



Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg

Analyse de l'amélioration des résultats/
excellence opérationnelle de l'hôpital fribourgeois
(HFR)

Rapport de résultats, août 2022

Contenu

1. Résumé de gestion	2
2. Situation de départ et mandat	5
2.1. Contexte et objectif	5
2.2. Méthodologie d'approche	6
3. Quick checks	8
3.1. Résultats des quick checks	8
3.2. Mesures de quick checks	12
4. Benchmarking	13
4.1. Cliniques spécialisées et secteurs transversaux	14
4.2. Soins	18
4.3. Services centraux	19
5. Analyse de marché	22
5.1. Résultats de l'analyse de marché	22
5.2. Mesures Analyse de marché	23
6. Aperçu des principales mesures	25
7. Proposition pour la suite des opérations	28
Annexe	30

1. Résumé de gestion

La Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg (DSAS) a initié fin 2021 le projet «Excellence opérationnelle/Amélioration des résultats», dont l'objectif premier est de mettre en évidence les marges d'amélioration des résultats pour l'HFR et d'identifier les mesures permettant d'augmenter les revenus et de réduire les coûts. Les travaux concrets ont commencé début 2022.

Dans le cadre du projet, différentes analyses (benchmarking, analyse de marché, quick checks et entretiens) ont été réalisées, ce qui a permis de dresser le tableau suivant:

Quick checks ¹

Travail stratégique

L'HFR dispose d'une stratégie compréhensible et plausible, qui a été communiquée en 2019. Celle-ci est toutefois principalement axée sur la structure **et la qualité et a été jusqu'ici insuffisamment concrétisée**, notamment en ce qui concerne la stratégie différenciée d'offre, la stratégie d'infrastructure ou la stratégie de numérisation. De plus, on constate une **opérationnalisation insuffisante de la stratégie** (notamment insuffisance de lien avec un plan financier pluriannuel). Cela empêche que la stratégie soit mise en œuvre de manière planifiée et mesurable.

Lors de la pandémie de Covid-19, de nombreux changements ont été initiés ou mis en œuvre, mais il **manquait un lien** avec un **masterplan** dérivé de la stratégie susmentionnée. Les projets stratégiques ont été lancés avec des mandats parfois peu clairs et ne bénéficient pas d'un soutien suffisamment large. En outre, en ce qui concerne une nouvelle construction, il existe un écart significatif entre les coûts estimés, basés sur le statu quo (soit sans évolution significative de l'activité), et la viabilité économique des investissements qui y sont liés. Selon une étude de «elsener+partner», l'HFR n'est pas en mesure d'assumer un tel investissement.

Recommandation

- Concrétiser la stratégie générale, c'est-à-dire développer une **stratégie d'offre**; (c'est-à-dire répondre entre autres à la question: comment l'HFR se positionne-t-il entre le CHUV et l'Hôpital de l'Île?)
- Sur la base de la stratégie d'offre: Développement d'une **stratégie en matière d'infrastructures**; il s'agit de l'achever rapidement et de la transformer en une **directive de planification actualisée pour la nouvelle construction** (et non pas de maintenir le **statu quo concernant la nouvelle construction**).
- Élaboration d'un **plan financier pluriannuel** en accord avec la stratégie d'offre et la stratégie d'infrastructure.
- Élaboration d'une **stratégie de numérisation** en accord avec le positionnement sur le marché et la stratégie médicale.
- Acquisition du **nouveau système d'information clinique (SIC)** sur la base de cette stratégie.

Structure organisationnelle et collaboration

Les responsabilités et compétences décisionnelles sont fortement centralisées (CA et CEO). De plus, le fait que certains acteurs réfléchissent en silos rend difficile une collaboration constructive au sein de l'organisation. On peut atteindre une certaine amélioration par la départementalisation.

Recommandation

- Clarification des tâches, des compétences et des responsabilités dans la structure organisationnelle actuelle de l'HFR.
- Clarification des tâches, des compétences et des responsabilités entre l'HFR et le canton.
- Promouvoir la mise en réseau de l'hôpital fribourgeois avec les prestataires de santé et de soins du canton de Fribourg.
Mettre en œuvre des mesures pour promouvoir une culture d'ouverture et de collaboration

¹ Par «Quick checks, KPMG entend une évaluation de la maturité organisationnelle, structurelle et au niveau des processus. Dans ce but, des entretiens standardisés ont été menés avec les cadres de l'hôpital ainsi que certains collaborateurs ayant des responsabilités (personnel clé).

Planification, contrôle de gestion et reporting:

La stratégie 2030, basée sur une analyse de risque, indique une direction stratégique claire au sens d'une trajectoire de développement, mais elle est peu opérationnalisée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas intégralement planifiée et mesurable. Un plan quadriennal a été établi dans le cadre du processus stratégique, mais il n'y a **pas eu de concrétisation dans le plan financier** impliquant le contrôle de gestion médical et/ou les finances. Jusqu'à présent, **le budget et la planification** financière sont largement **indépendants** et il n'existe pas de structure en cascade des objectifs de l'entreprise jusqu'au niveau des collaborateurs. Par conséquent, il n'y a pas de **mesure contraignante de la réalisation des objectifs (individuels)**, tant au niveau de la gestion stratégique que de la gestion opérationnelle.

Recommandation

- Établissement d'une compréhension partagée des objectifs et du contrôle de gestion pour la réalisation des objectifs et la responsabilité des résultats chez les responsables des centres de coûts.
- Mise en place d'un groupe de travail visant un dialogue sur les risques de l'hôpital.

Gestion des processus / gestion de projet:

Il n'existe **pas d'ancrage de la gestion des processus** à l'échelle de l'entreprise, y compris une méthode standard d'optimisation et/ou de documentation des processus. Il n'existe **pas de carte des processus uniforme**. Les niveaux inférieurs des processus sont toutefois généralement définis et documentés. Les responsabilités en matière de processus sont certes définies, mais pas «perçues». Le programme «**Flux**» vise actuellement à obtenir une vision uniforme des processus des patients et à promouvoir une amélioration continue des processus correspondants. Le programme est toutefois peu connu ou perceptible par les responsables que nous avons interrogés et les projets ne bénéficient pas toujours d'un soutien suffisamment large.

Recommandation

- Établissement d'une compréhension des processus et de la gestion de projet à l'échelle de l'entreprise, largement ancrée, selon une méthodologie uniforme, y compris les responsabilités.
- Définition de processus de demande et de décision contraignants pour les projets au sein de l'HFR.

Systèmes informatiques et soutien des processus:

Le paysage informatique est jugé hétérogène et susceptible d'être amélioré. Quatre initiatives sont en cours (amélioration de l'ERP, changement d'infrastructure, nouveau SIC et mise en place à long terme d'un système de gestion des patients et des ressources).

Recommandation

- Élaborer des bases de décision transparentes concernant les options d'action pour l'externalisation de l'infrastructure informatique de l'administration cantonale, y compris les conséquences financières.
- Renforcement des compétences dans le domaine de l'informatique et de la numérisation

Gestion du changement et culture

L'organisation a connu de nombreux changements de personnes clés au cours des dernières années. Par conséquent, le personnel n'est actuellement disposé à accepter des changements que si l'orientation de l'évolution est connue et comprise. Des formations ciblées dans le domaine de la gestion du changement sont prévues. La direction a déjà relevé le défi en prenant d'autres mesures.

Recommandation

- Les efforts en cours pour changer la culture doivent être renforcés. Il est important de faire des annonces claires et transparentes aux collaborateurs concernant le développement stratégique.

Benchmarking

Une comparaison des données relatives au personnel et aux coûts spécifiques à une fonction ou à un domaine avec des valeurs d'orientation issues d'une vaste base de données KPMG a révélé des marges d'amélioration de l'efficacité, sur la base desquelles des mesures possibles ont été identifiées.

Recommandation

Mise en œuvre de diverses mesures dans le contexte de la départementalisation, de la réduction de la durée de séjour, de l'optimisation des processus, de la gestion des départs, de l'exploitation des potentiels de numérisation, etc.

Analyse du marché

Une analyse des données statistiques a permis de tirer des conclusions sur le positionnement de l'HFR dans son bassin d'activité principal et sur les marges d'augmentation des recettes.

Recommandation

Stratégie en matière d'offre:

- Analyse approfondie du portefeuille de prestations stationnaires et ambulatoires, potentiels de marché par clinique spécialisée.
- Examen des coopérations

Mise en place d'une gestion des médecins référents:

- Mise en place d'une gestion systématique des médecins référents (soit médecins généralistes et spécialistes servant de porte d'entrée à l'HFR)
- Renforcement de la mise en réseau dans l'ensemble du canton

Communication publique:

- Intensification des relations publiques
- Stratégie de communication envers la population germanophone

Procédure ultérieure

Première priorité:

- **Stratégie:** Comblent les lacunes entre la stratégie 2030 et la stratégie à retravailler - en matière d'offre et d'infrastructure qui reste à élaborer.
- **Nouvelle construction:** Comparer le statu quo avec la nouvelle stratégie d'offre et les possibilités financières. Élaborer des **options stratégiques** pour la période de transition jusqu'à la mise en service du nouveau bâtiment.
- Appliquer les recommandations du **benchmarking**, notamment en ce qui concerne la **réduction de la durée de séjour**.
- Appliquer les recommandations de l'**analyse de marché**, en particulier (outre la stratégie d'offre) la mise en place d'une **gestion des médecins référents** et le renforcement de la communication.

Les considérables défis économiques auxquels l'HFR est confronté exigent une concertation périodique systématique entre l'HFR et la DSAS ainsi qu'une définition commune des priorités stratégiques et de leur communication uniforme.

Phase 2:

Afin d'approfondir les recommandations proposées ci-dessus, nous conseillons pour la **phase 2** les étapes suivantes:

- Analyses approfondies des données dans les domaines thématiques prioritaires.
- Élaboration d'un programme de mesures
- Conduite de workshops avec le canton, la direction et le conseil d'administration dans le but de décider du catalogue de mesures

Phase 3:

La prochaine étape de la **phase 3** est la mise en œuvre des mesures définies et priorisées:

- Définition des responsabilités par mesure
- Établissement d'un plan de projet par mesure
- Mise en place d'une gestion multi-projets
- Consolidation des mesures dans un plan de projet (vue d'ensemble)

2. Situation de départ et mandat

2.1. Contexte et objectif

L'hôpital fribourgeois (HFR) est le plus grand prestataire de soins du canton de Fribourg et un élément porteur du système de santé cantonal. Depuis une dizaine d'années, l'HFR affiche cependant de des résultats d'exploitation insuffisants. Parallèlement, des investissements importants sont nécessaires en raison d'une infrastructure ancienne, notamment sur le site de Fribourg.

En 2019, la stratégie 2030 a été élaborée, qui prévoit la concentration des soins somatiques aigus ainsi que des soins de base décentralisés grâce à des centres de santé bien connectés dans les régions rurales. L'élément central de la stratégie est un nouveau bâtiment sur le site de Fribourg, qui doit permettre d'augmenter l'efficacité de l'HFR et de mieux utiliser les ressources disponibles.

