

## **RAPPORT EXPLICATIF**

### **accompagnant**

- **le projet de décret concernant l'initiative constitutionnelle « Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité » (votation populaire)**
- **le projet de loi modifiant la loi sur la santé**

Le présent rapport est structuré selon le plan suivant :

- 1 INTRODUCTION**
- 2 PORTÉE ET OBJECTIFS DU CONTRE-PROJET À L'INITIATIVE ET DU PROJET DE LOI**
- 3 COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS**
- 4 INCIDENCES**

## **1 INTRODUCTION**

### **1.1 Présentation de l'initiative**

L'initiative constitutionnelle entièrement rédigée « *Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité* » a été remise à la Chancellerie d'Etat en juin 2021. Avec plus de 10'000 signatures valables, sa validité a été constatée par le Grand Conseil le 22 mars 2022.

L'argumentaire des initiant-e-s se construit autour de la réorganisation de l'offre hospitalière fribourgeoise ces dernières années qui a engendré la fermeture de plusieurs prestations dans les régions périphériques. Il met en évidence l'importance d'assurer des structures hospitalières régionales de proximité agissant comme portes d'entrée vers le système sanitaire, ceci dans un contexte de croissance démographique. Les initiant-e-s évoquent par ailleurs la surcharge croissante de certains services de l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal, surcharge qu'ils expliquent notamment par la centralisation des prestations sur ce site.

Formellement, l'initiative demande de modifier la Constitution du canton de Fribourg en y ajoutant deux nouveaux alinéas :

*Art. 68 al. 3 et 4 (nouveau) Santé*

*3. L'Etat garantit un service d'urgences hospitalières publiques 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, situées dans le Sud, dans le centre du canton et dans sa partie alémanique.*

*4. L'Etat utilise pleinement les modes de financement à sa disposition pour garantir ce service d'urgences hospitalières publiques de proximité, en tenant compte des intérêts régionaux.*

### **1.2 Appréciation de l'initiative**

Les défis actuels qui façonnent l'évolution du système sanitaire sont multiples. Ils sont notamment en lien avec l'évolution démographique, l'augmentation des maladies chroniques, le renforcement

des exigences qualité mais aussi les ressources limitées en professionnel-le-s de santé. Au niveau des services d'urgences hospitaliers, la pression est en constante augmentation ces dernières années, et ceci au niveau national. A titre illustratif, le nombre de cas admis au service d'urgences de l'HFR Fribourg a augmenté de plus de 10 % entre 2017 et 2021, et de 20 % entre 2021 et 2022.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat partage la préoccupation des citoyen-ne-s à l'origine de l'initiative populaire « *Pour des Urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité* », mais il estime que la solution proposée ne permet pas d'atteindre les buts visés, voire est contreproductive.

L'objectif, tant pour le Conseil d'Etat que pour les initiant-e-s, est d'assurer la sécurité sur le plan sanitaire à la population fribourgeoise et de lui garantir un accès aux prestations de soins sur tout le territoire.

L'initiative propose de maintenir des urgences hospitalières dans les régions. Or, l'époque où chaque district devait disposer sur son territoire d'un hôpital capable de prendre en charge 24/7 toutes les situations d'urgences est révolue, non pas pour des raisons économiques, mais pour des raisons de qualité des soins, de ressources humaines principalement médicales et de sécurité des patient-e-s. En effet, l'évolution rapide du système de santé a entraîné une véritable mutation de l'organisation hospitalière et préhospitalière.

Alors qu'autrefois, la sécurité sanitaire de la population dépendait de la proximité de l'hôpital, elle repose aujourd'hui sur une chaîne performante des secours et des soins permettant à tout-e citoyen-ne d'activer un dispositif capable de délivrer des soins d'urgence médico-délégués immédiatement auprès des malades ou des blessé-e-s, de faire un diagnostic avancé, d'activer une filière de soins, d'engager une médicalisation préhospitalière par voie terrestre ou hélicoptérée en fonction du besoin du ou de la patient-e et de l'orienter le plus rapidement vers le plateau technique hospitalier adapté à son besoin. L'activation de chaque maillon représente une action déterminante qui influence positivement la morbidité et la mortalité, plus particulièrement pour les situations dont le pronostic est corrélé au temps de mise en place d'un traitement optimal, comme par exemple l'arrêt cardio-respiratoire, l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde et les accidents graves. Ainsi, l'évolution de l'état du ou de la patient-e est étroitement liée aux soins d'urgences délivrés sur place mais également à son acheminement vers la structure hospitalière non pas la plus proche, mais celle disposant des ressources et de techniques médicales adaptées à la situation, en disposant par exemple d'un bloc opératoire avec des équipes de chirurgie et d'anesthésie spécifiques, d'une « stroke unit » équipée de moyens de radiologie interventionnelle, ou d'une salle de cathétérisme cardiaque avec des cardiologues interventionnels.

Si la disponibilité d'un plateau technique performant est essentielle pour la prise en charge des cas d'urgences avec un risque vital, il n'en est pas de même pour les urgences dites « non vitales ». Dans ce domaine, la prise en charge devrait être réalisée par des médecins de premiers recours, cette proximité contribuant à la qualité des prises en charge.

Au niveau de la qualité des prestations, il n'est en réalité déjà pas possible de disposer du personnel médical et infirmier formé nécessaire pour assurer une permanence 24/7 dans les services d'urgences régionaux. Des modifications ponctuelles des horaires d'ouverture des permanences ont déjà dû être effectuées en raison du manque de personnel. Cette réalité n'est pas propre au canton de Fribourg et s'observe dans toutes les régions de Suisse. Dans les hôpitaux ayant une activité d'urgences limitée, la présence médicale durant la nuit, les weekends et les jours fériés est la plupart du temps assurée par des médecins assistants en début de formation.

Maintenir des services d'urgences hospitaliers 24/7 dans les différentes régions aurait pour conséquence une utilisation inadéquate des ressources en personnel médico-infirmier, personnel rare qu'il

est déjà aujourd'hui très difficile de recruter. Les équipes qui assureraient la permanence dans les services d'urgences régionaux seraient sous-utilisées en raison de la faible sollicitation de ces unités, alors qu'à l'inverse, le service des urgences de l'HFR resterait chroniquement engorgé.

