

**L'hôpital fribourgeois, site de Fribourg-Freiburg,  
privé de ses soins intensifs**

---

**Question**

L'hôpital fribourgeois, site de Fribourg-Freiburg, privé de ses soins intensifs pour une période indéterminée : cette décision a créé un émoi particulier au sein de la population fribourgeoise et bien au-delà ! Des investissements ont été consentis pour donner à notre hôpital cantonal un statut de haut niveau, incluant la quasi-totalité des médecines de pointe. Cette fermeture des soins intensifs où les malades sont dirigés vers d'autres centres médicaux dans ou hors canton, cette stratégie médicale, certes passagère, n'est en tous les cas pas la solution qui peut apaiser et surtout calmer les nombreuses interrogations que se posent des milliers de Fribourgeois et Fribourgeoises.

Certes, la décision de faire hospitaliser ailleurs, dans d'autres centres intensifs, des malades réclamant un traitement de très haute qualité avec un suivi continu, cette décision aura bien sûr cet avantage indiscutable, si ce n'est de sauver des vies, du moins de garantir aux patients pris en charge par les urgences de l'hôpital fribourgeois, site de Fribourg-Freiburg, de trouver ailleurs une médicalisation appropriée.

Mais l'essentiel de mon interrogation, c'est le « pourquoi » de cette situation. Un hôpital de la stature de notre hôpital cantonal, qui n'est plus à même d'assurer le maintien de ses soins intensifs, avec toutes les explications que l'on veut bien nous fournir, j'ai énormément de peine à comprendre et certainement que je ne suis pas le seul !

Nous avons un corps médical de très haut niveau, des spécialistes nombreux possédant les qualités qui font d'eux d'excellents praticiens. Pourquoi aller chercher ailleurs ce que nous possédons chez nous, dans notre canton, dans cette ville de Fribourg où pratiquent de nombreuses personnalités reconnues de la médecine ?

Une nouvelle fois, je le répète, fermer les soins intensifs à l'hôpital fribourgeois, site de Fribourg-Freiburg, même si certaines explications données pour justifier cette mesure extrême peuvent être prises en considération, cette décision ne tient de loin pas la route.

Regrettable pour notre hôpital, regrettable aussi pour l'aura que lui apportent des centaines de médecins, d'infirmiers et infirmières, de soignants et soignantes.

Il est à souhaiter en tous les cas qu'une situation de ce genre ne se reproduise plus, il en va aussi de la renommée d'un centre médical qui n'est plus à faire et que des dizaines de milliers de Fribourgeois et Fribourgeoises privilégient.

Le 8 janvier 2008

## **Réponse du Conseil d'État**

### **1. Préambule**

Les informations qui ont été véhiculées et qui ont fait état d'une fermeture des soins intensifs n'ont pas été correctes. Le 21 décembre 2007, le directeur médical, en collaboration avec les médecins-chefs des services de médecine, de chirurgie et d'anesthésie, a pris la décision de transférer trois patients de soins intensifs avec des pathologies médicales complexes (intubés et ventilés), afin de leur garantir une prise en charge optimale en toute sécurité.

Les chefs de clinique et le personnel soignant des soins intensifs sont restés en activité. Les patients qui se sont présentés au HFR ont été pris en charge selon les procédures de qualité en vigueur et aucun patient avec les affections les plus graves n'a souffert de délais dans le traitement initial. Ensuite, ceux dont l'état médical nécessitait une surveillance continue simple ont été hospitalisés dans la partie des soins continus des soins intensifs. Les patients avec des pathologies plus complexes requérant des soins médicaux de haute compétence aux soins intensifs ont été transférés vers d'autres hôpitaux (deux patients en plus des trois patients susmentionnés).