Le nombre de cas dans le domaine des soins aigus stationnaires et le nombre de traitements ambulatoires de l'HFR ont enregistré une hausse avant la pandémie de Covid-19. En 2020/2021, le nombre de cas a considérablement diminué.

Tableau 1: Évolution du nombre de cas de l'HFR

	2018	2019	2020	2021
Total soins aigus stationnaires	19'082	19'328	16'918	18'313
Naissances	1'040	1'068	990	1'116
Traitements ambulatoires	488'787	504'495	471'185	493'839
Nombre de lits exploités en soins somatiques aigus	406	406	461	431
Nombre de lits en réadaptation	151	151	98	118

Malgré un nombre relativement stable de cas stationnaires et ambulatoires pendant la période considérée - avec une baisse correspondante des prestations pendant la pandémie de Covid-19 -, l'HFR n'a pas réussi à inverser la tendance à la baisse des résultats d'exploitation. L'augmentation des recettes est largement compensée par l'augmentation constante des coûts du personnel et de matériel.

Tableau 2: Évolution financière de l'HFR

(valeurs en milliers de CHF)	2018	2019	2020	2021	BU 2022
Revenus	482'036	504'640	518'400	537'660	515'167
Frais de personnel	345'305	358'099	357'129	374'228	367'221
Frais matériels	124'972	135'010	152'007	159'160	139'067
EBITDA	11'759 (2,44%)	11'532 (2,29%)	9'264 (1,79%)	4'272 (0,79%)	8'878 (1,72%)
Résultat d'exploitation	-10'541	-13'357	-14'934	-17'956	-12'899

La situation économique actuelle de l'HFR remet sérieusement en question non seulement la mise en œuvre de la stratégie 2030 (capacité d'investissement), mais aussi la pérennité de l'HFR (liquidités).

Au vu de la situation actuelle, la Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg, responsable de l'HFR, a chargé la société KPMG, dans le cadre du mandat «Amélioration des résultats / Excellence opérationnelle», de réaliser une analyse de l'exploitation de l'HFR dans le but de mettre en évidence les marges d'amélioration de l'efficacité et des recettes comme base pour des mesures d'augmentation des recettes et de réduction des coûts.

2.2. Méthodologie d'approche

Dans le cadre d'un programme d'amélioration des résultats, KPMG prévoit une procédure en trois phases. L'objectif du présent mandat de KPMG et du présent rapport est de dresser un état des lieux de l'exploitation de l'HFR (phase 1).

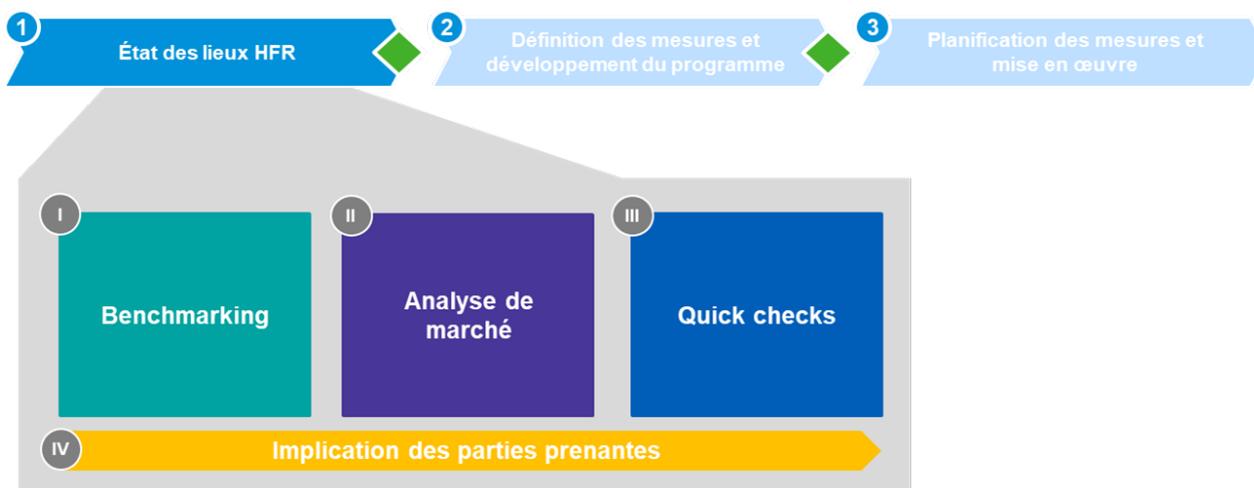


Figure 1: Contenu essentiel de l'analyse

Les analyses suivantes ont été effectuées pour dresser un état des lieux de l'HFR durant la phase 1 :

- *Quick checks:* Des entretiens avec la direction de l'HFR ont permis d'évaluer l'organisation actuelle et d'examiner les conditions organisationnelles nécessaires à une transformation réussie.
- *Benchmarking:* Une comparaison des données relatives au personnel et aux coûts spécifiques à une fonction ou à un domaine avec des valeurs d'orientation issues d'une vaste base de données KPMG a révélé des marges d'amélioration de l'efficacité, sur la base desquelles des mesures possibles ont été identifiées.
- *Analyse de marché:* Une analyse des données statistiques a permis de tirer des conclusions sur le positionnement de l'HFR dans son bassin d'intervention principal et sur les marges d'augmentation des recettes. *Remarque: le mandat de KPMG se limite à l'évaluation du positionnement de l'HFR; les évaluations des besoins en soins seront réalisées dans le cadre d'autres projets (p. ex. planification hospitalière).*

Les résultats d'analyse du benchmarking, de l'analyse de marché et des quick checks ont servi de base à l'implication des parties prenantes:

- *Implication des parties prenantes:* Des entretiens et/ou des ateliers ont servi à discuter des conclusions des analyses précédentes avec des cadres sélectionnés dans les domaines des cliniques médicales spécialisées, des soins et des secteurs de soutien, et à aborder des approches pour des mesures d'amélioration. Les entretiens ont eu lieu avec la participation d'experts des soins et de la médecine.



KPMG a effectué les analyses entre mars et juin 2022 et a consigné les résultats dans le présent rapport de résultats.

Conformément au mandat qui nous a été confié, les analyses détaillées ou les travaux de préparation de la mise en œuvre ou la mise en œuvre de mesures concrètes d'amélioration opérationnelle ou d'orientation stratégique ne font pas partie du projet.

3. Quick checks

Le point de départ des analyses de KPMG est l'évaluation de l'organisation actuelle et, par conséquent, des conditions nécessaires au développement organisationnel et structurel de l'HFR. La mise en œuvre réussie des stratégies, l'optimisation des processus ou l'augmentation de la productivité dépendent fortement des conditions-cadres correspondantes au sein de l'organisation.

3.1. Résultats des quick checks

L'évaluation correspondante a été réalisée à l'aide d'un catalogue de critères standardisé et d'entretiens avec des membres de la direction. Les sept domaines clés suivants ont fait l'objet de l'enquête:

- Structure organisationnelle
- Intégration et coopération
- Planification, contrôle de gestion et reporting
- Gestion des processus
- Systèmes informatiques et soutien des processus
- Gestion de projet
- Gestion et culture du changement

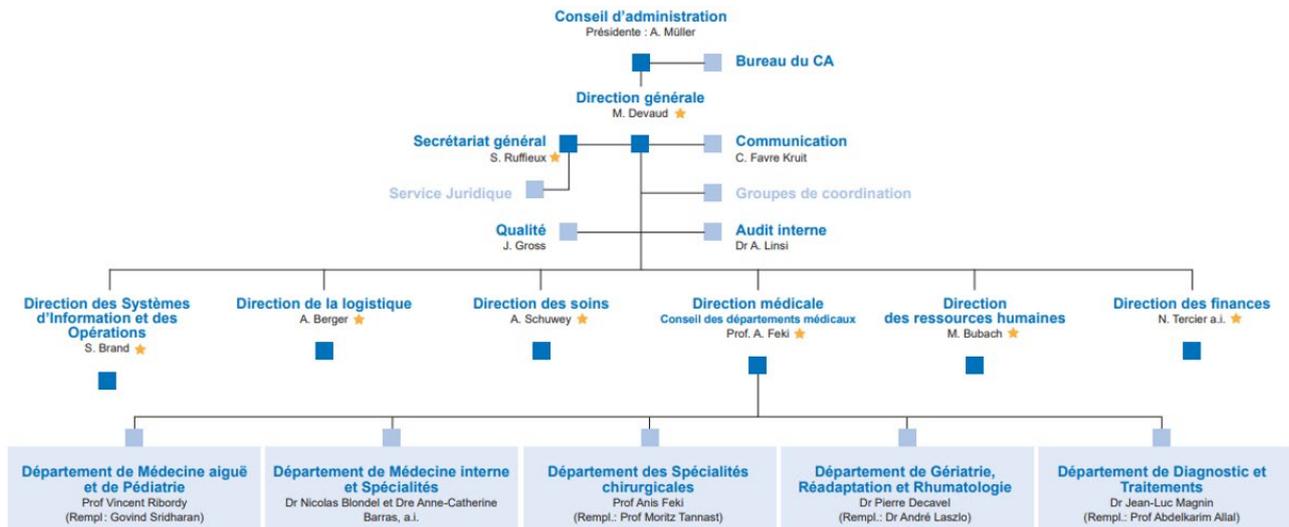


Figure 2: Organigramme de l'HFR

Les conclusions pertinentes à ce sujet sont consignées ci-dessous:

Structure organisationnelle

L'organisation de l'HFR est historiquement marquée par la fusion des anciens hôpitaux de district. L'organigramme prévoit une organisation adaptée. Toutefois, les responsabilités et les compétences décisionnelles sont fortement centralisées (conseil d'administration, CEO). Les tâches, compétences et responsabilités au sein de l'organisation sont en principe définies, mais des ambiguïtés apparaissent (p. ex. compétences financières et décisionnelles au sujet de la planification, du contrôle de gestion, du reporting et de la gouvernance). La structure de direction a été adaptée à plusieurs reprises au cours des derniers mois et des dernières années notamment en raison du COVID-19 (p. ex. nouveau rôle de COO, organes de direction, suppléance du CEO) et n'est pas encore stabilisée. La prise en compte des intérêts individuels avant ceux de l'entreprise par certaines parties prenantes au sein de l'hôpital peut rendre difficile une collaboration constructive pour mettre en œuvre avec succès les projets stratégiques. La réorganisation de la direction médicale (départementalisation) est en cours de réalisation alors que la réorganisation de la structure des soins, des finances et des RH doit être clarifiée ou communiquée. Il existe des marges d'optimisation dans la collaboration, entre les services, par exemple la médecine, les soins, les services centraux, en particulier dans le domaine ambulatoire ainsi que dans les (nouveaux) centres de santé.

