



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS  
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

## **Rapport sur la prise en charge des urgences préhospitalières**

—

**Rapport à l'intention du Conseil d'Etat 18 août 2011**

## Table des matières

<b>1. Introduction et mandat</b> .....	<b>4</b>
1.1. CONTEXTE .....	4
1.2. OBJECTIFS DU RAPPORT .....	4
1.3. TERMINOLOGIE ET DELIMITATION DU PROJET.....	4
<b>2. Inventaire et description de la situation actuelle</b> .....	<b>5</b>
2.1. MOYENS MIS EN ŒUVRE .....	5
2.1.1. <i>Médecins de 1<sup>er</sup> recours</i> .....	5
2.1.2. <i>Médecins de garde</i> .....	7
2.1.3. <i>Centrale 144 Fribourg</i> .....	10
2.1.4. <i>Services d'ambulances</i> .....	11
2.1.5. <i>Médicalisation mobile</i> .....	19
2.1.6. <i>Service d'urgences des hôpitaux</i> .....	21
2.1.7. <i>Prise en charge psychiatrique d'urgence</i> .....	23
2.1.8. <i>Autres acteurs de la prise en charge d'urgence préhospitalière</i> .....	24
2.1.9. <i>Prise en charge préhospitalière en cas de situation extraordinaire</i> .....	25
2.2. MESURES DE COORDINATION .....	27
2.2.1. <i>Dans des situations habituelles</i> .....	27
2.2.2. <i>En cas de situations extraordinaires</i> .....	27
2.3. EVALUATION.....	28
2.3.1. <i>Appréciation générale</i> .....	28
2.3.2. <i>Appréciation des différents domaines</i> .....	29
2.3.2.1. <b>Médecins de premiers recours et médecins de garde</b> .....	29
2.3.2.2. <b>Service d'ambulances</b> .....	29
2.3.2.3. <b>Service mobile d'urgence et de réanimation</b> .....	30
<b>3. Comparaison intercantonale</b> .....	<b>30</b>
3.1. CANTON DE BALE-VILLE.....	30
3.2. CANTON DE BERNE .....	31
3.3. CANTON DES GRISONS .....	31
3.4. CANTON DE NEUCHÂTEL.....	32
3.5. CANTON DE SAINT-GALL.....	32
3.6. CANTON DU VALAIS .....	33
3.7. CANTON DE VAUD .....	34
<b>4. Améliorations proposées</b> .....	<b>34</b>
4.1. NECESSITE D'ELABORER UN CONCEPT .....	34
4.2. AMELIORATION DE LA COORDINATION.....	35
4.3. MEDICALISATION DES URGENCES PREHOSPITALIERES.....	35
4.3.1. <i>Mise en place d'un SMUR cantonal</i> .....	35
4.3.2. <i>Le SMUR de la Broye</i> .....	37
4.3.3. <i>Les médecins de premier recours d'urgences</i> .....	37
4.3.4. <i>Rega</i> .....	38
4.3.5. <i>Transferts interhospitaliers</i> .....	39
4.4. CABINETS MEDICAUX D'URGENCE .....	39
4.5. GESTION DES APPELS D'URGENCE ET DE LA GARDE MEDICALE .....	39
4.6. COORDINATION ENTRE LES INTERVENANTS DE LA PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE ET LES STRUCTURES DE CONDUITE POUR LES SITUATIONS EXTRAORDINAIRES .....	40
<b>5. Options d'organisation possible</b> .....	<b>40</b>
5.1. ENSEMBLE DES COMPETENCES CONFIEES A L'ÉTAT.....	41
5.2. COMPETENCES PARTAGEES ENTRE L'ÉTAT ET UN ORGANISME EXTERIEUR A L'ÉTAT.....	41

<b>6. Option d'organisation retenue .....</b>	<b>42</b>
6.1. BUT ET MISSIONS DE L'ORGANISME DE COORDINATION .....	42
6.2. STATUT JURIDIQUE ET REPRESENTATION .....	42
6.3. CENTRALE 144.....	43
<b>7. Conséquences du choix opéré .....</b>	<b>43</b>
7.1. FINANCEMENT .....	43
7.2. LEGISLATION.....	44
<b>8. Conclusion.....</b>	<b>44</b>
<b>9. Abréviations.....</b>	<b>46</b>

## 1. Introduction et mandat

### 1.1. Contexte

Les réflexions menées il y a quelques années sur la réforme des structures sanitaires ont porté sur l'ensemble de ces structures, y compris les services d'ambulances. Cependant, vu l'ampleur du domaine et sa complexité, il a été décidé de procéder par étapes et de donner la priorité à la réorganisation du système hospitalier. La « cantonalisation » des structures hospitalières a été concrétisée par la création, au 1er janvier 2007, du Réseau hospitalier fribourgeois.

Le rapport de planification hospitalière souligne l'importance d'une organisation efficace de la médecine d'urgence préhospitalière dans notre canton, où certains districts ne disposent plus d'un hôpital offrant des prestations de soins aigus et où les médecins de premier recours sont de plus en plus difficiles à remplacer, en particulier dans les régions périphériques. A cette constatation s'ajoute une réalité nouvelle, celle de la professionnalisation des urgences, avec la délivrance d'une attestation de formation complémentaire en médecine d'urgence (AFC) par la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS).

C'est pourquoi il est aujourd'hui indispensable d'analyser et au besoin de réorganiser, voire de renforcer la prise en charge des urgences préhospitalières. Dans ce domaine en effet, les interventions doivent être optimales et la coordination entre les services d'ambulances et le secteur hospitalier, entre les différentes régions et, d'une manière générale, entre les différents prestataires de soins est essentielle.

### 1.2. Objectifs du rapport

Le présent rapport contient des propositions de fonctionnement, d'organisation et de financement, réalistes et viables de la prise en charge des urgences préhospitalières. Il s'agit plus particulièrement, dans un premier temps, d'analyser les différentes offres existantes de prise en charge des urgences préhospitalières et de proposer au besoin une réorganisation, voire un renforcement de la prise en charge des urgences préhospitalières, en tenant compte des besoins de la population de tout le canton.

Les propositions ainsi formulées doivent garantir la qualité de l'offre et une coordination optimale entre les acteurs concernés par la prise en charge préhospitalière en tenant compte et favorisant la collaboration intercantonale, de façon à pouvoir limiter les coûts à un niveau supportable pour les pouvoirs publics.

### 1.3. Terminologie et délimitation du projet

La notion de la Médecine d'Urgence Préhospitalière est relativement récente en Suisse.

Le premier niveau de prise en charge relève des médecins établis en cabinet qui ont l'obligation de participer au service de garde organisé par le règlement du 14 novembre 2002 concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg. Ce règlement prévoit que l'intervention du ou de la médecin de garde est limitée « aux petites urgences » (art. 1 al. 5 du règlement).

Les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) interviennent en présence d'une grande urgence. On distingue plusieurs niveaux de priorités dont le premier nécessite souvent la présence d'un ou d'une médecin spécialisé-e en médecine d'urgence et le dernier relève du service de garde.

Les urgences préhospitalières ne se limitent pas à la notion de transferts mais englobent également la notion de secours. Le secours peut se résumer par l'alerte, la recherche, l'engagement, le

sauvetage, l'assistance, le transport, l'acheminement adéquat et le transfert de toutes les personnes accidentées, malades ou en danger, quel que soit le lieu où elles se trouvent et quel que soit le moyen de transport utilisé.

Au vu de ces éléments, le périmètre de la présente étude s'étend aux médecins de premier recours, aux gardes médicales, aux services d'ambulances, aux services des urgences hospitalières, à la centrale 144 et aux SMUR.

Les aspects liés à la protection de la population sont évoqués dans ce rapport, mais seront réglés séparément.

## 2. Inventaire et description de la situation actuelle

La description de la situation actuelle présentée dans ce chapitre se fonde sur les informations et données disponibles au début de l'année 2011.

### 2.1. Moyens mis en œuvre

#### 2.1.1. Médecins de 1<sup>er</sup> recours

##### a. Bases légales et compétences

Parmi les médecins de premier recours, on recense en principe les généralistes, les internistes sans sous-spécialité. Dans certains cantons, les pédiatres sont également considérés comme des médecins de premiers recours. De par leur formation, ces médecins, qui jouent un grand rôle dans la prise en charge médicale ambulatoire, sont en mesure de considérer le ou la patient-e dans sa globalité et de l'orienter, si nécessaire, vers une autre prise en charge ou un spécialiste approprié. Ils assument ainsi le rôle de coordinateur de la prise en charge médicale ambulatoire d'un ou d'une patient-e et lui évitent de passer de spécialistes en spécialistes, avant de trouver une réponse à ses maux. Le ou la médecin de premier recours est donc un élément essentiel de la maîtrise des coûts dans le domaine de la santé.

Le chapitre 5 de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan) consacré aux professions de la santé, qui règle le droit de pratique ainsi que les droits et devoirs de ces professions, constitue la base légale pour le travail des médecins de premiers recours. Ces dispositions sont en outre concrétisées dans le Règlement du 21 novembre 2000 concernant les fournisseurs de soins et la Commission de surveillance.

##### b. Démographie médicale dans le canton de Fribourg

Le constat qui suit correspond à celui fait dans le cadre du rapport du 19 août 2008 du Conseil d'Etat répondant au postulat Christine Bulliard/Markus Bapst concernant la médecine de premier recours et les soins médicaux de base dans les régions périphériques.

#### Pour l'ensemble du canton

Selon la statistique du canton de Fribourg, qui se base sur celle de la Fédération des médecins suisses (FMH), le nombre de médecins de premier recours<sup>1</sup> en pratique privée<sup>2</sup> a augmenté de 137

<sup>1</sup> L'analyse porte ici sur les domaines de la médecine générale, la médecine interne et la pédiatrie. Ne sont pas inclus ni les médecins praticiens, ni médecins sans titre FMH, car ceux-ci ne sont pas représentés dans la statistique sur toute la durée analysée ici. En 1995 il y avait 49 médecins sans titre FMH et en 2006 le canton de Fribourg comptait 9 médecins praticiens.

<sup>2</sup> Médecins en pratique privée (Statistique du canton de Fribourg).

La statistique est basée sur les chiffres de la statistique de la FMH. Elle comprend les médecins exerçant leur profession, qu'ils soient ou non membres de la FMH. Il s'agit des médecins exerçant une activité en pratique privée sous une forme quelconque, notamment : médecins en cabinet privé (à plein temps ou à temps partiel); médecins d'hôpitaux (médecins-chefs, médecins dirigeants, médecins agrégés, le cas échéant, chefs de clinique) avec clientèle privée; médecins en pratique privée qui, en sus et sous une autre forme quelconque, sont aussi employés; médecins employés exerçant en sus une activité en pratique privée. Les médecins ayant droit d'annoncer plusieurs titres FMH sont comptés dans toutes les rubriques.

médecins à 207 entre 1995 à 2006, ce qui a représenté une augmentation de 51.09%, alors que la population résidante cantonale a augmenté de 229'466 à 262'904, soit de 14.57%. Le nombre de médecins de premier recours par 10'000 habitants est ainsi passé de 5.97 à 7.87 (+31.88%) sur la période observée. Concernant les trois spécialités, le nombre de médecins en cabinet indépendant a évolué comme suit : médecine générale : 58 à 100 (+72.41%) ; médecine interne : 65 à 89 (+36.92%), pédiatrie 14 à 18 (+28.58%).

Durant la même période, les autres spécialités FMH (sans médecins généralistes, internistes et pédiatres) ont vu leur nombre augmenter de 135 à 229 (+69.63%). On a ainsi constaté que, dans l'ensemble, le nombre de médecins de premier recours avait crû moins vite que celui des autres spécialités FMH.

En comparaison avec les autres cantons et la moyenne suisse, il apparaissait que la densité des médecins de premier recours avec activité en cabinet privé restait plutôt faible. Ainsi, pour 2006, les valeurs du canton de Fribourg se situaient en dessous de la moyenne suisse. Pour la médecine générale, la moyenne suisse était de 4.62 médecins pour 10'000 habitants, alors qu'elle était de 3.85 pour le canton de Fribourg, qui arrivait en 23<sup>ème</sup> position des 26 cantons suisses. Pour la médecine interne, il était en 16<sup>ème</sup> position (densité CH 4.47, FR 3.43), en 20<sup>ème</sup> pour la pédiatrie<sup>3</sup> (densité CH 1.03, FR 0.69) et en 17<sup>ème</sup> pour la densité des médecins praticiens (densité CH 0.50, FR 0.35).

Les analyses menées par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) sur les données 2004 concernant l'activité plein temps des médecins de premier recours ont confirmé ces différences entre le canton de Fribourg et la moyenne suisse. Ces analyses précisait aussi que le recours à la médecine de base et à la pédiatrie dans le canton était globalement inférieur à la moyenne suisse. L'Obsan a encore constaté que la proportion de praticiens de plus de 55 ans et celle de femmes étaient plus élevées dans le canton de Fribourg qu'en moyenne suisse en ce qui concernait la médecine de premier recours.

Bien que la densité des médecins de premier recours n'était pas aussi élevée que la moyenne suisse, les chiffres ont clairement montré que, dans l'ensemble, l'offre médicale a augmenté de manière sensible entre 1995 et 2006 dans le canton. Ainsi, même si l'évolution de la médecine de premier recours n'avait pas semblé optimale à moyen terme et que, vu la structure démographique de la population de médecins de premier recours fribourgeoise, celle-ci semblait plus fragile que la moyenne suisse, il apparaissait que la population du canton de Fribourg ne devait pas craindre d'être exposée à une pénurie d'offre médicale générale à court terme. Ce constat fait dans le cadre du rapport du 19 août 2008 laissait cependant entrevoir, qu'à terme, la situation risquait d'être quelque peu différente et qu'il était possible qu'un déséquilibre s'installe entre les besoins de la population et l'offre de médecins de premier recours.

Force est de constater aujourd'hui que le nombre de médecin de premier recours est d'ores et déjà en diminution et que dans certains districts on peut déjà parler d'une pénurie.

### Selon les régions

L'évolution de l'offre médicale de premier recours n'a pas été égale dans les districts. C'est le district de la Sarine qui a les plus fortes croissances en chiffres absolus de médecins généralistes et internistes. Etant donné la répartition inégale des médecins entre les districts, les taux de croissances varient davantage. La comparaison entre les districts pour l'année 2006 montre des inégalités plus ou moins importantes en fonction des spécialités observées. On constate que le district de la Sarine est le mieux doté avec un nombre de 10.39 médecins de premier recours<sup>4</sup> pour 10'000 habitants. A l'opposé, on trouve le district de la Broye avec 5.45 médecins. Pas loin de la moitié des médecins

<sup>3</sup> Selon les dernières statistiques de la FMH, le nombre de pédiatres est passé à 22 dans le canton de Fribourg en 2007, ce qui le place en 11<sup>ème</sup> position sur 26. Avec 0.83 pédiatres pour 10'000 habitants il reste toutefois en dessous de la moyenne suisse (1.02).

<sup>4</sup> Sans médecins praticiens ni médecins sans titre FMH.

de premier recours en pratique privée sont établis dans le district de la Sarine. Les différences entre les districts périphériques ne sont en général pas très prononcées.

	<i>Total médecins 1<sup>er</sup> recours</i>		<i>évolution absolue</i>	<i>évolution en %</i>	<i>Méd/10'000 habitants</i>		<i>évolution en %</i>
	1995	2006			1995	2006	
<b>Canton FR</b>	137	207	70	51.09	5.97	7.87	31.88
<b>Sarine</b>	62	96	34	54.84	7.52	10.39	38.26
<b>Singine</b>	21	27	6	28.57	5.74	6.79	18.31
<b>Gruyère</b>	19	27	8	42.11	5.32	6.37	19.71
<b>Lac</b>	13	20	7	53.85	5.07	6.45	27.16
<b>Glâne</b>	10	12	2	20.00	5.79	6.27	8.37
<b>Broye</b>	7	13	6	85.71	3.50	5.45	55.53
<b>Veveyse</b>	5	12	7	140.00	4.25	8.37	96.86

La Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF) est en train de recenser le nombre de médecins de premier recours dans le canton.

### c. **Financement**

Les prestations des médecins de premier recours sont rémunérées, sur base de la tarification TARMED (structure tarifaire ambulatoire), par les patient-e-s et les assureurs.

#### 2.1.2. **Médecins de garde**

##### **a) Base légales et compétences**

Selon l'article 95 LSan, les personnes exerçant une profession médicale universitaire assurent des services de garde de manière à garantir les besoins en soins de la population. En ce qui concerne l'organisation du service de garde médical, elle a été confiée à la SMCF. Les détails du fonctionnement de cette obligation de garde sont précisés par le Règlement du 14 novembre 2002 concernant le service de garde des médecins dans le canton de Fribourg. Ce règlement, adopté par la SMCF et approuvé par ordonnance du Conseil d'Etat, habilite la SMCF à astreindre aux services de garde tant leurs membres que les professionnel-le-s qui n'en font pas partie. La SMCF peut dispenser du service de garde certaines catégories de professionnel-le-s, notamment pour des raisons d'âge ou de fonction, et accorder, à titre exceptionnel, des dispenses individuelles pour de justes motifs. L'annexe 1 du règlement prévoit une garde de médecins spécialistes, à la disposition des médecins de premier recours. En avril 2007, une modification a été apportée à ce règlement. Cette modification, entrée en vigueur en février 2008, a pour but d'inciter et d'obliger un nombre plus important de médecins à participer au service de garde. Ainsi les conditions de dispenses du service de garde sont devenues plus restrictives. De plus, l'obligation d'une formation pour les médecins qui, jusqu'à maintenant, n'ont pas rempli les exigences de qualité pour faire la garde a été introduite. Cette mesure répond à l'argument souvent avancé par les médecins qui invoque leur manque de formation adéquate pour être dispensés de participer au service de garde. Il faut cependant relever que certains médecins participent à la garde, malgré le fait que leur âge leur permettrait de ne plus y être astreints.

