évoluer dans le domaine de la réadaptation notamment. L'ouverture en 1998 de l'unité hospitalière médico-psychologique dans le Jura, a permis de réduire d'environ deux millions de francs la charge liée aux hospitalisations extérieures. L'arrivée d'un urologue en début 1999 a entraîné les mêmes types d'effets positifs. Ainsi l'amélioration de l'offre dans la région a manifestement permis de réduire les hospitalisations à l'extérieur du canton.

2>3 PRIMES D'ASSURANCE ET DÉPENSES LAMAL

Les réalités décrites ci-dessus font que les Jurassiennes et les Jurassiens paient des primes d'assurance maladie élevées en comparaison des autres cantons. En 2002, elles sont en fait les cinquièmes plus élevées de Suisse, après celles des cantons de Genève, Bâle-Ville, Vaud et Neuchâtel. Dans le Jura, les primes mensuelles moyennes auront en outre subi l'augmentation la plus forte de Suisse ces six dernières années, passant de 190 francs en 1996 à 285 francs en 2002, soit une hausse de 50%. Durant la même période, la progression des primes dans l'ensemble du pays s'est élevée à 36% (elles ont passé de 180 francs en 1996 à 245 en 2002). En 2002, la prime moyenne jurassienne pour l'assurance obligatoire de soins (LAMal) est de 16,3% plus élevée que la prime moyenne suisse, soit de 40 francs par mois pour un adulte.

Le tableau ci-dessous représente les montants des primes mensuelles moyennes payées par les assurés en comparaison intercantonale.

PRIMES LAMAL MENSUELLES MOYENNES 2002 (adulte, franchise minimale, avec risque accidents) (Source: Office fédéral des assurances sociales)



Les primes d'assurance maladie pèsent donc plus lourdement dans le budget de la famille jurassienne que dans celui de la famille suisse en général. L'aut-il en outre rappeler que le revenu cantonal par habitant du canton du Jura est le plus bas de Suisse en 1999⁸, avec environ 32'200 francs par habitant et par an, et qu'il est donc inférieur de près de 30% au revenu moyen suisse qui s'élève à quelque 46'600 francs.

Ces primes payées par les assurés sont en relation avec des coûts très élevés. Selon le Concordat des assureurs-maladie suisse (CAMS), les charges LAMal⁹ jurassiennes 2000 sont les 6èmes plus élevées de Suisse, après Bâle-Ville, Genève, Vaud, Tessin et Neuchâtel. Les dépenses jurassiennes totales pour des prestations remboursées par la LAMal sont de 14% plus élevées que les dépenses moyennes suisses. Cet écart est de 31% par rapport à la moyenne des cantons sans hôpitaux universitaires.

Le Jura est en outre le canton dans lequel l'augmentation des coûts à charge de la LAMal a été la plus importante depuis son entrée en vigueur le 1er janvier 1996, avec le canton de Bâle-Ville. La hausse totale de la charge annuelle est de près de 500 francs par assuré jurassien.

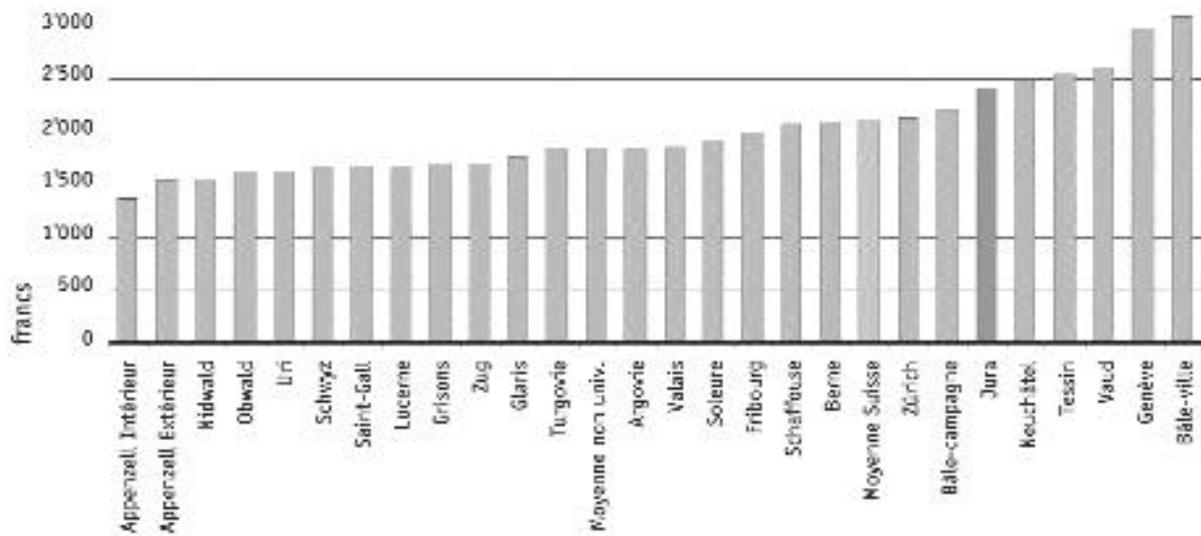
⁸ Chiffres 1999 de l'OFPS, Division de l'économie et des prix, section des comptes nationaux.

⁹ Les principaux domaines sont: les charges hospitalières (ambulatoires et stationnaires), les médecins, les médicaments (médecins et pharmacies), les établissements médico-sociaux, les physiothérapeutes et chiropraticiens, les labo-staires et les soins à domicile.

» Caractéristiques et coût du système de santé jurassien »

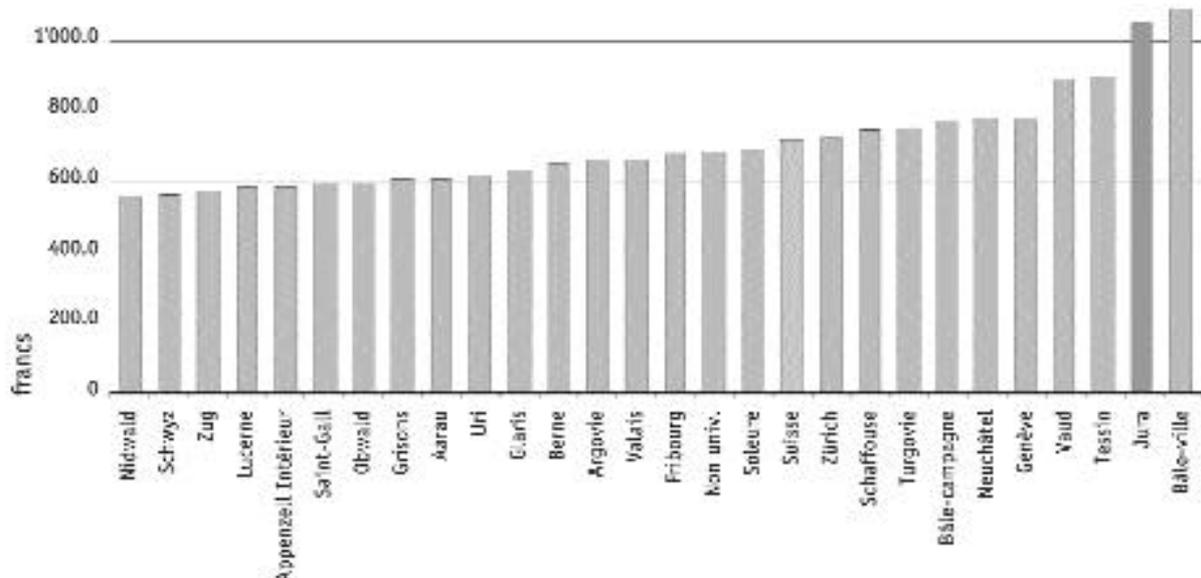
Le tableau ci-dessous compare les dépenses annuelles des caisses maladie par habitant entre les cantons. Les dépenses comprennent les frais hospitaliers, médicaux, des FMS, des médicaments, prestations obtenues dans et hors canton.

DÉPENSES ANNUELLES LAMAL 2000 PAR HABITANT (Source: CAMS, statistique des assurés)



Le tableau ci-dessous établit une comparaison intercantonale des dépenses à charge de la LAMal pour le financement des séjours hospitaliers (ambulatoires et stationnaires, dans et hors canton).

DÉPENSES HOSPITALIÈRES LAMAL PAR HABITANT EN 1999 (Source: CAMS, statistique des assurés)



2>4 LES CONTRIBUTIONS DES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES

2>4>1 Les dépenses par habitant

Les collectivités publiques assurent également une partie du financement des institutions de soins, avec des assureurs maladie et autres "garants" (assurances privées, assurance invalidité, assurances accidents, etc.). Ainsi, dans le Jura, canton et communes ont dépensé en 1998 (chiffres de l'Office fédéral de la statistique qui applique le principe des charges nettes) 940 francs par habitant pour financer le système de santé. Selon cet indicateur, les besoins financiers nets du canton et des communes jurassiennes sont les sixièmes plus élevés de Suisse, derrière Genève (1'870 francs), Bâle-Ville (1'790), Glaris (1'021), Neuchâtel (984) et Grisons (973).

La position du Jura parmi les cantons reste relativement stable au cours du temps. Les besoins financiers nets des communes jurassiennes et du canton figurent en effet constamment parmi les plus élevés des cantons non universitaires, avec Glaris et Neuchâtel.

Par ailleurs, plus de 25% des dépenses annuelles totales⁴⁰ sur le territoire du canton sont affectées au domaine de la santé, alors que la moyenne suisse se situe aux alentours de 20%, selon un autre indicateur provenant de l'administration fédérale des finances qui retient le principe des dépenses brutes.

De plus, d'autres épées de Damoclès menacent encore le financement du système de santé dans le Jura. Ainsi, les incidences d'un jugement au niveau fédéral relatif à la prise en charge par le canton des cas hospitalisés en divisions privée et semi-privée des établissements publics subventionnés sur le territoire cantonal laissent entrevoir une charge supplémentaire annuelle pour les finances publiques jurassiennes de l'ordre de 5 à 7 millions de francs.

Les hôpitaux qualifiés de «régionaux» offrent, naturellement, une palette de prestations moins étendue que les établissements universitaires. Cette différence devrait logiquement se traduire par des charges financières hospitalières moins élevées dans les régions qui ne disposent pas d'un hôpital universitaire. Malheureusement, ce postulat ne se vérifie pas dans le Jura.

Sous l'angle des deux indicateurs qui résument bien les sources de financement du système de santé, les primes et les dépenses publiques, le Jura se situe dans les premiers rangs, au niveau de certains cantons universitaires.

2>4>2 Évolution des charges du CGH

Les projections relatives à la situation financière du CGH sont préoccupantes. En effet, selon le CGH, un important découvert est à craindre, à fin 2001 déjà, si les enveloppes des collectivités publiques et des assureurs ne sont pas revues à la hausse. Les perspectives à plus long terme ne laissent présager aucun signe d'amélioration sans la mise en œuvre de mesures d'économies importantes.

⁴⁰ Ces dépenses sont payées par les ménages, les assureurs privés et les assurances sociales ainsi que les pouvoirs publics.

» Caractéristiques et coût du système de santé jurassien »

Le CGH se trouvera donc dans une situation financière difficile dès 2002. Le résultat négatif enregistré en 1999 (2,3 millions de francs de perte nette) a entraîné une réduction d'autant des fonds propres, qui sont passés de 9,8 millions de francs à fin 1998, à 7,5 millions à fin 1999. Quant à l'exercice 2000, il s'est soldé par une perte nette d'environ 6,9 millions de francs, ce qui a réduit pratiquement à néant les fonds propres de l'institution à fin 2000, conformément à la volonté de l'Etat d'utiliser les réserves du CGH.

En dépit d'une enveloppe d'exploitation 2001 de l'Etat et des communes augmentée de 7,5 millions de francs pour passer à 38,5 millions, le CGH prévoit de nouvelles pertes pour 2001, de l'ordre de 7 à 8 millions de francs. De son côté, la participation des assureurs au financement de l'activité de la chambre commune est restée stable à 25,5 millions de francs de 1999 à 2001.

ÉVOLUTION DES ENVELOPPES D'EXPLOITATION VERSÉES AU CGH (en millions de francs)

Financiers	1998	1999	2000	2001	2002
Etat (48%) et communes (52%)	33,8	31,5	31	38,5	43
Assureurs (LAMal)	26,7	25,5	25,5	25,5	?