S'agissant plus spécifiquement de la problématique de l'engorgement chronique du service des urgences de l'HFR et des longs temps d'attente qui en découlent pour les patient-e-s, la cause principale n'est pas, comme le laissent entendre les initiant-e-s, une question de sous-dimensionnement de la capacité d'accueil des services d'urgences hospitaliers, mais est notamment liée au fait que de plus en plus de patient-e-s souffrant de problèmes de santé « non vitaux » se rendent dans ces centres d'urgences alors qu'une consultation médicale représenterait une meilleure approche pour répondre à leur besoin. Une solution pour réduire les temps d'attente aux urgences réside principalement dans le développement d'un réseau médico-soignant décentralisé, avec le renforcement de la médecine de premier recours et communautaire, capable de prendre en charge les urgences « non vitales » dans les régions 24/7 et d'assurer un suivi médical régulier des patient-e-s souffrant de maladies chroniques.

Pour terminer, les coûts de fonctionnement de quatre services d'urgences hospitaliers (trois sites HFR et HIB) seraient très élevés alors que les recettes sont directement liées au nombre d'admissions en urgences dans le canton. Cet aspect, qui n'est pas prééminent lorsqu'il s'agit de la sécurité des patient-e-s, mérite toutefois d'être mentionné.

En résumé, garantir des sites d'urgences hospitalières dans les régions ne permettrait pas de fournir des prestations d'urgences répondant aux exigences actuelles relatives à la qualité et la sécurité, entraînerait une dispersion des ressources humaines, ceci dans un contexte de pénurie de personnel qualifié et engendrerait des coûts d'investissement et de fonctionnement élevés. Dans cette optique, l'initiative propose une réponse inadéquate à une bonne question.

### **1.3 Genèse de l'élaboration du contre-projet**

Par décret du 21 juin 2022 (ROF 2022\_076), le Grand Conseil a déclaré qu'il ne se rallie pas à l'initiative « Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité » et a chargé le Conseil d'Etat de préparer une proposition de contre-projet. Dans ce cadre, il a précisé qu'une commission parlementaire accompagnerait le Conseil d'Etat durant l'élaboration de ce contre-projet, et que ce dernier devrait proposer des mesures concrètes.

L'élaboration du contre-projet a ainsi été le fruit d'un travail conjoint de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) et de la commission parlementaire nommée par le Grand Conseil. Des séances régulières ont permis de se pencher de façon rigoureuse et intense sur les différentes problématiques en lien avec la prise en charge des urgences et l'accès aux soins sur tout le territoire fribourgeois. La réflexion s'est inscrite dans une vision large et pragmatique afin d'aboutir à des mesures réalisables répondant aux besoins de la population. Elle a notamment pris en compte, pour points de départ, le rapport d'analyse du Professeur François Clergue sur la chaîne des secours et des soins du canton de Fribourg, ainsi qu'une étude de la Professeure Stéphanie Monod portant sur la réponse à l'urgence et notamment sur la médecine communautaire dans le canton de Fribourg (étude mandatée par le Parti socialiste (PS)). Les deux rapports sont par ailleurs complémentaires.

## 2 PORTÉE ET OBJECTIFS DU CONTRE-PROJET À L'INITIATIVE ET DU PROJET DE LOI

### 2.1 Situation actuelle

Si l'on sépare habituellement l'urgence dite « vitale » de l'urgence « non vitale », ces deux catégories médicales sont en réalité posées *a posteriori*. L'efficacité de la réponse à l'urgence sanitaire sur un territoire donné doit être appréciée de manière différenciée selon ces deux catégories.

- **Urgences « vitales »**

En médecine, une urgence vitale est une situation où la vie du/de la patient-e est en danger et où ce dernier ou cette dernière risque de décéder faute de soins rapides et adaptés. En cas de situation de détresse vitale, il s'agit d'appeler immédiatement le numéro d'urgence 144. La réponse à cet appel implique de pouvoir effectuer certains gestes salvateurs le plus rapidement possible et, dans la plupart des cas, de transporter le/la patient-e vers une structure hospitalière adaptée à sa prise en charge.

Les acteurs de la prise en charge des urgences « vitales » composent la chaîne des secours et des soins. Dans le canton de Fribourg, en font partie la centrale d'appels sanitaires urgents CASU 144 Fribourg-Jura (ci-après « la Centrale 144 »), les services ambulanciers, les services médicalisés intervenants sur le terrain (SMUR et hélicoptères médicalisés), les « *First responders* » (premiers répondants), « les *First responder plus* »<sup>1</sup>, et, en bout de chaîne, les services hospitaliers d'urgences.

- **Urgences « non vitales »**

La catégorie des urgences « non vitales » est définie par exclusion. Elle recouvre toutes les situations dans lesquelles le/la patient-e ressent un besoin de soins « urgents », à l'exclusion des situations d'urgences « vitales » décrites plus haut. Le terme urgences « non vitales » comprend les situations de crises somatiques et/ou psychiques, sanitaires et/ou quelque fois sociales, qui ne mettent pas en question le pronostic vital des personnes.

Les réponses aux situations d'urgences « non vitales » peuvent être fournies en milieux médicalisés (médecins de premiers recours, garde médicale, permanences médicales, plateformes de télé-médecine, service de médecins à domicile) et non médicalisés (aide et soins à domicile, EMS et structures intermédiaires, pharmacies).

---

<sup>1</sup> Les termes « First Responders » ou « premiers répondants » désignent dans leur généralité des personnes « laïques », à savoir qui ne sont pas des professionnel-le-s de la santé mais qui ont suivi une formation de base en premiers secours (BLS-AED). Ces personnes sont capables d'apporter les gestes de base en réanimation sur les situations d'arrêts cardiaques (essentiellement massage cardiaque et défibrillation) en attendant l'arrivée de l'ambulance. Ces personnes sont alertées par la Centrale 144 en parallèle de l'ambulance.

Les « First Responder plus » ou « premiers répondants plus » sont également des non-professionnel-le-s de la santé mais qui bénéficient d'une formation plus large en gestes de réanimation. Ils sont engagés par la Centrale 144 sur un spectre plus large de mots clés, notamment sur des cas de détresse respiratoire ou d'hémorragie massive.

Dans le langage international, les premiers répondants sont appelés « First Responders ». Le canton de Fribourg étant bilingue, la dénomination internationale est retenue afin d'utiliser le même terme pour les francophones et les germanophones.

En fonction de l'état du/de la patient-e et de son évolution, ce dernier ou cette dernière pourra passer de la filière « vitale » à la filière « non-vitale » ou vice-versa. Il convient donc de développer les deux volets.