##### **b) Organisation et fonctionnement**

Aujourd'hui, le canton de Fribourg dispose de 7 cercles de garde soit les cercles de garde de la Sarine, de la Singine, de la Gruyère, du Lac, de la Glâne, de la Broye inclus certaines communes de la Broye vaudoise comme Avenches et Payerne et de la Veveyse.

Pour les districts de la Sarine (07 heures à 22 heures), de la Glâne, la Gruyère et la Veveyse (de 08 heures à 22 heures), le ou la patient-e appelle au numéro de la centrale d'appel cantonale (026/305 11 40), ligne téléphonique qui aboutit à la centrale 144. La centrale 144 transmet le numéro de téléphone, le nom et l'adresse du ou de la patient-e au ou à la médecin de garde via SMS. C'est le ou la médecin de garde qui va ensuite rappeler le ou la patient-e. Pour les districts de la Glâne, la Gruyère et la Veveyse, de 22 heures à 08 heures, la centrale d'appel cantonale communique le numéro de téléphone des urgences de l'Hôpital fribourgeois – site de Riaz (HFR Riaz) qui traite la demande. Pour le district de la Glâne, à la demande du ou de la médecin de garde du jour, l'heure du transfert des appels vers les urgences de l'HFR Riaz peut être avancée.

Pour les districts de la Singine, du Lac et de la Broye, le ou la patient-e peut composer un numéro de téléphone de la garde médicale de son district. Par ce biais, soit il est connecté au ou à la médecin de garde soit le numéro du ou de la médecin de garde lui est communiqué. Pour le district de la Singine de 20 heures à 08 heures, le ou la patient-e est dirigé-e vers l'hôpital fribourgeois - site de Tafers qui traite la demande. Si dans ces 4 cercles de garde le ou la patient-e appelle la centrale d'appel cantonale, celle-ci lui transmet le numéro de téléphone du cercle de garde qui couvre son secteur.

En fonction de la situation décrite par téléphone, le ou la médecin de garde renseigne le ou la patient-e par téléphone, le ou la convoque à son cabinet, se déplace vers cette personne, lui envoie le ou la médecin spécialiste de garde ou l'ambulance.

Des discussions portant sur l'ensemble du canton ont été initiées entre la SMCF et l'HFR pour que le ou la patient-e nécessitant un ou une médecin de garde la nuit soit dirigé-e vers l'hôpital et que le ou la médecin de garde ne soit appelé-e qu'en cas de nécessité.

### District de la Sarine

Pour le district de la Sarine, un ou une seul-e médecin est de garde. 41 médecins représentant 31 unités plein-temps (EPT) participent à la garde médicale.

### District de la Singine

Dans le district de la Singine, un cercle de garde couvre l'ensemble du district. Les médecins participant à cette garde représentent 13 EPT.

Il y a un numéro d'appel du cercle de garde et un ou une seul-e médecin qui est de garde. Celui-ci ou celle-ci assure le service tous les jours de 8 à 20 heures. En dehors de ces heures, les urgences ambulatoires sont assumées par un ou une médecin-assistant-e de l'HFR Tafers. Si le ou la patient-e ne peut se déplacer et qu'une visite à domicile s'impose, le ou la médecin de garde de l'hôpital peut en tout temps mobiliser le ou la médecin de garde du cercle de garde.

Cette collaboration fonctionne depuis le 1er janvier 2007 et a pu, jusqu'à présent, être assumée sans effectifs supplémentaires par le personnel hospitalier en service. Elle n'a pas généré, jusqu'ici, de coûts supplémentaires, à l'exception de quelques adaptations de la centrale téléphonique. Elle a permis de décharger les médecins de garde et aussi motivé certains, en principe dispensés de service de garde pour raisons d'âge, à continuer à y participer.

### District de la Gruyère

Un ou une seul-e médecin couvre la garde pour le district de la Gruyère. 19 médecins correspondant à 16.5 EPT participent à la garde.

Une collaboration existe avec l'HFR Riaz qui consiste à l'envoi occasionnel de certains patient-e-s des urgences vers le ou la médecin de garde, pour des cas non vitaux, afin de décharger les urgences hospitalières.

De 08 heures à 22 heures c'est le ou la médecin de garde qui est contacté-e par la centrale 144, la nuit, le ou la patient-e est dirigé-e vers les urgences de l'HFR Riaz. Le ou la médecin-assistant-e de garde sur ce site évalue la situation et en cas de besoin convoque le ou la patient-e aux urgences de l'HFR Riaz si le ou la patient-e peut se déplacer. Dans le cas où il ou elle ne peut se déplacer et en cas d'urgence non vitale, le ou la médecin de garde est appelé-e et se rend auprès du ou de la patient-e.

### District du Lac

Un ou une seul-e médecin couvre la garde pour le district du Lac. 15 médecins participent à cette garde.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, un nouveau numéro surtaxé pour le cercle de garde a été mis en place ce qui devrait permettre de payer une partie des frais de la garde.

### District de la Glâne

Un ou une seul-e médecin est de garde pour le district de la Glâne. 7 médecins représentant 6.45 EPT participent à cette garde. Cet effectif comprend un médecin qui n'aurait plus l'âge pour être astreint au service de garde.

De 08 heures à 22 heures c'est le ou la médecin de garde qui est contacté-e par la centrale 144, la nuit, le ou la patient-e est dirigé-e vers les urgences de l'HFR Riaz. Le ou la médecin-assistant-e de garde sur ce site évalue la situation et en cas de besoin convoque le ou la patient-e aux urgences de l'HFR Riaz si il ou elle peut se déplacer. Dans le cas où le ou la patient-e ne peut se déplacer et en cas d'urgence non vitale, le ou la médecin de garde est appelé-e et se rend auprès du ou de la patient-e.

### District de la Broye

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, il n'y plus qu'un seul service de garde pour la Broye fribourgeoise et vaudoise.

Un ou une seul-e médecin est de garde de 8 heures à 22 heures. 22 médecins participent à cette garde soit 20 EPT (EPT). Le ou la patient-e peut atteindre le ou la médecin de garde sur le numéro de téléphone du service de garde qui dévient l'appel sur le numéro de téléphone du ou de la médecin de garde. En fonction de la situation décrite par téléphone, le ou la médecin de garde renseigne le ou la patient-e par téléphone ou le ou la convoque à son cabinet ou se déplace en fonction de ses disponibilités.

De 22 heures à 8 heures, l'appel du ou de la patient-e est dévié sur le service d'urgence de l'Hôpital intercantonal de la Broye – site de Payerne. Le ou la médecin-assistant-e des urgences répond à l'appel et appelle le ou la médecin de garde de piquet que si le ou la patient-e ne peut se déplacer.

### District de la Veveyse

La situation de la garde médicale est problématique. Il n'y a effectivement plus assez de médecins de premier recours pour assurer une garde continue. Ces médecins ont ainsi décidé en avril 2011 de renoncer complètement à assurer la garde, ce qui est contraire à leurs obligations légales.

## **c) Financement**

L'intervention d'un ou d'une médecin de garde auprès d'un ou d'une patient-e est rémunérée selon TARMED.

Les frais engendrés par l'organisation du service de garde dans chaque district sont financés par les médecins eux mêmes. Dans certains cercles de garde, les indemnités des membres dispensés de la garde ainsi que les cotisations des médecins couvrent une partie de ces frais. Dans le district de la Gruyère, pour la première fois en 2008, l'association des communes « Réseau santé de la Gruyère » verse 5'000 francs au cercle de garde. Cette somme devrait suffire à couvrir les frais (téléphoniques,...) engendrés par le service de garde dans le district. Dans le district de la Singine chaque médecin de garde reçoit CHF 2'500 par année pour financer les prestations de disponibilité offertes au service d'ambulance lorsque son intervention nécessite une médicalisation.. Dans le district du Lac la garde médicale passe par un numéro payant qui permet de financer une partie des frais.

Le service de piquet des médecins de garde (en dehors des consultations) n'est pas rémunéré, ce qui engendre une certaine insatisfaction de la part des médecins de garde.

### **2.1.3. Centrale 144 Fribourg**

#### **a) Bases légales et compétences**

La centrale 144 a été ouverte le 1<sup>er</sup> février 1999 sur la base du décret du 12 février 1998 relatif à la création d'une centrale 144 d'appels d'urgence sanitaire. Ce décret prévoit que l'Etat confie à un organe extérieur l'entretien et l'exploitation de la centrale sur la base d'un contrat de droit public ou privé. Ainsi, un contrat de droit public a confié à l'HFR Fribourg - Hôpital cantonal, l'entretien et l'exploitation de la centrale sanitaire 144. Le décret du 12 février 1998 a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2008 par ordonnance du 12 décembre 2006. Une nouvelle loi vient d'être adoptée par le Grand Conseil dont la validité s'étend jusqu'à 2012 et peut être prolongée de trois ans.

La centrale 144 est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat. Elle est dotée d'une commission de surveillance financière et de gestion qui est l'organe consultatif du Conseil d'Etat pour toutes les questions liées à la gestion de la centrale. Cette commission veille à ce que la centrale exerce sa mission d'une manière efficace, rationnelle et économique.

#### **b) Organisation et fonctionnement**

La centrale 144 a mission de collecter les appels d'urgence sanitaire provenant de l'ensemble du canton, de les trier et de les transmettre aux services d'intervention compétents en indiquant l'importance des urgences et les moyens à engager. La centrale 144 gère les appels provenant de tout le canton de Fribourg à l'exception de ceux de la Broye fribourgeoise. Depuis 2003 elle gère également les appels d'Avenches et environs qui est desservi par les ambulances de Morat. Pour Avenches et environs tous les appels de la téléphonie fixe et mobile aboutissent donc à la centrale 144 de Fribourg.

Pour quelques communes bernoises limitrophes du canton de Fribourg desservies officiellement par les ambulances des districts du Lac et de la Singine, la gestion et le suivi de ces interventions se fait par la centrale 144 Berne et seule l'alarme transite par la centrale de Fribourg.

La centrale 144 fonctionne avec une dotation de 12.2 EPT (équivalent plein temps), dotation qui comprend les cadres (administratif, opérationnel, formation & qualité) du service et le médecin responsable (0.2 EPT). Le personnel, obligatoirement bilingue français – allemand, provient du monde ambulancier et des centrales d'ambulance qui ont cessé leur activité à l'ouverture de la centrale 144. Deux régulateur-trice-s sanitaires sont présent-e-s 24 heures sur 24

Le dossier pour l'obtention de la reconnaissance de l'Interassociation de sauvetage (IAS/IVR) est en préparation et doit être finalisé dans le courant de l'année 2011.

Au niveau informatique, la centrale dispose de 4 postes de travail en réseau : 2 postes principaux, 1 poste administratif et 1 poste de réserve. Le système d'aide à l'engagement (SAE) guide le ou la régulateur-trice sanitaire dans l'engagement des moyens. Le système MPDS (Medical Priority Dispatch System) est couplé au SAE. Cet outil d'analyse avec questionnement standardisé permet de traiter chaque situation avec professionnalisme et sécurité quel que soit le ou la régulateur-trice présent-e en centrale. Ce programme nécessite une formation de base avec certification à renouveler tous les deux ans.

Depuis 2010, chaque ambulance du canton est équipée d'un système, dont la technologie permet d'envoyer à chaque véhicule une mission complète : cartographie centrée sur le lieu d'intervention, adresse complète, priorité, mot clé, synthèse du questionnement standardisé MPDS. Les différents statuts de l'ambulance engagée sont transférés directement du PC embarqué au SAE en centrale. Le tout est couplé à un positionnement GPS qui permet à l'ambulancier-ère de se situer par rapport au lieu d'intervention et au ou à la régulateur-trice sanitaire d'avoir à tout instant une image réelle du positionnement du pool des ambulances du canton.

Au niveau radio, la centrale dispose de 3 canaux :

- > Securo 1 (canal sanitaire), avec 5 antennes en réseau : Ecasseys, Gibloux, HFR – Hôpital cantonal, Hoechi et Murten.
- > K (canal de coordination), avec 2 antennes : Moléson et Gibloux
- > R (Rega), avec 1 antenne : HFR – Hôpital cantonal

Pour toutes les missions, de jour comme de nuit, les ambulanciers sont alarmés via un appel radio qui comprend les éléments suivants : priorité, lieu et motif de l'engagement.

La centrale 144 gère en moyenne 30 engagements d'ambulance par jour. Ce chiffre comprend 5 à 6 transferts interhospitaliers par jour. La gestion des transferts est également du ressort de la centrale 144 du fait que les ambulances fribourgeoises font indifféremment des interventions primaires ou secondaires. La gestion des transferts représente un défi important pour la centrale, puisqu'il s'agit d'organiser et de planifier les transferts sans jamais dégarner un secteur du canton de tout moyen de sauvetage.

### **c) Financement**

La centrale 144 est entièrement financée par l'Etat. Le budget de la centrale 144 émerge ainsi au budget du Service de la santé publique. Pour l'année 2011, le montant de l'enveloppe a été fixé à 1'721'000 francs, soit 1'382'000 francs de charges salariales et sociales et 339'000 francs pour les autres charges d'exploitation.

#### **2.1.4. Services d'ambulances**

##### **a) Bases légales et compétences**

Selon l'article 107 alinéa 3 LSan, l'organisation et l'exploitation des services d'ambulance relèvent de la compétence des communes. Pour répondre à cette exigence légale et à d'autres obligations dans le domaine de la santé, les communes de chaque district se sont organisées en association de communes à buts multiples.

Pour garantir la qualité des soins et protéger les patient-e-s, la LSan soumet à autorisation d'exploitation toutes les institutions de santé. Le règlement du 5 décembre 2000 sur les services d'ambulance et les transports de patients et patientes définit les conditions d'octroi de cette autorisation pour les services d'ambulance. A ce jour, tous les Services d'ambulance sont au bénéfice d'une reconnaissance IAS, sur la base de laquelle le Service de la santé publique délivre

une autorisation d'exploiter. Le règlement précité précise également l'obligation pour les services d'ambulance de collaborer entre eux et confie la régulation et la coordination des interventions sanitaires à la centrale 144, qui fixe les priorités en début de chaque intervention.

Pour certaines manifestations, les services d'ambulance mettent à disposition une ambulance supplémentaire sur demande et aux frais des organisateurs. Mis à part ce cas de figure, la demande pour engager une ambulance se fait par la centrale 144 qui transmet la demande à l'ambulance disponible la plus proche, ce qui amène certains services à offrir des prestations en dehors de leur périmètre d'intervention. Pour la Broye fribourgeoise, les interventions des ambulances sont exclusivement engagées par la centrale 144 du canton de Vaud.

La responsabilité médicale pour les actes médicaux délégués est confiée au ou à la médecin responsable du service d'ambulance.

En septembre 2010, a été créée l'Association des Responsables des Services d'Ambulance du canton de Fribourg (ARSAF). Le but essentiel de cette association est de promouvoir la collaboration entre les services d'ambulance et de constituer un interlocuteur privilégié des instances compétentes et décisionnelles en la matière.

## **b) Organisation et financement**

### District de la Sarine

#### *Organisation et fonctionnement*

L'Association des communes de la Sarine pour les services médico-sociaux a notamment pour tâche d'exploiter un service d'ambulance. La gestion et l'exploitation du Service d'ambulance du district de la Sarine dépendent directement du comité de direction de l'Association.

Le Service d'ambulance de la Sarine fonctionne avec 25 EPT dont 23 ambulancier-ère-s diplômé-e-s, un-e technicien-ne ambulancier-ère en formation et 1 auxiliaire. A la demande et en cas de besoin, des ambulancier-ère-s professionnel-le-s auxiliaires complètent l'effectif. Un ou une responsable médical-e à 0.10 EPT s'ajoute encore à la dotation du service. Le périmètre d'intervention du Service s'étend à toutes les communes sarinoises. Le Service fonctionne, durant le jour avec 3 équipes et, la nuit, avec deux équipes prêtes à intervenir. Chaque équipe est constituée au minimum d'un ou une ambulancier-ère diplômé-e.

#### *Financement*

Le Service d'ambulance du district de la Sarine est financé par :

- > les recettes provenant des assureurs,
- > la participation des personnes prises en charges pour la part non couverte par les assureurs et
- > les communes. La participation des communes s'élève à 15.65 francs par habitant pour 2010 ; et pour l'année 2011, elle est prévue à environ 18.20 francs (calcul sur la base de la population légale au 31.12.2009), montant qui doit couvrir le déficit.

La part réciproque des financeurs du Service d'ambulance de la Sarine est résumée dans le tableau qui suit.

	<i>Part des assureurs<sup>1</sup> et des patients</i>	<i>%</i>	<i>Part des communes de la Sarine</i>	<i>%</i>	<i>Autres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<b>2008</b>	2'293'209	62.79	1'358'826	37.21	0.00	0.00	3'652'035	100.00
<b>2009</b>	2'418'461	64.61	1'324'761	35.39	0.00	0.00	3'743'222	100.00
<b>2010</b>	2'448'634	62.72	1'455'365	37.28	0.00	0.00	3'903'999	100.00
<b>Bu 2011</b>	2'428'000	58.88	1'635'750	41.12	0.00	0.00	4'123'750	100.00

<sup>1</sup>Le tarif en vigueur pour les assureurs est identique pour tous les districts. Les différences de pourcentages proviennent de la nature et de la longueur des transports effectués.

Le montant encaissé de la part des assureurs et des patient-e-s varie entre 692 francs par intervention en 2009 et 669 francs par intervention en 2010.

## District de la Singine

### *Organisation et fonctionnement*

Par l'association « Gemeindeverband Gesundheitsnetz Sense », les communes du district de la Singine ont signé une convention avec la société « Ambulanz und Rettungsdienst Sense AG » afin de remplir leur obligation légale. Cette convention définit les attentes des communes et leur financement.

Le Service d'ambulance de la Singine est une société anonyme au sens des articles 620 ss CO. Il est dirigé et exploité par deux organes, le conseil d'administration et le comité de direction formé du ou de la président-e et de trois membres du Conseil d'administration.

Le Service d'ambulance de la Singine fonctionne avec 14 EPT, dont 9 EPT d'ambulancier-ère-s diplômé-e-s. Le périmètre d'intervention du Service d'ambulance de la Singine s'étend à toutes les communes du district de la Singine et à trois communes du canton de Berne (Laupen, Neueneegg, Kriechenwil).