### **2. Rappel de la situation**

#### ***2.1. La constitution du service autonome de soins intensifs et de soins continus***

Sur la base des directives émises par la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI), l'Hôpital cantonal de Fribourg a entamé dans le courant de 2004 des réflexions visant à créer un service autonome de soins intensifs. Jusqu'alors, l'unité pluridisciplinaire des soins intensifs était placée sous la responsabilité des services de médecine, de chirurgie et d'anesthésiologie, la responsabilité du traitement des patients étant attribuée à deux médecins avec chacun un 70 % de taux d'activité. Or, un des critères des directives de la SSMI pour la reconnaissance des soins intensifs avec droit d'enseignement (formation des médecins et du personnel soignant spécialisé) consiste en la désignation d'un médecin responsable chef de service engagé à 100 % dans le service. En 2005, le Conseil d'administration de l'Hôpital cantonal de Fribourg, suivant les recommandations du Collège des médecins et du directeur de l'hôpital, a pris la décision de créer un service autonome de soins intensifs, composé des soins intensifs et des soins continus sous la responsabilité d'un médecin-chef. Ce regroupement fonctionnel, mais non géographique, a été décidé dans le but de permettre une synergie optimale entre ces deux unités, les patients étant régulièrement transférés d'une unité à l'autre. Jusqu'alors, les soins continus étaient placés sous la responsabilité de la clinique de médecine. La SSMI, consultée au sujet de ce regroupement, a donné son approbation, soulignant le bien-fondé d'un tel regroupement. En guise de confirmation de la décision prise, on soulignera que, dans un article paru le 12 décembre 2007 en guise d'éditorial de la Revue Médicale Suisse et signé des 2 médecins chefs de service de médecine intensive du CHUV et des HUG, il est écrit : « La première conséquence consiste à reconnaître l'importance de la médecine intensive dans l'hôpital et la fragilité de son fonctionnement. Ceci implique de créer pour les soins intensifs une structure indépendante, située au même niveau que les autres services cliniques. Seule une position forte parmi les services hospitaliers permettra aux responsables du service de médecine intensive de répondre aux multiples contingences de ce type de médecine, en particulier le tri efficace des patients provenant des autres filières de soins. Une littérature médicale abondante et de qualité démontre la nécessité de créer des unités indépendantes de soins intensifs (dites « fermées »), dirigées par des spécialistes médicaux et infirmiers formés dans cette discipline. Elle conclut à une meilleure survie des patients, une baisse des complications et à une réduction de la durée

de séjour ainsi que des coûts. La Société Suisse de Médecine Intensive a élaboré des critères de reconnaissance des unités de soins intensifs qui assurent une certaine indépendance au médecin-chef de l'unité. Toutefois, dans de nombreux hôpitaux, le médecin responsable de l'unité de soins intensifs reste dans une situation de subordination face aux médecins responsables des autres disciplines médicales et chirurgicales. Cela est susceptible de perturber le fonctionnement de l'unité et la qualité des prestations fournies crée une confusion dans les lignes de décision et favorise la survenue de conflits d'intérêt. »

Cet éditorial reflète bien la nécessité de professionnalisation de la profession d'intensiviste et ses exigences, devenues de plus en plus complexes depuis quelques années.

Le poste de médecin-chef du service des soins intensifs et des soins continus a été mis au concours et l'évaluation des candidatures par les instances de l'Hôpital cantonal de Fribourg a permis de désigner un médecin-chef qui a débuté son activité le 1<sup>er</sup> octobre 2006.

## ***2.2. La période de transition***

La structure du service et son fonctionnement a été mis graduellement en place au cours de l'année 2007 et les médecins des autres disciplines intervenant jusqu'alors se sont progressivement retirés du fonctionnement du service. Durant cette période, le poste de médecin-chef adjoint, remplaçant du médecin-chef, a été mis au concours et un médecin-chef adjoint a été désigné pour entrer en activité au 1<sup>er</sup> octobre 2007.

Le médecin-chef adjoint désigné a malheureusement été victime d'un accident dans le courant de l'été, ce qui a empêché son arrivée à la date initialement prévue. Comme le service dispose de 3 médecins chefs de clinique expérimentés et en voie d'obtenir leur FMH en médecine intensive, le médecin-chef a choisi de s'adjoindre un 4<sup>e</sup> chef de clinique expérimenté pour passer cette période de transition.

## ***2.3. Les faits survenus avant Noël 2007***

Durant la semaine du 17 décembre, le médecin-chef a été atteint dans sa santé et a dû être hospitalisé. D'une part, l'affection dont il souffrait ne lui permettait plus d'assumer la responsabilité du service et, d'autre part, la durée de son hospitalisation était indéterminée. Cela a eu pour conséquence que le service s'est trouvé sans médecin disposant d'une certification FMH achevée en soins intensifs, et avec un médecin en moins pour assumer son bon fonctionnement. Il est utile de préciser que le nombre de médecins disposant de la certification FMH en soins intensifs et possédant l'expérience nécessaire pour prendre en charge un service de soins intensifs et les diverses pathologies complexes se présentant est très restreint sur le plan national.

Si la prise en charge médicale des patients pouvait à ce moment être garantie, la situation posait à la fois un problème légal (pas de médecin avec FMH en soins intensifs) et un problème d'effectif (un médecin expérimenté de moins pour une période indéterminée).