### **2.1.1 Une chaîne des secours et des soins performante**

Le canton de Fribourg dispose actuellement d'une chaîne des secours et des soins complète et performante. Le dispositif de médecine d'urgence est articulé à partir de la Centrale 144 jusqu'à l'hôpital et comprend tous les maillons de la chaîne : alarme, gestes qui sauvent, secours, centres d'urgences, soins intensifs. Il permet à tout citoyen-ne d'activer des moyens qui, en fonction du besoin, sont capables de mobiliser rapidement des *first responders* ainsi que des premiers secours, de délivrer des soins d'urgence médico-délégués immédiatement auprès du/de la patient-e, de faire un diagnostic avancé, d'activer une filière de soins, d'engager une médicalisation préhospitalière par voie terrestre ou hélicoptérée et d'orienter rapidement le/la patient-e vers le plateau technique hospitalier adapté à sa pathologie. Certains maillons de cette chaîne relèvent de la compétence des communes, comme les services d'ambulances.

### **2.1.2 Des services d'urgences hospitaliers adéquats**

Les patient-e-s sont transportés rapidement vers des services d'urgences hospitaliers aptes à les prendre en charge en fonction de leur pathologie. La grande majorité des cas sont transportés vers l'HFR ou l'HIB. Les services d'urgences des sites de l'HFR Fribourg et de l'HIB Payerne possèdent un plateau technique et un personnel compétent apte à donner les premiers soins 24/7. Les cas les plus graves sont transportés directement dans un hôpital universitaire.

### **2.1.3 Un réseau sanitaire de proximité approprié**

Dans le canton de Fribourg, les compétences des pouvoirs publics dans les domaines de la santé et du social sont partagées entre le canton et les communes. Ces dernières sont impliquées dans l'organisation des prestations ambulancières, dans les réseaux de soins, dans les EMS et dans les soins à domicile. Cet ancrage régional représente à n'en pas douter une force lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de la population car les élu-e-s locaux sont plus proches de cette dernière.

### **2.1.4 Des mesures de prévention et de promotion de la santé adaptées à la population**

Le canton de Fribourg s'engage depuis de nombreuses années pour promouvoir la santé, le bien-être et la qualité de vie des enfants et des jeunes, pour soutenir les enfants, jeunes et familles qui rencontrent des difficultés. De nombreuses mesures sont mises en œuvre au travers notamment de la Stratégie cantonale de promotion de la santé et prévention et des programmes cantonaux thématiques (alimentation, mouvement, santé mentale, alcool, tabac et produits similaires), du concept santé à l'école DFAC-DSAS et de la médecine scolaire.

Ces mesures de prévention et de promotion de la santé concourent à développer les compétences de la population en matière de santé. Elles exercent ainsi une influence sur le recours aux prestations de santé.

## **2.2 Limites du système actuel et pistes d'amélioration**

Si le système fribourgeois de réponse aux situations d'urgences sanitaires fonctionne globalement à satisfaction, plusieurs limites méritent d'être mentionnées ainsi que des pistes d'amélioration.

**Manque de personnel** : le canton de Fribourg n'est pas épargné par la pénurie de personnel soignant qui touche tous les cantons suisses. Il fait face à une difficulté supplémentaire en comparaison avec d'autres régions étant donné sa situation géographique éloignée des zones frontalières qui constitue un obstacle au recrutement de personnel frontalier.

Le canton travaille sur la problématique de la pénurie de personnel soignant, notamment dans le cadre de l'implémentation de l'article constitutionnel national découlant de l'acceptation de l'initiative pour des soins infirmiers forts.

**Réseau de médecine de premiers recours insuffisant** : le canton de Fribourg présente une faible densité de médecins de premier recours en comparaison intercantonale (ce taux étant toutefois comparable à d'autres régions rurales). D'autre part, le système de garde médicale est mal connu de la population fribourgeoise, notamment par les personnes qui n'ont pas de médecin de famille. Ces faiblesses contribuent à un recours élevé aux urgences hospitalières pour des consultations simples qui pourraient être réalisées dans la communauté.

Dans le cadre des réflexions en lien avec le dépôt de deux mandats du Grand Conseil concernant la médecine de premier recours (2022-GC-217 *Investir pour doper la médecine de famille* et 2022-GC-199 *Curriculum fribourgeois de Médecine générale : création d'une filière de formation en médecine de famille au sein du paysage hospitalier et ambulatoire*), le canton prévoit de mettre en œuvre des mesures qui ont pour but de renforcer le réseau de médecine de premier recours, notamment par un encadrement amélioré de la formation médicale postgraduée. L'augmentation des effectifs de médecins installés contribuera au renforcement du système de garde médicale.

**Iniquité dans l'accès et dans le coût des prestations d'urgences « vitales »** : certaines différences existent dans l'accès aux soins et dans le coût des prestations, selon les lieux de résidence des patient-e-s. Citons notamment les coûts des interventions des ambulances qui augmentent proportionnellement avec la distance de déplacement et pénalisent ainsi les habitant-e-s des régions éloignées.

**Manque de coordination entre les différents intervenant-e-s** : tous les maillons de la chaîne des secours et des soins sont fonctionnels dans le canton et remplissent toutes les exigences relatives aux standards de qualité. Il existe cependant une certaine marge d'amélioration dans la coordination de l'entier de la chaîne. En effet, à ce jour, la chaîne des secours et des soins est composée de structures juxtaposées, ayant chacune sa mission spécifique et se référant à sa propre tutelle. Aucune entité n'a d'autorité pour relier l'entier du dispositif, analyser et planifier la couverture globale au niveau cantonal et enfin harmoniser les pratiques.

**Multiplés numéros d'appels à la garde** : il y avait, jusqu'à tout récemment, pas moins de six numéros d'appels différents dans le canton lorsque l'on cherchait à atteindre un médecin de garde. En effet, chaque cercle de garde avait son numéro d'appel, ses heures et ses jours de disponibilité. La lisibilité de ce dispositif mérite d'être améliorée.

**Prise en compte de la langue dans les prestations de soins** : alors que la qualité de la communication revêt un rôle essentiel dans la prise en charge des patient-e-s, il s'avère que, dans notre canton caractérisé par deux langues officielles, la langue des patient-e-s n'est pas toujours suffisamment prise en compte. Pour ce qui concerne plus particulièrement les urgences hospitalières, l'exigence qui s'applique à l'HFR et au RFSM selon la réglementation cantonale que les patient-e-s soient suivis dans leur langue n'est pas toujours remplie. Ceci est en partie expliqué par le contexte de relative pénurie en personnel de santé qualifié qui rend difficile le recrutement de soignant-e-s bilingues.