Durant le jour le Service fonctionne avec 2 équipes prêtes à intervenir, l'une à l'HFR Tafers et l'autre à Wünnewil. La nuit une seule équipe est prête à intervenir. De jour comme de nuit à la demande de la centrale sanitaire 144 une équipe supplémentaire peut éventuellement être activée. Chaque équipe est constituée la plupart du temps de deux ambulancier-ère-s diplômé-e-s et parfois d'un-e ambulancier-ère diplômé-e et d'un-e ambulancier-ère en formation. La responsabilité médicale du Service est assumée par le médecin chef adjoint en anesthésie de l'HFR Tafers.

En cas de priorité 1 (cas d'urgence avec probabilité d'une atteinte des fonctions vitales), l'ambulance emmène également, en appui, un-e infirmier-e anesthésiste de l'HFR Tafers. Si l'intervention de l'ambulance nécessite une médicalisation, un ou une médecin est appelé-e en renfort conformément à un contrat passé entre le Réseau santé-social de la Singine et l'Association des médecins de la Singine. Le ou la médecin de garde se déplace avec l'ambulance ou se rend directement auprès du patient.

### *Financement*

Le Service d'ambulance de la Singine est financé par :

- > les recettes provenant des assureurs,
- > la participation des personnes prises en charges pour la part non couverte par les assureurs et
- > les communes. Il est prévu que l'association de communes dédommage le Service d'ambulance par un montant annuel par habitant. Pour 2010, le montant versé par les communes s'est élevé à 12.50 francs par habitant ; pour 2011 ce montant passera à 15 francs (calcul effectué sur la base de la population légale au 31.12.2009).

La part réciproque des financeurs du Service d'ambulance de la Singine est résumée dans le tableau qui suit.

	<i>Part des assureurs<sup>1</sup> et des patients</i>	<i>%</i>	<i>Part des communes de la Singine</i>	<i>%</i>	<i>Autres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<b>2008</b>	1'131'500	69.50	496'500	30.50	0.00	0.00	1'628'000	100.00
<b>2009</b>	1'277'100	71.91	498'900	28.09	0.00	0.00	1'776'000	100.00
<b>2010</b>	1'332'200	72.77	498'900	27.23	0.00	0.00	1'832'100	100.00
<b>BU 2011</b>	1'200'000	66.67	600'000	33.33	0.00	0.00	1'800'000	100.00

<sup>1</sup> Le tarif en vigueur pour les assureurs est identique pour tous les districts. Les différences de pourcentages proviennent de la nature et de la longueur des transports effectués.

Le montant encaissé de la part des assureurs et des patient-e-s varie entre 757 francs par intervention en 2009 à 776 francs par intervention en 2010.

## Sud Fribourgeois

### *Organisation et fonctionnement*

En janvier 2004, les trois associations de communes du Sud fribourgeois (Glâne, Gruyère et Veveyse) ont décidé de mettre en place un service d'ambulance unique pour les trois districts du sud du canton. La mise en place, la gestion et la responsabilité de ce service avaient été confiées à l'Hôpital du Sud Fribourgeois ; c'est ainsi qu'est né le Service d'Ambulance Sud Fribourgeois, basé à Vaulruz.

Les districts du sud ont signé une nouvelle convention avec l'HFR. La gestion du Service d'ambulance est désormais assurée par l'HFR qui exerce, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour le compte des communes des trois districts les compétences, les obligations et les responsabilités du Service d'ambulance.

Le Service d'ambulance du Sud Fribourgeois dépend de la direction de l'HFR, les associations de communes compétentes se prononçant sur la participation financière des communes.

Le périmètre d'intervention du Service d'ambulance s'étend aux communes des trois districts du Sud qui le financent. Ce service fonctionne avec 24 EPT, dont 16 EPT d'ambulancier-ère-s diplômé-e-s, 7 EPT de technicien-ne-s ambulancier-ère-s et un solde d'un EPT partagé entre un ou une ambulancier-ère diplômé-e et un ou une technicien-ne ambulancier-ère. Deux équipes sont prêtes à intervenir de jour comme de nuit. Chaque équipe est constituée d'un ou une ambulancier-ère diplômé-e et d'un ou une technicien-ne ambulancier-ère.

### *Financement*

Le Service d'ambulance du Sud Fribourgeois est financé par :

- > les recettes provenant des assureurs,
- > la participation des personnes prises en charges pour la part non couverte par les assureurs et
- > les communes. La participation des communes s'élève à 14.55 francs par habitant pour 2010 et est prévue à 16.45 francs pour 2011 (calcul effectué sur la base de la population légale au 31.12.2009).

Une commission des ambulances du sud regroupant les présidents de chacune trois associations de communes et la direction de l'HFR a été créée. Ainsi, les budgets et les comptes du Service d'ambulances du sud sont présentés à la commission avec charge pour les présidents de relayer l'information auprès de leur association. Ce sont en définitive les communes, par l'intermédiaire de leurs délégués dans l'association, qui se prononceront sur les comptes et le budget du Service d'ambulance du Sud fribourgeois.

Les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation sont répartis entre les trois associations en fonction de la population légale. La répartition entre les communes se fait conformément aux statuts de chacune des associations.

La part réciproque des financeurs du Service d'ambulance du Sud est résumée dans le tableau qui suit.

	<i>Part des assureurs<sup>1</sup> et des patients</i>	<i>%</i>	<i>Part des communes du Sud</i>	<i>%</i>	<i>Autres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<b>2008</b>	1'751'743	62.29	1'060'428	37.71	0	0.00	2'812'171	100.00
<b>2009</b>	1'891'307	66.38	957'766	33.62	0	0.00	2'849'073	100.00
<b>2010</b>	2'036'185	63.31	1'180'000	36.69	0	0.00	3'216'185	100.00
<b>Bu 2011</b>	1'880'000	58.52	1'332'500	41.48	0	0.00	3'212'500	100.00

<sup>1</sup> Le tarif en vigueur pour les assureurs est identique pour tous les districts. Les différences de pourcentages proviennent de la nature et de la longueur des transports effectués.

Le montant encaissé de la part des assureurs et des patient-e-s était de 635.30francs par intervention en 2009 et de 625.35 francs par intervention en 2010.

## District du Lac

### *Organisation et fonctionnement*

Le Service d'ambulance et de secours de Morat et environs est une association d'utilité publique dont toutes les communes du district du Lac et certaines communes vaudoises et bernoises sont membres. En sont également membres les sections de samaritains du périmètre d'intervention du Service d'ambulance et de secours de Morat et environs.

Le Service d'ambulance et de secours de Morat et environs dépend donc directement des organes de l'Association.

Le périmètre d'intervention s'étend aux communes du district du Lac, aux communes du district de la Broye-Vully (Vaud) et aux communes bernoises avoisinantes. Ces communes participent au financement du Service.

Le Service d'ambulance de Morat et environs fonctionne avec 16 EPT, dont 7.7 EPT d'ambulancier-ère-s diplômé-e-s, 3 EPT de technicienne-s ambulancier-ère-s, 4 EPT ambulancier-ère-s en formation, 0.7 EP infirmier-ère diplômé-e, ainsi que 1.4 EPT chauffeurs à temps partiel. La direction médicale du Service est confiée à un ou une médecin anesthésiste de l'HFR Tafers pour environ 0.10 EPT.

Le Service fonctionne avec 2 équipes prêtes à intervenir durant le jour de 8h00 à 20h00 et 1 équipe la nuit. Il est parfois possible de constituer une 3<sup>ème</sup> équipe en fonction de la disponibilité du personnel. Chaque équipe est constituée de 2 personnes.

### *Financement*

Le Service d'ambulance du Lac et environs est financé par :

- > les recettes provenant des assureurs,
- > la participation des personnes prises en charges pour la part non couverte par les assureurs,
- > les cotisations annuelles des communes membres. Pour 2011, ces cotisations s'élèvent à 15 francs par habitant pour les communes du district du Lac, en tenant compte de l'indice de capacité financière, et à 15 francs par habitant pour les communes du district de la Broye-Vully. Les communes bernoises avoisinantes versent une cotisation annuelle de solidarité de 1 franc par habitant ;

- > de bienfaiteurs, de donations et de legs, ainsi que
- > des intérêts des capitaux.

Les dons versés annuellement par la population du périmètre d'intervention ne figurent pas dans le compte d'exploitation du Service d'ambulance et de secours de Morat et environs car ils sont affectés à un usage clairement défini, à savoir l'acquisition de matériel et de véhicules. Ce fonds des dons est listé et présenté séparément ; il a permis, jusqu'à ce jour, de financer tous les véhicules ainsi que le matériel.

La part réciproque des financeurs du Service d'ambulance du Lac est résumée dans le tableau qui suit.

	<i>Part des assureurs<sup>1</sup> et des patients</i>	%	<i>Part des communes du Lac</i>	%	<i>Part des communes de la Broye-Vully et bernoises avoisinantes</i>		<i>Autres</i>	%	<i>Total</i>	%
<b>2008</b>	1'263'353	67.84	465'255	24.98	102'296	5.49	31'2450	1.68	1'862'149	100
<b>2009</b>	1'306'963	68.11	472'455	24.62	109'589	5.71	30'000	1.56	1'919'007	100
<b>2010</b>	1'233'734	66.09	479'730	25.70	113'122	6.06	40'184	2.15	1'866'770	100
<b>Bu 2011</b>	1'250'000	66.74	480'000	25.63	113'000	6.03	30'000	1.60	1'873'300	100

<sup>1</sup> Le tarif en vigueur pour les assureurs est identique pour tous les districts. Les différences de pourcentages proviennent de la nature et de la longueur des transports effectués.

Ces montants ne couvrent pas l'achat des équipements qui sont financés exclusivement par des dons. Pour l'année 2006 à 2008, un véhicule pour Fr. 180'000 a été acquis et financé uniquement par les dons. Pour 2009 à 2010, un véhicule a été acquis également avec les dons pour Fr. 210'000.

Le montant encaissé de la part des assureurs et des patient-e-s était de 673 francs par intervention en 2009 et de 660 francs par intervention en 2010.

## District de la Broye

### *Organisation et fonctionnement*

Par contrat de société simple, l'Association de la zone hospitalière VII pour la Broye vaudoise et l'Association des communes de la Broye pour l'exploitation de l'hôpital de district pour la Broye fribourgeoise (actuellement Association des communes pour l'organisation médico-sociale de la Broye) ont décidé de réaliser leurs tâches statutaires respectives par l'Hôpital intercantonal de la Broye. Parmi ces tâches figure, pour l'Association fribourgeoise, celle d'organiser un service d'ambulance. De même, l'Hôpital de zone de Payerne, dont le support juridique était l'Association de la zone hospitalière VII, avait reçu le mandat du canton de Vaud d'assurer l'exploitation du Service régional d'ambulance.

Ainsi, le centre de secours de la Broye est géré et dirigé par l'Hôpital intercantonal de la Broye, soit par son conseil d'administration et sa direction.

Le périmètre d'intervention du Centre de secours de la Broye s'étend à toutes les communes de la Broye fribourgeoises et vaudoise, à l'exception de celles du district d'Avenches, desservies par le Service d'ambulance du district du Lac.

Le Centre de secours de la Broye fonctionne avec 14.08 EPT, dont 8.18 EPT d'ambulancier-ère-s diplômé-e-s, 4.5 EPT de technicien-ne-s ambulancier-ère-s et 1.48 EPT d'auxiliaire.

La direction médicale du service est confiée au ou à la médecin-chef-fe du service d'anesthésiologie.

Le Centre de secours de la Broye fonctionne avec 1 équipe disponible 24 heures et 1 équipe supplémentaire disponible du lundi au vendredi de 07h00 à 19h00. Chaque équipe est constituée d'au moins un ou une ambulancier-ère diplômé-e et d'un technicien-ne ambulancier-ère diplômé-e. Les deux équipes sont prêtes à intervenir pour des urgences primaires, avec un personnel et un véhicule adapté à cette mission.

### *Financement*

Le Centre de secours de la Broye est financé par :

- > les recettes provenant des assureurs,
- > la part des personnes prises en charges pour la part non couverte par les assureurs, l'Etat de Vaud et
- > les communes de la Broye fribourgeoise. La participation des communes s'est élevée à 10.25 francs par habitant pour 2010 et a été budgétisée à 11.3 pour 2011. Une convention entre le canton de Vaud et les communes de la Broye fribourgeoise précise les modalités de financement de chaque partenaire.

La part réciproque des financeurs du Service d'ambulance de la Broye est résumée dans le tableau qui suit.

	<i>Part des assureurs<sup>1</sup> et des patients</i>	<i>%</i>	<i>Part des communes de la Broye fribourgeoise</i>	<i>%</i>	<i>Part de l'Etat de Vaud</i>	<i>%</i>	<i>Autres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<b>2008</b>	976'233	64.17	237'427	15.61	307'131	20.19	460	0.03	1'521'251	100
<b>2009</b>	1'010'639	62.97	245'705	15.31	346'355	21.58	2'301	0.14	1'605'000	100
<b>2010</b>	1'034'175	58.75	264'999	15.05	415'495	23.60	45'762	2.6	1'760'431	100
<b>Bu 2011</b>	1'000'000	59.03	291'480	17.21	402'520	23.76	0	0.0	1'694'000	100

<sup>1</sup> Le tarif en vigueur pour les assureurs est identique pour tous les districts. Les différences de pourcentages proviennent de la nature et de la longueur des transports effectués.

Le montant encaissé auprès des assureurs et des patients était de 664 francs par intervention en 2009 et de 646 francs par intervention en 2010.

Pour apprécier l'activité des services d'ambulance oeuvrant dans le canton de Fribourg, le tableau ci-dessous donne la répartition des interventions entre interventions primaires (du lieu du malaise vers une institution) et secondaires (d'une institution à l'autre) et selon le degré d'urgence.

Activité 2008		Priorité 1	en %	Priorité 2	en %	Priorité 3	en %	Total	en %	Répartition entre intervention primaires et secondaires
Service d'ambulance de la Sarine	Interventions primaires	1'604	64.99	743	30.11	121	4.90	2'468	100.00	74.58%
	Interventions secondaires	61	7.25	219	26.04	561	66.71	841	100.00	25.42%
	Total	1'665	50.32	962	29.07	682	20.61	3'309	100.00	100.00%
Service d'ambulance de la Singine	Interventions primaires	622	62.76	306	30.88	63	6.36	991	100.00	65.72%
	Interventions secondaires	53	10.25	173	33.46	291	56.29	517	100.00	34.28%
	Total	675	44.76	479	31.76	354	23.47	1'508	100.00	100.00%
Service d'ambulance du Sud	Interventions primaires	1'252	62.13	638	31.66	125	6.20	2'015	100.00	74.68%
	Interventions secondaires	68	9.96	205	30.01	410	60.03	683	100.00	25.32%
	Total	1'320	48.93	843	31.25	535	19.83	2'698	100.00	100.00%
Service d'ambulance du Lac	Interventions primaires	691	65.07	253	23.82	118	11.11	1'062	100.00	54.83%
	Interventions secondaires	52	5.94	262	29.94	561	64.11	875	100.00	45.17%
	Total	743	38.36	515	26.59	679	35.05	1'937	100.00	100.00%
Service d'ambulance de la Broye	Interventions primaires	758	65.23	291	25.04	113	9.72	1'162	100.00	76.40%
	Interventions secondaires	70	19.50	203	56.55	86	23.96	359	100.00	23.60%
	Total	828	54.44	494	32.48	199	13.08	1'521	100.00	100.00%

Activité 2009		Priorité 1	en %	Priorité 2	en %	Priorité 3	en %	Total	en %	Répartition entre intervention primaires et secondaires
Service d'ambulance de la Sarine	Interventions primaires	1'735	66.40	716	27.40	162	6.20	2'613	100.00	74.79%
	Interventions secondaires	41	4.65	170	19.30	670	76.05	881	100.00	25.21%
	Total	1'776	50.83	886	25.36	832	23.81	3'494	100.00	100.00%
Service d'ambulance de la Singine	Interventions primaires	712	64.85	298	27.14	88	8.01	1'098	100.00	65.09%
	Interventions secondaires	85	14.43	143	24.28	361	61.29	589	100.00	34.91%
	Total	797	47.24	441	26.14	449	26.62	1'687	100.00	100.00%
Service d'ambulance du Sud	Interventions primaires	1'425	63.96	651	29.22	152	6.82	2'228	100.00	74.69%
	Interventions secondaires	75	9.93	146	19.34	534	70.73	755	100.00	25.31%
	Total	1'500	50.28	797	26.72	686	23.00	2'983	100.00	100.00%
Service d'ambulance du Lac	Interventions primaires	720	62.12	299	25.80	140	12.08	1'159	100.00	59.65%
	Interventions secondaires	39	4.97	162	20.66	583	74.36	784	100.00	40.35%
	Total	759	39.06	461	23.73	723	37.21	1'943	100.00	100.00%
Service d'ambulance de la Broye	Interventions primaires	697	57.75	390	32.31	120	9.94	1'207	100.00	78.43%
	Interventions secondaires	83	25.00	182	54.82	67	20.18	332	100.00	21.57%
	Total	780	50.68	572	37.17	187	12.15	1'539	100.00	100.00%

Priorité 1 : engagement immédiat, signaux prioritaires enclenchés pour une intervention avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales  
 Priorité 2 : engagement sans délai, signaux prioritaires enclenchés seulement s'ils sont nécessaires à la progression, pour une intervention sans probabilité d'atteinte des fonctions vitales  
 Priorité 3 : engagement sans signaux prioritaires sur demande programmée ou autorisant un délai

### 2.1.5. Médicalisation mobile

Dans le canton de Fribourg, trois intervenants offrent une médicalisation mobile de la prise en charge préhospitalière :

- > le SMUR Sarine intervenant uniquement dans le district de la Sarine
- > le SMUR Broye intervenant dans les communes de la Broye fribourgeoises et vaudoises
- > la REGA (garde aérienne suisse de sauvetage) pouvant intervenir sur tout le canton

#### **a) SMUR Sarine**

##### Bases légales et compétences

Le SMUR Sarine fonctionne depuis le 5 janvier 1998 de 08h00 à 20h00 pendant la semaine. Cette activité résulte d'une convention signée le 11 avril 1997 entre la Direction de la Santé publique et des affaires sociales (aujourd'hui Direction de la santé et des affaires sociales), l'ancien Hôpital cantonal et le Service d'ambulances de la Sarine (SAS) réglant la médicalisation des ambulances de ce service.