La possibilité de déléguer à nouveau des médecins anesthésistes du site de Fribourg-Freiburg au bénéfice de la certification FMH en soins intensifs en qualité de responsables du service a été discutée. Outre la certification, l'expérience de certaines situations joue parfois un rôle déterminant, si bien que cette solution a finalement été écartée, de crainte que toutes les pathologies ne puissent être prises en charge de manière optimale avec toute la sécurité nécessaire.

Dès lors, des contacts ont immédiatement été pris avec les trois hôpitaux universitaires voisins pour chercher une suppléance pour la période à venir. Deux hôpitaux ont annoncé pouvoir assumer cette responsabilité dès le 7 janvier 2008, et les contacts pris avec le troisième hôpital ont laissé penser qu'une solution allait pouvoir être trouvée avant Noël. Cela n'a finalement pas pu être le cas et a été communiqué le 21 décembre à 17 heures.

Dans ces circonstances, le directeur médical, en collaboration avec les médecins-chefs des services de médecine, de chirurgie et d'anesthésie, a pris la décision de maintenir le service en fonction mais de transférer les patients les plus gravement atteints (patients intubés et ventilés, au nombre de trois) afin de leur garantir une prise en charge optimale en toute sécurité.

#### ***2.4. La période entre le 21 décembre 2007 et le 6 janvier 2008***

Dès le 21 décembre au soir et durant la période qui a suivi, les chefs de clinique et le personnel soignant des soins intensifs sont restés en activité. Les patients du HFR ont été pris en charge selon les procédures de qualité en vigueur et aucun patient avec les affections les plus graves n'a souffert de délais dans le traitement initial. Ensuite, ceux dont l'état médical nécessitait une surveillance continue simple ont été hospitalisés dans la partie des soins continus des soins intensifs. Les patients avec des pathologies plus complexes requérant des soins médicaux de hautes compétences aux soins intensifs ont été transférés vers d'autres hôpitaux (deux patients).

#### ***2.5. La situation dès le 7 janvier 2008***

Les 27 et 28 décembre 2007, le directeur médical avec l'aide des médecins-chefs des soins intensifs du CHUV et des HUG ont élaboré un accord de collaboration devant permettre un fonctionnement normal du service des soins intensifs de l'hôpital fribourgeois à partir du 7 janvier 2008.

Cet accord de collaboration consiste en la mise à disposition d'un médecin adjoint spécialisé en médecine intensive d'un des deux hôpitaux universitaires avec un relais pendant les week-ends par un médecin adjoint spécialiste de l'autre hôpital universitaire.

De plus, dès le 21 janvier 2008 le nouveau médecin-chef de service adjoint nommé a pu rejoindre les soins intensifs de l'hôpital fribourgeois.

### **3. Les transferts de patients**

Chaque maillon de la chaîne de traitement est appelé à reconnaître ses propres limites et à agir de sorte que le patient reçoive un traitement le mieux adapté à la nature de son affection. C'est la raison pour laquelle des transferts de patients d'un hôpital à un autre sont régulièrement effectués. Ces transferts interviennent indifféremment entre hôpitaux privés et hôpitaux publics, y compris les hôpitaux universitaires. Ces transferts sont fonction :

- de la mission de l'hôpital,
- de l'affection dont souffre le patient,
- des capacités hospitalières disponibles,
- du choix du patient.

En ce qui concerne les capacités hospitalières, elles sont fonction de disponibilités de différente nature : les capacités médicales et les capacités médicales spécialisées, les capacités en personnel soignant et en personnel soignant spécialisé, la disponibilité en équipement médical ou en lits. Par exemple, le manque temporaire de personnel soignant spécialisé en soins intensifs a conduit à la fermeture momentanée de lits de soins intensifs. La révision de certains équipements médicaux, comme le scanner ou l'IRM, nécessite occasionnellement le transfert de patients.

Les transferts interviennent toujours une fois l'état du patient stabilisé. Selon les circonstances, un médecin accompagne le patient lors du transfert. La qualité de la prise en charge de patients ne dépend que rarement de la rapidité du transport. Dans la grande majorité des cas, la rapidité et la qualité de **la prise en charge initiale** sont seules déterminantes.

Les transferts de patients requièrent une information préalable à l'hôpital receveur dans le but de s'assurer qu'il soit en mesure de répondre aux critères de qualité et de sécurité requis pour le traitement du patient.

Le transfert des cinq patients des soins intensifs s'est inscrit dans le respect absolu de toutes les conditions évoquées de qualité et s'est déroulé en toute sécurité.