Intégration et coopération

L'HFR est un établissement de droit public doté de la personnalité juridique et rattaché administrativement au département cantonal de la santé. La gouvernance correspondante a été révisée en 2017. La marge de manœuvre et de décision de l'HFR est définie par la loi correspondante, ce qui limite son autonomie dans la gestion d'entreprise ou des ressources humaines. L'analyse de la loi sur l'hôpital fribourgeois en comparaison avec les stratégies de propriétaire courantes d'autres hôpitaux centraux appartenant au canton a montré que la loi reste vague, notamment en ce qui concerne les directives stratégiques. En complément, le Conseil d'État précise toutefois, sur demande de la DSAS, des directives stratégiques à l'intention de l'HFR dans des courriers périodiques. Les conditions-cadres stratégiques sont donc clairement données à l'HFR. En cas d'ambiguïtés, l'HFR doit les signaler à la DSAS et demander une clarification.

L'HFR est en outre intégré dans l'organisation cantonale globale, par exemple dans le domaine des ressources humaines ou de l'informatique spécifiquement dédié. Les collaborateurs de l'HFR sont soumis à la loi cantonale sur le personnel, ce qui entraîne des dépenses supplémentaires en matière d'exploitation et de finances (remarque: le canton verse environ 14 millions de francs par an pour compenser les coûts supplémentaires de la rémunération cantonale).

Il existe des coopérations et des échanges professionnels au niveau cantonal et intercantonal, par exemple via l'Université de Fribourg, l'Association des médecins ou des hôpitaux extracantonaux. Il n'existe pas de gestion centrale des médecins référents ni d'outil informatique. Les relations avec les médecins référents sont en grande partie gérées (de manière informelle) au niveau des cliniques. Par ailleurs, le rôle de l'HFR dans le système de santé cantonal et la collaboration entre les fournisseurs de prestations en amont et en aval sont aujourd'hui peu structurés. L'élaboration d'une stratégie cantonale en matière de santé peut contribuer à optimiser et à préciser les rôles des acteurs.

Planification, contrôle de gestion et reporting

La stratégie 2030 indique une direction stratégique claire au sens d'une trajectoire de développement, mais elle est peu opérationnalisée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas intégralement planifiée et mesurable. Actuellement, il est difficile de savoir quelles analyses ont été effectuées comme base du travail stratégique. Un plan quadriennal a été établi dans le cadre du processus stratégique, mais il n'y a pas eu de concrétisation dans un plan financier impliquant le contrôle de gestion médical et/ou les finances. Jusqu'à présent, le budget et la planification financière sont largement indépendants et il n'existe pas de structure en cascade des objectifs de l'entreprise jusqu'au niveau des collaborateurs. Un processus de budgétisation et de reporting à l'échelle de l'entreprise (HFR Management Cycle) a été élaboré et sera communiqué dans le cadre de la budgétisation 2023. Un inventaire des risques a été élaboré, mais les responsabilités ne sont actuellement pas «perçues».

Gestion des processus

Il n'existe pas d'ancrage de la gestion des processus à l'échelle de l'entreprise, y compris une méthode standard d'optimisation et/ou de documentation des processus. Il n'existe pas de carte des processus uniforme. Les niveaux opérationnels des processus sont toutefois généralement définis et documentés. Les responsabilités en matière de processus sont certes définies, mais pas perçues. Le programme «Flux» vise actuellement à obtenir une vision uniforme des processus des patients et à promouvoir une amélioration continue des processus correspondants. Les normes contraignantes pour l'amélioration continue des processus ne sont pas définies de manière uniforme. Les chefs de projet ne disposent pas tous des connaissances nécessaires en matière de méthodologie des processus. Il convient d'établir une gestion des processus à l'échelle de l'entreprise selon une méthodologie uniforme, y compris les responsabilités.

Gestion de projet

La méthode de gestion de projet HERMES est établie à l'HFR comme norme uniforme pour la planification et la réalisation de projets. Les projets sont saisis dans un portefeuille de projets (consultable sur l'Intranet) à l'aide d'un Project Management Office central. Le pilotage et le reporting des projets doivent encore être optimisés. Le programme «Flux» a permis de regrouper 48 projets (dont certains en cours) dans une vue d'ensemble et de les focaliser sur des objectifs / indicateurs de réussite communs. Toutefois, des défis apparaissent ici notamment au niveau de la communication ou de l'ancrage et de la mise en œuvre des projets correspondants dans l'organisation. Le programme est peu connu ou perceptible auprès des responsables. Les projets stratégiquement importants sont regroupés dans un plan quadriennal. Cependant, selon les personnes interviewées, les projets ne sont pas toujours soutenus de manière suffisamment large

et toutes les parties prenantes nécessaires ne sont pas impliquées. De même, les compétences en matière de sélection des projets et de prise de décision ne sont pas toujours définies de manière suffisamment claire (cf. structure organisationnelle). Remarque: KPMG n'a pas procédé à l'examen de projets individuels et ne peut donc pas se prononcer sur la gestion des projets individuels.

Systèmes informatiques et soutien des processus

L'environnement informatique est considéré comme hétérogène, avec de nombreuses solutions isolées en partie obsolètes, et il est jugé perfectible. Il existe des interfaces liées à l'organisation et au système, de sorte que les données (de base) ne sont pas disponibles en fonction de l'utilisateur et dans la qualité requise ou doivent être saisies deux fois. En principe, des solutions logicielles courantes sont utilisées pour l'exploitation des hôpitaux. Le système d'information clinique (SIC) constitue toutefois un développement propre, ce qui pose des défis (p. ex. dans l'administration des cas). Le remplacement de l'application est en phase d'évaluation. Les compétences du service informatique, par exemple dans le domaine de l'approvisionnement, ainsi que le dialogue entre le support informatique et les utilisateurs dans le domaine du support sont jugés perfectibles dans les entretiens menés. Les échanges de vues sont également limités en matière de développement ou de potentiel de numérisation. Quatre initiatives sont actuellement en cours (amélioration de l'ERP, changement d'infrastructure, nouveau SIC et mise en place à long terme d'un système de gestion des patients et des ressources). Le projet en cours d'analyse des Flux de données et le projet des stockage de données unifié sont particulièrement importants pour les processus financiers et de contrôle de gestion. Le principal défi de l'informatique est le remplacement de l'infrastructure cantonale, qui doit avoir lieu d'ici 2024.

Gestion et culture du changement

Pendant la période Corona, l'HFR a (aussi) prouvé qu'il faisait du très bon travail et que l'orientation vers les patients occupait une place importante dans la culture d'entreprise. L'organisation a cependant connu de nombreux changements de personnes clés au cours des dernières années. Par conséquent, le personnel n'est actuellement disposé à accepter des changements que si l'orientation de l'évolution est connue et comprise. Des formations ciblées dans le domaine de la gestion du changement sont donc prévues. La direction pratique sciemment le «donner l'exemple», mais le sentiment de responsabilité n'est pas encore suffisamment établi. De nouveaux formats de communication sont certes utilisés (p. ex. YouTube Live), mais les objectifs de l'entreprise doivent encore être intégrés plus concrètement aux objectifs des secteurs et des collaborateurs. Dans le corps médical, il existe une part de salaire variable qui peut être alignée sur une convention d'objectifs/une évaluation des performances. La volonté de s'engager dans des processus de changement n'est pas présente chez tous les collaborateurs.

Digression sur le travail stratégique

L'HFR dispose d'une stratégie compréhensible et plausible. Toutefois, lors de sa communication en 2019, elle était principalement axée sur les structures, de nature qualitative et insuffisamment concrétisée. Il manquait entre autres une stratégie d'offre différenciée, une stratégie d'infrastructure ou une stratégie de numérisation. De plus, on constate un manque d'opérationnalisation de la stratégie (entre autres, pas de business plan et de plan financier liés), ce qui a pour conséquence qu'aucune mise en œuvre planifiable et mesurable de la stratégie n'est possible.

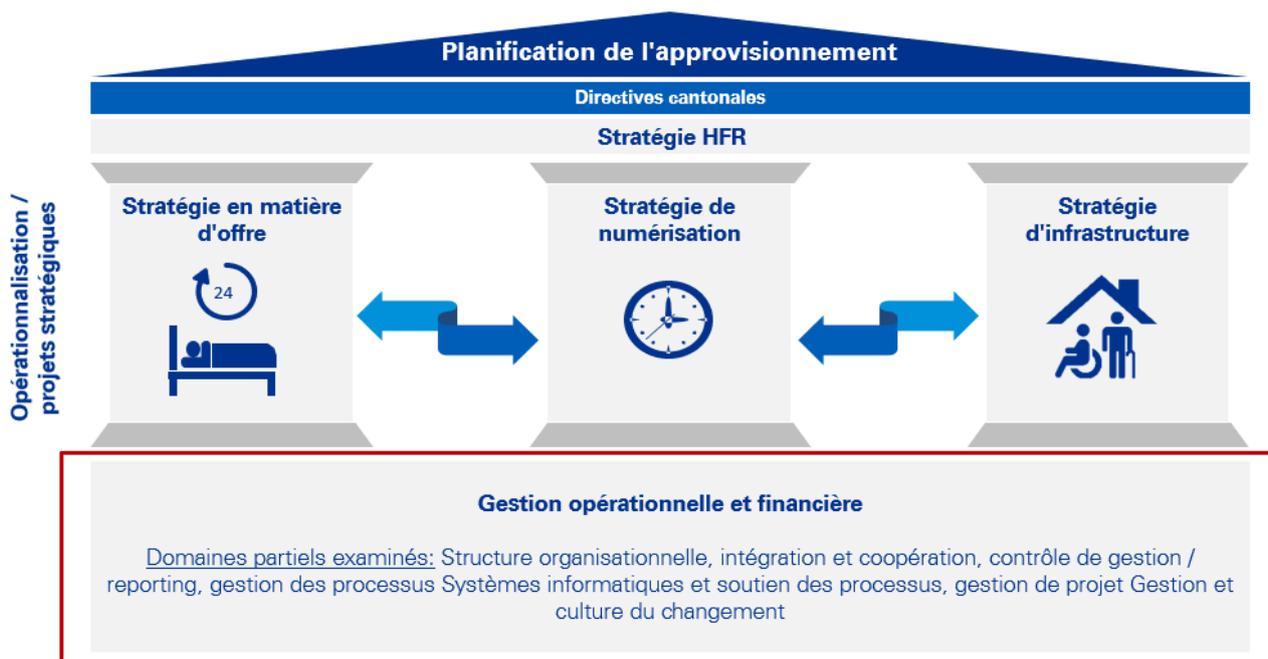


Figure 3: Stratégie

Lors de la pandémie de Covid-19, de nombreux changements ont été initiés ou mis en œuvre, mais il manquait un lien avec un plan directeur dérivé de la stratégie. On peut parler ici d'un manque d'opérationnalisation de la stratégie. Les projets stratégiques ont parfois été lancés avec des mandats peu clairs, ne bénéficient pas d'un soutien suffisamment large et se déroulent sans que toutes les parties prenantes nécessaires soient impliquées.