Le 31 décembre 2005, le SAS a dénoncé la convention en vigueur en raison de la difficulté de l'Hôpital cantonal à fournir régulièrement des médecins pouvant assurer cette médicalisation. Depuis lors, malgré une proposition de nouvelle convention faite par les responsables du SMUR, du SAS, du Service d'ambulance du Sud fribourgeois (ASF) et de la centrale 144, aucune base juridique ne régit la poursuite du fonctionnement de ce service, dont l'activité, dans les faits, est aujourd'hui quasi inexistante.

##### Organisation et fonctionnement

Le Service d'ambulance de la Sarine étant financé par l'Association des communes de la Sarine son rayon d'action se limite en principe à ce district.

La direction médicale est assurée par un ou une médecin cadre dont le poste correspond à un 0.1 EPT.

L'équipage SMUR est composé d'un-e ambulancier-ère professionnel-le IAS/CRS du SAS et d'un ou d'une médecin aîné-e provenant de l'HFR Fribourg - Hôpital cantonal. La volonté des différents responsables du SMUR et du service d'ambulance a toujours été de mettre à disposition du SMUR des médecins expérimentés aptes à prendre en charge les urgences vitales. Tous les médecins SMUR sont donc des médecins cadres de l'HFR ou au minimum des médecins-assistant-e-s en anesthésie avec une formation de 2 ans en médecine interne et 1 an en anesthésie.

L'intervention a lieu sur le mode du rendez-vous, ce qui permet au médecin de se libérer rapidement au cas où la gravité du ou de la patient-e ne nécessite pas d'accompagnement médical jusqu'à l'hôpital et de se rediriger le cas échéant vers une autre intervention rapidement.

Du lundi au vendredi, l'ambulancier-ère SMUR appartient à la 3<sup>ème</sup> équipe d'ambulances. Par conséquent, lorsqu'une mission SMUR a lieu, la troisième ambulance du SAS est indisponible. Le week-end le SAS ne fonctionne qu'avec 2 équipes d'ambulancier-ère-s et le ou la médecin SMUR part avec l'ambulance qui intervient.

Il faut souligner par ailleurs que, pendant l'Eurofoot, une expérience de SMUR cantonal a été menée pendant 19 jours. En collaboration avec les services d'ambulances du canton, le SMUR a fonctionné quotidiennement pendant 19 heures soit de 7 heures à deux heures du matin. Cette couverture a même été prolongée jusqu'à 4 heures du matin certains jours particuliers. Durant cette période, le nombre d'engagements SMUR s'est élevé à 64, auxquels il faut ajouter 7 interventions ayant eu lieu entre 2 heures et 7 heures pour lesquelles un ou une médecin d'urgence aurait été

nécessaire. Ainsi, la moyenne des interventions s'élève à 3.7 interventions par jour durant cette période. Sur la base de cette expérience, l'activité d'un SMUR cantonal 24 heures sur 24 peut ainsi être estimée à 1'364 interventions annuelles, cette extrapolation étant toutefois à traiter avec une certaine circonspection.

### Financement

Le SAS facture un forfait lors de chaque intervention SMUR pour la mise à disposition du véhicule et de l'ambulancier-ère. L'hôpital quant à lui facture la prestation médicale selon TARMED et les médicaments utilisés.

Le véhicule SMUR a été financé par le SAS et l'appareil de monitoring/défibrillation par l'hôpital. Le reste de l'équipement ainsi que l'entretien du véhicule sont assurés et financés par le SAS. L'équipement personnel des médecins SMUR et son entretien sont assurés pour la plus grande partie par le SAS.

## **b) SMUR Broye**

### Bases légales et compétences

C'est une décision de l'Assemblée des délégués du 30 novembre 2005 qui a arrêté le principe d'une participation des communes de la Broye fribourgeoise au financement du SMUR desservant la Broye vaudoise. Le 30 novembre 2006, les délégués ont approuvé à l'unanimité la Convention du 6 novembre 2006 relative au financement des services d'urgences préhospitalières de l'Hôpital intercantonal de la Broye, signée entre le Service de la santé publique du canton de Vaud, l'Association des communes de la Broye fribourgeoise pour l'exploitation de l'Hôpital de district et l'Hôpital intercantonal de la Broye. Les interventions du SMUR sont engagées exclusivement par la centrale 144 du canton de Vaud.

### Organisation et fonctionnement

Les communes de la Broye fribourgeoise et de la Broye vaudoise sont desservies par le SMUR stationné à l'Hôpital intercantonal de la Broye, site de Payerne. Pour bénéficier de cette prestation, elles participent au financement du SMUR appelé à desservir le même périmètre d'intervention que celui de l'ambulance de la Broye.

La participation aux activités du SMUR est inscrite dans le cahier des charges de tous/toutes les médecins-assistant-e-s du département de médecine interne. Un ou une médecin-assistant-e de 1<sup>ère</sup> année ne participe à cette activité que lors de son deuxième semestre d'assistantat. En moyenne, ce sont des médecins-assistant-e-s de deuxième année qui participent à cette activité. Chacun de ces médecins-assistant-e-s bénéficie d'un cours de formation de quatre jours en début d'activité du SMUR, comprenant une journée d'exercice sur le terrain avec participation d'un service d'ambulances et d'un corps de pompiers du canton de Vaud. D'autres cours sont régulièrement dispensés au CHUV durant l'année, comme exercice de maintien des compétences, les médecins répondants du SMUR de chaque hôpital de zone vaudois y participent activement comme enseignant. En outre, environ 6 fois par an, les médecins « smuristes » de l'Hôpital intercantonal de la Broye peuvent effectuer des stages de 2 jours au SMUR du CHUV.

Chaque médecin-assistant-e « smuriste » dispose d'un cahier d'intervention décrivant les attitudes, les protocoles et les actes appropriés. Ce cahier d'intervention est régulièrement mis à jour en fonction des nouvelles recommandations scientifiques. Un débriefing est assuré à chaque médecin-assistant-e « smuriste » par le ou la médecin-chef-fe du SMUR ou par le ou la médecin-chef-fe des urgences de l'Hôpital intercantonal de la Broye.

Chaque mission extrahospitalière fait l'objet d'un rapport faisant partie intégrante du dossier patient. Tous les rapports d'intervention sont revus par le ou la médecin répondant du SMUR, dans un souci permanent d'amélioration de la qualité. En cas de problème dans la prise en charge d'un ou

une patient-e, le ou la médecin répondant-e du SMUR ou le ou la médecin-chef-fe des urgences conduit une discussion constructive avec le ou la médecin-assistant-e smuriste impliqué-e. Finalement, en début d'activité dans le SMUR ou en cas d'alarme laissant présager une situation grave, le ou la médecin-chef-e des urgences accompagne très fréquemment le ou la médecin-assistant-e « smuriste ».

### Financement

La participation financière des communes de la Broye fribourgeoise a été de 8.40 francs par habitant en 2010 et budgétisée à 7.75 pour 2011.

### **c) REGA**

#### Bases légales et compétences

La REGA est une fondation indépendante d'utilité publique, membre corporatif de la Croix-Rouge suisse.

#### Organisation et fonctionnement

L'engagement d'un hélicoptère de la REGA se fait à l'appel d'un ou une patient-e, d'une centrale 144 ou à la demande d'un ou d'une ambulancierère sur le site via la centrale 144. L'alarme se fait auprès de la centrale REGA à Zürich qui va engager, si la météo le permet, l'hélicoptère disponible (opérationnel) le plus proche du site d'intervention. Les bases de Berne (REGA 3) et de Lausanne (REGA 4) sont principalement sollicitées pour notre canton. Les bases de Zweisimmen (REGA 14) et de Genève (REGA 15) interviennent également en renfort. La Rega est également sollicitée par les hôpitaux pour effectuer des transferts inter hospitaliers médicalisés. L'engagement se fait par la centrale 144.

Pour l'année 2007 il y a eu 176 missions primaires et 82 missions secondaires pour un total de 258 engagements REGA dans le canton de Fribourg.

#### Financement

La REGA facture les prestations fournies directement au ou à la patient-e ou à son assurance. Pour les transferts inter hospitaliers la facture est en général envoyée à l'hôpital demandeur.

### 2.1.6. **Service d'urgences des hôpitaux**

#### **a) Bases légales et compétences**

La loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) oblige l'EFR à fournir des prestations dans différents domaines, dont celui des soins urgents. L'organisation de ces soins doit correspondre à ce qui est prévu dans la planification hospitalière approuvée par le Conseil d'Etat.

Cette planification recense deux sortes d'urgences :

> *Urgences ambulatoires* :

Il s'agit de la prise en charge de cas non programmés qui ne nécessitent en principe pas d'hospitalisation. Le patient peut retourner à domicile après sa prise en charge.

> *Urgences stationnaires* :

Il s'agit de la prise en charge de cas non programmés qui nécessitent des examens médicaux particuliers, un suivi important, une prise en charge médicale ou une intervention chirurgicale avec l'utilisation d'un plateau technique complet (opérateur-trice, assistant-e, anesthésiste, instrumentistes, etc.). Le ou la patient-e est admis-e dans une unité de l'hôpital après avoir été examiné-e ou après l'intervention chirurgicale.

## **b) Organisation et fonctionnement**

A l'exception des sites de Billens et Châtel-St-Denis, tous les sites de l'HFR assument une prise en charge des urgences, même s'il s'agit, pour le site de Meyriez, des urgences non vitales. Quant à l'Hôpital intercantonal de la Broye, la prise en charge diffère d'un site à l'autre.

### HFR Fribourg – Hôpital cantonal

Le service d'urgence de l'HFR Fribourg - Hôpital cantonal, est un service à part entière dirigé par un ou une médecin chef-fe propre au service. Il accueille 24h/24 et 7 j/7 toutes les personnes qui se présentent, les traite et au besoin les hospitalise ou les transfère dans un autre établissement. Les enfants avec des problèmes non chirurgicaux sont traités au service des urgences pédiatriques, à l'exception des situations nécessitant une salle de réanimation.

Pour fonctionner, le service emploie 29.6 EPT d'infirmier-ère-s (soit 4 à 6 infirmier-ère-s la journée et 3 la nuit), un ou une chef-fe de clinique et 5 médecins-assistant-e-s (3 pour les urgences de médecine, 2 pour les urgences de chirurgie) pendant la journée, alors que pendant la nuit il y a 2 médecins-assistant-e-s (1 pour la médecine, 1 pour la chirurgie).

Les patient-e-s sont pris en charge dans 18 « box ». En 2010, le nombre des consultations effectuées par le service s'est élevé à 29'800.

La mise en place d'une filière rapide devant permettre de trier de manière plus sélective les patients nécessitant une consultation plutôt qu'un traitement d'urgence est à l'étude et devrait être réalisée à la fin de l'année 2011.

### HFR Tafers

Le service d'urgence de l'HFR Tafers, est sous la responsabilité du ou de la médecin adjoint-e de la clinique de médecine. Le service accueille 24h/24 et 7j/7 toutes les personnes qui se présentent, les traite et au besoin les hospitalise ou les transfère dans un autre établissement.

Pour fonctionner le service emploie 5.1 EPT d'infirmier-ère-s (soit 1 infirmier-ère la journée et 1 infirmier-ère la nuit). Pendant la journée, 1 médecin-assistant-e est présent-e et 1 médecin-assistant-e est de piquet. Pendant la nuit, le site hospitalier tout entier dispose d'un ou une médecin-assistant-e qui s'occupe également des urgences et 1 médecin de piquet appelé-e en cas de besoin.

Les patient-e-s sont pris en charge dans 6 « box ». En 2010, le nombre des consultations effectuées par le service s'est élevé à 7'008.

### HFR Riaz

Le service d'urgence de l'HFR Riaz est un service dirigé par un ou une médecin chef-fe propre au service. Il accueille 24h/24 et 7j/7 toutes les personnes qui se présentent, les traite et au besoin les hospitalise ou les transfère dans un autre établissement.

Pour fonctionner, le service emploie 12 EPT d'infirmier-ère-s (soit 3 infirmier-ère-s la journée et 2 la nuit). Pendant la journée, 2 médecins-assistant-e-s (1 pour les urgences de médecine, 1 pour les urgences de chirurgie) sont présent-e-s, alors que pendant la nuit il y a un ou une médecin-assistant-e pour les urgences.

Les patient-e-s sont pris en charge dans 8 « box ». En 2010, le nombre des consultations effectuées par le service s'est élevé à 15'050.

### HFR Meyriez-Murten

La planification hospitalière arrêtée en mars 2008 par le Conseil d'Etat a fermé le service de chirurgie pour le 31 décembre 2008 mais a maintenu la garantie de la prise en charge des soins

urgents non vitaux. La solution retenue par l'HFR pour répondre à la planification hospitalière est la création d'une permanence, qui accueille les patients sans rendez-vous. Des médecins généralistes (4.5 EPT) avec une longue expérience professionnelle et en soins d'urgences accueillent donc les patient-e-s. Ces médecins sont soutenus par les médecins du service de médecine interne de l'hôpital qui assurent un piquet 24 heures sur 24. La permanence est exploitée de 8 heures à 22 heures. En dehors de ces heures, le ou la médecin-assistant-e en service sur le site hospitalier assure une première prise en charge. Si des cas complexes se présentent, il contacte un ou une médecin cadre de piquet et au besoin le transfert du patient vers un autre hôpital est organisé.

Le service emploie 3 EPT d'infirmier-ère-s (soit 1 infirmier-ère la journée). La nuit, c'est l'infirmier-ère de l'étage qui prend en charge les urgences. Les patient-e-s sont pris en charge dans 4 « box ».

La permanence a enregistré 16'085 consultations en 2010.

### Hôpital intercantonal de la Broye - site de Payerne

Le service d'urgence de l'hôpital intercantonal de la Broye - site de Payerne est placé sous la direction opérationnelle d'un ou d'une médecinadjoint-e urgentiste. Il accueille 24h/24 et 7j/7 toutes les personnes qui se présentent, les traite et au besoin les hospitalise ou les transfère dans un autre établissement.

Pour assurer les consultations d'urgences et de polyclinique, le service emploie 15.0 EPT d'infirmier-ère-s et 2.9 EPT d'assistant-e-s en soins et santé communautaire. Aussi bien la journée que la nuit, 2 médecins-assistant-e-s (1 pour les urgences de médecine, 1 pour les urgences de chirurgie) sont présent-e-s. Les patient-e-s sont pris en charge dans 6 « box »

En 2010, le nombre des consultations d'urgences s'est élevé à 15'238 et celles de polyclinique à 5'676, soit un total de 20'914.

### Hôpital intercantonal de la Broye - site d'Estavayer-le-Lac

A l'Hôpital intercantonal de la Broye – site d'Estavayer-le-Lac, une prise en charge des soins urgents est possible du lundi au vendredi de 7h30 à 19h00, ainsi que les samedi, dimanche et jours fériés de 9h00 à 19h00. Les urgences prises en charge doivent être compatibles avec les ressources humaines et techniques attribuées à ce site. Si elles dépassent ce cadre, les urgences sont dirigées vers le site de Payerne ou un autre établissement.

## **c) Financement**

Les cas ambulatoires pris en charge par les services d'urgences des hôpitaux sont facturés selon TARMED, alors que les cas faisant l'objet d'une hospitalisation sont facturés selon les forfaits en vigueur.

### **2.1.7. Prise en charge psychiatrique d'urgence**

Durant la semaine, de 08 heures à 18 heures, c'est le Réseau fribourgeois de santé mentale, Centre psychosocial, Fribourg (RFSM – CPS) qui répond aux urgences psychiatriques. Dès 18 heures et les week-ends, le ou la médecin de garde du RFSM - CPS est uniquement à disposition des hôpitaux fribourgeois. Pour les autres demandes, y compris celles émanant de la police, c'est le ou la médecin du cercle de garde où se trouve le patient qui doit intervenir. Le ou la médecin de garde peut faire appel à un confrère médecin psychiatre installé. Les médecins psychiatres installés assurent une garde de médecin spécialiste (2<sup>ème</sup> recours).

L'alarme du médecin de garde du RFSM - CPS se fait par la centrale 144 (message pager). Pour l'engagement du ou de la médecin psychiatre installé-e, le numéro de portable de celui-ci ou celle-ci est transmis par la centrale 144 au ou à la médecin de garde, qui le ou la contactera directement.

Le fonctionnement actuel de la prise en charge psychiatrique d'urgence est en cours d'analyse et un concept d'urgence psychiatrique sera élaboré.

### **2.1.8. Autres acteurs de la prise en charge d'urgence préhospitalière**

Il existe d'autres intervenants qui facilitent ou améliorent la prise en charge d'urgence préhospitalière.

#### **L'Equipe mobile d'urgences psychosociales (EMUPS)**

Le 1<sup>er</sup> mars 2010 un service de soutien psychosocial appelé EMUPS a été créé. Il intervient sur le terrain en post-intervention des services d'urgences traditionnels. Cette équipe pluridisciplinaire mobile apporte un soutien aux personnes et aux proches, qui sont victimes d'événements ou de situations particulièrement traumatisantes. La création de cette équipe fait notamment suite au constat que la police est confrontée de plus en plus souvent à des violences domestiques ainsi qu'à des personnes en difficulté demandant une présence et un soutien psychologique immédiat.

Mobilisable uniquement par les services d'urgences traditionnels et fondée sur un partenariat entre les professionnels du RFSM et des psychologues indépendants, l'EMUPS Fribourg est constituée d'une quarantaine de personnes qui assureront un service de piquet prêt à l'intervention. Ces prestations sont assurées par 2 professionnel-le-s durant la journée et 2 professionnel-le-s durant la nuit, 24 heures sur 24.

