

Stéfanie Monod

Prof titulaire Université de Lausanne

Médecin cheffe Unisanté, Lausanne

Mandat pour le Parti Socialiste Fribourgeois documentant une stratégie de santé publique et notamment de réponse à l'urgence pour le canton de Fribourg

Santé Urgence Fribourg

Monod Stefanie

29/05/2022

Table des matières

CONTEXTE DU MANDAT	3
BREF GLOSSAIRE	3
RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION.....	6
1 SYSTÈME DE SANTÉ ET SANTÉ DE LA POPULATION FRIBOURGEOISE	6
1.1 Le système de santé suisse	6
1.1.1 Les bases constitutionnelles	6
1.1.2 Une loi d'assurance sociale qui crée le système de santé	6
1.2 Le système de santé fribourgeois, acteurs et éléments de gouvernance	7
1.2.1 Les professionnels de la santé	8
1.2.2 Les institutions.....	9
1.2.2.1 Les hôpitaux.....	9
1.2.2.2 Le Réseau Fribourgeois de Santé Mentale	11
1.2.2.3 Les réseaux, associations de communes	11
1.2.2.4 L'aide et les soins à domicile.....	12
1.2.2.5 Les établissements médico-sociaux (EMS)	13
1.2.2.6 La centrale d'appel 144, les services d'ambulances et le SMUR	13
1.3 Brève analyse.....	14
1.4 Profil santé de la population fribourgeoise et consommation de soins.....	14
1.4.1 La population : profil, état de santé	14
1.4.2 Consommation de soins	16
2 HORIZON 2040 : LES ENJEUX DE SANTÉ À VENIR ET LES POLITIQUES PUBLIQUES À METTRE EN OEUVRE.....	21
2.1 Les principaux enjeux de santé publique.....	21
2.1.1 Un vieillissement démographique qui s'accélère fort dans le canton de Fribourg	21
2.1.2 Des besoins de soins chroniques et de fin de vie qui vont augmenter massivement.....	23
2.1.3 Une pénurie attendue de professionnels de santé	24
2.1.4 L'augmentation continue des coûts de la santé	26
2.2 Quelques champs de travail à développer	27
2.2.1 Développer fortement la prévention et la promotion de santé.....	27
2.2.2 Organiser un dispositif de soins efficient et de qualité	27
2.2.3 « Soigner » le capital des professionnels de santé	28
3 UNE RÉPONSE À L'URGENCE EFFICIENTE ET DE QUALITÉ	30
3.1 Description du processus actuel de réponse à l'urgence dans le canton de Fribourg	31
3.2 Quelques chiffres sur le recours aux urgences en Suisse et dans le canton	32

3.2.1	Urgence vitale :.....	32
3.2.2	Urgence non vitale.....	34
3.2.3	Synthèse : le canton de Fribourg et le recours à l'urgence	39
3.3	Vers un nouveau modèle d'optimisation de la réponse à l'urgence	39
3.3.1	Objectifs de la réponse à l'urgence et cadre de travail	39
3.3.2	Des Centres de sante + (PLUS).....	41
3.3.2.1	Missions/activités	41
3.3.2.2	Coordination avec le réseau local santé - social.....	44
3.3.2.3	Principes de gouvernance.....	44
3.3.2.4	Principes de financement	45
3.3.2.5	Synthèse et objectifs des Centres de santé +	45
3.3.3	Des missions d'accueil et d'orientation renforcées.....	46
3.3.3.1	Le maintien de la Centrale 144.....	46
3.3.3.2	La création d'un numéro d'urgence unique et d'une page internet accessible.....	46
3.3.4	Une bonne communication avec la population.....	48
3.4	Synthèse : Un processus de réponse à l'urgence optimisé	48
4	RECOMMANDATIONS.....	51
4.1	Recommandation 1 : Une vision de politique de santé forte et visionnaire	51
4.2	Recommandation 2 : Une clarification des éléments de gouvernance santé	52
4.3	Recommandation 3 : Un investissement financier à consentir	52
4.4	Recommandation 4 : Mise en œuvre une stratégie de réponse à l'urgence	53
5	CONCLUSION.....	53

CONTEXTE DU MANDAT

Le mandat s'inscrit dans le contexte du dépôt d'une initiative populaire : « *Pour des Urgences hospitalières publiques 24/24 de proximité* ». Le texte propose l'ajout dans l'article 68 de la Constitution du canton de Fribourg les deux alinéa suivants :

Art. 68 al. 3 et 4 (nouveaux) 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.

Face à cette initiative, le Parti socialiste fribourgeois souhaite alimenter le débat au Grand conseil fribourgeois en amenant des arguments en faveur d'une véritable stratégie de santé publique visant la couverture des besoins de soins de la population et en particulier une réponse à l'urgence qui ne se limiterait pas à la notion d'urgence hospitalière.

L'objectif de ce mandat est donc la rédaction d'un document décrivant les enjeux de santé publique à venir et les champs de réponse possibles, en discutant spécifiquement un modèle de réponse à l'urgence efficient et de qualité pour tous les citoyens fribourgeois.

Il s'agit d'un travail de type « avis d'expert », réalisé dans un temps restreint et basé sur des informations publiques disponibles.

BREF GLOSSAIRE

Médecine de premier recours, médecine de famille, médecine de première ligne, médecine générale sont des synonymes. Elle représente les activités des médecins généralistes pratiquant en très grande majorité dans des cabinets privés.

La **communauté** représente l'entier de la population, qu'elle vive à domicile ou en institution.

Les **soins dans la communauté** représentent tous les soins (médicaux, infirmiers, physio, etc.) réalisés en dehors des hôpitaux, que ce soit en ambulatoire (dans un cabinet privé), dans un établissement pour personnes âgées ou à domicile par exemple.

Urgence vitale signifie que la vie est en danger. L'urgence **non vitale** représente un besoin de prise en charge pouvant varier de quelques heures à quelques jours. C'est une catégorisation utilisée par le canton de Fribourg.

Compétences en santé ou **littératie en santé** désigne la capacité de chaque individu à prendre au quotidien des décisions qui ont une influence positive sur sa santé.

RÉSUMÉ

La réponse à l'urgence dans le système de soins fribourgeois est actuellement organisée d'une part autour du système dit de l'urgence « vitale » avec la centrale d'appel 144, les services d'ambulances et le SMUR et d'autre part autour de différents prestataires de soins pour l'urgence dite « non vitale » (médecins et pharmacies de garde, permanences, etc.).

Le dispositif d'orientation pour les urgences dites « non vitales » est assez complexe et multiforme. Il est surtout organisé autour des prestataires de soins et non autour des besoins de la population. Malgré les informations présentes sur les sites de l'HFR et du canton, il n'est pas facile d'avoir une vue d'ensemble et de pouvoir s'orienter facilement. C'est au patient/citoyen de s'y retrouver pour trouver le bon numéro de téléphone. Face à cela le risque est grand que les citoyens trouvent plus simple de se rendre directement aux urgences d'un hôpital, surtout si ceux-ci sont mal informés ou ont peu accès à l'information par manque de compréhension de « *comment marche le système* ».

Dans le cadre des réorganisations hospitalières actuelles, liées au déploiement de la stratégie de l'HFR, les questions de prises en charge urgentes doivent être repensées. Ce document propose le développement d'un dispositif de réponse à l'urgence qui tienne non seulement compte des éléments de réorganisation hospitalière mais qui s'inscrive dans une **vision plus globale d'une stratégie de santé publique pour les 20 prochaines années**.

En effet, le canton de Fribourg va faire face à un vieillissement très important de sa population. C'est le canton latin qui aura la plus forte croissance de personnes âgées avec **une augmentation des personnes de 80 ans et plus entre 2017 et 2030 de + 67% (+ env. 9'000 personnes) et de + 186% à horizon 2045 (soit presque un doublement par rapport à 2017, + environ 25'000 personnes)**.

En termes de planification sanitaire et médico-sociale cela représente un défi majeur avec une **augmentation des besoins de soins qui pourrait se situer entre +47% et +65% à l'horizon 2040 selon un récent rapport de l'Obsan**, notamment pour les soins de longue durée. Cette planification représente un défi phénoménal et le potentiel de réalisation reste très incertain. Il faut donc être conscients que la pression sur tous les dispositifs du système de santé va être majeure ces prochaines années et qu'en l'absence d'une politique forte de santé publique l'accès et la qualité des soins risquent fort de se péjorer.

Le canton de Fribourg souffre aussi d'une **faible densité de médecins de premier recours** qui va encore s'aggraver ces prochaines années par le départ à la retraite d'un certain nombre de médecins. Cette faiblesse du dispositif de médecine de premier recours induit une utilisation élevée des urgences hospitalières ambulatoires notamment pour des prestations simples qui pourraient être prises en charge dans la communauté. Outre le fait que cela surcharge le dispositif hospitalier, la prise en charge de ces urgences par l'hôpital n'est pas optimale.

La **notion d'urgence** dans ce document est envisagée de manière large. Elle est définie comme le besoin de réponse urgente à une demande de soins, résultant avant tout de la perception (ou de la connaissance) qu'a le patient de son état de santé. Cela couvre donc l'urgence (au sens clinique classique, y compris vitale), la crise (y compris sociale) ou encore la demande de consultation sans rendez-vous.

Les **éléments du renfort du dispositif de réponse à l'urgence** sont les suivants :

- Le développement de **Centres de santé + (PLUS)** permettant de répondre aux objectifs de renfort des soins primaires, de formation des professionnels et de réponse à l'urgence coordonnée régionalement. A partir du modèle établi par l'HFR, ils doivent être pensés non

seulement comme une infrastructure médicale avec une réalité physique, mais également comme le cœur d'un fonctionnement en réseau, au niveau régional, des acteurs assurant la première ligne de soins **interdisciplinaire**.

- Un renfort et une lisibilité du **dispositif d'accueil et d'orientation, y compris par internet**. A côté de la centrale 144 il est proposé la création d'un numéro unique pour l'accueil et l'orientation des urgences non vitales. Ce numéro devrait pouvoir dispenser, sur la base d'algorithmes décisionnels, des conseils d'orientation en fonction des besoins et notamment transmettre des informations claires sur les dispositifs de garde médicale, pharmacies, hotlines spécialisées ou l'accueil dans les Centres de santé+.
- L'établissement d'un **dialogue fort avec la population** pour communiquer adéquatement la stratégie de réponse aux besoins populationnels que l'Etat et les communes entendent développer ces prochaines années.

Pour mettre en œuvre un tel dispositif, il semble indispensable que l'Etat établisse au préalable une **stratégie de santé publique** qui lui permette ensuite de décliner, dans les différents dispositifs légaux, réglementaires ou contractuels, **les rôles et missions des prestataires** eu égard entre autre à la réponse à l'urgence. En effet une coordination des différents prestataires ou dispositifs est essentielle pour rendre opérant un tel dispositif. Or aujourd'hui **il existe une grande hétérogénéité dans la gouvernance et l'organisation du système de santé fribourgeois** avec plusieurs niveaux et champs de compétences qui complexifient l'établissement d'une vision coordonnée de santé publique.

L'Etat devrait également **se donner les moyens d'investir pour tenter de limiter la croissance inévitable des besoins de soins et des coûts**. Une meilleure performance des trajectoires patients et des soins de premier recours devra permettre de diminuer le recours aux urgences, les décompensations de maladies chroniques, les hospitalisations et *in fine* de réduire le risque d'entrée en EMS. Mais l'amélioration de ces parcours de soins nécessite un fort investissement dans la communauté, habituellement le parent pauvre des politiques de santé en comparaison avec les dispositifs hospitaliers.

INTRODUCTION

Les enjeux de santé publique seront majeurs ces prochaines années et impliqueront nécessairement des choix politiques. La question d'un dispositif de réponse à l'urgence le plus efficace possible pour la population est un élément critique. Mais avant de traiter spécifiquement les modèles possibles de réponse à l'urgence il est nécessaire de bien comprendre le contexte dans lequel le système de santé évolue et les défis auxquels il va devoir faire face à court-moyen terme.

Ce document propose donc une lecture en trois parties, avec une partie contextuelle décrivant le système de santé fribourgeois et la population, une partie consacrée aux défis à venir et enfin un chapitre consacré au développement d'un modèle de réponse à l'urgence pour le canton. Le document conclut avec des recommandations d'ordre stratégique et politique.

1 SYSTÈME DE SANTÉ ET SANTÉ DE LA POPULATION FRIBOURGEOISE

1.1 Le système de santé suisse

Le système de santé suisse n'est pas le plus facile à décrire. La répartition des tâches est assez subtile entre confédération, cantons et communes et les déclinaisons sont différentes d'un canton à l'autre. Même si les acteurs sont les mêmes et que le système de santé est en grande partie régulé par du droit fédéral et notamment celui de l'assurance sociale maladie (Loi sur l'Assurance Maladie, LAMal), les organisations cantonales et les compétences de gouvernance attribuées aux différents acteurs sont souvent différentes. Voici quelques éléments clés de compréhension du système de santé suisse.

1.1.1 Les bases constitutionnelles

La Suisse est un Etat fédéral, régit depuis 1848 par une Constitution qui stipule bien que « *les cantons sont souverains, en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération* » (art. 3 Constitution fédérale). Les cantons suisses sont donc souverains et responsables de toutes les tâches attribuables à un Etat, sauf celles qu'ils ont décidé, ensemble, de déléguer à la Confédération. Dans le domaine de la santé on peut ainsi trouver plusieurs compétences spécifiques attribuées comme « tâches santé » fédérale : la gestion des épidémies, la formation des professionnels de santé, le contrôle des agents thérapeutiques, chimiques ou ionisants ou encore l'assurance maladie et assurance accident.

Les cantons, dotés d'une constitution propre, d'un parlement, d'un exécutif et d'un pouvoir judiciaire, sont donc responsables de la santé de leur population et de l'organisation de leur dispositif de santé. Les cantons ont ainsi établi au fil du temps un corpus de lois et de règlements permettant d'assumer ces responsabilités, dans le respect du droit fédéral. Les cantons ensuite délèguent plus ou moins de compétences à d'autres collectivités, notamment les communes, ou d'autres acteurs.

1.1.2 Une loi d'assurance sociale qui crée le système de santé

Les contours de l'Etat social suisse se sont constitués à la fin du 19^{ème} siècle avec l'émergence de la notion de protection sociale comme devoir d'Etat¹. En 1890 les citoyens votaient déjà la création d'une base constitutionnelle en faveur d'une assurance-maladie et accidents *obligatoires* visant à favoriser

¹ Monod S, Grandchamp C. Notre système de santé : une sorte de machine à Tinguely. Revue Médicale Suisse 2022. In Press

une meilleure couverture sociale des citoyens. A cette époque l'activité médicale se développe rapidement avec l'arrivée de la médecine moderne et les acteurs, médecins et hôpitaux, conventionnent déjà avec des caisses maladie, mais tous les citoyens ne bénéficient pas d'une couverture.

L'Etat s'invite progressivement comme « régulateur » du système de santé au travers d'une assurance sociale, la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMA). Ce mouvement suit le modèle allemand de développement des assurances sociales initié sous Bismarck. Et tout au long du siècle passé et jusqu'à nos jours, l'Etat cherchera sa place entre un réseau d'acteurs privés d'un côté (les caisses maladies et les prestataires de soins) et les citoyens payeurs de primes de l'autre, dans un esprit de « *concurrence régulée* ». Les questions de maîtrise des coûts et de régulation seront au cœur des débats en permanence et encore plus après l'adoption de la nouvelle Loi sur l'Assurance Maladie en 1996 la LAMal.

Depuis ces dernières décennies, on assiste à un renforcement permanent de la LAMal qui interfère de plus en plus avec l'autonomie réelle des cantons, sensés garantir sur leur territoire l'organisation du dispositif de soins et de prévention. De nombreux leviers d'organisation ne sont plus entièrement dans leurs mains et cela affaiblit la capacité d'innovation et d'adaptation des systèmes de santé au niveau des cantons. En outre, les nombreux lobbys présents au niveau fédéral résistent forts aux tentatives de changement et ne peuvent être partenaires de 26 systèmes de santé différents. La structure même de notre système de santé en Suisse est ainsi devenue très rigide laissant peu de place à l'innovation et la créativité pourtant indispensables ces prochaines années.

Dans ce contexte, seules des **visions politiques fortes au niveau cantonal** peuvent permettre de trouver de nouvelles pistes pour répondre aux enjeux de santé à venir et permettre de créer ensuite les conditions d'un débat politique à l'échelle nationale.

1.2 Le système de santé fribourgeois, acteurs et éléments de gouvernance

Le système de santé fribourgeois est constitué d'un riche ensemble d'activités et de services, stationnaires ou ambulatoires, couvrant l'ensemble des champs préventif, curatif, de réadaptation ou palliatif. Toutes ces activités sont encadrées par un certain nombre de lois et de règlements.

La principale loi est la **Loi de Santé**² qui régit les soins et les autres activités exercées dans le domaine de la santé par des personnes physiques ou morales, de droit privé ou de droit public (article 1). Elle a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des individus en particulier et de la population en général, dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de l'égalité des personnes (article 2).

Les responsabilités suivantes y sont mentionnées. Le Conseil d'Etat définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé. Sur la proposition du Conseil d'Etat, le Grand Conseil établit les objectifs de la planification sanitaire cantonale basés sur une évaluation de la santé de la population. La planification sanitaire cantonale a pour buts « *de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité* ». Elle comprend notamment la planification dans les domaines hospitalier et préhospitalier ainsi que dans les domaines des soins en santé mentale, de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux. Dans

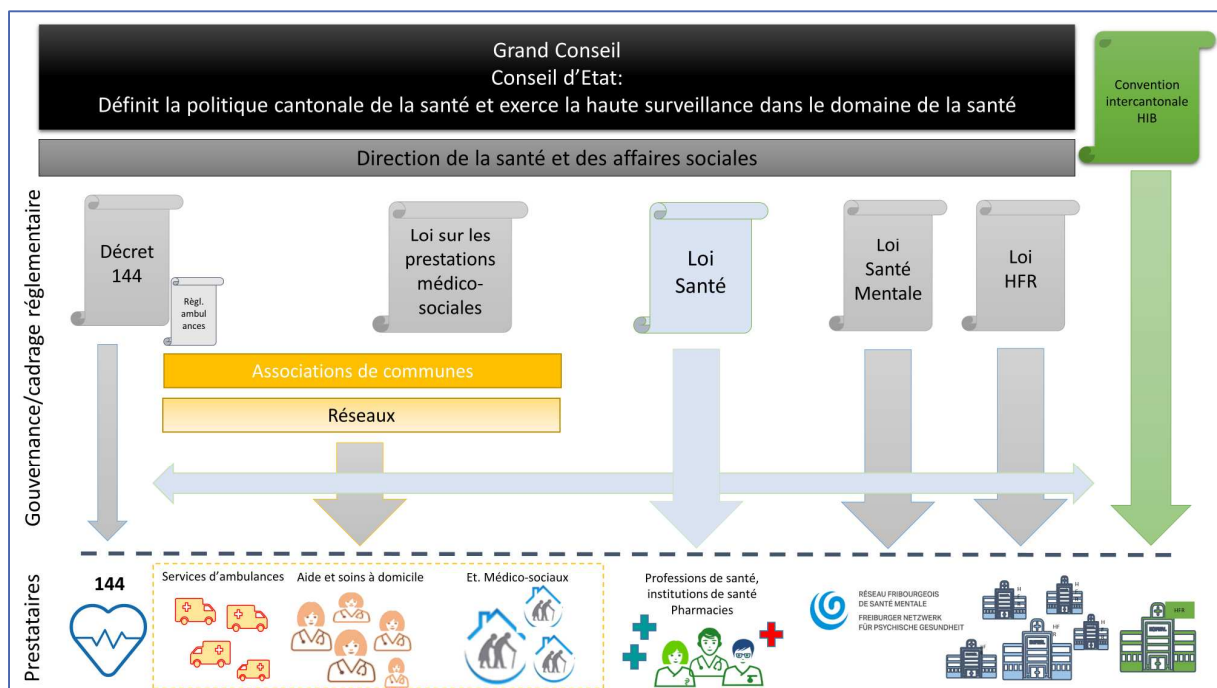
² https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/821.0.1

ces domaines, elle intègre en outre la planification en matière de promotion de la santé et de prévention.

Une commission de planification est instituée par la LSan. Elle a pour tâche de « *participer à l'élaboration de la planification sanitaire, à savoir la planification dans les domaines hospitalier et préhospitalier ainsi que dans les domaines des soins en santé mentale, de l'aide et des soins à domicile, des établissements médico-sociaux. Elle veille à l'intégration, dans ces domaines, du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.* »

La Loi de santé définit également les obligations de l'Etat et des communes en mentionnant en particulier que « *l'Etat et les communes tiennent compte de la santé dans la définition et la réalisation de leurs tâches et soutiennent l'aménagement de conditions de vie favorables à la santé. Dans la limite de leurs compétences, l'Etat et les communes veillent à la coordination des activités dans le domaine de la santé, notamment en encourageant les pratiques interprofessionnelles et interinstitutionnelles en réseaux de soins.* »

Les différents acteurs et les éléments de gouvernance et régulation sont illustrés dans la figure suivante :



Les principaux acteurs du système de santé sont décrits brièvement ci-après.

N.B. les informations mentionnées ci-après sur les acteurs du système de santé fribourgeois ont été collectées à partir des sites internet de l'Etat de Fribourg et des principales institutions. Ces informations sont susceptibles d'être partiellement inexactes si les sites internet n'ont pas été régulièrement mis à jour.

1.2.1 Les professionnels de la santé

Les professions de la santé sont définies dans la LSan, comme toutes les « *personnes qui fournissent des soins en étant directement en contact avec leurs patients et patientes ou des animaux et dont*

l'activité doit être contrôlée pour des raisons de santé publique ». Le Conseil d'Etat établit périodiquement la liste des professions de la santé soumises à cette loi.

L'Etat exerce une surveillance des professionnels de santé et octroie des autorisations de pratiquer sur la base d'un certain nombre de critères. Les conditions d'autorisation à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont, elles, régies par du droit fédéral via la LAMal.