La stratégie de l'HFR prévoit la construction d'un nouveau bâtiment sur le site de Fribourg. L'HFR élabore actuellement les premiers plans (volumétrie du bâtiment sur le nouveau site). Compte tenu de l'obsolescence de l'infrastructure et des inefficacités qui en découlent, la construction d'un nouveau bâtiment est plus que nécessaire et doit être clairement encouragée. Une étude indépendante montre en outre que les frais d'entretien nécessaires au maintien de l'infrastructure actuelle augmentent chaque année. De même, l'étude donne des indications sur le volume d'investissements que l'exploitation actuelle de l'HFR peut supporter par ses propres moyens.

De l'avis de KPMG, les aspects suivants doivent être retenus dans ce contexte:

- Il existe un écart significatif entre les prévisions actuelles et la viabilité économique des investissements. Selon une étude de «elsner+partner», l'HFR n'est pas en mesure de réaliser un tel investissement à l'heure actuelle.
- Les prévisions actuelles correspondent à une reconduction du statu quo. Compte tenu de l'absence d'éléments stratégiques, notamment d'une stratégie d'offre, et de la situation économique de l'hôpital. Les prévisions ne sont ainsi pas pertinentes.
- Le plan financier actuel de l'HFR porte sur la législature 2023-2026 et reste vague sur des aspects décisifs (amortissements et investissements).

Conclusion

La capacité de pilotage organisationnel et financier de l'HFR n'est pas encore suffisante et constitue un risque central dans la situation actuelle. De plus, les structures de direction ont été adaptées à plusieurs reprises sans que les tâches, les compétences, les responsabilités et les interfaces avec d'autres domaines aient été clairement définies (la dernière fois dans le cadre de la départementalisation en cours).

Une fois solidement établie, la structure actuelle ferait de l'HFR une organisation capable d'atteindre ses objectifs. Il s'agit maintenant de la finaliser et de la stabiliser. Les responsabilités doivent être davantage détaillées et mises en place. Les conflits d'intérêts doivent être évités grâce à des processus de décision transparents et à une séparation claire des profils de poste. Le renforcement de la compréhension du contrôle de gestion et de la responsabilité des résultats chez les responsables des centres de coûts et l'adaptation à ce processus constituent une autre clé. Une gestion de programme et de projet cohérente,

impliquant les parties prenantes concernées, est tout aussi importante. Les efforts en cours pour changer la culture doivent être mis en œuvre de manière cohérente, et il est important de faire des déclarations claires à l'ensemble de l'organisation.

Le lien entre l'HFR et le canton est relativement complexe et conduit à une perception diffuse des tâches, des compétences et des responsabilités. Compte tenu de l'ampleur des défis à relever, une collaboration étroite et transparente est indispensable.

3.2. Mesures de quick checks

Pour obtenir des changements dans le degré de maturité de l'organisation, l'HFR devrait considérer et, le cas échéant, mettre en œuvre de manière conséquente les champs d'action et mesures suivants:

Compléter le travail stratégique:

- Concrétisation de la stratégie générale, notamment dans la stratégie d'offre, la stratégie d'infrastructure et la stratégie de numérisation.
- Opérationnalisation de la stratégie, notamment dans un plan d'affaires et financier à long terme, et mesure cohérente de mise en œuvre de la stratégie.
- Le travail stratégique (stratégie de l'offre) devrait être achevé rapidement et transformé en un objectif de planification actualisé de la part de l'HFR pour la nouvelle construction.
- Pour la période de transition jusqu'à la construction d'un nouveau bâtiment, différentes options stratégiques devraient être élaborées pour l'infrastructure (y compris le volume d'investissements). Ces options doivent être présentées dans un plan financier pluriannuel jusqu'en 2035.

Développement organisationnel et structurel:

- Clarification contraignante des tâches, compétences et responsabilités et prévention des conflits d'intérêts dans la structure organisationnelle actuelle de l'HFR.
- Clarification contraignante des tâches, compétences et responsabilités entre le canton et l'HFR.
- Examen de mesures de développement ciblées en matière de l'organisation et de la structure de l'HFR (services ambulatoires, centres de santé).

Autres champs d'action essentiels:

- Établissement d'une conception cohérente des objectifs et du contrôle de gestion au moyen d'une budgétisation axée sur les prestations, d'un échange périodique sur la réalisation des objectifs et de la responsabilité des résultats pour les responsables des centres de coûts.
- Établissement de groupes de travail visant à discuter les risques pour l'hôpital au niveau du conseil d'administration, de la direction et des responsables des centres de coûts.
- Définition de processus de demande et de décision contraignants (y compris des critères transparents) pour les projets au sein de l'HFR.
- Mise en place d'une gestion des processus à l'échelle de l'entreprise selon une méthodologie uniforme, y compris les responsabilités.
- Élaborer des bases de décision transparentes concernant les options d'action pour l'externalisation de l'infrastructure informatique de l'administration cantonale, y compris les conséquences financières.
- Renforcement des compétences dans le domaine de l'informatique et de la numérisation
- Nous recommandons à renforcer les efforts en cours pour modifier la culture (gestion et culture du changement). Il est important de faire des «annonces» claires et transparentes aux collaborateurs concernant le développement stratégique.

Orientations à long terme:

- Définition d'une stratégie visant à optimiser la coordination de l'hôpital fribourgeois avec les prestataires de santé et de soins du canton de Fribourg (gestion des sorties, mise en réseau numérique, etc.).

Le classement sommaire des mesures en fonction de l'horizon temporel se trouve en page 22-24.

4. Benchmarking

L'objet du benchmarking est une comparaison de données de personnel ou de coûts spécifiques à une fonction ou à un domaine avec des valeurs d'orientation issues d'une vaste base de données KPMG. L'analyse a été effectuée sur la base de données datant de 2021 et s'est focalisée sur les domaines suivants:

- Cliniques spécialisées
- Soins
- Domaines transversaux
- Services centraux

D'autres données fondamentales de l'HFR ont également été prises en compte. La comparaison de l'évolution de la durée moyenne de séjour à l'HFR avec la moyenne suisse de la catégorie d'hôpitaux correspondante (K112) au cours des dix dernières années suggère déjà que le parcours du patient et les processus environnants à l'intérieur (et à l'extérieur) de l'hôpital ne sont pas organisés de manière optimale. Cette image est également confirmée par une comparaison directe avec une sélection d'hôpitaux centraux en Suisse. Le taux d'occupation des lits, supérieur à la moyenne, est une conséquence directe de cet état de fait.

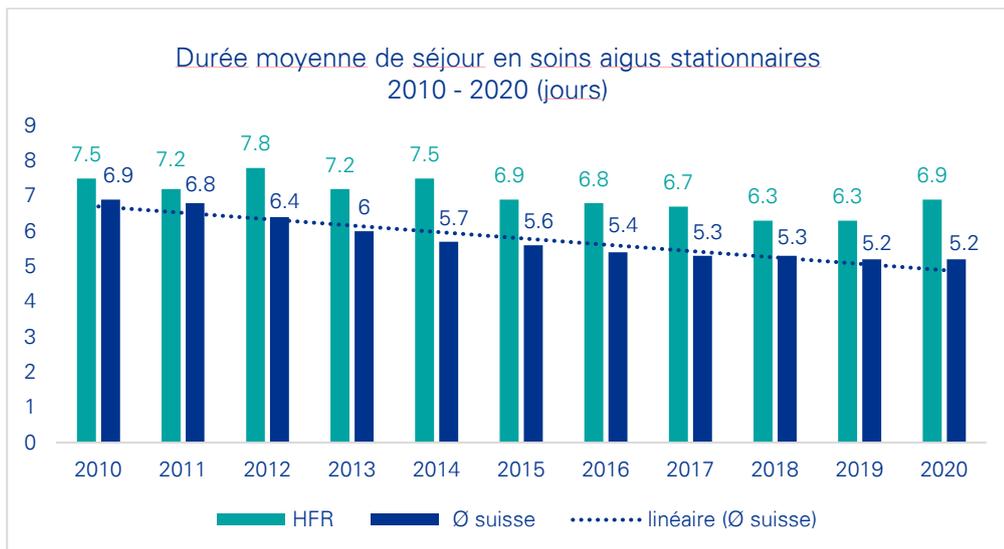


Figure 4: Durée moyenne de séjour; source: OFSP - Chiffres clés des hôpitaux suisses 2020

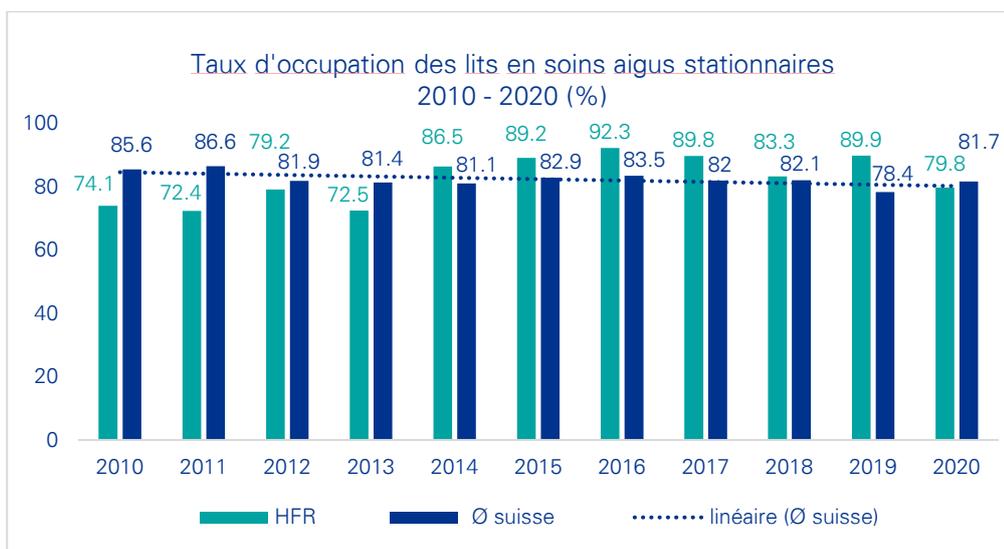


Figure 5: Utilisation des lits; source: OFSP - Chiffres clés des hôpitaux suisses 2020

L'évaluation de la satisfaction des patients (évaluée à l'aide des données de l'ANQ) montre que l'HFR se situe dans la moyenne suisse et ne présente pas d'écarts importants. Du côté des recettes, le baserate de CHF 9'713 se situe dans le champ des institutions comparables (KS Aarau: CHF 9'700, KS Bâle-Campagne: CHF 9'783, Hôpitaux de Soleure: CHF 9'715). Tant la satisfaction des patients que le baserate ne représentent pas une marge importante d'amélioration de l'excellence opérationnelle ou du résultat et ne seront pas examinés plus en détail dans la suite du rapport.