Cette prestation englobe le travail accompli ces dernières années par les psychologues indépendants dans le cadre de SOS Psy. Ces professionnel-le-s sont intégré-e-s dans le dispositif EMUPS.

#### **Notfallseelsorge der Region Murten und Tafers**

Ce service de soutien psychologique, disponible 24h/24 et 7j/7 pour tout le district du Lac, met à disposition un groupe de pasteurs et de psychologues volontaires formés. L'engagement se fait à la demande des ambulancier-ère-s sur le site par la centrale 144. Un message pager est envoyé, et la personne de garde va contacter la centrale 144 ou directement l'ambulancier-ère sur site. Ce service apporte un soutien capital lors de situations particulièrement difficiles. Depuis l'année 2010 un service de soutien psychologique s'est également mis en place dans le district de la Singine.

#### **First responder pour la région du Jaun**

Ce service a été organisé en collaboration avec les samaritains de la région du Jaun pour offrir une aide locale lors de certaines interventions où il y a menace vitale. C'est l'éloignement de cette région qui a motivé cette organisation. L'alarme se fait par la centrale 144 via pager en même temps que l'ambulance est averti.

#### **Colonne de secours (CAS)**

La colonne de secours est engagée lors d'intervention en terrain difficile à l'appel ou à la demande des ambulanciers sur le site. L'alarme se fait via la centrale REGA à Zürich.

#### **Police**

La police intervient dans des situations où l'ordre et/ou la sécurité publique sont menacés.

#### **Pompiers**

Les pompiers interviennent régulièrement simultanément aux ambulances, notamment pour les raisons suivants : désincarcération, fuites hydrocarbures ou produits dangereux, danger d'incendie ou incendie, aide au portage, intervention en terrain difficile.

## Pharmacie

Les pharmacies jouent également un rôle dans la prise en charge de cas qui nécessitent uniquement la remise de médicaments sur le conseil du ou de la pharmacien-ne et sans ordonnance médicale. Pour les cas plus importants nécessitant la délivrance de médicaments sur ordonnance médicale, la garde des pharmacies est un élément important de la prise en charge des urgences par les médecins de garde. La centrale 144 renseigne sur la pharmacie de garde pour chaque district durant la nuit et les week-ends. En dehors des heures d'ouverture, et pour les urgences uniquement, la centrale 144 transmet le numéro de portable du ou de la pharmacien-ne de garde.

### **2.1.9. Prise en charge préhospitalière en cas de situation extraordinaire**

#### **a) Bases légales et compétences**

Les bases légales en matière de situations extraordinaires sont les suivantes :

- > - loi du 13 décembre 2007 sur la protection de la population (LProtPop)
- > - loi du 16 novembre 1999 sur la santé (LSan).

#### **b) Organisation et fonctionnement**

Les intervenants de la prise en charge préhospitalière sont sollicités tant pour les interventions quotidiennes que lors d'événements extraordinaires, notamment les accidents ou sinistres majeurs et les catastrophes.

Le canton dispose également d'intervenants et de moyens « extraordinaires », qui peuvent également être mobilisés pour renforcer la prise en charge préhospitalière en situation extraordinaire. Ces intervenants et moyens sont notamment les suivants : le Groupe d'intervention sanitaire professionnel (GISP), le véhicule de soutien sanitaire (VSS), le Groupe accueil psychologique et le Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA).

On traitera ci-après, *sous 1.2. Mesures de coordination*, de l'importance de la coordination entre les intervenants de la prise en charge préhospitalière et ces intervenants « extraordinaires ».

#### **Le groupe d'intervention sanitaire professionnel (GISP)**

Le groupe d'intervention sanitaire professionnel (GISP) est actuellement composé d'une quarantaine de professionnels-les de la santé, tous volontaires : médecins, infirmier-ère-s spécialisé-e-s en anesthésie, urgence ou soins intensifs. Le GISP est engagé en cas de catastrophe et en cas d'accident ou sinistre majeur, ainsi que ponctuellement dans les dispositifs de sécurité de grandes manifestations sportives ou culturelles ; il assure les soins et traitements dans le poste médical avancé. Administrativement, le GISP est placé sous la responsabilité du Service du médecin cantonal.

L'organisation et le fonctionnement du GISP ne sont pas réglés de manière suffisamment précise pour l'instant. Le Service du médecin cantonal (SMC) conduit une réflexion à ce sujet en collaboration avec le Service de la santé publique (SSP), afin que le GISP dispose d'une base légale dans les meilleurs délais (cf. Mesures de coordination, ch. 1.2.2).

#### **Le véhicule de soutien sanitaire (VSS)**

Le véhicule de soutien sanitaire (VSS), acquis en collaboration avec le canton de Vaud, améliore de manière notable l'intervention du GISP. En effet, le VSS permet de rassembler en un seul véhicule le matériel et l'équipement nécessaires au poste médical avancé. Ce véhicule est intégré dans les moyens de renforts d'interventions du plan d'engagement en cas de catastrophe (Plan *ROUGE*) et du plan d'engagement en cas d'accidents et sinistres majeurs (Plan *ORANGE*).

L'exploitation du VSS stationné à Payerne est assurée d'une part par l'Organisation régionale vaudoise de la Protection civile (entretien et conduite) et, d'autre part, par le GISP. Le règlement du VSS Payerne, signé en mars 2010 par les services compétents des cantons de Vaud et Fribourg, règle notamment les modalités d'alarme, d'utilisation et d'engagement du véhicule. Il y a encore lieu de relever que la Ville de Lausanne a également acquis un VSS qui pourrait au besoin intervenir dans la partie sud du canton de Fribourg, tandis que le véhicule stationné à Payerne pourrait au besoin intervenir dans le nord vaudois.

### Le Groupe accueil psychologique

La raison d'être du Groupe accueil psychologique est de fournir une aide psychologique d'urgence aux personnes impliquées (victimes, témoins, familles...) dans un événement extraordinaire potentiellement traumatisant, voire aux membres des forces d'intervention engagés lors d'un tel événement.

Le *Groupe accueil psychologique* est une organisation d'intervention certifiée par le Réseau national d'aide psychologique d'urgence (RNAPU)<sup>5</sup>. Composé de volontaires psychologues, psychiatres, ou de personnes ayant reçu une formation *ad hoc* en aide psychologique d'urgence, le Groupe accueil psychologique peut être mobilisé par l'Organe cantonal de conduite (OCC) en cas de catastrophe ou le chef engagement en cas d'accident ou sinistre majeur.

Une structure de coordination pérenne doit encore être définie dans le cadre d'un projet mené par le SMC (cf. Mesures de coordination, ch. 1.2.2).

### Le Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA)

Ainsi, afin d'optimiser les renforts sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe, un Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe (GRIMCA) a été créé sous l'égide du Groupement romand des services de santé publique (GRSP). L'objectif du GRIMCA consiste à mettre à disposition des autorités sanitaires d'un canton touché par un événement impliquant de nombreux blessés un pool de médecins formés issus des autres cantons romands qui viennent en appui et renforcer les structures sanitaires cantonales concernées par l'événement. Il s'agit de mettre en place un dispositif d'alarme précoce via les centrales 144 des cantons romands permettant la mise à disposition de renforts sanitaires.

En cas d'événement particulier (grande manifestation, rassemblement de foule, etc.), le GRIMCA permet d'organiser la mise à disposition de renforts sanitaires pour anticiper une éventuelle montée en puissance. Cet aspect de la collaboration intercantonale en cas de situation extraordinaire est également évoqué sous Mesures de coordination (cf. ch. 1.2.2).

## **c) Financement**

Le financement des coûts du GISP est assumé par le SMC, sauf en cas d'exercices, ces derniers étant à charge du Service de la Protection de la population et des affaires militaires.

Le VSS de Payerne est financé conjointement par les cantons de Fribourg et de Vaud.

Chaque canton prend à sa charge ses propres frais liés à la démarche de mise en place et d'intervention du GRIMCA.

---

<sup>5</sup> Le Réseau national d'aide psychologique d'urgence (RNAPU) est une commission spécialisée permanente créée à la demande du mandataire du Conseil fédéral pour le Service sanitaire coordonné.

## 2.2. Mesures de coordination

### 2.2.1. Dans des situations habituelles

Comme décrit dans le chapitre précédent, il existe une multitude d'intervenants dans la prise en charge des urgences préhospitalières. Pour un bon fonctionnement du système et pour une prise en charge adéquate du ou de la patient-e, il est important qu'un organe recueille les besoins des patient-e-s et coordonne les mesures d'intervention. Actuellement, la centrale 144 coordonne les moyens sanitaires à disposition pour la prise en charge préhospitalière.

Pour l'utilisation de moyens disponibles dans un autre canton, la centrale 144 collabore régulièrement avec les centrales des cantons voisins. Ainsi, pour l'engagement d'une ambulance extracantonale dans un secteur momentanément dépourvu d'ambulance, l'alarme se fait via le 144 du canton voisin mais l'intervention est conduite par la centrale cantonale.

La collaboration intercantonale existe également pour la région de la Broye où le territoire fribourgeois est raccordé à la centrale 144 Lausanne tandis que la région vaudoise d'Avenches est raccordée à la centrale 144 Fribourg.

Quelques communes limitrophes du canton de Fribourg sont desservies officiellement par les ambulances des districts du Lac et de la Singine, alors que le suivi des interventions se fait par le 144 Bern et seule l'alarme transite par le 144 Fribourg.

### 2.2.2. En cas de situations extraordinaires

L'Organisation Catastrophe du canton de Fribourg (ORCAF) comprend tous les échelons de l'organe cantonal de conduite (OCC), l'Organe de conduite sanitaire (OCS), les préfets<sup>6</sup>, les organes communaux (ORCOC) ainsi que toutes les formations appelées à intervenir en cas d'événement extraordinaire.

En cas de situation extraordinaire sur le plan sanitaire, il est indispensable d'organiser la conduite de l'événement, tant au niveau « général » (celui de l'ensemble des formations d'intervention), qu'au niveau sanitaire (celui des intervenants sanitaires).

La législation sur la protection de la population règle la conduite « générale » - entre les différentes formations d'intervention - des événements extraordinaires.

En cas de catastrophe ou de situation d'urgence, c'est le Plan d'intervention en cas de catastrophe, le *Plan ROUGE*, qui est déclenché. La conduite de l'ORCAF est assurée par l'OCC.

Directement subordonné au Conseil d'Etat, l'OCC est chargé de diriger la préparation et de conduire l'engagement lors d'événements ou de situations extraordinaires. Il est constitué de représentants de tous les services concernés à savoir : Service de la protection de la population et des affaires militaires, Protection de la population, Police cantonale, Sapeurs-pompiers, Médecin cantonal, Protection civile et Chancellerie d'Etat (bureau de l'information), qui peuvent être renforcés selon la situation par des spécialistes.

En cas d'accidents et sinistres majeurs, c'est le Plan d'intervention en cas d'accidents et de sinistres majeurs, le *Plan ORANGE* qui est déclenché. Le Plan ORANGE couvre donc les événements qui sortent de l'ordinaire mais ne nécessitent pas la mise sur pied de l'OCC. Sa conduite est notamment assurée par l'officier de police désigné comme chef d'engagement sous la direction politique du préfet.

---

<sup>6</sup> Le préfet n'est pas directement impliqué dans la conduite de l'engagement mais en assume la direction politique.

Un Organe de conduite sanitaire (OCS) a également été institué, via une révision de la LSan entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Cet organe a pour tâches de prendre des mesures de prévention par rapport à des situations extraordinaires sur le plan sanitaire, de diriger la préparation à de telles situations et de conduire l'engagement en cas d'événement.

Les compétences de l'OCS, ses prestations, tâches et structures, de même que les ressources nécessaires à son fonctionnement, doivent encore être formalisées dans le cadre d'un projet sous la responsabilité du SMC. Il en va de même pour ce qui concerne l'adaptation de l'organisation et du fonctionnement des éléments sanitaires de l'ancienne organisation cantonale en cas de catastrophe (ORCAF) à la nouvelle organisation du domaine sanitaire pour les situations extraordinaires.

Il convient de souligner ici que la distinction entre situations ordinaires et extraordinaires n'est pas toujours aisée dans la pratique et qu'une situation peut évoluer dans un sens comme dans l'autre. Il faut donc pouvoir compter sur une montée en puissance des moyens engagés qui soit aussi fluide que possible (le passage de la situation ordinaire au Plan *ORANGE* ou au Plan *ROUGE* ou encore le passage du Plan *ORANGE* au Plan *ROUGE* et inversement). La coordination entre les moyens du préhospitalier et les structures mises sur pied pour gérer les situations extraordinaires est donc cruciale.

La coordination concrète entre les structures de conduite en cas de situation extraordinaire – OCS et OCC – et les moyens d'intervention sanitaires « ordinaires », dont la question de la montée en puissance entre le dispositif ordinaire (préhospitalier et hôpitaux) et le dispositif prévu pour la gestion de l'extraordinaire, sera précisée dans le concept d'organisation de la conduite sanitaire en cas de situation extraordinaire et dans l'ordonnance d'exécution de la loi sur la santé prévus dans le cadre du projet mené par le SMC. La conduite sanitaire sur la place sinistrée sera également précisée dans ce cadre.

La question de la coordination entre le *Groupe accueil psychologique*, qui n'intervient qu'en cas de situation extraordinaire au sens de la loi sur la protection de la population, et l'EMUPS, qui assure la prise en charge du soutien psychosocial d'urgence au quotidien, sera elle aussi réglée dans le cadre du projet mené par le SMC.

### **c) Collaborations intercantionales en cas de situations extraordinaires**

Des collaborations existent déjà avec les autres cantons romands, qui disposent chacun de leur propre organisation catastrophe et organisation sanitaire. On peut rappeler ici la collaboration romande dans le cadre du GRIMCA, mentionnée sous 1.1.9. Prise en charge préhospitalière en cas de situation extraordinaire.

## **2.3. Evaluation**

### **2.3.1. Appréciation générale**

Avant les regroupements hospitaliers opérés dans la Broye et dans le Sud fribourgeois et avant la mise en place du réseau hospitalier sur l'ensemble du canton, chaque district comprenait un hôpital disposant d'un service d'urgences opérationnel 24h00 sur 24h00 et 7 jours sur 7 ou d'une prise en charge des urgences.

La situation s'est fortement modifiée, en particulier avec la mise en place du Réseau hospitalier fribourgeois, achevée avec l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2007, de la nouvelle loi. Il n'en reste pas moins que la prise en charge des urgences préhospitalières présente des éléments de base très appréciables qui ont pu être renforcés par la mise en service de la centrale 144 et par la mise en place d'un réseau hospitalier cantonal unique. Ces deux institutions ont permis d'établir une certaine coordination, le 144 pour les transports et les transferts inter-sites et le réseau hospitalier qui permet la gestion, par un organe de décision unique, de l'ensemble des services d'urgences hospitaliers du canton. De plus, la collaboration avec les services d'ambulances fonctionne bien.

Cependant, le système actuel n'est pas encore totalement satisfaisant. Il présente encore des lacunes notamment au niveau de la coordination entre les différents intervenants. Des améliorations de fonctionnement devraient encore être apportées dans chaque domaine de prise en charge, en tenant compte du caractère bilingue du canton de Fribourg. Les considérations qui vont suivre constituent une brève analyse des insuffisances qui devraient pouvoir être éliminées.

### **2.3.2. Appréciation des différents domaines**

#### **2.3.2.1. Médecins de premiers recours et médecins de garde**

Chaque district a sa propre organisation de la garde médicale et donc son propre chemin d'accès au médecin de garde, qui peut donc varier d'une région à l'autre. Cette situation n'est pas satisfaisante. Elle complique considérablement la tâche de la centrale 144 qui doit gérer l'information à donner aux patients. Une ligne téléphonique unique doit donc être mise en place.

La collaboration entre un service de garde et un service d'urgence hospitalier pour couvrir une partie de la garde nécessite la mise à disposition par l'hôpital d'un ou d'une médecin expérimenté-e et non pas d'un ou d'une médecin- assistant-e en voie de spécialisation.

L'organisation actuelle de la garde avec le passage obligé par un ou une médecin de premier recours pour obtenir un rendez-vous avec un ou une médecin de garde spécialiste n'est pas optimale dans tous les cas. Notamment, la procédure pour obtenir l'intervention d'un ou une médecin psychiatre est trop longue et compliquée.

De plus, il faudrait prévoir la mise en place d'une garde pédiatrique, car beaucoup de médecins de premier recours estiment ne pas posséder les compétences suffisantes pour intervenir. Ils envoient dès lors systématiquement leurs patients à l'hôpital.

Notons encore qu'à l'heure actuelle, le domaine de la prise en charge d'urgences préhospitalières est un problème aigu. En effet, le nombre de médecin de premier recours et partant le nombre de médecins de garde est de moins en moins suffisant pour répondre aux besoins de la population, et provoque une surcharge des urgences hospitalières et également d'autres difficultés. Il convient dès lors de prendre des mesures pour compenser un tel déficit. Actuellement, un projet de garde médicale à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal et Riaz est à l'étude. Cette solution permettrait de faciliter la garde médicale en mettant à disposition du ou de la médecin de garde l'infrastructure hospitalière.

#### **2.3.2.2. Service d'ambulances**

Le territoire de chaque service d'ambulance est clairement défini et est intégré dans le SAE de la centrale sanitaire 144 qui répartit les missions primaires et secondaires selon le territoire de chaque service. Tant pour les missions primaires que secondaires, en cas de besoin, c'est l'ambulance libre du secteur le plus proche qui est engagée par la centrale 144. Cette procédure fonctionne et doit fonctionner pour le renfort tant au plan cantonal qu'extracantonal. Cette manière de procéder est d'autant plus importante qu'avec la réorganisation des ambulances dans le sud du canton le nombre d'équipages disponibles a diminué.

Ainsi, le principe selon lequel c'est l'ambulance la plus proche qui intervient sur le lieu de l'évènement en cas de grande priorité peut engendrer des situations dans lesquelles le périmètre desservi par un service d'ambulance ne coïncide pas forcément avec le territoire des communes qui le financent.