A noter, dans ce contexte, que le mandat 2021-GC-123 *Assurer des soins médicaux équivalents dans les deux langues* a été accepté en automne 2022 par le Grand Conseil. Il demande notamment au

canton de garantir que la langue soit prise en compte comme critère fixe lors de l'orientation des patient-e-s, en particulier lors du recours aux services d'urgences. Dans le cadre de l'implémentation de ce mandat, il est prévu qu'une entité externe effectue une analyse sur la prise en compte des deux langues officielles dans la prise en charge des patient-e-s à l'HFR. Les mesures en découlant porteront notamment sur le programme de plurilinguisme de l'HFR et sur les prestations des sites HFR de Tafers/Tavel et Meyriez-Murten.

### **2.3 Objectifs du contre-projet**

Toute personne présente sur le territoire fribourgeois et ayant un besoin de soins qu'elle perçoit comme urgent doit pouvoir obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais et en respectant, dans la mesure du possible, ses choix et ses préférences.

Cela signifie plus spécifiquement de garantir à chacun :

- un accès le plus rapide possible à une évaluation et un tri médico-soignant ;
- une prise en charge appropriée et de qualité en fonction de ses besoins de santé et de ses préférences ;
- une information adéquate sur sa situation et des réponses à ses questions.

D'autre part, il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, d'hospitaliser des personnes vulnérables qui présentent un risque de ne pas retrouver toute leur autonomie à la suite d'un séjour en hôpital.

Enfin, la solution proposée doit permettre au système d'évoluer au fil des années de manière à s'adapter à un monde de la santé et aux besoins de la population en perpétuels changements.

Pour répondre à ces objectifs, il s'agit :

- 1) d'organiser la réponse aux appels d'urgences « non vitaux », notamment en créant un numéro unique santé pour le canton ;
- 2) d'organiser au niveau régional la prise en charge des urgences « non vitales » en collaboration avec les acteurs locaux et qui fonctionne également 24/7 ;
- 3) de renforcer la capacité de réponse de la Centrale d'appels urgents « vitaux » 144 ;
- 4) de renforcer la chaîne des secours et des soins pour les urgences « vitales » qui est centralisée au niveau cantonal et qui fonctionne 24/7 ;
- 5) d'améliorer l'équité entre les régions en matière de coûts à charge des patient-e-s, notamment pour les interventions des services d'ambulances en lien avec la centralisation des urgences « vitales » à Fribourg ;
- 6) d'assurer des soins médicaux équivalents dans les deux langues officielles du canton;
- 7) d'organiser la coordination du système de réponse aux situations d'urgences médico-sociales, « vitales » et « non vitales », en intégrant tous les acteurs concernés.

Tous ces développements engendrent des besoins financiers spécifiques. Il s'agit donc d'adapter le mode de financement du système et les ressources financières qui lui sont consacrées.

### **2.4 Mesures**

Les sous-chapitres suivants détaillent les mesures proposées dans le cadre du contre-projet.

En préambule, il convient de souligner que l'élaboration du contre-projet s'est faite dans une vision large et globale d'optimisation de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge, ceci pour tout type d'urgence.

Une majorité des mesures proposées sont propres au contre-projet et ne seront mises en œuvre qu'en cas d'acceptation de ce dernier en votation populaire. Deux mesures supplémentaires, soit le renforcement de la Centrale 144 et l'amélioration de l'accès aux soins et de l'offre pour la population germanophone sont mentionnées afin de former un ensemble cohérent.

#### **2.4.1 Centralisation au niveau cantonal de la réception des appels pour les urgences « non vitales »**

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une centrale d'appels munie d'un numéro unique santé pour les urgences « non vitales » adultes et pédiatriques, gratuit et disponible 24/7</li> </ul>
------------	---

La centrale « Numéro unique santé » est au service de la population pour les demandes concernant un-e adulte ou un-e enfant. Elle fonctionne en français et en allemand pour l'ensemble du canton de Fribourg, 24/7. Elle est dédiée à la réception, au traitement, à la gestion des appels pour des problèmes de santé « non vitaux », et permet d'orienter les appelant-e-s vers la solution médico-soignante la plus adéquate. Le numéro d'appel unique est la porte d'entrée pour toutes les questions, y compris celles relevant de la pédiatrie. Les appels peuvent ensuite être orientés vers le partenaire le plus à même de répondre aux différentes situations.

Elle est notamment composée de régulateurs/trices, soit de professionnel-le-s de la santé (infirmiers et infirmières), supervisé-e-s par des médecins et spécialement formé-e-s pour répondre aux appels. Les régulateurs/trices réceptionnent, trient et évaluent la gravité des situations afin d'orienter chaque patient-e selon son besoin spécifique.

En étroite collaboration avec la Centrale 144 et la garde médicale, la centrale « Numéro unique santé » organise l'engagement des médecins de garde ainsi que des spécialistes. Elle assure également la réponse aux besoins des établissements médico-sociaux (EMS) ainsi que l'orientation vers les pharmacies de garde. Enfin, les régulateurs/trices prodiguent des conseils simples dans l'attente d'un contact entre l'appelant-e et un médecin traitant. Il ne s'agit donc pas de consultations médicales en ligne.

La conduite stratégique de la centrale « Numéro unique santé » est assurée par le secteur de la DSAS spécifiquement dédié à la coordination de l'organisation cantonale des urgences sanitaires décrit plus loin (cf. chap. 2.4.7) et la conduite opérationnelle de cette dernière est assurée par l'organisation qui l'hébergera.

Les appels et les prestations des régulateurs/trices sont gratuits, le financement de la centrale est pris en charge par le canton.

#### **2.4.2 Développement et renforcement de la prise en charge des urgences « non vitales »**

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des permanences avec une harmonisation des horaires et développement de structures de type « Maison de garde » ; étroite collaboration entre les deux structures</li> </ul>
------------	---

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des activités des centres de santé dans les régions, notamment dans la formation du personnel médico-soignant</li> <li>• Projets d'équipes mobiles infirmières pour des interventions urgentes dans les lieux de vie 24/7</li> </ul> |
|--|---|

Les permanences et les Maisons de garde assurent une prise en charge des urgences « non vitales » dans toutes les régions du canton. Elles sont localisées au sein d'une même infrastructure et fonctionnent en étroite collaboration. Ces deux structures sont notamment présentes sur les sites HFR de Riaz et de Tavel/Tafers ainsi qu'à Fribourg avec des horaires harmonisés afin d'assurer une prise en charge 7jours/7, de 7 à 22 heures.