Les principaux professionnels du système de santé sont donc les suivants : Médecins de 1^{er} recours ; Médecins spécialistes ; Autres professionnels de santé (infirmières indépendantes, sages-femmes, physio, ergo, etc.) ; Psychologues ; Pharmaciens ; Professionnels des médecines complémentaires. Les professionnels de la santé peuvent travailler en pratique indépendante ou dans des institutions à titre dépendant.

1.2.2 Les institutions

Les institutions sont définies dans la LSan comme « *toute institution dont la mission implique de fournir des soins ou de prendre en charge des personnes ayant besoin de soins de manière régulière* ». Les principales catégories d'institutions de santé sont les suivantes:

- Les hôpitaux et maisons de naissance;
- Les établissements pour personnes âgées;
- Les services de soins à domicile;
- Les services d'ambulance;
- Les établissements de soins ambulatoires ;
- Les laboratoires d'analyses médicales et les instituts médico-techniques;

1.2.2.1 Les hôpitaux

Le Conseil d'Etat a adopté le dernier rapport de planification hospitalière et l'ordonnance fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance³. Cette liste hospitalière régit le champ des prestations somatiques de soins aigus, soins palliatifs spécialisés, réadaptation et psychiatrie. Figurent sur cette liste l'HFR, l'Hôpital Intercantonal de la Broye, le Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM), les deux cliniques privées de Fribourg (Hôpital Daler et Clinique générale Saint-Anne du groupe Swiss Medical Network), la maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne ainsi que des hôpitaux extra-cantonaux.

Du point de vue de son dispositif public de soins aigus, le canton de Fribourg dispose donc deux hôpitaux principaux somatiques, l'HFR et l'HIB, et d'un hôpital psychiatrique au sein du RFSM.

L'hôpital fribourgeois HFR

L'hôpital fribourgeois (HFR) a été créé le 1er janvier 2007. Ce nouveau réseau hospitalier réunissait alors quatre hôpitaux publics du cantons répartis sur six sites : l'ancien Hôpital Sud Fribourgeois, composé des sites de Billens (district de la Glâne), de Châtel-St-Denis (Veveyse) et de Riaz (Gruyère), l'Hôpital cantonal de Fribourg (Sarine), l'Hôpital de Meyriez (Lac) et l'Hôpital de Tavel (Singine).

Au printemps 2014, l'HFR a fermé le site de Châtel-St-Denis, remettant le bâtiment au Réseau santé et social de la Veveyse. En 2022 c'est le site de Billens qui a été remis au Réseau santé de la Glâne (RSG).

L'HFR est un établissement de droit public doté de la personnalité juridique (Loi sur l'hôpital fribourgeois, LHFR⁴). Il est rattaché administrativement à la Direction compétente en matière de santé.

³ Ordonnance fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance du 31.03.2015 entrée en vigueur le 01.01.2017.

⁴ https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/822.0.1

La LHFR règle l'organisation, le fonctionnement et le financement de l'HFR. L'HFR fournit des prestations dans les domaines en particulier des soins stationnaires, ambulatoires et urgents, mais aussi dans les domaines de la prévention, de l'aide à la personne malade sur le plan social et de l'enseignement et la recherche. Au chapitre des relations avec d'autres institutions (article 7), il est mentionné que « *L'HFR collabore avec les hôpitaux universitaires, les institutions de santé publiques et privées, les médecins installés en cabinet et d'autres services médicaux, ainsi qu'avec les institutions de formation* » ; et que « *dans le but de favoriser une étroite collaboration avec les institutions de santé, il peut conclure des conventions de collaboration avec elles, sous réserve d'approbation par le Conseil d'Etat* ».

Plan de développement de l'HFR

Dans son document « Stratégie 2030⁵ » l'HFR livre son plan de développement et se conçoit comme un réseau de santé avec notamment :

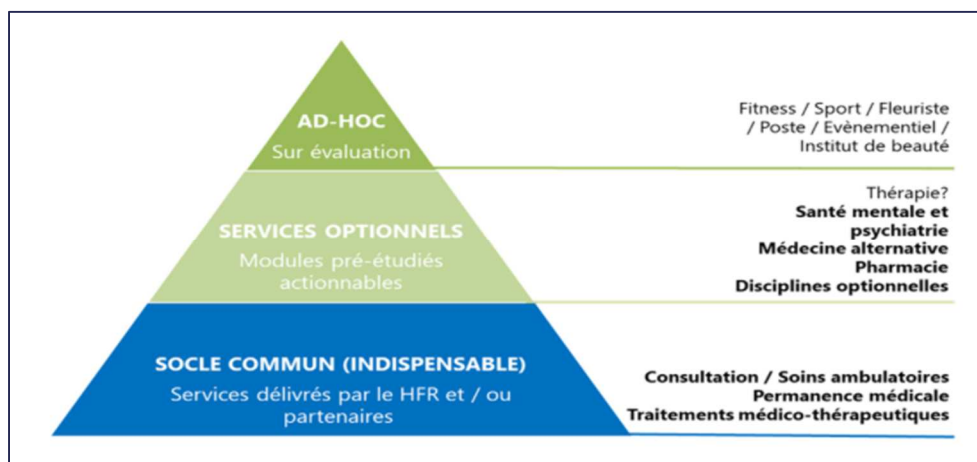
- Le développement du site de Fribourg comme centre de référence de soins aigus (avec projet de construction de nouvel hôpital en cours).
- La création de plusieurs centres de santé en particulier sur certains anciens sites hospitaliers

A ce jour, l'HFR continue sa mue et les activités actuelles stationnaires dépendent des sites (informations tirées du site internet de l'HFR) :

- HFR Tafers : Lits de médecine interne, gériatrie et réadaptation gériatrique. Consultations ambulatoires, clinique de jour, permanence.
- HFR Meyriez – Murten : Lits de médecine interne, médecine et cardiologie réadaptative, neuroréadaptation. Consultations ambulatoires, clinique de jour et permanence.
- HFR Riaz : Lits de médecine interne, gériatrie et réadaptation gériatrique. Consultations ambulatoires, clinique de jour et permanence.

Le projet des centres de santé :

Dans son concept l'HFR envisage de développer des centres de santé sur le territoire fribourgeois, sauf dans la région de la Broye, couverte par l'hôpital intercantonal de la Broye.



Selon le plan stratégique⁶, « ces centres de santé sont le premier point de contact pour les problèmes de santé et la prise en charge des malades chroniques. Ils proposent une permanence et des

⁵ <https://www.h-fr.ch/qui-sommes-nous/notre-strategie-2030>

⁶ <https://www.h-fr.ch/qui-sommes-nous/strategie-2030/la-strategie-2030-et-le-plan-quatre-ans>

consultations médicales, des soins ambulatoires ainsi que des traitements médico-thérapeutiques. Ils constituent également une sorte de « place du village » avec d'autres prestataires comme un service d'aide et de soins à domicile, un cabinet médical, une cafétéria et un bureau de poste. »

La mise en exploitation de ces centres de santé devrait se faire de manière progressive ces 4 prochaines années.

L'hôpital intercantonal de la Broye HIB

L'hôpital intercantonal de la Broye est l'hôpital de référence pour la population de la Broye fribourgeoise et vaudoise. C'est un établissement de droit public régi par une convention intercantonale sur l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) Vaud-Fribourg datant de 2013. Il dépend donc des deux cantons de Vaud et de Fribourg.

Le site de Payerne regroupe les activités médicales, opératoires, d'urgences et d'obstétriques. Le site d'Estavayer-le-Lac dispose de lits de réadaptation. Il héberge également une permanence médicale, un centre de soins, une unité de radiologie et propose des prestations ambulatoires (physiothérapie, consultations de diabétologie, ergothérapie, diététique etc.).

1.2.2.2 Le Réseau Fribourgeois de Santé Mentale

Toutes les structures publiques actives dans le domaine de la santé mentale ont été regroupées au sein du Réseau Fribourgeois de soins en Santé Mentale (RFSM). Le canton de Fribourg s'est doté d'une Loi sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM)⁷ en 2006 qui règle l'organisation, le fonctionnement et le financement du RFSM. Le RFSM est un établissement de droit public doté de la personnalité juridique. Il est rattaché administrativement à la Direction en charge de la santé. La loi a pour but de « *permettre à toute personne souffrant d'un trouble, d'une maladie ou d'un handicap en santé mentale de bénéficier de soins adéquats et de qualité, en favorisant son autonomie relationnelle, familiale, sociale et économique* ». Le réseau prodigue des soins ambulatoires, résidentiels et hospitaliers sur 12 sites.

1.2.2.3 Les réseaux, associations de communes

Le canton de Fribourg, contrairement à d'autres cantons romands, a toujours donné des compétences santé et social aux communes. Ces compétences sont ancrées dans le cadre de la Loi sur les Prestations médico-sociales⁸ (LPMS) adoptée en 2016. La loi a pour but « *de garantir la qualité et la coordination de prestations médico-sociales répondant aux besoins de prise en charge de la population dans le canton.* » Et elle définit « *les prestations médico-sociales et les exigences auxquelles sont soumis les fournisseurs et fournisseuses qui les offrent; l'organisation des relations entre les pouvoirs publics et les fournisseurs et fournisseuses de prestations médico-sociales; fixe les conditions auxquelles les prestations médico-sociales font l'objet d'un financement des pouvoirs publics.* »

A l'article 11 il est fait mention que « *les communes et les fournisseurs et fournisseuses de prestations collaborent afin d'assurer la coordination de la prise en charge médico-sociale fournie à domicile et en EMS* » et que « *à cette fin, l'ensemble des communes d'un ou de plusieurs districts forment une association au sens de la loi sur les communes.* »

Dans le cadre de l'organisation du système de santé fribourgeois il est donc prévu que l'association de communes « *offre les prestations médico-sociales permettant d'assurer la couverture des besoins de la population idoine ou mandate des fournisseurs et fournisseuses de prestations dans ce but.* » Elle doit ainsi entre autre établir un plan de couverture des besoins, sur la base de la planification cantonale;

⁷ https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/822.2.1

⁸ https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/820.2

coordonner l'offre de prestations médico-sociales; assurer l'information de proximité relative à l'offre de prestations.

Depuis l'adoption de ce texte tous les districts se sont organisés en association de communes et ont créé des réseaux de santé ou santé-social. Ces associations sont donc en charge en général des soins à domicile, des établissements pour personnes âgées sous responsabilités des communes et pour certaines de service d'ambulances ou de prestations sociales.

Il y a ainsi 7 réseaux constitués :

- Le réseau santé social de la Broye fribourgeoise
- Le réseau santé de la Glâne
- Le réseau santé et social de la Veveyse
- Le réseau santé et social de la Gruyère
- Le réseau santé du Lac, Gesundheitsnetz See
- Le réseau santé de la Sarine
- Le réseau santé de la Singine, Gesundheitsnetz Sense

1.2.2.4 L'aide et les soins à domicile

L'aide et les soins à domicile dépendent de la Loi sur les prestations médico-sociales (LPMS) adoptée en 2016. Ils sont définis ainsi : « *L'aide et les soins à domicile sont les prestations médico-sociales qui ne nécessitent pas d'infrastructure institutionnelle et qui permettent à une personne de continuer à vivre à domicile.* » Au sens de la loi, « *les prestations médico-sociales peuvent être fournies à domicile par les fournisseurs et fournisseuses mandatés ou exploités ainsi que par tout autre fournisseur ou toute autre fournisseuse autorisé-e à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.* »

Les fournisseurs de prestations d'aides et de soins à domicile peuvent bénéficier d'une subvention des pouvoirs publics aux conditions suivantes en particulier: sont mandatés ou exploités par une association; ne poursuivent aucun but lucratif; sont inclus dans la planification; offrent l'ensemble des prestations définies. L'Etat alloue aux services d'aide et de soins à domicile exploités ou mandatés par une association une subvention correspondant à 30 % des frais du personnel exécutant les prestations d'aide et de soins.

Il existe aujourd'hui dans le canton des acteurs publics de fournisseurs de prestations de soins à domicile, dépendant des associations de communes et des acteurs privés.

Sur le site de l'Association Spitex privée Suisse (association faîtière des organisations de soins et d'aide à domicile privées) on peut trouver les différentes organisations privées présentes dans le canton, essentiellement sur la ville de Fribourg.

Il existait une association faîtière cantonale, l'Association fribourgeoise aide et soins à domicile (AFAS). Pour l'Etat de Fribourg, cette association est un « *partenaire de référence des autorités régionales, cantonales et nationales, ainsi que des spécialistes et professionnels du domaine du maintien à domicile* ». Elle a pour buts « *d'institutionnaliser et de promouvoir le développement de l'aide et les soins à domicile, en application des lois en vigueur et conformément aux concepts définis par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) et de contribuer à l'harmonisation de prestations d'égale qualité pour toute la population fribourgeoise* ».

Aujourd'hui une nouvelle association est née, l'AFISA, association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées et de l'aide et des soins à domicile qui regroupe non seulement les soins à domicile mais aussi les EMS.

1.2.2.5 Les établissements médico-sociaux (EMS)

Les établissements pour personnes âgées sont également encadrés par la Loi sur les prestations médico-sociales (LPMS) adoptée en 2016. Dans cette loi l'EMS est défini comme « *l'institution de santé, admise à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, qui est destinée à accueillir, en principe, des personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite et dont l'état exige des soins et une surveillance continue.* »

Un établissement peut être inscrit sur la liste des établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'il répond aux exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et en particulier s'il est inclus dans la planification cantonale; utilise l'outil d'évaluation du niveau de soins des bénéficiaires défini par le Conseil d'Etat; dispose de l'effectif en personnel de soins requis et garantit la présence de personnel de soins qualifié 24 heures sur 24.

Un établissement peut aussi être mis au bénéfice d'une reconnaissance par l'Etat qui donne droit à un subventionnement s'il répond aux exigences suivantes : ne poursuit pas de but lucratif, répond à un intérêt public, est accessible à toute personne domiciliée dans le canton, ou est mandaté ou exploité par une association.

Une ordonnance fixe la liste des EMS du canton. Dans le canton une majorité d'EMS sont exploités par des associations de communes.

1.2.2.6 La centrale d'appel 144, les services d'ambulances et le SMUR

Le décret du 12 février 1998 relatif à la création d'une centrale 144 d'appels d'urgence sanitaire a fondé la mise en place d'une centrale gérée aujourd'hui par l'HFR. La centrale répond aux appels urgents et engage les moyens de sauvetage appropriés, notamment les ambulances et le SMUR.

Les services d'ambulances sont encadrés par un le Règlement sur les services d'ambulance et les transports de patients et patientes datant de 2000⁹. Ce règlement a pour but « *d'assurer la qualité, la rapidité, l'efficacité et la coordination des secours aux personnes malades ou accidentées et leur sécurité, ainsi que de définir les conditions spécifiques d'autorisation d'exploitation des services d'ambulance* ».

Les services d'ambulances sont aussi organisés par district ou par région. Les communes assurent l'organisation et l'exploitation des services d'ambulance, au besoin en faisant appel à des organismes privés. Une commission cantonale pour les mesures sanitaires d'urgence fonctionne comme organe consultatif de la Direction de la santé et des affaires sociales et émet des préavis à l'intention de la Direction concernant les demandes d'autorisation d'exploitation des services d'ambulance, en particulier sur leur organisation, leur personnel et la qualification des professionnels de la santé devant être engagés en cas de secours ainsi que sur leur équipement. L'exploitation d'un service d'ambulance est subordonnée à une autorisation délivrée par la Direction.

A ce jour, les services d'ambulances suivants sont reconnus par l'interassociation de sauvetage suisse

- Ambulances du Sud fribourgeois
- Ambulances Morat
- Réseau santé de la Sarine, service d'ambulances
- Ambulanz und Rettungsdienst Sense

Le canton de Fribourg s'est aussi doté d'un Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) depuis juin 2015. Ce dispositif, qui implique l'intervention sur place d'un médecin d'urgence, complète le

⁹ https://bdlf.fr.ch/app/fr/texts_of_law/821.0.17

système de soins d'urgence. Il est déployé dans les situations les plus graves (accident grave, détresse respiratoire, état de choc, coma ou réanimation) en collaboration étroite avec les services d'ambulances. Le SMUR assure également les transferts interhospitaliers médicalisés des patients critiques entre les différents sites de l'HFR ou vers les hôpitaux universitaires.

1.3 Brève analyse

En synthèse, le canton de Fribourg possède beaucoup de dispositifs et de prestataires de soins, dans les domaines publics essentiellement, mais aussi privés. Le canton s'est doté d'une loi de santé générale qui régit les soins et les autres activités exercées dans le domaine de la santé par des personnes physiques ou morales, de droit privé ou de droit public. Le canton a aussi édicté des lois spécifiques dans certains domaines d'activité. Ainsi l'HFR et le RFSM sont encadrés par des lois propres dans lesquelles les éléments d'organisation, de fonctionnement et de financement sont clairement définies (le HIB étant encadré par une convention intercantonale). Par contre les domaines des soins à domicile, des établissements médico-sociaux et des services d'ambulances sont eux de compétence des communes réunies en associations. Le canton avec la LPMS n'encadre que le domaine des prestations, avec en particulier les exigences auxquelles sont soumis les fournisseurs de prestations, leurs relations avec les pouvoirs publics et les principes de subventionnement.

La lecture du système de santé fribourgeois n'est donc pas si facile et il existe une certaine hétérogénéité dans sa gouvernance et son organisation avec plusieurs niveaux et champs de compétences qui pourraient suggérer une inégalité de l'offre de soins régionalement malgré des efforts de régulation et de contrôle des différents dispositifs par l'Etat.

1.4 Profil santé de la population fribourgeoise et consommation de soins

La Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg a chargé l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) d'élaborer un rapport sur la santé basé sur les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2017¹⁰. Les éléments décrits ci-après sont essentiellement issus de ce rapport.

1.4.1 La population : profil, état de santé

L'ESS est une enquête représentative de la population sur des thèmes ayant trait à la santé, qui est réalisée tous les cinq ans depuis 1992 auprès de personnes de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés. Le nombre de répondants pour Fribourg est de N=1055

Échantillon ESS et population résidente du canton de Fribourg, selon le sexe et l'âge, 2017 (personnes de 15 ans et plus)

T1.2

Classe d'âge	Femmes				Hommes				Total			
	Échantillon		Population		Échantillon		Population		Échantillon		Population	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Total	565	100,0	1 317 066	100	490	100,0	1 308 870	100	1 055	100,0	2 625 766	100
15-34 ans	167	29,6	40 341	30,6	146	29,8	42 148	32,2	313	29,7	82 489	31,4
35-49 ans	145	25,7	33 809	25,7	117	23,9	34 106	26,1	262	24,8	67 915	25,9
50-64 ans	140	24,8	31 066	23,6	139	28,4	32 226	24,6	279	26,4	63 292	24,1
65 ans et plus	113	20,0	26 490	20,1	88	18,0	22 390	17,1	201	19,1	48 880	18,6

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2017 et STATPOP 2017

© Obsan 2020

¹⁰ La santé dans le canton de Fribourg, Analyse des données 2017 de l'Enquête suisse sur la santé. Obsan Rapport 07/2020

Démographie

Fribourg connaît une évolution démographique particulièrement dynamique (+8,1% entre 2012 et 2017). C'est la croissance cantonale la plus élevée. La population fribourgeoise est de surcroît **très jeune**: la proportion d'habitants de moins de 14 ans est la plus élevée de Suisse, alors que celle des habitants de 65 ans et plus est la plus basse.

Profil santé

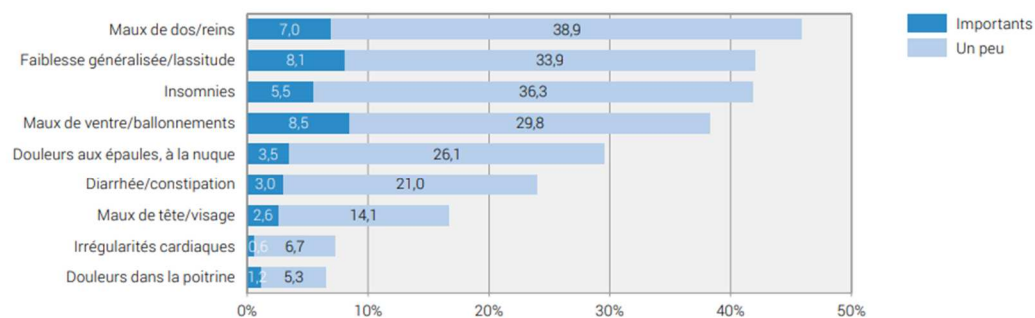
La grande majorité de la population du canton de Fribourg s'estime en **bonne ou en très bonne santé** (85,6%). Cette proportion est relativement stable depuis 1992 et est comparable à la moyenne suisse.

En 2017, un quart de la population du canton de Fribourg déclarait souffrir de **troubles physiques** importants et un tiers ressentir quelques troubles. Mais on note aussi que la prévalence des troubles **psychiques** (19,1%) est significativement plus élevée que la moyenne nationale (15,1%).

Le rapport mentionne que 31,1% de la population est affectée par un problème de santé de **longue durée** (six mois au minimum, maladies chroniques incluses). Il s'agit d'une proportion qui n'a pas évolué depuis 2012 et qui est similaire à la moyenne nationale. Et environ un cinquième de la population fribourgeoise qui déclare un problème de santé de longue durée, est limité dans ses activités de la vie quotidienne.