De plus, les coûts d'exploitation de ces services augmentent d'années en années et les tarifs ne sont pas toujours adaptés. Cela est dû à la pression des assureurs et aux grandes différences de distance qui résultent de la topographie de certains districts.

### **2.3.2.3. Service mobile d'urgence et de réanimation**

L'exploitation d'un SMUR sur une seule partie du territoire cantonal engendre une inégalité de traitement entre les régions et, partant, entre les citoyen-ne-s du canton. Une telle discrimination n'est ni justifiée, ni admissible.

Il faut également savoir que l'absence d'un SMUR 24h00 sur 24h00 pour l'ensemble du territoire cantonal conduit les médecins de premiers recours à intervenir dans des cas pour lesquels ils ne disposent pas de la formation adéquate. Ceci les incite à faire appel à la REGA qui ne peut pas toujours intervenir de manière satisfaisante, soit que les mauvaises conditions météo l'en empêchent, soit qu'aucun hélicoptère n'est disponible au moment de l'appel.

Le fonctionnement du SMUR de la Sarine a permis de tirer les enseignements suivants :

- a) La direction médicale assurée par un ou une médecin cadre dont le poste correspond à un 0.10 EPT est insuffisante pour assumer les tâches de fonctionnement, de formation, de supervision et de participation aux gardes.
- b) Afin de pouvoir bénéficier d'un soutien, notamment logistique, ce service devrait être rattaché à un service hospitalier, la solution la plus logique semblant être le service des urgences, avec lequel la collaboration est la plus étroite au quotidien. La direction de ce service doit être assurée par un poste à haute occupation (0.50 à 0.80 EPT) partagé entre 2 ou 3 personnes qui devraient également œuvrer à l'hôpital.
- c) Contrairement à certains SMUR, le SMUR de la Sarine a opté pour la mise à disposition de médecins expérimentés aptes à prendre en charge les urgences vitales. La solution consistant à avoir recours à des médecins-assistant-e-s débutants, bien que plus économique à première vue, n'est d'aucune utilité et pourrait même se révéler dangereuse, dans la mesure où elle peut engendrer des pertes de temps et des conflits sur le site de l'intervention. Tous les médecins SMUR devraient donc être des médecins de l'hôpital formés et aptes à prendre en charge des urgences ou, au minimum, des médecins-assistant-e-s avec une formation de 2 ans en médecine interne et de 1 an en anesthésie.
- d) La formation continue doit être impérativement garantie, Or, la provenance des médecins SMUR étant très hétérogène (service de médecine, d'anesthésie, des soins intensifs,...), la mise sur pied de cours de formation continue et de débriefing est mission impossible en raison d'horaires incompatibles. De plus, la charge de travail de plus en plus importante dans ces services et l'absence de moyens de contrainte pour obliger les médecins à participer à cette activité a rendu cette dernière de plus en plus aléatoire jusqu'à disparaître pratiquement à ce jour.
- e) Le chauffeur SMUR doit de préférence être un ou une ambulancier-ère diplômé-e IAS/CRS, qui de par sa formation est le mieux à même d'accompagner un ou une médecin SMUR au cours d'une mission.

## **3. Comparaison intercantonale**

### **3.1. Canton de Bâle-Ville**

L'organisation du sauvetage de Bâle-Ville, est intégrée en tant que domaine dans le Département cantonal de la sécurité. Le domaine du sauvetage est subdivisé en trois services (centrale d'engagement, service du feu et service sanitaire). Il s'agit d'une organisation publique adaptée à une population urbaine.

Il est intéressant de constater que le service sanitaire de Bâle (« Sanität Basel ») intervient également dans une partie du canton de Bâle-Campagne. La dernière convention bicantonale en la matière date du 13 février 2007 (RSBS 339.240); elle règle aussi le financement des interventions extracantonales en renvoyant notamment à l'ordonnance sur les émoluments du 18 décembre 2007 (RSBS 339.220). Ce texte représente un certain intérêt dans la mesure où il mentionne l'ensemble des payeurs potentiels des frais d'intervention.

### 3.2. Canton de Berne

Les bases du nouveau système des soins pré-hospitaliers ont été créées lors de l'adoption de la loi du 5 juin 2005 sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11). Cette loi prévoit la réorganisation du système hospitalier bernois et présente le nouveau système des soins pré-hospitaliers (message accompagnant le projet de Loi).

La LSH a été complétée par une ordonnance d'exécution qui aborde en ses articles 78ss les soins pré-hospitaliers.

Un survol des articles 50ss LSH révèle que l'Etat planifie les soins pré-hospitaliers en parallèle avec les soins hospitaliers proprement dits. Le Conseil-exécutif peut instituer une commission cantonale chargée de le conseiller en la matière.

Au niveau des prestataires, la LSH prévoit en son article 53 une centrale d'appels sanitaires urgents (CASU) dont il définit la mission (art. 54 LSH). Elle institue ensuite en ses articles 55 et 56 des services de sauvetage régionaux chargés notamment d'exploiter un centre d'intervention dans la zone qui leur est attribuée. La LSH prévoit par ailleurs en ses articles 55 et 56 le recours à d'autres prestataires qui œuvrent notamment au niveau cantonal ou intercantonal ainsi que la contribution de médecins exerçant à titre privé aux soins pré-hospitaliers. Les prestataires choisis par l'Etat sont liés par un contrat de prestations (art. 59ss LSH).

Au niveau de l'organisation, la LSH prévoit en son article 64 différentes formes d'organisation pour les services de sauvetage régionaux, soit celles d'une institution autonome, d'un centre hospitalier régional (CHR) ou d'une collectivité publique. Elle envisage en son article 65 à titre d'alternative la mise sur pied d'une organisation cantonale réunissant en son sein la CASU et les services de sauvetage régionaux en remplaçant les différents prestataires (CASU, prestataires de soins hospitaliers, institutions autonomes, collectivités publiques).

La Direction de la santé et de la prévoyance sociale a arrêté un calendrier détaillé de la mise en œuvre des structures instituées par la nouvelle LSH. Ce calendrier traite des soins pré-hospitaliers.

Le 1<sup>er</sup> mars 2006, le Conseil exécutif a désigné les partenaires contractuels pour la conclusion de contrats de prestations. Ce document prévoit les prestations de soins pré-hospitaliers, les partenaires contractuels et les secteurs d'engagement des prestataires.

Les numéros d'appel pour les urgences ont également posé problème, comme en atteste la motion déposée en janvier 2007 dans le but d'harmoniser ces numéros et de les rendre facilement accessibles. La structure des cercles et groupes du service des urgences devra être simplifiée, comme on le prévoit par exemple pour le cercle du Seeland.

### 3.3. Canton des Grisons

A l'instar du canton du Valais, le canton des Grisons a une longue expérience de sauvetage dans les montagnes. Il a décidé de créer des bases solides dans sa législation en procédant en 1997 à la révision partielle de sa loi sur les soins aux malades (RSGR 506.000, « Krankenpflegegesetz »). Cette révision a touché les articles 32 à 42. Sur la base de l'article 33 de cette loi, le gouvernement a accepté le concept de sauvetage présenté en mai 1999 par le Département de la justice, de la police et de la santé. Ce concept présente d'abord les objectifs et les principes ainsi que les structures de sauvetage. Il énumère ensuite les organisations impliquées dans le concept de sauvetage. Le concept

résume également les différents mandats de prestations octroyés à l'exploitant du no 144, au service des transports d'urgence sur route, aux médecins urgentistes dirigeants, à la société médicale pour le service de garde et au services des urgences de la ville de Coire. En 2004, le gouvernement a adopté les dispositions d'exécution liées à l'organisation du sauvetage dans les Grisons; ces dispositions reprennent et précisent les normes déjà mentionnées de la loi sur les soins aux malades.

La coordination des interventions en situation ordinaire est assumée par l'exploitant du no 144 (appels d'urgence). Les hôpitaux régionaux sont responsables du sauvetage par route. Le sauvetage par les airs est coordonné par l'exploitant du no 1414 (REGA). Le sauvetage dans la haute montagne (neige notamment) est assumé soit par les exploitants des concessionnaires de transport (téléphériques etc.) et par des organisations spécialisées (CAS p.ex.). Le fonctionnement du service sanitaire en cas de catastrophes fait l'objet d'un manuel spécifique.

Le service des urgences (service de garde) assumé en première ligne par les médecins est organisé de manière très détaillée. L'article 34, alinéa 2, de la loi sanitaire (RSGR 500.000 « Gesundheitsgesetz ») oblige les médecins, pharmaciens et médecins-dentistes à la participation à un service d'urgence régional. De plus, les articles 32 et 39, alinéa 3 de la loi sur les soins aux malades prévoient la mise sur pied d'une organisation de sauvetage par le canton et le versement de contributions financières aux acteurs impliqués.

Sur ces bases, le Département de la justice, de la police et de la santé a passé avec la société médicale des Grisons une convention qui définit notamment le mandat de la société médicale et les tâches du médecin de service (ch. 1 et 2 de la convention). La société médicale a édicté ensuite un règlement sur le service d'urgence dans les Grisons qui définit notamment les régions du service des urgences (art. 3 du règlement et annexe au règlement). Les médecins qui assument le service d'urgence sont passablement sollicités comme le montrent les statistiques publiées en 2007.

### **3.4. Canton de Neuchâtel**

Les services d'urgences du canton de Neuchâtel sont regroupés au sein d'une fédération cantonale. Cette fédération, qui a la forme juridique d'une association, se compose de la centrale 144, des services d'ambulances publics et privés et des SMUR reconnus par l'Etat de Neuchâtel. A côté de ces membres ordinaires, peuvent également être admis comme membres extraordinaires, le Service de la santé publique, les établissements hospitaliers, l'Association cantonale des samaritains, la Fédération neuchâteloise des sapeurs-pompiers, la REGA et la Société neuchâteloise des médecins. Le but de cette fédération est de représenter ses membres ordinaires auprès des instances communales et cantonales ainsi qu'auprès des autres partenaires actifs dans le domaine du sauvetage et de la médecine préhospitalière.

Au niveau financier, la fédération fonctionne essentiellement grâce aux cotisations de ses membres et à des soutiens financiers (dons, subsides). Elle utilise cet argent essentiellement pour la formation.

La fédération travaille dans un contexte régi par le cadre défini sur le plan cantonal. L'Etat peut légiférer en matière de police sanitaire en définissant notamment les conditions d'octroi des autorisations pour les ambulances et les SMUR (règlement concernant les transports de patients et le service mobile d'urgence et de réanimation, RSN 802.105). Le règlement prévoit trois SMUR, chacun rattaché à des districts précis. Ils sont exploités par un hôpital selon les directives du Département de la santé. Ils peuvent faire appel à des médecins spécialisés non hospitaliers. Actuellement il y a trois services d'ambulances officielles qui oeuvrent sur le territoire neuchâtelois ainsi que deux services d'ambulances privés.

### **3.5. Canton de Saint-Gall**

Un premier pas vers une organisation du sauvetage au plan cantonal a été fait en 1995, lorsque le parlement saint-gallois avait décidé de créer une base de sauvetage à l'hôpital cantonal de Saint-Gall

Par la suite, le sauvetage a été organisé, sous la responsabilité du Département de la santé, en chargeant chaque région hospitalière de l'exploitation d'un service de sauvetage dans le cadre du mandat de prestations accordé au pool hospitalier (« Spitalverbund ») de chacune des quatre régions hospitalières du canton. En fait, c'est l'exploitant du numéro d'urgence (no 144), soit l'hôpital cantonal avec sa base de sauvetage, qui coordonne les activités de sauvetage. Les organisations de sauvetage et de transports d'urgence ont besoin d'une autorisation de police (voir la section IV<sup>bis</sup>, articles 16<sup>bis</sup> à 16<sup>quinquies</sup> de l'ordonnance concernant l'exploitation d'institutions privées de soins, RSSG 325.11). Tous les services de sauvetage établis dans les huit sites hospitaliers du canton remplissent également les conditions posées par cette ordonnance.

Pour le surplus, le sauvetage est également assuré par d'autres organismes. Dans une brève présentation du système publiée par le service du médecin cantonal, on cite notamment la REGA avec sa base à St-Gall, le sauvetage de la montagne assuré par le CAS et le sauvetage sur le lac de Constance assumé par la Société Suisse de Sauvetage en collaboration avec la police cantonale (police du lac).

Le service d'urgence de première ligne est assuré par les médecins établis en cabinet et regroupés au sein de la société médicale cantonale. Celle-ci a créé six régions d'intervention, soit la ville de St-Gall avec les communes voisines, le Toggenburg, la région de Werdenberg-Sargans, la région de Wil avec Uzwil, Flawil et Gossau notamment, la région de Rorschach-Rheintal et la région de Rheineck. Il semble que la société médicale exploite ces services régionaux en coordination avec la base de sauvetage (no 144) de l'hôpital cantonal; cela ressort en tout cas du point 2 d'une lettre circulaire rédigée par le médecin cantonal au début de l'année 2002.

### 3.6. Canton du Valais

En tant que canton alpin, le canton du Valais a une longue tradition de sauvetage. Aujourd'hui, le système cantonal des secours fait l'objet d'une loi cantonale (loi sur l'organisation des secours, RSV 810.8). Cette loi définit les secours comme « l'alerte, la recherche, l'engagement, le sauvetage, l'assistance, le transport, l'acheminement adéquat et le transfert de toutes les personnes accidentées, malades ou en danger, quel que soit le lieu où elles se trouvent et quel que soit le moyen de transport utilisé » (art. 2). Elle traite également de la coordination des secours (art. 5 à 7 de la loi). Il faut relever à ce sujet que l'article 6 de la loi prévoit une organisation faîtière cantonale qui doit être approuvée pour être reconnue d'intérêt public. Concrètement, cette organisation s'appelle « Organisation Cantonale Valaisanne des Secours » (OCVS).

La mission de l'OCVS est définie de la manière suivante:

- > définir, adapter et mettre en œuvre un concept global et coordonné des secours en Valais
- > organiser et engager des actions de secours rapides et de qualité pour toutes personnes malades, accidentées ou en détresse sur le territoire cantonal, en développant la coordination, la surveillance, la formation et le subventionnement de tous les partenaires et institutions actifs dans le domaine du sauvetage
- > prendre en charge tous les appels sanitaires urgents grâce à l'équipement et à la gestion d'une centrale d'alarme et d'engagement sanitaire unique et bilingue, pour le canton, via le numéro 144
- > collaborer étroitement avec la centrale d'engagement 117 de la police cantonale pour améliorer sans cesse la coordination des moyens à engager, garantir la sécurité des victimes et des intervenants, échanger en permanence toutes informations utiles, en particulier lors de recherches de personnes
- > développer les échanges mutuels avec les cantons et pays voisins, au travers de leurs centrales d'engagement ou de leurs structures de secours et de sauvetage pour améliorer la coopération ponctuelle lors d'actions communes et développer des nouveaux concepts dans le domaine des secours

Les tâches déléguées et les moyens à disposition de l'OCVS sont fixées par voie d'ordonnance Elle règle dans le détail le financement des secours (art. 12 ss de l'ordonnance).

L'OCVS regroupe 17 organismes différents en son sein et opère à partir de 9 bases ambulances et 4 bases SMUR, ainsi que 4 bases hélicoptères.

### 3.7. Canton de Vaud

Le canton de Vaud a adopté le 26 avril 2006 un règlement sur les urgences pré-hospitalières et le transport des patients (RSVD 810.81.1). Ce règlement est la base pour l'organisation du système vaudois d'urgence préhospitalière. Il définit ce qu'on entend par urgences préhospitalières, quels acteurs principaux interviennent dans la prise en charge des urgences, quels sont les critères à remplir pour obtenir une autorisation d'exploiter pour un service d'ambulance ou d'hélicoptère

La coordination des interventions est assurée par le biais du dispositif cantonal des urgences pré-hospitalières (art. 30 ss du règlement précité). Ce dispositif est fixé par le Service de la santé publique sur préavis de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU). Il se limite à désigner les acteurs qui font partie de l'organisation cantonale de la Médecine d'urgence préhospitalière. Les autres acteurs travaillent à leur risque et doivent uniquement satisfaire aux exigences posées par la police sanitaire (autorisations).

On notera donc que le règlement en question ne se réfère pas à un organisme faitier comparable à la fédération neuchâteloise ou à l'organisation cantonale valaisanne.

Dans le canton de Vaud, il existe une chaîne de secours qui est organisé autour d'une centrale unique qui envoie les secours adéquats. La Fondation Urgence Santé (FUS) est responsable de cette centrale d'engagement, abritant sous le même toit la centrale 144 et la centrale téléphonique des médecins de garde. La centrale 144 peut, sur base de critères bien établis, engager une ambulance dans les 14 services d'ambulance que compte le canton et une médicalisation. La médicalisation engagée peut être de différente forme soit un SMUR pouvant intervenir en 20 minutes depuis un des huit hôpitaux du canton, soit un hélicoptère médicalisé qui intervient sur tout le territoire, soit un membre du réseau des médecins d'urgence (REMU) dans les zones géographiquement plus excentrées. Ce dernier type de médicalisation est prévu pour garantir un délai d'intervention acceptable pour les zones trop éloignées d'un hôpital. Elle est également prévu dans des régions où la densité de la population est trop faible pour justifier la mise en place d'un SMUR. Ce sont des médecins établis en cabinet privé qui ont accepté d'être intégré dans la chaîne de secours. Ces médecins interviennent sur demande du 144 avec leur propre véhicule équipé de matériel de réanimation. C'est le service de la santé publique vaudoise qui prend en charge les frais de formation et l'amortissement du matériel acquis.

Les activités des services d'urgences sont résumées dans un petit chapitre du rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012. On peut relever que les services privés actifs dans le domaine des urgences préhospitalières et qui ne sont pas subventionnés par l'Etat, prennent en charge environ un tiers des cas. Ils assurent cependant les trois quarts des interventions secondaires, soit le transport du patient d'une structure de soins vers une autre structure.