L'accès à ces structures se fait via la centrale d'appel « Numéro unique santé » (cf. chap. 2.4.1) qui permet, après une première évaluation par téléphone, de fixer des rendez-vous pour des consultations de médecine de premier recours ou spécialisées. Dans le cas des permanences, l'accès peut se faire également par entrée directe (« walk in »).

Au sein des permanences, l'accueil et le tri des patient-e-s sont assurés par des infirmiers/ières. La prise en charge est, quant à elle, réalisée par une équipe médico-soignante, en étroite collaboration avec les services du site HFR de Fribourg. Les permanences des sites de Riaz, Meyriez-Murten et de Tavel/Tafers sont gérées par l'HFR au sein de ses centres de santé. Les permanences exploitées par l'HFR sont complétées par des structures locales privées telle que la Permanence Médicale de Fribourg (PMF).

Le fonctionnement des Maisons de garde repose sur les cercles médicaux de garde du canton. Les médecins sont incités à effectuer leur garde au sein de ces structures, selon le modèle de la Maison de garde déployée depuis octobre 2021 sur le site de Riaz.

Le partage des infrastructures entre les permanences et les Maisons de garde permet de disposer d'un plateau technique adapté, de manière à œuvrer comme centres spécialisés pour les médecins de la région. Cette collaboration permet de réaliser des investigations qu'il n'est pas possible d'effectuer dans un cabinet sans devoir référer les patient-e-s dans un hôpital. Les permanences et Maisons de garde situées dans les centres de santé de l'HFR bénéficient également de la collaboration avec des acteurs locaux. Cette collaboration donne notamment accès, sur rendez-vous, à des consultations spécialisées, ces prestations étant réalisées par des médecins spécialistes, des infirmiers/ières spécialisés et des sages-femmes. Les centres de santé collaborent par ailleurs étroitement avec les réseaux de santé, les deux partenaires étant incités à partager des locaux afin de créer des synergies sur les plans administratif et soignant. Cette organisation permet une mise en réseau de tous les acteurs. Finalement, les centres offrent des places de formation pour les médecins et les autres professionnel-le-s de santé afin de les inciter à revenir travailler ultérieurement dans la région.

Des équipes mobiles infirmières capables 24/7 de réaliser des visites urgentes à domicile et en institutions sous supervision de l'HFR et en collaboration avec les médecins de garde, renforceront le dispositif préhospitalier. L'évaluation et la prise en charge à domicile lorsque cela est possible devraient permettre de réduire le nombre d'hospitalisations inappropriées.

Il est essentiel que les EMS soient davantage en mesure de répondre aux situations d'urgences « non vitales » de leurs résident-e-s sans transférer systématiquement ces derniers/ières dans une unité d'urgences hospitalière. L'Etat s'assure que chaque institution de long séjour bénéficie de l'appui d'un médecin répondant connaissant les résident-e-s (ou tout au moins leurs dossiers), capable de gérer les

situations et, le cas échéant, de collaborer avec l'équipe mobile infirmière potentiellement appelée en renfort.

Les orientations stratégiques des permanences et Maisons de garde sont discutées avec le secteur compétent de la DSAS (voir chapitre 2.4.7), qui travaille en collaboration avec les autorités locales et les réseaux de santé. Les Maisons de garde sont gérées par les cercles de garde des différents districts. Certaines permanences sont gérées sur le plan opérationnel par l'HFR. La PMF, en tant qu'acteur important, renforce le dispositif préhospitalier à Fribourg et permet de décharger les urgences de l'HFR.

Le financement des organisations publiques provient essentiellement de la facturation des prestations. Lorsque les recettes s'avèrent insuffisantes, le surcoût est assumé par le canton. Les prestations qui relèvent des communes sont assumées par ces dernières.

### 2.4.3 Renforcement de la réponse aux appels d'urgences « vitales » 144

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoring régulier des besoins et adaptation des ressources de la Centrale 144</li></ul>
------------	---

La Centrale 144 est certifiée par l'IAS et fonctionne à satisfaction. Néanmoins, la mise en place de certaines améliorations permet une optimisation de son fonctionnement et une consolidation de sa structure. Citons ici l'utilité d'assurer une veille technologique, l'amélioration de la formation des collaborateurs/trices et l'amélioration continue de la qualité. Ces aspects sont soutenus par l'octroi d'un financement approprié du canton dans le cadre du budget ordinaire. Le canton soutient par ailleurs également les efforts en matière de développement professionnel des collaborateurs/trices de la Centrale.

### 2.4.4 Renforcement de la chaîne des secours pour les urgences « vitales »

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en place d'ambulanciers/ères expérimenté-e-s dans un véhicule d'urgence léger (<i>Rapid responders</i>) en périphérie</li><li>• Soutien à l'élargissement du réseau de <i>First responder plus</i> dans les régions périphériques</li></ul>
------------	--

Sur l'ensemble du territoire cantonal, toute personne en situation d'urgence « vitales » est traitée selon des standards de qualité uniformes. Toujours dans cette optique de qualité, l'activation des composants de la chaîne des secours et des soins est spécifique à chaque situation et permet de réduire au maximum les délais de prise en charge.

Une des principales problématiques dans les régions périphériques réside dans des temps d'interventions des ambulances dépassant les normes habituelles. Une approche pour améliorer la couverture en matière d'urgence repose sur l'augmentation de la densité des ambulances équipées. Or, la mise en place d'un tel dispositif n'a de sens qu'à partir d'un seuil d'activité qui n'est souvent pas atteint dans les régions décentrées avec une densité de population réduite. Pour améliorer les délais de prise en charge dans ces régions, la mise en place de *Rapid responders* est envisagée en tant que solution alternative aux ambulances. Le *Rapid responder* est un-e ambulancier/ère expérimenté équipé d'un véhicule d'urgence léger et stationné dans une région périphérique. Engagé par la Centrale 144, il

intervient rapidement sur le lieu de l'incident et stabilise le/la patient-e dans l'attente de l'arrivée de l'ambulance. Les communes financent la mise en place d'un projet pilote de *Rapid responders* dans une région périphérique. La pertinence et les effets de ce moyen alternatif sont testés et analysés avant de déployer cette mesure dans d'autres régions du canton.