CONTRIBUTIONS ANNUELLES DES TROIS CHEFS-LIEUX JURASSIENS AU FINANCEMENT DU CGH

	1998	1999	2000	budget 2001	budget 2002
Communes					
Delémont	3'568'653	3'183'264	3'012'712	3'686'503	4'117'393
Porrentruy	2'147'779	1'930'581	1'851'105	2'283'459	2'550'356
Saignelégier	549'985	540'945	532'161	594'619	664'120

(cf. annexe 8.4 Contribution annuelle par commune)

Pour compléter les indications ci-dessus, ajoutons encore que les dépenses totales pour la santé en Suisse se montent à quelque 40 milliards de francs en l'an 2000. 38% ou 15 milliards sont financés par l'assurance de base (LAMal, financée par les primes d'assurances); 14% ou 5,6 milliards proviennent des pouvoirs publics; quant aux contributions des ménages sans les primes (franchises, automédication, dentiste, etc.), elles s'élèvent à 24% du total, soit 9,6 milliards de francs; les assurances complémentaires s'élèvent à 12% ou 4,8 milliards de francs; les assurances sociales représentent 10% du total soit 4 milliards et finalement les contributions des patients étrangers qui s'élèvent à 2% ou 800 millions.

› 3 ›

› Comment assurer la
qualité des soins? ›

» Comment assurer la qualité des soins? »

La répartition actuelle des tâches entre les hôpitaux jurassiens doit être modifiée pour plusieurs raisons. Premièrement, elle ne permet pas d'assurer, à terme, une qualité des soins et une sécurité optimale des patients. Deuxièmement, à l'instar d'autres cantons, on constate des changements importants qui touchent le secteur de la santé en Suisse et qui vont vers une mutation inéluctable d'une partie des lits de soins aigus en lits destinés à la réadaptation, aux suites de traitement et à d'autres missions spécialisées. Troisièmement, elle entraîne une importante hausse des coûts pour l'assuré et le contribuable jurassien.

3>1 LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA QUALITÉ DES SOINS DOIVENT ÊTRE GARANTIES

Le Gouvernement tient tout particulièrement à ce que soient garanties la qualité des soins prodigués dans le Jura et la sécurité des patients qui s'y font soigner. Il souhaite que les établissements hospitaliers jurassiens soient attractifs pour les patients et les praticiens. Qualité, sécurité et attractivité sont d'ailleurs trois notions fortement liées, qui dépendent de la présence de spécialistes et de matériel de pointe adapté aux prestations fournies dans la région.

3>1>1 «Déclassement» des soins intensifs – la sonnette d'alarme

En préambule, rappelons que le CGH dispose de deux unités de soins intensifs, l'une à Delémont et l'autre à Porrentruy. Il y a six lits sur chaque site pour 40 postes de travail au total et un taux d'occupation qui est de 52% en 2000, ce qui correspond à un faible taux d'activité.

Cette situation est à l'origine de la remise en cause de la reconnaissance de ces deux unités de soins intensifs. Cette remise en question émane de la commission pour la formation post-diplôme en soins intensifs de l'Association suisse des infirmières (ASI), qui estime que «...les deux centres, pris de manière séparée, ne remplissent pas les critères minimaux d'exploitation d'un centre de formation reconnu pour 24 mois». Autrement dit, elle ne reconnaîtra plus qu'une année de formation des infirmières spécialisées dans ces deux services, dès le 1er janvier 2002, au lieu de deux actuellement.

La garantie de reconnaissance du service en cas de regroupement des deux unités actuelles a été demandée à l'ASI. La commission «reconnait que le Canton du Jura doit avoir une unité de soins intensifs digne de ce nom; sa situation géographique le justifie et, selon les critères actuels, elle correspondrait à une unité moyenne de notre pays»¹¹.

Actuellement répartis entre les hôpitaux de Delémont et Porrentruy, le nombre de cas graves est trop peu important sur chaque site pour garantir une expertise suffisante de la part des personnels concernés. Cette situation se trouvera modifiée par le regroupement sur un seul site de ce type de prise en charge.

¹¹ Lettre de l'ASI du 7 août 2001.

Une autre solution serait que chaque hôpital régional soit doté d'un service de soins dits continus et que les situations requérant des soins intensifs reconnus soient adressés à l'hôpital cantonal de Bâle. Le Gouvernement jurassien, suivant en cela l'avis des experts, écarte cette option, car renoncer à une unité de soins intensifs reconnue porterait préjudice à la qualité des prestations médicales et ouvrirait la voie à une marginalisation des hôpitaux jurassiens.

Si le CGH n'était plus doté d'une unité de soins intensifs reconnue, il perdrait de son attractivité et serait dès lors confronté à des difficultés de recrutement de personnels spécialisés, d'une part, et risquerait de voir les patients se tourner vers d'autres établissements, d'autre part. Les interventions chirurgicales lourdes, c'est à dire celles qui nécessitent des soins intensifs reconnus, ne pourraient plus être effectuées dans ses blocs opératoires, ce qui diminuerait l'offre de prestations. Le maintien de deux unités de soins continus – non reconnues – ne diminuerait que faiblement les coûts. Cette option ne peut donc être retenue.

3>1>2 Des compétences sur place sont le gage de qualité des soins et d'attractivité

En automne 2001, le CGH s'est trouvé devant des difficultés de recrutement de personnel. Des postes de médecins-assistants et d'autres personnels spécialisés n'ont pu être que difficilement repourvus. Sans que ce motif soit le seul en cause, le système hospitalier jurassien actuel est peu attractif pour le personnel médical spécialisé. Le risque est donc bien réel de perdre des compétences et, donc, de réduire la qualité des soins et l'attractivité des hôpitaux jurassiens. La présence de spécialistes reconnus est un élément essentiel pour forger la réputation d'un établissement hospitalier et gagner la confiance des patients.

Dans les conditions actuelles, les occasions d'acquérir de nouvelles connaissances et de se perfectionner sont limitées. S'agissant des médecins en formation, ils préfèrent souvent travailler dans des établissements plus grands et être confrontés à une plus grande variété de cas.

Les hôpitaux jurassiens peinent aussi à recruter des spécialistes et à les conserver. Parmi les exemples à ce sujet, citons celui de ce médecin spécialisé en soins intensifs, qui est retourné dans le milieu universitaire une année seulement après son engagement par le CGH à l'hôpital de Delémont.

«On ne fait bien que ce que l'on fait souvent»: cette devise met le doigt sur un problème central du système hospitalier jurassien. La sécurité de la médecine est liée à la maîtrise des situations complexes et des technologies de pointe. Ainsi, pour qu'une équipe soit en mesure de gérer des cas difficiles, dans tous les domaines, il faut qu'elle y soit préparée et entraînée. Or, les bons réflexes et la maîtrise des gestes difficiles ne s'acquièrent que par la pratique, dans le cadre d'un travail d'équipe. Dans des établissements de trop petite taille, le nombre de cas complexes est insuffisant pour répondre à cette exigence. Un des arguments de l'urologue pour ne plus opérer sur les deux sites de Delémont et Porrentruy a été précisément la dispersion des cas dont le petit nombre et la fréquence étaient insuffisants pour permettre le maintien des connaissances et compétences du personnel de soins.

> Comment assurer la qualité des soins? >

Les exigences des patients et de leurs médecins en matière de qualité ne diminueront pas dans le futur. Il est dès lors indispensable de faire en sorte que les Jurassiennes et les Jurassiens puissent bénéficier de soins de même qualité que les autres Suisses. Cette exigence ne sera remplie à l'avenir que si le Jura possède un système hospitalier performant et reconnu.

Il s'agit donc aujourd'hui, tout en reconnaissant la qualité du travail et l'engagement de l'ensemble du personnel hospitalier, de prendre des mesures pour éviter la détérioration de la situation.

3>2 LE SECTEUR DE LA SANTÉ EST EN PLEINE MUTATION

Les normes de planifications hospitalières sont également liées aux découvertes scientifiques et à l'évolution des technologies médicale et informatique. Ce que sous d'autres cieux on a appelé «virage ambulatoire» se produit aussi en Suisse. Les besoins en lits hospitaliers, tels qu'ils ont été identifiés dans le plan sanitaire de 1998, évoluent à la baisse en fonction de ces modifications de l'environnement médico-technique notamment.

3>2>1 Garantir l'accès aux nouvelles technologies médicales

L'analyse des comptes des hôpitaux démontre que le poste de dépenses relatif au matériel et aux appareils médicaux augmente sans cesse depuis quelques années. La technologie est toujours plus perfectionnée et utilisée couramment, elle coûte cher et vieillit rapidement. Les progrès techniques, dans tous les domaines, en particulier dans le domaine médical, sont extrêmement rapides. Le matériel médico-technique est toujours plus performant, aussi bien dans le domaine de l'investigation que du traitement. De plus, certaines contraintes légales d'hygiène hospitalière (notamment liées à la prévention de la transmission de prions vache folle et du sida) imposent de recourir de plus en plus à du matériel à usage unique.

En conséquence, les structures hospitalières devront consentir à des investissements renouvelés et sans doute toujours plus importants à l'avenir. L'évolution technologique entraînera également des efforts de la part des équipes médicales, qui devront maîtriser des appareils toujours plus complexes. Il faut souligner également que l'évolution de la technologie rend les appareils, les instruments et le matériel médical en général toujours plus sophistiqués. Ces nouveaux matériels sont également toujours plus vite dépassés par l'évolution et doivent donc être amortis sur de plus courtes périodes.

Si le canton du Jura veut garantir à ses habitants l'accès à cette évolution technologique, il doit impérativement les regrouper sur un seul site, le financement de ces équipements sur plusieurs sites n'étant plus envisageable.

3>2>2 Les planifications hospitalières actuelles

La planification est un acte politique fondé sur des recherches et l'identification des moyens à appliquer, pour atteindre les objectifs préalablement déterminés. Elle exige notamment la transparence des faits (inventaire, équipement, personnel, etc.) et des intentions, l'exposé des points de vue et des obstacles, l'estimation du coût et des modalités de financement.

Plusieurs cantons avaient déjà élaboré, voire mis en œuvre, une planification hospitalière avant l'entrée en vigueur de la LAMal au 1er janvier 1996. Cette dernière a accéléré le processus de sorte que plus aucun canton n'échappe aujourd'hui à la nécessité de réduire les surcapacités hospitalières. Ainsi, les cantons de Zurich et de Berne «ferment» des hôpitaux de soins aigus. Les cantons romands ont diminué – et vont d'ailleurs continuer à le faire – le nombre de lits de soins aigus. Partout, des établissements doivent changer de missions.

La mise en œuvre de la LAMal a redonné un élan à la planification hospitalière qui est une exigence légale (art. 39 LAMal). Voici quelques exemples récents de planification hospitalière cantonale pour le domaine des soins généraux:

- le canton du Valais (près de 280'000 habitants) a régulièrement adapté ses structures hospitalières depuis une dizaine d'années. L'indicateur «lits de soins aigus/population» est bas. Au début 2001, le nombre de lits de soins aigus somatiques (lits A) est de 3,2 pour 1'000 habitants, alors que le nombre de lits de rééducation (ou lits B) est de 0,7 pour 1'000 habitants;
- le canton de Fribourg (environ 235'000 habitants) a d'abord subi un échec durant les années quatre-vingt (Mediplan) et a vu une large acceptation par le peuple de l'initiative pour le maintien des hôpitaux de district. Il a repris la planification hospitalière en raison de la LAMal: il est en train de passer d'une structure de sept hôpitaux de district, dont un avec fonction cantonale, et trois établissements privés, à une structure d'un hôpital cantonal et de deux hôpitaux régionaux. Les autres établissements reconnus d'intérêt public modifient leurs missions en centre de réadaptation et suites de traitement. Au début 2001, le nombre de lits de soins aigus somatiques est de 3,8 pour 1'000 habitants, alors que le nombre de lits de rééducation est de 0,2 pour 1'000 habitants. D'importantes réformes sont en cours actuellement dans ce canton afin de réduire le nombre de lits somatiques aigus et d'augmenter le nombre de lits de réadaptation notamment; les objectifs à moyen terme sont d'atteindre 3,2 lits A pour 1000 habitants et 0,8 lits B pour 1000 habitants;
- le canton de Neuchâtel (environ 165'000 habitants) a cherché, il y a plusieurs années, sans succès, à restructurer un réseau d'hôpitaux nombreux et généralement de petite taille. Il reprend l'exercice, sous la pression des coûts également fort élevés dans ce canton. Un hôpital en construction en ville de Neuchâtel formera un établissement multisite avec l'autre établissement sis dans la ville. De plus, ce canton dispose d'un hôpital à La Chaux-de-Fonds et une entité de faible taille en soins généraux dans le Val-de-Travers. Au début 2001, le nombre de lits aigus somatique est de 4,2 pour 1'000 habitants, alors que le nombre de lits de rééducation est de 0,3 pour 1'000 habitants; d'importantes adaptations de l'offre de prestations sont en cours dans ce canton depuis plusieurs années: les objectifs à moyen terme sont d'atteindre 500 lits A, soit quelque 2,9 lits pour 1'000 habitants et 160 lits B, soit 0,9 lit pour 1'000 habitants.