Troubles physiques, canton de Fribourg, en 2017 (au cours des quatre dernières semaines)

G2.14



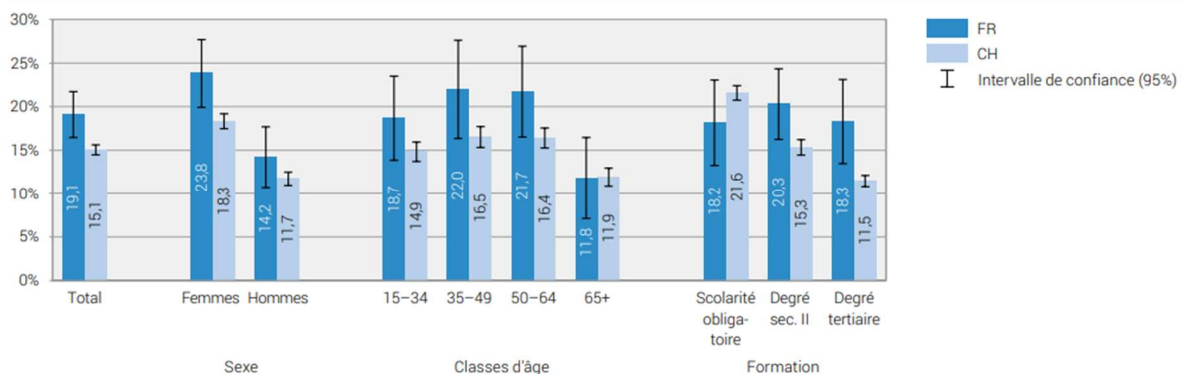
n=1 052

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Troubles psychiques moyens à importants, selon le sexe, l'âge et la formation, canton de Fribourg et Suisse, en 2017

G2.25



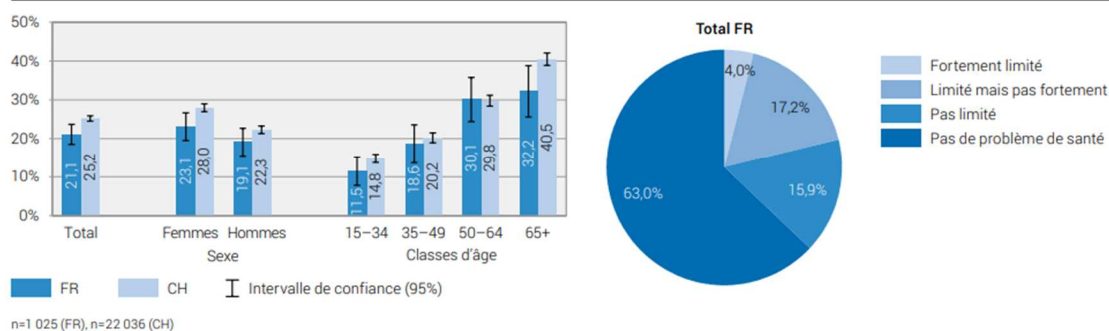
n=1 006 (FR), n=20 941 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Limitations dans les activités habituelles en raison de problèmes de santé,
selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, en 2017

G2.8



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les principales causes de décès.

1.4.2 Consommation de soins

Consultations médicales

Le canton de Fribourg a une **densité** de médecins de premier recours très inférieure à la moyenne suisse (T1.5).

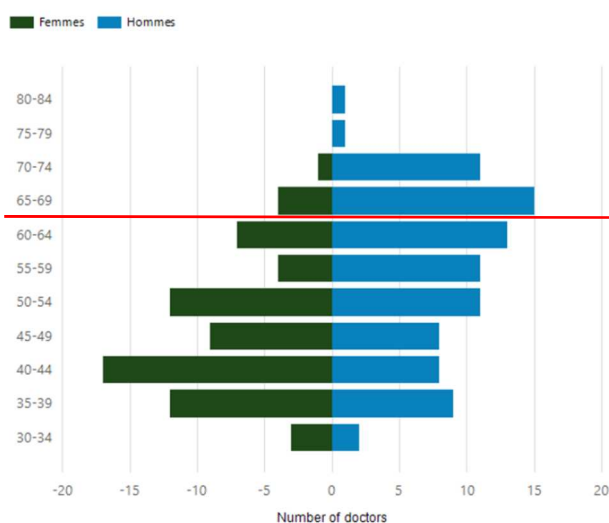
Sélection de chiffres-clés du canton en comparaison avec la Suisse (fin)

T1.5

Indicateur	FR	CH	Rang FR ¹	Description de l'indicateur et des sources
Densité de médecins 2017 (pour 10 000 habitants)				Nombre de médecins exerçant en cabinet privé (FMH – Statistique médicale 2017)
Médecine de premier recours	6,7	9,4	25	Médecine de premier recours: médecine interne générale, médecin praticien, médecine de l'enfant et de l'adolescent
Médecine spécialisée	7,5	12,4	19	Médecine spécialisée: toutes les autres spécialisations
Densité de pharmacies 2017 (pour 10 000 habitants)	2,3	2,1	8	Nombre de pharmacies, sans les pharmacies d'hôpitaux, pour 10 000 habitants (pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens 2017)

En 2020, dans la statistique de la Fédération des médecins suisses (FMH) on peut mettre en évidence

Médecins en exercice par structure d'âge
Année 2021



qu'il y a environ **1 médecin de premier recours pour 2'047 habitants** dans le canton de Fribourg, alors que ce chiffre est de 1 médecin pour 1'449 habitants en moyenne en Suisse¹¹.

On note en outre un **âge élevé** des médecins installés en pratique médicale de premier recours dans le canton de Fribourg. Dans les statistiques de la FMH, on peut tirer le graphique suivant qui exprime, en 2021, la structure d'âge des médecins de premier recours dans le secteur de l'ambulatoire.

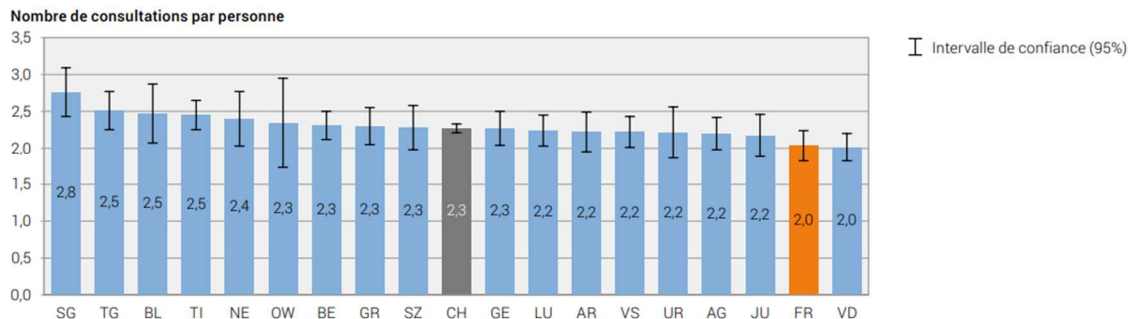
La ligne rouge symbolise l'âge de la retraite.

¹¹ FMH Statistique médicale. <https://www.fmh.ch/fr/themes/statistique-medicale/statistique-medicale-fmh.cfm>

Cette faible densité se reflète sur le nombre de consultations médicales. **Le nombre moyen de consultations par personne s'élève à deux, ce qui en fait le canton le plus bas de Suisse avec le canton de Vaud.**

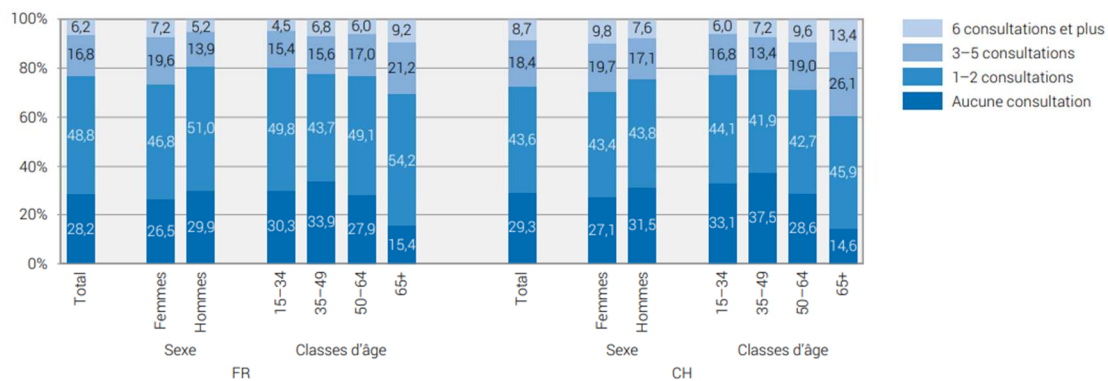
Consultations chez un médecin de 1^{er} recours, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois)

G5.5



Consultation chez un médecin de 1^{er} recours, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, en 2017 (douze derniers mois)

G5.2

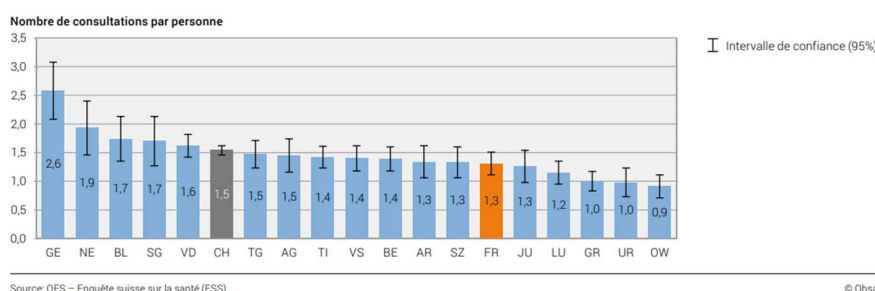


Les personnes qui consultent sont plus souvent des personnes âgées avec un moins bon état de santé.

Un faible taux de recours aux médecins spécialistes est également observé en comparaison nationale.

Consultations chez un médecin spécialiste, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois)

G5.6



Consultations ambulatoires hospitalières, y compris urgences

Sont considérées ici comme prestations ambulatoires des hôpitaux, les admissions aux urgences d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une policlinique ainsi que les contrôles et traitements ambulatoires d'un hôpital ou d'une clinique spécialisée ayant eu lieu durant les douze derniers mois.

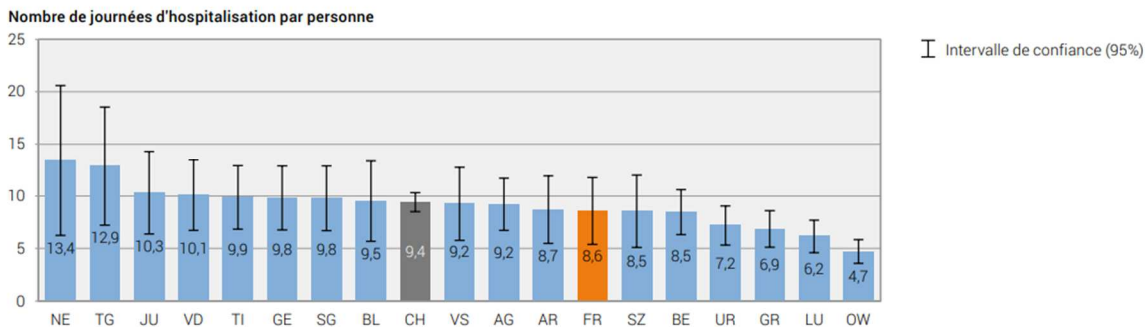
Environ un tiers de la population a eu recours aux prestations hospitalières ambulatoires. Ce recours a fortement augmenté depuis 2012 et est l'un des plus élevés de Suisse. **Ce point est spécifiquement discuté au chapitre 3.** Il est directement lié à la densité plus faible de médecine ambulatoire sur le territoire fribourgeois.

Hospitalisations

Le taux d'hospitalisation est l'un des plus faibles de Suisse, par contre la durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus est dans la moyenne suisse (5,4 jours contre 5,3 pour la Suisse).

Journées d'hospitalisation, Suisse et cantons, en 2017 (douze derniers mois)

G5.20

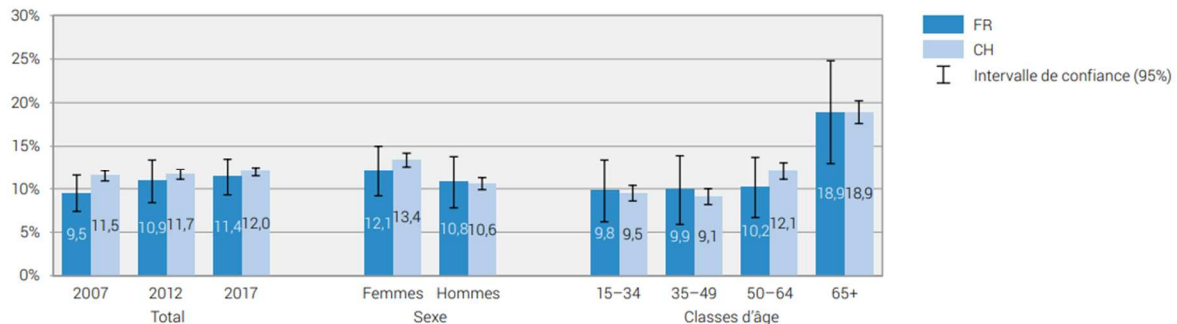


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Recours aux prestations stationnaires des hôpitaux, selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, en 2007, 2012 et 2017 (douze derniers mois)

G5.19



2007: n=1 003 (FR), n=18 745 (CH); 2012: n=1 027 (FR), n=21 585 (CH); 2017: n=1 055 (FR), n=22 115 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Soins à domicile

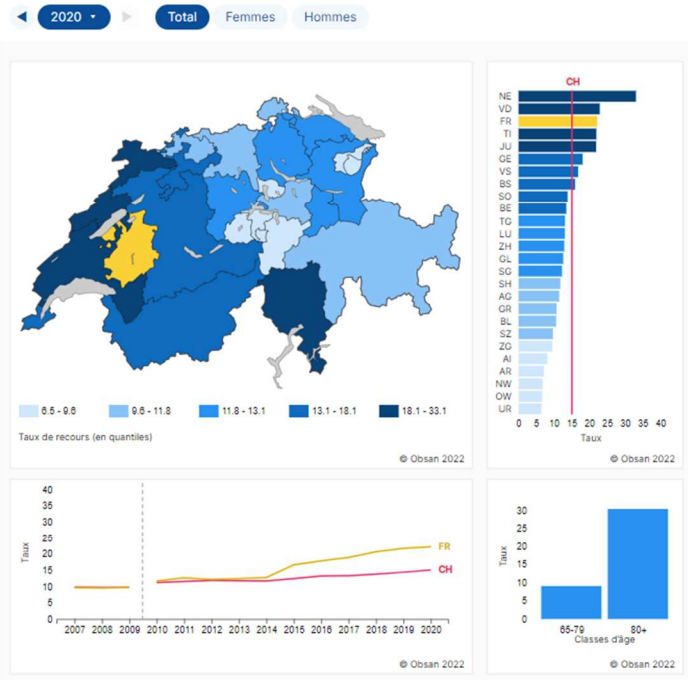
Fribourg fait partie des cantons qui ont fortement développé les soins à domicile ces dernières années (en particulier depuis 2015).

Dans le canton, 3,2% de la population générale a eu recours en 2017 à des prestations des SASD principalement pour les soins et le ménage (ESS). Ce sont les personnes de plus de 80 ans et plus qui y ont le plus recours.

Mais le recours à l'**aide informelle** (aide par des proches) reste le plus important en comparaison avec le recours à l'aide des services de soins à domicile.

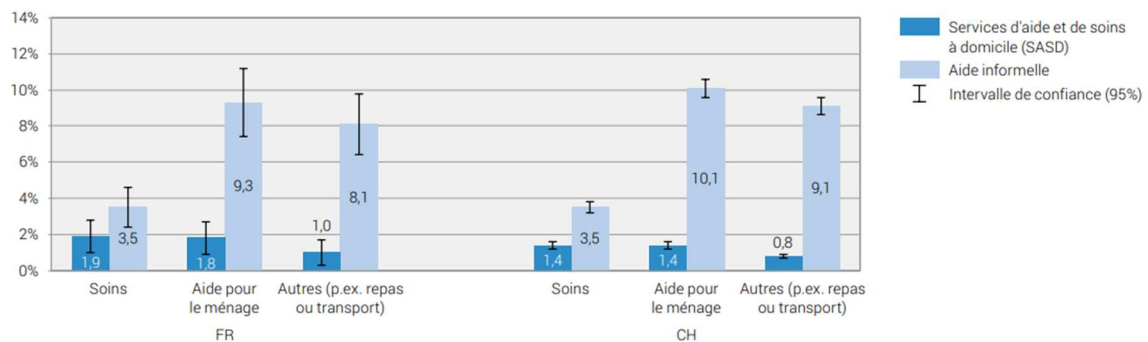
Recours aux soins à domicile

Nombre de cas âgés de 65 ans et plus recevant des prestations de soins à domicile pour 100 habitants âgés de 65 ans et plus



Recours aux prestations des SASD et à l'aide informelle,
selon le type d'aide, canton de Fribourg et Suisse, en 2017 (douze derniers mois)

G5.24



SASD: n=1 055 (FR), n=22 130 (CH); aide informelle: n=1 054 (FR), n=22 106 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

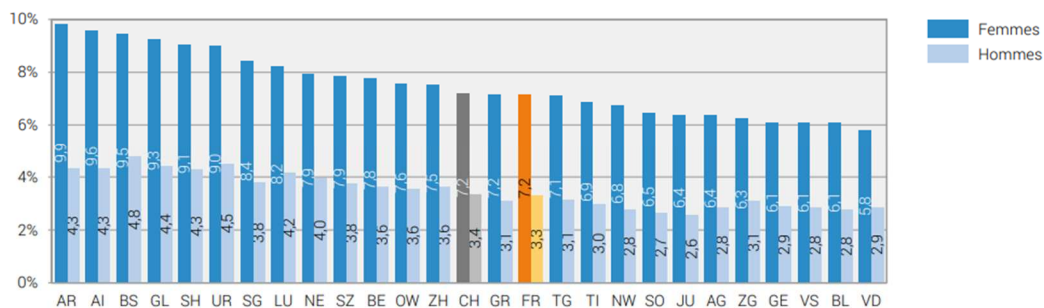
© Obsan 2020

Soins de longue durée en EMS

La part des personnes de 65 ans et plus qui vivent en EMS a légèrement baissé entre 2012 et 2017, passant de 6,8% à 5,4%, ce qui reflète plutôt le développement des soins à domicile plutôt qu'une amélioration d'état de santé de la population âgée.

Soins de longue durée dans les établissements pour personnes âgées,
selon le sexe, Suisse et cantons, en 2017 (personnes de 65 ans et plus)

G5.27



Source: OFS – Statistique des institutions médicosociales et Statistiques de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

La grande majorité des résidents (90%) a besoin de soins modérés à élevés. Dans des cantons avec les politiques de maintien à domicile les plus forte, comme Genève ou Vaud, cette part s’élève à plus de 98%, alors que dans certains cantons de suisse orientale cette proportion se situe entre 35% et 42%. La majorité des résidents dans ces cantons n’ont besoin que de soins légers.

2 HORIZON 2040 : LES ENJEUX DE SANTÉ À VENIR ET LES POLITIQUES PUBLIQUES À METTRE EN OEUVRE

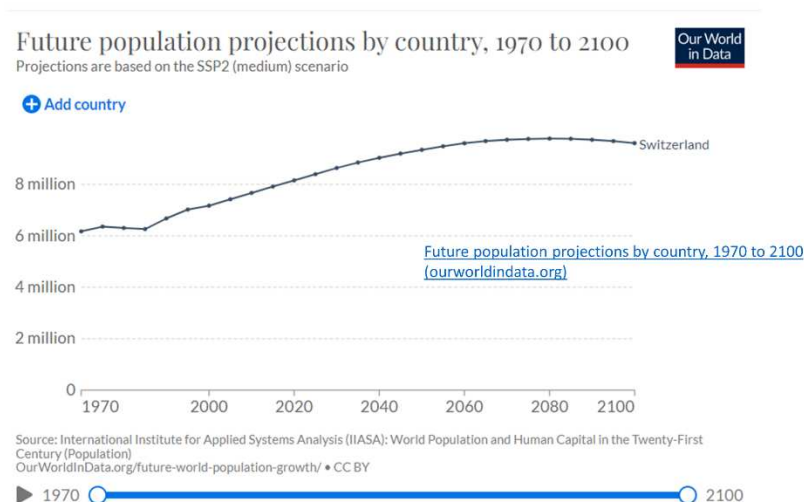
Ce chapitre traite globalement des enjeux de santé à venir pour la Suisse. Certaines données existent pour le canton de Fribourg et si c'est le cas elles sont mentionnées. Néanmoins, même en l'absence de données, il y a peu de raisons de croire que le canton de Fribourg ferait exception aux enjeux décrits plus globalement pour la Suisse et en général, le continent européen.

2.1 Les principaux enjeux de santé publique

Les enjeux de santé à venir sont nombreux. Quelques-uns, les plus critiques à court-moyen terme, sont présentés ci-après. D'autres défis au plus long cours, comme le défi climatique, l'innovation technologique ou la digitalisation ne seront pas abordés ici.

2.1.1 Un vieillissement démographique qui s'accélère fort dans le canton de Fribourg

Le fait est connu, la vieille Europe entre dans une phase de transition démographique, avec à la fois des taux de naissance et de mortalité très bas, qui induisent un vieillissement de la population de plus en plus important et l'arrivée au point de bascule « *zero population growth* ». Ce point de bascule signifie que la population entre en décroissance. Ce point de bascule a été franchi récemment en Allemagne et en Italie. En Suisse, grâce au maintien d'une immigration, il est estimé un point de bascule vers 2070.



Le vieillissement démographique est encore aggravé par l'arrivée à la retraite des **baby-boomers** (ces très nombreuses personnes nées après-guerre entre 1945 et 1965 environ) qui viennent donc grossir la catégorie des 65 ans et plus. Ils auront entre 75 et 95 ans en 2040. **L'horizon 2040 représente donc une période cruciale pour absorber un nombre très important de personnes âgées et donc de besoins de soins.**

Dans un rapport de l'Obsan¹² sur la santé des 65 ans et plus en Suisse latine, il est fait mention, pour l'ensemble de la Suisse, d'une croissance attendue du nombre de personnes âgées de 65 à 79 ans de 1,1 million en 2017 à 1,7 million en 2045 (hausse de 45%) et d'une croissance du nombre de personnes âgées de **80 ans et plus** de 0,5 million à 1,2 million de personnes, ce qui correspond à une hausse de **134%**. Ces chiffres sont basés sur les scénarios de référence de l'OFS (Tableau T1.5 Obsan).