En revanche, la durée de séjour et le taux d'occupation de l'HFR supérieurs à la moyenne sont des indicateurs forts du potentiel d'optimisation au sein de l'HFR. Par la suite, les résultats d'évaluation des benchmarks KPMG montrent des marges d'amélioration dans presque tous les domaines analysés. Les analyses effectuées et les marges d'amélioration de l'efficience identifiées ainsi que les déclarations relatives aux mesures possibles sont résumées ci-dessous.

4.1. Cliniques spécialisées et secteurs transversaux

À partir du 1er juillet 2022, l'HFR organisera ses cliniques par départements, avec la répartition suivante:

- Médecine interne et spécialités: Médecine interne, y compris les spécialisations et les soins palliatifs.
- Diagnostics et traitements: Laboratoire, pharmacie et radiologie
- Gériatrie, réadaptation et rhumatologie: Gériatrie aiguë, rhumatologie et réadaptation
- Chirurgie: Chirurgie, orthopédie, gynécologie y compris obstétrique et nursery, ophtalmologie et ORL
- Médecine d'urgence et pédiatrie: Anesthésie, pédiatrie, centre opératoire, soins intensifs et urgences.

L'intégration dans l'organisation de l'HFR se fait par le biais d'un conseil de département au sein duquel les chefs de département concernés sont représentés. La fonction de directeur médical est assumée par l'un des cinq représentants en tant que «primus inter pares» (PIP) pendant deux ans. Dans cette fonction, il fait partie de la direction de l'hôpital et participe aux réunions correspondantes. Un échange entre le conseil départemental et la direction de l'hôpital est actuellement prévu une fois par mois. Le président du Collège médical (PCM) participe à titre consultatif aux réunions du conseil de département et aux réunions du conseil d'administration.

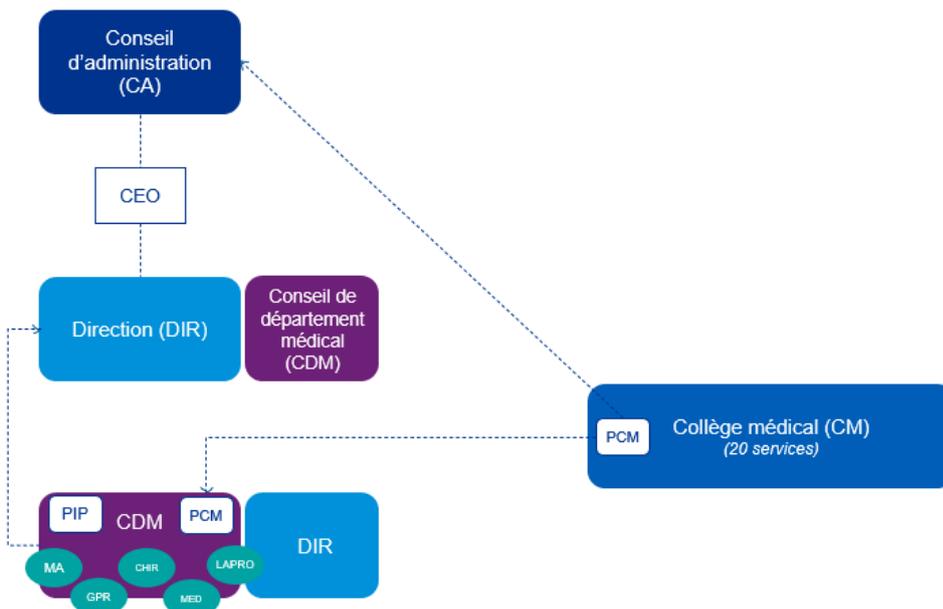


Figure 6: Organisation des départements

Conclusion

La mise en œuvre de la départementalisation avec la double fonction de Pip et de directeur d'hôpital au lieu d'un directeur médical doit être considérée comme un problème potentiel dans la forme prévue en raison de la double charge et des faibles ressources prévues. Un niveau d'organisation supplémentaire est créé, sans que les prérogatives et les responsabilités des responsables de clinique ne soient modifiées. Pour que la nouvelle structure puisse déployer les effets souhaités sous la forme envisagée, il convient de la doter des ressources correspondantes et de l'intégrer dans des processus de décision transparents. De même, il convient d'intensifier les échanges entre la direction spécialisée et la direction de l'entreprise afin de faire avancer ensemble le développement stratégique.

4.1.1. Résultats cliniques spécialisés et domaines transversaux

Pour chacun des cinq départements de l'HFR et des principales cliniques, un taux de couverture des coûts du personnel médical (médecins et secrétariats médicaux) a été calculé sur la base de données pour l'année 2021, et le calcul des coûts correspondant a été examiné. En outre, des analyses ont été effectuées sur la base des données de la statistique médicale 2019 concernant la durée de séjour, l'heure d'admission et de sortie des patients, le type d'admission et le mix de la classe d'assurance.

Les premières évaluations montrent un taux de couverture négatif des frais de personnel médical dans les cliniques spécialisées suivantes:

- Ophtalmologie
- Orthopédie
- ORL
- Gynécologie, obstétrique et nurserie
- Rhumatologie

Par taux de couverture, il est entendu la relation entre les revenus générés directement par l'activité médicale (revenus stationnaires DRG et ambulatoires Tarmed) et les coûts imputables directement à l'activité médicale (soit y compris les secrétariats médicaux mais sans les soins).

Cela signifie que les domaines mentionnés ne contribuent pas à la couverture de tous les autres charges d'exploitation (frais de matériel, coûts d'utilisation des installations) et qu'il existe une marge d'optimisation dans l'utilisation des ressources du corps médical.

En revanche, les parts de revenus calculées pour les médecins sont équilibrées ou légèrement positives par rapport aux frais de personnel en médecine interne, en soins palliatifs, en chirurgie, en gériatrie aiguë et en pédiatrie. Cela signifie que les cliniques mentionnées contribuent à la couverture de tous les autres coûts à l'hôpital.

Une image comparable se dégage de l'examen des calculs des coûts, dans lesquels les coûts directs et les frais généraux ne sont pas entièrement couverts par les recettes dans les cliniques mentionnées ainsi que dans la chirurgie et la réadaptation. Cela signifie que même en tenant compte de tous les revenus, aucune contribution positive à la couverture des autres coûts (répartitions ou autres coûts d'infrastructure) n'est générée.

En raison de la situation décrite ci-dessus, l'analyse s'est également concentrée sur la durée moyenne de séjour. Pour chaque clinique spécialisée, les 15 meilleurs DRG ont été considérés en fonction de la durée moyenne de séjour des patients et comparés à la durée de séjour définie dans le catalogue des DRG. Il s'est avéré qu'en médecine interne, en chirurgie et en gériatrie aiguë, les durées de séjour des différents DRG sont majoritairement supérieures à la durée de séjour du catalogue DRG. L'analyse a montré le contraire (durée de séjour inférieure à celle du catalogue DRG) en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique.

Une gestion des sorties bien organisée a non seulement une influence importante sur la durée de séjour, mais permet également de libérer des capacités de lits de manière à ce qu'elles soient à nouveau disponibles rapidement pour de nouveaux patients. C'est pourquoi les heures de sortie par clinique ont été considérées comme un point de repère pour d'autres optimisations. L'analyse des heures de sortie de toutes les cliniques spécialisées montre que les sorties ont certes lieu le matin, mais souvent aussi plus tard

dans la journée. Les capacités ainsi bloquées empêchent éventuellement les réadmissions et une meilleure utilisation de l'infrastructure.

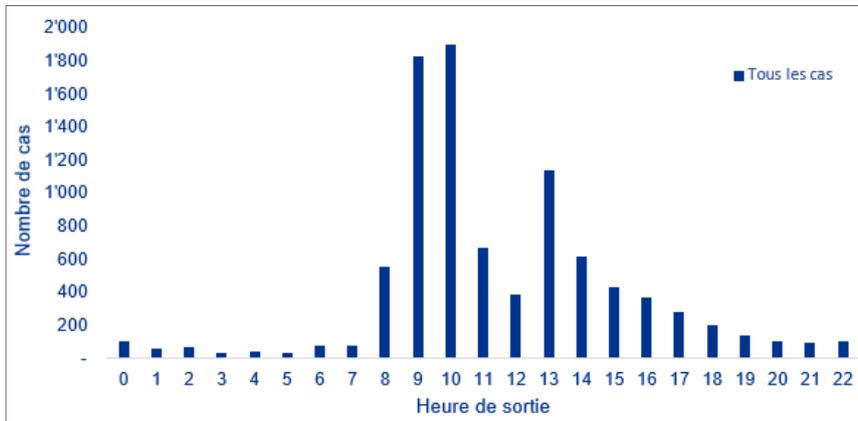


Figure 7: Heures de sortie de la médecine interne (9'594 cas au total).

Pour les domaines transversaux, un benchmarking de l'efficacité du personnel a été effectué avec des valeurs de comparaison issues de la base de données de KPMG. Les domaines suivants ont été comparés:

- Salle d'opération
- Anesthésie
- Unité de soins intensifs
- Salle d'accouchement
- Urgences
- Radiologie
- Laboratoire
- Physiothérapie

En salle d'opération (minutes d'opération), en anesthésie (minutes d'anesthésie), aux urgences (points tarifaires) et en les soins intensifs, il existe en principe une marge d'amélioration de l'efficacité du personnel. Dans le laboratoire, en physiothérapie, et la radiologie, le personnel travaillait déjà de manière relativement efficace. Aucun potentiel d'optimisation majeur n'a été identifié.

Conclusion

Les analyses effectuées suggèrent que les cliniques spécialisées considérées sont positionnées différemment et qu'il existe, selon la clinique, un potentiel d'optimisation aussi bien parmi les médecins que dans l'efficacité des processus de traitement et de sortie. Les cliniques dont la durée moyenne d'hospitalisation est inférieure au catalogue DRG et/ou qui contribuent positivement à la couverture des autres coûts doivent être faire l'objet de clarifications en aval. Il en va de même pour les domaines transversaux considérés. Pour en savoir plus, les chiffres financiers et de performance disponibles devront être analysés de manière approfondie dans une prochaine étape. Compte tenu de l'infrastructure actuelle, il n'est pas réaliste d'envisager une amélioration du résultat par le biais d'une modification du mix d'assurances, mais une meilleure gestion des médecins référents permettrait d'augmenter la proportion de patients électifs. Cela permettrait d'obtenir des effets positifs sur la durée de séjour grâce à une meilleure planification.

4.1.2. Mesures concernant les cliniques spécialisées et les secteurs transversaux

Sur la base des entretiens menés avec certains cadres des cliniques et des analyses effectuées, les mesures suivantes sont recommandées pour une mise en œuvre ou un examen approfondi:

Mise en œuvre systématique de la départementalisation:

- Clarification des rôles, des processus et des interfaces au sein des nouveaux départements, y compris Pip en ce qui concerne la budgétisation, le développement organisationnel, la gestion de projet et d'autres thèmes.
- Pour ce faire, les départements doivent être dotés de ressources spécialisées appropriées dans les domaines de la médecine, de la gestion de projet, des finances et des RH, afin de fournir un soutien analytique.
- Mise en place de processus décisionnels transparents pour l'attribution des postes, la soumission, la sélection et la priorisation des projets.