» Comment assurer la qualité des soins? »

A titre de comparaison, l'offre hospitalière - exprimée en nombre de lits et en personnel LPT (équivalent plein temps) - pour divers bassins de population se présente comme suit:

Hôpital du Sud-Fribourgeois		
67'000 habitants	110 lits A 90 lits B	un seul site: Riaz deux sites: Châtel-St-Denis et Billens 440 EPT pour 560 collaborateurs
Hôpital du Chablais		
75'000 habitants	160 lits A 0 lits B	deux sites: Aigle et Monthey 421 EPT pour 566 collaborateurs.
Remarque: la situation de cet établissement intercantonal est transitoire puisque l'objectif à terme est de regrouper les soins aigus sur un seul site en associant la Riviera vaudoise.		
Hôpital de la Riviera		
85'000 habitants	210 lits A 60 lits B	deux sites: Vevey et Montreux un site: Blonay (Mottey) 562 EPT pour 712 collaborateurs
(cf. remarque ci-dessus)		
Hôpital intercantonal de la Broye		
55'000 habitants	99 lits A 38 lits B	un seul site: Payerne un seul site: Estavayer 313 EPT pour 423 collaborateurs
Hôpital du Jura bernois		
42'000 habitants	132 lits A 0 lits B	deux sites: St-Imier, Moutier 254 EPT pour 340 collaborateurs
Centre de gestion hospitalière		
70'000 habitants	286 0 lits B	lits A trois sites: Delémont (147), Porrentruy (126) et Saignelégier (13) 815 EPT* pour 1'013 collaborateurs

Les éléments figurant dans le tableau ci-dessus sont donnés à titre indicatif. Ces données sont influencées par des facteurs qui varient d'une région à l'autre (par ex.: présence d'un hôpital cantonal, soins intensifs reconnus, service ambulancier, etc.).

3>2>3 De quoi le canton du Jura a-t-il besoin?

Le Canton du Jura n'échappe donc pas à cette nécessité, que l'on observe partout ailleurs en Suisse, de revoir l'affectation des lits.

Les besoins en soins des Jurassiennes et des Jurassiens peuvent être appréhendés au moyen de lits différenciés selon quatre catégories: les lits de soins aigus stationnaires et ambulatoires (y compris les lits pour nouveau-nés), les lits de médecine subaiguë, les lits pour suite de traitement et de réadaptation et les lits de longs séjours.

*1026 EPT ./ 130 (Home La Promenade de Delémont) ./ 60 (Home Saignelégier) ./ 21 (gériatrie à Porrentruy)

Les lits dits de médecine subaiguë et les lits pour suite de traitement et de réadaptation répondent aux nécessités découlant de la spécialisation croissante de la médecine. Les spécialistes en gériatrie seront également de plus en plus mis à contribution. L'objectif de qualité des prestations oblige l'Etat à renforcer l'offre dans ces secteurs, de manière à permettre aux patients d'obtenir les meilleurs soins adaptés à leurs besoins.

A) Lits de soins aigus stationnaires et ambulatoires

Les lits de soins aigus sont destinés à des séjours brefs. En se fondant sur les appréciations de spécialistes, on estime que le besoin en lits de soins aigus somatiques est de 150 à 170¹² (lits pour médecine subaiguë non compris). Cette estimation ne comprend donc pas les lits occupés par des habitants du canton à l'extérieur de celui-ci. Elle englobe en revanche 8 lits de soins intensifs, mais les berceaux pour les nourrissons (pouponnières) ne sont pas inclus.

Les lits hospitaliers pour les soins aigus de patients psychiatriques adultes sont au nombre de 20, ce qui correspond au besoin du canton.

B) Lits pour suite de traitement et de réadaptation

La réadaptation s'occupe des conséquences de maladies et d'accidents. Il s'agit alors d'évaluer et d'aider les personnes souffrant de handicaps découlant des atteintes à leur santé dans le but de leur permettre de retrouver au plus vite leur autonomie.

Les besoins ont été estimés par le CCH à environ 60 lits¹³.

C) Lits de médecine subaiguë, lits de traitement de la douleur et de soins palliatifs

Les lits de médecine subaiguë sont destinés à l'évaluation de l'état de santé de patients en admission primaire (première admission d'un patient) pour des problèmes de santé qui ne nécessitent pas d'intervention urgente. Les soins palliatifs sont principalement destinés à des malades requérant un traitement particulier contre la douleur et à des personnes en fin de vie (cf. Plan sanitaire. Message du Gouvernement au Parlement du 19 août 1998, p. 79). On estime ici le besoin, en se fondant sur la pratique fribourgeoise, à 50 à 60 lits. Ce chiffre comprend les six lits occupés à l'hôpital de Porrentruy par des personnes gravement handicapées.

D) Lits de longs séjours

Les lits de longs séjours sont destinés à la prise en charge des personnes âgées dans un cadre de vie adéquat (foyer, home). Ils ne sont en principe pas localisés dans les hôpitaux, sauf à Saignelégier. On peut estimer qu'en 2010, le nombre de lits nécessaires à une population de 72'000 habitants, dont 13'500 auront plus de 65 ans (19,3%) et environ 4'000 plus de 85 ans (5,7%), s'élèvera entre 745 et 815¹⁴. Ces lits se trouvent dans les homes médicalisés et les foyers pour personnes âgées.

¹² Selon les experts, le besoin en lits de soins aigus somatiques - dans et hors canton - est de 2,5 lits pour 1'000 habitants, soit 175 lits pour 70'000 habitants. C'est en retranchant de ce chiffre les hospitalisations en milieu universitaire que l'on obtient la fourchette de 150 à 170 lits de soins aigus.

¹³ Cette estimation se base sur l'analyse des résultats des revues d'hospitalisation menées au CCH, ainsi que sur les estimations réalisées dans d'autres cantons.

¹⁴ Ces estimations ont été réalisées par l'Observatoire de la santé du canton du Jura sur la base des projections de la population.

» Comment assurer la qualité des soins? »

Actuellement, le canton du Jura dispose de 713 lits dans les homes et foyers, auxquels il faut ajouter les 62 lits de gérontopsychiatrie localisés dans le home de La Promenade à Delémont et dans les deux hôpitaux de Saignelégier et Porrentruy. Les besoins en lits de longs séjours pour l'ensemble du territoire jurassien sont donc pratiquement couverts pour les dix prochaines années.

Selon ces estimations, une augmentation des besoins se fera sentir à l'orée de 2010.

3>3 MAÎTRISE DES COÛTS

Tous les spécialistes sont d'accord sur ce point: les coûts de la technologie médicale vont augmenter avec le temps, ce qui se répercutera sur le niveau des primes à charge des assurés et sur les charges des collectivités publiques.

Rappelons ici que «les objectifs que le Gouvernement propose au Parlement sont de maîtriser les coûts et, à long terme, de stabiliser la quote-part du revenu cantonal que les habitants du canton du Jura consacrent au système de santé et de s'approcher de la moyenne des cantons non universitaires pour les principaux indicateurs de santé et de coûts», («Message du Gouvernement au Parlement concernant le Plan sanitaire», daté du 19 août 1998).

3>3>1 La technologie médicale a un prix

Le Gouvernement jurassien estime que le canton n'a pas la capacité suffisante pour maintenir à la pointe du progrès technologique deux centres hospitaliers de soins aigus. La hausse programmée des charges fait courir le risque de ne pouvoir financer les installations nécessaires à la pratique d'une médecine aiguë de qualité dans la région. Avec ses moyens, le Jura ne pourra pas entretenir et moderniser à terme deux plateaux médico-techniques (blocs opératoires et soins intensifs), ce qui portera assurément préjudice à la qualité des soins et à l'attractivité de ses hôpitaux.

3>3>2 Efforts d'économie déjà entrepris

Depuis l'adoption du Plan sanitaire en décembre 1998, deux réductions de lits ont été réalisées¹⁵:

La première réduction de lits (à Porrentruy et à Saignelégier) a entraîné une économie d'environ 750'000 francs par an. La seconde réduction a permis une réduction annuelle des charges de l'ordre de 200'000 francs pour l'hôpital régional de Delémont. Au total donc, ces réductions de lits ont permis d'économiser environ 1 million de francs par an.

En 2001, le CGH a réduit de 10 unités le nombre de lits de l'Hôpital de Saignelégier (sans diminution de personnel) et de 11 unités à l'Hôpital de Porrentruy. Dans ce dernier cas, la mesure permet de réduire les charges de 550'000 francs par année.

¹⁵ Arrêtés du Gouvernement du 8 décembre 1998 et du 23 mars 1999.

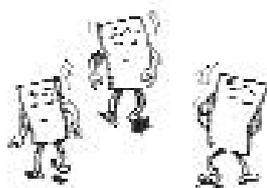
La poursuite des efforts entrepris pour réduire le nombre de lits se heurte à l'organisation actuelle des hôpitaux. Des mesures ponctuelles ne suffisent donc plus. Une refonte en profondeur de l'organisation des hôpitaux jurassiens s'avère indispensable.

Le Gouvernement jurassien s'est donc attelé à la recherche d'une solution qui permette d'agir sur les trois éléments actuellement problématiques: assurer, à terme, la sécurité et la qualité des soins, s'adapter à l'environnement hospitalier actuel en réduisant le nombre de lits et limiter la hausse des coûts à charge des contribuables et des assurés.

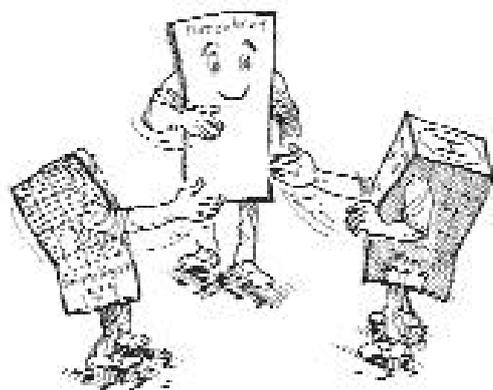
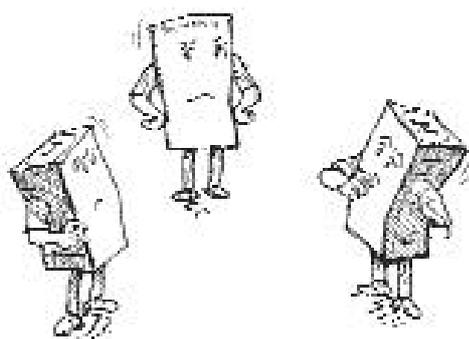


› Le scénario proposé ›

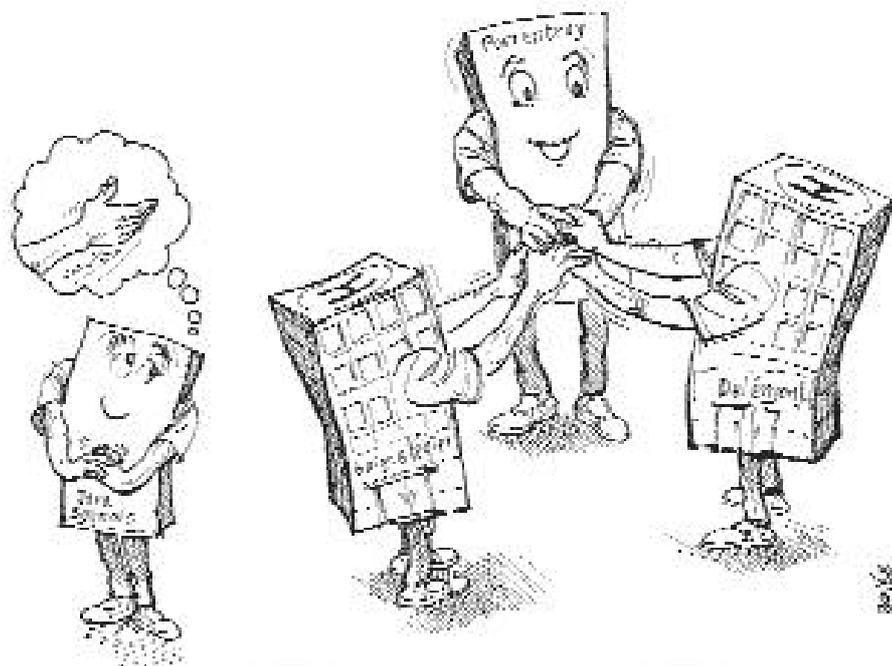
Missions cantonales pour les hôpitaux de Delémont et de Porrentruy, prestations maintenues à Saignelégier



UN HÔPITAL MULTISITE DU JURA...