De surcroît, la position de certains acteurs bénévoles, comme les *First responders* ou les *First responder plus* est consolidée. Les communes s'assurent que les organisations qui les encadrent bénéficient d'un subventionnement approprié pour la formation de ces bénévoles et le support informatique nécessaire aux engagements et à leur suivi, afin de garantir la plus haute qualité et sécurité pour les patient-e-s ainsi que leur pérennité.

De façon générale, l'attribution de nouvelles compétences à la DSAS selon le chapitre 2.4.7 lui permet d'effectuer des analyses périodiques relatives aux interventions liées à des urgences « vitales » et de fournir une base de planification pour les acteurs de la chaîne des secours et des soins.

#### 2.4.5 Amélioration de l'équité entre les régions en matière de coûts des interventions ambulancières

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement d'un système visant une meilleure équité sur le territoire cantonal dans la facturation des interventions ambulancières primaires pour les patient-e-s fribourgeois-e-s</li> </ul>
------------	---

Les interventions primaires des services d'ambulances autorisés sur le territoire fribourgeois sont facturées selon un nouveau modèle qui vise à une équité de traitement pour les patient-e-s entre les régions. En effet, il existe actuellement une iniquité de traitement pour ce qui concerne le coût facturé aux patient-e-s lors d'interventions primaires des services d'ambulances dans le sens où un montant est facturé par km et par période de temps d'intervention. Le modèle proposé s'inscrit dans une volonté de réduire au maximum les effets collatéraux de la centralisation sur le site de l'HFR Fribourg de la prise en charge des urgences complexes et « vitales » sur les coûts à charge des citoyen-ne-s des régions périphériques. Ce modèle s'applique aux patient-e-s fribourgeois, pour des lieux d'intervention situés dans le canton et pour les prestations prises en charge par la LAMal (cas maladie ou cas accidents couverts par la LAMal).

De façon plus détaillée, il est proposé de maintenir les principes de calcul actuels établis selon la convention tarifaire conclue entre les services d'ambulance et les assureurs, mais en limitant à un certain seuil le montant facturé au patient ou à la patiente, ceci au travers d'une contribution financière supplémentaire des communes. Selon les données actuelles (prenant en compte le coût moyen facturé par les services d'ambulances), ce seuil serait fixé à 850 CHF par intervention pour les interventions primaires ayant une durée jusqu'à deux heures et effectuées entre 6h et 20h, et à 980 CHF pour les interventions de nuit, le dimanche et lors de jours fériés<sup>2</sup>. A ces montants de 850 CHF ou de 980 CHF s'ajoutent des éventuels coûts supplémentaires facturés aux patient-e-s pour les interventions dépassant une durée de deux heures ou celles nécessitant des ressources spécifiques. Ce modèle sera appelé à être affiné avec les partenaires concernés et pourra donc présenter des ajustements.

Voici trois exemples pour illustrer ce modèle :

<sup>2</sup> A noter que l'intervention comprend les déplacements (de la base de l'ambulance vers le site d'intervention puis vers l'hôpital de destination et le retour à la base) ainsi que le temps sur site.

*Intervention PI pour une douleur rétrosternale, un lundi à 10h. Le/la patient-e est transporté-e à l'HFR Fribourg.*

<b>Lieu d'intervention</b>	<b>Prez-vers-Noréaz</b>	<b>Schwarzsee-Bad</b>	<b>Attalens</b>
Calcul du coût selon convention tarifaire (forfait de base + montants par km et par période de temps)	774 CHF	1'140 CHF	1'290 CHF
Contribution financière des communes	0 CHF	290 CHF	440 CHF
<b>Montant facturé au/ à la patient-e</b>	<b>774 CHF</b>	<b>850 CHF</b>	<b>850 CHF</b>
- Remboursement de l'assurance-maladie (50%)	387 CHF	425 CHF	425 CHF
<b>Montant final à charge du /de la patient-e</b>	<b>387 CHF</b>	<b>425 CHF</b>	<b>425 CHF</b>

Selon le tableau ci-dessus, le montant à charge du/de la patient-e pour une intervention primaire à Attalens serait de 425 CHF avec le nouveau modèle alors qu'il aurait été de 645 CHF (50% de 1'290 CHF) sans la contribution communale.

Dans le cadre de ce nouveau modèle, le service d'ambulances établit une facture pour chaque intervention primaire en calculant le coût de l'intervention selon les principes de la convention tarifaire actuelle puis en déduisant la contribution communale. Le ou la patient-e transmet cette facture à l'assurance obligatoire des soins (AOS) qui lui octroie un remboursement selon la législation fédérale en vigueur (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS). Le montant à charge des communes est facturé par le service d'ambulances selon un décompte périodique. Les communes établissent un système de pot commun afin de financer ce montant.

#### **2.4.6 Amélioration de l'accès aux soins et de l'offre pour la population germanophone**

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de l'offre de prestations au sein des sites HFR de Tavel/Tafers et de Meyriez-Murten, notamment dans le domaine ambulatoire</li> </ul>
------------	--

Les mesures visant à améliorer l'accès aux soins et l'offre pour la population germanophone sont associées à l'implémentation du mandat 2021-GC-123 *Assurer des soins médicaux équivalents dans les deux langues*, qui a été accepté en automne 2022 par le Grand Conseil. Elles se fondent sur un objectif principal, soit une meilleure prise en compte de la langue des patients et patientes, en particulier en cas d'urgences, et un renforcement de l'offre de prestations de santé proposées en allemand.

A cette fin, les sites de l'HFR Tavel/Tafers et de Meyriez-Murten représentent des piliers dans l'accès aux soins pour la population germanophone du canton. Leurs centres de santé respectifs proposent

des prestations ambulatoires en langue allemande qui reposent sur une étroite collaboration entre les partenaires locaux, notamment les médecins de premiers recours et les réseaux de santé. Ils permettent une prise en charge des urgences « non vitales » via leurs permanences.