Optimisation du personnel médical:

- Pour les cliniques qui ne contribuent pas à la couverture de tous les autres coûts de l'hôpital, il faudrait prévoir un examen ciblé du profil de chaque poste lors des nouvelles embauches.

Réduction de la durée de séjour:

- Augmenter la disponibilité des capacités de diagnostic et des compétences clés, par exemple en radiologie, en gastroentérologie ou pour les consultations spécialisées, afin de réduire les «jours d'attente».
- Optimisation du passage entre les soins somatiques aigus et la réadaptation grâce à des équipes mobiles et des lits réservés en conséquence en gériatrie/rééducation.
- Initiatives ciblées pour la coordination de différents niveaux administratifs dans le canton (se réfère fortement à la sortie).

Points de départ pour l'optimisation des processus:

- Réduction des transferts coûteux au sein de l'hôpital par l'introduction de lits pour les séjours de courte durée, par ex. aux urgences ou en médecine interne.
- Optimisation des capacités disponibles, par exemple par l'optimisation de la planification des interventions, l'extension des heures de service dans la SOP ou en radiologie ou la mise en place d'infrastructures ambulatoires spécifiques.

Optimisation de la gestion des sorties:

- Clarification de l'interaction entre les acteurs concernés (médecins, case managers, soignants) dans la gestion des sorties (sur la base des projets pilotes en cours).
- Transfert des «lits d'attente» vers d'autres infrastructures existantes dans les maisons de retraite et les établissements de soins, d'autres capacités (UATO), des équipes ambulatoires, etc.
- Amélioration de la planification des sorties le matin, de sorte que les chambres des patients soient à nouveau disponibles dans la journée.

Utilisation systématique des potentiels de numérisation:

- Pré-saisie des données des patients (auto-enregistrement avant l'admission).
- Minimisation des activités manuelles par la réduction des interfaces système
- Examen des améliorations des systèmes de saisie des prestations/facturation, p. ex. soins intensifs.

Approches visant à améliorer le rendement:

- Mise en place d'une gestion des admissions rigoureuse à l'échelle de l'organisation afin d'augmenter les admissions électives.
- Amélioration de la rentabilité par la réduction des traitements ne couvrant pas les coûts (en tenant compte des interdépendances pertinentes).
- Extension ciblée de l'offre en tenant compte de la situation actuelle de l'infrastructure (p. ex. offre de réadaptation stationnaire en semaine)
- Mise en œuvre conséquente du projet visant à améliorer l'interaction entre les secrétariats médicaux, le codage et la facturation afin d'optimiser cette dernière.

4.2. Soins

Dans le cadre de la départementalisation des cliniques médicales spécialisées, les soins de l'HFR sont divisés en cinq départements de manière analogue.

4.2.1. Résultats des soins

Le choix d'une gestion approfondie de la direction des soins, des directions des départements et des directions des unités de soins s'est avéré judicieux. Il n'existe toutefois actuellement pas de règlement d'organisation des soins correspondant. En raison de la suppression des directions de département, les directions d'unité de soins assumeront à l'avenir davantage de responsabilités.

Par rapport aux hôpitaux concurrents, l'HFR affiche des coûts de personnel élevés dans le domaine des soins aigus. Selon l'évaluation de KPMG, on constate un potentiel d'amélioration de la productivité, mesuré en jours de soins par équivalent temps plein. Du côté des soins, les raisons possibles évoquées sont le bilinguisme de la population fribourgeoise et du personnel soignant, ainsi que la structure décentralisée de l'hôpital fribourgeois. L'analyse approfondie des différentes cliniques montre que les départements de soins palliatifs, de pédiatrie et de gériatrie ont une productivité nettement plus faible, ce qui s'explique par les soins plus coûteux/complexes prodigués aux patients. Une évaluation de l'occupation des lits par département confirme le taux d'occupation élevé de l'HFR en général. La disponibilité des lits dans les unités de soins est en outre influencée par de nombreuses restrictions et transferts (chambres à plusieurs lits).

Le mix de professionnels qualifiés de l'HFR montre qu'ils ont un faible pourcentage d'apprentis, de stagiaires et de personnes en formation, bien qu'il s'agisse d'un hôpital de formation. De plus, le recours à du personnel auxiliaire n'est pas très répandu dans l'organisation de l'HFR. Il est important de restructurer le mix de professionnels qualifiés afin de garantir le développement des soins et d'assurer la qualité de la mission des soins.

Conclusion

Depuis l'année dernière, les soins infirmiers se trouvent dans un processus de transformation initié par la nouvelle direction. De plus, la départementalisation des cliniques spécialisées entraîne d'autres changements organisationnels. Le développement des soins infirmiers doit donc se concentrer sur l'implémentation et la stabilisation de la nouvelle organisation ainsi que sur la mise en œuvre de mesures ciblées visant à optimiser la productivité et la qualité.

4.2.2. Mesures pour les soins

KPMG a discuté des résultats de l'analyse avec la direction des soins et a identifié différentes mesures. Il est recommandé de faire avancer de manière conséquente celles qui sont déjà en cours de réalisation et d'examiner la mise en œuvre d'autres mesures:

Optimisation des structures de direction / d'équipe

- Examen des instruments de pilotage et de contrôle existants, y compris les chiffres clés et les valeurs cibles (cockpit KPI adapté aux différents niveaux).
- Benchmarking des soins sur la fluctuation et la durée d'exercice de la profession pour tirer des conclusions sur la satisfaction des collaborateurs et pour identifier d'autres mesures
- Développement d'une vision et d'un concept / règlement pour le développement des soins et de la qualité (remarque: la réduction de la verticalisation de la gestion «direction du service» devrait conduire à une augmentation de la productivité).
- Soutien des chefs de service dans leur nouveau rôle de direction

Optimisation du mix de professionnels qualifiés

- Vérification du mix de professionnels qualifiés dans les unités de soins en mettant l'accent sur l'engagement d'ASSC, d'apprentis et de personnel auxiliaire.
- Développement d'un modèle de développement de carrière

Optimisation des champs de tâches

- Réalisation d'une étude de réaffectation du temps aux tâches afin d'identifier les tâches administratives inutiles ainsi que les tâches étrangères aux soins (utilisation optimisée des diplômes de formation en stationnaire ainsi que dans les services ambulatoires)
- Développement (continu) ciblé des profils de tâches en fonction des compétences professionnelles requises (interprofessionnel).

Optimisation des processus

- Utilisation de l'étude des tâches / de capacité (cf. optimisation des champs d'activité) pour identifier les tâches administratives et les tâches non liées aux soins qui peuvent être optimisées (promotion de l'ouverture et de l'acceptation du soutien numérique)
- Évaluation et optimisation du processus de soins en ce qui concerne la durée de séjour (y compris le développement (continu) de la perception des soins ainsi que la satisfaction des collaborateurs et des patients).

Optimisation de la planification des interventions

- Optimisation de l'utilisation de réservoirs de soins internes, par exemple sur tous les sites de l'HFR, avec possibilité d'«enrichissement des emplois».
- Examen de la mise en œuvre d'autres outils numériques lors de la planification des interventions

Utilisation des potentiels de numérisation

- Examen des outils numériques dans les soins en matière de potentiel d'allègement, p. ex. simplicité d'utilisation des outils ou interprofessionnalité
- Mise en œuvre systématique et promotion de l'utilisation des outils numériques auprès des collaborateurs

Amélioration des interfaces

Gestion des sorties

- Participation à l'élaboration d'une durée de séjour optimale par les soins (gestion des sorties); optimisation de l'interface ou examen d'une intégration du service social / «service de liaison» dans la direction des soins.
- Examen de l'utilisation d'équipes mobiles pour accélérer les sorties, y compris définition des tâches, des compétences et des responsabilités pour la fonction.
- Amélioration de la facturation et des processus pertinents de saisie des prestations / de pré-codage.

Utilisation des lits / gestion des lits

- Évaluation de la gestion des lits en ce qui concerne l'attribution des lits aux cliniques spécialisées ou aux patients.

Tâches, compétences, responsabilités

- Clarification des tâches, compétences et responsabilités, y compris stratégie et structure organisationnelle pour les services ambulatoires
- Examen d'une prise en charge accrue de tâches médicales sélectionnées (cf. tendances actuelles dans la formation)
- Placer la responsabilité budgétaire des soins au niveau du département
- Promotion d'un point de vue commun des soins et du chef de département sur l'entreprise (idée de «direction duale»)

Fonctions de soutien:

- Optimisation de la collaboration entre les soins et l'informatique pour la recherche, l'évaluation, la sélection et l'introduction de nouveaux outils numériques.

Recommandation générale:

- Examiner si la désignation départements cliniques au lieu de départements médicaux est pertinente (contexte: il s'agit pour les départements médicaux d'une offre de prestations médicales et de soins).
- Examen de tarifs spéciaux pour les prestations de soins dans les hôpitaux-ambulatoires (contexte: l'ambulatoire prime sur le stationnaire).

4.3. Services centraux

Pour les services centraux, un benchmarking de l'efficacité du personnel ou des coûts a été effectué avec des valeurs de comparaison issues de la base de données de KPMG. Les domaines suivants ont été comparés:

- Administration des patients
- Finances et contrôle de gestion
- Codage médical
- Gestion des ressources humaines (GRH)
- Achats, gestion du matériel et logistique (MaWi)
- IT
- Nettoyage
- Cuisine
- Blanchisserie

4.3.1. Résultats des services centraux

Des marges d'efficacité ont été constatées pour tous les services considérés. Une faible efficacité du personnel a été constatée pour les services de codage médical, GRH et MaWi. La cuisine, la blanchisserie et le nettoyage présentaient des coûts directs élevés par repas, resp. par jour de soins, resp. par m².

En outre, les évaluations de benchmarking ont montré des coûts de personnel supérieurs à la moyenne pour l'administration des patients, la gestion des ressources humaines, MaWi, l'informatique et le nettoyage, ce qui n'est pas surprenant en raison des coûts salariaux comparativement élevés dans les fonctions citées, induits par le règlement cantonal du personnel (mais compensés au moins partiellement par le canton, cf. p. 7).

Compte tenu du degré de maturité de l'HFR et des projets et initiatives en cours dans les domaines des finances et du contrôle de gestion (notamment stockage de données, dialogue sur le contrôle de gestion), de la GRH (notamment programme de leadership) ou du contrôle de gestion médical (gestionnaire des cas), KPMG estime qu'il n'est pas réaliste d'envisager à court terme la réalisation de potentiels d'efficacité dans les domaines cités.