...OÙ CHACUN
AURA SA MISSION !



4>1 DESCRIPTION DU SCÉNARIO PROPOSÉ

Les missions de l'Hôpital multisite du Jura sont réparties sur les trois sites de Delémont, Porrentruy et Saignelégier selon le principe de la complémentarité.

Aujourd'hui, un hôpital, qu'il offre des soins aigus, des soins de réadaptation et suite de traitement ou d'autres soins, doit répondre à des exigences de qualité professionnelle, de qualité humaine et d'équipements performants. Il doit disposer d'équipes de médecins, de soignants, de techniciens, et de personnels spécialisés et capables de gérer, en équipe, des situations d'urgence ou des situations difficiles.

Les bâtiments existants de Delémont et de Porrentruy sont adaptés en fonction des nouvelles missions.

4>1>1 Hôpital de Delémont

L'hôpital de Delémont est aménagé à terme en site de soins aigus.

Le site dispense des soins aigus, y compris les activités médicales opératoires et d'investigation. Il abrite le secteur mère-enfant, ce dernier devant être rattaché à un site doté d'un bloc opératoire ouvert 24h sur 24 tous les jours de l'année. Il est équipé d'un plateau médico-technique, d'un service de soins intensifs, d'un service d'urgences. Les besoins en lits, y compris pour les hospitalisations ambulatoires, sont estimés entre 150 et 170 (contre 273 actuellement répartis entre Delémont et Porrentruy).

La psychiatrie aiguë y dispose de 20 lits et la pouponnière de 15 berceaux non compris dans ces 150 à 170 lits.

Une antenne d'hémodialyse y est aménagée¹⁶. Un service ambulancier et des services médico-techniques complètent sa dotation.

4>1>2 Hôpital de Porrentruy

La mission de l'hôpital de Porrentruy est de pratiquer une médecine subaiguë, les traitements de réadaptation (CTR), les traitements moyens séjours, les prises en charge gérontopsychiatriques. Les soins palliatifs, les traitements de la douleur, l'oncologie font également partie de sa mission et à cet effet, il dispose d'une unité de médecine qui pourra aussi admettre des patients directement. Les consultations et investigations de médecins spécialistes y sont assurées.

¹⁶ Ce choix prend en compte le besoin du patient dialysé qui doit durant de longues années bénéficier de soins plusieurs fois par semaine.

La sécurité des patients d'Ajoie est assurée de la manière suivante:

- Un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) est mis sur pied et développé simultanément à la réorganisation hospitalière.
- Un service d'urgences maintient la permanence médicale 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.
- Un transport interhospitalier (service ambulancier), médicalisé au besoin pour des cas critiques, est mis sur pied au sein du réseau hospitalier et collabore avec le SMUR.

Ces transports – navettes entre hôpitaux – tendent d'ailleurs à augmenter de façon importante dans le cadre du traitement en réseau, non seulement à l'échelon jurassien, mais également avec des centres hospitaliers universitaires.

Les patients seront en principe traités sur place, que ce soit de manière ambulatoire ou stationnaire. Seront ainsi transférés sur le site de soins aigus les patients nécessitant une intervention chirurgicale urgente en salle d'opération, un séjour aux soins intensifs ou d'autres prestations urgentes éventuellement non disponibles sur place. Au besoin, d'autres patients seront transférés directement en hôpital universitaire comme par le passé. Un service ambulancier et des services médico-techniques complètent sa dotation.

Les besoins de l'hôpital de Porrentruy sont estimés entre 130 et 140 lits.

Les patients en traitement à Delémont, une fois la phase aiguë de leur maladie ou de leur accident terminée, sont transférés à l'hôpital de Porrentruy pour la suite de leurs traitements ou une réadaptation spécifique.

Si la réadaptation cardio-vasculaire est réservée au Centre de réadaptation cardio-vasculaire (CJRC) du Noirmont, des domaines comme ceux de la réadaptation rhumatologique, traumatologique de l'appareil locomoteur, pneumologique ou encore neurologique prennent place à Porrentruy.

Il convient encore de souligner que le nombre de lits augmentera progressivement à Porrentruy en raison de l'évolution de la demande liée aux missions assignées à l'hôpital de Porrentruy.

Enfin le Gouvernement prévoit d'y installer le siège du CGH, d'où le transfert d'une dizaine de postes de Delémont à Porrentruy.

4>1>3 Hôpital de Saignelégier

L'hôpital de Saignelégier demeure ce qu'il est aujourd'hui. Il est doté d'une unité de médecine subaigue-gériatrique de 13 lits, d'une unité de gérontopsychiatrie (longs séjours) de 15 lits. Des consultations spécialisées y sont offertes en fonction de la demande. Un service d'urgences est intégré à l'unité de médecine. Le service ambulancier et les services médico-techniques complètent l'équipement du site.

Le home médicalisé (62 lits) est intégré au site.

» Le scénario proposé »

4>1>4 Tableau récapitulatif des prestations par site

Prestations	Delémont	Porrentruy	Saignelégier
soins aigus, y compris activités médicales opératoires et d'investigation, secteur mère-enfant, plateau médico-technique, service de soins intensifs	x		
unité de médecine pour patients en phase stable de la maladie et de l'accident, au bénéfice d'une suite de traitement ou pour patients admis directement ainsi que moyens séjours		x	
centre de traitement et de réadaptation (CTR)		x	
soins palliatifs et traitement de la douleur		x	
médecine subaiguë-gériatrie			x
psychiatrie aiguë	x		
gérontopsychiatrie aiguë		x	
gérontopsychiatrie de longs séjours		x	x
hémodialyse	antenne	unité	
consultations et investigations de médecins spécialistes	x	x	selon besoins
service d'urgences 24h/24	x	x	intégré dans l'unité de médecine
Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (localisé à Porrentruy)*		x	
service ambulancier	x	x	x
services médico-techniques adaptés à la mission	x	x	x

* Le SMUR intervient dans tout le canton.

4>1>5 Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) à Porrentruy

La mise en place d'un SMUR est le corollaire du regroupement des soins aigus. Le SMUR est un dispositif d'urgence composé d'un véhicule prioritaire, équipé d'un matériel complet de réanimation. Le véhicule est conduit par un ambulancier professionnel accompagné d'un médecin formé à l'urgence extra-hospitalière. Le véhicule SMUR ne transporte pas de patient. Il peut être basé dans un hôpital ou dans une centrale d'alarme. Il se rend sur le lieu de détresse en complément à une ambulance, soit à la demande de la structure qui réceptionne l'appel d'urgence et évalue sa gravité (engagement simultané), soit encore à la demande d'ambulanciers déjà au chevet du patient (intervention en deuxième échelon).

Le coût annuel brut d'un SMUR jurassien est estimé à 800'000 francs et correspond au financement de 3,3 postes de médecins (en partie composés de médecins établis en cabinet privé) et 0,2 poste de médecin-chef, 5 postes d'ambulanciers et l'amortissement d'un véhicule d'intervention. De ces 800'000 francs on peut déduire environ 350'000 francs (économies d'échelle, utilisation des infrastructures, piquets communs, etc.) et des recettes supplémentaires

d'environ 125'000 francs liées à la facturation aux patients ou aux assurances. Les charges annuelles nettes s'élèvent donc à environ 325'000 francs (rapport et estimation des Drs Wasserfallen et Moeschler, 1997, et rapport du Dr Reigner, juin 2000).

Le Gouvernement entend ainsi soutenir la formation en médecine d'urgence et de réanimation et l'équipement de médecins, établis en cabinets privés, afin qu'ils puissent contribuer à la prise en charge des urgences, conformément à la volonté du Parlement exprimée dans le plan sanitaire (thèse 10). Les médecins ainsi formés pourront contribuer au fonctionnement du SMUR.

La mise en œuvre du SMUR fera l'objet d'une étude de détails qui devra entre autres préciser la desserte des Franches-Montagnes (collaboration éventuelle avec la Chaux-de-Fonds).

4>1>6 Les urgences

Lorsqu'une personne arrive à l'hôpital de son propre chef, elle est prise en charge par un service d'urgences installé dans l'hôpital. Les médecins de ce service examinent s'ils peuvent traiter le cas, en dispensant les soins nécessaires, ou s'ils doivent orienter le patient vers un autre hôpital.

Actuellement, les services d'urgences des deux hôpitaux de Delémont et Porrentruy assument plusieurs tâches:

A> Accueil de toute demande de consultation 24 heures sur 24, que ce soit sur demande d'un médecin installé de la région ou – beaucoup plus fréquemment – du patient lui-même;

B> Examen médical pour orienter le patient selon 5 voies possibles:

- 1> Intervention chirurgicale urgente en salle d'opération nécessitant le concours d'un anesthésiste.
- 2> Hospitalisation aux soins intensifs pour affection représentant une menace de risque vital.
- 3> Transfert urgent vers un centre spécialisé de type universitaire ou extracantonale.
- 4> Affection / blessure nécessitant un traitement hospitalier (hospitalisation sur place).
- 5> Traitement ambulatoire. Par exemple: consultation spécialisée urgente ou différée, prescription d'un traitement médicamenteux, renvoi pour suite d'investigation ou traitement au médecin traitant.

Il incombera au service d'urgences de Porrentruy de transférer les patients des catégories B>1 à B>3 et d'assumer les autres cas, qui constituent d'ailleurs la majorité des urgences. En se basant sur la pratique actuelle, on peut estimer que plus de 80% des patients qui s'adresseront à l'hôpital de Porrentruy pourront y être traités comme jusqu'ici.

» Le scénario proposé »

4>1>7 Quelques avis

Dans une lettre du 1er décembre 2000 adressée au Département de la santé, des affaires sociales et de la police, le Collège médical unique (CMU) du CGH précise que la réalisation de services répartis sur deux sites, «diminue grandement l'efficacité et parfois la qualité du travail médical et la sécurité pour les patients».

Dans une autre lettre du 20 août 2001 adressée au Service de la santé, le CMU «est en effet convaincu que seule l'option d'un hôpital centralisé de soins aigus sera à même d'assurer à moyen terme dans notre canton la pratique d'une médecine aiguë digne de ce nom et capable de relever le défi des exigences de qualité de notre temps.»

Dans un courrier du 26 mai 2000, les directions de soins infirmiers des établissements du CGH se sont également prononcées en faveur d'une centralisation des soins aigus sur un seul site, avis que partage la Fédération jurassienne des assureurs maladie (FJAM) dont nous reproduisons ci-après la conclusion de sa lettre du 25 août 1999: «La création d'un seul hôpital de soins aigus dans le canton du Jura représente la seule alternative possible permettant de réaliser des économies à long terme dans le domaine stationnaire tout en gardant à la population jurassienne des soins de haute qualité. Le vieillissement de la population et la forte demande en soins qui l'accompagne nous obligent à retenir l'offre de soins dans notre canton, afin d'offrir des structures qui répondent aux besoins réels de la population. Cette réflexion doit nous permettre de réaliser des économies dans plusieurs domaines, notamment dans le domaine des soins aigus stationnaires, afin de compenser les coûts supplémentaires que les citoyens jurassiens devront supporter dans d'autres domaines tel que celui des placements en EMS et celui des soins à domicile.»

