

22 octobre 2025

LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE

–
Rapport du Conseil d'État



Première étape : Actualisation de l'évaluation des besoins – exercices 2027 et suivants

*ERRATUM, une erreur s'est glissée dans l'intitulé des tableaux 9 et 10 :
le scénario des projections porte sur les années 2027 à 2035 et non sur les années 2019 à 2023.*

Neuchâtel, le 5 mars 2026

RÉSUMÉ

Le présent rapport s'inscrit dans la première étape des travaux de planification hospitalière. Il présente une actualisation de l'évaluation des besoins en hospitalisations stationnaires dans le domaine des soins somatiques aigus pour la population neuchâteloise. Suite aux projections des besoins adoptées par le Grand Conseil en 2021, puis leur actualisation en 2022, une mise à jour des projections sur la base des données d'activité de l'année 2023¹ s'est avérée nécessaire du fait de nouvelles connaissances concernant l'impact des années de pandémie de la COVID-19 sur le système hospitalier, ainsi que plus largement sur l'évolution du système de santé neuchâtelois.

La méthodologie appliquée (chapitre 2 et 3) s'inscrit dans les exigences de l'ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal (art. 58b) et les recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Les projections reposent sur un modèle éprouvé développé par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), appliqué selon une méthodologie identique à celle utilisée précédemment.

L'analyse rétrospective des hospitalisations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) réalisées entre 2019 et 2023, en soins somatiques aigus des patient-e-s neuchâtelois-es (chapitre 4), montre une hausse des hospitalisations de 656 cas (+2.9%, soit 0.7% / an) passant de 22'995 à 23'651 cas. Le taux d'hospitalisation standardisé neuchâtelois, initialement inférieur à la moyenne suisse en 2019, a connu une augmentation notable dans la période de 2020 à 2022 jusqu'à dépasser la moyenne nationale. Depuis, le taux neuchâtelois a retrouvé en 2023 un niveau identique à la moyenne suisse. En 2023, le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) est l'institution hospitalière la plus fréquentée (15'741 cas neuchâtelois), devant les établissements du groupe Swiss Medical Network Hospitals (SMNH SA) (1'699 cas) et la maison de naissance Tilia (71 cas). Ensemble, les trois institutions représentent 78.6% des hospitalisations AOS de la population neuchâteloise. Cette même année, l'analyse des flux extra-cantonaux indique que le Canton de Neuchâtel enregistre 5'073 cas sortants contre 1'172 entrants. Malgré une progression de +25% des flux entrants depuis 2019, le flux net demeure inévitablement négatif (-3'901 cas) et l'indice d'exportation s'élève à 4.33 (4.33 sorties pour une entrée), principalement vers les hôpitaux universitaires extra-cantonaux disposant de mandats spécifiques. Enfin, les hospitalisations hors canton se caractérisent par des cas cliniquement plus lourds (CMI de 1.43 contre 1.00²), moins souvent admis en urgence (24.9% contre 64.5%) et davantage pris en charge en chambre privée ou semi-privée (17.2% contre 8.8%).

Pour finir, une projection des besoins futurs pour la période 2027 - 2035 exprimés par groupes de prestations est présentée au chapitre 5. Celle-ci prévoit un total de 24'378 hospitalisations stationnaires à charge de l'AOS de patient-e-s neuchâtelois-es en 2027. Par la suite, celles-ci augmenteraient en moyenne de 197 cas par an (+0.8% / an) pour s'établir à 25'957 cas en 2035 (+1'579 cas, soit +6.5% entre 2027 et 2035), suivant en cela l'augmentation démographique attendue.

À travers cette actualisation, qui table sur une progression des besoins moins marquée que lors de la précédente évaluation, le Conseil d'État confirme son engagement à planifier de manière rigoureuse les besoins en soins hospitaliers stationnaires.

1. INTRODUCTION

¹ Données issues de la Statistique médicale (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

² Case Mix Index

En mars 2021, le Grand Conseil a traité le rapport 20.047 du Conseil d'État concernant la planification hospitalière neuchâteloise, 1^{ère} partie – évaluation des besoins – exercices 2023 et suivants, lequel portait uniquement sur le domaine des soins somatiques aigus.

Ce faisant, le Grand Conseil a également adopté un décret dont l'article 2 donne la compétence au Conseil d'État d'« actualiser les projections de l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires, notamment en fonction de l'évolution des bases statistiques, techniques et scientifiques ».

Une première actualisation des besoins en soins hospitaliers a été réalisée en septembre 2022 sur la base de la statistique médicale (MS) de l'année 2019. Depuis lors, de nouvelles connaissances sont apparues concernant l'impact des années de pandémie de la COVID-19 sur le système hospitalier, ainsi que plus largement sur l'évolution du système de santé neuchâtelois. Ces éléments influencent directement les besoins en soins hospitaliers stationnaires et rendent nécessaire une mise à jour des projections. En conséquence, afin de pouvoir intégrer ces récentes évolutions, le Conseil d'État a actualisé les projections des besoins en se fondant sur la dernière statistique médicale (MS 2023) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Cette actualisation repose sur la systématique des Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)³, garantissant une approche alignée sur les standards méthodologiques les plus récents.

Cette actualisation, comme la précédente, relevant de la compétence du Conseil d'État, elle ne nécessite pas d'être soumise au Grand Conseil et fait ainsi l'objet d'un rapport d'information. Elle porte sur les années 2027 à 2035. Ce rapport explicite sommairement les éléments de la précédente projection, qui restent inchangés, et les nouveautés prises en compte dans l'actualisation des besoins en soins hospitaliers stationnaires.

2. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

2.1. Stabilité du cadre général

L'actualisation des besoins en soins aigus hospitaliers n'apporte aucun changement aux éléments suivants du rapport 20.047 :

- les objectifs (chapitre 2.1) ;
- le principe fondamental (chapitre 2.2) ;
- l'horizon temps (chapitre 2.3) ;
- l'étendue géographique (chapitre 2.4) ;
- la portée (chapitre 2.5).

S'agissant de l'horizon temps (chapitre 2.3), il est fait le choix dans ce rapport de présenter les projections des besoins sur l'horizon-temps 2027 à 2035, ce qui permet de comparer les données actualisées avec celles du rapport 20.047 et de son actualisation en 2022.

Il convient de brièvement rappeler ici que les travaux réalisés dans le cadre de la planification hospitalière (chapitre 2.5) :

- a) portent sur :
 - l'ensemble des cas hospitaliers stationnaires⁴ dans le domaine des soins somatiques aigus ;

³ Version « akut-spl23-2024.0.51 »

⁴ Les cas hospitaliers stationnaires, sont, selon la définition donnée dans l'article 3, de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les traitements à l'hôpital ou dans une maison de naissance : d'au moins 24 heures, ou de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ou à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital, ou dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ou en cas de décès.

- les besoins de la population résidant dans le Canton de Neuchâtel uniquement, la planification des soins pour les résident-e-s des autres cantons incombant à ces derniers, même pour des traitements prodigués sur le territoire du Canton de Neuchâtel ;
 - les traitements prodigués dans les hôpitaux, cliniques ou maisons de naissance situés sur tout le territoire suisse, quel que soit leur statut juridique, public ou privé, leur mode de rémunération ou le régime de financement de la prestation.
- b) excluent :
- les traitements ambulatoires et de longue durée, compte tenu que ces secteurs ne font pas partie, par définition, du périmètre de la planification hospitalière au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ;
 - les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, eu égard aux choix faits à l'époque par le Conseil d'État de réaliser les travaux de planification hospitalière en priorité dans le domaine des soins somatiques aigus, puis dans un second temps à ces deux autres domaines ;
 - le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), puisque cette compétence a été déléguée, selon l'article 39, alinéa 2bis, de la LAMal à un organisme intercantonal⁵ chargé d'établir une planification au niveau national.

Toutefois, il convient de relever ici une différence de pratique concernant le cas particulier des soins palliatifs. Les évaluations précédentes (rapport 20.047 du CE et son actualisation de 2022) excluaient ces cas de la procédure de planification hospitalière neuchâteloise, au motif qu'ils faisaient l'objet d'une planification séparée, menée conjointement avec les Cantons de Berne et du Jura dans le cadre de la stratégie BEJUNE. Désormais, bien que cette collaboration intercantonale se poursuive, il a été décidé d'inclure les soins palliatifs dans la procédure de planification hospitalière neuchâteloise.

2.2. Phasage

La planification hospitalière suit toujours les trois étapes définies par l'OAMal (article 58b). Tout comme le rapport 20.047 (chapitre 2.6) et son actualisation en 2022, ce rapport ne concerne que l'étape 1 de la projection des besoins.

Ainsi, il est réitéré que les étapes 2⁶ et 3⁷ de la planification hospitalière seront précisées lors des travaux consacrés aux conditions cadres, puis à l'établissement de la future liste hospitalière (chapitre 6).

À ce stade, il apparaît que la future liste hospitalière ne pourra être mise en œuvre avant 2027, compte tenu des étapes 2 et 3 restant à accomplir.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Principes généraux

L'actualisation des projections des besoins en soins hospitaliers stationnaires repose sur la méthodologie employée lors des précédentes évaluations des besoins (rapport 20.047 et son actualisation en 2022). La démarche suit les exigences définies par l'article 58b, de l'OAMal et les recommandations actualisées de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Cette mise à jour se fonde sur les données statistiques les plus récentes, soit les données de la MS pour l'année 2023 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), et la version actuelle du modèle de GPPH

⁵ Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

⁶ Phase 2 : les cantons déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.

⁷ Phase 3 : les cantons déterminent l'offre qui doit être garantie par les établissements cantonaux et extra-cantonaux inscrits sur la liste cantonale.

développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), à savoir « akut-spl23-2024.0.51 » (annexe 1).

Afin d'assurer la robustesse des projections et leur comparabilité avec les versions précédentes, l'actualisation des projections des besoins a été confiée à l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), dont le rapport méthodologique détaillé est annexé à ce document (annexe 2).

3.2. Sources de données et critères d'inclusion des cas

Les projections de besoins s'appuient sur plusieurs sources de données fiables et reconnues :

- Statistique médicale des hôpitaux (MS) pour l'année 2023, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ;
- Statistique des hôpitaux (KS) pour l'année 2023, fournissant des informations complémentaires sur l'utilisation des ressources hospitalières ;
- Perspectives démographiques pour le Canton de Neuchâtel 2022 réalisées par la Statistique Vaud, utilisées pour anticiper l'évolution de la population neuchâteloise ;
- Données des flux de patient-e-s entre cantons, conformément aux exigences de coordination intercantonale de l'article 39, alinéa 1, let. d, de la LAMal.

Les critères d'inclusion des cas restent identiques à ceux des précédentes évaluations.

Toutefois, il convient de relever ici une différence de traitement avec les projections précédentes pour le cas particulier des soins palliatifs. En effet, les évaluations précédentes (rapport 20.047 du Conseil d'État) et son actualisation de 2022) excluaient les cas hospitalisés sur le site de la Chrysalide du RHNE en les identifiant comme cas relevant du domaine transverse « Soins palliatifs (PAL) ». Il a désormais été fait le choix de présenter les données de ce rapport (aussi bien rétrospectives que projectives) en incluant lesdits cas dans chacun des groupes de prestations (GPPH) concernés.

Les types de soins hospitaliers sont également définis conformément aux principes établis dans les précédentes évaluations. Ils reposent sur la classification des établissements de santé de l'OFS et les centres de prise en charge des coûts. Afin d'assurer la continuité méthodologique, les spécificités propres au Canton de Neuchâtel ont été maintenues inchangées par rapport aux versions antérieures (voir Encadré 1 de l'annexe 2).

3.3. Modèle de projection et hypothèses retenues

La méthodologie de projection repose sur le modèle défini dans le rapport 20.047, tout en intégrant les évolutions méthodologiques issues de son actualisation en 2022 et les ajustements récents réalisés par l'Obsan. Ce chapitre présente un condensé du modèle de projection et des hypothèses retenues, permettant d'appréhender les principales adaptations méthodologiques et leurs implications sur les projections de besoins hospitaliers. L'ensemble des points abordés dans ce chapitre est détaillé dans l'annexe 2.

3.3.1. Modèle de projection

Le modèle de projection (Figure 1) utilisé pour l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires repose sur une méthodologie éprouvée, développée par l'Obsan en partenariat avec Statistique Vaud. Il est appliqué dans plusieurs cantons suisses et constitue un cadre de référence standardisé pour la planification hospitalière.

Contrairement aux modèles de séries temporelles basés sur l'extrapolation des tendances passées, le modèle de l'Obsan se fonde sur une seule année de référence, en l'occurrence l'année 2023. Cette approche permet d'éviter les biais liés aux évolutions méthodologiques des classifications médicales (CHOP, CIM) ainsi qu'aux impacts exceptionnels, comme ceux liés à la pandémie de la COVID-19. Seuls les facteurs d'influence empiriquement démontrés et quantifiables sont intégrés aux projections.

La projection des besoins hospitaliers repose sur l'estimation du nombre de cas et des journées de soins attendues pour la population résidente du Canton de Neuchâtel. Cette estimation repose sur une méthodologie en plusieurs étapes, incluant l'identification des prestations pertinentes, le calcul des taux d'hospitalisation et leur projection, ainsi que l'évaluation de la durée moyenne de séjour et des journées de soins nécessaires. Le modèle utilisé permet ainsi d'obtenir des projections détaillées à partir des tendances actuelles et des évolutions anticipées. Les détails méthodologiques spécifiques à ce modèle sont fournis dans le rapport méthodologique de l'Obsan (annexe 2).

3.3.2. Hypothèses retenues

Le modèle de projection s'appuie sur plusieurs facteurs d'influences susceptibles d'affecter l'évolution des besoins en soins hospitaliers stationnaires que ce soit du point de vue de la demande que de l'offre en soins (voir Figure 2) :

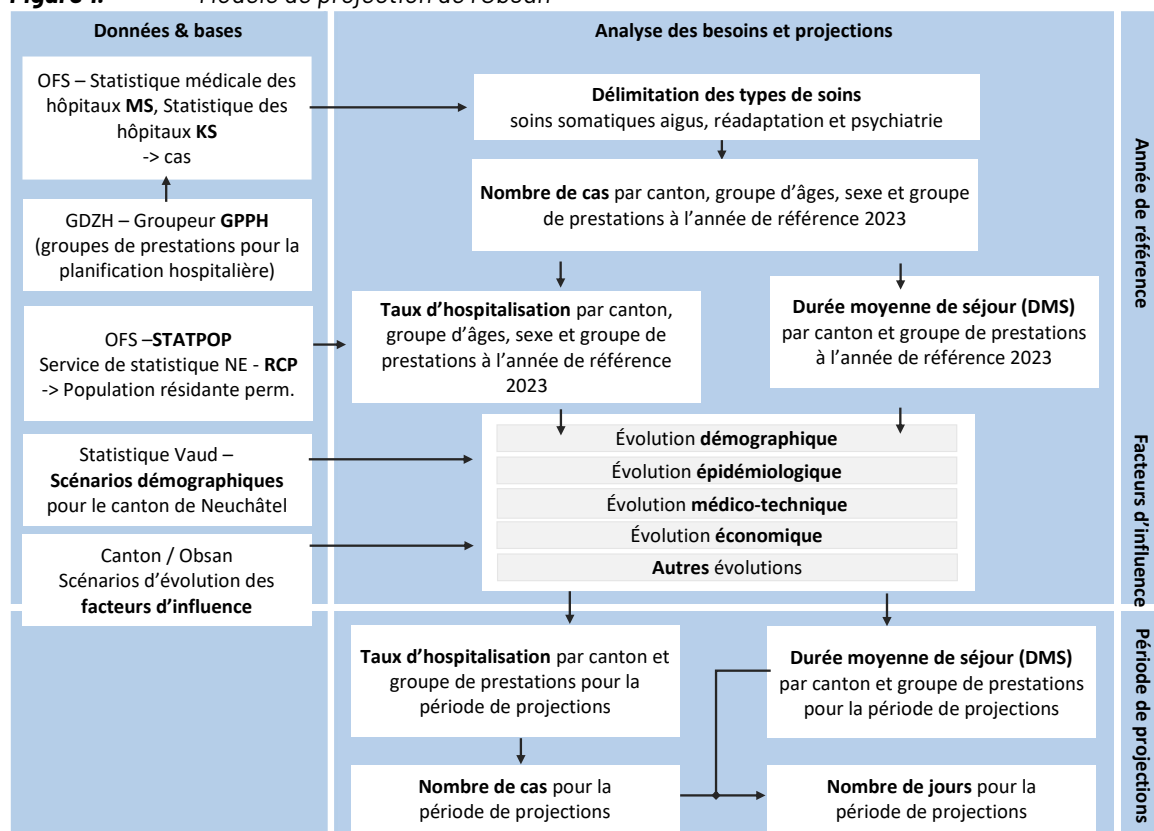
- **évolution démographique** : la croissance de la population et son vieillissement influencent directement la demande en soins hospitaliers. Les projections démographiques utilisées reposent sur le scénario moyen établi par Statistique Vaud pour le Canton de Neuchâtel. Elles permettent d'anticiper les tendances en matière de recours aux soins en fonction des variations de la structure d'âge et de l'évolution des effectifs de population ;
- **évolution épidémiologique** : les changements dans l'état de santé de la population, notamment l'incidence de certaines pathologies chroniques et les avancées en matière de prévention, influencent la demande en soins hospitaliers. Toutefois, en l'absence de documentation scientifique disponible et applicable à la réalité suisse, il a été pris pour hypothèse qu'il n'y avait pas d'évolution épidémiologique particulière à retenir pour la population neuchâteloise. Ainsi, les projections intègrent le maintien des taux d'hospitalisation moyens observés dans la MS 2023 sans correction d'un facteur épidémiologique ;
- **évolution médico-technique** : les progrès technologiques, notamment dans le domaine du diagnostic et des traitements, peuvent modifier la prise en charge des patient-e-s. Certaines interventions sont désormais réalisables en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire, tandis que d'autres innovations peuvent conduire à une augmentation des hospitalisations pour des pathologies mieux prises en charge. Cependant, il est extrêmement difficile de quantifier l'ampleur des effets des évolutions médico-techniques. En conséquence, l'hypothèse a été retenue qu'aucune évolution médico-technique ayant un impact sur les besoins futurs en prestations n'est prise en compte ;
- **transfert vers l'ambulatoire** : afin d'optimiser l'offre de soins et de maîtriser les coûts, la Confédération a introduit des mesures favorisant le transfert de certaines prestations hospitalières vers le secteur ambulatoire, notamment via l'adaptation de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS). Depuis le 1^{er} janvier 2023, 18 groupes d'interventions doivent être réalisés en ambulatoire, sauf exception justifiée. Dans le Canton de Neuchâtel, où ces mesures étaient déjà en place, le potentiel de transfert étant largement exploité, les projections intègrent un transfert supplémentaire modéré de 15% dans le scénario minimal, 10% dans le scénario de base et 5% dans le scénario maximal⁸ ;
- **évaluation de la situation économique** : les incitations économiques peuvent affecter la structure de l'offre, ainsi que la demande, en soins hospitaliers. L'introduction de tarifs forfaitaires par cas (SwissDRG) et la pression financière sur les établissements hospitaliers influencent la durée des séjours et les admissions hospitalières. Toutefois, en l'absence de nouvelles réformes structurelles impactant directement les taux d'hospitalisation, aucune adaptation spécifique n'a été retenue dans les projections ;

⁸ Ce facteur d'influence se limite au potentiel de l'OPAS. Le potentiel d'impact de la réforme du financement uniforme des prestations (EFAS) n'est pas pris en compte ici.

- **besoins et recours** : la projection des besoins repose sur les taux d'hospitalisation actuels. Toutefois, ces taux peuvent être influencés par des facteurs externes tels que l'accessibilité aux soins et les pratiques médicales cantonales. Les différences observées entre cantons ne reflètent pas nécessairement un écart en termes de besoins médicaux mais peuvent être liées à des variations dans l'offre de soins ou dans les habitudes de recours aux soins. Afin d'éviter d'introduire des distorsions dans les projections, il a été décidé de ne pas ajuster ces taux en fonction d'hypothèses spécifiques de convergence vers la moyenne suisse⁹ ;
- **impact de la COVID-19** : bien que la pandémie ne soit plus considérée comme une urgence de santé publique, ses conséquences sur l'hospitalisation restent incertaines, notamment pour les patient-e-s souffrant de complications post-COVID. Plusieurs études suggèrent que certains effets pourraient perdurer, notamment dans des domaines spécifiques comme la pneumologie ou la cardiologie. Toutefois, en l'absence de données consolidées permettant d'établir un impact quantifiable sur les hospitalisations à long terme, aucune hypothèse spécifique n'a été intégrée. La prise en compte des données médicales de 2023 permet néanmoins d'inclure indirectement ces effets dans les projections ;
- **durée moyenne de séjour (DMS)** : l'évolution de la DMS est un facteur déterminant pour la planification hospitalière. Après une période de diminution progressive liée à l'introduction des SwissDRG, la DMS tend désormais à se stabiliser. L'absence de tendances marquées à la baisse ou à la hausse dans les dernières années a conduit à ne pas formuler d'hypothèse spécifique à ce sujet.

Ces facteurs d'influence sont intégrés aux projections et sont détaillés dans le rapport méthodologique de l'Obsan (annexe 2).

Figure 1. *Modèle de projection de l'Obsan*



Source : © Obsan 2025

⁹ Cependant, lorsque le nombre de cas par groupe de prestations est inférieur à 5, les taux cantonaux sont remplacés par les taux suisses pour prendre comme référence un ensemble moins volatil.

Figure 2. Facteurs d'influence et hypothèse pour les projections des besoins en soins somatiques aigus

		3 SCÉNARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d'influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	Scénario moyen selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	Scénario haut selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	CAS
	Convergence vers les taux de recours suisses*	Pas de convergence	Pas de convergence	Pas de convergence	
	Épidémiologie et médico-technique	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Transfert vers l'ambulatoire (AVOS)	15% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS pour le 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	10% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS pour le 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	5% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS pour le 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	DMS du canton (la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections)	DMS du canton (la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections)	DMS du canton (la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections)	JOURS

* Lorsque le nombre de cas par groupe de prestations est <5, les taux cantonaux sont remplacés par les taux suisses pour prendre comme référence un ensemble moins volatil.

Source : © Obsan 2025

3.3.3. Correction des projections : nouveau-nés

Ayant constaté que le taux de fécondité appliqué aux projections démographiques de Statistique Vaud s'est avéré considérablement plus élevé que le taux de fécondité réel observé en 2023, il est apparu nécessaire de corriger cette surestimation des projections des besoins neuchâtelois dans le domaine des nouveau-nés. Grâce à l'expertise et la collaboration du service cantonal de statistique (STAT), la correction dite « stabilisée » a été retenue. Les détails méthodologiques et des calculs appliqués sont précisés dans l'annexe 3.

En conséquence, les projections actualisées des besoins dans le domaine de la néonatalogie mentionnées dans ce rapport intègrent cet ajustement et garantissent ainsi une approche équilibrée et adaptée aux réalités démographiques.

4. ANALYSE DES HOSPITALISATIONS STATIONNAIRES RÉALISÉES POUR LES ANNÉES 2019 À 2023

Le bilan présenté ci-après porte uniquement sur les soins somatiques aigus, conformément au choix de ne pas planifier, à ce stade, les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie.