¹² Clémence Merçay. La santé des 65 ans et plus en Suisse latine : analyses intercantionales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Obsan Rapport 09/2020

Dans ce rapport on note que le canton de **Fribourg aura la croissance de personnes âgées la plus forte au niveau latin** avec une augmentation des personnes de **80 ans et plus** entre 2017 et 2030 de **+ 67%** (+ env. 9'000 personnes) et de **+ 186%** entre à horizon 2045 (soit presque un doublement par rapport à 2017, + environ 25'000 personnes). Les personnes entre 65 et 79 ans vont aussi augmenter comme on peut le voir sur le tableau avec une croissance de +27'400 personnes d'ici 2045.

Ce qui est énorme en termes de besoins de soins et d'enjeux de santé publique.

T 1.5 Projections démographiques selon le scénario de référence de l'OFS, Suisse et cinq cantons latins, 2017, 2030 et 2045

CH	2017	2030		2045	FR	2017	2030		2045	
0-19	1 590 973	1 776 083	+ 12%	1 798 846	+ 13%	67 727	81 984	+ 21%	89 339	+ 32%
20-64	5 214 189	5 444 806	+ 4%	5 567 589	+ 7%	196 520	222 732	+ 13%	241 266	+ 23%
65-79	1 143 862	1 507 450	+ 32%	1 656 124	+ 45%	37 461	54 589	+ 46%	64 932	+ 73%
80+	481 951	739 038	+ 53%	1 129 596	+ 134%	13 296	22 268	+ 67%	38 047	+ 186%
GE	2017	2030		2045	JU	2017	2030		2045	
0-19	96 476	105 018	+ 9%	106 958	+ 11%	14 748	15 485	+ 5%	15 531	+ 5%
20-64	308 580	338 529	+ 10%	340 864	+ 10%	42 776	41 610	+ -3%	41 267	+ -4%
65-79	59 192	72 567	+ 23%	86 198	+ 46%	11 022	14 162	+ 28%	13 971	+ 27%
80+	27 192	40 392	+ 49%	56 055	+ 106%	4 794	7 021	+ 46%	10 513	+ 119%
NE	2017	2030		2045	TI	2017	2030		2045	
0-19	36 257	38 443	+ 6%	39 358	+ 9%	61 425	62 836	+ 2%	64 227	+ 5%
20-64	108 362	111 718	+ 3%	111 816	+ 3%	213 691	221 138	+ 3%	213 192	+ 0%
65-79	24 008	28 804	+ 20%	31 909	+ 33%	57 268	72 682	+ 27%	83 601	+ 46%
80+	11 236	15 232	+ 36%	21 073	+ 88%	26 262	41 967	+ 60%	60 425	+ 130%

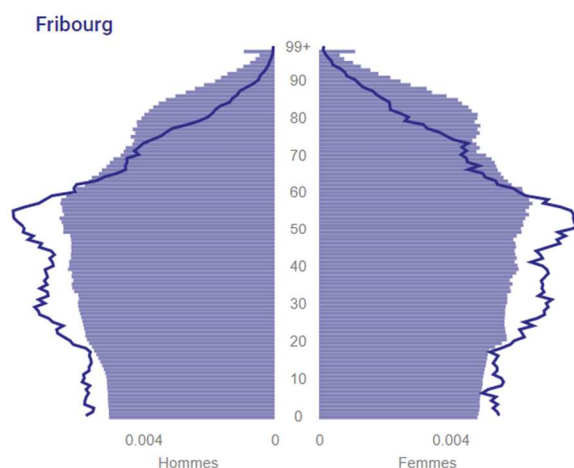
Source : Scénarios de l'évolution de la population des cantons, OFS, 2015-2045.
 Note : Scénario de référence AR-00-2015, population au 1^{er} janvier

© Obsan 2020

En synthèse on peut voir la projection de la pyramide des âges pour le canton de Fribourg entre 2019 et 2050 (OFS, scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020-2050¹³).

Pyramide des âges

Proportion de personnes à chaque âge



Le scénario A, appelé aussi scénario de référence (A-00-2020), prolonge les évolutions observées au cours des dernières années. Il est calculé à partir des hypothèses de référence pour la fécondité, la mortalité ou les migrations.

— 2019 ■ 2050

Proportion de personnes d'âge x = Nombre de personnes d'âge x /

¹³ OFS. <https://www.viz.bfs.admin.ch/assets/01/ga-01.03.01/fr/index.html>

Le défi sociétal sera majeur avec un **rapport de dépendance** (qui exprime la charge que représente la population âgée pour les personnes en âge de travailler), qui va passer en 2017 de 26 personnes de 65 + ans pour 100 personnes de 20-64 ans (en âge de travailler) à 43 personnes de 65+ pour 100 personnes de 20 à 64 ans en 2045. La charge qui va donc peser sur les épaules de la population active sera donc majeure.

T 1.6 Indicateurs du vieillissement de la population selon le scénario de référence de l'OFS, Suisse et cinq cantons latins, 2017, 2030 et 2045

	Part de 65+ (en %)					
	CH	FR	GE	JU	TI	NE
2017	19	16	18	22	23	21
2030	24	20	20	27	29	24
2045	27	24	24	30	34	27
Indice de dépendance des personnes âgées (Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans)						
	CH	FR	GE	JU	TI	NE
2017	31	26	27	37	39	36
2030	41	35	33	51	52	44
2045	50	43	42	59	68	53
Indice de vieillesse (Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 0 à 14 ans)						
	CH	FR	GE	JU	TI	NE
2017	139	103	122	152	188	135
2030	171	125	144	183	252	155
2045	214	159	182	218	310	186

Source : Scénarios de l'évolution de la population des cantons, OFS, 2015-2045.

© Obsan 2020

Note : Scénario de référence AR-00-2015, population au 1^{er} janvier

A cela s'ajoute encore que le soutien des proches aidants va globalement se détériorer puisque les générations suivantes sont moins fournies (moins d'enfants pour soutenir leurs parents). Ce report de soins informels sur les professionnels sera un défi d'autant plus complexe à relever que la démographie des professionnels va elle-même se modifier avec l'arrivée à la retraite des baby-boomers actuellement actifs dans les domaines sanitaires et sociaux.

2.1.2 Des besoins de soins chroniques et de fin de vie qui vont augmenter massivement

Si l'avance en âge est la résultante d'importants progrès sociaux et médicaux réalisés au cours du siècle passé, elle représente aujourd'hui un défi considérable, notamment dans les domaines de la santé et du social. Le vieillissement démographique engendre une augmentation continue de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle (besoin d'aide d'autrui pour réaliser des tâches de la vie quotidienne).

Le **nombre de malades** souffrant de problèmes cardio-vasculaires, du diabète, de cancers, de problèmes respiratoires ou de démences va **vraisemblablement quasi doubler d'ici 2045**. Cette augmentation va largement mettre sous tension notre système de santé qui est aujourd'hui trop calibré pour prendre en charge, de manière épisodique, des personnes souffrant de maladies aiguës. Ces prochaines décennies, **notre système sera de plus en plus sollicité pour répondre aux besoins de malades chroniques, souvent âgés, qui nécessiteront non seulement des soins aigus, de longue durée et de fin de vie, mais aussi une prise en compte plus importante de leurs besoins sociaux et médico-sociaux.**

En termes de **planification sanitaire**, l'impact sera majeur. Une très récente étude de l'Obsan parue en mai 2022¹⁴ estime (sur la base des données de l'OFS 2020 scénario moyen) qu'au niveau suisse

¹⁴ Sonia Pellegrini, Laure Dutoit, Olivier Pahud, Michael Dorn. Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. OBSAN BERICHT 03/2022

l'effectif des personnes de 65+ ans augmentera de +52% et celui des personnes de 80+ ans de +88% d'ici 2040. En regard, si les politiques de prise en charge restent inchangées, l'augmentation des besoins en soins de longue durée (EMS, soins à domicile et structures intermédiaires) pourrait se situer entre **+47% et +65%** à l'horizon 2040.

Une analyse détaillée de la situation fribourgeoise serait très utile aux décideurs.

A cela devra encore s'ajouter l'augmentation des capacités de prises en charge **au niveau médical ambulatoire et au niveau hospitalier** qui devrait se situer dans les mêmes proportions.

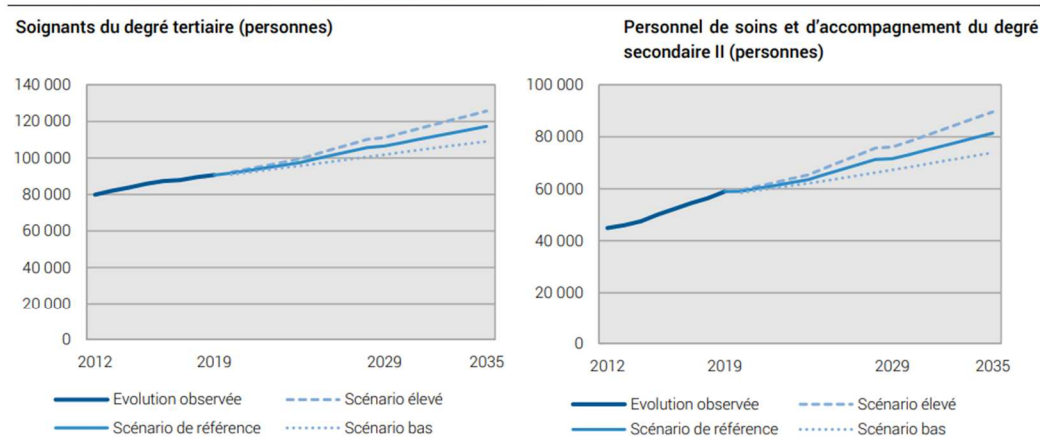
Cette planification représente un défi phénoménal et le potentiel de réalisation reste très incertain.

2.1.3 Une pénurie attendue de professionnels de santé

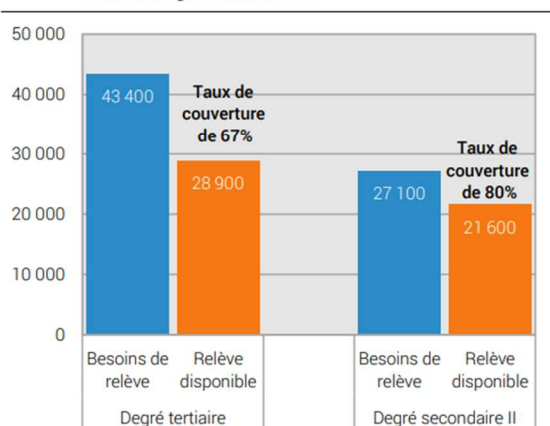
La Suisse jouit plutôt d'une forte densité de personnels soignants en comparaison internationale, mais les besoins de soins croissants vont bientôt éroder cette situation.

En matière de **personnels soignants**, un récent rapport de l'Obsan¹⁵ a publié le besoin de professionnels de degré tertiaire (infirmières) et de degré secondaire (CFC et AFP) à l'horizon 2035.

G 9.2 Évolution des besoins de personnel de soins et d'accompagnement dans les institutions de santé, évolution observée (de 2012 à 2019) et scénarios de projections (de 2020 à 2035)



G 12.11 Besoin de relève et relève disponible entre 2019 et 2029: Personnel de soins et d'accompagnement, selon le degré de formation



Source: Modèle de projection Obsan

© Obsan 2021

A l'horizon (court !) de 2029, il y aura donc un manque de personnels soignants lié à une relève trop basse, que ce soit pour le degré tertiaire ou secondaire. Le déficit est particulièrement fort chez les infirmières avec un **taux de couverture seulement de 67% en 2029**, ce qui représentera un manque d'environ 14'500 infirmières en Suisse. Il est à noter que ces calculs tiennent compte des flux migratoires de personnels étrangers.

¹⁵ Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021 : Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. OBSAN RAPPORT 03/2021

Du côté **médical**, il n'y a pas de projections réelles récentes équivalentes permettant d'établir le niveau de pénurie attendu. En raison de notre système fédéral et d'une compétence de la Confédération uniquement pour la planification du nombre de diplômes de médecine (master) mais pas pour le nombre de titres de spécialités, on souffre d'un déficit de planification dans la réponse aux besoins médicaux de la population. La planification appartiendrait aux cantons, mais cela reste absurde étant donné que 1) les cantons n'ont pas la main sur la formation post-graduée (pour l'obtention de la spécialité), celle-ci se faisant simultanément sur plusieurs cantons et notamment au sein des cantons universitaires ; 2) les professionnels formés se déplacent dans toute la Suisse et franchissent les frontières cantonales.

Toutefois les problématiques liées aux besoins médicaux sont en partie connues et de deux ordres : il y a d'une part le **vieillessement des médecins installés** et le **mauvais équilibre entre médecins spécialistes et médecins de premier recours** de l'autre côté. Les différences d'attractivité entre villes et campagnes sont aussi importantes.

Comme mentionné dans le chapitre 1.3.2, beaucoup de médecins de premier recours arriveront à la retraite ces prochaines années et ces derniers peinent à trouver reprenneur pour leur cabinet.

Par ailleurs on observe un déséquilibre de formation entre médecins spécialistes et médecins de premier recours en faveur d'une surreprésentation en Suisse de médecins spécialistes. Ceci est lié au libre choix de spécialité en cours jusqu'ici. Toutefois de récentes décisions fédérales viendront ces prochaines années influencer sur ce déséquilibre¹⁶. En effet une nouvelle ordonnance d'application de la LAMal va restreindre progressivement l'installation de médecin spécialistes dans les régions dans lesquelles la densité est trop élevée. Il s'ensuivra donc un risque pour les médecins spécialistes en formation de ne pas pouvoir s'installer à la fin de leurs études ou pas dans la région de leur choix. Il y aura donc certainement un transfert de choix de spécialisation vers la médecine de premier recours, médecine interne générale ou pédiatrie. Vu l'écart à la moyenne suisse du canton de Fribourg, cette législation n'aura pas d'impact négatif sur l'installation. Au mieux cette nouvelle réglementation pourrait favoriser un certain nombre d'installations supplémentaires de médecins ne pouvant plus s'installer dans les cantons de Vaud et Genève ou plus modestement Berne, les nombres maximaux étant déjà atteints en grande partie.

Le défi est donc de favoriser la relève d'une part et d'inciter les jeunes médecins à s'installer aussi en dehors des centres urbains. Suite aux recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en 2012-2013, les universités ont mis en place des chaires professorales de médecine de premier recours afin d'en augmenter la visibilité académique, de transformer le curriculum pré gradué et de donner plus d'importance à la médecine de famille. Le canton de Fribourg a aussi œuvré en ce sens en créant à l'Université de Fribourg en plus du Bachelor de médecine, qui accueille 120 nouveaux étudiants par année, un Master en médecine avec 40 étudiants chaque année. Par ailleurs le canton de Fribourg est aussi membre du Cursus Romand de Médecine de Famille (CRMF, dispositif romand créé par la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales - CLASS) qui vise à encourager les étudiants et les jeunes médecins à choisir la médecine de famille et qui favorise la décentralisation de la formation et l'installation en régions plus périphériques.

Néanmoins, malgré ces initiatives, il faudra encore renforcer l'effort en matière de formation et d'établissements de conditions favorables pour l'installation, qu'elles soient logistiques, financières ou

¹⁶ Modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations et le développement des critères de planification hospitalière

organisationnelles (intérêt des jeunes pour des maisons de santé interdisciplinaires)¹⁷. Une meilleure coordination entre différents acteurs (état, sociétés médicales, universités) est indispensable afin de poursuivre la mise en place de solutions pour revaloriser la médecine de premier recours et encourager la relève.

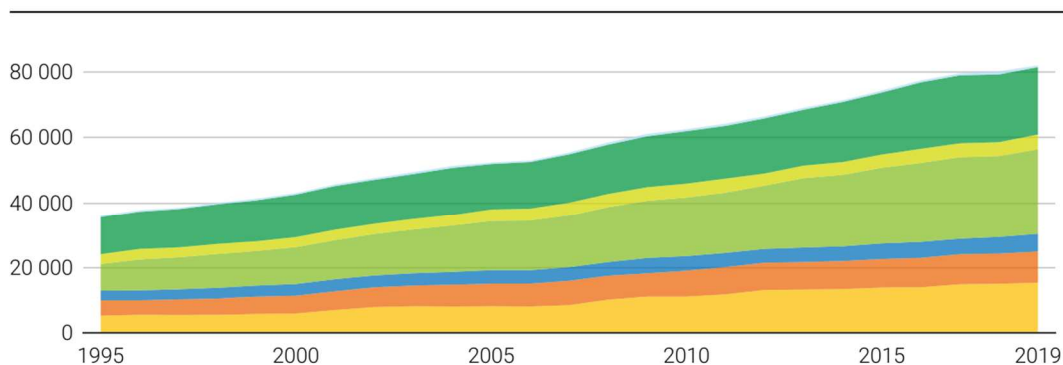
2.1.4 L'augmentation continue des coûts de la santé

On ne peut traiter le chapitre des défis à venir sans mentionner bien sûr la hausse continue des coûts de la santé. Le problème n'est malheureusement pas nouveau et est constant depuis plus d'un siècle. Même le nouveau régime de la LAMal instauré en 1996 n'a pas réussi à contrôler cette évolution. Comme en témoigne le graphique ci-dessous, la hausse est constante et surtout la charge portée sur les ménages (les couleurs vertes sur le graphiques) sont en augmentation encore plus rapide. Ainsi, en 2018, les ménages ont financé 63% des dépenses de santé. Ce qui place le système de santé suisse au top de systèmes les plus chers derrière les Etats-Unis.

Cette augmentation des coûts est la résultante de plusieurs choses avec notamment le progrès technologique et l'innovation (en matière de médicament, produits thérapeutiques, technologies) et dans une moindre mesure de l'augmentation des maladies chroniques.

Financement des dépenses de santé selon la source

Millions de francs



- État: paiements pour des prestations
- État: subventions aux assurances sociales et prestations sociales (y c. réduction primes LAMal et, dès 2008, prest. sociales sous condition de ressources)
- Entreprises: cotisations aux assurances sociales
- Ménages privés: primes de l'assurance maladie de base (LAMal)
- Ménages privés: primes des assurances complémentaires
- Ménages privés: participation aux frais (LAMal et assurances privées) et paiements
- Ménages privés: autres financements

2019: données provisoires
1995–2007: rétropolation

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

© OFS 2021

La répartition des coûts entre les fournisseurs de prestations montre que les coûts principaux sont dans le secteur stationnaire, hôpitaux ou EMS et dans les cabinets médicaux.

¹⁷ Vuadens-Lehmann, A., et al. Relève en médecine de premier recours: qu'en est-il en 2018 ? Rev Med Suisse, Vol. 4, no. 620, 2018, pp. 1686-1689.

La charge sur les ménages est une raison de renoncement aux soins, qui a été documentée en Suisse aussi depuis plusieurs années¹⁸. Le renoncement à des prestations médicales et dentaires nécessaires pour des raisons financières est d'ailleurs un indicateur de législature au niveau fédéral au sein de la thématique « cohésion »¹⁹.

Le défi est donc énorme de pouvoir engager des mesures de maîtrise des coûts de la santé dans le système tel qu'il est aujourd'hui construit en Suisse, basé sur un principe de concurrence régulée et dans lequel l'Etat peine à trouver les instruments de cette régulation. Néanmoins la charge sur les ménages sera très bientôt insupportable et nécessitera forcément la mise en œuvre de mesures.

2.2 Quelques champs de travail à développer

Au regard des défis évoqués précédemment, il apparaît nécessaire d'agir pour préserver encore mieux l'état de santé de la population et garantir la pérennité d'un système de santé équitable, de qualité, et efficient. On peut brièvement évoquer les grandes lignes de réponses à apporter.

2.2.1 Développer fortement la prévention et la promotion de santé

Prévenir vaut mieux que guérir... Il faut donc tenter de maintenir la population dans le meilleur état de santé possible et le plus longtemps possible. Mais contrairement à ce que l'on croit, la santé d'une population n'est que faiblement influencée par la qualité ou la densité du dispositif de soins. La santé est surtout influencée par les conditions de vie dans lesquelles la personne évolue. Faire de la promotion de santé signifie donc renforcer les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales, l'éducation, l'environnement de travail, les conditions de logement, autant de facteurs pouvant soit renforcer un environnement favorable à la santé, soit l'affaiblir. La santé peut donc être la résultante de politiques publiques très diverses.

Plus spécifiquement, l'éducation à la santé devrait être renforcée et idéalement depuis l'école pour que les enfants apprennent tôt ce qu'est leur santé et comment la préserver. Des programmes de prévention et de promotion de santé devraient être renforcés auprès de populations plus vulnérables particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé et d'avoir des parcours de soins chaotiques. En cela les populations les plus défavorisées devraient bénéficier de programmes spécifiques de prévention, au sein des quartiers ou des communautés spécifiques. Enfin la toute petite enfance devrait retenir une attention toute particulière afin d'éviter la survenue de déficits parfois beaucoup trop tardifs pour être rééquilibrés.

2.2.2 Organiser un dispositif de soins efficient et de qualité

L'avenir de nos systèmes de santé passera par le renfort des soins primaires. Après des décennies de système de soins centré autour des hôpitaux, il est urgent de déplacer le curseur vers la communauté²⁰. L'hôpital se destine de plus en plus à de l'activité très pointue et spécialisée et ne pourra plus prendre en charge la chronicité qui nécessite d'autres compétences et un travail en réseau. Les soins coordonnés doivent être renforcés et les trajectoires de soins des patients chroniques doivent être mieux anticipées pour gagner en efficience.

¹⁸ Bodenmann, P., et al. Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ?, Rev Med Suisse, Vol. 0, no. 452, 2014, pp. 2258-2263.