Enfin, signalons encore que le comité de la Société médicale du canton du Jura, se prononce également pour le regroupement des soins aigus sur un seul site et propose la construction d'un nouvel hôpital à Glovelier

4>2 LES CONSÉQUENCES PRINCIPALES DU SCÉNARIO PROPOSÉ

4>2>1 Emploi

La diminution des emplois sera de l'ordre de 120 à 150 postes de travail et se fera sur les deux sites de Delémont (à raison d'un tiers) et Porrentruy (à raison de deux tiers).

C'est une mesure très lourde. Cependant, l'ajustement des effectifs devrait pouvoir se faire sans licenciements, en concertation avec les partenaires sociaux. Les départs «naturels» faciliteront la réorganisation. En effet, et même si ce phénomène pourrait se réduire à l'avenir, le taux de rotation du personnel des hôpitaux, sans les médecins-assistants qui changent fréquemment

de lieu de formation, est de 7,5% par rapport au nombre total des employés, soit entre 70 et 80 personnes par année.

ÉVOLUTION DES PLACES DE TRAVAIL (formulées en EPT) avec et sans mise en œuvre du plan hospitalier (sans la psychiatrie aiguë, les UCG, les homes de Saignelégier et de La Promenade).

Sites	Sans mise en œuvre du plan hospitalier (état 2000)		Avec mise en œuvre du plan hospitalier	
	Établissements	Direction CGH	Établissements	Direction CGH
Ensemble des trois sites	798*	17	648 à 678	17
Hôpital de Delémont	393	13	343 à 353	0
Hôpital de Porrentruy	372	3	272 à 292	16
Hôpital de Saignelégier	33	1	33	1

* 798 + 17 = 815 selon tableau p. 31.

Le Gouvernement prévoit en outre de localiser l'administration du CGH à Porrentruy, ce qui équivaut au transfert en Ajoie d'une dizaine d'emplois.

La réduction des places de travail à Delémont et à Porrentruy devrait pouvoir se faire sans licenciement. Si toutefois des personnes ne pouvaient conserver un emploi au sein du CGH, le Gouvernement s'engage à mettre en place, en concertation avec les partenaires sociaux, un plan social et une convention cadre réglant notamment les modalités de départ.

RÉPARTITION DES EMPLOIS DANS LE DOMAINE SANITAIRE DANS LES DISTRICTS.

Catégories/ Districts	Total	Franches-Montagnes		Porrentruy		Delémont	
Hôpitaux, y compris psy. aiguë, UCG et CIBC	980	102	10%	433	44%	445	45%
Homes et foyers	545	95	17%	257	47%	193	36%
Aide et soins à domicile	197	15	8%	96	49%	86	44%
Centre médico-psychologique	56	-	-	20	36%	36	64%
Total général et par district	1778	211	12%	805	45%	760	43%
Répartition de la population	68750	9700	14%	24100	35%	34950	51%

Les éventuelles différences proviennent des arrondis.

4>2>2 Investissements

Depuis 1997, le CGH dispose chaque année d'une enveloppe moyenne d'investissements d'environ 4 millions de francs, montant qui continuerait d'être investi chaque année durant la mise en œuvre du plan, soit durant 5 à 6 ans. Cette enveloppe est et sera destinée au financement des frais d'acquisition et de renouvellement des appareils médico-techniques, ainsi qu'aux travaux d'entretien et d'assainissement lourds des bâtiments.

» Le scénario proposé »

En plus de ces montants, l'application du plan nécessite un investissement supplémentaire estimé à 5 millions de francs. Ce montant est destiné au financement des aménagements nouveaux tels que la réaffectation de locaux à de nouvelles fonctions (locaux médicaux, etc.), salle et appareils supplémentaires dans le bloc opératoire ou déménagement de laboratoires.

Pour financer les 5 millions de francs supplémentaires à un taux d'intérêt de 5% et à un amortissement constant sur 15 ans, la charge annuelle de la dette (intérêt et amortissement) s'élèvera pour l'entier de la période considérée à quelque 450'000 francs.

Le montant total atteint donc environ 25 millions de francs dont 20 millions (sur cinq ans) financés par l'enveloppe annuelle mise à disposition du CGH.

4>2>3 Les déplacements

Étant donné la différenciation des missions entre Delémont et Porrentruy, des patients sortant du site de soins aigus et nécessitant une réadaptation devront être transférés de Delémont à Porrentruy au moyen d'une ambulance ou d'un autre véhicule. Il s'agit là de transports secondaires au sens de la LAMal, dont il convient d'évaluer l'incidence, la fréquence et le coût, voire les investissements qu'ils nécessitent.

L'observation des transports secondaires en 1999 et sur le premier semestre 2000 démontre que ces transports interhospitaliers sont déjà nombreux et qu'ils sont en augmentation. Rapportés à l'année 2000, les transports, recensés par le CGH, dans le sens Delémont - Porrentruy, sont estimés à 90 aller-retour par an, dans le sens Porrentruy - Delémont à 520 aller-retour par année. Les raisons en sont principalement les examens de scanner (360 ou 70% des trajets Porrentruy - Delémont) ou d'autres examens médicaux.

Avec l'application du plan hospitalier, les transferts dans le sens Delémont - Porrentruy augmenteraient puisque les patients nécessitant des soins de réadaptation après la phase aigüe de leur traitement seraient transférés à Porrentruy. Ce sont quelque 900 cas supplémentaires par année qui devront être transférés vers le Centre de traitement et de réadaptation, soit 17 à 19 par semaine. De cette dernière estimation, 9 à 10 patients par semaine sont domiciliés dans le district de Delémont.

Dans le sens Porrentruy - Delémont, ce sont quelque 800 cas supplémentaires par année qui devraient être transférés par ambulance du fait de la spécialisation de la mission des deux établissements.

Le coût des transports supplémentaires entre les sites est estimé entre 400'000 et 500'000 francs si tous les transports se passaient en ambulance.

4.2.4 Maîtrise des coûts d'exploitation

Le scénario proposé entraîne la suppression de 120 à 150 emplois. L'économie sur les charges salariales globales serait de 10,8 à 13,5 millions de francs³¹.

A cela s'ajoute les économies indirectes potentielles qui pourraient se situer entre un et deux millions.

Ces économies indirectes sont constituées des éléments suivants:

- incidences d'une mesure, fermeture d'un bloc opératoire ou d'un service par exemple, sur d'autres services de l'établissement qui deviennent moins sollicités (entretien, techniques, etc.);
- optimisation de la gestion du personnel;
- suppressions de doublons (optimisation de l'utilisation d'un appareil par exemple).

Néanmoins, des coûts supplémentaires liés à l'application du plan hospitalier doivent être pris en compte. Il s'agit des principaux éléments suivants:

- SMUR: le coût net de fonctionnement est estimé à 325'000 francs;
- transports individuels: la charge supplémentaire directement supportée par les patients et leur entourage a été estimée à 100'000.- par an;
- transports inter-hospitaliers: l'estimation de la charge supplémentaire se situe entre 400'000 et 500'000 francs par an;
- investissements nouveaux (voir 4.2.2): la charge annuelle liée aux 5 millions de francs supplémentaires représente un montant de 450'000 par année;
- coûts liés à la mise en place de la nouvelle organisation et mesures d'accompagnement pour le personnel.

ESTIMATION DES ÉCONOMIES SELON DEUX HYPOTHÈSES

	Estimation basse		Estimation haute
- 120 EPT	10,8 millions	-150 EPT	13,5 millions
Économies indirectes	1 million	Économies indirectes	2 millions
./. Coûts supplémentaires:		./. Coûts supplémentaires:	
SMUR (coûts nets)	325'000 francs	SMUR (coûts nets)	325'000 francs
Transports individuels	100'000 francs	Transports individuels	100'000 francs
Transports inter-hosp.	500'000 francs	Transports inter-hosp.	500'000 francs
Investissements nouveaux	450'000 francs	Investissements nouveaux	450'000 francs
Mesures d'accompagnement		Mesures d'accompagnement	
+ nouvelle organisation	p.m.	+ nouvelle organisation	p.m.
Total	10,425 millions		14,125 millions

31/ La charge salariale moyenne au CGH est de 90'000.- par an (salaire et charges sociales).

> Le scénario proposé >

Nous pouvons trouver la confirmation de cette estimation dans les travaux de la commission OHM d'une part, ainsi que dans l'étude de l'Université de Lausanne dans le cadre du plan sanitaire de 1998, d'autre part.

Selon les travaux de la commission OHM, l'économie annuelle serait de 6 à 8 millions. Mais cette estimation reste très partielle puisque ne prenant en compte que la suppression des postes. De plus, le scénario retenu n'était pas le même que celui proposé dans le présent plan hospitalier.

Selon l'étude de l'Université de Lausanne, cette économie serait de l'ordre de 15 millions en cas de transformation d'un des deux établissements en un établissement de soins chroniques.

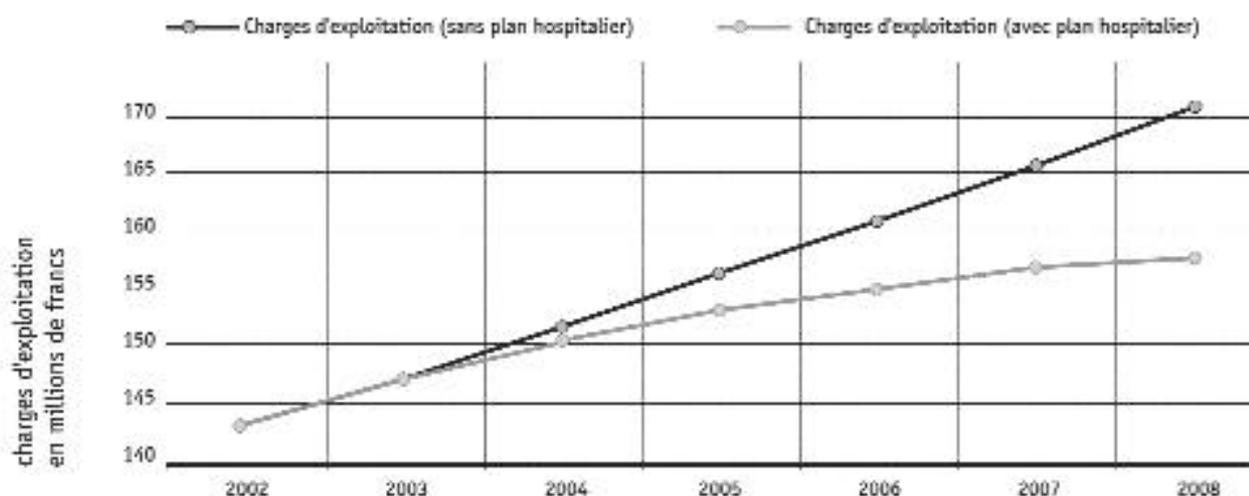
Par mesure de prudence et afin de garantir que les estimations d'économies qui sont fournies ne soient pas surestimées, on considère que les économies possibles sont de 10 à 14 millions de francs sur les charges annuelles de fonctionnement à partir du moment où le plan hospitalier déploiera pleinement ses effets.

Le graphique ci-après présente l'évolution des charges d'exploitation des hôpitaux jurassiens avec et sans application du plan hospitalier.

Il est basé sur les hypothèses suivantes:

- croissance annuelle des charges de 3% (égale à la croissance annuelle moyenne observée au CGH entre 1995 et 2000) si le plan n'est pas appliqué;
- croissance annuelle des charges de 2,5% à partir de 2006 en cas d'application du plan (meilleure utilisation des appareils, économies d'échelles, etc.);
- estimation basse selon tableau p. 44.

DEUX SIMULATIONS DES CHARGES BRUTES D'EXPLOITATION DES HÔPITAUX JURASSIENS (évolution de 2002 à 2008, sans et avec plan hospitalier)



En cumulant les économies annuelles nettes pour la période 2004 à 2008, on parvient à une économie potentielle cumulée de 32 millions de francs, conséquence de l'application progressive du plan hospitalier.

4>2>5 Conséquences sur les primes

Le scénario proposé permettra de freiner la hausse des coûts et donc celle des primes. Il faut toutefois garder à l'esprit que celles-ci ne découlent pas uniquement des coûts hospitaliers, mais de l'ensemble des prestations de santé remboursées par l'assurance obligatoire des soins (LAMal), soit le domaine ambulatoire, les médicaments, les homes, les soins à domicile, les laboratoires, etc. Sans les effets attendus du plan hospitalier, l'augmentation annuelle des primes de caisse maladie poursuivrait une progression vertigineuse qui grèverait de plus en plus insupportable le budget des ménages.