Portant sur des données historiques, l'analyse du nombre d'hospitalisations réalisée au chapitre 4 du rapport 20.047 dans le cadre de la planification hospitalière pour les années 2016 à 2018 demeure pertinente et conserve sa valeur informative. Les chapitres 4.1. à 4.4 de ce rapport restent ainsi valables sur le plan méthodologique et structurel.

Toutefois, à la différence de la démarche retenue lors de l'actualisation de 2022, il a été estimé que la mise à jour des données empiriques relatives aux années 2019 à 2023 représente désormais une étape nécessaire, en raison de l'écart temporel important séparant ces séries de données de la période de référence actuelle. Cette actualisation permet de mieux refléter les évolutions observées dans le domaine des soins hospitaliers somatiques aigus au cours des dernières années, notamment à la suite des épisodes pandémiques et des ajustements structurels ayant pu affecter les flux de patient-e-s et les pratiques de prise en charge.

4.1. Principes généraux

Dans ce chapitre, il s'agit de présenter le recours aux soins hospitaliers stationnaires somatiques aigus des patient-e-s domicilié-e-s dans le Canton de Neuchâtel, indépendamment du lieu de traitement et du fait que l'établissement soit un hôpital répertorié¹⁰ ou un hôpital conventionné¹¹. Conformément aux principes méthodologiques retenus, seules sont prises en compte les hospitalisations relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

L'ensemble des cas considérés sont extraits de la statistique médicale des hôpitaux (MS), série des années 2019 à 2023, selon les critères d'inclusion inchangés. Cette actualisation permet de refléter plus fidèlement les évolutions récentes du système de santé et constitue la base empirique de la projection des besoins figurant au chapitre 5.

4.2. Recours en soins hospitaliers stationnaires des patient-e-s neuchâtelois-es

4.2.1. Nombre de cas selon les domaines de prestations

Entre 2019 et 2023, le nombre total d'hospitalisations somatiques aiguës stationnaires à charge de l'AOS pour les patient-e-s domiciliés dans le Canton de Neuchâtel a augmenté de manière modérée, avec des variations ponctuelles attribuables, notamment, à la pandémie de la COVID-19 et à ses effets différenciés selon les spécialités. Le nombre d'hospitalisations comptabilisées en 2023 s'élevait à 23'651, contre 22'995 en 2019, soit une variation de +2.9% (+656 cas) sur l'ensemble de la période.

Le Tableau 1, ci-après, illustre par domaine de prestations ces variations.

Une augmentation de +27.8% (+189 cas) a été observée dans le domaine de la gastroentérologie entre 2019 et 2023, malgré une diminution de 20 cas entre 2022 et 2023. Une évolution similaire est constatée en urologie, avec une hausse de +18.8% (+192 cas) sur la même période. En revanche, les domaines de l'hématologie et de l'obstétrique ont enregistré une baisse d'activité de respectivement -17.8% (-57 cas) et -9.70% (-184 cas). Le groupe de prestations « Paquet de base »¹² présente quant à lui une augmentation modérée de +2.1% (+199 cas) sur l'ensemble de la période.

S'agissant des prestations en matière de soins palliatifs, il convient de préciser que ces dernières sont incluses dans les chiffres présentés ci-dessus au niveau de chaque groupe de prestations concerné. Toutefois, considérés séparément, les soins palliatifs pris en charge sur le site de la Chrysalide du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) s'élèvent à 160 cas en 2019, 157 cas en 2020, 146 cas en 2021, 134 cas en 2022 et 162 cas en 2023.

Tableau 1. Nombre de cas d'hospitalisations en soins somatiques aigus (AOS) par domaine de prestations (DPPH), 2019 - 2023

¹⁰ Hôpital qui figure sur une liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertorié a, dans la mesure du mandat de prestations, une obligation de prise en charge et un droit à rémunération vis-à-vis de l'assureur et du canton conformément à la LAMal (art. 49a, al. 1 et 2, de la LAMal) (source : [recommandations sur la planification hospitalière, 2022, CDS](#)).

¹¹ Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'article 49a, alinéa 4, de la LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'article 49a, alinéa 2, de la LAMal. Les hôpitaux conventionnés n'ont pas droit à une contribution cantonale selon l'article 49a, alinéas 1 et 2, de la LAMal (source : [recommandations sur la planification hospitalière, 2022, CDS](#)).

¹² Le groupe de prestations « Paquet de base » comprend toutes les prestations médicales et chirurgicales qui ne font pas partie des groupes de prestations spécialisées. Il représente environ 40% des prestations délivrées par un hôpital généraliste.

DPPH	2019	2020	2021	2022	2023	▲ 19-23	▲ 19-23
Paquet de base	9 647	8 950	9 411	9 934	9 846	199	2.1%
Dermatologie	63	55	54	58	73	10	15.9%
Oto-rhino-laryngologie	534	483	519	546	596	62	11.6%
Neurochirurgie	120	129	171	136	126	6	5.0%
Neurologie	569	599	631	640	624	55	9.7%
Ophthalmologie	92	87	100	75	88	- 4	-4.3%
Endocrinologie	99	125	135	109	96	- 3	-3.0%
Gastroentérologie	679	700	863	881	868	189	27.8%
Chirurgie viscérale	544	503	556	591	526	- 18	-3.3%
Hématologie	321	313	334	283	264	- 57	-17.8%
Vaisseaux	373	448	436	466	405	32	8.6%
Cœur	1 100	984	1 043	1 068	1 121	21	1.9%
Néphrologie	103	113	127	122	85	- 18	-17.5%
Urologie	1 020	1 002	1 185	1 237	1 212	192	18.8%
Pneumologie	568	412	470	609	626	58	10.2%
Chirurgie thoracique	80	97	67	83	83	3	3.8%
Transplantations d'organes solides	13	11	13	12	13	0	0.0%
Orthopédie	2 626	2 309	2 642	2 724	2 688	62	2.4%
Rhumatologie	77	48	73	66	67	- 10	-13.0%
Gynécologie	558	501	590	616	635	77	13.8%
Obstétrique	1 905	1 932	1 985	1 816	1 721	- 184	-9.7%
Nouveau-nés	1 579	1 542	1 667	1 593	1 539	- 40	-2.5%
(Radio-)oncologie	256	248	224	247	275	19	7.4%
Traumatismes graves	69	77	59	68	74	5	7.2%
Total	22 995	21 668	23 355	23 980	23 651	656	2.9%

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | GDZH SPLG-Grouper, version 2024.0.51 | © Obsan 2024

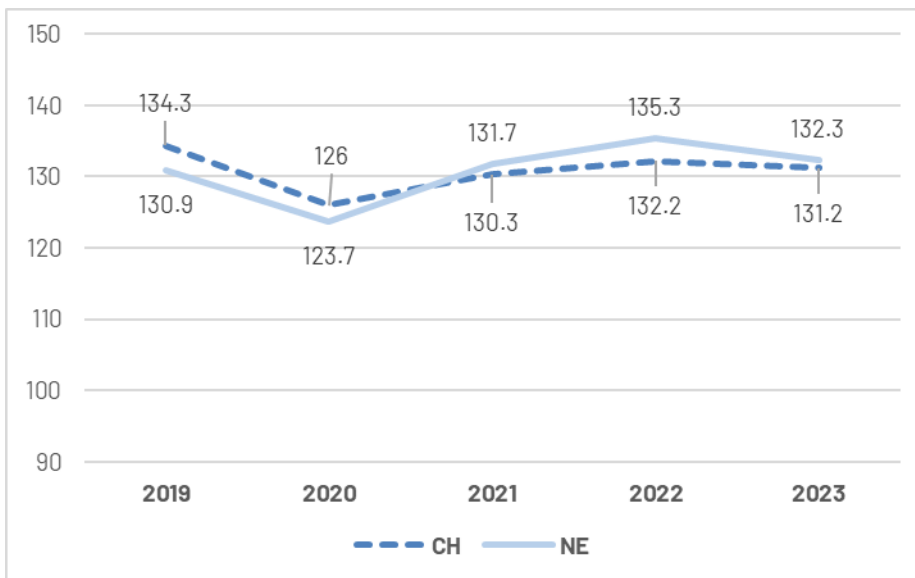
L'annexe 4 montre le détail du nombre d'hospitalisations par groupe de prestations (GPPH) pour les mêmes années 2019 à 2023.

4.2.2. Taux d'hospitalisation

Le Graphique 2 montre l'évolution du taux d'hospitalisation en soins somatiques aigus à charge de l'AOS des patient-e-s neuchâtelois-es sur la période 2019 à 2023 en comparaison avec le taux suisse. Comme ces taux d'hospitalisation ont été standardisés¹³, les valeurs peuvent être comparées puisque les différences de sexe et d'âge n'interviennent pas dans les résultats.

Graphique 2. Taux d'hospitalisation standardisé (AOS) en soins somatiques aigus, Neuchâtel (NE) et Suisse (CH), 2019 - 2023

¹³ Les taux ont été standardisés à l'aide de la méthode directe et de la population standard européenne (cf. Eurostat, 2013).



Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), OFS - Statistique de la population et des ménages (STATPOP)|GDZH SPLG-Grouper, version 2024.0.51| © Obsan 2024

En 2019, le taux d'hospitalisation standardisé du Canton de Neuchâtel (130.9) était inférieur de 3.4 points à celui de la moyenne suisse (134.3). Les deux taux ont ensuite évolué de manière similaire entre 2019 et 2023, avec une baisse marquée en 2020, suivie d'une hausse jusqu'en 2022, puis d'un léger recul en 2023. Cette évolution parallèle s'est accompagnée d'une inversion de leur position relative en 2021, le taux cantonal devenant dès lors supérieur à la moyenne nationale. En 2023, le taux du Canton de Neuchâtel (132.3) dépasse celui de la Suisse (131.2) de 1.1 point, ce qui suggère une dynamique de convergence après un pic cantonal en 2022.

Le tableau 2 présente les taux d'hospitalisation standardisés¹⁴ par domaine de prestations de soins somatiques aigus. On y constate que, bien que le taux du Canton de Neuchâtel soit légèrement supérieur à la moyenne nationale en 2023, une majorité de domaines de prestations (15 sur 24) affichent des taux inférieurs ou égaux à ceux de l'ensemble de la Suisse. Des taux d'hospitalisation légèrement plus élevés que la moyenne suisse sont observés dans les domaines du Paquet de base, de la neurologie, de la gastroentérologie et de la pneumologie.

Tableau 2. Taux d'hospitalisation standardisé (AOS) en soins somatiques aigus, par domaine de prestations, Neuchâtel (NE) et Suisse (CH), 2019 - 2023

¹⁴ Les taux ont été standardisés à l'aide de la méthode directe et de la population standard européenne (cf. Eurostat, 2013).

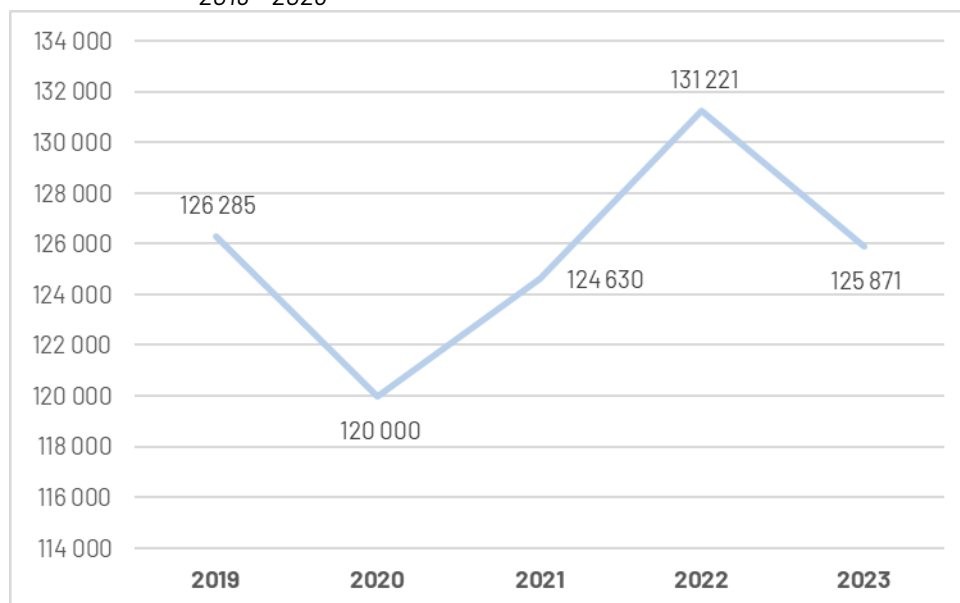
DPPH	Région de résidence	Taux standardisés					▲ NE-CH 2019	▲ NE-CH 2023
		2019	2020	2021	2022	2023		
Paquet de base	CH	53.7	50.1	51.2	52.8	51.3	0.3	2.2
	NE	54.0	50.2	51.9	54.8	53.6		
Dermatologie	CH	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.0
	NE	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4		
Oto-rhino-laryngologie	CH	4.4	3.8	4.0	4.2	4.5	-1.3	-1.2
	NE	3.1	2.8	3.0	3.1	3.4		
Neurochirurgie	CH	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	-0.2	-0.1
	NE	0.7	0.7	1.0	0.8	0.7		
Neurologie	CH	1.7	1.7	1.8	1.8	1.9	1.5	1.5
	NE	3.2	3.3	3.5	3.5	3.4		
Ophtalmologie	CH	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	-0.8	-0.7
	NE	0.5	0.5	0.6	0.4	0.5		
Endocrinologie	CH	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	-0.1	-0.1
	NE	0.5	0.7	0.7	0.6	0.5		
Gastroentérologie	CH	4.0	3.9	3.9	3.7	3.6	-0.1	1.1
	NE	3.9	4.0	4.8	4.8	4.8		
Chirurgie viscérale	CH	2.9	2.7	2.9	2.9	2.9	0.2	0.0
	NE	3.1	2.9	3.2	3.3	2.9		
Hématologie	CH	1.8	1.8	1.7	1.8	1.7	0.0	-0.3
	NE	1.8	1.8	1.9	1.6	1.5		
Vaisseaux	CH	2.4	2.3	2.4	2.4	2.2	-0.2	0.1
	NE	2.2	2.6	2.5	2.7	2.3		
Cœur	CH	6.6	6.1	6.3	6.3	6.4	-0.2	-0.2
	NE	6.4	5.7	6.0	6.1	6.2		
Néphrologie	CH	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.0	0.0
	NE	0.6	0.7	0.8	0.7	0.5		
Urologie	CH	7.0	6.7	7.0	7.0	7.2	-1.0	-0.2
	NE	6.0	5.9	7.0	7.3	7.0		
Pneumologie	CH	2.7	2.0	2.0	2.2	2.1	0.5	1.4
	NE	3.2	2.3	2.7	3.4	3.5		
Chirurgie thoracique	CH	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1
	NE	0.5	0.6	0.4	0.5	0.5		
Transplantations d'organes solides	CH	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
	NE	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1		
Orthopédie	CH	16.4	15.6	16.5	16.9	17.4	-1.5	-2.6
	NE	14.9	13.0	14.8	15.1	14.8		
Rhumatologie	CH	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	-0.1	-0.1
	NE	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4		
Gynécologie	CH	4.0	3.6	3.9	3.9	3.9	-0.9	-0.5
	NE	3.1	2.7	3.3	3.4	3.5		
Obstétrique	CH	10.7	10.5	11.0	10.2	9.7	0.1	0.0
	NE	10.9	11.1	11.4	10.4	9.7		
Nouveau-nés	CH	9.7	9.5	9.6	10.2	10.2	0.0	0.1
	NE	9.7	9.6	9.9	10.2	10.3		
(Radio-)oncologie	CH	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	0.2	0.3
	NE	1.5	1.4	1.3	1.4	1.5		
Traumatismes graves	CH	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1
	NE	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4		
Total	CH	134.3	126.0	130.3	132.2	131.2	-3.4	1.1
	NE	130.9	123.7	131.7	135.3	132.3		

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), OFS - Statistique de la population et des ménages (STATPOP)|GDZH SPLG-Grouper, version 2024.0.51| © Obsan 2024

4.2.3. Nombre de journées d'hospitalisation

Le nombre total de journées d'hospitalisation en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es à charge de l'AOS est passé de 126'285 en 2019 à 125'871 en 2023, soit une légère diminution de -0.3% (-414 journées) sur l'ensemble de la période (voir graphique 3).

Graphique 3. *Évolution du nombre de journées d'hospitalisations en soins somatiques aigus (AOS), 2019 - 2023*



Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), OFS - Statistique de la population et des ménages (STATPOP) | GDZH SPLG-Grouper, version 2024.0.51 | © Obsan 2024

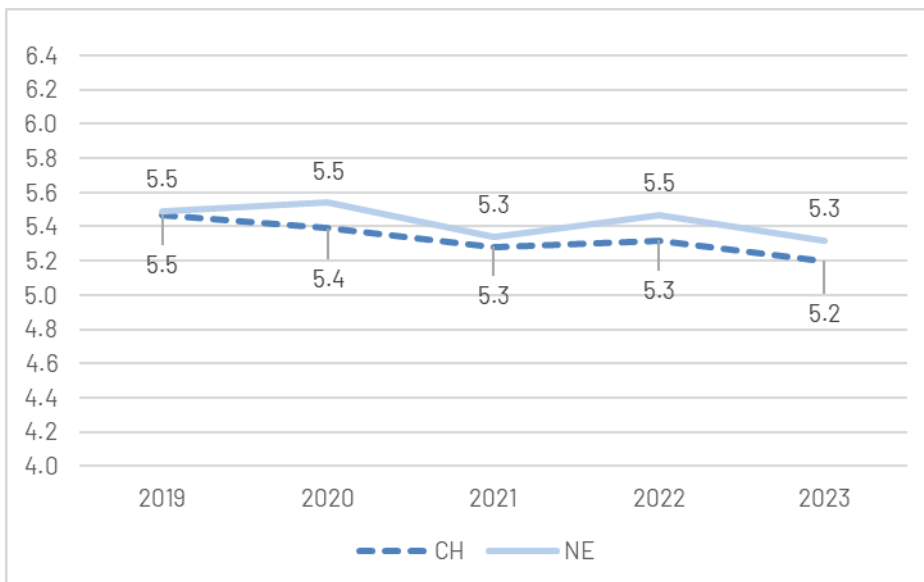
L'annexe 5 montre le détail du nombre de journées d'hospitalisations par groupe de prestations (GPPH), pour les mêmes années 2019 à 2023.

4.2.4. Durée moyenne de séjour

Le Graphique 4 montre la durée moyenne de séjour hospitalier en soins somatiques aigus (DMS) à charge de l'AOS pour le Canton de Neuchâtel en comparaison avec l'ensemble de la Suisse pour les années 2019 à 2023.

Il est à relever que la durée moyenne d'hospitalisation dans le Canton de Neuchâtel est restée globalement très proche de la moyenne suisse sur l'ensemble de la période, avec des valeurs quasiment équivalentes chaque année. À l'instar de la tendance nationale, la DMS suit une légère baisse entre 2019 et 2023, passant de 5.5 à 5.3 jours au niveau neuchâtelois, contre 5.5 à 5.2 jours au niveau suisse.

Graphique 4. *Durée moyenne de séjour en soins somatiques aigus (AOS), Neuchâtel (NE) et Suisse (CH), 2019 - 2023*



Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

4.3. Offres de soins

4.3.1. Nombre de cas et structure des patient-e-s

Le Tableau 3 présente une sélection de chiffres-clés pour l'année 2023 concernant le nombre de cas de patient-e-s neuchâtelois-es à charge de l'AOS hospitalisé-e-s en soins somatiques aigus, la part d'admissions en urgences ainsi que le CMI moyen.

À des fins de présentation, les établissements hospitaliers sont classés en quatre statuts (A, B, C ou D), définis selon deux critères, leur inscription ou non sur la liste hospitalière neuchâteloise, et leur localisation géographique, c'est-à-dire dans le Canton de Neuchâtel ou hors canton :

- **statut A** : établissements répertoriés sur la liste hospitalière neuchâteloise et situés dans le canton ;
- **statut B** : établissements répertoriés sur la liste hospitalière neuchâteloise et situés hors canton ;
- **statut C** : établissements non répertoriés sur la liste hospitalière neuchâteloise et situés dans le canton ;
- **statut D** : établissements non répertoriés et situés hors canton.

Pour figurer sur la liste hospitalière, un établissement doit détenir un mandat de prestations pour au moins un groupe de prestations.

La liste hospitalière considérée est celle en vigueur depuis le 1^{er} mars 2017. Il est important de noter que les chiffres indiqués correspondent au nombre total d'hospitalisations de patient-e-s neuchâtelois-es à charge de l'AOS, indépendamment du fait que l'hospitalisation soit réalisée dans le cadre d'un mandat attribué selon la liste hospitalière neuchâteloise ou non.

Tableau 3. Chiffres-clés des hôpitaux soins aigus (AOS), pour l'année 2023

Statut	Canton d'implantation	Prestataire	Cas	Cas NE	SP/P	Urgence	PCCL	CMI	Age en années
			N	N	%	%	Ø	Ø	Ø
A	NE	Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) - Pourtalès	11 572	10 912	9.1%	75.3%	1.02	1.01	54
		Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) - La Chaux-de-Fonds	4 825	4 653	8.2%	75.3%	1.27	0.95	70
		Swiss Medical Network (SMN) - Hopital de la Providence	1 627	1 448	16.1%	2.3%	0.19	1.28	64
		Swiss Medical Network (SMN) - Clinique Montbrillant	297	251	17.5%	5.7%	0.08	1.23	62
		Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) - Chrysalide	178	162	7.9%	61.8%	2.93	3.76	71
		Maison de Naissance Tilia Sarl	85	71	0.0%	67.1%	0.00	0.50	31
		Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) - Val-de-Travers	15	14	0.0%	100.0%	0.33	0.32	58
B	BE	Inselspital Bern	43 280	1 396	15.0%	42.6%	1.27	1.49	54
	VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire	37 549	863	9.0%	54.8%	1.08	1.54	54
	GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Soins aigus	40 989	211	12.7%	61.5%	0.96	1.36	56
	JU	Hôpital du Jura (H-JU) - Delémont	7 332	25	6.3%	73.7%	0.75	0.84	60
Hôpital du Jura (H-JU) - Porrentruy		703	1	8.7%	69.8%	1.52	1.56	82	
D1	BE	Spitalzentrum Biel	12 665	330	16.9%	64.1%	1.03	0.97	55
		Hirslanden Bern - Salem-Spital	7 462	60	26.2%	18.6%	0.41	1.11	60
		Hirslanden Bern - Klinik Beau-Site	5 591	40	26.2%	23.7%	0.87	1.52	65
		Réseau de l'Arc - Hôpital de St-Imier	2 777	626	10.8%	58.1%	0.62	0.78	60
	VD	Clinique Cecil	4 504	66	68.4%	16.1%	0.78	1.44	63
		Clinique de la Source	3 546	59	79.9%	27.2%	0.63	1.24	64
		Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	418	45	17.5%	44.7%	0.35	0.78	67
	GE	Clinique Générale Beaulieu	4 067	24	89.6%	7.7%	0.19	0.92	55
D2	ZH	Autres	206 903	54	28.9%	45.4%	0.89	1.24	58
	BE	Autres	88 107	279	16.7%	45.0%	0.76	1.02	62
	VD	Autres	56 656	397	17.5%	55.1%	0.74	1.00	58
	AG	Autres	83 127	4	21.8%	51.7%	0.83	1.09	57
	SG	Autres	72 133	1	19.4%	51.1%	0.90	1.09	56
	BS	Autres	67 787	33	22.0%	39.8%	0.97	1.25	59
	GE	Autres	15 367	68	75.0%	19.0%	0.32	1.05	58
	TI	Autres	52 980	7	19.5%	55.3%	0.78	1.21	64
	LU	Autres	50 520	14	26.4%	45.9%	0.82	1.22	56
	VS	Autres	33 168	62	6.9%	57.0%	0.87	1.14	59
	GR	Autres	30 317	8	19.7%	60.7%	0.79	1.01	57
	SO	Autres	30 295	10	19.3%	56.0%	0.94	1.06	63
	TG	Autres	29 814	0	17.6%	56.9%	0.99	1.04	59
	BL	Autres	26 791	10	21.0%	50.5%	0.87	1.08	64
	FR	Autres	26 160	61	11.5%	57.7%	0.78	1.09	55
	SZ	Autres	15 042	2	21.8%	53.0%	0.72	0.97	60
	ZG	Autres	13 767	5	28.3%	54.6%	0.66	0.93	59
	AR	Autres	10 558	0	21.8%	30.5%	0.54	1.08	60
	SH	Autres	9 897	0	16.7%	53.0%	0.82	1.02	61
	JU	Autres	31	0	0.0%	35.5%	0.06	0.54	31
	NW	Autres	4 389	0	24.9%	52.3%	0.80	0.97	59
	GL	Autres	3 933	0	13.8%	61.9%	1.08	1.04	60
	UR	Autres	3 492	0	24.7%	67.9%	0.97	0.98	61
	OW	Autres	3 172	0	16.5%	46.8%	0.56	0.88	59
Total			1 123 888	22 272	21.5%	49.5%	0.86	1.16	58

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | Liste des hôpitaux pour soins aigus NE, 1^{er} septembre 2023 | © Obsan 2024

Note : Les nouveau-nés sains ont été exclus sur la base des codes DRG P66D & P67D.