¹⁹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/monitoring-programme-legislature/tous-les-indicateurs/ligne-directrice-2-cohesion/renoncement-soins-raisons-financieres.html>

²⁰ Voir glossaire

Ces changements radicaux dans l'organisation de nos systèmes devraient donc être initiés et renforcés par des politiques de santé fortes et visionnaires. On peut trouver des recommandations dans un récent rapport de l'OCDE²¹ qui permet d'identifier les grandes lignes de ce renfort de la communauté, qui seul permettra d'absorber le choc démographique à venir. Dans ce rapport les principales recommandations sont les suivantes :

- **Investir dans les soins primaires** est efficace et permet un fort retour sur investissement pour la société
- **Mobiliser et former les bonnes ressources** en termes de compétences est essentiel : un médecin de premier recours seul ne peut assumer la mission de renfort des soins dans la communauté. Il doit être clairement appuyé par des infirmières notamment, cliniciennes ou de pratique avancée, qui sont plus compétentes pour des activités de prévention et de coordination par exemple. Il faut prioriser et favoriser le développement des professionnels les mieux à même de répondre aux défis de demain.
- **Organiser les soins primaires autour des besoins de la population** : il s'agit de développer des espaces ou des équipes interdisciplinaires, capables de fournir des prestations et des conseils globaux à la population qu'ils desservent. Les équipes doivent travailler en lien très étroit avec le domaine des prestations sociales également. Des démarches d'engagement citoyen sont aussi nécessaires qui permettent aussi de dialoguer et de concevoir les organisations les plus adaptées.
- **Créer les bons incitatifs financiers** pour soutenir le développement des soins primaires est une pierre angulaire. En cela de nombreux modèles existent, en particulier les mécanismes de capitation, de parcours de soins ou encore de paiement à la performance. En général il est judicieux d'associer plusieurs modèles en fonction des contextes.
- **Suivre et évaluer** ces modèles en mettant en place des indicateurs appropriés.

Les systèmes de santé doivent donc progressivement se réapproprier une vision de la santé dans la communauté, tout en maintenant une excellente performance des dispositifs stationnaires (hôpital et hébergement).

2.2.3 « Soigner » le capital des professionnels de santé

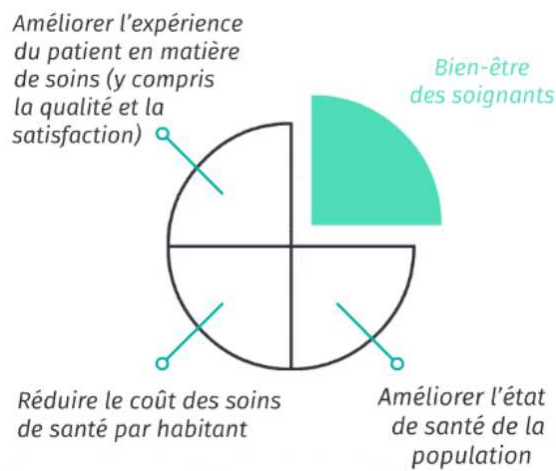
Comme mentionné dans les chapitres précédents le capital des professionnels de santé doit être « soigné ». Longtemps on a parlé de vocation, notamment pour les soins infirmiers, et imaginé qu'il y aurait toujours ce dévouement et cette générosité pour soigner son prochain. Mais les choses changent et les professionnels de santé doivent trouver un bon équilibre entre pratiquer un magnifique métier et évoluer dans des conditions qui permettent l'épanouissement personnel.

Aujourd'hui la pression est devenue très forte sur ces professionnels qui doivent à la fois être techniquement irréprochables, à l'écoute et empathiques, disponibles et mobilisables de jour ou de nuit. Les situations d'épuisement, de burn-out ou parfois juste de ras-le-bol se multiplient comme peut en témoigner les taux d'absentéisme qui grimpent dans les hôpitaux ou les institutions, sans parler des nombreuses personnes qui quittent la profession.

Faire face aux besoins futurs ce n'est donc **pas seulement former plus de personnels, mais c'est aussi se réinterroger sur les organisations et sur la manière dont ces personnes sont engagées dans leur activité et comment elles peuvent se développer**. Ceci est en ligne avec les récentes votations sur *des*

²¹ Realising the Full Potential of Primary Health Care. Policy brief OECD. This brief has been produced to support discussions among G7 Health Ministers at their meeting in Paris, France, on 17-18 May 2019

soins infirmiers forts et les orientations qui doivent maintenant être concrètement pensées et mises en œuvre. Et la solution ne sera pas uniquement financière, comme on peut l’imaginer.



Comme décrit dans la littérature sous l'enjeu du « *quadruple aim* », les systèmes de santé doivent faire face simultanément à la maîtrise des coûts, l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de l'expérience des patients et le bien-être et la productivité des équipes de soins.^{22,23}

Dans la suite des chapitres précédents, capitaliser sur les professionnels de santé, c'est donc aussi travailler sur des modèles de soins attractifs, dans lesquels les responsabilités sont valorisées et repensées. C'est vrai pour le personnel soignant et les soins infirmiers, mais c'est aussi vrai pour les médecins.

²² Michael Balavoine, Bertrand Kiefer. Vers un autre système de santé.

https://www.planetesante.ch/rapport-sante-2019/images/Rapport_Versunautresystemedesante.pdf

²³ Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

3 UNE RÉPONSE À L'URGENCE EFFICIENTE ET DE QUALITÉ

Sans faire une analyse détaillée du système actuel, de ses performances et de sa qualité, ce chapitre se veut surtout visionnaire par rapport aux éléments qui viennent d'être discutés. En d'autres termes ce chapitre propose de repenser globalement, dans le cadre d'une politique de santé forte, la réponse aux besoins urgents de la population fribourgeoise dans une perspective responsable de durabilité et d'efficience.

Les modèles de réponse à l'urgence en Suisse sont presque exclusivement centrés autour des hôpitaux et doivent évoluer vers des modèles de réponse plus communautaires. Ceci pour les raisons suivantes :

Tout d'abord l'hôpital va subir ces prochaines décennies une très forte pression en raison des besoins de soins aigus qui vont augmenter inexorablement. L'adaptation des structures et de l'activité des professionnels seront un défi tant organisationnel que financier. Il ne faut donc plus s'attendre à ce que l'hôpital soit la porte d'entrée de toutes les urgences, y compris en dehors des heures de travail habituelles.

D'autre part l'hôpital est calibré pour prendre en charge des urgences vitales et nécessitant un plateau technique de pointe. L'hôpital n'est pas « spécialisé » dans l'urgence communautaire et il connaît mal les possibilités de prise en charge dans la communauté. Il s'ensuit que des prises en charge qui pourraient être réalisées en ambulatoire dans la communauté sont finalement moins bien prise en charge par l'hôpital lui-même, avec plus d'exams, plus de lenteur, une mauvaise transition vers les professionnels de la communauté et un coût nettement plus cher. En l'absence d'un réseau fort, l'hôpital va être surchargé par des activités « trop légères » mais qui vont encombrer ses urgences au détriment clair des prises en charge aiguës nécessitant l'hôpital.

Il est donc essentiel de renforcer les dispositifs communautaires capables d'accueillir en urgence et prendre en charge les patients qui sont de leur compétence. Seuls ces modèles permettront un tant soit peu de diminuer la charge croissante qui va s'exercer sur l'hôpital. Il serait faux de croire qu'en augmentant les structures hospitalières on répondrait à ce besoin. Des structures hospitalières d'urgence sont très lourdes et chères. Elles nécessitent en permanence des blocs opératoires ouverts ou disponibles, donc du personnel immobilisé ou bloqué qui ne peut pas être engagé ailleurs. De telles infrastructures sont non viables du point de vue financier et consommatrice de ressources en professionnels ce qui n'est plus une option aujourd'hui.

Dans cette 3^{ème} partie, la question de la réponse à l'urgence est spécifiquement traitée, avec une emphase particulière sur la réponse à l'urgence dite « *non vitale* » de l'adulte et de l'enfant. Cette urgence couvre aussi l'urgence psychiatrique et les dispositifs qui sont présentés devront établir des liens forts avec le RFSM qui a le mandat d'assurer des prises en charge dans plusieurs lieux ambulatoires, institutionnels, en soins aigus comme en soins chroniques. Un dispositif d'urgence crise au sein de l'HFR Fribourg est d'ailleurs en développement.

Après une brève description des acteurs de l'urgence aujourd'hui et de l'utilisation des dispositifs d'urgence, ce chapitre développe des options d'optimisation, sur la base d'un cadre conceptuel.

3.1 Description du processus actuel de réponse à l'urgence dans le canton de Fribourg

Comment faire en cas d'urgence?

URGENCE VITALE
Ma vie (ou celle d'une autre personne) est en danger : perte de connaissance, hémorragie, paralysie, douleur dans la poitrine, blessures importantes, difficultés à respirer, etc.
En général, ne pas se rendre aux urgences par ses propres moyens.

URGENCE NON VITALE
Ma vie (ou celle d'une autre personne) n'est pas en danger mais mon état de santé nécessite une prise en charge rapide : mal de dos, blessure, maux de ventre, etc.

Médecin traitant
Pédiatre
Garde médicale
Infos en ligne sur www.smdf.ch/garde
Kidshotline
< 16 ans, T 0900 268 001
Urgences psychiatriques
24h/24, T 026 305 77 77
Urgences obstétriques
24h/24, T 026 306 29 00
Urgences dentaires
T O 548 14 14 14

Appelez en priorité votre médecin traitant ou la garde médicale avant de consulter une permanence ou le service des urgences.

Service d'urgences / Permanences

Lieu	Horaires
HFR Fribourg – Hôpital cantonal Service des urgences adultes*	24h/24, 7j/7
HFR Fribourg – Hôpital cantonal Service des urgences pédiatriques, < 16 ans	24h/24, 7j/7
Permanence médicale de Fribourg www.permanence-medicale-fr.ch	lun-ve : 9h-19h sa : 9h-16h
HFR Meyriez-Murten	lun-ve : 8h-20h Sa-d et jours fériés : 9h-19h
HFR Riaz	7h-22h, 7j/7
HFR Tafers	8h-22h, 7j/7
Hôpital intercantional de la Broye (HIB) Service des urgences adultes/pédiatriques*	24h/24, 7j/7
Hôpital intercantional de la Broye (HIB) Permanence Estavayer-Le-Lac	lun-ve : 8h-19h Sa-d et jours fériés : 9h-19h

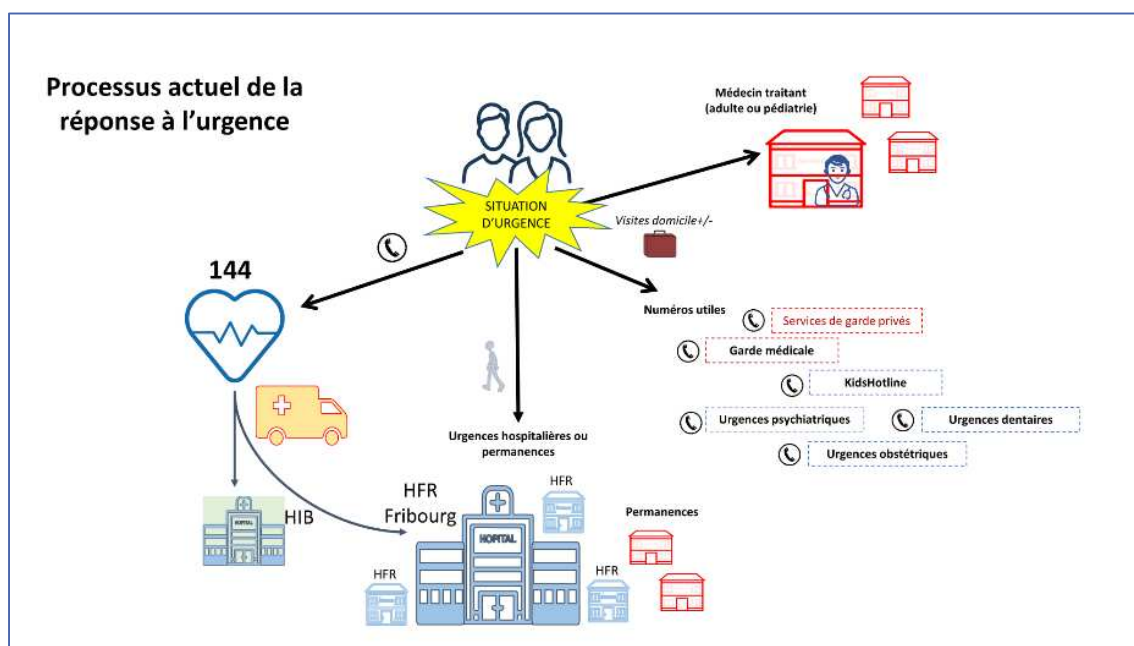
* Ce service prend en charge les urgences complexes : hospitalisation urgente, accident, etc.

Horaires passibles de changement, veuillez vérifier les heures d'ouverture et le taux d'occupation des urgences en ligne.
www.h-fr.ch/urgences

Lorsque l'on cherche à s'orienter pour trouver la meilleure réponse à un besoin de soins urgents, on peut trouver sur internet une page consacrée sur le dispositif d'urgence dans le canton qui présente la figure suivante. On trouve notamment les informations dans la figure à côté.

<https://www.fr.ch/sante/institutions-et-professionnels-de-sante/sante-numeros-daide-et-durgences-medicales>).

Ainsi aujourd'hui, au sein du canton de Fribourg, la réponse à l'urgence peut être schématisée ainsi :



En cas **d'urgence vitale**, les personnes en situation d'urgence appellent le **144**, centrale d'appel gérée par l'HFR (appel gratuit). Cette centrale engage les moyens nécessaires (ambulances, SMUR) après une évaluation standardisée. La personne est alors emmenée à l'hôpital le plus proche capable de prendre en charge la personne.

Pour toute autre urgence, soit **l'urgence non vitale**, les personnes ont la possibilité soit de se rendre

- chez leur médecin traitant, si celui-ci consulte et est disponible,
- chez un médecin de garde selon le planning de garde des médecins de garde (5 cercles de garde)
- dans des permanences (horaires d'ouverture étendus), notamment celles de l'HFR (Meyriez-Murten, Riaz ou Tafers)
- aux urgences d'un hôpital (HFR site de Fribourg, HIB Payerne)

ou encore de bénéficier éventuellement d'une **visite à domicile** par un médecin de garde ou une société spécialisée dans la garde.

Des **numéros spécialisés** existent également pour l'urgence psychiatrique, pédiatrique, obstétrique ou encore dentaire. Des numéros pour connaître les pharmacies de garde dans chaque région sont également mentionnés.

La nuit, outre l'appel aux hotlines ou services de garde, le citoyen est ainsi très facilement tenté de se rendre aux urgences d'un hôpital proche, les permanences étant fermées. Pour les régions plus périphériques, au sein desquelles les services d'urgences des anciens hôpitaux ont réduit leur activité, il est difficile de connaître les nouvelles pratiques de la population. Les services de garde médicale fonctionnent peut-être comme premier repère ou alors les personnes font le déplacement jusqu'à Fribourg.

3.2 Quelques chiffres sur le recours aux urgences en Suisse et dans le canton

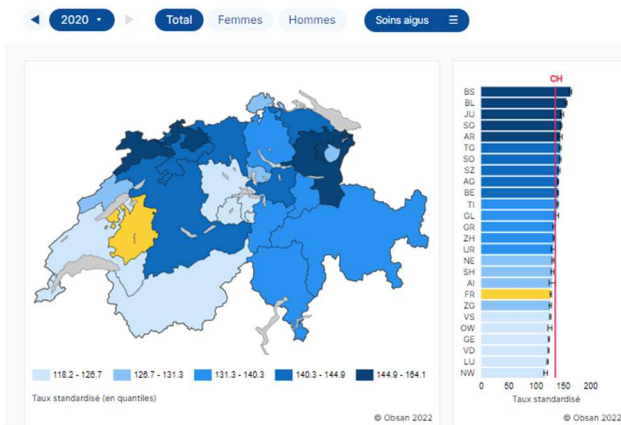
3.2.1 Urgence vitale :

Pour documenter précisément le système de réponse à l'urgence vitale il serait nécessaire d'étudier des statistiques détaillées des réponses du 144, des interventions des ambulances et des SMUR, avec, entre autre le motif d'intervention, le délai et l'issue de l'intervention (devenir des patients). Un tel registre existe probablement au niveau du canton et pourrait être analysé.

En l'absence de données spécifiques disponibles on peut étudier des **indicateurs proches**.

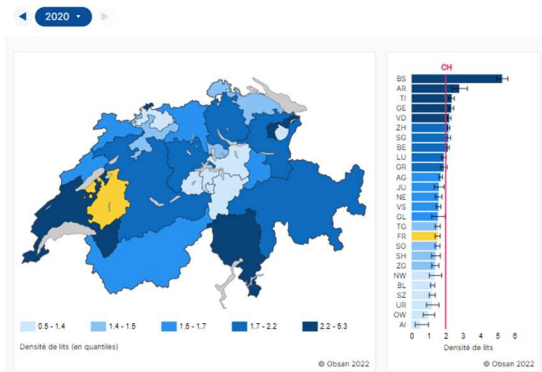
Le premier est globalement le **taux d'hospitalisation** pour 1000 habitants. Celui-ci est plutôt inférieur à la moyenne suisse. D'un autre côté on observe que la densité de lits de soins aigus occupés est plutôt plus basse que la moyenne suisse également. Le recours légèrement inférieur à l'hospitalisation n'est donc pas le fait d'un manque de lits de soins aigus.

Nombre de cas par 1000 habitants, taux standardisé

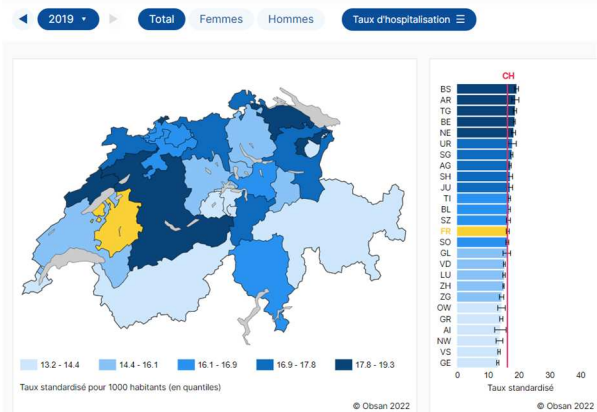
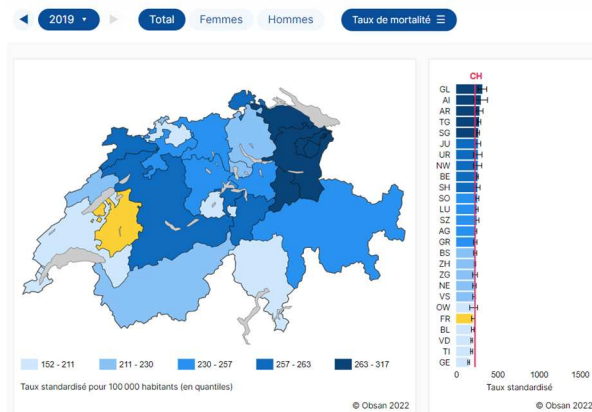


Densité des lits occupés (soins somatiques aigus)

pour 1000 habitants



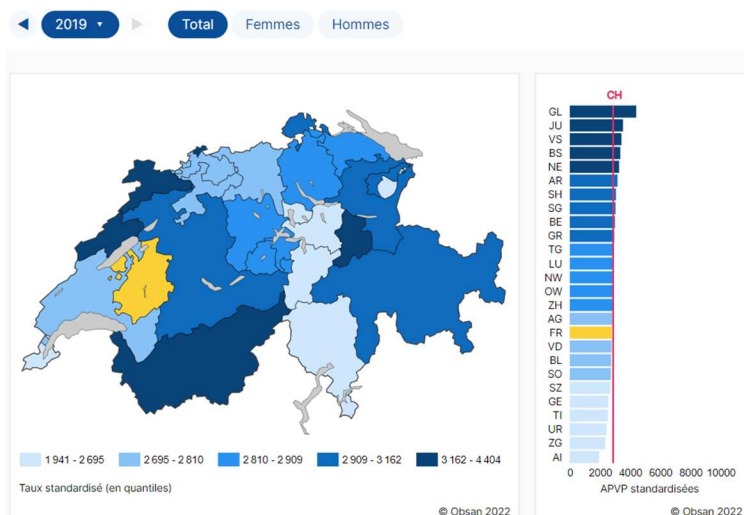
On peut aussi observer spécifiquement le **taux de mortalité** et le **taux d'hospitalisation pour des maladies cardiovasculaires** (angine de poitrine, infarctus du myocarde, maladies cérébrovasculaires, accident vasculaire cérébral, AVC, hypertension, etc.) qui sont parmi les principales causes de mortalité. En effet si le système d'urgence vitale était défaillant on devrait observer un taux d'hospitalisation et un taux de mortalité plus élevés. Ces cartes montrent les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisation pour 100'000 habitants. Le canton de Fribourg se situe plutôt dans la moyenne basse.



Enfin on peut aussi observer l'indicateur du **nombre d'années potentielles de vie perdues**, un indicateur synthétique de la mortalité *prématurée* qui rend compte des décès survenant à un âge précoce (avant 75 ans), et qui sont donc a priori évitables. Cet indicateur permet de rendre compte des effets des progrès de la technologie médicale ou des mesures de prévention et de promotion de la santé qui participent à la réduction des décès prématurés ou évitables.

Ces chiffres ne suggèrent donc pas de déficience majeure du système de réponse à l'urgence vitale. En d'autres termes, les personnes devant être prises en charge et hospitalisées le sont à priori.