4>2>6 Compensations

Le message pose l'hypothèse que quelque 120 à 150 emplois hospitaliers seront supprimés. Ils se répartissent entre les sites de Delémont et Porrentruy de la manière suivante: un tiers à Delémont et deux tiers à Porrentruy, sans le transfert des emplois du siège du CGH.

Le district qui perd des emplois dans une plus grande proportion que l'autre doit pouvoir bénéficier de mesures qui ont pour but d'atténuer les effets négatifs indirects. Pour ce faire, le Gouvernement propose de prélever sur les économies réalisées par les effets de la planification hospitalière des montants substantiels visant à soutenir la réalisation de projets permettant notamment la création d'emplois, et cela en concertation avec les acteurs économiques et politiques du district de Porrentruy.

Un groupe de travail sera mis sur pied afin de proposer des mesures compensatoires et en évaluer les coûts.

4>3 COLLABORATION AVEC LE JURA BERNOIS

L'Assemblée interjurassienne (AIJ), par sa résolution No 27 du 30 mars 1998, a invité les Gouvernements des cantons de Berne et du Jura à œuvrer en commun à l'institution d'une Conférence régionale des hôpitaux. Les objectifs fixés par la résolution visent à régler la fréquentation réciproque des établissements hospitaliers et à coopérer en matière d'investissements hospitaliers et d'utilisation des équipements de façon à offrir des prestations sanitaires de qualité à des coûts supportables. Un projet d'accord est en discussion entre les deux cantons.

» Le scénario proposé »

Par ailleurs, l'AlJ a adopté une résolution n° 14 le 18 septembre 1996 sur la prise en charge psychiatrique des adolescent(e)s en difficulté. Le Grand-conseil bernois a voté un crédit de financement de l'Unité d'hospitalisation pour adolescents (UHAP), commune au canton du Jura et au Jura bernois, dont le siège a été fixé à Moutier. Le Gouvernement de la République et Canton du Jura a de son côté signé un avenant assurant le financement de la charge incombant aux patients jurassiens. Ainsi, une institution commune, première du genre dans le domaine des soins, entrera en service en 2002.

La résolution n° 40 du 22 février 2000 projette la réalisation d'une structure d'achat et d'assistance pharmaceutique pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. L'étude de ce projet est en cours.

Le scénario proposé laisse la porte ouverte à toute collaboration avec le Jura bernois dans le domaine hospitalier.

4>4 CALENDRIER

Sous l'hypothèse d'une décision du Parlement en 2002 la réalisation complète de ce scénario nous amènerait cinq à six ans plus tard, soit vers 2007 – 2008.

La mise en œuvre du scénario est dépendante du résultat des études de détails des assainissements de bâtiments, des aménagements nouveaux et du calendrier prévu pour ce faire (cf. point 6.2).

Il est prévu dans un premier temps le regroupement des soins intensifs sur un seul site. L'aménagement du bloc opératoire du site de soins aigus et l'aménagement du site de réadaptation suivront. Le secteur mère-enfant sera ensuite regroupé conjointement à la mise en place d'un SMUR et à la réorganisation des services d'urgences. Le détail de la mise en œuvre du plan hospitalier fera l'objet d'une collaboration interdisciplinaire.

4>5 HÔPITAL MULTISITE DU JURA: UN NOUVEAU NOM POUR UN NOUVEAU PROJET

Le Gouvernement propose d'appeler l'hôpital multisite qui découle du plan hospitalier «Hôpital multisite du Jura». Cette appellation remplacera celle de CGH.

› 5 ›

- › Pourquoi localiser les soins aigus à Delémont plutôt qu'à Porrentruy ou à Glovelier? ›

» Pourquoi localiser les soins aigus à Delémont plutôt qu'à Porrentruy ou à Glovelier? »

Le regroupement des soins aigus sur un site étant admis, ce sont des considérations qui relèvent de la géographie, de la démographie et de la géopolitique qui déterminent le choix du lieu de l'offre de ces prestations.

S'agissant du choix entre Delémont et Porrentruy, le bassin de population desservi, plus large, plaide en faveur de la capitale jurassienne. En outre, la position géographique de Delémont est plus centrale, compte tenu aussi de la proximité de la région de Moutier d'où proviennent de nombreux patients.

L'offre de soins suit la tendance qui vise à regrouper les compétences dans un même lieu en fonction des missions. Les Jurassiens, comme d'autres d'ailleurs, ont appris à se déplacer pour être soignés par les meilleurs spécialistes, tant il est vrai qu'on ne peut prétendre offrir toute la médecine et toute la chirurgie dans chaque hôpital du pays. Les règles actuelles de la LAMal et les coûts des assurances complémentaires permettant le libre choix freinent l'accessibilité aux hôpitaux extérieurs au canton de domicile des assurés. Néanmoins, les malades continueront à se déplacer pour obtenir les meilleurs soins. Il faut dès lors considérer l'aurait qu'exerce un lieu pour déterminer la localisation du site de soins aigus. Il apparaît que Delémont est mieux placée de ce point de vue-là que Porrentruy.

Selon les «Grandes lignes de l'organisation du territoire suisse» adoptées par le Conseil fédéral, Delémont est un des points du réseau des villes suisses qu'il convient de consolider et de développer. L'implantation des soins aigus à Delémont préserve à long terme leur capacité à se développer en synergie avec des institutions similaires ou apparentées situées sur le réseau. Elle justifie également, vis-à-vis des prestataires de transport, le maintien et le renforcement d'un réseau efficace de communication entre le centre régional de Delémont et les autres villes du réseau suisse. A cet égard, Delémont est exactement à équidistance de Bâle, de Bienne et de Porrentruy. En effet, la liaison par rail est de 30 minutes vers chacune de ces destinations. Cette situation privilégiée d'accessibilité à l'échelle régionale est le meilleur garant de la pérennité de l'institution, par les synergies et les complémentarités qui pourront se développer. En consolidant les fonctions urbaines de Delémont, on renforce la compétitivité du territoire cantonal, ce qui profitera à l'ensemble de la communauté jurassienne.

A l'échelle de la région jurassienne, l'implantation des soins aigus à Delémont répond à une logique d'offre optimale de prestation en faveur du plus grand nombre. Par sa position géographique centrale, entre Porrentruy et Moutier, par sa situation sur l'axe interjurassien, Delémont présente la meilleure accessibilité tant par les transports publics que par les déplacements en voiture individuelle. Le bassin de population de Delémont, comparé au bassin de population de Porrentruy, se présente comme suit dans le domaine des déplacements en voiture individuelle:

**NOMBRE DE PERSONNES QUI HABITENT À MOINS DE 15, 20 ET 30 MINUTES
DES CENTRES HOSPITALIERS**

Site distant de moins de		Bassin de population*		
		JU	JU+JB	JU+JB+BL+SO
15 minutes de...	Delémont	30'030	30'277	31'458
	Porrentruy	19'175	19'175	19'175
20 minutes de...	Delémont	35'462	43'863	45'044
	Porrentruy	25'417	25'417	25'417
30 minutes de...	Delémont	52'018	65'789	80'602
	Porrentruy	46'519	46'519	46'519

*statistiques cantonales de population en 2000

Selon toute vraisemblance, la collaboration hospitalière avec tout ou partie du Jura bernois s'intensifiera à l'avenir. Le choix de Delémont préserve cette collaboration future dans la mesure où cette ville est proche de Moutier et de sa région. Le Gouvernement confirme son ouverture intercantonale.

Quant au choix d'une ville plutôt que d'un autre endroit (Clovelier), il tient tout d'abord à une question de coûts. Il sera toujours moins cher de réaménager un hôpital existant plutôt que d'en construire un nouveau. Concrètement, l'aménagement des établissements de Delémont et Porrentruy est estimé à 5 millions de francs auxquels il faut ajouter les investissements ordinaires d'entretien et d'assainissement lourds de bâtiments du CGH, évalués à 20 millions réparti sur 5 ans et financés par l'enveloppe annuelle d'investissements. On arrive ainsi à un total de 25 millions de francs. Ce montant est nettement inférieur à celui de la construction d'un nouvel établissement, estimé à environ 100 millions de francs¹⁸. Par ailleurs, la localisation de ce type d'infrastructure est préférable dans une ville, car une agglomération urbaine offre tout une série de services complémentaires, telles que les transports publics et l'hébergement hôtelier, par exemple. S'agissant des transports publics, le Gouvernement relève que l'accès à l'hôpital dépend, pour certains patients comme pour certains visiteurs, de transports publics adéquats et souhaite renforcer, de concert avec les autorités locales, la desserte des hôpitaux par les transports publics.

¹⁸ Le coût de construction d'un nouvel hôpital est fonction du nombre de lits nécessaire (150 à 170 pour le Jura). On admet que le coût moyen par lit s'élève à environ 600'000 francs pour une nouvelle construction.

› 6 ›

› Suite de la procédure ›

» Suite de la procédure »

6>1 ADOPTION DU PLAN HOSPITALIER

Le Gouvernement propose au Parlement d'adopter le plan hospitalier, qui figure comme document à part du présent message, au moyen de l'arrêté y relatif.

6>2 CRÉDIT D'ÉTUDE

Le Gouvernement propose au Parlement d'accepter un crédit d'étude de 500'000 francs au moyen de l'arrêté y relatif. Il est destiné à financer l'étude permettant la mise en œuvre du plan hospitalier. Le Parlement se prononcera ultérieurement sur le crédit de construction (aménagement et transformations de bâtiments).

Ce crédit d'étude, comme celui de construction, incombe à la charge de l'Etat selon l'article 69, al. 1, litt. b, de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux.

La mise en œuvre du plan hospitalier se déroule en deux phases. La première comprend l'avant-projet de construction avec appel d'offres selon la procédure appliquée aux marchés publics. Le Gouvernement, sur préavis de la commission parlementaire de la santé ou d'une commission spéciale, sanctionne le projet et donne son feu vert pour la poursuite des études.

La seconde phase va jusqu'au projet définitif avec devis détaillé. Le Parlement se prononce ensuite sur le crédit de construction.

Il s'agit d'abord d'accomplir les études préliminaires (évaluation des besoins), comprenant le programme de construction et l'avant-projet. Ce crédit d'étude est octroyé au Gouvernement qui en délègue l'usage par mandat au CGH, maître d'ouvrage. Cette étude est menée en collaboration avec le service des constructions et le service de la santé.

ÉTAPES ET DURÉE DES TRAVAUX

Désignation du mandataire (bureau d'architecture). Evaluation des besoins et définition des objectifs, des conditions d'intégration et d'articulation avec les bâtiments existants, organisation des locaux en vue du dimensionnement des bâtiments de Delémont et Porrentruy	6 mois
Programme de transformations	6 mois
Avant-projet + appel d'offres selon procédure des marchés publics	10 à 12 mois
Décision par le Gouvernement sur préavis de la commission parlementaire de la santé	1 mois
Projet définitif et devis détaillé	6 à 8 mois
Examen par les services de l'Etat et élaboration du message du Gouvernement	6 à 8 mois
Décision du Parlement	2 mois
La durée des études de la mise en œuvre du plan hospitalier est évaluée à	37 à 43 mois
La durée des travaux de construction et de l'aménagement des bâtiments existants à	22 à 24 mois
La durée totale estimée de la mise en œuvre complète du plan hospitalier est de	59 à 67 mois

6>3 MODIFICATION DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX

Le Gouvernement propose également au Parlement une série de modifications de la loi du 22 juin 1994 sur les hôpitaux (LH) concernant l'organisation interne des hôpitaux, le rôle des directeurs de sites et le nouveau nom du CGH.

Les modifications légales proposées ainsi qu'un tableau comparatif intégrant les commentaires se trouvent comme documents à part du présent message.

6>4 COMMENT S'OPÈRE LA RESTRUCTURATION? COMMENT SE RÉPARTISSENT LES COMPÉTENCES?

Le Parlement approuve le plan hospitalier et détermine les investissements en matière d'infrastructures (aménagement des bâtiments). Il modifie la loi sur les hôpitaux. Il vote les crédits d'études et mandate le Gouvernement pour les accomplir. Il exerce la haute surveillance du CGH dont il approuve les comptes et le rapport d'activité.