Statut selon la liste hospitalière : A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse ; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse ; C = hôpitaux ne figurant pas sur la liste et situés dans la région d'analyse (aucun cas pour le Canton de Neuchâtel) ; D1 = hôpitaux ne figurant pas sur la liste et situés en dehors de la région d'analyse, pertinents pour l'approvisionnement (part d'au moins 0.05 et d'au moins 10 cas par GPPH) ; D2 = hôpitaux non pertinents pour l'approvisionnement.

Autres : SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée ; Urgence = mode d'admission « urgence » ; PCCL = Patient Complication and Comorbidity Level ; CMI = Case Mix Index (netto). En 2022, l'échelle PCCL de SwissDRG a été révisée.

Le RHNe est l'institution hospitalière la plus fréquentée par les patient-e-s neuchâtelois-es avec 15'741 hospitalisations à charge de l'AOS pour l'année 2023 répartis sur ses 4 sites. Le groupe Swiss Medical Network Hospitals (SMNH SA) représente 1'699 hospitalisations à charge de l'AOS pour l'année 2023 sur ses 2 sites. La maison de naissance Tilia comptabilise quant à elle 71 hospitalisations. Ensemble, les trois institutions représentent 78.6% des hospitalisations de soins somatiques aigus stationnaires AOS des patient-e-s neuchâtelois-es.

Les institutions hospitalières figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise implantées hors du territoire cantonal assument 11.2% des hospitalisations AOS de soins aigus et réalisent 2'496 cas en 2023.

Enfin, les hôpitaux non répertoriés et implantés hors canton ont réalisé 10.2% des hospitalisations AOS de patient-e-s neuchâtelois-es, soit 2'265 cas en 2023.

La colonne Case Mix Index (CMI) du Tableau 3 indique la pondération moyenne des coûts et représente les ressources en personnel, temps et matériel mobilisés pour traiter chaque cas. Il permet d'évaluer la gravité ou la lourdeur moyenne clinique des cas traités dans chaque hôpital. Ainsi, les hôpitaux avec traditionnellement des CMI élevés sont les hôpitaux de type universitaire ou spécialisé en soins palliatifs traitant usuellement des cas plus graves que la moyenne, voire certaines cliniques spécialisées. En revanche, un hôpital qui n'offrirait que des soins de base aura plutôt tendance à avoir un indice CMI inférieur à 1.

Plus de 78% des hospitalisations réalisées par le RHNe en 2023 ont eu lieu suite à une admission en urgence. Pour les établissements neuchâtelois de SMNH, le taux d'admission en urgence oscille entre 2.3 et 5.7%, ce qui s'explique par le fait que ces établissements disposent principalement de mandats de prestations électives. S'agissant des hôpitaux universitaires, l'ordre de grandeur de la part des cas admis en urgence se situent entre 40 et 60%.

4.3.2. Parts de marché

Le Tableau 4 présente, pour chaque domaine de prestations (DPPH), la répartition des parts de marché entre les différents statuts des établissements hospitaliers selon la liste hospitalière, concernant l'ensemble des patient-e-s domicilié-e-s dans le Canton de Neuchâtel et pris en charge à charge de l'AOS en soins somatiques aigus.

Pour la majorité des DPPH, les hôpitaux de statut A détiennent une part de marché prépondérante. Toutefois, certains domaines sont majoritairement pris en charge par des établissements de statut B, tels que la neurochirurgie (92,1%), le cœur (70,4%) et les transplantations d'organes solides (100%).

À noter que dans le domaine de l'ophtalmologie, les établissements de statuts D1 et D2 détiennent la plus grande part de marché, respectivement 42,1% et 15,9%.

Tableau 4. Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus (AOS) et parts de marché par DPPH et statut de l'hôpital 2023

DPPH	Part de marché NE				
	Statut				
	A	B	C	D1	D2
Paquet de base	89.1%	4.3%		2.7%	3.9%
Dermatologie	67.1%	28.8%			4.1%
Oto-rhino-laryngologie	85.2%	11.2%		0.5%	3.0%
Neurochirurgie	23.8%	92.1%			5.6%
Neurologie	88.1%	8.0%		1.1%	2.7%
Ophthalmologie	26.1%	15.9%		42.1%	15.9%
Endocrinologie	88.5%	8.3%		3.1%	
Gastroentérologie	88.8%	8.5%		1.6%	1.0%
Chirurgie viscérale	74.9%	17.3%		4.2%	3.6%
Hématologie	76.9%	21.2%		1.1%	0.8%
Vaisseaux	55.1%	34.8%		6.2%	4.0%
Cœur	16.0%	70.4%		11.6%	2.1%
Néphrologie	91.8%	5.9%		2.4%	
Urologie	75.5%	5.5%		16.6%	2.4%
Pneumologie	89.5%	7.5%		0.6%	2.4%
Chirurgie thoracique	83.1%	13.3%		2.4%	1.2%
Transplantations d'organes solides		100.0%			
Orthopédie	72.7%	10.8%		4.1%	12.5%
Rhumatologie	76.1%	11.9%		6.0%	6.0%
Gynécologie	75.0%	5.2%		16.1%	3.8%
Obstétrique	75.8%	2.8%		16.7%	4.8%
Nouveau-nés	75.6%	2.6%		16.9%	4.9%
(Radio-)oncologie	69.1%	27.6%		0.4%	2.9%
Traumatismes graves	74.3%	21.6%			4.1%
Total	78.6%	10.6%		6.3%	4.6%

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | Liste des hôpitaux pour soins aigus NE, 1er septembre 2023 | © Obsan 2024

Note : Les nouveau-nés sains ont été exclus sur la base des codes DRG P66D & P67D.

Statut selon la liste hospitalière : A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d'analyse ; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d'analyse ; C = hôpitaux ne figurant pas sur la liste et situés dans la région d'analyse ; D1 = hôpitaux ne figurant pas sur la liste et situés en dehors de la région d'analyse, pertinents pour l'approvisionnement (part d'au moins 0.05 et d'au moins 10 cas par GPPH) ; D2 = hôpitaux non pertinents pour l'approvisionnement.

4.4. Flux extra-cantonaux de patient-e-s

L'analyse des flux extra-cantonaux de patient-e-s est une dimension importante de la planification hospitalière, qui s'inscrit dans la coordination intercantonale requise au sens de la LAMal.

Il est important de souligner que toutes les données présentées dans ce chapitre concernent les institutions hospitalières implantées hors du Canton de Neuchâtel, indépendamment du fait qu'elles bénéficient d'un mandat de prestations selon la liste hospitalière neuchâteloise. Ainsi, une partie des flux extra-cantonaux observés s'explique par les mandats attribués à certains hôpitaux extra-cantonaux. Dans leur grande majorité, il s'agit de mandats attribués aux trois hôpitaux universitaires Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV), Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et Inselspital, à l'exception des quelques groupes de prestations attribués à l'Hôpital du Jura.

4.4.1. Généralités

En 2023, le Canton de Neuchâtel recense 5'073 sorties pour 1'172 entrées de patient-e-s à charge de l'AOS (voir Tableau 5). En termes relatifs, les flux entrants de patient-e-s représentent 6% des hospitalisations, tandis que les flux sortants concernent 21.5% des patient-e-s résidant dans le canton. Cet ordre de grandeur reste relativement stable au cours de la période 2019 à 2023 en ce qui concerne le flux sortant. On note cependant une augmentation importante du flux entrant d'environ +25.2%.

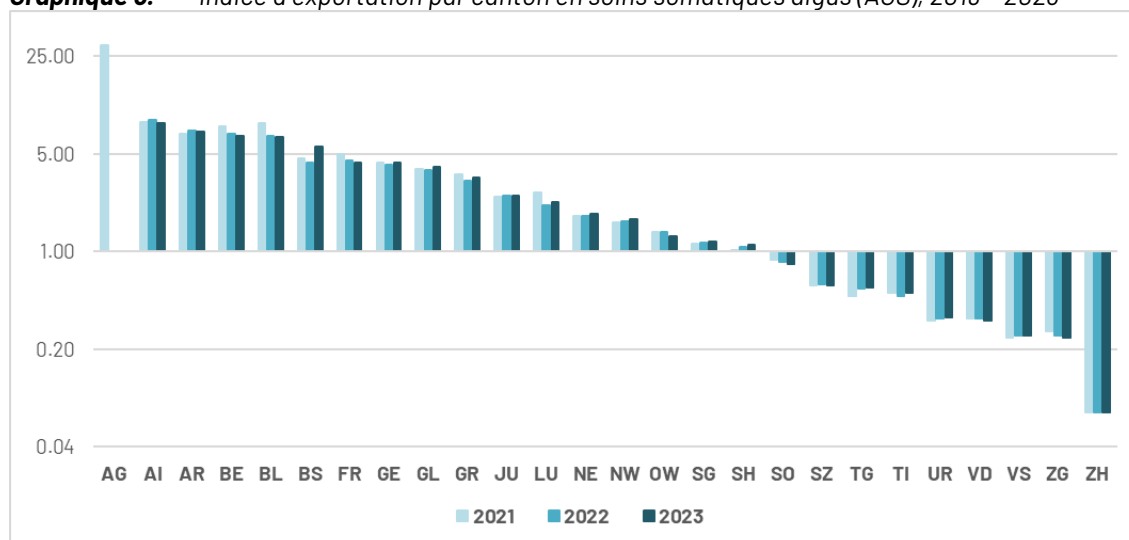
En conséquence, les flux nets sont négatifs (-3'901 cas) et l'indice d'exportation s'élève à 4.33 en 2023. Cette dernière valeur représente le rapport entre les sorties et les entrées ; autrement dit, en 2023, sont observées 4.33 sorties par entrée dans le canton. En comparaison intercantonale, le Canton de Neuchâtel, qui est dans une situation de grande proximité avec plusieurs hôpitaux universitaires, se situe en 13^e position des cantons avec l'indice d'exportation le plus élevé (voir Graphique 5).

Tableau 5. Indicateurs de flux de patient-e-s en soins somatiques aigus (AOS), Canton de Neuchâtel, 2019 – 2023¹⁵

		2019	2020	2021	2022	2023
Import	Entrées(N)	936	807	1'013	1'128	1'172
	Entrées(%)	4.96%	4.54%	5.24%	5.63%	5.93%
Export	Sorties(N)	5'053	4'714	5'038	5'061	5'073
	Sorties(%)	21.97%	21.76%	21.57%	21.11%	21.45%
Flux net		-4'117	-3'907	-4'025	-3'933	-3'901
Indice d'exportation		5.40	5.84	4.97	4.49	4.33

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Graphique 5. Indice d'exportation par canton en soins somatiques aigus (AOS), 2019 – 2023



Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

4.4.2. Flux entrants

Le Tableau 6 montre l'origine des flux d'entrée des patient-e-s domicilié-e-s hors du Canton de Neuchâtel hospitalisé-e-s à charge de l'AOS sur territoire neuchâtelois, soit 1'172 cas en 2023.

La tendance observée sur la période 2019 à 2023 montre une augmentation de +25.2% du nombre de patient-e-s. La répartition entre le canton de provenance reste quant à elle stable.

Les cantons voisins de Berne (32.8%), Vaud (20.4%) et Jura (13.9%) restent les plus grands exportateurs de patient-e-s vers les institutions situées dans le Canton de Neuchâtel en 2023. Les hospitalisations de patient-e-s en provenance de pays étrangers sont placées au 5^e rang (9.7%).

¹⁵ Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patient-e-s résidant dans un autre canton. À l'inverse les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital d'un autre canton considéré pour des patient-e-s résidant dans le canton considéré. Le flux net illustre la différence entre le nombre d'entrées et de sorties. Une valeur positive indique qu'il y a plus d'entrées dans le canton que de sorties alors qu'une valeur négative indique qu'il y a plus de sorties que d'entrées. Enfin, l'indice d'exportation représente le rapport entre les sorties et les entrées. Une valeur supérieure à 1 indique un flux net en exportation alors qu'une valeur inférieure à 1 indique un flux net en importation. Par rapport au flux net, l'indice d'exportation permet de comparer la balance des flux nets entre des cantons ayant des intensités de flux très différentes.

Tableau 6. Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s extra-cantonaux-ales dans les hôpitaux neuchâtelois (AOS), par canton de domicile, 2019 – 2023

	2019		2020		2021		2022		2023	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BE	274	29.27%	224	27.76%	308	30.40%	341	30.23%	385	32.85%
VD	191	20.41%	177	21.93%	240	23.69%	243	21.54%	240	20.48%
JU	159	16.99%	118	14.62%	130	12.83%	180	15.96%	164	13.99%
FR	85	9.08%	81	10.04%	116	11.45%	120	10.64%	138	11.77%
ZY	118	12.61%	95	11.77%	96	9.48%	138	12.23%	114	9.73%
GE	34	3.63%	28	3.47%	37	3.65%	32	2.84%	41	3.50%
VS	38	4.06%	44	5.45%	39	3.85%	35	3.10%	40	3.41%
AG	3	0.32%	6	0.74%	3	0.30%	4	0.35%	10	0.85%
SO	5	0.53%	5	0.62%	5	0.49%	3	0.27%	9	0.77%
ZH	11	1.18%	8	0.99%	13	1.28%	6	0.53%	7	0.60%
TI	6	0.64%	4	0.50%	7	0.69%	5	0.44%	7	0.60%
ZG	1	0.11%	-	-	2	0.20%	4	0.35%	4	0.34%
BS	1	0.11%	3	0.37%	2	0.20%	5	0.44%	4	0.34%
LU	-	-	3	0.37%	1	0.10%	1	0.09%	3	0.26%
TG	1	0.11%	3	0.37%	3	0.30%	2	0.18%	2	0.17%
BL	1	0.11%	2	0.25%	4	0.39%	4	0.35%	2	0.17%
UR	-	-	1	0.12%	-	-	-	-	1	0.09%
SG	2	0.21%	1	0.12%	1	0.10%	2	0.18%	1	0.09%
SZ	2	0.21%	-	-	1	0.10%	1	0.09%	-	-
NW	-	-	1	0.12%	.	-	1	0.09%	-	-
GR	3	0.32%	3	0.37%	2	0.20%	1	0.09%	-	-
ZX	-	-	-	-	2	0.20%	-	-	-	-
SH	-	-	-	-	1	0.10%	-	-	-	-
OW	1	0.11%	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	936	100%	807	100%	1'013	100%	1'128	100%	1'172	100%

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024
Canton de domicile : ZX = inconnu ; ZY = étranger

4.4.3. Flux sortants

Le tableau 7 illustre les cantons des destinations des flux de patient-e-s résidant dans le Canton de Neuchâtel qui se font hospitaliser à charge de l'AOS dans un autre canton. Le Canton de Berne réalise la plus grande partie des hospitalisations hors canton (59%), suivi du Canton de Vaud (29%), puis de Genève (6%), tous trois disposant d'hôpitaux universitaires. Dans l'ensemble, les hospitalisations hors canton sont restées stables entre 2019 et 2023 passant de 5'053 cas à 5'073 cas.

Tableau 7. Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es (AOS) dans les hôpitaux hors canton, par canton de destination, 2019 – 2023

	2019		2020		2021		2022		2023	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BE	3'118	61.71%	2'844	60.33%	3'058	60.70%	3'063	60.52%	2'986	58.86%
VD	1'357	26.86%	1'357	28.79%	1'437	28.52%	1'416	27.98%	1'477	29.11%
GE	318	6.29%	275	5.83%	312	6.19%	320	6.32%	308	6.07%
FR	55	1.09%	41	0.87%	58	1.15%	52	1.03%	66	1.30%
VS	55	1.09%	49	1.04%	49	0.97%	51	1.01%	62	1.22%
ZH	63	1.25%	42	0.89%	28	0.56%	30	0.59%	54	1.06%
BS	17	0.34%	30	0.64%	24	0.48%	36	0.71%	33	0.65%
JU	21	0.42%	25	0.53%	14	0.28%	23	0.45%	26	0.51%
BL	17	0.34%	15	0.32%	15	0.30%	11	0.22%	10	0.20%
LU	5	0.10%	8	0.17%	7	0.14%	20	0.40%	14	0.28%
GR	6	0.12%	7	0.15%	5	0.10%	7	0.14%	8	0.16%
TI	3	0.06%	8	0.17%	7	0.14%	7	0.14%	7	0.14%
SO	1	0.02%	2	0.04%	8	0.16%	6	0.12%	10	0.20%
AG	8	0.16%	4	0.08%	7	0.14%	3	0.06%	4	0.08%
ZG	-	-	3	0.06%	1	0.02%	9	0.18%	5	0.10%
SG	1	0.02%	2	0.04%	2	0.04%	4	0.08%	1	0.02%
AR	4	0.08%	-	-	1	0.02%	1	0.02%	-	-
TG	2	0.04%	1	0.02%	2	0.04%	-	-	-	-
SH	1	0.02%	-	-	1	0.02%	2	0.04%	-	-
SZ	-	-	-	-	1	0.02%	-	-	2	0.04%
UR	-	-	1	0.02%	-	-	-	-	-	-
OW	1	0.02%	-	-	-	-	-	-	-	-
NW	-	-	-	-	1	0.02%	-	-	-	-
Total	5'053	100%	4'714	100%	5'038	100%	5'061	100%	5'073	100%

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

4.4.4. Profil des patient-e-s neuchâtelois-es

Le tableau 8 illustre le fait que le profil des patient-e-s neuchâtelois-es sortant du canton pour se faire hospitaliser dans le domaine des soins somatiques aigus diffère de ceux se faisant hospitaliser sur territoire neuchâtelois, que ce soit du point de vue de la proportion de cas en urgence, de leur couverture d'assurance ou encore du CMI.

En effet, les patient-e-s neuchâtelois-es hospitalisé-e-s dans le canton à charge de l'AOS sont majoritairement admis-es en urgences (64.5% en 2023) tandis que ceux sortant le sont de manière minoritaire (24.9% en 2023). Par ailleurs, les patient-e-s neuchâtelois-es sortant sont davantage pris en charge en chambre privée et semi-privée (17.2% en 2023) que ceux-celles qui restent dans le canton (8.8% en 2023). Enfin, les hospitalisations sortantes nécessitent davantage de ressources et, conséquemment, sont réputées être des cas plus lourds cliniquement (1.43 en 2023) que celles réalisées dans le canton (1.00 en 2023).

Tableau 8. Structure des patient-e-s neuchâtelois-es, par lieu d'hospitalisation en soins somatiques aigus (AOS) (dans la région d'analyse vs. hors région), 2019 – 2023

	Hospitalisations dans le canton					Hospitalisations hors canton				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Urgences	64.43%	66.23%	63.80%	64.90%	64.53%	24.30%	25.43%	25.55%	24.92%	26.08%
SP/P	8.95%	8.78%	8.31%	8.94%	8.84%	18.96%	17.42%	15.98%	15.85%	17.25%
CMI	0.96	1.02	0.99	1.00	1.00	1.53	1.53	1.55	1.48	1.43
PCCL	1.24	1.36	1.39	0.94	0.97	1.19	1.23	1.21	0.85	0.82

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : Urgences = proportion des admissions en urgence ; SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée ; urgence = mode d'admission « urgence » ; PCCL = Patient Complication and Comorbidity Level ; CMI = Case Mix Index (netto).

En 2022, l'échelle PCCL de SwissDRG a été révisée.

5. DÉTERMINATION DES BESOINS DE LA POPULATION DANS LE DOMAINE DES SOINS SOMATIQUES AIGUS

5.1. Généralités

Conformément à l'article 58a, alinéa 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), le Canton de Neuchâtel élabore une planification hospitalière sur la base des besoins en soins de l'ensemble de sa population résidante. Les patient-e-s domicilié-e-s dans d'autres cantons que celui de Neuchâtel ou dans un autre pays en sont exclu-e-s. En effet, il appartient à chaque canton de planifier les besoins des patient-e-s domicilié-e-s sur son territoire et, le cas échéant, de prendre les contacts nécessaires avec les hôpitaux neuchâtelois et les autorités compétentes du canton où se trouvent leurs ressortissant-e-s pour s'assurer de leur prise en charge.

La planification hospitalière neuchâteloise considère la population dans son ensemble. À ce titre, le Conseil d'État planifie les besoins des patient-e-s domicilié-e-s sur son territoire, sans distinction régionale à l'intérieur du canton. Cette approche, déjà mise en œuvre dans les précédentes planifications (cf. chapitres 2.4 et 5 du rapport 20.047), repose sur une unité d'analyse cantonale, dans le prolongement des choix politiques opérés en matière d'organisation hospitalière.

La base de la planification repose sur des groupes de prestations (GPPH) dans le domaine des soins somatiques aigus. Les projections des besoins sont établies à partir des données de recours aux soins de la population neuchâteloise issues de la statistique médicale hospitalière, avec pour année de référence 2023.

Conformément à l'article 58b, alinéa 1, de l'OAMal, les projections prennent en compte les facteurs d'influence pertinents, modélisés sous la forme de trois scénarios distincts :

- **le scénario de base**, considéré comme le plus plausible, constitue le cœur de la projection ;
- **le scénario minimal** repose sur des hypothèses qui conduisent à une estimation basse des besoins ;
- **le scénario maximal** représente une estimation haute, définissant la limite supérieure de la fourchette d'évolution.

Ces scénarios permettent d'anticiper les besoins futurs jusqu'en 2035, horizon de planification retenu. Le scénario de base, considéré comme le plus plausible, constitue la référence pour l'ensemble des analyses et projections présentées dans ce chapitre. La méthodologie de projection est décrite au chapitre 3 du présent rapport et complétée par l'annexe 2.

S'agissant des prestations en matière de soins palliatifs, il convient de rappeler que, contrairement aux précédents rapports, celles-ci sont désormais incluses dans le modèle de projections (voir chapitre 3.2 *Sources de données et critères d'inclusion des cas*).