APVP standardisées pour 100 000 habitants



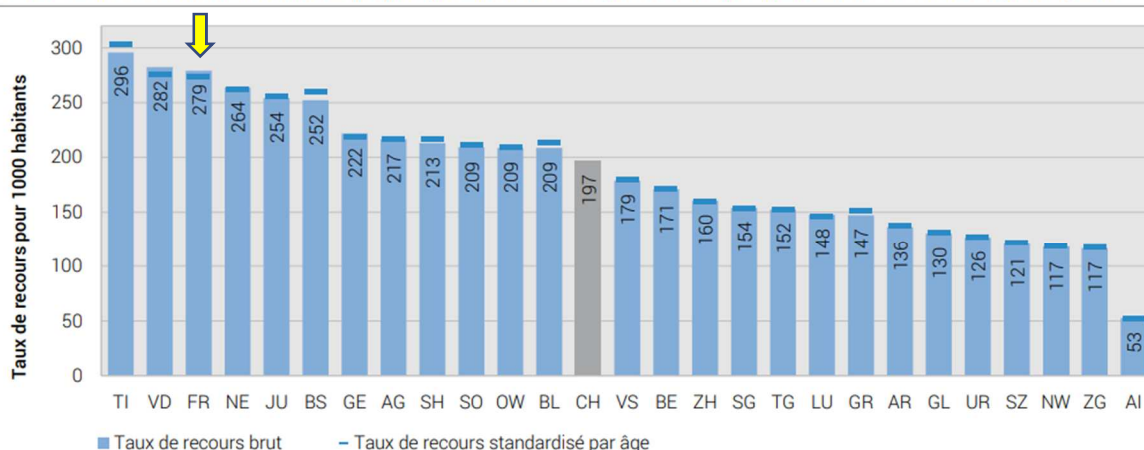
3.2.2 Urgence non vitale

Cette partie d'analyse est essentiellement basée sur les résultats d'un rapport de l'Obsan sur le **Recours aux services d'urgence en Suisse** paru en 2018²⁴. Il présente une analyse approfondie du recours aux urgences en Suisse. Cette analyse se base sur le relevé des **données ambulatoires des hôpitaux** et de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (Office Fédéral de la Statistique, OFS). Pour certaines analyses, des données sur les consultations en urgence au cabinet médical issues du pool tarifaire de SASIS sont également utilisées. Il s'agit donc de chiffres qui illustrent le profil des personnes qui se présentent aux urgences, qui y reçoivent des soins et qui ensuite rentrent à domicile. **Les personnes consultant les urgences puis étant hospitalisées ne sont pas comptabilisées dans ces analyses.**

Taux de recours aux urgences

Le canton de **Fribourg présente un taux de recours aux urgences élevé**, partageant le sommet du classement avec Vaud et le Tessin. La structure d'âge des cantons n'explique pas ces différences.

G 3.4 Taux de recours brut et standardisé par âge aux services d'urgence d'un hôpital, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

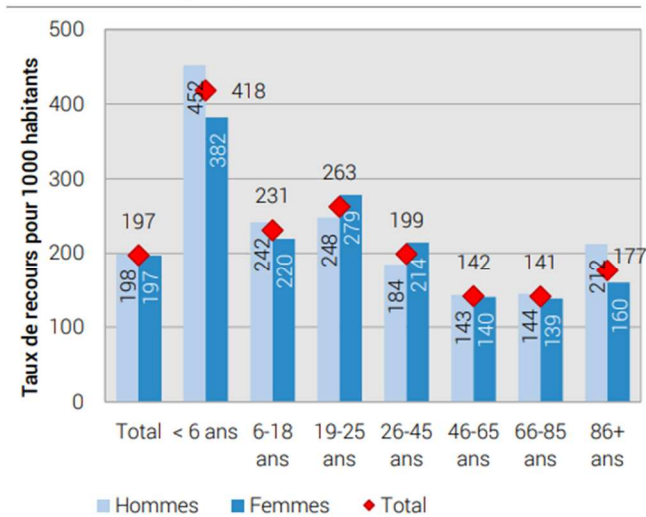
²⁴ Clémence Merçay : Le recours aux services d'urgence en Suisse : Description des différences cantonales. Obsan Dossier 64/2018

Type de cas

Dans l'ensemble, 83% des consultations dans un service d'urgence ambulatoire hospitalière au niveau suisse relèvent de la loi sur l'assurance maladie et seulement 15%, de la loi sur l'assurance-accidents. La grande majorité sont donc des cas « **maladie** ».

Âge

G 3.3 Taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital, par classe d'âge et par sexe, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016. STATPOP 2016 © Obsan 2018

Les **enfants** et les **jeunes** représentent une part importante des admissions dans un service d'urgence ambulatoire en Suisse: 39% des consultations sont le fait de patients de moins de 26 ans.

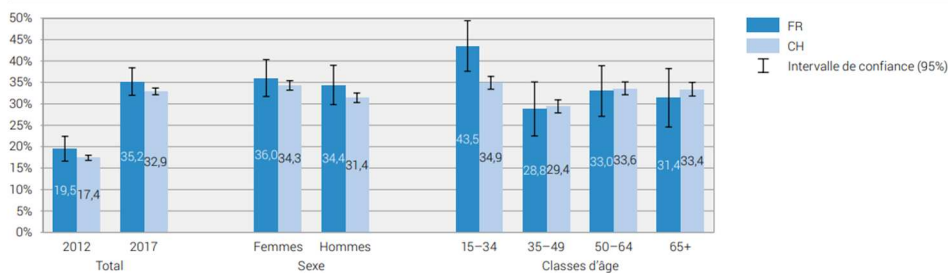
Les enfants de **moins de 6 ans** représentent le groupe d'âge qui a le plus fréquemment recours aux services d'urgences ambulatoires hospitaliers.

Les personnes âgées ne constituent que 13% des admissions dans un service d'urgence.

Les données fribourgeoises issues de l'Enquête suisse sur la santé²⁵, corroborent cette répartition de classes d'âge (à noter que l'ESS n'enquête qu'auprès des 15 ans et +).

Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence), selon le sexe et l'âge, canton de Fribourg et Suisse, en 2012 et 2017 (douze derniers mois)

G5.17



2012: n=1 026 (FR), n=21 591 (CH); 2017: n=1 024 (FR), n=21 193 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

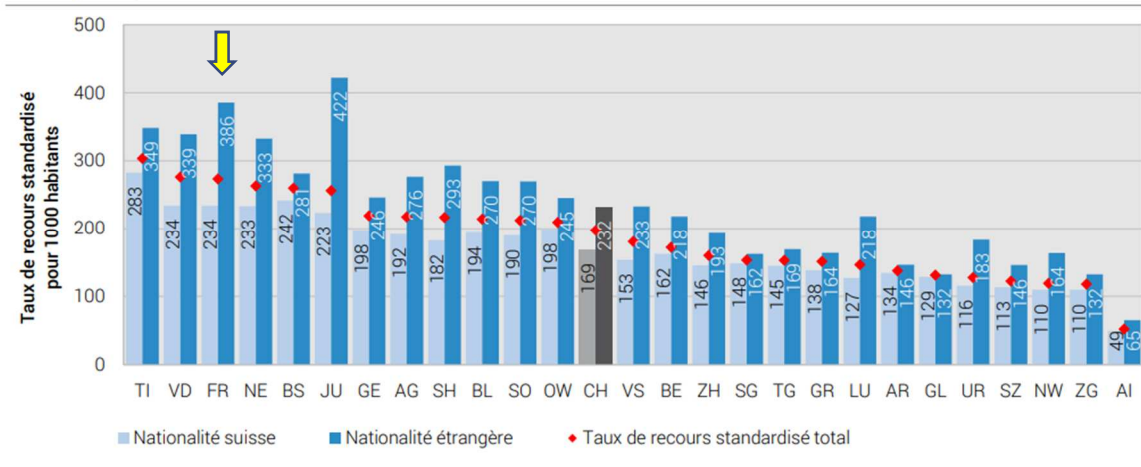
Vulnérabilité sociale

Sans surprise on observe un **lien entre vulnérabilité sociale et recours aux urgences**. Dans les données suisses en général, le taux de recours des résidents de nationalité étrangère est plus élevé de 47% par rapport à celui des résidents de nationalité suisse. Cet écart tient en partie à la composition par âge de

²⁵ La santé dans le canton de Fribourg, Analyse des données 2017 de l'Enquête suisse sur la santé. Obsan Rapport 07/2020

la population étrangère (la part de personnes âgées de 25 à 49 ans est plus élevée chez les résidents étrangers). Cette constatation vaut pour Fribourg également.

G 3.5 Taux de recours standardisés par âge aux services d'urgence d'un hôpital, selon la nationalité, par canton de domicile du patient, 2016



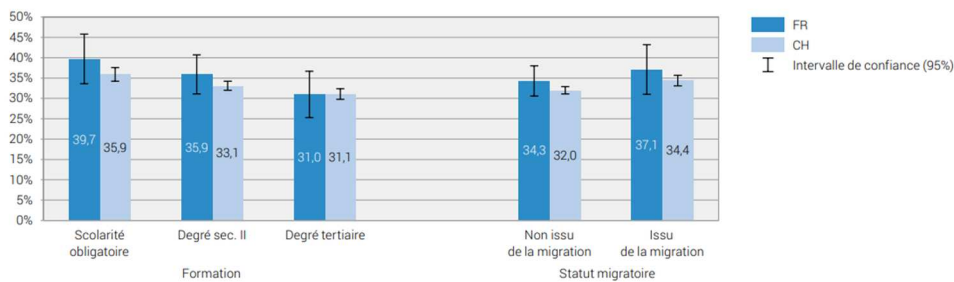
Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

© Obsan 2018

Les données spécifiques fribourgeoises²⁶ de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) (15 ans et +) confirment ces informations. Les personnes issues de la **migration** ont plus tendance à recourir aux prestations ambulatoires hospitalières que les personnes non issues de la migration (34,4% versus 32,0%). Par ailleurs, selon l'ESS toujours, les personnes sans **formation** post-obligatoire ont tendance à plus recourir aux prestations ambulatoires des hôpitaux (39,7%) que les personnes avec une formation de degré secondaire II (35,9%) et que les personnes avec une formation de degré tertiaire (31,0%).

Recours aux prestations ambulatoires des hôpitaux (y compris les services d'urgence), selon la formation et le statut migratoire, canton de Fribourg et Suisse, en 2017 (douze derniers mois)

G5.18



n=1 024 (FR), n=21 193 (CH)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Ces éléments de vulnérabilité sociale, dont on parle encore trop peu en Suisse, ont encore été confirmés récemment dans le cadre d'une étude suisse mandatée par l'OFSP dans le cadre de la stratégie « Egalité des chances en matière de santé »²⁷.

Les chercheurs ont montré en particulier une **relation entre un indice de vulnérabilité socioéconomique élevé et des taux d'hospitalisation potentiellement évitables** (c'est-à-dire des hospitalisations pour des problèmes qui devraient être classiquement traités et prévenus en

²⁶ La santé dans le canton de Fribourg, Analyse des données 2017 de l'Enquête suisse sur la santé. Obsan Rapport 07/2020

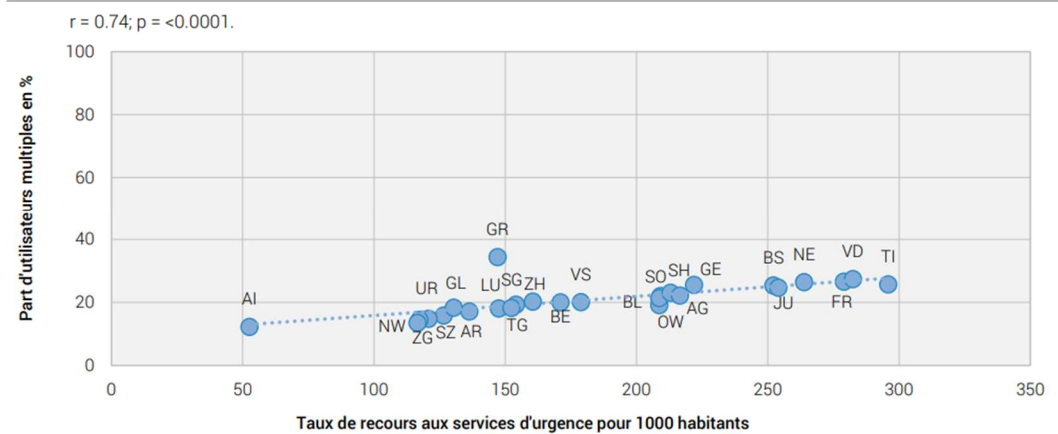
²⁷ Spycher, J., Morisod, K., Egli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M.-A., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021). Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP

ambulatoire comme des migraines, une anémie ou un psoriasis). **L'association est particulièrement forte avec le faible niveau de scolarité et le taux de chômage et ne peut donc être associée qu'à la migration.**

Utilisateurs fréquents

En Suisse, 1 consultation dans un service d'urgence sur 10 est le fait **d'utilisateurs fréquents**. Et plus le nombre d'utilisateurs fréquents est élevé, plus le taux de recours aux urgences ambulatoires hospitalières est élevé. Et cela vaut pour le canton de Fribourg également (voir graphique suivant).

G 4.4 Relation entre le recours aux services d'urgence d'un hôpital et la part d'utilisateurs multiples, par canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

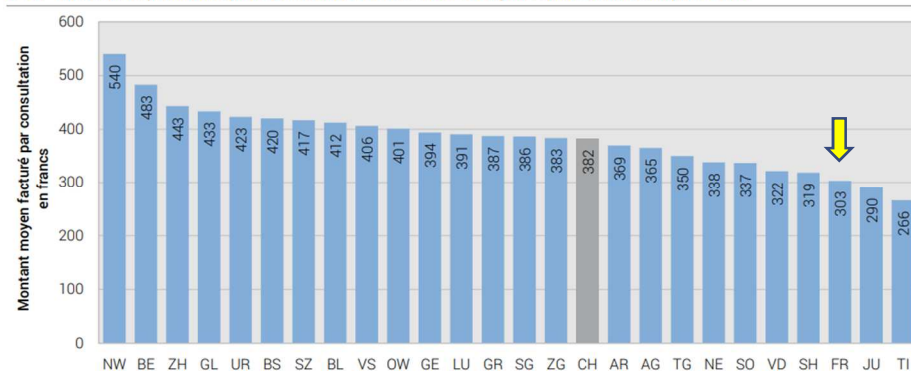
© Obsan 2018

Globalement il s'agit de personnes qui se rendent aux urgences pour résoudre des problèmes de santé alors que d'autres personnes se rendraient plutôt chez leur médecin ou autre thérapeute si elles en ont un. Le nombre des utilisateurs fréquents est ainsi en grande partie le reflet d'un manque d'ancrage auprès d'un médecin de premier recours ou un pédiatre (une partie importante des utilisateurs multiples sont des enfants de moins de 6 ans).

Lourdeur des prises en charge en urgence ambulatoire hospitalière

Les **coûts** liés à la prise en charge reflètent indirectement la **lourdeur et la complexité** des situations médicales qui se présentent. Ces coûts sont variables d'un canton à l'autre. Dans le canton de Fribourg des coûts particulièrement bas laissent supposer davantage de consultations « simples » que dans la moyenne suisse.

G 5.1 Montant moyen facturé par consultation dans les services d'urgence, par canton de l'hôpital, 2016

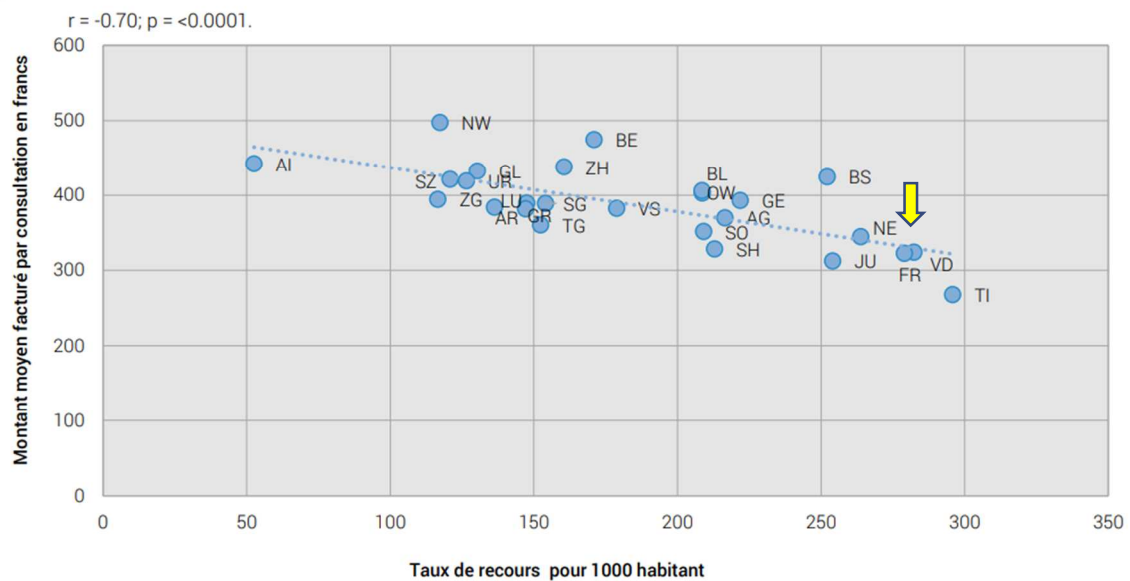


Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2015

© Obsan 2018

Il existe d'ailleurs une relation entre un haut taux de recours à l'urgence et des coûts plutôt bas.

G 5.4 Relation entre le recours à aux services d'urgence d'un hôpital et le coût moyen de la consultation, selon le canton de domicile du patient, 2016



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2016

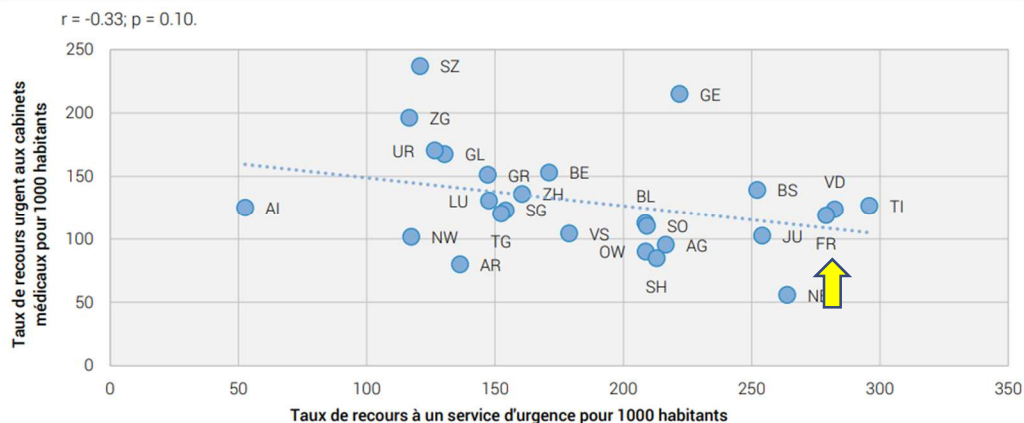
© Obsan 2018

Ainsi, un système qui serait performant pour l'orientation vers les urgences hospitalières aurait plutôt des coûts par consultation élevés par le fait de prendre en effet en charge les patients les plus lourds et plus malades, les cas simples étant pris en charge dans la communauté.

Recours à l'urgence par défaut de réponse à l'urgence ambulatoire en cabinet ?

Les analyses montrent logiquement que plus le taux de recours aux cabinets pour l'urgence est faible, plus le taux de recours aux urgences de l'hôpital est élevé. Un recours élevé aux urgences hospitalières ambulatoires peut donc encore une fois être vu comme **le reflet d'une faible capacité des cabinets médicaux de répondre aux situations d'urgence.**

G 6.4 Relation entre le taux de recours aux services d'urgence d'un hôpital et le taux de recours urgent aux cabinets médicaux, par canton de domicile du patient, 2015/16



Source: OFS – Relevé des données des patients ambulatoires des hôpitaux 2016, STATPOP 2015/16; SASIS SA – Pool tarifaire 2015

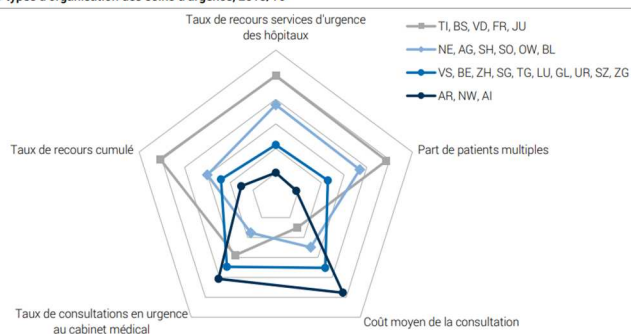
© Obsan 2018

3.2.3 Synthèse : le canton de Fribourg et le recours à l'urgence

Lorsque l'on observe le dispositif actuel de réponse à l'urgence, l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal apparaît fortement comme le centre de référence du canton pour les urgences. Mais le dispositif d'orientation pour les urgences dites « non vitales » apparaît plus complexe et multiforme. Malgré les informations présentes sur les sites de l'HFR et du canton, il n'est pas facile d'avoir une vue d'ensemble et de pouvoir s'orienter adéquatement. Il faut en particulier être en possession de plusieurs numéros de téléphone différents selon les situations.

En ce qui concerne **le profil du canton** et en se référant aux résultats présentés dans le rapport de l'Obsan on note que le canton de Fribourg est dans un groupe de cantons dans lesquels on trouve les caractéristiques suivantes :

G 7.1 Modèles-types d'organisation des soins d'urgence, 2015/16



Source: Obsan, illustration propre

© Obsan 2018

- Un coût moyen facturé pour la prise en charge en urgence ambulatoire plutôt bas, ce qui suggère que les services d'urgence sont sollicités pour des cas légers.
- Une part d'utilisateurs fréquents (s'étant rendu plusieurs fois au cours de l'année dans un service d'urgence) élevée en comparaison avec les autres groupes de cantons.

Cela peut refléter d'une part un accès facile aux services d'urgences des hôpitaux (en particulier dans les permanences de l'HFR) et d'autre part l'existence d'un nombre important de patients qui auraient des besoins de soins récurrents voire chroniques, probablement sans médecin traitant, et qui s'orientent vers l'hôpital pour chaque nouveau problème de santé.

3.3 Vers un nouveau modèle d'optimisation de la réponse à l'urgence

Tous les prestataires acteurs de la réponse à l'urgence existent déjà dans le canton de Fribourg. L'objectif est de développer une vision cohérente de la réponse aux besoins urgents et de promouvoir une organisation efficace, efficiente et durable face aux enjeux futurs.

3.3.1 Objectifs de la réponse à l'urgence et cadre de travail

La question de l'urgence est une question difficile pour plusieurs raisons. Elle est très émotionnelle pour les citoyens, chacun souhaitant accéder rapidement à la bonne prestation et aux réponses dont il a besoin. Il y a donc une forte attente. D'autre part, pour les responsables de l'organisation de la réponse à l'urgence, même s'il ne peut être toléré de risques face à l'urgence, il ne peut être fait abstraction des contraintes organisationnelles et financières. Il s'agit donc d'une appréciation fine de l'adéquation entre les dispositifs mis en place et les besoins populationnels, dans un esprit d'équité et d'efficacité.