Le Gouvernement effectue les travaux préparatoires de la planification hospitalière. Il accomplit les tâches liées au mandat du Parlement. Il surveille le fonctionnement du CGH. Il alloue les enveloppes budgétaires d'exploitation et d'investissement, sous réserve des compétences du Parlement.

En outre, il charge le Département de la santé, des affaires sociales et de la police d'instituer un contrôle sur les investissements lourds, de manière à assurer que ces derniers soient compatibles avec la mise en œuvre du plan hospitalier.

Pour la mise en œuvre le plan hospitalier, le Gouvernement mandate le CGH. Ce dernier agit en collaboration avec le service de la santé et le service des constructions.

6>5 LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN HOSPITALIER EST CONFIEE PAR MANDAT AU CGH

Sur la base de la mission du CGH, définie par le plan hospitalier et conformément à la loi sur les hôpitaux, le Gouvernement confie un mandat de mise en œuvre du plan hospitalier au CGH.

Le CGH mène les études d'organisation interne, de transformation des bâtiments. Il rend sur ces points et sur l'ensemble des investissements un rapport régulier au Gouvernement (cf. 4.2.2).

Afin de veiller au bon déroulement du processus de mise en œuvre du plan hospitalier et à la qualité de la communication, le Gouvernement met en place un groupe opérationnel de suivi, en définit la composition et le mandat. Ce groupe est placé sous la responsabilité du Département de la santé, des affaires sociales et de la police. Il est composé de 7 à 9 membres comprenant notamment des représentants de la commission parlementaire de la santé, du service des constructions, du service de la santé et d'autres acteurs du secteur de la santé.

En donnant mandat au CGH de mettre en œuvre le plan hospitalier admis par le Parlement, le Gouvernement conserve les prérogatives qui lui sont dévolues par la loi sur les hôpitaux.

DANS UN SECTEUR EN CONSTANTE ÉVOLUTION...
... UN HÔPITAL POUR L'AVENIR...



7 > Conclusion >

Comme le plan sanitaire, le plan hospitalier doit être ouvert sur l'avenir et tenir compte de l'évolution de la médecine et des attentes des patients.

La qualité des soins et la sécurité des patients est une priorité du Gouvernement. Il souhaite maintenir dans la région des prestations médicales de qualité élevée, et ainsi accroître l'attractivité de la place jurassienne dans le domaine des soins.

Afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients à un coût supportable pour les assurés et les collectivités publiques, de permettre à la médecine et aux soins de s'adapter à l'évolution future tout en maîtrisant les coûts, le Gouvernement propose au Parlement un plan hospitalier qui consacre le concept d'hôpital multisite, regroupe les soins aigus sur le site de Delémont et octroie des missions cantonales nouvelles au site de Porrentruy, le site de Saignelégier maintenant ses prestations. Le plan proposé permet également de réaliser des économies de fonctionnement de 10 à 14 millions de francs par an.

C'est le scénario le mieux adapté à la réalité jurassienne, le plus cohérent dans l'environnement hospitalier suisse actuel et le plus efficient pour assurer la prise en charge des patients jurassiens. Ce scénario correspond aux normes actuelles de planification hospitalière, qui prévoient un hôpital de soins aigus pour environ 100'000 habitants. Le Gouvernement propose la stratégie qui répond le mieux à l'intérêt général de la population jurassienne dans son ensemble.

Le scénario proposé laisse la porte ouverte à toute collaboration avec le Jura bernois.

L'A16 en construction rapproche les personnes, les localités et les institutions. L'amélioration des voies de communication modifie la perception et l'approche des problèmes de santé et leurs solutions. Or, l'achèvement de l'A16 sur le territoire cantonal correspond à la fin du processus de mise en œuvre du plan hospitalier.

Le Gouvernement recommande au Parlement d'adopter le plan hospitalier cantonal et le crédit d'étude de sa mise en œuvre et les modifications de la loi sur les hôpitaux qui lui sont proposés.

Delémont, le 23 octobre 2001.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

Le Président

Le Chancelier

Claude Hêche

Sigismond Jacquod

Documents joints:

- plan hospitalier
- arrêté d'approbation du plan hospitalier
- arrêté octroyant un crédit pour financer la mise en œuvre du plan hospitalier
- loi sur les hôpitaux et tableau comparatif

› 8 ›

› Annexes ›

8>1 LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIJ	Assemblée interjurassienne
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
CGH	Centre de gestion hospitalière
CJRC	Centre de réadaptation cardiovasculaire
CMU	Collège médical unique
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DSP	Département de la santé, des affaires sociales et de la police
EMS	Établissement médico-social
EPT	Équivalent plein temps
ESIJ	École de soins infirmiers du Jura
FAS	Fondation pour l'aide et les soins à domicile
HDS	Hôpital de district de Saignelégier
HES	Haute école spécialisée
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
LH	Loi sur les hôpitaux
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OPS	Office fédéral de la statistique
OHM	Organisation de l'hôpital multisite
SMJ	Société médicale du canton du Jura
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSA	Service de la santé publique
UHMP	Unité hospitalière médico-psychologique
USI	Unité de soins intensifs

8>2 MISE EN ŒUVRE DU PLAN SANITAIRE

Thèse No	Titre	Travaux à faire	Organes responsables	Délais réalisation	Réalisation
1	Prévention et promotion de la santé	Bilan de santé JU-NE - consultation - établissement de priorités. Mise au concours d'un poste de responsable promotion de la santé.	SSA	automne 99	Conférence presse 25.10.99 - campagnes NE-JU sur: - accidents de la route; - tabagisme chez les jeunes. Collaboratrice engagée 10/99.
2	Réalisée Réseau de soins	<ul style="list-style-type: none"> • analyse de la situation actuelle; • prendre connaissance des modèles de réseaux de soins existants; • dégager un modèle (concept) de réseau(x) de soins pour la RCJU; • définir les modalités de son application (consultation, calendrier, etc.); 	Conseil de la santé publique	été 99 reporté à la fin 2001	GT mis sur pied. Comptes rendus donnés au Conseil de la santé en octobre 1999 et en février 2000. Rapport en préparation pour consultation des organismes concernés (CGH, FAS, EMS, SMD, SSR).
3	Aide et soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • modification du statut de la Fédération des services d'aide et de soins à domicile (FSAS) et nouvelle structure juridique; • réalisation de l'organisation du travail au niveau des districts; • organigrammes structurels et hiérarchiques; • relations avec Pro Senectute. 	FSAS	fin 2000	Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile (FAS) créée le 24 février 2000 par acte authen- tique. Nomination des membres de son conseil par le Gouvernement. Dissolution des services régionaux. FSAS dissoute le 29 mars 2000. En sus du plan sanitaire: reprise de l'activité «aide au foyer» de Pro Senectute par FAS dès le 1er janvier 2001.
	Réalisée				

Thèse No	Titre	Travaux à faire	Organes responsables	Délais réalisation	Réalisation
4	Foyers et homes	Observation de l'évolution des besoins et propositions quant à la «médicalisation» des foyers.	SSA	2001	Réalisation au 15 octobre 2001 Tableau de bord mis en place. Rapport sur état de la situation en cours d'élaboration.
5-6	L'hôpital et sa mission	<ul style="list-style-type: none"> proposer un modèle de fonctionne- ment de l'hôpital multistite (hm), notamment une nouvelle définition de la répartition de l'offre en pres- tations médicales entre les sites; organiser l'un et proposer des mesures structurelles concourant à un fonctionnement harmonieux; planifier la mise en œuvre des propositions en respectant les attributions des autorités compétentes; rechercher une nouvelle dénomination pour le CGH, puis propositions au Parlement 	Commission «organisation de l'hôpital multistite (OHM)»	fin septembre 1999 (rapport comm. OHM)	Rapport de la commission remis dans le délai imparti (six mois). Proposition de la commission: hôpital multistite avec deux sites de soins aigus (longs séjours et courts séjours), un seul service de soins intensifs, un seul sec- teur mère-enfant (dans le site longs séjours). HDS demeurant ce qu'il est aujourd'hui.
7	Réalisée				
	Ajustement du nombre de lits aigus	atteindre 250 lits de soins aigus pour l'ensemble du CGH.	CGH - SSA	fin 2000	Décisions de principe prises par le Gouvernement. Application incombe au CGH. Ajustement lié à création du CTR (cf. thèse 8)
8	Structures intermédiaires et soins palliatifs	Création de structures intermédiaires pour suite de traitement et de réadaptation. Soins particulier voué à la prise en charge des patients gravement atteints et aux soins palliatifs.	CGH	fin 2000	Création d'un CTR approuvée par le Gouvernement en octobre 2000. Mise en pratique par CGH. Lien avec plan hospitalier.

Thèse No	Titre	Travaux à faire	Organes responsables	Délais réalisation	Réalisation
9	Hôpital Ville de La Chaux- de-Fonds	Hôpital de proximité pour les habitants des Franches-Montagnes. Une convention règle les conditions d'accès et de financement des hospitalisations.	Gouvernement	1999	Déjà en vigueur lors de l'adoption du plan sanitaire.
10	Réalisée Services d'urgences extra- hospitaliers	Définir l'organisation et la coordination des services.	CGH	lié à plan hospitalier (thèses 5 et 6)	Rapport du Dr Reigner remis en 6/2000. Position du GT ad hoc remise en 8/2000.
11	Unités psychiatriques	Examen des nouvelles formes de gestion de ces unités.	SSA	2001	Un GT interne est à l'œuvre.
12	Hospitalisa- tions extérieures Réalisée	Trouver des solutions qui devraient permettre de mieux maîtriser le phénomène.	SSA	été 99	Le budget 1999 a été respecté. Rapport 1998/99 contient les mesures prises.
13	L'ESIJ et sa mission	En sus de son activité ordinaire l'Ecole de soins infirmiers du Jura (ESIJ) est mandatée pour offrir des cours de formation continue.	SSA - ESIJ	2000	Formation continue offerte. Participe à la réalisation de la HES-S2 (Haute école spécialisée santé-social).
15	Réalisée Observatoire de la santé Réalisée	Définition et concrétisation.	SSA	printemps 99	Un économiste a été engagé au SSA dès mai 1999.

8>3 COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 15 DÉCEMBRE 2000

Planification hospitalière: Une table ronde donne sa vision d'avenir

Dans le but de préparer le dossier hospitalier à l'attention du Gouvernement et du Parlement, le chef du Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police, le ministre Claude Héche, a réuni autour d'une table ronde les acteurs principaux du système hospitalier jurassien, soit environ 25 personnes. Au terme d'une discussion très ouverte, l'unanimité des invités s'est faite autour de la nécessité de déboucher, à moyen terme, sur un hôpital unique de soins aigus, sans que les zones de planification et les critères géographiques soient encore précisés. Une phase intermédiaire devrait aussi être envisagée. Il s'agira désormais de poursuivre la réflexion avant la phase de décisions politiques.

Le ministre de la Santé avait convié à la discussion le Conseil d'administration et la Direction générale du CGH, le Collège médical unique du CGH, les directeurs d'établissements et des représentants du personnel soignant, notamment les infirmiers-chefs généraux. Étaient également conviées la Société médicale du canton du Jura, de même que la Fédération romande des consommateurs. Celle-ci a pu exprimer sa manière de considérer l'évolution hospitalière dans le Jura, en regard de l'intérêt des patients.

L'objectif de cette table ronde était de faire participer ces intervenants au processus de décision. Claude Héche ne pouvait en effet concevoir que les principaux protagonistes, qui auront à appliquer les propositions qui découleront des décisions du Parlement, soient tenus à l'écart lors de l'élaboration de celles-ci. Il souhaitait de plus prendre en compte la résolution no 27 de l'Assemblée interjurassienne relative à la coopération des hôpitaux du Canton du Jura et du Jura helvétique.

Le souhait du ministre de la santé était de sortir de ce processus de table ronde avec des propositions de restructuration hospitalière concrètes et des objectifs suffisamment clairs pour permettre un débat public et parlementaire le plus fin possible. Il s'agit en effet de dégager, dans ce dossier complexe et empreint d'émotivité, une vision d'avenir qui permette de débattre de la question au Parlement.

Sur la base d'un inventaire de scénarios, les participants à la table ronde ont dégagé des propositions concrètes. Ils ont convenu que le statu quo hospitalier n'était plus possible. L'unanimité s'est faite sur le principe d'un hôpital unique de soins aigus à moyen terme, c'est-à-dire d'ici 5 à 10 ans. Si l'objectif d'un hôpital unique de soins aigus est retenu, les contours et la localisation restent à affiner; ils dépendent aussi de la zone de planification à prendre en considération, notamment de la résolution no 27 de l'Assemblée interjurassienne.