5.2. Estimation des besoins futurs en soins hospitaliers : projections 2027 – 2035

5.2.1. Assurance obligatoire des soins (AOS)

Au travers de la présente actualisation, il est projeté que le nombre d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus relevant de la seule assurance obligatoire des soins (AOS) s'établisse à 24'378 cas en 2027 et 25'957 cas en 2035, ce qui représente une progression de +1'579 cas (+6.5%) sur 8 ans, soit une augmentation de 0.8% par an (voir tableau 9).

À titre de comparaison, la précédente actualisation établie sur la base de la MS 2019 projetait que le nombre d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus AOS s'établisse à 24'717 cas en 2027

et à 26'833 cas en 2035, représentant une progression de +2'116 cas (+8.6%) sur 8 ans, soit une augmentation de 1.0% par an¹⁶.

Le nombre total d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus à charge de l'AOS projeté sur la base de la MS 2023 diminue donc très légèrement par rapport aux projections établies sur la base de la MS 2019 : -339 cas en 2027 (24'378 cas contre 24'717 cas) et -876 cas en 2035 (25'957 cas contre 26'833 cas).

Tableau 9. *Projections consolidées du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es, selon le scénario de projections (AOS), 2027 – 2035*

	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
base	24 378	24 590	24 809	25 017	25 225	25 416	25 602	25 783	25 957
max.	24 691	24 940	25 201	25 450	25 693	25 919	26 141	26 360	26 569
min.	24 183	24 366	24 557	24 733	24 910	25 071	25 224	25 368	25 509

Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : les corrections sur le domaine Nouveau-nés a été appliqué selon la méthode stabilisée.

Pour des raisons de lisibilité du présent rapport, les projections du nombre de cas AOS par GPPH pour les années 2027 à 2035 sont données dans l'annexe 6 tenant compte des scénarios retenus. Le tableau 10 ci-dessous présente quant à lui les mêmes résultats, cette fois-ci agrégés par domaine de prestations.

Tableau 10. *Projections consolidées du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es, selon le scénario de projections de base et par domaine de prestations (AOS), 2027 – 2035*

¹⁶ Voir rapport du Conseil d'État concernant la planification hospitalière neuchâteloise 1^{ère} partie : actualisation de l'évaluation des besoins – exercices 2023 et suivants du 14 septembre 2022.

DPPH	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Paquet de base	10 282	10 400	10 514	10 621	10 740	10 850	10 958	11 054	11 149
Dermatologie	74	74	74	74	75	75	75	75	75
Oto-rhino-laryngologie	597	599	601	604	606	609	612	615	618
Neurochirurgie	133	134	136	137	139	140	142	143	145
Neurologie	653	662	670	679	689	697	706	714	722
Ophthalmologie	90	91	92	92	93	93	94	94	94
Endocrinologie	101	103	104	105	106	107	108	109	110
Gastroentérologie	902	914	925	937	948	959	967	976	984
Chirurgie viscérale	534	537	541	544	546	548	551	554	557
Hématologie	279	283	287	291	295	299	303	307	311
Vaisseaux	415	420	426	432	436	441	446	451	456
Cœur	1 138	1 150	1 162	1 173	1 183	1 192	1 202	1 213	1 225
Néphrologie	89	90	91	92	93	94	95	96	97
Urologie	1 251	1 263	1 275	1 286	1 296	1 305	1 314	1 325	1 334
Pneumologie	667	676	686	695	704	712	721	729	738
Chirurgie thoracique	86	87	88	88	89	90	91	92	92
Transplantations d'organes solides	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Orthopédie	2 738	2 755	2 773	2 792	2 809	2 823	2 838	2 854	2 871
Rhumatologie	69	70	70	70	70	70	71	71	71
Gynécologie	623	624	625	626	627	628	629	630	632
Obstétrique	1 671	1 667	1 667	1 666	1 668	1 664	1 657	1 653	1 649
Nouveau-nés	1 615	1 618	1 623	1 628	1 629	1 631	1 633	1 634	1 634
(Radio-)oncologie	282	284	287	289	290	292	293	294	294
Traumatismes graves	77	78	80	81	82	83	84	86	87
Total	24 378	24 590	24 809	25 017	25 225	25 416	25 602	25 783	25 957

Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : les corrections sur le domaine Nouveau-nés a été appliqué selon la méthode stabilisée.

Il convient de relever que ces projections de besoins représentent les besoins en soins AOS au sens de l'article 58b, alinéa 1, de l'OAMal. Elles doivent encore être traitées, en vertu de l'article 58b, alinéa 2, de l'OAMal, par la déduction de « l'offre utilisée par les établissements qui ne figurent pas sur la liste » (étape 3 de la planification). Ceci permet ensuite de déterminer l'offre qui doit être garantie par l'inscription sur la liste hospitalière afin d'assurer la couverture des besoins, au sens de l'article 58b, alinéa 3, de l'OAMal, que ce soit par des établissements situés dans le canton ou hors de celui-ci. Cela sera fait lors de la troisième étape du processus d'élaboration de la future planification hospitalière.

5.2.2. Tous régimes assuranciers confondus

Au travers de la présente actualisation, il est projeté que le nombre d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus, tous régimes assuranciers confondus¹⁷, s'établisse à 25'669 cas en 2027 et à 27'244 cas en 2035, représentant une progression de +1'575 cas (+6.1%) sur 8 ans, soit une augmentation de 0.7% par an (voir tableau 11).

À titre de comparaison, la précédente actualisation établie sur la base de la MS 2019 projetait que le nombre d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus, tous régimes assuranciers

¹⁷ Notamment : assurances fédérales (assurance accident, assurance invalidité, assurance militaire), assurances privées, auto-payeurs, etc.

confondus, s'établit à 26'293 cas en 2027 et à 28'428 cas en 2035, représentant une progression de +2'135 cas (+8.1%) sur 7 ans, soit une augmentation de 1.0 % par an¹⁸.

En résumé, le nombre total d'hospitalisations stationnaires de soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus) projeté sur la base de la MS 2023 diminue donc très légèrement par rapport aux projections établies sur la base de la MS 2019 : -624 cas en 2027 (25'669 cas contre 26'293 cas), et -1'184 cas en 2035 (27'224 cas contre 28'428 cas).

Tableau 11. *Projections consolidées du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es, selon le scénario de projections (tous régimes assuranciers confondus), 2019 – 2023*

	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
base	25 669	25 883	26 099	26 306	26 514	26 706	26 889	27 069	27 244
max.	25 911	26 153	26 405	26 647	26 884	27 108	27 323	27 539	27 747
min.	25 457	25 641	25 828	25 999	26 175	26 332	26 482	26 622	26 762

Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : les corrections sur le domaine Nouveau-nés a été appliqué selon la méthode stabilisée.

Pour des raisons de lisibilité du présent rapport, les projections du nombre de cas, tous régimes assuranciers confondus, par GPPH pour les années 2027 à 2035, sont données dans l'annexe 7 tenant compte des scénarios retenus. Le tableau 12 ci-dessous présente quant à lui les mêmes résultats, cette fois-ci agrégés par domaine de prestations.

Tableau 12. *Projections consolidées du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-es, selon le scénario de projections de base et par domaine de prestations (tous régimes assuranciers confondus), 2019 – 2023*

¹⁸ Voir rapport du Conseil d'État concernant la planification hospitalière neuchâteloise 1ère partie : actualisation de l'évaluation des besoins – exercices 2023 et suivants du 14 septembre 2022.

DPPH	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Paquet de base	10 755	10 872	10 985	11 091	11 208	11 317	11 425	11 519	11 614
Dermatologie	74	75	75	75	75	76	76	76	76
Oto-rhino-laryngologie	638	640	642	645	647	650	653	655	658
Neurochirurgie	145	147	149	150	152	154	155	157	159
Neurologie	673	682	690	699	709	718	727	735	743
Ophthalmologie	95	96	97	98	98	99	99	100	100
Endocrinologie	104	106	107	108	109	110	111	112	112
Gastroentérologie	908	920	931	943	954	965	973	982	990
Chirurgie viscérale	540	543	547	550	552	555	557	560	564
Hématologie	282	286	290	294	298	302	306	310	314
Vaisseaux	423	428	434	440	444	449	454	459	464
Cœur	1 151	1 163	1 176	1 187	1 197	1 206	1 216	1 227	1 239
Néphrologie	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Urologie	1 275	1 287	1 298	1 310	1 320	1 329	1 338	1 349	1 358
Pneumologie	677	687	697	706	714	723	732	740	749
Chirurgie thoracique	88	89	90	91	92	92	93	94	95
Transplantations d'organes solides	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Orthopédie	3 348	3 364	3 382	3 401	3 416	3 430	3 444	3 459	3 475
Rhumatologie	74	74	75	75	75	75	75	75	76
Gynécologie	623	624	625	626	627	628	629	630	632
Obstétrique	1 675	1 671	1 671	1 670	1 672	1 668	1 661	1 657	1 653
Nouveau-nés	1 622	1 627	1 631	1 636	1 639	1 642	1 643	1 645	1 646
(Radio-)oncologie	282	284	287	289	290	292	293	294	294
Traumatismes graves	112	113	115	116	116	118	119	120	121
Total	25 669	25 883	26 099	26 306	26 514	26 706	26 889	27 069	27 244

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : les corrections sur le domaine Nouveau-nés a été appliqué selon la méthode stabilisée.

6. CONCLUSIONS

L'actualisation des projections sur la base de la MS 2023 selon le modèle GPPH 2024 version « akut-spl23-2024.0.51 » permet une estimation plus proche du modèle qui prévaudra dès 2025, notamment des groupes de prestations (GPPH). Elle démontre une relative stabilité du nombre total de cas qui avaient été projetés lors du précédent rapport 20.047 et de son actualisation, avec une croissance moins marquée que précédemment.

Le présent rapport représente la première des trois étapes des travaux d'élaboration de la planification hospitalière ; la suite des travaux consistera en la définition des conditions-cadres et en l'élaboration de la liste hospitalière cantonale.

La deuxième étape de la planification hospitalière, consacrée à la définition des conditions-cadres, s'est traduite par le traitement, par le Grand Conseil, du rapport du Conseil d'État proposant la modification de la loi de santé, adopté le 2 septembre 2025.

La troisième étape concerne l'élaboration de la liste hospitalière. Elle comprend, dans un premier temps, la procédure d'appel d'offres en vue de l'attribution des mandats de prestations, prévue entre le quatrième trimestre 2025 et le premier semestre 2026. Elle se poursuivra par la détermination de l'offre devant être couverte par la liste hospitalière, assortie d'une consultation portant tant sur la liste que sur les mandats octroyés. Cette étape trouvera son aboutissement dans l'adoption de la nouvelle liste hospitalière neuchâteloise à l'horizon 2027.

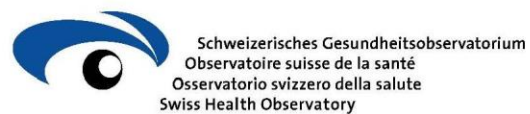
Annexe 1

Domaines de prestations (DPPH) et groupes de prestations (GPPH) selon le modèle GPPH, version « akut-spl23-2024.0.51 »

DPPH	GPPH	Intitulé
Paquet de base	BP	Paquet de base
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)
	DER1.1	Oncologie dermatologique
	DER1.2	Affections cutanées graves
	DER2	Traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère
	HNO1.3.2	<i>Implants cochléaires (CIMHS)</i>
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes
KIE1	Chirurgie maxillaire	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crâniale
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée
	NCH1.1.1	<i>Traitement des pathologies vasculaires du SNC autres que les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)</i>
	NCH1.1.1.1	<i>Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)</i>
	NCH1.1.2	<i>Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (CIMHS)</i>
	NCH1.1.3	<i>Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte (CIMHS)</i>
	NCH2	Neurochirurgie spinale
	NCH2.1	<i>Traitement des tumeurs rares de la moelle épinière (CIMHS)</i>
NCH3	Neurochirurgie périphérique	
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires
	NEU3.1	<i>Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (CIMHS)</i>
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe
	NEU4.2	Diagnostic préopératoire de l'épilepsie
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie
	AUG1.1	Strabologie
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur
	AUG1.4	Cataracte
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine
Endocrinologie	END1	Endocrinologie
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale
	VIS1.1	<i>Résection pancréatique (CIMHS)</i>

DPPH	GPPH	Intitulé
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)
Vaisseaux	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens
	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
	GEF3	Chirurgie carotidienne
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux
	RAD1	Radiologie interventionnelle
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valvule aortique
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valvule mitrale
	HER1.1.6	Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)
	KAR1	Cardiologie et devices
	KAR2	Électrophysiologie et CRT
	KAR3	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)
	KAR3.1	Cardiologie interventionnelle (interventions structurales)
	KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurales)
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale
	URO1.1.2	Cystectomie radicale
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale
	PNE1.2	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire
	PNE1.3	Mucoviscidose
	PNE2	Polysomnographie
Chirurgie thoracique	TH01	Chirurgie thoracique
	TH01.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)
	TH01.2	Chirurgie du médiastin
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur

DPPH	GPPH	Intitulé
	BEW10	Chirurgie du plexus
	BEW11	Réimplantations
	BEW2	Orthopédie
	BEW3	Chirurgie de la main
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude
	BEW5	Arthroscopie du genou
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention
	BEW7.1.1	Reprises de prothèses de la hanche
	BEW7.2	Prothèses de genou de première intention
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses du genou
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
	BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale
BEW9	Tumeurs osseuses malignes	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire
Gynécologie	GYN1	Gynécologie
	GYN2	Centre de chirurgie mammaire certifié
	GYNT	Tumeurs gynécologiques
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité
Obstétrique	GEB1	Soins de base en obstétrique (>= 35 0/7 SG et PN 2000g)
	GEB1.1	Obstétrique (>= 32 0/7 SG et PN 1250g)
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base en néonatalogie (>= 35 0/7 SG et PN 2000g)
	NEO1.1	Néonatalogie (>= 32 0/7 SG et PN 1250g)
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (>= 28 0/7 SG et PN >=1000g)
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (< 32 0/7 SG et PN < 1500g)
(Radio-)oncologie	NUK1	Médecine nucléaire
	ONK1	Oncologie
	RAO1	Radio-oncologie
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (CIMHS)
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)
Domaines transversaux	KINM	Pédiatrie
	KINC	Chirurgie pédiatrique
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base
	KAA	Anesthésie pédiatrique « A »
	KAB	Anesthésie pédiatrique « B »
	KAC	Anesthésie pédiatrique « C »
	KAD	Anesthésie pédiatrique « D »
	GER	Centre de compétences en gériatrie aiguë
	PAL	Centre de compétences en soins palliatifs
	AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance
	ISO	Unité d'isolement spéciale



Planification hospitalière neuchâteloise Soins somatiques aigus: actualisation de l'évaluation des besoins

Rapport méthodologique

Auteure Sylvie Füglistner-Dousse, Obsan

Neuchâtel, février 2025

Table des matières

1	Introduction	3
2	Données et méthode	4
2.1	Sources de données	4
2.1.1	Statistique médicale des hôpitaux (MS)	4
2.1.2	Statistique des hôpitaux (KS)	4
2.1.3	Statistique de la population et des ménages (STATPOP)	4
2.1.4	Perspectives démographiques pour le canton de Neuchâtel réalisées par Statistique Vaud	5
2.1.5	Autres bases de données	5
2.2	Critères d'inclusion	5
2.3	Délimitation des types de soins	5
2.4	Groupement des cas	7
2.4.1	Soins somatiques aigus	7
2.5	Calcul de la durée de séjour	7
2.6	Taux d'hospitalisation standardisés	7
2.7	Flux de patients	8
2.8	Modèle de projection	8
2.8.1	Technique de projection	9
2.8.2	Évolution démographique	10
2.8.3	Autres facteurs	12
2.8.4	Les hypothèses de projection en bref	17
3	Bibliographie	19

1 Introduction

Dans le cadre de la révision de sa planification hospitalière pour le domaine des soins somatiques aigus, dont la mise en œuvre, initialement prévue en 2023, a été repoussée, le service de la santé publique du canton de Neuchâtel a confié à l'Obsan la mise à jour des calculs permettant d'évaluer les besoins (voir aussi le Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil relatif à la deuxième étape de la future planification hospitalière neuchâteloise¹). D'une part, la mise à jour présente l'avantage d'utiliser les dernières données disponibles (2023), alors que les anciens travaux étaient basés sur les données de l'année 2019, donc avant le début de la pandémie de COVID-19. D'autre part, elle permet d'employer la version la plus récente du concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), concept élaboré par la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH). Ce nouveau mandat fait suite aux projets déjà réalisés par l'Obsan en 2020 et 2021.

¹ https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2024/24053_CE.pdf

2 Données et méthode

Ce chapitre fournit des informations sur la méthodologie ainsi que sur les bases de données qui ont été utilisées pour l'élaboration de ce rapport. Il explique également le modèle de projection de même que les différents facteurs d'influence et les hypothèses retenues pour calculer les besoins futurs en soins.

2.1 Sources de données

La Statistique médicale des hôpitaux (MS) et la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont à la base des analyses de la situation actuelle et des projections des besoins. Au niveau démographique, ce sont les données de la statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS et celles du Recensement cantonal de la population (RCP) du Service de statistique du canton de Neuchâtel qui ont été utilisées.

2.1.1 Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS fournit chaque année les données individuelles sur les séjours hospitaliers. Chaque clinique, hôpital ou maison de naissance effectue le relevé qui est obligatoire. La MS collecte des informations sociodémographiques sur les patients comme l'âge, le sexe ou la région de domicile, des données administratives comme les informations sur l'admission et la sortie ou le type d'assurance, des données économiques comme le centre de prise en charge des coûts ainsi que des informations médicales telles que les diagnostics et les traitements.

² Issue des registres communaux des habitants, cette population comprend toutes les personnes dont le domicile civil ou légal se trouve dans le canton de Neuchâtel. Pour la population étrangère, sont incluses les personnes détentrices de permis B (autorisation de séjour), C (autorisation d'établissement) et Ci (fonctionnaires internationaux et leurs familles) et les personnes se

2.1.2 Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux de l'OFS sert principalement à décrire l'infrastructure et l'activité des hôpitaux et des maisons de naissances en Suisse et fournit des informations sur la typologie des hôpitaux. Elle permet, notamment avec les données de la MS, de classer les cas dans les soins somatiques aigus, la psychiatrie ou la réadaptation. La procédure exacte de délimitation des domaines de soins est décrite dans l'Encadré 1, à la page 6.

2.1.3 Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

La statistique de la population et des ménages de l'OFS fait partie du système de recensement fédéral de la population. Elle fournit des informations sur l'effectif et la structure de la population résidente à la fin de l'année ainsi que sur les mouvements de population au cours de l'année civile. C'est sur la base de la population résidente permanente selon STATPOP que sont calculés les taux d'hospitalisation standardisés neuchâtelois 2019-2023 dans le cadre de l'« analyse de la situation actuelle », pour les mettre en relation avec les taux suisses.

Toutefois, les taux par groupe de prestations, par groupe d'âges et par sexe qui servent de base pour les projections des besoins sont calculés à partir de la population résidente permanente 2023 au sens du RCP², par souci de cohérence avec l'utilisation des projections démographiques basées sur cette même source (voir ci-après).

trouvant en Suisse depuis au moins 12 mois avec permis F (admission provisoire), L (autorisation de courte durée), N (requérant-e-s d'asile) et S (personnes à protéger).

Les définitions de la population résidente permanente correspondent, mais des écarts entre les résultats de STATPOP et du RCP sont possibles. En effet, l'OFS utilise la livraison de données du 31 mars afin de prendre en compte les mouvements de l'année précédente annoncés avec retard et non comptabilisés au 31 décembre, ce que ne fait pas le RCP. Par ailleurs, en cas de divergence de permis de séjour entre les registres communaux des habitants et le système d'information central sur la migration (SYMIC), l'OFS retient le SYMIC.

2.1.4 Perspectives démographiques pour le canton de Neuchâtel réalisées par Statistique Vaud

Les projections des besoins en soins stationnaires s'appuient sur les perspectives démographiques de Statistique Vaud, réalisées périodiquement sur mandat du Service de statistique du canton de Neuchâtel à des fins de planification et d'aide à la décision. Ces perspectives ont été effectuées en 2022 avec pour point de départ la population résidente permanente au 31.12.2021 au sens du RCP, et couvrent la période 2022 à 2050, remplaçant ainsi les dernières ayant été publiées en 2019. Trois scénarios d'évolutions possibles pour la population neuchâteloise ont été formulés : un scénario moyen, considéré comme le plus vraisemblable, un scénario haut et un scénario bas, tous basés sur différentes hypothèses concernant l'évolution future de la fécondité, de la mortalité et des migrations. La description détaillée des hypothèses retenues se trouve dans le rapport thématique (Moreau & Cornioley, 2022).

2.1.5 Autres bases de données

La liste hospitalière cantonale a été utilisée comme source d'information supplémentaire. Elle sert de base à la classification des fournisseurs de prestations entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux non répertoriés et a permis de calculer les taux de couverture de la liste hospitalière par groupe de prestations. Fait référence ici la liste hospitalière du canton de Neuchâtel, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2023³.

2.2 Critères d'inclusion

Sauf s'il est spécifié autrement, les tableaux de l'« analyse des données récentes » fournissent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)⁴. Dans les analyses qui tiennent compte du nombre minimal de cas comme indicateur de l'expertise spécifique d'un prestataire de soins, il n'est pas pertinent de limiter les cas selon l'agent payeur et tous les cas ont été considérés.

Pour les projections, deux séries de tableaux sont fournies : la projection des cas AOS uniquement, et la projection de l'ensemble des cas. L'année de référence des données médicales pour les projections est l'année 2023 (données les plus récentes).

2.3 Délimitation des types de soins

Les types de soins dans les hôpitaux sont délimités essentiellement selon les centres de prise en charge des coûts et la typologie des établissements de santé de l'OFS. Pour le canton de Neuchâtel, quelques adaptations supplémentaires ont été apportées (voir Encadré 1, à la page 6).

³ Selon [Arrêté](#) du Conseil d'État du 30 août 2023.

⁴ Variable agent payeur MS 1.4.V02=1 (Assurance-maladie (obligatoire) comme principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune.)

Encadré 1 Délimitation des domaines de soins et définition d'un cas**Délimitation des domaines de soins**

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

1. Les cas sont d'abord attribués à la psychiatrie (M500) ou à la réadaptation (M950) sur la base du centre de prise en charge principal des coûts.
2. Sur la base de la typologie des hôpitaux, de nouveaux cas de psychiatrie (K211, K212) et de réadaptation (K221) sont identifiés parmi les cas restants.
3. Les cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts ou les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234) sont attribués aux soins somatiques aigus si le cas est facturé par DRG, sinon à la réadaptation.
4. Les cas qui n'ont pas été répartis entre les domaines de soins au cours des étapes précédentes (1-3) sont attribués aux soins aigus.
5. Finalement, des adaptations sont apportées à l'attribution des cas en fonction de l'hôpital, des résultats d'études de plausibilisation des données, des expériences de l'Obsan dans le cadre d'études précédentes, ainsi que des clarifications avec les cantons concernés, et sont documentées dans un système central (ObsanSITE). Pour le canton de Neuchâtel, la correction suivante a été effectuée :
 - Au RHNe, les cas en dessous de 14 ans enregistrés en soins aigus avec un diagnostic principal « F » (Troubles mentaux et du comportement) sont considérés comme des cas de pédopsychiatrie et sont donc exclus des soins aigus, sauf s'ils sont enregistrés dans un groupe de prestations autre que le paquet de base.