Selon le benchmarking, des marges d'efficacité importantes apparaissent en revanche dans le domaine des achats, de la gestion du matériel et de la logistique. L'HFR est toutefois bien positionné dans ce domaine grâce à son adhésion à un groupement d'achat avec HUG/CHUV. L'HFR gère la majeure partie du matériel et de la logistique lui-même et en grande partie manuellement (pas de chariots automoteurs, par exemple). Il existe certes des réflexions sur l'optimisation de ce domaine (p. ex. par le biais de l'externalisation), mais des automatisations importantes ne peuvent être mises en place que dans un nouvel hôpital. De plus, la pharmacie gère une logistique autonome pour les médicaments, ce qui entraîne des activités parallèles. Il existe cependant un potentiel d'optimisation dans le domaine de la cuisine et de la blanchisserie.

4.3.2. Mesures pour les services centraux

Sur la base des résultats du benchmarking et des entretiens menés, les champs d'action et mesures suivants doivent être examinés pour les services centraux:

Réforme structurelle

- Regroupement d'unités organisationnelles, p. ex. dans le domaine de la cuisine ou de la logistique

Optimisation internalisation / externalisation

- Évaluation d'une nouvelle externalisation du nettoyage et réduction des postes par le biais des fluctuations naturelles
- Examen de l'externalisation de la gestion des stocks
- Examen d'un passage au système «Microplast».

Modification des schémas des tâches et des capacités

- Examen de la fréquence des nettoyages effectués et identification des domaines non essentiels

- pour une réduction des intervalles de nettoyage
- Optimisation des charges de blanchisserie par le passage à des produits standard pour les uniformes / vêtements au lieu des vêtements de travail actuellement spécifiques à l'HFR

Optimisation des processus / numérisation

- Réduction des charges de blanchisserie par une distribution automatisée des vêtements de travail, y compris sur les sites extérieurs
- Examen actif des différentes fonctions quant aux potentiels de numérisation

5. Analyse de marché

Une analyse de marché a été réalisée afin de déterminer le comportement des patientes et patients fribourgeois et de la concurrence. Les données de l'année 2019 ont permis d'évaluer le positionnement de l'HFR au sein du canton de Fribourg et de définir les potentiels de revenus. Les évaluations fournissent en outre des informations sur la situation de l'offre au sein du canton par rapport à la moyenne suisse.

5.1. Résultats de l'analyse de marché

En comparaison avec les cantons voisins, le canton de Fribourg a traité nettement moins de patients ambulatoires pour 1'000 habitants. De plus, la densité de médecins ambulatoires est inférieure à la moyenne suisse.

La structure d'âge des patients ambulatoires dans le canton de Fribourg montre une part élevée des moins de 20 ans et une part beaucoup plus faible des 60 ans (par rapport à la moyenne suisse).

Le taux d'hospitalisation en soins aigus dans le canton de Fribourg est inférieur à la moyenne suisse, mais il est comparable à celui d'autres cantons romands et n'indique pas directement une insuffisance de soins somatiques aigus pour la population fribourgeoise.

Environ 85% de la population fribourgeoise se fait soigner dans un hôpital du canton de Fribourg ou dans l'HIB. Pour ces patients, l'HFR dispose d'une part de marché d'environ 55%.

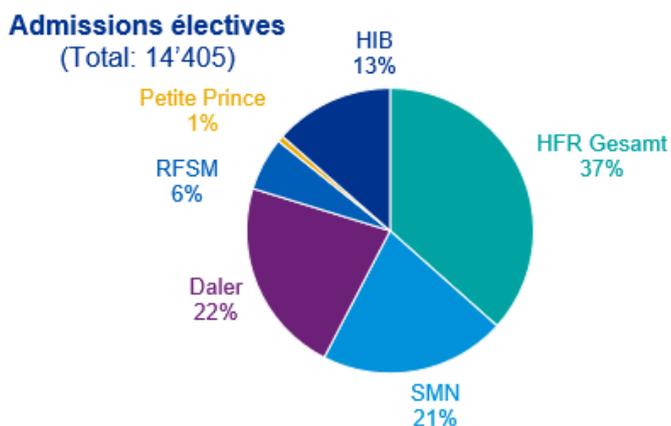


Figure 8: Proportions d'admissions électives dans le canton de Fribourg

Au sein du canton de Fribourg, l'HFR dispose d'une part de marché élevée pour les urgences (environ 68%), la part de marché pour les admissions électives étant d'environ 37%. Au sein de l'HFR, ce sont les sites de Fribourg et de Morat qui comptent relativement le plus d'admissions électives. Les deux cliniques SMN Clinique Générale Ste-Anne et Hôpital Jules Daler constituent une concurrence importante dans le bassin d'intervention de l'HFR pour les admissions électives.

La part des assurés complémentaires à l'HFR se situe à un niveau comparable à celui des autres hôpitaux centraux, mais nettement inférieur à la concurrence intracantonale.

L'HFR est comparativement bien positionné dans le domaine de la médecine interne, notamment dans les spécialités des organes respiratoires, de l'appareil circulatoire, de l'hématologie et de l'oncologie.

Les patients extracantonaux ne jouent généralement qu'un rôle secondaire dans le canton de Fribourg (environ 5% du volume total). En ce qui concerne les admissions électives de ces patients, environ un sur trois opte pour l'HFR.

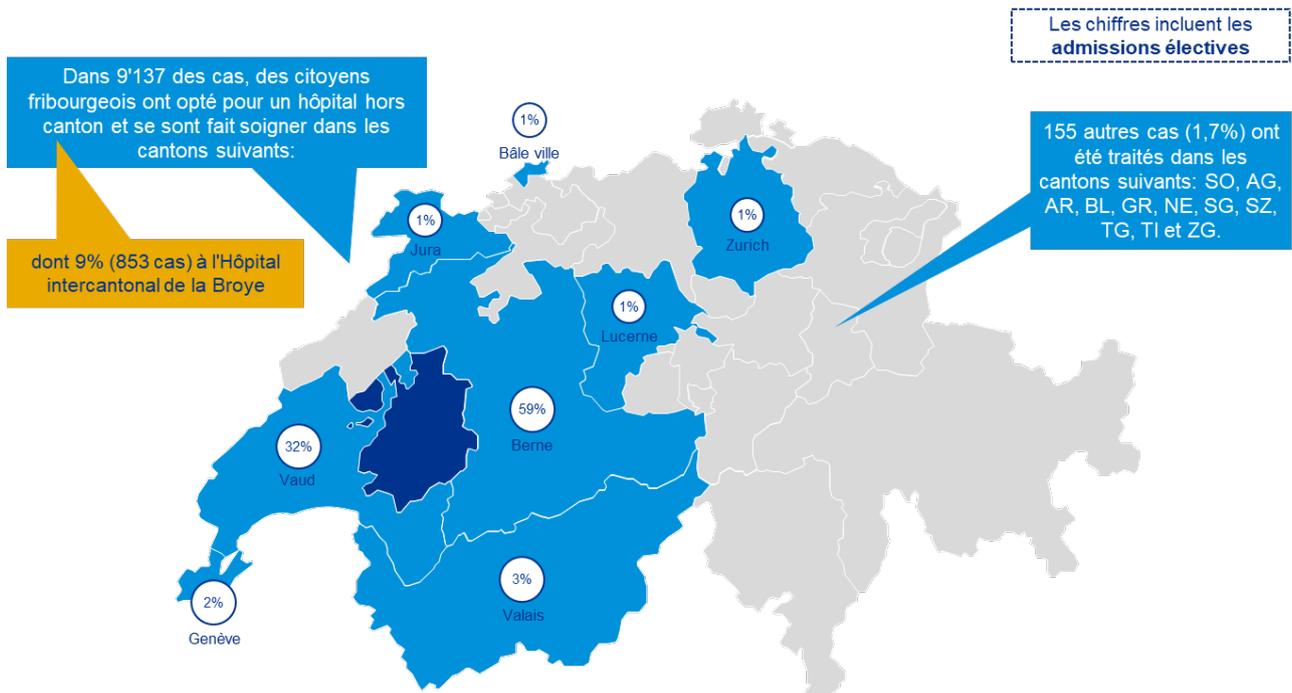


Figure 9: Traitements extra-cantonaux de citoyens fribourgeois

En revanche, la part des admissions électives de la population fribourgeoise dans des hôpitaux extracantonaux, qui s'élève à environ 40%, est essentielle. Les Fribourgeois germanophones, en particulier, privilégient majoritairement une hospitalisation hors canton. De manière générale, l'analyse suggère que les hospitalisations hors canton ne sont en grande partie pas médicalement indiquées, c'est-à-dire qu'elles ont lieu en raison d'un traitement non proposé dans le canton de Fribourg.

Les premières évaluations montrent une marge de recettes supplémentaires si les patients extra-cantonaux peuvent être ramenés à Fribourg. Des analyses approfondies dans les différents domaines médicaux sont toutefois nécessaires pour tirer des conclusions plus détaillées.

Conclusion

L'HFR devrait développer des stratégies ciblées pour se positionner sur le marché. Cela devrait se faire en tenant compte de la situation concurrentielle à l'intérieur et à l'extérieur du canton. Il s'agit de prendre en compte non seulement les comportements de la population fribourgeoise, mais aussi les aspects financiers (contribution de couverture) et les aspects stratégiques en matière de soins (offre de prestations). Une coordination étroite avec le canton est également nécessaire.

5.2. Mesures Analyse de marché

Il convient donc d'examiner les mesures suivantes:

Développement d'une stratégie d'offre:

- Analyse approfondie du portefeuille de prestations stationnaires et ambulatoires par discipline et intégration dans une stratégie d'offre.
- Analyse approfondie des potentiels de marché par discipline (intracantonal/extracantonal) et développement de stratégies ciblées pour récupérer les traitements (extra)cantonaux avec une contribution de couverture positive.
- Examen de coopérations pour la fourniture de prestations dans des disciplines sélectionnées

Établissement de la gestion des médecins référents:

- Mise en place d'une gestion systématique des médecins référents pour l'ensemble de l'hôpital, y compris les instruments et le système de rapports
- Renforcement du réseau et de l'interaction avec les médecins référents dans l'ensemble du canton.



Renforcement de la communication publique:

- Intensification du travail de relations publiques de l'HFR dans l'ensemble du canton.
- Développement de stratégies de communication envers la population germanophone du canton.

En plus des mesures mentionnées, des approfondissements ponctuels par discipline/domaine sont recommandés.