Les missions des sites de l'HFR Tavel/Tafers et Meyriez-Murten sont précisées et permettent d'offrir des prestations de qualité et adaptées aux besoins de la population germanophone. Ils forment un pôle de compétences germanophone reconnu dans divers domaines et complémentaire à l'HFR Fribourg-Hôpital cantonal. Ils se positionnent en tant que structure reconnue de formation bilingue en hébergeant notamment des projets pilotes dans la formation du personnel soignant. Ils sont également intégrés de manière systématique dans les tournus des médecins assistants durant leur formation post-grade.

De manière générale, l'Etat continue de financer les programmes de promotion du bilinguisme de l'HFR et du RFSM dans le cadre du budget ordinaire, et propose, en collaboration avec les institutions et sur la base des indicateurs de satisfaction des patient-e-s, d'éventuelles autres mesures.

#### **2.4.7 Coordination de l'organisation cantonale des urgences sanitaires par la DSAS**

Nouveautés	<ul style="list-style-type: none"><li>• La DSAS est chargée de la conduite stratégique et de la coordination de l'organisation des urgences sanitaires « vitales » et « non vitales »</li></ul>
------------	---

Un secteur de la DSAS spécifiquement dédié à cette tâche assure la conduite stratégique et la coordination de l'organisation cantonale des urgences sanitaires « vitales » et « non vitales », ceci en cohérence avec la politique de santé publique du canton. Bénéficiant des conseils de la commission cantonale pour les mesures sanitaires d'urgence (CCMSU), il met en œuvre les dispositions légales propres au domaine et conduit l'action des partenaires concernés au travers de contrats de prestations.

Ainsi, les attributions de ce secteur spécialisé sont :

- La gouvernance stratégique et le financement des centrales d'appels pour les urgences « vitales » et « non vitales » (144 et Numéro unique Santé)
- L'évaluation périodique des besoins de la population dans les domaines des urgences sanitaires « vitales » et « non vitales ».
- La planification et le monitoring du volume et de la répartition des moyens de la chaîne des secours (ambulances, SMUR, etc.) sur le territoire. En collaboration avec les autorités concernées, il veille à ce que chaque acteur bénéficie de ressources appropriées.
- Le suivi du développement des permanences, des Maisons de garde et des centres de santé, dans une optique de consolidation et de renforcement de la médecine communautaire
- Le suivi de la réponse aux situations d'urgence dans les organisations de soins de longue durée
- L'harmonisation sur le territoire des pratiques professionnelles dans le domaine des secours et le contrôle de la qualité des prestations fournies : le secteur veille notamment à la qualité de la formation de base et de la formation continue des intervenant-e-s et assiste les partenaires dans le recrutement du personnel.
- L'information de la population sur l'accès au système de soins urgents.

Son financement est assuré par le canton.

### **3 COMMENTAIRES DES DISPOSITIONS**

#### **3.1 Avant-projet de décret concernant l'initiative constitutionnelle « Pour des urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité »**

##### *Article 1*

L'initiative doit être soumise au peuple conformément aux dispositions de la législation sur l'exercice des droits politiques. L'article 1 du décret reprend donc intégralement le texte de l'initiative.

##### *Article 2*

Tout en introduisant une disposition spécifique au niveau constitutionnel, l'article 2 du projet de décret prévoit que l'Etat assure des soins urgents. Ceux-ci doivent être accessibles pour toutes les régions du canton en tout temps, c'est-à-dire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. A noter que le contre-projet propose en cela une couverture plus large que l'initiative, qui prévoit des services d'urgences hospitalières publiques sur trois zones uniquement (le sud, le centre et la partie alémanique). Au surplus, la formulation s'inscrit plus harmonieusement dans la Constitution.

##### *Article 3*

Afin de concrétiser la disposition constitutionnelle du contre-projet, un projet de modification de la loi sur la santé est proposé dans le cadre du présent message (cf. point 3.2 et 3.3 ci-après).

##### *Article 4*

Dans la mesure où le décret propose un contre-projet à l'initiative, le Grand Conseil doit formuler une recommandation.

#### **3.2 Avant-projet de loi modifiant la loi sur la santé (acte principal)**

##### *Art. 17b*

Cet article règle au niveau de la loi les tâches et la composition de la commission cantonale pour les mesures sanitaires d'urgence (CCMSU), actuellement fixées par le Conseil d'Etat.

Comme actuellement, la CCMSU aura un rôle consultatif (al. 1) et émettra toutes les propositions et recommandations qui lui paraissent utiles dans le domaine des urgences sanitaires en vue de l'amélioration de la sécurité et de la qualité des secours (al. 2). Ces propositions et recommandations peuvent notamment concerner la formation des intervenant-e-s, les équipements, l'uniformisation des pratiques, l'encouragement de l'interprofessionnalité, l'organisation ou encore la collaboration entre les partenaires de la chaîne des urgences. Pour ce faire, elle examine les indicateurs qui lui semblent pertinents.

La CCMSU est composée de représentant-e-s des milieux concernés (al. 3), notamment de représentant-e-s des services d'urgences et d'ambulances, des médecins ou encore des associations de patient-e-s.

Au surplus, les détails sont fixés par le Conseil d'Etat (al. 4).

### **Art. 107**

L'alinéa 2 prévoit que l'Etat ne doit pas seulement assurer l'organisation et l'exploitation d'une centrale d'appels pour les urgences « vitales » comme actuellement, mais également d'une centrale d'appel en cas d'urgences « non vitales » (concernant les missions du Numéro unique Santé, cf. point 2.4.1 ci-dessus).

L'alinéa 4 oblige l'Etat à assurer l'équité en matière de coûts de sauvetage en ambulance entre les régions (voir point 2.4.5 ci-dessus). 2.4.42.4.2

## **3.3 Avant-projet de loi modifiant la loi sur l'hôpital fribourgeois**

### **Art. 5**

La lettre b de l'alinéa 1 précise que l'HFR doit contribuer à l'exploitation de centres de santé en offrant des prestations répondant au besoin de population, en complément aux prestations de partenaires locaux avec lesquels il collabore, en particulier les réseaux de santé (concernant les missions des centres de santé, voir point 2.4.2 ci-dessus). Quant à la lettre c, elle oblige l'HFR à exploiter un service central d'urgences hospitalier et des permanences pour les urgences « non vitales » (concernant les missions des permanences, voir point 2.4.2 ci-dessus). Pour l'exploitation de ces permanences, l'HFR peut collaborer avec les partenaires locaux, notamment les réseaux de santé et les médecins de premier recours. L'Etat prend en charge les éventuels coûts non couverts par la facturation des prestations aux assureurs conformément à l'article 5 al. 2 de loi concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance.