Les définitions utilisées sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Définition du cas ¹⁾	A	A, C	A, C
Centre de prise en charge des coûts ²⁾	autres	M500	M950
Typologie des établissements de santé ³⁾	autres	K21	K221
Tarif de facturation ⁴⁾ combiné avec le centre de coûts M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif#SwissDRG
Tarif de facturation ⁴⁾ combiné avec le type d'hôpital K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif#SwissDRG
Adaptations spécifiques aux hôpitaux et aux sites:	oui	oui	oui
Adaptations spécifiques au canton de Neuchâtel	- <14 ans au RHNe avec diagnostic principal F exclus des soins aigus -> psychiatrie -		

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

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

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

4) Tarif de facturation=1: le cas est facturé selon SwissDRG

Définition du cas

Un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année sont pris en compte (cas A). Depuis l'introduction de SwissDRG (2012), les cas qui sont réadmis dans les 18 jours sous certaines conditions sont regroupés.

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux

© Obsan 2025

2.4 Groupement des cas

2.4.1 Soins somatiques aigus

Les cas en soins somatiques aigus ont été regroupés à l'aide du grouper développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), dans sa version « akut-spl23-2024.0.51 ». Tous les cas de la MS sont attribués à un groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Chaque groupe est clairement défini par des codes de diagnostic et de traitement spécifiques, sur la base de la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM). Les groupes de prestations peuvent être regroupés en domaines de prestations pour la planification hospitalière (DPPH). Les DPPH sont présentés dans l'Encadré 2.

Encadré 2 Domaines de prestations pour les soins somatiques aigus (DPPH)	
Soins de base	Paquet de base
Système nerveux et organes des sens	Dermatologie Oto-rhino-laryngologie Neurochirurgie Neurologie Ophtalmologie
Organes internes	Endocrinologie Gastroentérologie Chirurgie viscérale Hématologie Vaisseaux Cœur Néphrologie Urologie Pneumologie Chirurgie thoracique Transplantations d'organes solides
Appareil locomoteur	Orthopédie Rhumatologie
Gynécologie et obstétrique	Gynécologie Obstétrique Nouveau-nés
Autres	(Radio-)oncologie Traumatismes graves

À noter que les cas relevant de la gériatrie aiguë, financés dans le cadre de la structure tarifaire DRG, appartiennent aux soins somatiques aigus du point de vue de la planification, et non à la réadaptation (voir Encadré 1, à la page 6).

2.5 Calcul de la durée de séjour

Pour les soins somatiques aigus, y compris la gériatrie aiguë, la durée de séjour est calculée selon les règles et définitions prévues par le système tarifaire Swiss-DRG (SwissDRG 2019), à savoir :

Date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé

Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas et les jours de congé à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital. De plus, lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès et de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours.

2.6 Taux d'hospitalisation standardisés

Les taux d'hospitalisation standardisés permettent des comparaisons entre différentes régions ou pays, sans que ces dernières soient biaisées par la structure démographique des unités spatiales comparées. Les taux présentés dans le tableau A3.1 de l'« analyse des données récentes » sont standardisés par âge et par sexe ; cela signifie que les résultats corrigent pour les variations qui existent dans la structure démographique des cantons. Les taux standardisés sont calculés à partir de la méthode directe suivante :

$$R_{IS} = \frac{\sum(N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

R_{IS} = taux standardisés par âge et par sexe

N_{ij} = nombre de personnes de classe d'âge i de sexe j dans la population standard

r_{ij} = taux par âge i et sexe j dans la population étudiée

La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013). Avec la standardisation, on obtient le taux que présenterait la population étudiée si elle avait la même structure

par âge et sexe que la population de référence. L'intervalle de confiance est une mesure de la précision de l'estimation. Il définit les limites à l'intérieur desquelles la valeur se trouve avec une probabilité de 95%. L'écart-type et l'intervalle de confiance à 95% ont été calculés sur la base d'une approximation de la variance des taux par la loi Gamma (Tiwari et al., 2006).

2.7 Flux de patients

L'« analyse des données récentes » comprend une série de tableaux sur les flux de patients pour les soins somatiques aigus. La description des indicateurs et leurs définitions sont explicitées au tableau T 2.1.

T 2.1 Définitions des indicateurs des flux des patients

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

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

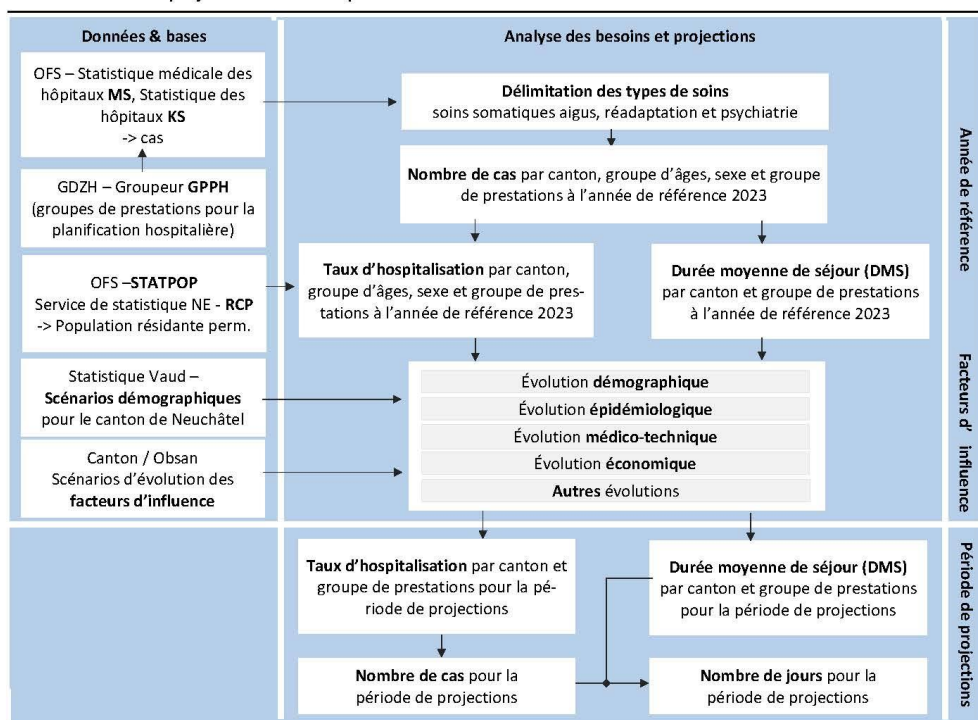
© Obsan 2025

2.8 Modèle de projection

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer, l'Obsan a élaboré en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS) un modèle de projection du nombre de cas et de jours de soins qui sert de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et alémaniques. Le dossier de l'Obsan n° 32

(Weaver et al., 2009) contient une documentation détaillée sur le modèle ainsi que sur la méthodologie sous-jacente. Le modèle utilisé actuellement est une version révisée de ce modèle permettant de mieux tenir compte de l'exigence de prendre en compte les divers facteurs d'influence. La figure G 2.1 montre une représentation schématique du modèle de projection. La technique de projection ainsi que les facteurs d'influence déterminants sont expliqués ci-après.

G 2.1 Modèle de projection de l'Obsan pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires



Source: propre représentation

© Obsan 2025

2.8.1 Technique de projection

Contrairement à ce que l'on appelle l'extrapolation de tendance ou les modèles de séries temporelles, dans lesquels les projections s'effectuent sur la base des tendances observées dans le passé, le modèle de projection de l'Obsan se base uniquement sur une année de référence, généralement l'année de données la plus récente. En effet, l'extrapolation de tendance nécessite des séries temporelles stables. Dans le contexte de la planification hospitalière, cela n'est pas garanti. Les systèmes de classification médicale utilisés pour coder les diagnostics et les traitements - notamment CHOP et CIM - sont adaptés en permanence à l'évolution des conditions. En conséquence, les

groupes de prestations sur lesquels se base la planification hospitalière sont également mis à jour chaque année. Ces adaptations sont essentielles, mais elles ont pour conséquence qu'il n'existe pas forcément de séries temporelles stables au niveau de tous les groupes de prestations. Par ailleurs, la pandémie de Covid-19 a largement influencé les données récentes, particulièrement l'année 2020 qui relève d'une situation extraordinaire avec de nombreuses hospitalisations en urgence et également un nombre considérable d'annulations et/ou de reports d'interventions électives. Pour toutes ces raisons, il est plus judicieux de se baser sur l'année la plus récente pour les projections, c'est-à-dire l'année 2023. Dans le modèle de projection de l'Obsan, seuls sont intégrés les facteurs d'influence et les évolutions pour lesquels il existe des

évidences empiriques ou un large consensus parmi les spécialistes, et uniquement à condition que ces évolutions soient quantifiables.

La procédure d'évaluation des besoins en soins se résume par les étapes suivantes :

1. Identification des prestations pertinentes pour l'évaluation des besoins : la délimitation des domaines de soins somatiques aigus, de psychiatrie et de réadaptation parmi les cas de la MS est ici décisive.
2. Calcul du nombre de cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et groupe de prestations pour l'année de référence.
3. Calcul des taux d'hospitalisation durant l'année de référence en rapportant les cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et groupe de prestations à la population résidante du canton.
4. Estimation des taux d'hospitalisation au cours de la période de projections en tenant compte des évolutions attendues sur les plans économique, épidémiologique et médicotechnique.
5. Estimation du nombre de cas au cours de la période de projections sur la base des taux d'hospitalisation et des scénarios d'évolution démographique.
6. Calcul de la durée moyenne de séjour (DMS) par groupe de prestations pour l'année de référence.
7. Estimation de la DMS pour la période de projections en tenant compte des évolutions attendues

sur les plans économique, épidémiologique et médicotechnique.

8. Estimation des journées de soins pour la période de projections à partir du nombre de cas estimé et de la DMS estimée par groupe de prestations.

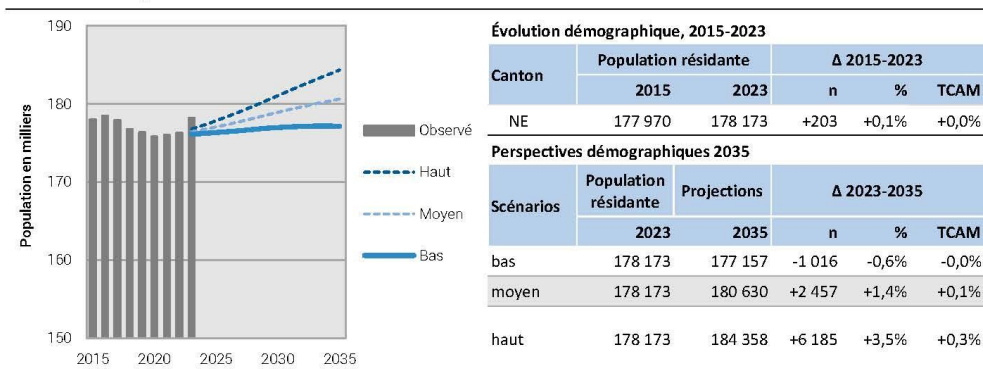
Le modèle de projection permet donc d'estimer les besoins en prestations de la population résidante du canton de planification en termes de nombre de cas et de nombre de journées de soins attendus.

2.8.2 Évolution démographique

Les perspectives démographiques constituent un outil majeur pour la planification du système des soins et sont intégrées dans le modèle de projection de l'Obsan.

À la fin de l'année 2023, la population résidante du canton de Neuchâtel s'élevait à 178 173 personnes (G 2.2). Sur la période 2015 à 2023, la population du canton a fluctué : après une diminution dès 2017, une reprise a eu lieu après 2020. Au final, il en résulte une augmentation de 203 habitants. Pour le futur, le scénario moyen de Statistique Vaud prévoit que la population résidante du canton de Neuchâtel passe à 180 630 personnes à l'horizon 2035 (+2457 par rapport à 2023). Les scénarios bas et haut établissent une fourchette allant respectivement de 177 157 (-1016) à 184 358 personnes (+6185).

G 2.2 Population résidante permanente et perspectives démographiques pour le canton de Neuchâtel, selon le scénario, 2015-2035



Source: Service de statistique NE - RCP (2015-2023) ; Statistique Vaud - perspectives démographiques pour le canton de NE (2024-2035)
© Obsan 2025

G 2.3 Population résidente permanente effective et perspectives démographiques, comparaison pour les années 2022 et 2023

Population résidente			2022	2023	Δ 2022-2023	
					n	%
Total						
Population effective			176 245	178 173	+1 928	+1,1%
Scénarios	bas		176 059	176 115	+56	+0,0%
	moyen		176 207	176 431	+224	+0,1%
	haut		176 377	176 786	+409	+0,2%
Δ Population effective - Scénarios	bas	n	+186	+2 058		
		%	+0,1%	+1,2%		
	moyen	n	+38	+1 742		
		%	+0,0%	+1,0%		
	haut	n	-132	+1 387		
		%	-0,1%	+0,8%		
Classe d'âge 0-4						
Population effective			8 046	8 074	+28	+0,3%
Scénarios	bas		8 269	8 312	+43	+0,5%
	moyen		8 300	8 377	+77	+0,9%
	haut		8 346	8 478	+132	+1,6%
Δ Population effective - Scénarios	bas	n	-223	-238		
		%	-2,7%	-2,9%		
	moyen	n	-254	-303		
		%	-3,1%	-3,6%		
	haut	n	-300	-404		
		%	-3,6%	-4,8%		

Source: Service de statistique NE - RCP ; Statistique Vaud - perspectives démographiques pour le canton de NE

© Obsan 2025

A noter que l'évolution de la population entre les années 2022 et 2023 est particulièrement marquée (+1928 ; +1,1%) (G 2.3). Cette hausse est la plus importante enregistrée depuis le début des années nonante. Traditionnellement très ouvert vers l'extérieur, le canton de Neuchâtel a vu son nombre de personnes de nationalité étrangère augmenter fortement entre 2022 et 2023, tandis que celui des personnes de nationalité suisse a diminué (+2374, respectivement -446)⁵. A noter que les titulaires d'un permis attribué à des personnes à protéger (permis S), parmi eux 982 ressortissants de nationalité ukrainienne, font partie de la population résidente permanente s'ils sont arrivés

en Suisse depuis au moins une année et sont donc comptabilisés dans les résultats du recensement de 2023. Au moment de la rédaction du présent rapport, les chiffres 2024 venaient de paraître et faisaient état d'une poursuite de la progression de la population (+1276 personnes ; +0,72%), portée notamment par la hausse des personnes de nationalité française (+644), devançant celle des personnes de nationalité ukrainienne (+181), ces dernières ne contribuant que peu à l'augmentation démographique observée en 2024⁶. Si, dans son ensemble, la population de 2023 était légèrement supérieure à la population qui avait été projetée pour cette même année, il en va autrement de la

⁵ Communiqué de presse du 5 février 2024 (https://www.ne.ch/autorites/DFS/STAT/population/Documents/20240205_CommPresse_RCP2023.pdf)

⁶ Communiqué de presse du 6 février 2025 (https://www.ne.ch/autorites/DFS/STAT/population/Documents/20250206_CommPresse_RCP2024.pdf)

classe d'âge des enfants de 0 à 4 ans (G 2.3). En effet, le nombre d'enfants de cette classe d'âge a augmenté de 28 unités (+0,3%), alors que les projections attendaient une hausse nettement plus importante, de 43 à 132 unités (+0,5% à +1,6%) selon le scénario. Par ailleurs, en 2022 déjà, les effectifs se situaient à un niveau inférieur aux projections pour tous les scénarios (scénario moyen : -254 ; -3,1%). Cet écart s'est encore creusé en 2023 (-303 ; -3,6%). Cette tendance à la baisse de cette catégorie d'âge est liée à la baisse importante du nombre de naissances observé aussi au niveau suisse après 2021⁷. En effet, pour le canton de Neuchâtel, les chiffres effectifs de population pour la classe d'âge 0⁸ en 2023 étaient très inférieurs aux perspectives démographiques quel que soit le scénario (pour le scénario moyen -306 enfants, soit -18%, résultats non représentés dans les tableaux). Il en résulte une augmentation importante des besoins dans le domaine de prestations des nouveau-nés entre 2023 (effectif) et 2024 (première année de projections). Cette augmentation est peu vraisemblable et le risque de surestimation des besoins est réel, du moins dans les premières années de projections. Toutefois, l'Obsan n'est pas lui-même producteur de perspectives démographiques et se fie à l'OFS ou aux services de statistique des cantons. Afin d'envisager la pertinence d'une correction, le service de la santé publique du canton de Neuchâtel s'est approché du service cantonal de statistique. Ce dernier s'est basé sur le constat que les hypothèses quant à l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), bien que probables au moment de la prédiction en 2022 (Moreau & Cornioley), sont plutôt optimistes étant donné le déclin réel de l'ICF, en cours depuis la fin des années 1980, et qui s'est fortement accéléré les dernières années. En effet, le niveau de l'ICF de 2023 (1,32) est considérablement inférieur à l'hypothèse de fécondité du scénario moyen (1,55) et se situe même au-dessous de l'ICF qui sous-tend le scénario bas (1,50) des perspectives démographiques. Afin de traiter ce biais, le service de statistique a proposé une méthode de correction des projections des

besoins en néonatalogie⁹. Deux séries ont été proposées : une série dite « ajustée », utilisant des facteurs de correction annuels et reposant sur l'hypothèse d'une baisse continue des taux de fécondité ; une série dite « stabilisée », prenant en compte l'incertitude croissante des prévisions futures et utilisant un facteur de correction unique représentant la moyenne des facteurs de correction annuels et supposant que les taux de fécondité se stabilisent à partir de 2024. En raison de l'incertitude élevée, l'Obsan préconise cette seconde série, considérée comme plus prudente. Si les deux approches réduisent le nombre de cas à partir de l'année 2024, elles prévoient toujours une augmentation entre 2023 et 2024, ce qui va à l'encontre de l'évolution récente du nombre de naissances. Les chiffres provisoires de l'OFS pour les naissances dans le canton de Neuchâtel en 2024 suggèrent que malgré les corrections proposées, une surestimation des besoins réels en néonatalogie ne peut être totalement exclue dans les années à venir.

2.8.3 Autres facteurs

Outre l'évolution démographique, d'autres facteurs peuvent influencer sur les futurs besoins en soins. Il s'agit en particulier des conditions-cadres économiques, des changements épidémiologiques et des développements médico-techniques. Ces évolutions peuvent affecter la fréquence des hospitalisations et leur durée. Il est possible d'intégrer de tels facteurs d'influence supplémentaires dans le modèle de projection des besoins en soins sous la forme de scénarios sur les taux d'hospitalisation.

Évolution de la situation économique

Les incitations économiques peuvent avoir un impact significatif sur l'évolution de l'offre et du recours à certaines prestations. Dans le contexte des soins stationnaires, le transfert vers l'ambulatoire et la réduction

⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/naissances.html>

⁸ Le niveau de la classe d'âge 0 est lié essentiellement aux naissances, mais des arrivées ou départs de nouveau-nés peuvent aussi l'influencer, dans une moindre mesure.

⁹ Un rapport a été fourni au service de la santé publique, précisant la méthode, les hypothèses et les calculs.

de la durée de séjour résultant de l'introduction de tarifs forfaitaires par cas revêtent une importance majeure.

Transfert vers l'ambulatoire

Au cours des dernières années, le transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire est devenu un thème important de la politique de santé. En principe, moins la rémunération selon le tarif hospitalier sera attractive par rapport à la rémunération des prestations ambulatoires correspondantes, plus les prestations seront transférées du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire. Si les traitements sont entièrement transférés du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, cela entraîne une réduction du nombre de cas dans le secteur hospitalier. Il est également envisageable de ne transférer qu'une partie des composantes des prestations stationnaires vers le domaine ambulatoire, c'est-à-dire que le traitement principal continue d'être dispensé à l'hôpital, mais qu'une partie des examens et des investigations sont transférés vers le domaine ambulatoire (Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Alors que les transferts globaux se répartissent en particulier sur le nombre de cas ou sur les taux d'hospitalisation, les transferts partiels influencent en premier lieu la durée des séjours stationnaires.

Afin d'encourager le transfert vers le secteur ambulatoire, plusieurs cantons ont introduit pour les soins somatiques aigus dès 2017 des listes de prestations chirurgicales qui, sauf contre-indication médicale justifiée, doivent être effectuées en ambulatoire. La Confédération a également édicté des prescriptions en la matière en adaptant l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS)¹⁰. Ces prescriptions s'appliquent au niveau national. Elles

concernaient d'abord six groupes d'interventions chirurgicales avant d'être étendues. En effet, la Confédération a décidé de modifier l'OPAS (annexe 1a) sur la base d'un rapport d'évaluation commandé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), recommandant l'harmonisation des différentes listes existantes dans les cantons et la Confédération à l'échelle suisse. L'annexe 1a de l'OPAS a donc été adaptée à cet effet au 1^{er} janvier 2023 avec une liste composée de 18 groupes d'interventions¹¹ qui doivent désormais être réalisées en ambulatoire (à moins que des circonstances particulières n'exigent une hospitalisation). C'est cette liste qui a été utilisée pour le canton de Neuchâtel.

Tous les cas pour lesquels des soins ambulatoires sont en principe possibles ne sont pas nécessairement traités en ambulatoire, par exemple lorsqu'il existe des maladies secondaires graves ou que d'autres interventions nécessitant l'hospitalisation sont effectuées au cours du même séjour. C'est pourquoi, dans une deuxième étape, on examine quels cas, parmi ceux identifiés précédemment, remplissent certains critères pour une hospitalisation. Pour ce faire, les critères de l'OFSP sont aussi déterminés dans l'annexe 1a de l'OPAS. Certains peuvent être identifiés à l'aide de la statistique médicale (MS), d'autres pas. Cette impossibilité d'identifier précisément les critères justifiant une hospitalisation dans la MS conduit à une surestimation des cas transférables. Pour tenir compte de cette situation, il convient d'estimer le pourcentage de cas qui pourront effectivement être pris en charge en ambulatoire. Etant donné que le canton de Neuchâtel disposait déjà d'une liste élargie d'interventions devant être réalisées en ambulatoire avant la mise en application de la liste fédérale, le potentiel de transfert est considéré comme largement épuisé. Aussi, le canton a estimé que 15% du potentiel serait transféré vers l'ambulatoire dans le scénario minimum, 10%

¹⁰ La modification de l'OPAS est entrée en vigueur le 1er janvier 2019 (voir art. 3c et annexe 1a, OPAS)

¹¹ Les interventions sont les suivantes : Yeux (Cataracte (étoile grise)). Interventions de l'appareil locomoteur (Chirurgie de la main ; Chirurgie du pied (excl. hallux valgus) ; Ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) ; Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque). Cardiologie (Procédures d'analyse cardiologique (Examens cardiologiques) ; Implantation, remplacement et enlèvement de pacemakers). Vaisseaux (Opérations des veines variqueuses des membres inférieurs ; Angioplastie transluminale percutanée (PTA), y compris dilatation par

ballonnet). Chirurgie générale et viscérale (Interventions pour hémorroïdes ; Opérations unilatérales de la hernie inguinale ; Interventions des hernies ombilicales ; Interventions de la fistule anale). Gynécologie (Examens et interventions au niveau du col utérin ; Examens et interventions au niveau de l'utérus). Urologie (Circoncision ; Lithotripsie par onde de choc extracorporelle (ESWL). Oto-rhino-laryngologie (Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes). Les critères justifiant un traitement stationnaire ont également été adaptés. Voir Annexe 1a de l'OPAS, Modifications du 28 novembre 2022 pour le 1^{er} janvier 2023 : <https://www.bag.admin.ch/bag/> (édition du 1^{er} janvier 2023)

dans le scénario de base et 5% seulement dans le scénario maximum.