6. Aperçu des principales mesures

Sur la base de notre analyse, nous recommandons les mesures suivantes :

Tableau 3 Résumé des principales mesures pour un examen plus approfondi

Mesure	Description	Horizon temporel (court terme: jusqu'à fin 2022, moyen terme: jusqu'à fin 2023, long terme: 2024+)
Quick checks		
Compléter le travail stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Concrétisation de la stratégie générale en stratégie d'offre, d'infrastructure et de numérisation • Opérationnalisation de la stratégie, entre autres dans un plan financier pluriannuel, et mesure cohérente de la mise en œuvre de la stratégie. • Le travail stratégique (stratégie de l'offre) devrait être achevé rapidement et transformé en un objectif de planification actualisé de la part de l'HFR pour la nouvelle construction (pas de mise à jour du statu quo, soit sans évolution significative du niveau d'activité). • Pour la période de transition jusqu'à la construction d'un nouveau bâtiment, différentes options stratégiques devraient être élaborées pour l'infrastructure (y compris le volume d'investissements). 	Court terme
Développement organisationnel et structurel	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des tâches, des compétences et des responsabilités dans la structure organisationnelle actuelle. 	Court terme
	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des tâches, des compétences et des responsabilités dans la structure organisationnelle actuelle entre l'HFR et le canton. • Examen de développements organisationnels et structurels ponctuels de l'HFR 	Moyen terme
Autres champs d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'une compréhension commune des objectifs et du contrôle de gestion pour la réalisation des objectifs et la responsabilité des résultats chez les responsables des centres de coûts. • Mise en place d'un dialogue sur les risques pour l'hôpital. • Établissement d'une compréhension des processus et de la gestion de projet à l'échelle de l'entreprise, largement ancrée, selon une méthodologie uniforme, y compris les responsabilités. • Définition de processus de demande et de décision contraignants pour les projets au sein de l'HFR. • Élaborer des bases de décision transparentes concernant les options d'action pour 	Moyen terme

	<p>l'externalisation de l'infrastructure informatique de l'administration cantonale, y compris les conséquences financières.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des compétences dans le domaine de l'informatique et de la numérisation • Nous conseillons que efforts en cours pour changer la culture soient mis en œuvre de manière conséquente. Il est important de faire des annonces claires et transparentes aux collaborateurs concernant le développement stratégique. 	
Mise en réseau cantonale	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser la coordination de l'hôpital avec les prestataires de soins du canton. 	Long terme
Benchmarking		
Départementalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des rôles, processus, ressources et interfaces dans les départements 	Court terme
Réduction de la durée d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la disponibilité des capacités de diagnostic et des compétences clés • Optimisation du passage à la réadaptation • Coordination des niveaux administratifs dans le canton 	Moyen terme
Optimisation des processus	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation des capacités disponibles • Réduction des transferts coûteux (lits pour courts séjours) • Évaluation et optimisation du processus de soins 	Moyen terme
Optimisation de la gestion des sorties	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des interactions entre les acteurs • Transfert des «lits d'attente» vers d'autres infrastructures existantes • Amélioration de la planification des sorties le matin 	Court terme
Utilisation des potentiels de numérisation	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-saisie des données des patients • Réduction des interfaces système • Amélioration de la saisie des prestations / facturation • Utilisation et vérification des outils numériques dans les soins • Vérification des différentes fonctions dans les services centraux afin de déterminer les potentiels de numérisation. 	Moyen terme
Optimisation des structures de direction / d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification des instruments de pilotage et de contrôle existants • Benchmarking approfondi des soins • Vision du développement des soins et de la qualité 	Moyen terme
Mix de professionnels qualifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Focalisation sur l'engagement d'ASSC, d'apprentis et de personnel auxiliaire • Modèle de développement de carrière 	Moyen terme
Optimisation des champs de tâches	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de capacité / des tâches • Développement des champs de tâches • Examen / réduction des intervalles de nettoyage 	Moyen terme
	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification / réduction des intervalles de nettoyage 	Court terme

	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation des charges de blanchisserie 	Long terme
Amélioration des interfaces	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des sorties (Intégration Service social, équipes mobiles) • Gestion des lits • Clarification des TCR entre les soins, les chefs de département et les médecins • Collaboration entre les soins et l'informatique 	Moyen terme
Réforme structurelle	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement d'unités organisationnelles 	Moyen terme
Optimisation internalisation / externalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation/examen de: Délocalisation du nettoyage; externalisation de la gestion des stocks; passage au système «microplast». 	Long terme
Analyse de marché		
Stratégie en matière d'offre	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse approfondie du portefeuille de prestations stationnaires et ambulatoires, potentiels de marché par clinique spécialisée. • Examen de coopérations 	Court terme
Mise en place d'une gestion des référents	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une gestion systématique des référents • Renforcement de la mise en réseau dans l'ensemble du canton 	Moyen terme
Communication publique	<ul style="list-style-type: none"> • Intensification des relations publiques • Stratégie de communication envers la population germanophone 	Court terme

7. Proposition pour la suite des opérations

Le présent rapport identifie des marges d'amélioration de l'efficacité et des recettes dans presque tous les domaines d'exploitation de l'HFR. Il montre également qu'il est urgent de compléter le travail stratégique et la planification financière. En conclusion, il résume, dans l'esprit du mandat de projet, des mesures visant à augmenter les recettes et à réduire les coûts (cf. tableau précédent).

KPMG propose deux priorités pour la suite des opérations:

- Compléter le travail stratégique dans le cadre d'un projet urgent.
 - **Stratégie:** Comblent les lacunes entre la stratégie 2030 et la stratégie – à retravailler - en matière d'offre et d'infrastructure.
 - **Nouvelle construction:** Comparer le statu quo avec la nouvelle stratégie d'offre et les possibilités financières. Élaborer des **options stratégiques** pour la période de transition jusqu'à la mise en service du nouveau bâtiment.
- Élaborer des mesures contraignantes et développer un programme.
 - Mettre en œuvre les recommandations issues du **benchmarking**, notamment en ce qui concerne la **réduction de la durée de séjour** (priorisation du travail de projet au sein du programme «Flux»).
 - Appliquer les recommandations de l'**analyse de marché**, en particulier (outre la stratégie d'offre) la mise en place d'une **gestion des référents** et amélioration de la communication.

Sur la base des mesures identifiées dans le présent rapport et en accord avec le programme «Flux» communiqué en interne par l'HFR, des mesures pourraient être concrétisées et mises en œuvre dans l'organisation en deux phases, dans le sens d'un programme d'amélioration des résultats:



Phase 2: Approfondissement des mesures et développement du programme:

Dans une deuxième phase, les mesures doivent être élaborées avec la participation des collaborateurs de l'HFR. À cet effet, KPMG propose de suivre les étapes suivantes:

- Analyses approfondies des données dans les domaines thématiques prioritaires.
- Élaboration d'un programme de mesures
- Conduite de workshops avec le canton, la direction et le conseil d'administration avec le but de décider du catalogue des mesures

Phase 3: Mise en œuvre:

Dans une troisième phase, il s'agit de mettre en œuvre les mesures définies et priorisées:

- Définition des responsabilités par mesure
- Établissement d'un plan de projet par mesure
- Mise en place d'une gestion multi-projets
- Consolidation des mesures dans un plan de projet (vue globale)

Lors de la mise en œuvre des mesures, il faudra accorder une grande importance au soutien méthodologique et de contenu des collaborateurs.

Les considérables défis économiques auxquels l'HFR est confronté exigent une concertation périodique systématique entre l'HFR et la DSAS ainsi qu'une définition commune des priorités stratégiques et de leur communication uniforme.

Plan stratégique de l'HFR et mise en œuvre des mesures prioritaires

		2022					2023		
Étapes de travail		Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars
Approfondissement des mesures et développement du programme	1	Design détaillé du projet HFR 2022/2023 et suivants	→						
	2	Coup d'envoi	●						
	3	Analyse approfondie dans des domaines thématiques prioritaires (stratégie d'offre, d'infrastructure et de numérisation)		→					
	4	Élaboration d'une stratégie d'offre HFR, d'une stratégie d'infrastructure, d'une stratégie de numérisation			→				
	5	Élaboration d'un plan financier adapté à la stratégie				→			
	6	Élaboration d'un programme de mesures (y compris des mesures visant à réduire la durée de séjour et à établir une gestion des médecins référents)					→		
	7	Atelier avec le canton et le conseil d'administration sur le programme Sign-Off						●	
Mise en œuvre	8	Consolidation des mesures dans un plan de projet					→	→	→
	9	Mise en place d'une gestion multi-projets					→	→	→

Annexe

Entretiens réalisés

- Des. Anne-Catherine Barras, Cheffe de Département de Médecine interne et Spécialités a.i.
- Andreas Berger, Direction de la logistique
- Dr. Nicholas Blondel, Chef de Département de Médecine interne et Spécialités a.i.
- Stéphane Brand, Direction des Systèmes d'information et des Opérations
- Michaela Bubach, Direction des ressources humaines
- Dr. Pierre Decavel, Chef de Département de Gériatrie, Réadaptation et Rhumatologie
- Marc Devaud, Direction général
- Catherine Favre Kruit, Communication
- Prof. Anis Feki, Chef de Département des Spécialités chirurgicales
- Reto Jundt, Comptabilité financière
- Dr. Jean-Luc Magnin, Chef de Département de Diagnostic et Traitements
- Annamaria Müller, Présidente Conseil d'administration
- Barinjaka Rakotomiamanana, Directeur de programme «flux»
- Fabien Rigolet, Responsable centre de formation des soins
- Camille Roux, Adjointe du directeur médical
- Prof. Vincent Ribordy, Direction médicale a.i.
- Aline Schuwey, Direction de soins
- Prof. Dr. med. Moritz Tannast, Médecin-chef chirurgie orthopédique
- Nathalie Tercier, Direction des finances
- Dr. med. Harriet Thöny, Médecin-chef Radiologie
- Prof. Dr. med. Johannes Wildhaber, Médecin-chef Pédiatrie

kpmg.ch/socialmedia



kpmg.com/app



Ce rapport est destiné exclusivement à l'usage et à l'information de la Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg (DSAS) et de l'Hôpital fribourgeois (HFR). Il se base sur des faits et circonstances spécifiques selon un accord conclu entre KPMG et la DSAS et n'est pas destiné à être utilisé par des tiers. Ceux-ci ne peuvent pas s'appuyer dessus. Sans l'accord écrit préalable de KPMG, la DSAS ne peut ni divulguer le rapport dans son intégralité ou en partie à des tiers, ni s'y référer, à moins que la DSAS n'y soit obligée en vertu de la loi ou d'une décision administrative.

KPMG indique dans les résultats de son travail sur quelles sources d'information il s'appuie. Une vérification de la fiabilité et de l'exactitude de ces sources d'information au moyen de sources d'information indépendantes du client ne fait toutefois pas partie de notre mission. Dans la mesure du possible, nous avons toutefois vérifié que les informations mises à notre disposition dans le cadre de notre travail conformément aux dispositions de la coopération ne sont pas contradictoires.

KPMG International ne fournit pas de services aux clients. Les sociétés membres de KPMG ne peuvent pas engager KPMG International ou d'autres sociétés membres du réseau KPMG vis-à-vis de tiers. De même, KPMG International ne peut pas engager les sociétés de son groupe ou les sociétés membres vis-à-vis de tiers.

© 2022 KPMG AG, société anonyme suisse, est une filiale de KPMG Holding SA. KPMG Holding SA est membre de l'organisation mondiale KPMG d'entreprises indépendantes liées à KPMG International Limited, une société de droit anglais à responsabilité limitée. Tous droits réservés.