La notion d'urgence dans ce document est envisagée de manière large. Elle est définie comme **le besoin de réponse urgente à une demande de soins, résultant avant tout de la perception (ou de la connaissance) qu'a le patient de son état de santé**. Cela couvre donc l'urgence (au sens clinique classique), la crise (y compris sociale) ou encore la demande de consultation sans rendez-vous.

On considère ainsi à la fois l'urgence dite « vitale » et l'urgence « non vitale » qui sont des catégories médicales *a posteriori*. En effet en amont d'une évaluation appropriée il n'est pas toujours possible de faire le tri entre ce qui est « vital » de ce qu'il ne l'est pas. Des symptômes banals peuvent être le reflet de maladie grave et à l'inverse des symptômes apparemment graves peuvent se révéler bénins.

Les objectifs d'une bonne réponse à l'urgence peuvent être exprimés ainsi : ***Que toute personne ayant un besoin de soins urgent, selon son appréciation, puisse obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais et qui soit en lien avec ses choix et ses préférences.***

Cela signifie plus spécifiquement :

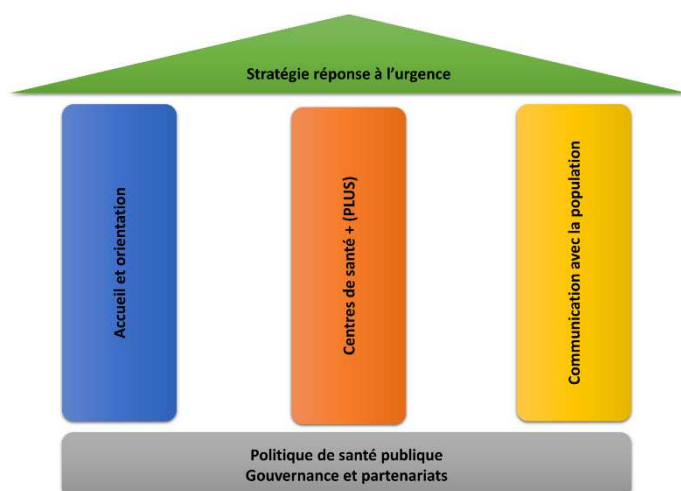
- l'accès le plus rapidement possible à une évaluation et un tri
- une prise en charge la plus appropriée en fonction des besoins de santé et des préférences du patient.

Cadre de travail

Un dispositif cohérent et performant de réponse à l'urgence doit pouvoir s'appuyer sur quelques conditions cadre, notamment :

- Une stratégie globale de santé publique: le dispositif d'urgence est un des éléments importants de la réponse aux besoins de santé de la population. Mais un tel dispositif ne peut être déconnecté d'une stratégie plus large de santé publique. Par exemple la réponse à l'urgence ne peut être efficace sans une stratégie de renfort de la médecine de premier recours.
- Des principes de bonne gouvernance et des partenariats solides : l'urgence nécessite la mobilisation tant d'acteurs publics tels que les hôpitaux que d'acteurs privés tels que les médecins. Tous ont une responsabilité légale par rapport à l'urgence. Mais les cadres de référence sont différents et il n'y a pas de coordination entre les dispositifs. Aller vers une optimisation de la réponse à l'urgence nécessite donc l'établissement d'une stratégie cadre qui permette ensuite de définir les missions et responsabilités des uns et des autres. Une fois cette stratégie et les objectifs établis, la gouvernance de ce processus de réponse à l'urgence doit pouvoir être garantie en partenariat avec tous les acteurs. Sans une gouvernance claire de ce processus, il y a peu de chances que des réformes et des adaptations puissent s'opérer.

Une stratégie d'optimisation de la réponse à l'urgence pourrait se déployer dans le cadre suivant :



- Un socle de conditions cadre
- Le développement de Centres de santé + (PLUS)
- Le renforcement des missions d'accueil et orientation
- La communication à/avec la population

3.3.2 Des Centres de sante + (PLUS)

Les Centres de santé, tels que posés par l’HFR dans sa stratégie peuvent véritablement être le cœur du futur dispositif de réponse à l’urgence.

L’HFR, dans le cadre de son plan stratégique 2030, adopté par le gouvernement, a en effet développé le concept de Centres de santé. Dans cette stratégie, plusieurs centres de santé devraient être répartis sur l’ensemble du territoire cantonal pour assurer la prise en charge de la population dans les régions. Selon les régions ces centres de santé pourraient être encore adossés à des lits de soins dans les domaines de la gériatrie, de la réadaptation ou de la médecine interne.

Dans le concept de l’HFR on y voit essentiellement des prestations médicales et médicotechniques ainsi qu’un certain nombre de prestations spécialisées. C’est une bonne base, mais il faudrait offrir davantage de prestations pour assurer une meilleure réponse aux besoins de la population régionale. Ils devraient être les garants d’un accès aux soins régional.

Ces centres de santé pourraient ainsi être une pièce maîtresse de la stratégie de réponse à l’urgence dans le canton. De par leur historique de centres hospitaliers, ils sont naturellement considérés par la population comme un centre de soins potentiellement urgents. Basés à priori dans 3 régions du canton (notamment le Sud, le Lac-Meyriez et la Singine-Tafers), ils pourraient répondre à plusieurs objectifs de stratégie de santé publique avec notamment :

- La réponse à l’urgence non vitale au niveau régional
- Le renfort de la médecine et de la pédiatrie de premier recours
- Le développement de la coordination des soins
- La formation des futurs professionnels de santé en soins primaires (soins infirmiers et médecins)

Il est proposé de reprendre, sur la base des ébauches posées par l’HFR, le concept des centres de santé et de les labéliser **Centre de santé + (PLUS)**.

Sans prétendre montrer un concept détaillé, qui devrait faire l’objet d’un travail plus consensuel avec les partenaires impliqués, sont présentés ici les principaux éléments en termes de missions, de gouvernance et de financement.

3.3.2.1 Missions/activités

Pour répondre à la fois aux enjeux de renfort des soins primaires, aux besoins de coordination et au processus de réponse à l’urgence, les missions de ces Centres de santé + pourraient être celles-ci (voir figure plus bas):

- **Une permanence/urgences avec horaires étendus 7h-23h** : Cette permanence devrait en partie être assurée par les médecins de la région devant effectuer leur devoir de **garde**²⁸. En effet, il serait opportun de proposer aux médecins de venir faire leur garde sur le site du Centre de santé+ pendant les heures d’ouverture puis de continuer la garde depuis leur domicile pour des interventions nocturnes (cela semble déjà être le cas en Gruyère). Cela permettrait d’une part pour les médecins de faire leur garde dans un environnement intéressant avec d’autres collègues et de bénéficier d’un bon équipement, y compris de surveillance clinique. Cela permet aussi une meilleure connaissance mutuelle entre les collaborateurs du Centre de santé + et les médecins

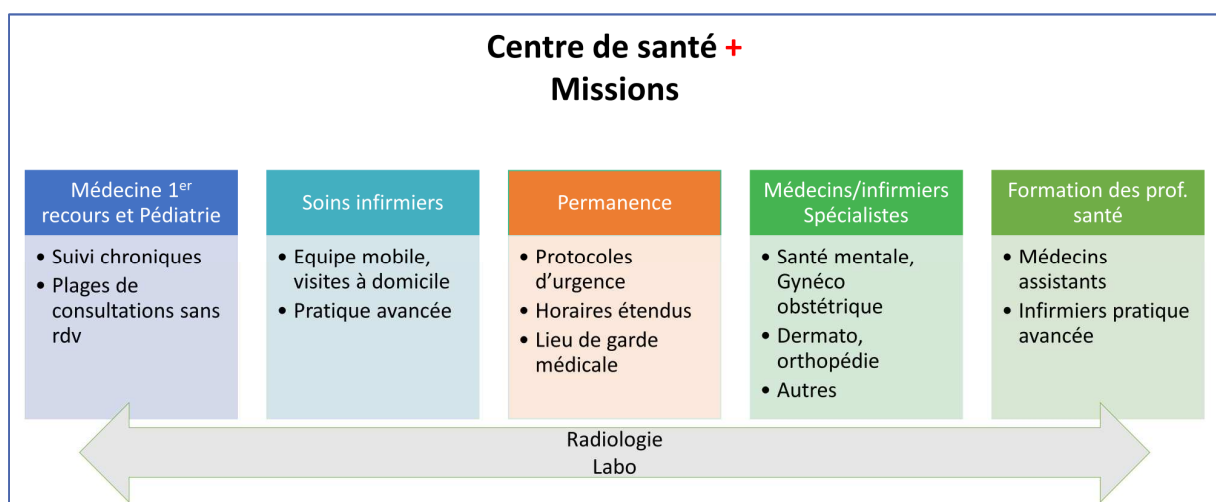
²⁸ Les médecins sont tenus d’assurer des services de garde de manière à garantir les besoins en soins de la population (LSan Art. 95).

installés. Les **infirmières** joueraient un rôle central dans l'accueil, le tri et la prise en charge des patients, en collaboration avec les médecins de garde.

- Ces centres devraient non seulement accueillir les patients se rendant aux urgences, mais aussi œuvrer comme **centre de référence d'investigations** pour les médecins de la région. Il s'agirait donc non seulement de traiter des urgences « non vitales » mais aussi de procéder à des investigations qui ne sont pas possibles d'effectuer dans un cabinet. Cela permettrait ainsi d'éviter la surcharge des urgences hospitalières avec des demandes d'investigations. Des **protocoles d'évaluation** d'un certain nombre d'urgences comme l'investigation de suspicion de thrombophlébite veineuse, de diverticule ou de fibrillation auriculaire (palpitations) pourraient être faits par les urgentistes de l'HFR et garantir ainsi une homogénéisation des prises en charge. Une telle permanence devrait donc permettre de faciliter l'accès aux médecins spécialistes et aux plateaux d'investigation pour des patients présentant un problème clinique de nature semi-urgente dans des délais correspondant à leur état de santé et d'offrir une alternative à l'urgence hospitalière afin de permettre un désengorgement de l'hôpital.
- Des **visites à domicile/lieu de vie (EMS, institution) urgentes 24/24 7/7** devraient également être développées largement par des équipes mobiles infirmières, en collaboration avec le médecin de garde. Pour la **population âgée** en particulier, faire une bonne évaluation à domicile avant une décision de transfert aux urgences est un vrai plus. En organisant le suivi à domicile, en collaboration avec les soins à domicile, il est souvent possible d'éviter un transfert aux urgences où la personne âgée aura un grand risque d'être hospitalisée. Au grand âge l'hospitalisation est souvent délétère pour les personnes, en raison principalement de l'alitement prolongé qui leur fait perdre des forces très rapidement, forces qu'elles ne récupéreront que partiellement, souvent après des semaines de réadaptation. C'est aussi le cas pour les personnes en **soins palliatifs** et qui pourraient rester à domicile. Un tel service de visites à domicile permet souvent d'éviter un transfert parfois définitif à l'hôpital.
Ces visites à domicile devraient être possibles 24/24 et devraient être engagées via la centrale d'appel (voir chapitre suivant), la permanence téléphonique du Centre de santé + ou via le médecin de garde.
- Un **accueil téléphonique devrait être garanti 24/24 et 7/7** (éventuellement centralisé au niveau cantonal, cf chapitre suivant). Il est en effet souhaitable que les patients puissent téléphoner au centre de santé+, même en dehors des heures d'ouverture étendues de la permanence (en général jusqu'à 22h-23h) de sorte à pouvoir être orientés ou même d'emblée inscrits pour une consultation dès le lendemain matin. Ceci éviterait aussi le déplacement du patient vers des urgences hospitalières.
- **Activités de médecine de premier recours et de pédiatrie** : avec des suivis chroniques de patients (enfants et adultes), le dispositif de soins primaires pourrait être renforcé. Pour garantir l'accès à ces soins de premier recours il est important que le dispositif garde en permanence des **plages de consultation libres** pour éviter que les personnes, souhaitant un rendez-vous plus ou moins urgent, se réorientent vers des permanences ou les urgences des hôpitaux. Ces activités de soins primaires devraient devenir **des lieux de formation des futurs généralistes ou infirmiers de pratique avancée**.
- **Activités de soins infirmiers** : ces centres de santé devraient développer les suivis infirmiers de première ligne. Avec des activités notamment de **pratique avancée** la qualité des suivis chroniques

et de coordination seront améliorés et plus efficaces. Ces suivis chroniques en médecine adulte et en pédiatrie devront se faire en étroite collaboration avec le médecin traitant ou le pédiatre, mais sont particulièrement indiqués dans le cas de suivis complexes ou de suivis de famille.

- **Activités médicales et infirmières spécialisées** : Des consultations spécialisées, utiles à la médecine de premier recours, devraient être développées. Il s'agit prioritairement de domaines de spécialités très étroitement liés au quotidien des soins de premier recours, notamment des suivis de grossesse, de gynécologie et de suivi de santé mentale. Ces derniers pouvant se faire en collaboration avec le RFSM. Ces activités spécialisées peuvent être du ressort des médecins spécialistes mais aussi d'infirmiers spécialisés comme des sages-femmes ou des infirmières en psychiatrie. D'autres spécialités médicales, telles que de la dermatologie, cardiologie, neurologie ou orthopédie par exemple, pourront éventuellement consulter sur place, en collaboration étroite avec l'HFR.
- **Plateau technique** : Pour répondre aux besoins du Centre de santé +, un équipement médicotechnique suffisant devrait être pensé. Il s'agit d'un équipement plus sophistiqué que celui d'un cabinet de groupe mais moins large que celui d'un accueil d'urgences hospitalières. On peut notamment penser à un scanner par exemple. L'équipement devrait être évalué en fonction des protocoles cliniques qui seront déployés sur site et en très étroite collaboration avec l'HFR.
- **Système d'information** : Le système d'information devra être soigneusement choisi. Il devra répondre à des besoins de médecine et soins de premier recours, de coordination des soins et de réseaux avec les partenaires **locaux**. Même s'il devra aussi permettre un lien facile avec l'HFR, le réseau principal de communication devra se faire entre les partenaires locaux de la communauté, puisque le transfert de patients vers le dispositif hospitalier sera rare. Attention aussi à ne pas se substituer au Dossier Electronique du Patient qui devrait progressivement monter en puissance. La télémédecine pourra aussi être développée.
- **Activités de formation** : Les Centres de santé + devraient être des lieux de formation certifiés par les cursus médicaux et infirmiers. Une activité de formation dans ces Centres devrait permettre de fidéliser une partie des étudiants et les inciter à revenir travailler ultérieurement dans des lieux de médecine et soins de premier recours. C'est donc aussi une réponse à une pénurie annoncée de professionnels de santé, notamment dans les régions plus décentrées.



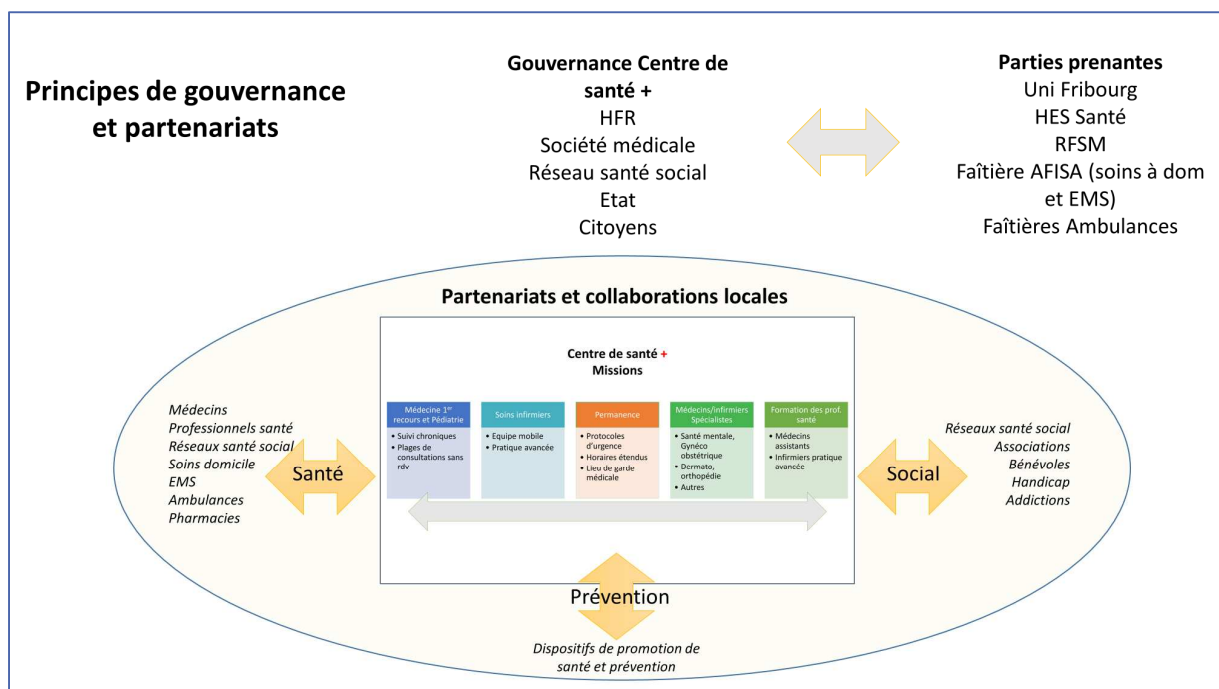
3.3.2.2 Coordination avec le réseau local santé - social

Un des partenaires-clé de ces Centres de santé + seront les réseaux santé-social présents dans les différents districts du canton. Pour être clairement opérationnels et efficaces, les Centres de santé + devront s'intégrer parfaitement dans le réseau local. Ils devront établir des modalités de collaboration, voir des conventions, des partenariats avec les acteurs du monde de la santé, y compris en santé mentale, du social et de la prévention.

3.3.2.3 Principes de gouvernance

La gouvernance de ces Centres de santé + est un enjeu majeur. En effet, de par leur dimension très interdisciplinaire et partenariale locale, ils ne peuvent être placés sous la seule responsabilité de l'HFR ou à l'inverse d'un seul réseau de soins de district. Si l'HFR doit garantir l'activité de permanence et d'un certain nombre de spécialistes, il ne peut assumer l'entier des missions dévolues à ces centres qui doivent être construits avec les acteurs locaux. Il est donc proposé une gouvernance plurielle faite de :

- HFR : notamment pour les missions de permanence, d'activités spécialisées ou encore de formation
- Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF) pour le développement des liens avec les médecins indépendants de la région et construire des modèles attractifs pour les médecins de premier recours et pédiatres, y compris la garde.
- Communes et réseaux de soins : directement impliqués dans la construction d'un dispositif régional répondant aux besoins de leur population. Pour également développer en cohérence les prestations des partenaires locaux placés sous leur gouvernance, comme les soins à domicile, les services d'ambulance, les établissements pour personnes âgées, mais aussi tout le dispositif social.
- Eventuellement l'Etat, dans sa mission de garant du dispositif de réponse à l'urgence et de garant du développement de la formation des futurs professionnels de santé.



3.3.2.4 Principes de financement

La majorité des prestations qui seraient offertes dans le Centre de santé + seraient remboursables par la LAMal. Ce sera le cas des prestations médicales de premier recours et de spécialistes, de même que les activités médicotechniques de laboratoire ou d'imagerie.

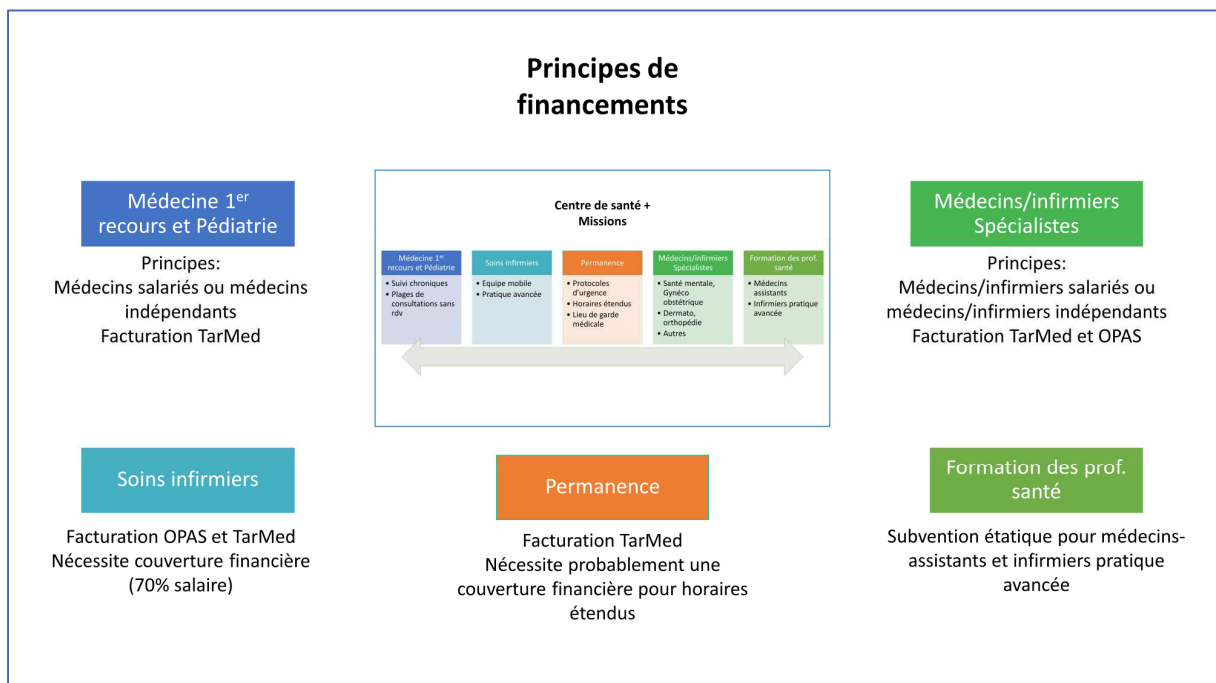
Néanmoins pour être performants, ces Centres de santé + devront s'appuyer aussi sur des prestations infirmières aujourd'hui mal ou non reconnues. Typiquement les activités infirmières en termes d'accompagnement des patients et des proches, de coordination avec les partenaires ou d'éducation thérapeutique ne sont pas suffisamment reconnues dans les catalogues de prestations LAMal (TarMed et OPAS). Or elles sont essentielles pour optimiser les trajectoires des patients, notamment chroniques et prévenir des décompensations et donc des visites en urgences. En l'absence de réformes fédérales, il est donc nécessaire et efficient d'un point de vue de l'organisation du système de santé cantonal, d'investir et soutenir ces activités. Les gains en terme de réduction de visites aux urgences ou d'hospitalisations urgentes ont été largement démontrées dans la littérature internationale.