Durée moyenne de séjour

Outre le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, l'introduction d'un montant forfaitaire par cas pour les soins somatiques aigus depuis 2012 entraîne une pression économique sur la durée du séjour. Contrairement aux formes de rémunération liées à la durée (telles que les forfaits journaliers) ou aux prestations individuelles (Tarmed), les prestations médicales sont payées sous forme d'un forfait par cas de traitement, ce qui signifie, du point de vue des prestataires, que le bénéfice est indépendant de la durée du séjour mais que les coûts augmentent lorsque le séjour se prolonge. En cohérence avec ces hypothèses, on a finalement constaté dans les années qui ont suivi l'introduction des SwissDRG un recul continu de la durée moyenne de séjour dans presque tous les cantons. Il faut toutefois noter qu'avant l'introduction des forfaits par cas, on observait déjà une baisse continue des durées de séjour (DMS). Il n'est pas possible de déterminer de manière définitive dans quelle mesure l'introduction de forfaits par cas uniformes a influencé l'évolution de la DMS depuis 2012 (voir Tuch et al., 2018). Indépendamment de cela, la question se pose de savoir dans quelle mesure des hypothèses sur l'évolution des durées de séjour sont appropriées à l'heure actuelle. D'une part, on peut argumenter que la pression sur les durées de séjour est toujours présente en raison des coûts d'opportunité dans un système de forfaits par cas. D'autre part, on pourrait aussi argumenter que le potentiel de réduction des DMS, qui existait avant l'introduction des SwissDRG, est aujourd'hui largement épuisé. Par conséquent, il ne serait pas plausible de poursuivre la tendance à la baisse des durées de séjour dans la même mesure depuis l'introduction de SwissDRG. Le canton de Neuchâtel n'a pas fait d'hypothèse de réduction des DMS pour les soins somatiques aigus.

Évolutions épidémiologiques

L'épidémiologie traite de la propagation et de l'origine de situations et d'événements qui affectent la santé

de la population. Sont étudiés les différents facteurs qui contribuent à la santé et à la maladie des individus et des populations. Les évolutions épidémiologiques comprennent les tendances dans le temps entraînant une modification du besoin de traitements et/ou interventions à l'hôpital. En voici un exemple : en supposant que la proportion d'hommes fumeurs adultes diminue, on peut conclure à une tendance à la baisse des traitements du cancer du poumon dans cette population. Le modèle de projection de l'Obsan permet de tenir compte des évolutions épidémiologiques. La difficulté est de pouvoir non seulement les identifier mais aussi les quantifier. Il existe différentes pratiques décrites ci-après.

Dans une large mesure, les effets des évolutions épidémiologiques sont déjà pris en compte dans la projection des besoins futurs par le biais des scénarios démographiques. D'une part, l'âge est l'un des principaux "facteurs de risque" pour les maladies les plus répandues dans les sociétés développées, telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires et neurodégénératives (voir Niccoli et Partridge, 2012 ; Meijer et al. 2013). D'autre part, certains facteurs de risque apparaissent plus fréquemment dans certains groupes d'âge. Il s'agit par exemple de comportements liés à la santé tels que la consommation de substances engendrant une dépendance (par exemple le tabac et l'alcool) ou les rapports sexuels non protégés, qui sont responsables d'une part importante des problèmes de santé chez les jeunes adultes (WHO, 2009). Comme de nombreux tableaux cliniques et facteurs de risque dépendent de l'âge et du sexe, il en résulte une étroite interaction entre l'épidémiologie et la démographie (cf. Löwel et Meisinger, 2006). Dans le modèle de projection, les taux d'hospitalisation sont calculés séparément pour les groupes de prestations selon le sexe et le groupe d'âge. Ainsi, les effets résultant de l'interaction entre les tableaux cliniques et les facteurs de risque spécifiques à l'âge et au sexe et des changements dans la structure de la population sont pris en compte lors des projections des besoins futurs. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie (excepté toutefois la période 2020-2022)¹², on s'attendrait peut-être intuitivement à une baisse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge élevés. Il serait donc indiqué d'adapter en conséquence les taux

¹² <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/esperance-de-vie>

d'hospitalisation de l'année de référence pour ces groupes d'âge, si l'on veut ainsi prévoir les besoins futurs en prestations. Les analyses de l'Obsan à ce sujet ne confirment toutefois pas une telle corrélation. Au contraire, on constate ces dernières années une légère tendance à la hausse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge à partir de 70 ans environ. En revanche, on constate une tendance à la baisse des taux d'hospitalisation dans les groupes d'âge entre 40 et 65 ans. Si l'on tient compte du fait que l'augmentation de l'espérance de vie est due en grande partie aux progrès de la technique médicale, qui permettent de traiter certaines indications même à un âge avancé, la tendance constatée semble à nouveau plausible. Dans l'ensemble, les tendances observées ne sont toutefois pas suffisantes pour justifier un ajustement systématique des taux d'hospitalisation par groupe d'âge en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Une autre possibilité d'intégrer les évolutions épidémiologiques dans les prévisions des besoins consiste à s'appuyer sur les preuves empiriques tirées de la littérature spécialisée. Pour la planification hospitalière 2012, la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) a mandaté l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne (ISPM) pour réaliser une expertise sur l'effet de l'évolution épidémiologique sur le nombre de cas stationnaires en soins somatiques aigus et en réadaptation. L'ISPM a réalisé une vaste analyse de la littérature afin de recenser les informations pertinentes sur les tendances des interventions, des maladies et des facteurs de risque de certaines maladies pour la Suisse (ISPM, 2009). La GDZH a utilisé les hypothèses quantifiées dans le cadre de sa planification hospitalière 2012 (GDZH, 2009) ainsi que pour l'actualisation des prévisions des besoins en soins somatiques aigus 2015-2025 (GDZH, 2017). Dans le cadre de la planification hospitalière 2023 de la GDZH, les hypothèses relatives aux évolutions épidémiologiques ont été réexaminées. Les résultats des analyses de la GDZH ne permettent pas de mettre en évidence de développements particuliers pour les soins somatiques aigus. Par conséquent, dans la planification hospitalière 2023, la GDZH a renoncé à prendre en compte des évolutions épidémiologiques supplémentaires - qui vont au-delà du vieillissement de la population - dans la projection des besoins (GDZH, 2021).

Il convient de noter qu'il est extrêmement difficile de quantifier les effets des évolutions épidémiologiques. Par conséquent, on ne trouve dans la littérature spécialisée que peu d'études qui font de telles prévisions et encore moins qui peuvent être appliquées à la Suisse.

En raison du manque de preuves empiriques qui permettraient de quantifier les effets épidémiologiques, et en s'appuyant sur les travaux de la GDZH (2021), il est renoncé à intégrer des développements épidémiologiques supplémentaires dans le modèle pour le canton de Neuchâtel. Le vieillissement démographique est donc considéré comme le facteur d'influence épidémiologique central, et est intégré dans les projections via les scénarios démographiques de Statistique Vaud.

Développements médico-techniques

L'introduction et la diffusion de nouvelles technologies pour le diagnostic (par ex. les procédures d'imagerie), la thérapie (par ex. les méthodes de chirurgie « mini-invasive ») ou la prévention (par ex. la vaccination) peuvent être considérés comme des développements médicotechniques. D'un côté, les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement peuvent conduire à ce que davantage de patients reçoivent un diagnostic ou un traitement et, en conséquence, augmenter le nombre de cas. D'un autre, les progrès médicotechniques peuvent également entraîner une réduction de la complexité des interventions et des traitements médicaux, de sorte que certaines prestations ne doivent plus nécessairement être dispensées en milieu stationnaire. D'ailleurs, le transfert de prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire est généralement rendu possible par le progrès médical. Pour exploiter ce potentiel de transfert, ces développements médico-techniques sont souvent accompagnés de mesures de régulation ou d'incitations économiques. Il peut donc y avoir des interactions importantes entre les mesures médicales et les mesures économiques, rendant difficile la distinction des effets. Dans le modèle de l'Obsan, les effets de transfert vers l'ambulatoire dus aux développements médicotechniques sont intégrés dans les projections en rapport avec l'introduction de listes d'interventions à ef-

fectuer en ambulatoire pour les soins somatiques aigus et ont donc été décrits plus en détail dans le paragraphe consacré aux développements économiques.

Comme pour les évolutions épidémiologiques, il est extrêmement difficile de quantifier l'ampleur des effets des évolutions médico-techniques, ce d'autant plus qu'elles peuvent, comme nous l'avons mentionné, agir de différentes manières sur le nombre de cas. Dans les projections du canton de Neuchâtel, aucune évolution médico-technique ayant un impact sur les besoins futurs en prestations n'est prise en compte.

Besoins et recours

Comme mentionné à la section 2.8.1, le modèle de projection utilise les taux d'hospitalisation de l'année de référence (par groupe de prestations, canton de résidence, sexe et groupe d'âges) comme base des projections des besoins en soins. Ces taux d'hospitalisation résultent du recours effectif de la population résidente du canton au cours de l'année de référence. Il est tout à fait courant de se baser sur le recours actuel aux prestations de santé pour prévoir les besoins en soins (cf. Carr-Hill et al., 1994). Toutefois cette approche repose sur l'hypothèse de base simplificatrice selon laquelle le besoin légitime de soins se reflète directement dans l'utilisation du système de soins (cf. Schliwen, 2015). Le recours aux soins médicaux n'est pas uniquement une conséquence du besoin (cf. McGregor et al., 2008). Il faut également tenir compte, entre autres, des offres de soins régionales ainsi que de l'accessibilité de ces mêmes offres de soins. La variation du recours reflète, dans une perspective à petite échelle, non seulement la variation des besoins en soins, mais aussi la variation de l'offre régionale et de l'accès (cf. Sheldon et al., 1993). En d'autres termes, les différences dans les taux d'hospitalisation cantonaux ont des causes différentes, notamment :

- des différences dans la structure de la population et, par conséquent, des différences dans la charge de morbidité;
- des raisons sociales ou culturelles ou des différences dans les habitudes de travail ou d'alimentation ;
- un approvisionnement en soins insuffisant, excessif et/ou inapproprié.

Alors que les différences dans la structure de la population et les raisons sociales ou culturelles entraînent des besoins en soins variables, les différences liées à des offres excédentaires, lacunaires ou inappropriées font que les besoins réels de la population résidente du canton ne sont pas reflétés de manière adéquate. Dans le second cas de figure, comme la projection se base sur les taux d'hospitalisation cantonaux de l'année de référence, il existe un risque que de telles situations d'approvisionnement insuffisant, excessif et/ou inapproprié continuent à se manifester (SVR, 2018). Il est toutefois très difficile de déterminer exactement quand les différences régionales dans un domaine de prestations spécifique sont dues à une offre insuffisante, excessive et/ou inadéquate. Parallèlement, il manque des critères techniques et de contenu pour la détermination des besoins absolus en soins d'une population, indépendamment du recours aux soins (cf. Czaja et al., 2012).

Néanmoins, il peut être judicieux pour la planification cantonale de tenir compte des distorsions possibles dans l'estimation des besoins. Le modèle de projection permet de tenir compte de cette situation à l'aide de différents scénarios de convergence des taux d'hospitalisation. Concrètement, à partir du taux cantonal par groupe de prestations, sexe et groupe d'âge, on cible une réduction voire une suppression progressive de l'écart avec le taux suisse à l'horizon des projections. Selon le scénario, différentes hypothèses peuvent être formulées en vue de converger les taux cantonaux vers la moyenne nationale.

Même lorsqu'il n'est pas jugé pertinent pour un canton de converger vers les taux suisses, la convergence intervient lorsque le nombre de cas par groupe de prestations est inférieur à cinq. En effet, lors d'un très petit nombre de cas au niveau cantonal (parfois même aucun cas), la fluctuation d'année en année peut être importante et la convergence vers les taux suisses pour les groupes concernés permet de baser les projections sur des résultats moins volatils en prenant comme référence un point de départ plus fiable. Dans un tel cas, les trois scénarios sont concernés et la convergence est totale. L'impact de cette correction sur le nombre total de cas est naturellement marginal.

Pour le canton de Neuchâtel, le taux d'hospitalisation standardisé en soins aigus est déjà proche de celui

de la Suisse (132,7, respectivement 131,2¹³). Un léger écart s'explique par des caractéristiques cantonales plutôt défavorables par rapport à la moyenne suisse (état de santé de la population, addictions, familles monoparentales, pauvreté, etc.). Les projections se basent donc sur les taux cantonaux sans appliquer de convergence vers les taux suisses, excepté lorsque le nombre de cas par groupe de prestations est très faible, afin de prendre comme référence pour les projections un ensemble moins volatil.

COVID-19

Si l'OMS ne considère plus le COVID-19 comme une urgence de santé publique internationale depuis mai 2023, la maladie continue d'avoir des répercussions sanitaires considérables dans le monde entier¹⁴. Le nombre de décès et d'hospitalisations directement imputables au COVID-19 a diminué grâce à l'immunité de la population, mais les conséquences sanitaires de l'infection et de la réinfection restent mal comprises. Une étude basée sur des données récoltées entre mai 2022 et juin 2024 au Danemark montre que le COVID-19 représente toujours un fardeau plus lourd que la grippe (influenza), en termes d'hospitalisations et de décès, et une maladie légèrement plus grave, surtout chez les personnes non vaccinées (Bager et al., 2025). En Suisse, les rapports hebdomadaires¹⁵ de l'OFSP basés sur le système de surveillances des hospitalisations liées à la grippe et au COVID-19 (Covid-19 Hospital Based Surveillance : CH-SUR) montraient également un volume supérieur d'hospitalisations pour le COVID-19 par rapport à la grippe entre septembre 2023 et mai 2024. Ce système est toutefois arrivé à échéance en 2024¹⁶.

Par ailleurs, un nombre grandissant d'études suggèrent que le COVID-19 est susceptible d'entraîner un fardeau de maladie s'étendant aux systèmes organiques pulmonaires et à différents systèmes extra pulmonaires (Davis et al., 2023 ; Ballouz et al., 2023 ; Xie et al., 2022 ; Pavel et al., 2022 ; Katsoularis, 2022 ; Douaud et al., 2022 ; Liu et al., 2022 ; Al-Aly et al.,

2021), particulièrement pour les personnes atteintes de forme grave de COVID-19, mais pas uniquement. Une étude récente (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2024) souligne que les personnes atteintes de forme grave de COVID-19 sont plus susceptibles de souffrir à long terme, mais comme les personnes atteintes d'une forme légère sont beaucoup plus nombreuses, elles constituent la grande majorité des personnes souffrant d'effets à long terme du COVID-19 (aussi appelés « affections post-COVID-19 »¹⁷). Les répercussions de ces affections complexes sont susceptibles de se faire sentir sur le secteur ambulatoire et stationnaire et peuvent concerner tous les domaines de soins et tous les groupes d'âges. Plusieurs études semblent indiquer que les réinfections augmentent la mortalité globale et l'impact sur la santé, tant en phase aiguë que post-aiguë, et soulignent donc l'importance de la prévention des réinfections (Babalola, et al., 2025 ; Al-Aly et al., 2024 ; Kuang et al., 2023 ; Bowe et al., 2022).

A noter aussi que l'impact épidémiologique du COVID-19 pourrait être atténué par des avancées technologiques médicales (p. ex. développement de vaccins alternatifs, notamment un vaccin nasal limitant la transmission, de nouveaux médicaments, par ex. antiviraux) et/ou des investissements dans la prévention des infections (p. ex. utilisation de technologies améliorant la qualité de l'air dans les espaces clos).

Pour toutes ces raisons, le développement d'hypothèses semble actuellement hasardeux et la prise en compte des données médicales de 2023 au lieu de celles de 2019 permet déjà de capter l'activité hospitalière en lien avec les effets de ce nouveau virus.

2.8.4 Les hypothèses de projection en bref

Les facteurs d'influence explicités ci-dessus ainsi que les hypothèses retenues pour le canton de Neuchâtel sont résumés dans l'encadré 3 ci-après.

¹³ Sont considérés uniquement les cas AOS

¹⁴ <https://www.who.int/europe/fr/news/item/12-06-2023-with-the-international-public-health-emergency-ending-who-europe-launches-its-transition-plan-for-covid-19>

¹⁵ <https://www.bag.admin.ch/> (rapport du 28.05.2024)

¹⁶ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/news/news-24-07-2024.html>

¹⁷ [https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-post-covid-19-condition](https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition)

Encadré 3 Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en soins somatiques aigus					
		3 SCÉNARIOS			
		MIN	BASE	MAX	
Facteurs d'influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	Scénario moyen selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	Scénario haut selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	CAS
	Convergence vers les taux de recours suisses*	Pas de convergence	Pas de convergence	Pas de convergence	
	Épidémiologie et médico-technique	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	
	Transfert vers l'ambulatoire (AVOS)	15% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS pour le 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	10% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS pour le 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	5% du potentiel de transfert selon la liste et les critères de l'OFSP (Annexe 1a OPAS pour le 1.1.2023) seront substitués par des traitements ambulatoires jusqu'en 2025	
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	DMS du canton (la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections)	DMS du canton (la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections)	DMS du canton (la durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections)	JOURS

* Lorsque le nombre de cas par groupe de prestations est <5, les taux cantonaux sont remplacés par les taux suisses pour prendre comme référence un ensemble moins volatil.

3 Bibliographie

- Al-Aly, Z., Xie, Y. & Bowe, B. *High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19*. *Nature* 594, 259–264 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>
- Babalola, T.K., Clouston, S.A.P., Sekendiz, Z., Chowdhury, D., Soriolo, N., Kawuki, K., Meliker, J., Carr, M., Valenti, B.R., Fontana, A., Melendez, O.A., Morozova, O., Luft, B.J. (2025). *SARS-CoV-2 re-infection and incidence of post-acute sequelae of COVID-19 (PASC) among essential workers in New York: a retrospective cohort study*. *The Lancet Regional Health – Americas*, Volume 42, 100984. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100984>
- Bager, P., Svalgaard, I.B., Lomholt, K.F., Emborg, H.D., Christiansen, L.E., Soborg, B., Hviid, A.; Vestergaard, L.S. (2025). *The hospital and mortality burden of COVID-19 compared with influenza in Denmark: a national observational cohort study, 2022–24*. *The Lancet Infectious Disease*. DOI: [10.1016/S1473-3099\(24\)00806-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00806-5)
- Bowe, B., Xie, Y. & Al-Aly, Z. *Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection* (2022). *Nat Med* 28, 2398–2405. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02051-3>
- Carr-Hill, R., T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock & G. Hardman (1994). *Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services*. *British Medical Journal*, 309(6961), 1046–1049.
- Czaja, M., Meinschmidt, G. & Bettge, S. (2012). *Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte*. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 66(3), 34–43.
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. *SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank*. *Nature* (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- GDZH (2009). *Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. www.gd.zh.ch
- GDZH (2017). *Gesundheitsversorgungsbericht 2017*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch
- GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. www.gd.zh.ch
- Felder, S.; Kägi, W.; Lobsiger, M.; Tondelli T.; Pfinninger T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel. <http://www.fmh.ch>
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang* Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch>
- ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Katsoularis I, Fonseca-Rodríguez O, Farrington P, et al. (2022). *Risks of deep vein thrombosis, pulmonary embolism, and bleeding after covid-19: nationwide self-controlled cases series and matched cohort study*. *BMJ (Clinical Research ed.)*. 2022 Apr; 377:e069590. doi: [10.1136/bmj-2021-069590](https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069590).
- Kuang, S., Earl, S., Clarke, J., et al. (2023). *Experiences of Canadians with long-term symptoms following COVID-19*. *Insights on Canadian Society*. December

2023. Statistics Canada Catalogue no. 75-006-X. [statcan.gc.ca](https://www.statcan.gc.ca)
- Liu Y, Chen Y, Wang Q, et al. *One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study*. *JAMA Neurol.* 2022; 79(5):509–517. doi:10.1001/jamaneurol.2022.0461
- Löwel, H. & Meisinger, C. (2006). *Epidemiologie und demographische Entwicklung am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland*. *Medizinische Klinik*, 101, 804–811. doi.org/10.1007/s00063-006-1108-7
- McGregor, P., McKee, P. & O'Neill, C. (2008). *The role of non-need factors in individual GP utilisation analysis and their implications for the pursuance of equity: a cross-country comparison*. *The European Journal of Health Economics*, 9(2), 147–156.
- Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J. & Koopmanschap, M. (2013). *The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review*. *European Journal of Ageing*, 10, 353–361. doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x
- Niccoli, T. & Partridge, L. (2012). *Ageing as a risk factor for disease*. *Current Biology*, 22, R741–5
- Pavel B., Moroti R., Spataru A., Popescu MR, Panaitescu AM, Zagrean A-M. *Neurological Manifestations of SARS-CoV2 Infection: A Narrative Review*. *Brain Sciences*. 2022; 12(11):1531. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111531>
- Pellegrini, S.; Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Sheldon, T. A., Smith, G. D. & Bevon, G. (1993). *Weighting in the dark: resource allocation in the new NHS*. *British Medical Journal*, 306, 835–839.
- Schliwen, A. (2015). *Versorgungsbedarf, Angebot und Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher Leistungen im kleinräumigen regionalen Vergleich, Allokation im marktwirtschaftlichen System*. Frankfurt a. M., Deutschland: Peter Lang International Academic Publishers. doi.org/10.3726/978-3-653-06008-9
- SVR (2018). *Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, www.svr-gesundheit.de
- Moreau, A.; Cornioley, T. (2022). *Perspectives démographiques pour le canton de Neuchâtel. Scénarios cantonaux 2022-2050 Scénarios régionaux 2022-2040*. Lausanne : Statistique Vaud
- SwissDRG (2020). *Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG et TARPSY (Version mars 2020). Applicable dès le 1^{er} janvier 2021*, https://www.swissdrg.org/download_file/view/2858/1243
- Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates*. *Statistical methods in medical research*, 15(6), 547–569. doi:10.1177/0962280206070621
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (document de travail 32)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG*. Polynomics et Helsana sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B. et al. *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19*. *Nat Med* 28, 583–590 (2022). doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3

Adapter les prévisions des besoins en néonatalogie dans le Canton de Neuchâtel, 2024 à 2035 : Méthodologie et résultats principaux

Version du 16 juin 2025

Description de l'enjeu

La planification hospitalière repose en grande partie sur les prévisions d'évolution de la population cantonale estimées par Statistique Vaud tous les trois ans. La dernière version des « perspectives démographiques pour le canton Neuchâtel » date de 2022 (Moreau & Cornioley, 2022). Elle présente trois scénarios distincts d'évolution de la population cantonale, basés sur un certain nombre d'hypothèses concernant les mouvements migratoires, les taux de mortalité et la fécondité. Les hypothèses relatives aux taux de fécondité sont particulièrement pertinentes pour prévoir le nombre de naissances et, par conséquent, les besoins en néonatalogie prédite par l'OBSAN, qui constitue à son tour la base de la planification hospitalière. Le scénario moyen des perspectives démographiques, qui informe les prévisions des besoins en soins hospitalières de l'OBSAN, applique les hypothèses suivantes concernant la fécondité future de la population cantonale (Moreau & Cornioley, 2022, p. 13) :

Les migrations européennes restent la norme mais on note un afflux croissant de pays à plus forte fécondité. Le renforcement des politiques familiales et plus d'implication des pères favorisent la conciliation travail-famille, sans bouleverser les comportements de fécondité. L'ICF [*indicateur conjoncturel de fécondité*] des Suissesses progresse peu à peu (1,48 enfant dès 2040, moyenne des 25 dernières années). L'ICF des étrangères se rapproche de celui des Suissesses (1,78 en 2030) puis remonte légèrement avec les migrations extra-européennes (1,82 en 2050). Globalement l'ICF augmente : 1,58 en 2050.