Une phase intermédiaire devra rapidement être mise en place. Elle devra répondre à la volonté du Gouvernement et du Parlement de réaliser de réelles économies. Elle consistera en une centralisation progressive de certains services clés et une répartition différente des missions de chacun des deux hôpitaux régionaux (Porrentruy et Delémont). La compétence de la mise en place de cette phase intermédiaire incombe au Parlement, puisqu'elle touchera des prestations de base dévolues aux hôpitaux actuels.

La table ronde a démontré une évolution des esprits et des opinions en quelque deux ans depuis l'adoption du plan sanitaire en décembre 1998. Les participants à la table ronde ont manifesté un profond esprit de coopération, un souci partagé de respecter l'opinion de chacun et le sens des responsabilités. RPJU

Delémont, le 15 décembre 2000

8>4 CONTRIBUTION ANNUELLE PAR COMMUNE AU FINANCEMENT DU CGH

(en francs courants, répartition des charges du CGH : 52% à charge des Communes et 48% à charge de l'Etat)

COMMUNES	1998	1999	2000	budget 2001	budget 2002
BASSECOURT	869 305	832 826	821 546	1 005 977	1 123 558
BOECOURT	252 868	254 686	271 848	346 107	386 561
BOURRIGNON	36 875	35 432	38 674	49 630	55 431
CHATILLON	88 615	80 170	73 935	90 469	101 043
CORBAN	84 802	80 944	82 710	103 758	115 885
COURCHAPOIX	87 389	84 705	88 005	101 339	113 184
COURFAIVRE	282 914	282 586	303 368	384 959	429 955
COURRENDLIN	596 068	552 571	532 986	666 638	744 557
COURROUX	613 015	587 918	603 107	753 889	842 006
COURTETELLE	571 662	556 631	541 818	694 259	775 406
DELEMONT	3 568 653	3 183 264	3 012 712	3 686 503	4 117 393
DEVELIER	270 757	273 254	294 803	392 572	438 457
EDERSWILER	48 632	43 364	36 439	42 769	47 768
GLOVELIER	297 301	292 091	285 442	340 435	380 226
MERVELIER	89 643	88 014	88 951	114 332	127 696
METTEMBERT	19 557	20 061	20 991	26 280	29 352
MONTSEVELIER	95 536	93 553	97 324	121 549	135 756
MOVELIER	86 853	85 082	87 644	104 534	116 752
PLEIGNE	69 661	66 679	67 009	78 130	87 262
REBEUVELIER	59 293	56 855	58 155	70 412	78 642
ROSSEMAISON	133 092	136 237	140 151	182 351	203 665
SAULCY	51 229	46 410	45 052	55 031	61 463
SOULCE	42 429	44 430	46 741	62 971	70 331
SOYHIERES	83 296	80 252	84 001	113 828	127 133
UNDERVELIER	35 969	38 268	43 956	57 106	63 781
VELLERAT	14 574	11 678	9 718	13 265	14 816
VERMES	87 585	67 003	55 060	69 217	77 307
VICQUES	290 913	300 056	319 089	404 521	451 802
TOTAL DELEMONT	8 828 486	8 275 017	8 151 234	10 132 831	11 317 188

› Démarches entreprises depuis l'adoption du plan hospitalier ›

COMMUNES	1998	1999	2000	budget 2001	budget 2002
ALLE	448 567	403 311	398 505	482 681	539 099
ASUEL	92 124	87 829	84 507	103 654	115 770
BEURNEVESIN	39 309	35 748	31 838	38 409	42 898
BONCOURT	546 419	504 094	496 159	610 928	682 335
BONFOL	191 967	171 319	165 081	205 117	229 091
BRESSAUCOURT	64 364	60 674	61 268	80 335	89 725
BUIX	125 559	119 200	118 131	146 694	163 841
BURE	171 809	161 764	164 615	198 363	221 548
CHARMOILLE	89 937	77 260	68 547	80 688	90 119
CHEVENEZ	195 849	198 415	224 827	295 358	329 880
COEUVÉ	126 795	123 198	123 243	155 690	173 888
CORNOL	118 176	119 832	127 470	158 470	176 992
COURCHAVON	57 567	51 221	49 300	58 083	64 872
COURGENAY	429 472	399 220	407 040	546 854	610 772
COURTEDOUX	205 172	192 068	191 012	248 414	277 449
COURTEMAICHE	130 765	127 111	122 809	155 402	173 566
DAMPHREUX	38 177	35 527	36 370	46 086	51 472
DAMVANT	22 032	20 543	21 368	27 608	30 835
FAHY	66 241	63 878	61 271	102 129	114 066
FONTENAIS	339 908	316 133	313 970	389 874	435 443
FREGIECOURT	35 152	31 863	28 253	30 499	34 064
GRANDFONTAINE	52 706	51 156	52 107	67 313	75 180
LUGNEZ	38 197	35 509	31 878	38 051	42 499
MIECOURT	110 875	99 656	101 839	138 676	154 885
MONTENOL	12 501	11 536	10 870	13 302	14 856
MONTIGNEZ	58 511	59 500	65 215	80 609	90 031
MONTMELON	41 666	37 287	33 804	41 307	46 135
OCOURT	19 763	18 754	19 002	24 278	27 116
PLEUJOUSE	25 140	22 353	17 733	21 458	23 966
PORRENTRUY	2 147 779	1 930 581	1 851 105	2 283 459	2 550 356
RECLERE	41 970	38 186	34 461	41 404	46 243
ROCHE-D'OR	7 844	5 929	4 755	6 590	7 360
ROCOURT	37 533	37 544	39 535	47 130	52 638
SAINT-URSANNE	246 805	197 958	185 215	219 119	244 730
SELEUTE	19 092	15 496	13 548	15 707	17 543
VENDLINCOURT	141 383	135 943	137 118	177 900	198 694
TOTAL AJOIE	6 537 126	5 997 592	5 893 768	7 377 636	8 239 957

COMMUNES	1998	1999	2000	budget 2001	budget 2002
LE BEMONT	58 774	50 369	49 464	65 547	73 208
LES BOIS	179 012	157 430	148 703	184 283	205 822
LES BREULEUX	264 140	265 173	273 783	353 686	395 026
LA CHAUX- DES-BREULEUX	24 296	22 887	19 197	20 225	22 589
LES ENFERS	21 702	20 888	19 301	22 775	25 437
EPAUVILLERS	35 013	28 806	25 741	27 874	31 132
EPIQUEREZ	9 366	8 624	8 414	10 013	11 184
LES GENEVEZ	143 957	141 397	142 420	176 748	197 406
GOUMOIS	31 458	26 745	25 847	31 015	34 640
LAJOUX	165 759	163 074	169 620	206 568	230 713
MONTEAUCON	85 547	74 054	69 063	86 698	96 832
MONTEVERGIER	11 207	9 362	9 583	13 052	14 577
MURIAUX	94 184	91 344	97 553	132 730	148 244
LE NOIRMONT	384 288	368 305	353 676	424 652	474 287
LE FEUCHAPATTE	6 289	5 935	5 411	7 804	8 716
LES POMMERATS	58 131	51 932	50 537	62 496	69 800
SAIGNELEGIER	549 985	540 945	532 161	594 619	664 120
SAINT-BRAIS	52 432	47 141	44 169	50 385	56 274
SOUBEY	34 848	32 978	30 355	38 362	42 846
TOTAL					
FR-MONTAGNES	2 210 389	2 107 390	2 074 998	2 509 532	2 802 854

Recapitulation par district

	1998	1999	2000	budget 2001	budget 2002
DELEMONT	8 828 486	8 275 017	8 151 234	10 132 831	11 317 188
PORRENTROY	6 537 126	5 997 592	5 893 768	7 377 636	8 239 957
FRANCHES- MONTAGNES	2 210 389	2 107 390	2 074 998	2 509 532	2 802 854
Total	17 576 000	16 380 000	16 120 000	20 020 000	22 360 000

8>5

Heinz Locher
Management + Consulting Services

Berne, le 8 août 2001

Prise de position concernant le message du Gouvernement de la République et Canton du Jura au Parlement sur le plan hospitalier : L'hôpital multisite du Jura (HMJ)

1. Exigences à remplir par un plan hospitalier

Un plan hospitalier doit :

- Assurer à toute la population l'accès aux soins de qualité à un coût supportable (coût = totalité des dépenses publiques + totalité des primes de l'assurance maladie obligatoire de toute la population).
- Créer un système de soins en réseau assurant suffisamment de flexibilité compte tenu des développements de la médecine et de l'évolution des besoins de la population, et garantissant des collaborations intercantionales.

2. Le statu quo n'est pas (plus) une option

Je ne peux que soutenir les explications et conclusions du message et souligner les aspects suivants dont toute solution doit tenir compte :

- a) Problématique des frais fixes pour la permanence de la disponibilité
- b) Influence mutuelle entre le volume d'activités (masse critique) et la qualité
- c) Attractivité pour le personnel – qualité et conditions de travail
- d) Volume d'activités et sécurité .

Prise de position concernant le message du Gouvernement de la République et Canton du Jura au Parlement sur le plan hospitalier : Le Centre hospitalier jurassien (CHJ)

3. Comment organiser le système hospitalier d'un canton de la taille de la République et Canton du Jura ?

3.1 Décisions à prendre

- a) Proposer une offre à l'intérieur du canton – convention avec d'autres cantons pour les prestations universitaires et hautement spécialisées.
- b) Organiser l'offre à l'intérieur du canton selon disciplines. Au centre : service des urgences hospitalières et extra-hospitalières fonctionnant 24h/24, avec bloc opératoire, service des soins intensifs, maternité (césariennes), pédiatrie et les services médico-techniques y relatifs.
- c) Evt proposer une offre pour des patients domiciliés hors canton.

3.2 Nécessité de concentrer les soins aigus sur un site

Je souscris entièrement aux raisons indiquées dans le message en faveur d'un regroupement des soins aigus sur un site.

3.3 Choix du site

En ce qui concerne le choix du site, je souligne l'importance des aspects suivants :

- a) Critères : principes de l'aménagement du territoire (plan cantonal), aspects démographiques, prise en compte de l'offre de transports inter-régionaux, régionaux et locaux. Conséquence : choix d'un site central sur tous les plans.
- b) Choisir un site avec infrastructure hospitalière existante avec potentiel de développement
- c) Eviter le «big bang» d'un investissement entièrement nouveau ne permettant aucune flexibilité (accélération ou ralentissement de la démarche, p. ex. en fonction des fonds disponibles) et obligeant le maître d'oeuvre à investir un montant de base important, même pour une première phase, avant de pouvoir en profiter. Par ailleurs, il est à craindre que les coûts liés à l'amortissement d'un nouvel établissement soient plus élevés que les économies réalisables.

Prise de position concernant le message du Gouvernement de la République et Canton du Jura au Parlement sur le plan hospitalier : Le Centre hospitalier jurassien (CHJ)

Vu ce qui précède, le choix de Delémont s'impose !

De plus, cette solution renforce la position de la République et Canton du Jura dans les négociations concernant la collaboration intercantonale, notamment avec le canton de Berne, mais aussi avec l'Hôpital cantonal de Bâle.

3.4 Urgence d'agir

Un choix politique rapide s'impose pour éviter une dégradation de la situation (p. ex. perte de patients, reconnaissance du service des soins intensifs, recrutement du personnel spécialisé).

4. Autres conditions pour réaliser les économies envisagées

La concentration de l'offre en soins aigus est une condition indispensable, mais ne garantit pas en elle-même la réalisation des économies envisagées.

D'autres facteurs de succès sont le statut de l'entreprise (HMJ), notamment son autonomie, la stratégie choisie, l'organisation et la qualité des personnes clés.

5. Conclusion

Je partage l'avis du Gouvernement de la République et Canton du Jura de maintenir le concept de l'hôpital multisite tout en concentrant les soins aigus sur le site de Delémont et en redéfinissant les missions des autres sites.

Cette solution correspond aussi entièrement aux exigences à remplir par un plan hospitalier mentionnées sous point 1. de la présente prise de position.



Heinz Locher
Dr ès sc. éc.