### **Art. 25**

L'ajout des centres de santé et des permanences dans cette disposition vise à réaffirmer l'importance que le caractère bilingue du canton soit pris en compte, en particulier dans ces structures périphériques et plus précisément à Tavel/Tafers et à Meyriez-Murten en vue d'améliorer l'accès aux soins et l'offre pour la population germanophone (cf. chap. 2.4.6 ci-dessus).

## **4 INCIDENCES**

### **4.1 Conséquences financières**

#### **4.1.1 En cas d'acceptation du contre-projet**

Pour la mise en œuvre des mesures du contre-projet, le coût total annuel à charge du canton est estimé à CHF 3.5 millions. Les chapitres suivants fournissent un détail par mesure.

##### ***a) Centralisation au niveau cantonal de la réception des appels pour les urgences « non vitales »***

La création d'une centrale d'appels pour les urgences non vitales fonctionnant 24/7 requiert une redondance des postes. Son coût de fonctionnement basé sur des comparaisons avec d'autres cantons est estimé à CHF 2.1 millions par année.

##### ***b) Développement et renforcement de la prise en charge des urgences « non vitales »***

L'activité des centres de santé HFR de Riaz et Tavel/Tafers et Meyriez-Murten devrait permettre de générer des revenus suffisants pour couvrir les coûts de fonctionnement.

En ce qui concerne les permanences gérées par l’HFR, l’Etat octroie déjà une subvention pour leur activité. Des surcoûts spécifiquement liés au contre-projet ne sont pas attendus.

S’agissant des Maisons de garde, l’Etat participe au financement des ressources humaines et matérielles nécessaires à leur fonctionnement. Le financement annuel est estimé à 200’000 CHF.

D’autre part, l’Etat finance le projet d’équipes mobiles infirmières. Le coût estimé de sa participation financière s’élève à 400’000 CHF par année.

#### ***c) Renforcement de la réponse aux urgences « vitales »***

Le coût total pour la mise en place d’un projet pilote d’ambulanciers/ères expérimenté-e-s dans un véhicule d’urgence léger (*Rapid responders*) dans une région périphérique du canton, ainsi que la consolidation de la position de certains acteurs dans la chaîne des secours et des soins est estimé à 1 million par année. Ce montant est pris en charge par les communes.

#### ***d) Amélioration de l’équité entre les régions en matière de coûts des interventions ambulancières***

La modification de facturation pour les interventions primaires des services d’ambulance va générer un surcoût qui serait à la charge des communes. A ce stade, en se basant sur les statistiques actuelles des services d’ambulances, ce coût s’élèverait au maximum à CHF 2.7 millions par année.

#### ***e) Amélioration de l’accès aux soins et de l’offre pour la population germanophone***

L’attribution d’une mission précise aux sites HFR de Tavel/Tafers et Meyriez-Murten et la mise en place d’un centre de santé dans la région germanophone s’inscrivent dans la stratégie HFR 2030. Les éventuels coûts supplémentaires sont ainsi prévus dans le cadre de l’implémentation de cette stratégie et il n’y a pas de surcoût à prévoir dans le cadre du contre-projet.

Dans le cadre de l’implémentation du mandat 2021-GC-123, des adaptations des montants alloués à l’HFR pour le programme plurilinguisme peuvent être prévues. Il est également prévu de réaliser une analyse sur la prise en compte de la langue dans les soins. Le total de cette partie a été estimé à 200’000 CHF pour la première année d’implémentation et de 150’000 CHF pour les années suivantes.

#### ***f) Coordination de l’organisation cantonale des urgences sanitaires par la DSAS***

Afin de permettre à la DSAS de réaliser les nouvelles tâches édictées dans le chapitre 2.4.7, des ressources spécialisées et dédiées sont nécessaires. Concrètement, le fonctionnement d’un secteur dédié aux tâches de planification et de monitoring (statistiques et qualité) requiert 4 EPT, soit un total de 600’000 CHF par année.

### **4.1.2 En cas d’acceptation de l’initiative**

L’ouverture d’un service d’urgences hospitalières 24/7 au nord et au sud du canton nécessite, de fait, la réouverture de deux hôpitaux régionaux proposant des soins somatiques aigus. En effet, un service d’urgences requiert une structure hospitalière disposant d’un plateau technique, des ressources en personnel et de prestations stationnaires adaptés. L’ouverture d’un hôpital régional de ce niveau s’inscrit à contre-courant de la tendance à la centralisation observée sur le marché des hôpitaux en Suisse. Si l’infrastructure immobilière de base est partiellement existante sur les sites de Riaz et Tavel/Tafers pour offrir ces prestations, au moins CHF 37 millions doivent être investis tant dans les équipements médico-techniques (salles d’opération, dispositifs médicaux de radiologie et de laboratoire) que dans l’infrastructure immobilière. Cette estimation repose sur une comparaison effectuée avec des hôpitaux régionaux proposant une offre de prestations similaire. Il s’agit ici d’une estimation prudente qui se situe au bas de la fourchette de coûts d’investissements nécessaires.

S'agissant de l'estimation du résultat d'exploitation escompté, la méthodologie privilégiée a consisté dans un premier temps à définir les activités prévues des deux hôpitaux régionaux de Riaz et Tavet/Tafers puis à les comparer (benchmark) à des établissements hospitaliers ayant une structure similaire en terme d'activité (notamment en termes de nombre de sorties) en Suisse. Selon les données à disposition, il en ressort qu'en moyenne les établissements publics de cette catégorie accusent des pertes de l'ordre de 5 à 7 millions par année. En cas d'acceptation de l'initiative, en tenant compte des investissements nécessaires et des aides de l'Etat déjà octroyées à l'HFR, les pertes annuelles sont comprises entre 11 et 13 millions, supportées au final par l'Etat.

#### **4.2 Influence sur la répartition des tâches entre l'Etat et les communes**

Le présent projet ne modifie pas la répartition des tâches entre l'Etat et les communes.

#### **4.3 Autres aspects**

Le présent avant-projet de loi est conforme à la Constitution cantonale et au droit fédéral. Il ne se pose pas de question particulière en matière d'eurocompatibilité ni de développement durable.

#### **4.4 Soumission au référendum législatif et au référendum financier**

Le présent avant-projet de loi est soumis au référendum législatif. Il n'est pas soumis au référendum financier.

---