Le scénario suppose un ICF moyen de 1.55 enfants par femme sur la période 2022 à 2050.

Bien que ces hypothèses aient été probables au moment de la prédiction, le déclin réel de l'ICF, en cours depuis la fin des années 1980, s'est fortement accéléré au cours des dernières années pour atteindre 1.32 en 2023. Cette valeur est considérablement inférieure à l'hypothèse de fécondité du scénario moyen et se situe même en deçà de l'ICF de 1.5 qui sous-tend le scénario bas des perspectives démographiques (voir *Figure 1*).

Évolution d'indicateur conjoncturel de fécondité et hypothèses de perspectives démographiques

Canton de Neuchâtel, 1990 à 2023

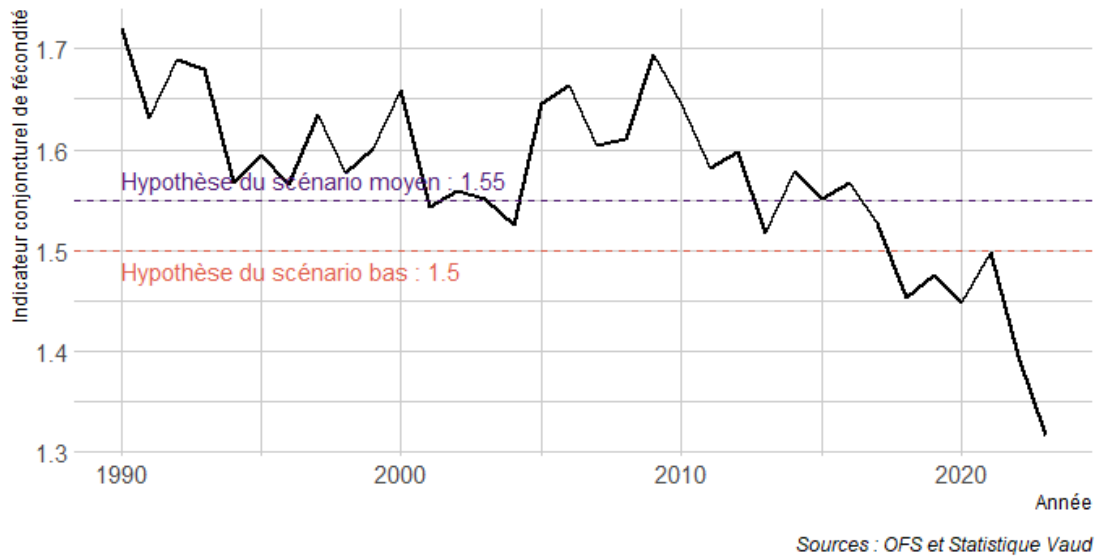


Figure 1 : Évolution d'indicateur conjoncturel de fécondité et hypothèses de perspectives démographiques

Il n'est donc pas tout à fait surprenant d'observer également un écart considérable entre les besoins réels en néonatalogie en 2023 et les besoins prédits pour 2024 par l'OBSAN (voir Figure 2, ligne supérieure).

Méthodologie

Afin de traiter le biais résultant des hypothèses plutôt optimistes qui sous-tendent les perspectives démographiques et donc les prévisions de besoins en néonatalogie fournies par l'OBSAN, ces dernières sont corrigées en utilisant l'inverse d'un rapport entre la fécondité supposée par Statistique Vaud et la fécondité prédite à l'aide d'un modèle de série temporelle de l'ICF cantonal.

À cette fin, un ensemble de modèles de séries temporelles non saisonnières, auto-régressives, intégrées et à moyenne mobile a été ajusté aux données cantonales annuelles de fécondité pour la période 1990 à 2023 :

$$\phi_p(B)\Delta^d y_t = c + \theta_q(B)\epsilon_t \quad (1)$$

où :

- y_t est l'ICF de l'année t
- B est l'opérateur retard, défini comme : $By_t = y_{t-1}$
- $\Delta^d y_t$ donne le degré de différence tel que $\Delta^d y_t = (1 - B)^d y_t$
- $\phi_p(B)$ est le polynôme autorégressif d'ordre p : $\phi_p(B) = 1 - \phi_1 B - \phi_2 B^2 - \dots - \phi_p B^p$
- $\theta_q(B)$ est le polynôme de la moyenne mobile d'ordre q : $\theta_q(B) = 1 + \theta_1 B + \theta_2 B^2 + \dots + \theta_q B^q$
- Tant p que q ont été limités à un maximum de 7 retards (*lags*).
- c est un terme de dérive constant (*drift*), qui peut être nul si la série est stationnaire, et
- ϵ_t est un terme d'erreur supposé être distribué de manière identique et indépendante, tel que $\epsilon_t \sim i. i. d. N(0, \sigma^2)$.

Parmi cet ensemble de modèles, le mieux adapté a été retenu sur la base de la correction pour petits échantillons du critère d'information d'Akaike (Hyndman & Khandakar, 2008), ce qui donne le modèle $ARIMA(0,1,1)$ suivant :

$$y_t = y_{t-1} - 0.0099 - 0.4894\epsilon_{t-1} + \epsilon_t \quad (2)$$

indiquant des fluctuations modérées à court terme autour d'une diminution à long terme de l'ICF d'un peu moins de 0.01 par an. Les résultats d'un test de Ljung-Box ainsi que l'inspection visuelle des résidus et des auto-corrélations n'indiquent pas de problème significatif dans l'ajustement du modèle. En outre, des résultats très similaires sont obtenus lorsque l'on augmente ou diminue la série temporelle par une fenêtre de cinq ans (c'est-à-dire en utilisant la période 1985 à 2023 ou 1995 à 2023).

Le modèle donné dans l'équation 2 a ensuite été utilisé pour prévoir les ICF sur une période de 12 ans, de 2024 à 2035. Et enfin, des facteurs de correction spécifiques à chaque année ont été calculés en standardisant les prévisions de l'ICF de chaque année, $\hat{y}_{t+h|t}$, par la moyenne de l'ICF supposé par le scénario moyen de perspectives démographiques :

$$\hat{\lambda}_{t+h|t} = \frac{\hat{y}_{t+h|t}}{1.55} \quad (3)$$

ce qui a permis d'adapter les prévisions des besoins en néonatalogie de l'OBSAN, \hat{d}_{t+h} , en les corrigeant à l'aide du facteur de correction estimé :

$$\hat{d}_{t+h|t}^{ajustée} = \hat{\lambda}_{t+h|t} \hat{d}_{t+h} \quad (4)$$

L'une des principales mises en garde de l'approche décrite ci-dessus est l'hypothèse selon laquelle le déclin de l'ICF se poursuivra jusqu'en 2035 d'une manière similaire à la tendance linéaire observée dans la série temporelle historique de 1990 à 2023. Si les statistiques fédérales du mouvement naturel de la population montrent effectivement une nouvelle baisse des naissances neuchâtelaises de 2.7 % en 2024 par rapport à 2023, l'indicateur conjoncturel de fécondité n'est pas encore disponible pour le Canton de Neuchâtel. Par ailleurs, les évolutions futures pourraient néanmoins conduire à une stabilisation de l'ICF.

Pour tenir compte de ce scénario, une deuxième série d'ajustements est calculée en appliquant un facteur de correction unique, $\bar{\lambda}$, à toutes les prévisions des besoins en néonatalogie fournies par l'OBSAN, \hat{d}_{t+h} :

$$\bar{d}_{t+h|t}^{ajustée} = \bar{\lambda} \hat{d}_{t+h} \quad (5)$$

Ce facteur unique est la moyenne des facteurs de correction annuels, $\lambda_{t+h|t}$, de 2024 à 2035, prenant en compte l'incertitude croissante des prévisions futures, $\hat{y}_{t+h|t}$, représentée par l'erreur de prévision et captée par la largeur de l'intervalle de prévision à 90 % :

$$\bar{\lambda} = \frac{\sum_{h=1}^H w_h \hat{\lambda}_{t+h|t}}{\sum_{h=1}^H w_h} \quad (6)$$

où w_h est le poids de chaque année de prédiction, h , donnée par : $w_h = \frac{1}{PI\ largeur_h}$ et $PI\ largeur_h$ étant la largeur d'intervalle de prévision à 90% de $\hat{y}_{t+h|t}$. Cette approche suppose essentiellement que les taux de fécondité se stabilisent à partir de 2024 à une valeur donnée par la moyenne pondérée de l'ICF, \bar{y} , prévus sur la période de 2024 à 2035 :

$$\bar{y} = \frac{\sum_{h=1}^H w_h \hat{y}_{t+h|t}}{\sum_{h=1}^H w_h} \quad (7)$$

Ce taux stable est estimé à un peu moins de 1.31 enfants par femme.

Résultats

La Figure 2 compare les deux ajustements aux prévisions originales fournies par l'OBSAN. Les « Prévisions ajustées » sont celles obtenues en utilisant des facteurs de correction annuels, c.-à-d. : $\hat{d}_{t+h|t}^{ajustée}$. Les « Prévisions stabilisées » sont les calculs obtenus en appliquant le moyen pondéré de facteurs de correction aux prévisions des besoins en néonatalogie fournies par l'OBSAN, c.-à-d. $\bar{d}_{t+h|t}^{ajustée}$.

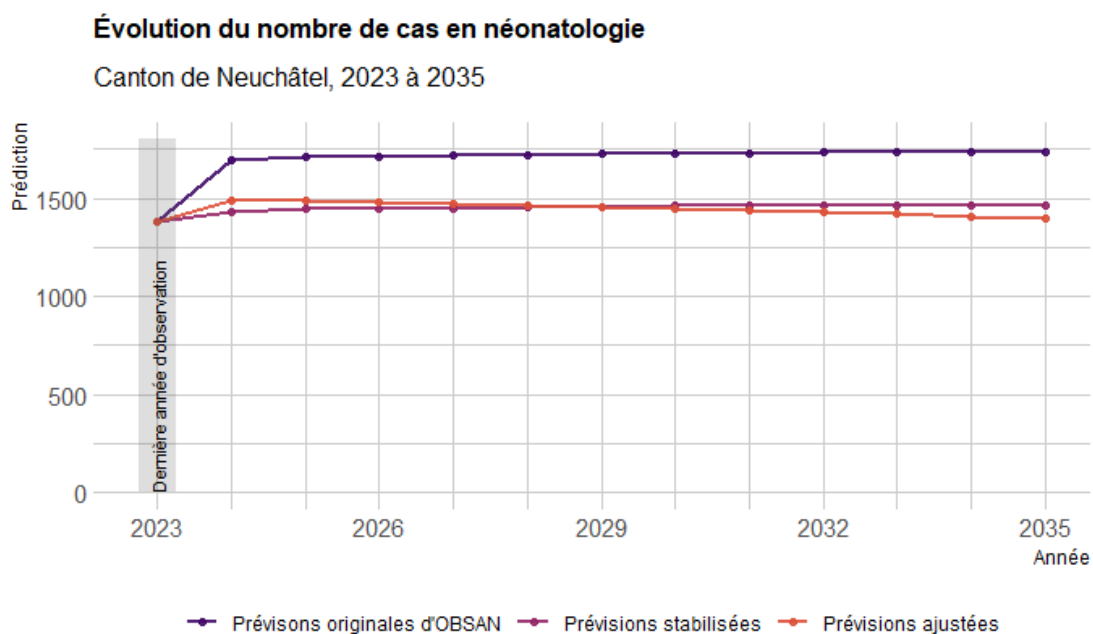


Figure 2 : Évolution du nombre de cas en néonatalogie, selon méthode

Par rapport aux prévisions initiales, les deux approches réduisent considérablement le nombre de cas prévus pour la néonatalogie dans les années à partir de 2024. L'application de facteurs de correction spécifiques à l'année (prévisions ajustées) se traduit par 1'486 cas attendus en 2024, tandis que l'utilisation d'un seul facteur de correction (prévisions stabilisées) donne 1'434 cas prédits pour cette année-là. Ces chiffres sont nettement inférieurs aux prévisions initiales de 1'698 cas de l'OBSAN. En outre, les différentes méthodes ont des implications légèrement différentes sur les tendances des cas en néonatalogie. Alors que l'hypothèse d'une stabilisation des taux de fécondité à partir de 2024 se traduit par une légère augmentation du nombre de cas attendus à 1'468 en 2035, l'hypothèse d'une baisse continue des taux de fécondité se traduit par une baisse constante du nombre de cas en néonatalogie, qui atteindra 1'399 cas en 2035. Seule l'hypothèse d'une stabilisation des taux de fécondité reflète donc l'évolution prévue dans les prévisions initiales de l'OBSAN. Les résultats complets pour le nombre de cas et nombre de jours peuvent être consultés sur demande au Service de la santé publique.

Il faut toutefois noter que les deux approches, tout en réduisant considérablement le nombre de cas prévus en 2024, prévoient toujours une augmentation de cas en néonatalogie entre 2023 et 2024. Cette augmentation se situe entre 3.6% (prévisions stabilisées) et 7.4% (prévisions ajustées), et va à l'encontre de l'évolution observable de nombre de naissances. Comme indiqué ci-dessus, le nombre de naissances dans la population neuchâteloise en 2024 a diminué de 2.7% par rapport à 2023, indiquant que les corrections proposées ici peuvent, malgré la diminution substantielle du nombre de cas attendus, encore surestimer de manière significative les besoins réels en néonatalogie dans les années à venir.

Par souci de prudence et afin de minimiser les risques d'une offre insuffisante résultant d'une éventuelle augmentation future de la fécondité, il a été décidé d'adopter la correction stabilisée. Cette méthode est jugée plus prudente en raison du niveau d'incertitude élevé de l'évolution du taux de fécondité. Cette approche est considérée comme plus sûre en raison du fort degré d'incertitude entourant l'évolution du taux de fécondité. Contrairement à la méthode ajustée, qui anticipe une baisse continue des naissances proche des projections GEB1, la méthode stabilisée prévoit une légère augmentation, ce qui permet d'éviter une sous-estimation des besoins futurs.

Références

Hyndman, R. J., & Khandakar, Y. (2008). Automatic Time Series Forecasting: The forecast Package for R. *Journal of Statistical Software*, 27(3), 1-22.

Moreau, A., & Cornioley, T. (2022). *Perspectives démographiques pour le canton de Neuchâtel : Scénarios cantonaux 2022-2050*. Lausanne: Statistique Vaud.

Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2019 – 2023

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
Paquet de base	BP	Paquet de base	9 647	8 950	9 411	9 934	9 846
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	42	38	34	41	37
	DER1.1	Oncologie dermatologique	10	5	13	14	26
	DER1.2	Affections cutanées graves	3	4	1	.	4
	DER2	Traitement des plaies	8	8	6	3	6
Oto-rhino-laryngologie	HN01	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	197	189	206	208	257
	HN01.1	Chirurgie cervico-faciale	79	75	87	85	76
	HN01.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	11	11	6	7	10
	HN01.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	86	86	86	111	94
	HN01.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	5	4	4	5	3
	HN01.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	30	15	19	18	34
	HN01.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	.	.	1	.	1
	HN01.3.2	<i>Implants cochléaires (CIMHS)</i>	8	4	10	7	2
	HN02	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	99	76	82	88	78
	KIE1	Chirurgie maxillaire	19	23	18	17	41
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crâniale	62	84	112	79	78
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	4	5	11	11	3
	NCH1.1.1	<i>Traitement des pathologies vasculaires du SNC autres que les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)</i>	36	31	36	26	32
	NCH1.1.1.1	<i>Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)</i>	7	3	5	5	6
	NCH1.1.2	<i>Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (CIMHS)</i>	4	1	3	1	1
	NCH1.1.3	<i>Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte (CIMHS)</i>	2	2	1	2	3

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	NCH2	Neurochirurgie spinale	4	1	1	5	1
	NCH2.1	Traitement des tumeurs rares de la moelle épinière (CIMHS)	.	.	.	2	.
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	1	2	2	5	2
Neurologie	NEU1	Neurologie	172	113	151	145	131
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	27	26	31	38	26
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	12	17	18	20	27
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	298	382	378	393	356
	NEU3.1	Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (CIMHS)	28	30	22	21	26
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	8	7	2	2	3
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	12	10	5	4	18
	NEU4.2	Diagnostic préopératoire de l'épilepsie	12	14	24	17	37
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	18	15	22	15	15
	AUG1.1	Strabologie	1	.	1	1	.
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	2	7	3	7
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	11	15	8	12	9
	AUG1.4	Cataracte	15	8	21	24	17
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	42	47	41	20	40
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	99	125	135	109	96
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	531	535	634	722	689
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	148	165	229	159	179
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	352	349	387	412	341
	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	6	15	13	16	20
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	16	15	11	10	8
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	3	5	5	8	4
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	131	90	105	103	115
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	21	15	25	32	25
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	15	14	10	10	13
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	59	62	63	38	46
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	27	25	25	3	7
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	177	145	168	162	148

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	49	62	65	66	56
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	6	12	6	10	6
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	3	7	7	4	1
Vaisseaux	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	96	68	83	68	85
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	7	14	12	16	12
	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	82	87	76	77	65
	GEF3	Chirurgie carotidienne	21	30	30	34	35
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	97	143	149	138	166
	RAD1	Radiologie interventionnelle	65	102	82	128	41
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe	5	4	4	5	1
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	8	8	3	3	1
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	6	7	7	12	9
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	39	34	54	41	56
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	.	.	.	2	.
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	17	4	7	10	11
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valvule aortique	35	41	41	47	32
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valvule mitrale	22	22	23	20	17
	HER1.1.6	Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)	.	.	.	.	1
	KAR1	Cardiologie et devices	106	108	77	122	94
	KAR2	Électrophysiologie et CRT	61	47	110	108	142
	KAR3	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	670	624	630	619	684
	KAR3.1	Cardiologie interventionnelle (interventions structurelles)	69	43	22	12	10
KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurelles)	67	46	69	72	64	
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	103	113	127	122	85
Urologie	UR01	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	840	816	990	1 005	973

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	UR01.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	76	77	90	96	109
	UR01.1.1	Prostatectomie radicale	54	54	52	72	60
	UR01.1.2	Cystectomie radicale	18	16	16	21	17
	UR01.1.3	Chirurgie complexe des reins	7	11	18	19	14
	UR01.1.4	Surrénalectomie isolée	7	11	4	6	8
	UR01.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	3	3	5	4	3
	UR01.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	15	14	10	14	28
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	548	390	437	590	585
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	3	.	2	4	2
	PNE1.2	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	7	14	14	13	38
	PNE1.3	Mucoviscidose	5	.	4	1	.
	PNE2	Polysomnographie	5	8	13	1	1
Chirurgie thoracique	TH01	Chirurgie thoracique	34	35	15	15	17
	TH01.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	38	44	40	56	55
	TH01.2	Chirurgie du médiastin	8	18	12	12	11
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	.	1	1	1	2
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	.	2	.	3	2
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	3	3	5	3	1
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	1	2	1	.	1
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	9	3	6	5	7
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	429	353	393	452	428
	BEW10	Chirurgie du plexus	.	1	5	4	4
	BEW11	Réimplantations	.	1	.	.	.
	BEW2	Orthopédie	177	121	163	165	160
	BEW3	Chirurgie de la main	80	70	79	65	76
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	4	10	4	3	11
	BEW5	Arthroscopie du genou	191	157	144	146	128
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	270	265	306	329	268
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	29	40	28	28	29
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	392	385	456	427	473	

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	BEW7.1.1	Reprises de prothèses de la hanche	52	50	60	56	58
	BEW7.2	Prothèses de genou de première intention	402	384	425	483	467
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses du genou	36	31	48	22	25
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	439	335	406	449	467
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	104	83	112	84	72
	BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale	19	21	11	8	21
	BEW9	Tumeurs osseuses malignes	2	2	2	3	1
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	60	35	50	53	50
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	17	13	23	13	17
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	376	301	346	365	404
	GYN2	Centre de chirurgie mammaire certifié	147	159	195	195	179
	GYNT	Tumeurs gynécologiques	30	36	41	41	42
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	5	5	8	15	10
Obstétrique	GEB1	Soins de base en obstétrique (\geq 35 0/7 SG et PN 2000g)	1 876	1 895	1 946	1 794	1 703
	GEB1.1	Obstétrique (\geq 32 0/7 SG et PN 1250g)	20	28	25	13	14
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	9	9	14	9	4
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base en néonatalogie (\geq 35 0/7 SG et PN 2000g)	1 539	1 476	1 545	1 458	1 384
	NEO1.1	Néonatalogie (\geq 32 0/7 SG et PN 1250g)	29	48	80	111	119
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (\geq 28 0/7 SG et PN \geq 1000g)	10	14	35	19	35
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée ($<$ 32 0/7 SG et PN $<$ 1500g)	1	4	7	5	1
(Radio-)oncologie	NUK1	Médecine nucléaire	19	19	22	46	26
	ONK1	Oncologie	140	117	102	94	133
	RAO1	Radio-oncologie	97	112	100	107	116
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	16	26	18	19	25
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (CIMHS)	51	50	35	47	44
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	2	1	6	2	5
Total			22 995	21 668	23 355	23 980	23 651

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Annexe 5

Nombre de jours de soins en soins somatiques aigus à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2019 – 2023

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
Paquet de base	BP	Paquet de base	9 647	8 950	9 411	9 934	9 846
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	42	38	34	41	37
	DER1.1	Oncologie dermatologique	10	5	13	14	26
	DER1.2	Affections cutanées graves	3	4	1	.	4
	DER2	Traitement des plaies	8	8	6	3	6
Oto-rhino-laryngologie	HN01	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	197	189	206	208	257
	HN01.1	Chirurgie cervico-faciale	79	75	87	85	76
	HN01.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	11	11	6	7	10
	HN01.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	86	86	86	111	94
	HN01.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	5	4	4	5	3
	HN01.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	30	15	19	18	34
	HN01.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	.	.	1	.	1
	HN01.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	8	4	10	7	2
	HN02	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	99	76	82	88	78
KIE1	Chirurgie maxillaire	19	23	18	17	41	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crâniale	62	84	112	79	78
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	4	5	11	11	3
	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC autres que les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	36	31	36	26	32
	NCH1.1.1.1	Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	7	3	5	5	6
	NCH1.1.2	Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (CIMHS)	4	1	3	1	1
	NCH1.1.3	Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte (CIMHS)	2	2	1	2	3

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	NCH2	Neurochirurgie spinale	4	1	1	5	1
	NCH2.1	Traitement des tumeurs rares de la moelle épinière (CIMHS)	.	.	.	2	.
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	1	2	2	5	2
Neurologie	NEU1	Neurologie	172	113	151	145	131
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	27	26	31	38	26
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	12	17	18	20	27
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	298	382	378	393	356
	NEU3.1	Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (CIMHS)	28	30	22	21	26
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	8	7	2	2	3
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	12	10	5	4	18
	NEU4.2	Diagnostic préopératoire de l'épilepsie	12	14	24	17	37
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	18	15	22	15	15
	AUG1.1	Strabologie	1	.	1	1	.
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	5	2	7	3	7
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	11	15	8	12	9
	AUG1.4	Cataracte	15	8	21	24	17
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	42	47	41	20	40
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	99	125	135	109	96
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	531	535	634	722	689
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	148	165	229	159	179
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	352	349	387	412	341
	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	6	15	13	16	20
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	16	15	11	10	8
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	3	5	5	8	4
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	131	90	105	103	115
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	21	15	25	32	25
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	15	14	10	10	13
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	59	62	63	38	46
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	27	25	25	3	7
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	177	145	168	162	148