## 4. Améliorations proposées

Avant d'aborder les problèmes d'organisation de la prise en charge des urgences préhospitalières, il y a lieu de préciser quels sont les éléments à créer ou à renforcer dans ce secteur d'activité.

### 4.1. Nécessité d'élaborer un concept

Un concept de la prise en charge des personnes en urgence préhospitalière doit d'être élaboré. Il définit notamment les objectifs, les ressources, les moyens d'intervention et de coordination ainsi que les tâches des différents intervenants. Ce concept doit tenir compte non seulement de la dimension sanitaire d'une prise en charge en urgence, mais également des autres aspects (pharmaciens, pompiers, police, soutien psychologique et autre). De plus, la prise en charge

psychiatrique d'urgence et l'installation de défibrillateurs semi-automatiques doivent également être traitées dans le cadre de ce concept.

## 4.2. Amélioration de la coordination

Comme décrit dans les chapitres précédents, il existe de nombreux intervenants dans la prise en charge des urgences préhospitalières. Bien que chaque intervenant assume un rôle spécifique dans la chaîne des urgences, le travail de chacun est interdépendant et conditionne le travail de l'autre, d'où l'importance de coordonner le tout. La coordination par un seul et même organe, en considérant l'ensemble de la prise en charge, favorise l'efficacité mais permet également de fédérer et d'orienter les différents intervenants dans un objectif de qualité de la prise en charge. En raison de la tâche de coordination confiée à cet organe, un centre de compétences doit être créé.

## 4.3. Médicalisation des urgences préhospitalières

La médicalisation des urgences doit être envisagée pour les patient-e-s en détresse, c'est-à-dire les malades et les blessés en danger de mort ou avec de graves lésions. Dans le canton de Fribourg, cette médicalisation des urgences concerne un nombre de prises en charge annuelles estimé à 1500, soit une moyenne d'environ 4 cas par jour qui méritent la présence d'un ou une médecin sur place. Cependant, la nécessité d'une médicalisation de la prise en charge des urgences préhospitalières ne dépend pas uniquement du nombre de situations potentielles, mais également des avantages que la mise en place d'une telle mesure peut engendrer. Ainsi, une intervention médicale rapide et de qualité améliore souvent le pronostic vital de manière considérable. Elle permet également d'éviter que certains cas arrivent aux urgences dans un état critique et mobilisent une grande partie du service des urgences. D'autres avantages y sont liés, comme la diminution de l'intensité et de la longueur de l'hospitalisation, la diminution des séquelles invalidantes ou la reprise plus rapide du travail. Ainsi, la médicalisation des urgences préhospitalières est un élément indispensable du système de santé et un maillon important pour que la chaîne de la prise en charge soit efficace. Elle est même devenue aujourd'hui, à n'en pas douter, un élément indispensable d'une organisation sociale et sanitaire de bon niveau.

Pour des raisons d'économie, de qualité et de géographie (ou de topographie), la médicalisation des urgences préhospitalières dans le canton de Fribourg doit s'articuler autour de trois types de médicalisation:

- > le SMUR,
- > les médecins de premier recours d'urgence, et
- > la REGA.

### 4.3.1. Mise en place d'un SMUR cantonal

#### Décision de principe

L'élément principal de la médicalisation est la création d'un Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) digne de ce nom, rattaché à un hôpital de soins aigus qui devra fournir les médecins qualifiés pour une prise en charge adéquate de l'urgence ; seul un tel établissement peut fournir le personnel formé et habitué à effectuer les actes médicaux indispensables pour assurer le maintien des fonctions vitales. De plus, vu l'activité restreinte que peut générer pour un SMUR le bassin de population du canton de Fribourg, seule l'intégration des médecins qualifiés dans une activité plus large est de nature à maintenir le très haut niveau de compétence de ces professionnel-le-s de l'urgence.

Le nombre de SMUR à mettre en place dépend d'autres paramètres, à savoir la rapidité d'accès aux lieux d'intervention, le taux de couverture du territoire cantonal et de la population fribourgeoise que l'on veut atteindre et des coûts à charge des pouvoirs publics.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la mise en place d'un seul SMUR cantonal répond de façon optimale aux besoins. En raison de la densité démographique du centre du canton, il est logique que ce SMUR cantonal soit localisé à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal. Cette localisation se justifie également par le fait que la plus grande partie des interventions se concentre sur le grand Fribourg, sur Bulle et environs et sur l'axe Bulle-Fribourg. Ainsi, les régions du Lac Noir, de la partie haute de l'Intyamont, Charmey-Jaun, la région de Kerzers et du Vully et celles très périphériques de la Veveysse exceptées, une grande partie du territoire cantonal et de la population pourront être couverts dans un délai d'intervention d'environ 20 minutes. L'augmentation du pourcentage couvert par la création d'un SMUR supplémentaire à Tafers et / ou à Riaz, ne se justifie pas en regard de la baisse qualitative qu'engendrerait la diminution du nombre d'interventions (répartition du nombre total des interventions sur 2 ou 3 SMUR) ainsi que du coût supplémentaire correspondant.

Pour les régions périphériques, la collaboration avec des SMUR extracantonaux peut être envisagée. S'agissant plus particulièrement de la Broye fribourgeoise, elle continuera à être desservie par le SMUR basé à l'Hôpital intercantonal de la Broye, site de Payerne. L'élargissement du périmètre d'intervention de ce SMUR à une partie de la Glâne pourra encore être examiné.

### Organisation et exigences

Le SMUR cantonal doit donc être intégré à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal avec rattachement organisationnel au service des urgences, sous la responsabilité du ou de la médecin-chef-fe de ce service.

Les médecins participant aux activités du SMUR doivent avoir une formation dans une filière de médecine d'urgence (préhospitalière ou hospitalière) ou en médecine générale. L'appartenance de base des médecins au service des urgences du site de l'Hôpital cantonal est souhaitable. La participation d'un autre service ou éventuellement d'un autre site reste ouverte. Cette question devra être étudiée en tenant compte de l'activité des médecins en dehors de leur activité SMUR. Il est certain que l'appartenance des médecins SMUR à un seul service facilite le planning, la formation et la collaboration avec les services partenaires.

Dans une équipe SMUR le ou la médecin doit en principe être accompagné-e d'un ambulancier-ère diplômé-e et le bilinguisme assuré.

Les interventions du SMUR cantonal seront déclenchées par la centrale 144. Il peut l'être également par l'ambulancier-ère déjà envoyé-e sur place pour l'intervention.

La mise en place d'un SMUR cantonal 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 nécessite un certain nombre de ressources. Celles-ci ont été estimées à 4.7 EPT de médecins SMUR, 5 EPT d'ambulancier-ère-s et 0.5 EPT de médecin cadre responsable qui renforcera également le Service des urgences. La dotation en ambulancier-ère-s pourrait être diminuée en fonction d'une synergie à mettre en place avec la centrale 144 et/ou le SAS. En effet, et seulement la nuit, un des deux régulateurs présents la nuit à la centrale 144 pourrait remplir la fonction de chauffeur SMUR. Ceci n'est envisageable qu'à condition que :

- > la centrale 144 se trouve à proximité des urgences et du SMUR ;
- > la centrale 144 dispose de deux régulateurs la nuit ;
- > que le régulateur de la centrale 144 qui assume également la fonction de chauffeur SMUR soit un ambulancier-ère diplômé-e ce qui implique, au niveau de l'organisation de la centrale 144 que tous les régulateurs soient des ambulancier-ère-s diplômé-e-s .

Seulement si ces conditions sont remplies, la dotation calculée de 5 EPT d'ambulancier-ère-s pour le SMUR cantonal peut être diminuée.

Au niveau du matériel, il faut 2 véhicules SMUR avec équipement adéquat (avertisseurs sonores, chariot coulissant de distributeur du matériel, radio fixe relié à la centrale 144), du matériel médical,

3 radios et des équipements vestimentaires. Il faut également prévoir un garage pour deux véhicules, à proximité de l'hôpital. Des locaux et postes de travail pour le personnel sont nécessaires.

Il y a lieu de relever également que des frais de formation doivent être investis au départ pour que chaque médecin possède les formations ACLS, ATLS, PALS, formations qui sont à renouveler tous les quatre ans. Le budget d'exploitation du SMUR cantonal doit également prévoir un montant pour la formation continue.

Une partie de ces dépenses peut être considérée comme investissement de départ, alors que d'autres s'inscrivent dans les budgets d'exploitation annuels.

#### 4.3.2. **Le SMUR de la Broye**

Pour la région de la Broye fribourgeoise et vaudoise, la médicalisation est actuellement assurée par le SMUR basé à l'Hôpital intercantonal de la Broye, site de Payerne. Cependant, la couverture du SMUR de Payerne devra être élargie à d'autres régions du canton de Fribourg, notamment dans la Glâne, pour permettre de réduire significativement le délai d'intervention par rapport au SMUR cantonal basé à Fribourg et de garantir ainsi une médicalisation dans un délai de 20 minutes environ. Il s'agira donc d'établir une convention avec le canton de Vaud pour déterminer les termes de cette collaboration et définir les exigences à formuler vis-à-vis du SMUR de Payerne.

#### 4.3.3. **Les médecins de premier recours d'urgences**

Pour les régions périphériques ou difficiles d'accès, soit là où le délai d'intervention d'une ambulance et/ou du SMUR cantonal et du SMUR de Payerne dépasse significativement les 20 minutes, une collaboration doit être établie avec les médecins de premier recours d'urgence, à l'instar de ce qui a été fait dans les cantons de Vaud et du Valais.

##### Fonctionnement

Les médecins de premiers recours d'urgence sont recrutés parmi les médecins établis en pratique privée. Ils doivent être associés au dispositif cantonal de médicalisation de la prise en charge d'urgence préhospitalière et un lien étroit entre le SMUR et ces médecins doit être mis en place. Une telle organisation permettra ainsi à ces professionnel-le-s de partager leurs préoccupations et leurs responsabilités. Cette collaboration implique que le SMUR cantonal soit en permanence en lien avec ces praticiens pour les soutenir dans leur tâche, leur prodiguer des conseils, organiser des débriefings et des mises au point. Ce partenariat avec les médecins de premiers recours concernés implique donc des moyens et une possibilité de formation continue.

Le ou la médecin de premier recours d'urgence est alarmé-e par la centrale 144, suivant les mêmes critères que le SMUR. Il prend en charge le patient, le temps nécessaire à l'arrivée du SMUR.

Les prestations du ou de la médecin de premiers recours dans le cadre de la prise en charge des urgences préhospitalières seront définies dans un cahier des charges. Les compétences et les exigences quant à la formation et à leur indemnisation, voir plus bas, seront également à préciser.

La principale difficulté à laquelle se heurte la mise en place d'un pool de médecins de premier recours d'urgence est la difficulté de recrutement d'un nombre suffisant d'intervenants potentiels.

### Couverture du canton

L'analyse du délai d'intervention à partir d'un SMUR cantonal basé à Fribourg et du SMUR de Payerne révèle quelles sont les régions qui doivent être couvertes par un ou une médecin de premier recours d'urgence pour assurer la médicalisation de la prise en charge d'urgence préhospitalière dans un délai raisonnable.

Cette analyse montre que pratiquement tout le Centre et le Nord du canton, sont desservis dans un délai raisonnable par le SMUR cantonal basé à Fribourg et le SMUR de Payerne. La conclusion est quelque peu différente pour le Sud du canton. En effet, le délai d'intervention de 20 minutes depuis Fribourg ou Payerne est significativement dépassé pour une partie non négligeable du territoire. Cependant, la création d'un pool de médecins de premier recours d'urgence dans la région bulloise permettrait de garantir une médicalisation de la prise en charge d'urgence préhospitalière dans un délai d'intervention acceptable pour la quasi totalité du territoire du Sud du canton. La question de la création d'un deuxième pool de médecins de premiers recours d'urgence pour le Sud du canton constitué de médecins installés dans les districts de la Glâne et de la Veveyse devra également être analysée pour améliorer encore d'avantage le délai d'intervention pour les communes très éloignées du Sud.

Ainsi, avec le SMUR de Fribourg, le SMUR de Payerne et un pool de médecins de premier recours d'urgence dans les environs de Bulle, seules la région du Lac Noir et celle au-delà de Charmey jusqu'au Jaun ne pourraient pas encore disposer d'une médicalisation de la prise en charge d'urgence préhospitalière dans un délai acceptable. La création d'un pool de médecin de premier recours d'urgence dans chacune de ces régions n'est actuellement pas envisageable au vu du nombre très réduit et de l'âge des médecins installés dans ces régions. Même si la médicalisation est toujours possible par une intervention de la REGA, celle-ci est limitée à de bonnes conditions météorologiques. Des solutions particulières devront donc être étudiées pour ces deux régions. Une des solutions envisageables serait notamment d'augmenter l'attractivité pour des médecins de s'installer dans ces régions en négociant avec eux la possibilité de créer un pool de médecins de premier recours d'urgence permettant ainsi d'assurer une médicalisation de la prise en charge d'urgences. Dans ce cas, la prise en charge d'urgences devrait devenir une composante à part entière de l'activité du médecin de premier recours.

### Moyens nécessaires

Pour favoriser l'attrait des médecins à participer au pool de médecins de premier recours d'urgence, il conviendra de les rémunérer pour le service de piquet qu'ils offrent en étant prêts à se déplacer immédiatement auprès du patient et à quitter ainsi leur cabinet de consultations. A cette rémunération devra s'ajouter une indemnisation par intervention pour le temps consacré et l'utilisation du véhicule privé. L'acte médical proprement dit sera remboursé par l'assurance du patient. Un effort particulier devra également être consacré à la formation permanente et à l'encadrement de ces médecins par les médecins SMUR. Avec les taxes compensatoires perçues auprès des médecins dispensés de la garde, la SMCF contribue aux frais de formation des médecins de premier recours d'urgence.

Chaque pool de médecins de premier recours d'urgence devra être doté d'un nombre suffisant de sacs de réanimation dont le nombre dépend de l'organisation et du nombre de médecins participant au pool. Un autre élément de l'équipement sera le girophare permettant au ou à la médecin de premier recours d'urgence de se déplacer rapidement. Des négociations devront avoir lieu avec l'Office de la circulation et de la navigation pour obtenir l'autorisation d'utiliser un girophare.

#### 4.3.4. Rega

Dans certaines situations, il est indiqué de recourir directement à la REGA. Cependant, la mise en place de la médicalisation dans le canton de Fribourg devrait diminuer ces interventions.

#### 4.3.5. Transferts interhospitaliers

Il y a lieu de relever qu'un certain nombre de transferts inter-hospitaliers et intersites hospitaliers nécessitent déjà aujourd'hui une prise en charge médicale durant le transport. Les médecins SMUR peuvent participer à cette prise en charge, tout en restant joignables pour les services d'ambulance. Toutefois, les interventions primaires nécessitant une médicalisation restent la priorité. La réalisation d'un transfert peut toujours être retardé ou effectué par la Rega.

#### 4.4. **Cabinets médicaux d'urgence**

L'organisation de la garde médicale dans le canton, confiée à la SMCF, devient de plus en plus difficile. Cette situation s'explique tant par des éléments propres à la structure du corps médical et à l'évolution de la pratique de la médecine, qu'aux impératifs économiques et aux habitudes et attentes des patients.

En effet, en raison de l'âge de certains médecins de premiers recours dans le canton, la relève pour effectuer le service de garde devient insuffisante. De plus, la médecine est devenue plus complexe et la tendance à la spécialisation exige plus qu'autrefois une approche souvent pluridisciplinaire. Les infrastructures, tels que salle de plâtres, salle de sutures, radiologie, laboratoire, ont tendance à disparaître des cabinets médicaux. Or, ces instruments sont importants pour prendre en charge les urgences en cabinet médical.

Durant la dernière décennie, les patients requérant des soins en urgence ont pris l'habitude de consulter directement aux urgences de l'hôpital ce qui engendre une surcharge pour ces services surtout en soirée, les fins de semaine et les jours fériés. Cette tendance va sans doute encore s'accroître dans le futur, en raison notamment du manque de médecins de premier recours.

Ainsi, les services des hôpitaux destinés à la prise en charge de cas en principe considérés comme urgents sont sollicités de plus en plus par ce qui peut être apparenté à des demandes de consultations. Cette situation, qui n'est pas particulière au canton de Fribourg, a pour conséquence un allongement des temps d'attente dans les services d'urgence des hôpitaux.

Un partenariat entre l'hôpital et les médecins de premier recours permettrait d'améliorer cette situation et d'utiliser de manière rationnelle les compétences de chacun. Ce partenariat pourrait se concrétiser par une collaboration des médecins installés avec le service des urgences des hôpitaux, à l'instar de ce qui se fait déjà dans d'autres cantons. Cette collaboration pourrait se réaliser par exemple avec la présence d'un médecin libre praticien-ne dans une structure, à définir, au service des urgences. Ce médecin pourrait prendre en charge une partie des demandes de consultations médicales d'urgences ambulatoires durant les heures de pointe, les jours de fêtes et les weekends, en tenant compte des habitudes des patients. Un concept dans ce sens est en cours de discussion entre la SMCF et l'hôpital fribourgeois.

#### 4.5. **Gestion des appels d'urgence et de la garde médicale**

L'analyse de la situation révèle la nécessité d'améliorer l'orientation des patient-e-s à la source. Ceci aurait l'avantage de diriger le ou la patient-e au bon endroit, mais aussi de décharger par la même occasion les médecins de garde et les services d'urgences des hôpitaux en les sollicitant uniquement pour les cas qu'ils doivent impérativement traiter eux-mêmes. Pour atteindre ce but, un tri téléphonique médical est effectué. En collaboration avec la Société de médecine du canton de Fribourg et l'HFR, un mandat sera ainsi donné par le canton de Fribourg à une société de télé-médecine.