#### **4. Motif de la décision prise le 21 décembre 2007**

La décision prise le 21 décembre 2007 par le directeur médical, en collaboration avec les médecins-chefs des services de médecine, chirurgie et anesthésie, a donc eu pour objectif de garantir une sécurité absolue dans la prise en charge des patients avec des pathologies médicales complexes. La décision de collaborer avec les hôpitaux avoisinants disposant de soins intensifs a été considérée comme étant la meilleure pour garantir une prise en charge optimale des patients, et elle s'est inscrite dans l'esprit contraire à celui d'un rationnement : garder les patients avec des pathologies médicales complexes aurait été possible, mais aurait pu conduire à ne pas garantir une qualité et une sécurité absolues dans la prise en charge de ces patients (cf. article cité au ch. 2.1: « Une littérature médicale abondante et de qualité démontre la nécessité de créer des unités indépendantes de soins intensifs (dites « fermées »), dirigées par des spécialistes médicaux et infirmiers formés dans cette discipline. Elle conclut à une meilleure survie des patients, une baisse des complications et à une réduction de la durée de séjour ainsi que des coûts. »).

Les informations qui ont été véhiculées et qui ont fait état d'une fermeture des soins intensifs n'ont donc pas été correctes.

#### **5. Mesures prises et mesures à examiner**

- a) Bien que les soins intensifs du HFR n'aient pas été fermés, c'est cette information qui a été véhiculée et comprise sous cette forme par une partie de la population. Dans ce sens, il faut bien parler d'un regrettable problème de communication, problème d'autant plus regrettable que cela concerne des patients et leur entourage dans une situation difficile et que l'information erronée transmise par les médias a suscité dans la population de grandes confusions (fermeture totale des soins intensifs – fermeture des urgences). A relever à ce sujet la vacance du poste de responsable de communication juste au moment de ces événements. Le Conseil d'Etat attend des responsables du HFR qu'ils analysent les démarches de communication faites et qu'ils procèdent aux améliorations nécessaires.

- b) Depuis le moment de la mise en place du service autonome des soins intensifs et des soins continus le 1<sup>er</sup> octobre 2006, le service a été correctement géré et la probabilité de la survenance d'un événement d'une telle nature était difficilement prévisible. Il est vraisemblable qu'un système de gestion des risques cliniques aurait mis en évidence avec plus d'acuité le risque potentiel présent au service des soins intensifs et des soins continus.

Or, l'hôpital fribourgeois ne dispose pas encore d'un système uniforme de gestion des risques cliniques. Avec l'engagement d'un directeur médical au 1<sup>er</sup> septembre 2007 et d'un responsable qualité en 2008 (nouveau poste), le HFR va mettre en place un tel système de gestion des risques cliniques. La notion de gestion des risques cliniques implique toutes les structures, tous les processus, tous les instruments et toutes les activités qui permettent aux collaboratrices et collaborateurs de détecter les risques médicaux, thérapeutiques et liés aux soins, de les réduire et de les gérer.

Le Conseil d'Etat attend de l'HFR qu'il lui communique les conclusions auxquelles il arrive en ce qui concerne la mise en place d'un système uniforme de gestion des risques cliniques. Le HFR et le Conseil d'Etat examineront ensuite ces conclusions à la lumière du maintien de la sécurité et de la qualité des soins donnés aux patientes et patients.

- c) Les réactions dans les médias lors de ces événements ont démontré que certains auraient attendu une intervention directe de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS), voire du Conseil d'Etat. Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur le RHF, le Conseil d'administration du HFR est responsable du bon fonctionnement des différents sites hospitaliers (art 12 LRHF). Le Conseil d'Etat attend du Conseil d'administration du HFR qu'il examine toutefois s'il y a lieu de mettre sur pied une cellule de crise HFR ayant pour tâche de gérer des situations particulières. Dans ce cadre, il y aura également lieu d'examiner si la DSAS doit être membre de cette cellule, respectivement dans quelle mesure et à quel moment la DSAS doit être informée en tant qu'autorité de surveillance selon la LRHF (art. 44) et la loi sur la santé (art. 7).

Après analyse des circonstances, le Conseil d'Etat constate que la décision du 21 décembre 2007, à savoir de transférer les patients les plus gravement atteints (patients intubés et ventilés) vers d'autres hôpitaux, était la plus adéquate afin de garantir une prise en charge optimale des personnes concernées.

Fribourg, le 29 janvier 2008