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	49	62	65	66	56
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	6	12	6	10	6
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	3	7	7	4	1
Vaisseaux	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	96	68	83	68	85
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	7	14	12	16	12
	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	82	87	76	77	65
	GEF3	Chirurgie carotidienne	21	30	30	34	35
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	97	143	149	138	166
	RAD1	Radiologie interventionnelle	65	102	82	128	41
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe	5	4	4	5	1
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	8	8	3	3	1
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	6	7	7	12	9
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	39	34	54	41	56
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	.	.	.	2	.
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	17	4	7	10	11
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valvule aortique	35	41	41	47	32
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valvule mitrale	22	22	23	20	17
	HER1.1.6	Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)	.	.	.	.	1
	KAR1	Cardiologie et devices	106	108	77	122	94
	KAR2	Électrophysiologie et CRT	61	47	110	108	142
	KAR3	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	670	624	630	619	684
	KAR3.1	Cardiologie interventionnelle (interventions structurelles)	69	43	22	12	10
KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurelles)	67	46	69	72	64	
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	103	113	127	122	85
Urologie	UR01	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	840	816	990	1 005	973

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	UR01.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	76	77	90	96	109
	UR01.1.1	Prostatectomie radicale	54	54	52	72	60
	UR01.1.2	Cystectomie radicale	18	16	16	21	17
	UR01.1.3	Chirurgie complexe des reins	7	11	18	19	14
	UR01.1.4	Surrénalectomie isolée	7	11	4	6	8
	UR01.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	3	3	5	4	3
	UR01.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	15	14	10	14	28
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	548	390	437	590	585
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	3	.	2	4	2
	PNE1.2	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	7	14	14	13	38
	PNE1.3	Mucoviscidose	5	.	4	1	.
	PNE2	Polysomnographie	5	8	13	1	1
Chirurgie thoracique	TH01	Chirurgie thoracique	34	35	15	15	17
	TH01.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	38	44	40	56	55
	TH01.2	Chirurgie du médiastin	8	18	12	12	11
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	.	1	1	1	2
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	.	2	.	3	2
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	3	3	5	3	1
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	1	2	1	.	1
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	9	3	6	5	7
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	429	353	393	452	428
	BEW10	Chirurgie du plexus	.	1	5	4	4
	BEW11	Réimplantations	.	1	.	.	.
	BEW2	Orthopédie	177	121	163	165	160
	BEW3	Chirurgie de la main	80	70	79	65	76
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	4	10	4	3	11
	BEW5	Arthroscopie du genou	191	157	144	146	128
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	270	265	306	329	268
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	29	40	28	28	29
BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	392	385	456	427	473	

DPPH	GPPH	Intitulé	2019	2020	2021	2022	2023
	BEW7.1.1	Reprises de prothèses de la hanche	52	50	60	56	58
	BEW7.2	Prothèses de genou de première intention	402	384	425	483	467
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses du genou	36	31	48	22	25
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	439	335	406	449	467
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	104	83	112	84	72
	BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale	19	21	11	8	21
	BEW9	Tumeurs osseuses malignes	2	2	2	3	1
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	60	35	50	53	50
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	17	13	23	13	17
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	376	301	346	365	404
	GYN2	Centre de chirurgie mammaire certifié	147	159	195	195	179
	GYNT	Tumeurs gynécologiques	30	36	41	41	42
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	5	5	8	15	10
Obstétrique	GEB1	Soins de base en obstétrique (\geq 35 O/7 SG et PN 2000g)	1 876	1 895	1 946	1 794	1 703
	GEB1.1	Obstétrique (\geq 32 O/7 SG et PN 1250g)	20	28	25	13	14
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	9	9	14	9	4
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base en néonatalogie (\geq 35 O/7 SG et PN 2000g)	1 539	1 476	1 545	1 458	1 384
	NEO1.1	Néonatalogie (\geq 32 O/7 SG et PN 1250g)	29	48	80	111	119
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (\geq 28 O/7 SG et PN \geq 1000g)	10	14	35	19	35
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (< 32 O/7 SG et PN < 1500g)	1	4	7	5	1
(Radio-)oncologie	NUK1	Médecine nucléaire	19	19	22	46	26
	ONK1	Oncologie	140	117	102	94	133
	RAO1	Radio-oncologie	97	112	100	107	116
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	16	26	18	19	25
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (CIMHS)	51	50	35	47	44
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	2	1	6	2	5
Total			22 995	21 668	23 355	23 980	23 651

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Annexe 6
Projection du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2027 – 2035

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Paquet de base	BP	Paquet de base	10 282	10 400	10 514	10 621	10 740	10 850	10 958	11 054	11 149
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénérologie)	37	37	38	38	38	38	38	38	38
	DER1.1	Oncologie dermatologique	27	27	27	27	28	28	28	28	29
	DER1.2	Affections cutanées graves	4	4	4	3	3	3	3	3	3
	DER2	Traitement des plaies	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	256	257	257	259	260	261	262	263	264
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	77	77	78	78	79	79	80	81	81
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	93	93	93	94	94	94	94	94	94
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	4	5	5	5	6	6	6	7	7
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	34	34	34	34	35	35	35	35	35
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	3	3	4	4	4	5	5	5	5
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	77	77	77	77	77	77	77	77	78	78
KIE1	Chirurgie maxillaire	41	41	41	41	41	41	41	41	40	40
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crâniale	80	81	81	81	82	82	82	82	83
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	6	7	7	8	9	10	10	11	12
	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC autres que les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	NCH1.1.1.1	Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	6	6	6	6	6	6	6	6	7
	NCH1.1.2	Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (CIMHS)	2	2	2	2	3	3	3	3	4

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	NCH1.1.3	Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte (CIMHS)	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	NCH2	Neurochirurgie spinale	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	NCH2.1	Traitement des tumeurs rares de la moelle épinière (CIMHS)	0	0	0	0	1	1	1	1	1
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologie	NEU1	Neurologie	135	136	137	138	140	141	142	143	144
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	27	27	28	28	28	28	28	28	29
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	373	379	384	389	395	400	405	411	415
	NEU3.1	Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (CIMHS)	27	27	28	28	28	29	29	29	30
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	9	11	12	14	15	17	18	20	21
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	19	19	19	19	19	19	19	19	20
	NEU4.2	Diagnostic préopératoire de l'épilepsie	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	15	16	16	16	16	16	16	16	16
	AUG1.1	Strabologie	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	AUG1.4	Cataracte	16	17	17	17	18	18	18	18	18
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	42	42	42	43	43	43	43	43	43
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	101	103	104	105	106	107	108	109	110
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	718	728	737	746	756	765	772	780	786
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	184	187	188	190	192	194	195	197	198
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	349	352	355	358	360	363	366	368	371
	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	21	21	21	22	22	22	22	22	22
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	5	5	6	6	6	6	6	7	7
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	113	113	112	112	112	111	111	110	110
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	14	14	14	14	14	14	15	15	15
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	47	48	48	49	49	50	50	50	51

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	154	156	158	160	162	164	166	168	169
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	61	62	64	65	66	67	69	70	72
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	3	3	3	4	4	5	5	6	6
Vaisseaux	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	83	84	86	87	88	90	91	92	94
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	12	13	13	13	13	14	14	14	14
	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	67	68	69	70	71	71	72	73	74
	GEF3	Chirurgie carotidienne	38	38	39	39	40	40	40	41	41
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	170	172	174	176	178	179	181	183	184
	RAD1	Radiologie interventionnelle	42	43	43	44	44	45	45	45	46
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe	2	2	2	2	2	3	3	3	3
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	2	2	3	3	3	3	4	4	4
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	57	57	57	58	58	58	58	59	59
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	11	11	11	11	11	11	12	12	12
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valvule aortique	33	33	34	34	34	34	34	35	35
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valvule mitrale	17	17	18	18	18	18	18	18	18
	HER1.1.6	Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	KAR1	Cardiologie et devices	98	100	101	103	104	105	107	108	110
	KAR2	Électrophysiologie et CRT	145	146	147	148	148	149	151	152	153
	KAR3	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	687	694	702	708	714	719	724	731	737
KAR3.1	Cardiologie interventionnelle (interventions structurelles)	10	11	11	11	11	12	12	12	12	

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurelles)	68	69	70	70	71	71	72	73	74
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	89	90	91	92	93	94	95	96	97
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	1005	1015	1025	1035	1043	1051	1059	1068	1076
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	113	113	114	115	116	116	117	117	118
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	61	61	62	62	62	63	63	63	64
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	18	18	18	18	18	18	18	19	19
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	619	626	634	641	648	654	661	667	674
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	PNE1.2	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	38	38	38	38	38	38	37	38	38
	PNE1.3	Mucoviscidose	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	PNE2	Polysomnographie	8	9	11	13	14	16	18	20	22
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	57	57	58	58	59	60	60	61	62
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	11	12	12	12	12	12	12	12	12
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	2	2	2	1	1	1	1	1	1
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	2	2	2	2	2	1	1	1	1
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	1	2	2	2	2	2	2	2	3
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	7	7	8	8	8	8	8	8	8
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	433	435	438	441	443	445	447	449	451
	BEW10	Chirurgie du plexus	4	3	3	3	3	3	3	2	2
	BEW11	Réimplantations	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
	BEW2	Orthopédie	161	161	162	162	163	164	164	165	166	
	BEW3	Chirurgie de la main	76	77	78	78	79	80	80	81	81	
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
	BEW5	Arthroscopie du genou	120	120	120	119	119	119	118	118	117	
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	271	272	273	274	275	276	277	278	280	
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	29	29	29	29	29	29	29	29	30	30
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	490	493	498	503	507	511	515	519	523	
	BEW7.1.1	Reprises de prothèses de la hanche	61	62	63	63	64	64	65	65	66	
	BEW7.2	Prothèses de genou de première intention	484	488	492	495	499	502	505	507	509	
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses du genou	26	26	26	26	27	27	27	27	27	
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	477	480	483	487	490	493	496	500	503	
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	73	73	73	74	74	75	76	76	77	
	BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale	22	22	22	22	23	23	23	23	23	
BEW9	Tumeurs osseuses malignes	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	52	52	52	52	52	52	53	53	53	
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	18	18	18	18	18	18	18	18	18	
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	392	393	393	393	394	394	394	395	395	
	GYN2	Centre de chirurgie mammaire certifié	179	180	180	181	181	181	181	182	183	
	GYNT	Tumeurs gynécologiques	42	42	43	43	43	43	44	44	44	
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	10	10	10	10	9	9	9	9	9	
Obstétrique	GEB1	Soins de base en obstétrique (≥ 35 O/7 SG et PN 2000g)	1652	1648	1647	1645	1647	1643	1635	1631	1627	
	GEB1.1	Obstétrique (≥ 32 O/7 SG et PN 1250g)	14	13	13	13	13	13	13	13	13	
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	6	6	6	7	7	8	8	9	9	
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base en néonatalogie (≥ 35 O/7 SG et PN 2000g)	1451	1455	1459	1462	1464	1466	1467	1467	1468	
	NEO1.1	Néonatalogie (≥ 32 O/7 SG et PN 1250g)	124	124	124	125	125	125	125	125	125	
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (≥ 28 O/7 SG et PN ≥ 1000 g)	37	37	37	37	37	37	37	37	37	
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (< 32 O/7 SG et PN < 1500 g)	2	2	3	3	3	3	4	4	4	
(Radio-)oncologie	NUK1	Médecine nucléaire	26	27	27	27	27	27	27	28	28	

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	ONK1	Oncologie	135	135	135	136	136	136	136	136	136
	RA01	Radio-oncologie	121	123	124	126	127	128	129	130	131
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	27	27	28	29	29	30	30	31	31
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (CIMHS)	45	46	47	47	48	49	49	50	51
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Total			24 378	24 590	24 809	25 017	25 225	25 416	25 602	25 783	25 957

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : les corrections sur le domaine Nouveau-nés a été appliqué selon la méthode stabilisée (gpph concernés : NE01, NE01.1, NE01.1.1).

Annexe 7
Projection du nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2027 – 2035

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Paquet de base	BP	Paquet de base	10 755	10 872	10 985	11 091	11 208	11 317	11 425	11 519	11 614
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	38	38	38	39	39	39	39	39	39
	DER1.1	Oncologie dermatologique	27	27	27	27	28	28	28	28	29
	DER1.2	Affections cutanées graves	4	4	4	3	3	3	3	3	3
	DER2	Traitement des plaies	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	260	261	261	263	264	265	266	267	268
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	90	90	90	91	91	92	93	93	94
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	100	100	100	100	101	101	101	101	101
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	5	5	6	6	6	6	7	7	7
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	37	37	37	37	37	38	38	38	38
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	4	4	5	5	5	6	6	6	7
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	77	77	77	77	77	77	77	77	78	78
KIE1	Chirurgie maxillaire	54	54	54	54	53	53	53	53	53	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crâniale	88	89	89	89	90	90	90	90	91
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	6	7	7	8	9	10	11	12	12
	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC autres que les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	NCH1.1.1.1	Traitement neurochirurgical des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	6	6	6	6	6	6	6	6	7
	NCH1.1.2	Chirurgie stéréotaxique des mouvements anormaux / involontaires et stimulation cérébrale profonde (CIMHS)	2	2	2	3	3	3	3	4	4

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	NCH1.1.3	Traitement chirurgical de l'épilepsie réfractaire chez l'adulte (CIMHS)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	NCH2	Neurochirurgie spinale	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	NCH2.1	Traitement des tumeurs rares de la moelle épinière (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	3	3	3	3	3	3	3	3	4
Neurologie	NEU1	Neurologie	146	147	148	149	151	152	153	154	155
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	31	31	31	31	31	32	32	32	32
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	375	380	385	391	397	402	407	413	417
	NEU3.1	Traitement complexe des accidents vasculaires cérébraux (CIMHS)	27	27	28	28	28	29	29	29	30
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	10	12	14	15	17	19	21	23	24
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	19	19	19	19	19	19	19	19	20
	NEU4.2	Diagnostic préopératoire de l'épilepsie	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	18	19	19	19	19	19	19	19	19
	AUG1.1	Strabologie	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	AUG1.4	Cataracte	16	17	17	17	18	18	18	18	18
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	42	42	42	43	43	43	43	43	43
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	104	106	107	108	109	110	111	112	112
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	724	734	743	752	762	771	778	785	792
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	184	187	188	190	192	194	195	197	198
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	355	358	361	364	366	369	372	374	377
	VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	21	21	21	22	22	22	22	22	22
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)	5	5	6	6	6	7	7	7	7
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	113	113	112	112	112	111	111	110	110
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	14	14	14	14	14	14	15	15	15
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	49	50	50	51	51	51	52	52	52

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	155	157	159	161	163	165	167	169	170
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	61	62	64	65	66	67	69	70	72
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	HAE5	<i>Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)</i>	3	3	4	4	4	5	5	6	6
Vaisseaux	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	84	85	87	88	89	91	92	93	95
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	12	13	13	13	13	14	14	14	14
	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	70	71	72	73	73	74	75	76	76
	GEF3	Chirurgie carotidienne	38	38	39	39	40	40	40	41	41
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	172	174	176	178	180	181	183	185	187
	RAD1	Radiologie interventionnelle	44	45	45	46	46	46	47	47	48
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe	2	2	2	2	3	3	3	3	4
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	3	3	3	3	4	4	4	4	4
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	57	57	57	58	58	58	58	59	59
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	12	12	12	13	13	13	13	13	13
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valvule aortique	34	34	34	35	35	35	35	35	36
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valvule mitrale	17	17	18	18	18	18	18	18	18
	HER1.1.6	<i>Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	KAR1	Cardiologie et devices	98	100	101	103	104	105	107	108	110
	KAR2	Électrophysiologie et CRT	147	148	149	150	151	152	153	154	155
	KAR3	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	692	699	707	713	719	724	730	736	743
KAR3.1	Cardiologie interventionnelle (interventions structurelles)	10	11	11	11	11	12	12	12	12	

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurelles)	68	69	70	70	71	71	72	73	74
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	1018	1028	1038	1048	1056	1064	1072	1081	1089
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	123	124	125	126	127	127	128	128	129
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	61	61	62	62	62	63	63	63	64
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	18	18	18	18	18	18	18	19	19
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	627	634	642	649	656	662	669	675	681
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	PNE1.2	Évaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	38	38	38	38	38	38	37	38	38
	PNE1.3	Mucoviscidose	3	3	3	3	4	4	4	4	4
	PNE2	Polysomnographie	8	10	12	14	16	18	20	21	23
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	19	19	19	19	19	19	19	20	20
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	58	58	59	60	60	61	61	62	63
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	11	12	12	12	12	12	12	12	12
Transplantations d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	2	2	2	2	2	1	1	1	1
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	2	2	2	2	2	2	2	3	3
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	TPL5	Transplantation rénale (CIMHS)	7	7	8	8	8	8	8	8	8
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	638	641	643	646	648	650	652	653	656
	BEW10	Chirurgie du plexus	4	4	4	4	4	4	4	3	3
	BEW11	Réimplantations	0	0	0	1	1	1	1	1	1

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	BEW2	Orthopédie	179	179	180	181	181	182	182	183	184
	BEW3	Chirurgie de la main	95	95	96	97	98	99	99	100	101
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	BEW5	Arthroscopie du genou	311	311	310	310	309	308	307	307	306
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	380	380	381	382	382	383	384	384	386
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	32	32	32	32	32	32	32	32	33
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	495	498	503	508	512	516	519	524	528
	BEW7.1.1	Reprises de prothèses de la hanche	64	64	65	66	66	66	67	67	68
	BEW7.2	Prothèses de genou de première intention	506	510	514	518	522	525	527	529	532
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses du genou	29	30	30	30	30	31	31	31	31
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	500	503	506	509	512	516	519	522	526
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	75	75	75	76	76	77	77	78	79
	BEW8.1.1	Chirurgie hautement complexe de la colonne vertébrale	26	26	26	27	27	27	27	27	27
	BEW9	Tumeurs osseuses malignes	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	56	57	57	57	57	57	57	57	57
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	392	393	393	393	394	394	394	395	395
	GYN2	Centre de chirurgie mammaire certifié	179	180	180	181	181	181	181	182	183
	GYNT	Tumeurs gynécologiques	42	42	43	43	43	43	44	44	44
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	10	10	10	10	9	9	9	9	9
Obstétrique	GEB1	Soins de base en obstétrique (>= 35 O/7 SG et PN 2000g)	1655	1651	1651	1649	1651	1646	1639	1635	1630
	GEB1.1	Obstétrique (>= 32 O/7 SG et PN 1250g)	14	13	13	13	13	13	13	13	13
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	6	6	7	7	7	8	8	9	9
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base en néonatalogie (>= 35 O/7 SG et PN 2000g)	1454	1457	1462	1465	1467	1468	1469	1470	1471
	NEO1.1	Néonatalogie (>= 32 O/7 SG et PN 1250g)	127	128	128	128	128	128	128	128	128
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (>= 28 O/7 SG et PN >=1000g)	37	37	37	37	37	37	37	37	37
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (< 32 O/7 SG et PN < 1500g)	4	5	5	6	7	8	8	9	10
(Radio-)oncologie	NUK1	Médecine nucléaire	26	27	27	27	27	27	27	28	28

DPPH	GPPH	Intitulé	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	ONK1	Oncologie	135	135	135	136	136	136	136	136	136
	RA01	Radio-oncologie	121	123	124	126	127	128	129	130	131
Traumatismes graves	UNF1	<i>Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)</i>	51	52	52	53	53	54	54	55	55
	UNF1.1	<i>Chirurgie d'urgence spécialisée (CIMHS)</i>	55	55	56	57	57	58	59	60	60
	UNF2	<i>Brûlures étendues (CIMHS)</i>	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Total			25 669	25 883	26 099	26 306	26 514	26 706	26 889	27 069	27 244

Source : OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS) | © Obsan 2024

Note : les corrections sur le domaine Nouveau-nés a été appliqué selon la méthode stabilisée (gpph concernés : NE01, NE01.1, NE01.1.1).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. INTRODUCTION	2
2. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE	3
2.1. Stabilité du cadre général	3
3.2. Phasage	4
3. MÉTHODOLOGIE	4
3.1. Principes généraux	4
3.2. Sources de données et critères d'inclusion des cas	5
3.3. Modèle de projection et hypothèses retenues	5
3.3.1. <i>Modèle de projection</i>	5
3.3.2. <i>Hypothèses retenues</i>	6
3.3.3. <i>Correction des projections : nouveau-nés</i>	8
4. ANALYSE DES HOSPITALISATIONS STATIONNAIRES RÉALISÉES POUR LES ANNÉES 2019 à 2023	8
4.1. Principes généraux	9
4.2. Recours en soins hospitaliers stationnaires des patient-e-s neuchâtelois-es	9
4.2.1. <i>Nombre de cas selon les domaines de prestations</i>	9
4.2.2. <i>Taux d'hospitalisation</i>	10
4.2.3. <i>Nombre de journées d'hospitalisation</i>	13
4.2.4. <i>Durée moyenne de séjour</i>	13
4.3. Offre de soins	14
4.3.1. <i>Nombre de cas et structures des patient-e-s</i>	14
4.3.2. <i>Parts de marché</i>	16
4.4. Flux de patient-e-s	17
4.4.1. <i>Généralités</i>	17
4.4.2. <i>Flux entrants</i>	18
4.4.3. <i>Flux sortants</i>	19
4.4.4. <i>Profils des patient-e-s neuchâtelois-es</i>	20
5. DÉTERMINATION DES BESOINS DE LA POPULATION DANS LE DOMAINE DES SOINS SOMATIQUES AIGUS	21
5.1. Généralités	21
5.2. Estimation des besoins futurs en soins hospitaliers : projections 2027 – 2035	21
5.2.1. <i>Assurance obligatoire des soins (AOS)</i>	21
5.2.2. <i>Tous régimes assuranciers confondus</i>	23
6. CONCLUSIONS	25
7. SUITE DES TRAVAUX	25
Annexe 1 – Domaines de prestations (DDPH) et groupes de prestations (GPPH) selon le modèle GPPH, version « akut-spl23-2024.0.51 »	27
Annexe 2 – Planification hospitalière neuchâteloise. Soins somatiques aigus : actualisation de l'évaluation des besoins – Rapport méthodologique (Obsan), février 2025	30
Annexe 3 – Adapter les prévisions des besoins en néonatalogie dans le Canton de Neuchâtel, 2024 à 2035 : Méthodologie et résultats principaux	50

Annexe 4 – Nombre d’hospitalisations en soins somatiques aigus à charge de l’assurance obligatoire des soins (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2019 – 2023.....	55
Annexe 5 – Nombre de jours de soins en soins somatiques aigus à charge de l’assurance obligatoire des soins (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2019 – 2023.....	60
Annexe 6 – Projection du nombre d’hospitalisations en soins somatiques aigus à charge de l’assurance obligatoire des soins (AOS) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2027 – 2035	65
Annexe 7 – Projection du nombre d’hospitalisations en soins somatiques aigus (tous régimes assuranciers confondus) pour la population neuchâteloise, par groupe de prestations (GPPH), pour la période 2027 – 2035	71