### Fonctionnement et financement

Le fonctionnement actuel ne va pas être beaucoup modifié. Ainsi, le numéro unique d'appel de la garde médicale pendant la nuit de 20h à 8h et pendant le week-end ainsi que les numéros des services d'urgences des hôpitaux (pédiatriques et pour adultes) pendant la nuit et le jour seront déviés vers la centrale de la société de télémedecine. Ces appels seront identifiés comme des appels venant de Fribourg. Un assistant en télémedecine va y répondre, évaluer la situation et orienter le patient. S'il s'agit d'une situation d'urgence vitale, la centrale 144 Fribourg est alertée pour la mobilisation d'une ambulance, voire du SMUR. Pour les cas sans urgence vitale mais nécessitant néanmoins des soins urgents, soit il est conseillé au patient de se déplacer aux urgences de l'hôpital soit le médecin de garde est appelé au chevet du patient. Pour les autres cas, le patient est orienté vers son médecin traitant pour une consultation à son cabinet dans un délai approprié. Pour un ou une patient-e assuré-e auprès d'une caisse-maladie partenaire de la société de télémedecine, une consultation téléphonique par un médecin de la société de télémedecine est proposée.

Dans tous les cas, le canton de Fribourg va prendre en charge les coûts liés au tri téléphonique pour toute la population fribourgeoise. Le prix par appel est estimé à 30 francs ce qui engendre un coût total d'environ 660'000 francs, dont le financement est assuré par l'Etat et les communes.

#### **4.6. Coordination entre les intervenants de la prise en charge préhospitalière et les structures de conduite pour les situations extraordinaires**

A ce stade, il importe de relever que la gestion des situations extraordinaires sur le plan sanitaire doit pouvoir se baser sur des moyens de la prise en charge préhospitalière suffisants et efficaces, ce qui implique que les améliorations proposées sur le plan sanitaire dans le présent rapport – notamment la création d'un SMUR cantonal et l'institution d'un organe cantonal de coordination – soient réalisées.

Pour les organes de conduite, le fait de disposer d'un interlocuteur unique pour l'ensemble du préhospitalier avec l'organe cantonal de coordination, aussi bien pour la prévention que la préparation et l'engagement, constituera une amélioration notable de la gestion cantonale des situations extraordinaires sur le plan sanitaire.

La coordination entre les intervenants de la prise en charge préhospitalière (via l'organe cantonal de coordination) et les structures de conduite pour les situations extraordinaires (OCC et OCS) devra encore être précisée et affinée dans le concept et dans l'ordonnance d'exécution de la loi sur la santé prévus dans le cadre du projet mené par le SMC mentionné précédemment.

## **5. Options d'organisation possible**

Différentes options d'organisation de la prise en charge des urgences préhospitalières peuvent être imaginées en fonction du degré d'intervention étatique et de l'éventail des tâches qui doivent être réservées à l'Etat et, partant, à l'Administration cantonale dans ce domaine.

Conformément à la législation en vigueur et plus spécialement à la loi sur la santé, l'Etat doit veiller à ce que la population dispose d'un approvisionnement en soins de santé adéquat, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Dans cette optique, il lui appartient à titre prioritaire et exclusif de délivrer lui-même les autorisations de pratique et d'exploitation des institutions de soins et d'en assumer la surveillance. Par ailleurs, l'Etat doit également assurer le bon fonctionnement du système par l'octroi de subventions.

En revanche, rien ne l'oblige à assumer lui-même un rôle de prestataire de soins. L'Etat et ses services ne sont donc pas tenus d'exécuter des tâches opérationnelles. En vertu du principe de la

subsidiarité, il lui est même possible de déléguer à des organismes de droit privé ou à des particuliers des compétences. Dans ce cas, il doit veiller à ce que les objectifs visés soient réalisés conformément aux tâches et compétences qu'il a lui-même délégués.

C'est sur la base de ces réflexions et des expériences faites dans d'autres cantons, en particulier dans le canton de Vaud et en Valais, qu'un certain nombre de variantes ont été analysées et qu'une d'entre elles a été retenue pour être proposée aux autorités compétentes.

### **5.1. Ensemble des compétences confiées à l'Etat**

Dans cette variante d'organisation, les compétences stratégiques restent entre les mains de l'Etat qui assume également le rôle de coordinateur. Il confie le volet opérationnel au SSP qui élabore un dispositif détaillé. C'est en donnant des mandats de prestations aux différents intervenants que le SSP concrétise ce dispositif. Afin d'appuyer le SSP, une commission consultative dans laquelle sont représentés les différents intervenants est créée.

L'avantage de ce modèle est qu'il engendre un minimum de changements par rapport à la situation actuelle. Avec l'appui de la commission consultative, le dispositif cantonal mis en place devrait résulter d'un consensus des intervenants travaillant sur le terrain. Cependant, le caractère consultatif donné à cette commission réduit considérablement l'aspect participatif de ce modèle.

### **5.2. Compétences partagées entre l'Etat et un organisme extérieur à l'Etat**

Dans cette variante d'organisation, les compétences stratégiques restent entre les mains de l'Etat alors que les compétences opérationnelles sont déléguées à un organisme extérieur à l'Etat qui assume le rôle de coordinateur.

La représentation des différents intervenants dans les organes décisionnels de cet organisme confère à ce modèle un aspect participatif plus important que dans le modèle précédent. Elle permet également de légitimer les décisions prises et garantit une certaine neutralité. L'Etat devra toutefois également être représenté dans les organes décisionnels afin de maintenir une certaine cohérence avec l'ensemble du système sanitaire. Le défi sera de trouver le meilleur équilibre dans cette représentation.

Un seul et unique organisme dissocié de l'Etat présente l'avantage d'instaurer un interlocuteur unique pour toutes les négociations avec l'Etat, les partenaires et les assureurs et un centre de compétences visible dans le domaine de la prise en charge des urgences préhospitalières.

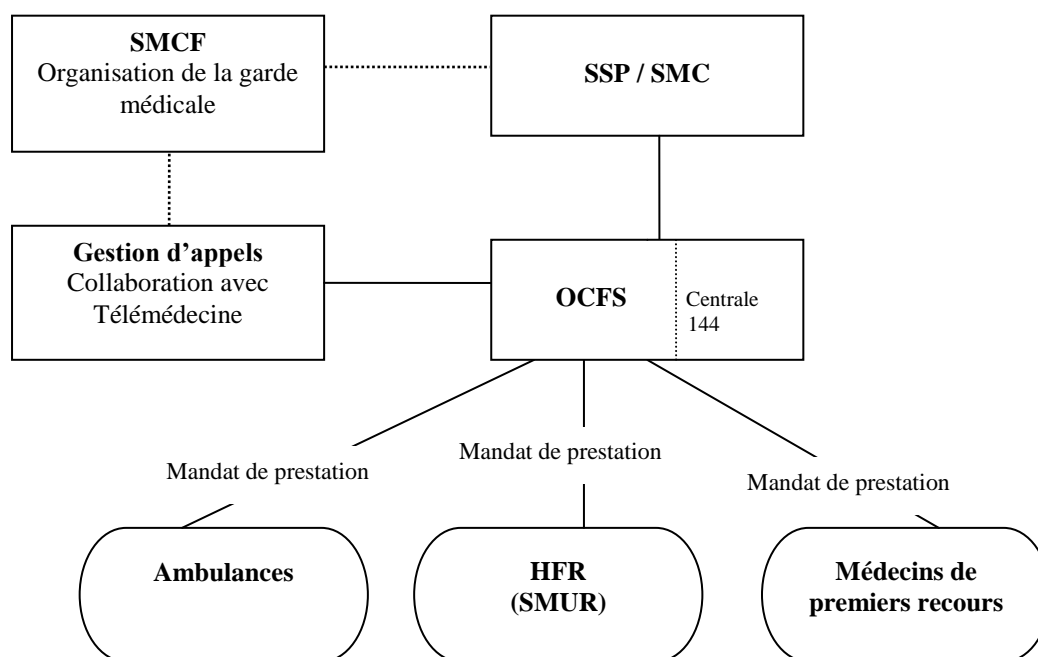
La viabilité d'un tel modèle dépend du succès avec lequel le changement, important par rapport à la situation actuelle, sera opéré et de la personnalité qui sera placée à la tête de cet organisme.

La mise en place d'un tel modèle, très différent de la situation actuelle, ne pourra se réaliser du jour au lendemain et prendra du temps. Cependant, les expériences vécues par les cantons ayant mis en place un tel modèle permettront d'éviter les erreurs de jeunesse et d'accélérer sa mise en place dans le canton de Fribourg.

## 6. Option d'organisation retenue

L'option d'organisation retenue est celle qui confie les compétences opérationnelles à un organisme de coordination extérieur à l'Etat, qu'il s'agit de créer. En effet, actuellement, aucun organisme existant dans le canton de Fribourg ne pourrait recevoir un tel mandat. Il est ainsi proposé de créer une « Organisation Cantonale Fribourgeoise des Secours » (OCFS), qui s'inspire du modèle valaisan.

L'organigramme institutionnel qui suit donne un aperçu de l'option retenue.



Il importe de souligner le rôle de coordination prépondérant que devra jouer la centrale 144, rôle que l'organigramme ci-dessus ne met pas suffisamment en évidence.

### 6.1. But et missions de l'organisme de coordination

Le but assigné à l'organisme de coordination est de garantir dans toutes les situations, le bon fonctionnement de l'ensemble des intervenants dans le domaine de la prise en charge des urgences préhospitalières, de couvrir de façon optimale et coordonnée les différentes zones géographiques du canton, de définir et préciser la mission spécifique de chacun des intervenants en fonction des besoins. Il remplit cette mission par l'attribution de mandats de prestations aux différents intervenants.

### 6.2. Statut juridique et représentation

Le statut juridique le plus adéquat pour cet organisme est une association de droit privé d'intérêt public, en raison de la souplesse de ses structures et des facilités d'adaptation qu'elle présente.

### 6.3. Centrale 144

Au vu de la mission de coordination confiée à cet organisme, il est souhaitable que la gestion de la centrale 144 lui soit également confiée. Outre les synergies que cela peut engendrer, l'échange d'informations en sera facilité et le statut juridique de la centrale 144 sera ainsi clarifié.

## 7. Conséquences du choix opéré

### 7.1. Financement

Dans ce chapitre, il s'agit de déterminer à qui revient la facture des coûts de la prise en charge des urgences préhospitalières. Mis à part la contribution des assureurs, il convient de préciser quelle part de ces coûts sera à charge des pouvoirs publics suite aux décisions prises dans le chapitre 3. et comment ils seront répartis entre l'Etat et les communes.

Le tableau qui suit présente un aperçu des coûts et de leur répartition actuelle.

Dépenses 2011 nettes	Part nette à charge du canton	Part nette à charge des communes	Total
<b>OCFS</b>			
<b>Centrale 144</b>	1'756'300.00	0.00	1'756'300.00
<b>SMUR Sarine</b>	0.00	28'000.00	28'000.00
<b>SMUR Broye</b>	0.00	200'198.00	200'198.00
<b>Médecin de premier recours d'urgence</b>			
<b>Singine</b>	0.00	50'000.00	50'000.00
<b>Services d'ambulances</b>	0.00	4'350'977.00	4'350'977.00
<b>Tri téléphonique</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>1'756'300.00</b>	<b>4'629'175.00</b>	<b>6'385'475.00</b>

Dans le futur, certains maillons de la prise en charges des urgences préhospitalières devront être créés ou renforcés. Le tableau qui suit montre le coût total prévisible de la nouvelle organisation.

Dépenses futures	Part nette à charge du canton	Part nette à charge des communes	Contribution formation SMC	Total
<b>OCFS</b>	543'465.59			543'465.59
<b>Centrale 144</b>	1'756'300.00			1'756'300.00
<b>SMUR cantonal</b>	478'941.01	478'941.01		957'882.01
<b>SMUR Broye</b>	140'000.00	140'000.00		280'000.00
<b>Médecin de premier recours d'urgence</b>	125'000.00	125'000.00	50'000.00	300'000.00
<b>Services d'ambulances</b>		4'350'977.00		4'350'977.00
<b>Tri téléphonique</b>	330'000.00	330'000.00		660'000.00
<b>TOTAL</b>	<b>3'373'706.60</b>	<b>5'424'918.01</b>	<b>50'000.00</b>	<b>8'848'624.60</b>

A cela, s'ajoute un budget de départ nécessaire à la mise en place de la nouvelle organisation. Les coûts ont été estimés de la manière suivante :

Investissements de départ	Total	Part nette à charge du canton	Part nette à charge des communes
<b>TOTAL</b>	<b>597'000.00</b>	<b>339'500</b>	<b>257'500</b>
<b>SMUR</b>	<b>455'000.00</b>	<b>227'500</b>	<b>227'500</b>
2 véhicules SMUR équipées	320'000.00	160'000	160'000
Matériel de radiotéléphonie	10'000.00	5'000	5'000
Equipement vestimentaire	30'000.00	15'000	15'000
Mobilier	30'000.00	15'000	15'000
Achat informatiques	10'000.00	5'000	5'000
Formation	30'000.00	15'000	15'000
Transformation locaux	25'000.00	12'500	12'500
<b>OCFS</b>	<b>82'000.00</b>	<b>82'000</b>	
Mobilier	30'000.00	30'000	
Achat informatique	27'000.00	27'000	
Transformation locaux	25'000.00	25'000	
<b>Médecins de premier recours d'urgence</b>	<b>50'000.00</b>	<b>25'000</b>	<b>25'000</b>
Formation	15000	7'500	7'500
Equipement	35000	17'500	17'500
<b>Centrale téléphonique (lien avec société de télémédecine)</b>	<b>10'000.00</b>	<b>5'000</b>	<b>5'000</b>

## 7.2. Législation

Pour mettre en place un concept de prise en charge préhospitalière et un organe de coordination, une base légale est nécessaire. Le projet de loi va se fonder sur le présent rapport.

## 8. Conclusion

Une prise en charge des urgences préhospitalières de qualité représente un élément essentiel du système de santé dont il constitue une des portes d'entrée. Les pouvoirs publics doivent garantir à la population fribourgeoise que la mission de base qui consiste à répondre de manière efficace aux urgences médicales est assurée sur l'ensemble du territoire cantonal.

Or, l'analyse de la situation actuelle a révélé la nécessité d'améliorer certains aspects de la prise en charge des urgences préhospitalières dans le canton de Fribourg, en particulier en complétant les intervenants et les moyens nécessaires à cette prise en charge et en optimisant leur coordination. Aujourd'hui, cette prise en charge doit être réaménagée pour tenir compte des changements de structure générés ces dernières années dans le secteur hospitalier par la création d'un hôpital public unique et la planification hospitalière adaptée par le Conseil d'Etat en mars 2008. Il s'agit également de prendre en considération les changements intervenus dans le secteur ambulatoire, en particulier celui des cabinets médicaux privés.

La coordination du système par une seule et même entité, l'« Organisation Cantonale Fribourgeoise des Secours » (OCFS), inspirée du modèle valaisan, ainsi que la création au plan cantonal d'un Service mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sont les principales mesures retenues pour garantir la cohérence du système et augmenter son efficacité et la qualité de la prise en charge des

urgences préhospitalières. Par ailleurs, la mise en place d'un tri médical téléphonique doit permettre de diminuer la surcharge des médecins de garde et des services d'urgence des hôpitaux sur lesquels se répercute notamment le manque de médecin de premier recours.

Il importe de souligner en outre que les intervenants et les moyens de la prise en charge préhospitalière sont sollicités tant pour les interventions quotidiennes que lors d'événements extraordinaires, notamment les accidents ou sinistres majeurs et les catastrophes. Aussi, la gestion des situations extraordinaires doit-elle pouvoir se baser sur des moyens de la prise en charge préhospitalière suffisants et efficaces, ce qui implique que les améliorations proposées sur le plan sanitaire dans le présent rapport – notamment la création d'un SMUR cantonal et l'institution de l'OCFS - soient réalisées. En outre, pour les organes de conduite, le fait de disposer avec l'OCFS d'un interlocuteur unique pour l'ensemble du préhospitalier, aussi bien pour la prévention que la préparation et l'engagement, constituera une amélioration notable de la gestion cantonale des situations extraordinaires sur le plan sanitaire.

Comme toute amélioration du système de santé, la nouvelle organisation engendrera des coûts supplémentaires non négligeables. Il faut cependant relever qu'une prise en charge des urgences préhospitalières efficaces et de qualité constitue une offre de base de toute société bien organisée ; elle figure même, par exemple, parmi les critères de choix d'implantation d'une nouvelle entreprise. De plus, par les synergies et les plus-values qu'elle induira, les coûts engendrés devraient être limités et contenus dans des limites acceptables. Une prise en charge des urgences préhospitalières de qualité permet enfin d'éviter d'autres coûts en réduisant la gravité de l'atteinte des personnes touchées et ses séquelles parfois invalidantes et d'éliminer des doublons dans la prise en charge des patient-e-s.

Une prise en charge des urgences préhospitalières optimale doit devenir la priorité de toute politique sanitaire efficace.

## 9. Abréviations

ASF	Service d'ambulance du Sud fribourgeois
CAS	Colonne de secours
CRS	Croix Rouge Suisse
EPT	Equivalent plein temps
EMUPS	L'Equipe mobile d'urgences psychosociales
FMH	Fédération des médecins suisse
GISP	Groupe d'intervention sanitaire professionnel
GRIMCA	Groupe Romand d'Intervention Médicale en cas de Catastrophe
GRSP	Groupement romand des services de santé publique
HFR	hôpital fribourgeois
IAS	Interassociation de Sauvetage
LProtPop	Loi du 13 décembre 2007 sur la protection de la population
LRHF	Loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois
Lsan	Loi du 16 novembre 1999 sur la santé
Obsan	Observatoire de la santé
OCC	Organe cantonal de conduite
OCS	Organe de conduite sanitaire
ORCAF	Organisation cantonale en cas de catastrophe du canton de Fribourg
ORCOC	Organes communaux
REGA	Garde aérienne suisse de sauvetage
RHF	Réseau hospitalier fribourgeois
RFSM	Réseau fribourgeois de santé mentale
RNAPU	Réseau national d'aide psychologique d'urgence
SAS	Service d'ambulances de la Sarine
SAE	Système d'aide à l'engagement
SMC	Service du médecin cantonal
SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SSP	Service de la santé publique
SSMUS	Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
VSS	Véhicule de soutien sanitaire