La dimension de permanence/urgences avec horaires étendus et permanence téléphonique 24/24 ne sera pas non plus forcément couvrante d'un point de vue financier et une couverture de déficit devrait être également discutée pour pouvoir maintenir ce service ouvert et encore une fois désengorger les urgences des hôpitaux.

Les investissements en termes de système d'information seront aussi conséquents.

Enfin les activités de formation devront aussi faire l'objet d'un subventionnement qui devraient entrer dans le cadre des plans de montée en puissance de la formation des futurs professionnels de santé.

La Figure suivante présente une synthèse des principes de financement.



3.3.2.5 Synthèse et objectifs des Centres de santé +

Le Centre de santé + n'est donc pas seulement une infrastructure médicale ayant une réalité physique, mais également un fonctionnement en réseau, au niveau régional, des acteurs assurant la première ligne de soins.

Ces Centres de santé + devraient donc répondre à la fois aux objectifs de renfort des soins primaires et de réponse à l'urgence coordonnée. Leur développement dans le cadre de la stratégie HFR représente une opportunité à double titre : d'une part ils sont naturellement situés sur les anciens sites hospitaliers et bénéficient en ce sens d'une forme de confiance vis-à-vis de la population pour la gestion de l'urgence. D'autre part ils peuvent être le terrain naturel et légitime d'un renfort des soins de premier recours.

Concrètement, il s'agirait de définir leur nombre et leur positionnement pour répondre adéquatement à la couverture des besoins de la population fribourgeoise. Des modalités d'implantation et de collaborations pourraient être différentes d'une région à l'autre. Un concept plus élaboré devrait être travaillé avec les principaux intéressés.

3.3.3 Des missions d'accueil et d'orientation renforcées

Aujourd'hui la réponse à l'urgence dans le canton de Fribourg est le fruit d'une construction historique surtout organisée par prestataires de soins. C'est au patient/citoyen de s'y retrouver pour trouver le bon numéro de téléphone. Il existe également une hétérogénéité des réponses, qui sont parfois du conseil, parfois la transmission d'un numéro ou d'une adresse. Face à cela le risque est grand que les citoyens trouvent plus simple de se rendre directement aux urgences d'un hôpital, surtout si ceux-ci sont mal informés ou ont peu accès à l'information par manque de *compétences en santé* ou de compréhension de « comment marche le système ». C'est notamment le cas de la population étrangère qui, on l'a vu au chapitre 3.1.1, consulte plus fréquemment les urgences hospitalières.

Dans le cadre de l'optimisation du processus de réponse à l'urgence il est donc essentiel de proposer une meilleure cohérence et lisibilité des dispositifs et assurer une bonne information à la population.

Les éléments clés sont détaillés ci-après.

3.3.3.1 Le maintien de la Centrale 144

Le dispositif 144 bien connu de la population ne doit pas être modifié. Aujourd'hui c'est le patient ou des témoins qui choisissent d'appeler le 144. Au bout du téléphone, des régulateurs déterminent, après une analyse standardisée la meilleure option d'intervention (ambulances ou SMUR ou ré-orientation).

Un monitoring des appels et des conditions d'engagement des ambulances/SMUR, ainsi que des délais et des issues des interventions devrait être réalisé en continu afin d'identifier des pistes d'amélioration de la performance du dispositif ainsi que sa qualité. L'accès aux filières de soins urgents spécifiques, tels que l'infarctus ou l'attaque cérébrale, et nécessitant un plateau technique hospitalier dans un laps de temps très court, devrait en particulier être très performant.

La centrale 144 devra être en lien étroit avec la nouvelle centrale d'appel pour l'accueil et l'orientation de situations d'urgences non vitales. Elle pourra ainsi transférer des appels qui ne concernent pas la mobilisation du dispositif 144.

3.3.3.2 La création d'un numéro d'urgence unique et d'une page internet accessible

Le dispositif de réponse à l'urgence doit être clairement lisible et régulièrement mis à jour sur internet. Ce site doit être référencé par l'Etat, les hôpitaux et tous les partenaires. Les **signes et symptômes alarmants** nécessitant une prise en charge rapide (trouble de la parole, paralysie, douleurs thoraciques, etc.) doivent être présentés immédiatement. Ensuite le processus d'orientation et les dispositifs existants doivent être simples à comprendre et même en plusieurs langues.

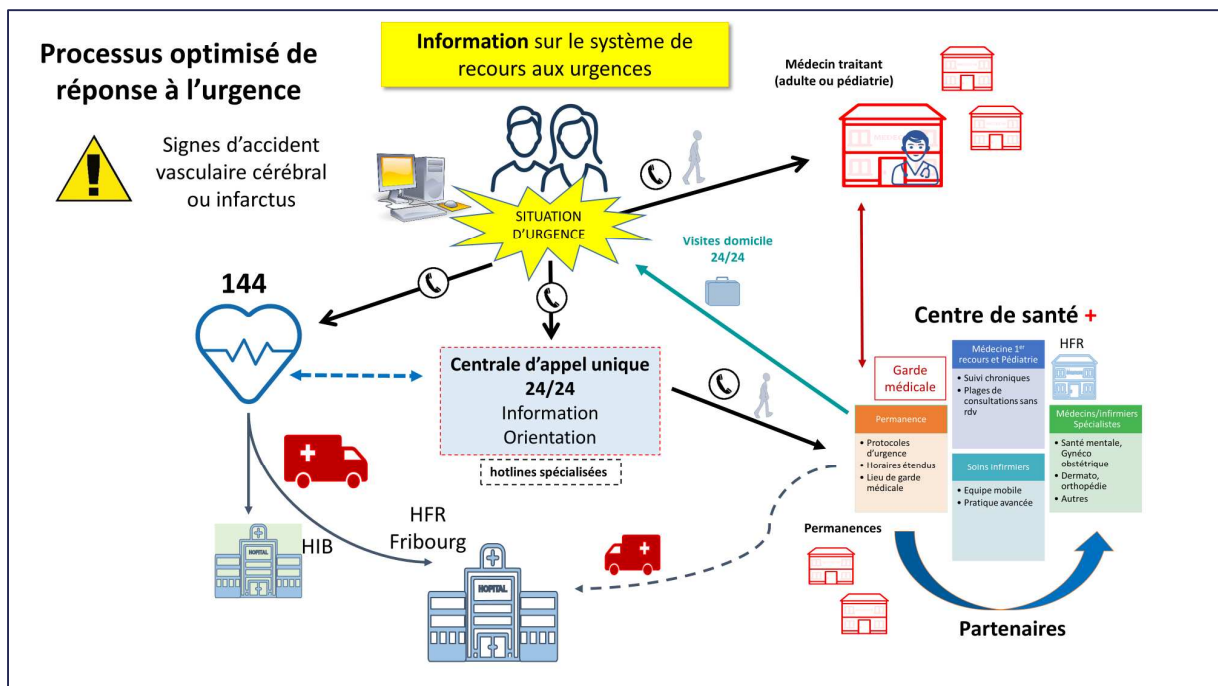
Un numéro de téléphone unique 24/24 7/7, a priori pour le canton, pour les urgences « non vitales » devrait permettre de concentrer également les demandes d'orientation des citoyens. Ce

numéro devrait pouvoir dispenser, sur la base d’algorithmes décisionnels, des conseils d’orientation en fonction des besoins et notamment :

- S’assurer de l’absence d’urgence vitale (signes et symptômes définis) qui nécessiterait cas échéant un appel au 144
- Transmettre des informations sur :
 - Le dispositif de garde médicale (numéro du médecin de garde en fonction du lieu où la personne se trouve)
 - La pharmacie de garde la plus proche
- Orienter vers des hotlines spécialisées prodiguant des conseils
 - Pédiatrie
 - Psychiatrie
 - Dentaire
 - Obstétrique
- Orienter vers les permanences des Centres de santé + pour
 - Un rendez-vous dans un délai court (journée ou lendemain)
 - Visite à domicile (selon la situation)

Ce numéro devrait être **facilement mémorisable** pour la population et **largement diffusé**.

Une bonne coordination entre le 144 et cette centrale d’appel permettrait à la fois une bonne orientation des citoyens et probablement aussi la réception d’appels inutilement adressés au 144.



Dans ce processus de réponse, seuls les patients nécessitant une prise en charge hospitalière sont adressés aux urgences de l’hôpital. En renforçant la capacité de tri et de prise en charge dans la communauté, il s’agit aussi de permettre aux urgences hospitalières de fonctionner de manière plus fluide et d’éviter les engorgements.

Ce processus idéal n'empêchera toutefois pas un certain nombre de citoyens de se rendre directement dans les urgences hospitalières pour des problèmes « non vitaux ». Mais à terme, si l'information est bonne, l'orientation devrait être progressivement meilleure.

3.3.4 Une bonne communication avec la population

L'entier du dispositif de réponse à l'urgence doit faire l'objet d'une information à la population et plus largement d'un dialogue avec les citoyens.

L'urgence est une porte d'entrée très importante dans le système de santé et le processus d'accueil doit être performant pour pouvoir assurer ensuite une utilisation efficiente du système de santé. Les citoyens doivent pouvoir être accueillis et surtout ensuite bien orientés pour être pris en charge et suivis pour éviter des nouvelles visites aux urgences

La **lisibilité** des ambitions de l'Etat et la **confiance** dans le système sont des éléments-clé qui doivent être travaillés. C'est particulièrement important dans la phase actuelle où les citoyens seraient amenés à voter pour la « réouverture » de centres d'urgences hospitaliers dans les régions du canton, qui ne sont certainement pas la meilleure solution d'un point de vue de la qualité de la prise en charge et de l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Jusqu'à ce jour c'est plutôt l'HFR qui a entamé une phase de dialogue avec la population pour expliciter la mise en œuvre des centres de santé décrits dans la stratégie 2030 de l'HFR. Mais l'HFR ne peut réaliser cet objectif seul, d'autant plus si la stratégie s'oriente vers des Centres de santé +. Une véritable stratégie d'optimisation de la réponse à l'urgence devrait être portée par l'Etat et les districts, en étroite collaboration avec les partenaires concernés tels que les sociétés médicales et les réseaux des districts.

Une dimension plus participative des citoyens pourrait être envisagée autour du développement des Centres de santé+ au niveau régional.

3.4 Synthèse : Un processus de réponse à l'urgence optimisé

Sur la base des propositions faites, on pourrait imaginer un processus global de réponse à l'urgence optimisé avec les bénéfices suivants :

- Une **anticipation et prévention** des situations d'urgences :
Par le renforcement du dispositif de médecine et pédiatrie de premier recours, on garantit un meilleur suivi des situations cliniques et donc on diminue le risque de complications et de décompensations. Dans les situations précaires, le recours à des dispositifs de suivi infirmier, plus performants dans les domaines de la coordination santé-social, permet d'anticiper plus efficacement les situations à risque.

Par exemple : pour les personnes présentant des maladies chroniques, comme un diabète, une pathologie cardiaque ou un cancer, on garantit la possibilité d'un suivi régulier chez un médecin traitant, en collaboration avec une infirmière du Centre de santé +. Outre le suivi des maladies, les patients pourront recevoir des conseils en terme de prévention ou de gestion de leur traitement. Leurs prises en charge pourront être mieux coordonnées avec les soins à domicile ou la pharmacie par exemple. Tous ces éléments sont déterminants pour éviter une aggravation de la maladie ou l'apparition de problèmes qui, à un moment donné, peuvent engendrer une urgence.

- Un **accueil**, une **évaluation** et un **tri 24/24 7/7** :
Par la mise en cohérence globale du dispositif de réponse à l'urgence et sa meilleure lisibilité, on propose un service à la population plus rassurant. Le numéro 144 reste la pierre angulaire de l'urgence vitale. Les signes et symptômes graves sont connus. Mais par un numéro unique pour les urgences non vitales et la centralisation des informations des différents dispositifs de garde des prestataires, la population est mieux orientée vers la bonne réponse. L'accueil dans les Centres de santé + par téléphone ou en présence garantit aussi un tri basé sur des protocoles cliniques.

Par exemple : la nuit, si une personne est inquiète en raison de symptômes de toux, elle pourra téléphoner à la centrale d'accueil qui identifiera des symptômes graves ou d'urgence. A l'inverse, en cas d'absence de signes de gravité la personne pourra être rassurée et orientée vers un médecin de garde ou encore pourra être inscrite pour un rendez-vous dès le lendemain matin au Centre de santé + de sa région.

- Une **orientation** et une **prise en charge** appropriée :
Les urgences vitales sont orientées directement vers l'hôpital le plus approprié (en général l'hôpital HFR de Fribourg ou le HIB). Pour les urgences non vitales, les prises en charge se font en premier lieu dans les Centres de santé + qui disposent d'un plateau technique et de protocoles cliniques pour l'évaluation des situations fréquentes. Les possibilités de visites à domicile pour les personnes âgées ou à mobilité réduite par exemple sont développées. La collaboration avec le réseau santé-social local garantit un bon suivi des situations et la disponibilité en médecine de premier recours adulte et pédiatrie garantit l'inscription auprès d'un médecin de référence.

Par exemple : une des situations urgentes fréquentes sont les chutes à domicile chez les personnes âgées. En l'absence de signes de gravité évidents (perte de connaissance, impossibilité de bouger par exemple) il peut être très utile de faire d'abord une évaluation clinique à domicile avant de décider de transférer la personne à l'hôpital pour des investigations par exemple. Cette intervention qui pourra être réalisée par une équipe mobile infirmière (avec appui du médecin de garde) permettra non seulement d'objectiver l'absence de symptômes graves qui éviteront le transfert de la personne à l'hôpital, mais pourra surtout mettre en place en direct un suivi et une aide appropriée en se coordonnant directement avec les soins à domicile et le médecin traitant par exemple.

La question de **l'urgence psychiatrique** continuera d'être coordonnée et traitée dans le cadre du RFSM. Mais par l'amélioration de la capacité de prise en charge en médecine de premier, les situations fragiles devraient être mieux repérées et adressées dans le réseau.

La question de **l'urgence pédiatrique** devrait être améliorée d'une part par un meilleur accueil/orientation des parents et d'autre part par la capacité renforcée des Centres de santé + à prendre en charge des jeunes patients, y compris en dehors des heures d'ouverture classiques des cabinets.

La question de **l'urgence de nuit** est mieux prise en compte et n'induit plus un déplacement systématique des patients vers les urgences hospitalières. Par les visites à domicile, l'accueil téléphonique ou encore le renfort de la garde médicale, un certain nombre de patients devraient pouvoir éviter de se déplacer vers un centre hospitalier.

La question des plus **vulnérables** pourra être mieux prise en compte en favorisant un ancrage en soins de premier recours, c'est-à-dire l'inscription auprès d'un médecin de premier recours ou d'un pédiatre. Par ailleurs l'amélioration de la lisibilité de l'orientation sera un gain notamment pour les personnes ne connaissant pas bien le système de santé fribourgeois.

4 RECOMMANDATIONS

Une réponse à l'urgence efficace et de qualité ne peut être déployée que si elle fait partie intégrante d'une stratégie de santé publique forte et visionnaire et d'une volonté de l'Etat de coordonner les différents dispositifs. Sans ce support, sa mise en œuvre et sa coordination sont peu réalistes ou alors très complexes à mettre en œuvre.

4.1 Recommandation 1 : Une vision de politique de santé forte et visionnaire

Face aux enjeux majeurs à venir, avec notamment le vieillissement démographique et l'augmentation des besoins de soins qui lui sont liés, il est important de déployer une politique de santé publique forte et visionnaire, qui puisse couvrir tous les champs d'actions, de la promotion de santé aux soins de longue durée. **Rappelons que le canton va passer rapidement d'une population plutôt jeune à une population âgée** (chapitre 2.1.1.). Fribourg aura la croissance de personnes âgées la plus forte au niveau latin avec une augmentation des personnes de **80 ans et plus** entre 2017 et 2030 de + 67% (+ env. 9'000 personnes) et de **+ 186% entre à horizon 2045** (soit presque un doublement par rapport à 2017, + environ 25'000 personnes).

Aujourd'hui il semble que les stratégies de santé soient encore portées par différents partenaires, notamment l'HFR, qui se voit endosser une responsabilité dans le déploiement de soins communautaires avec le développement de ses centres de santé. Il est juste que l'hôpital s'ouvre davantage sur l'extérieur, mais sa mission reste celle de soins aigus, avec tout ce que cela représente en termes d'enjeux majeurs à venir. **L'hôpital seul ne peut donc endosser une stratégie de renfort des soins dans la communauté** et il faut nécessairement l'implication de tous les acteurs de la communauté pour développer une telle stratégie.

L'absence d'une telle stratégie mènerait à une baisse de la qualité du dispositif santé, par surcharge hospitalière inappropriée et à une croissance des coûts qui ouvrira la porte à une médecine à 2-3 vitesses. Les citoyens qui auront les moyens (en termes de *compétences santé* comme en termes financiers) pourront se payer un accès à des soins de qualité, les autres devront attendre pour être pris en charge. Contrairement au fonctionnement connu ces 50 dernières années, les besoins de soins et l'organisation de la santé sont devenus si complexes et interdépendants que leur gestion ne peut plus être assumée par la seule responsabilité des prestataires de soins ou du « marché ». Une nécessaire vision de santé, crédible pour les citoyens, est nécessaire pour accompagner des changements inéluctables.

L'Etat cantonal devrait établir une **stratégie de santé** comprenant non seulement des éléments de promotion de santé et prévention mais aussi des éléments d'organisation du dispositif de soins et de déploiement de prestations qui soient en adéquation avec les besoins populationnels croissants. Cette stratégie devrait définir des objectifs de santé publique et ne devrait pas être déclinée par type de prestataires (hôpital, soins à domicile, etc.). L'Etat devrait définir ses **priorités** en termes de santé, les **communiquer** et **assumer** le déploiement d'un dispositif performant et durable.

Concrètement cela pourrait être **la définition par le Grand Conseil d'une politique de santé publique à horizon 2040** avec l'identification d'axes stratégiques majeurs (la prévention, le renfort des soins dans la communauté et de la médecine de premier recours, la réponse à l'urgence, ou encore la formation des professionnels de santé). De cette stratégie devraient découler des modifications légales permettant la mise en œuvre coordonnée des acteurs et un plan d'investissement solide.

4.2 Recommandation 2 : Une clarification des éléments de gouvernance santé

Dans le canton de Fribourg on observe un morcellement des responsabilités en terme de gouvernance santé. Cette responsabilité est organisée à plusieurs niveaux en fonction des prestataires, ce qui offre peu de possibilités de coopération/collaboration entre les dispositifs. L'Etat cantonal a un rôle essentiellement de financeur et de contrôle et peu de promoteur de politique de santé. Le dispositif hospitalier est en main quasi unique de l'HFR qui a la charge de la stratégie sur le territoire cantonal hormis la Broye. La psychiatrie est également pensée comme un dispositif propre. Et les soins à domicile, les services d'ambulances, la plupart des établissements pour personnes âgées sont en mains des communes, regroupées en association de communes et réseaux.

La collaboration/coordination entre ces dispositifs est peu claire. Il ne s'agit pas en l'occurrence de prétendre à une centralisation au niveau cantonal de tous les dispositifs, car le partage des tâches entre canton et communes est intéressant et certainement vertueux, mais bien de clarifier un « qui fait quoi » dans le déploiement de la stratégie de santé. On peut imaginer un plus grand cadrage par l'Etat de certains dispositifs, notamment les services d'ambulances ou les soins à domicile, permettant par exemple de garantir une équité d'accès et des critères de qualité, tout en laissant une marge de déploiement et de créativité au niveau des régions qui connaissent mieux les terrains locaux.

Concrètement, la stratégie de santé de l'Etat devrait être **déclinée en termes de responsabilités de politiques publiques dans les cadres légaux et réglementaires**. Si l'Etat cantonal doit endosser une plus claire responsabilité du dispositif santé sur son territoire et se donner les moyens de son déploiement, il peut/doit aussi déléguer des tâches aux communes en particulier qui bénéficient clairement d'un lien de proximité avec la population. Mais à l'heure où les défis de santé sont majeurs et les coûts bientôt insupportables, il n'est pas raisonnable de laisser les communes seules faces à de tels défis et de telles charges. Même au niveau suisse il apparait de plus en plus difficile et inefficace de multiplier les stratégies de santé au niveau des 26 cantons...

4.3 Recommandation 3 : Un investissement financier à consentir

Pour assumer le déploiement d'un dispositif de santé cohérent et visionnaire, et en lien direct avec les deux précédentes recommandations, l'Etat devrait se donner les moyens **d'investir**. Il ne s'agit pas seulement de couvrir des déficits de financement de prestations mal ou non reconnues dans le système actuel LAMal, telles que la coordination des soins ou la prévention, mais bien d'investir pour limiter la croissance inévitable des besoins de soins et des coûts. Cet investissement doit couvrir aussi les enjeux de formation des professionnels de santé.

Une meilleure performance des trajectoires patients et des soins de premier recours permet de diminuer le recours aux urgences, les décompensations de maladies chroniques, les hospitalisations et in fine de réduire le risque d'entrée en EMS. Une réduction des hospitalisations et des séjours en institutions est donc favorable pour l'Etat puisque celui-ci contribue de manière importante à ces séjours. Il ne s'agit pas d'une baisse de charges directes mais bien globalement d'un **frein de la croissance inéluctables des charges financières à venir** liées aux soins et aux nécessaires constructions de lits (soins aigus, de réadaptation et de long séjour).

Pour investir dans la communauté il faut développer des nouveaux modèles de financement qui ne soient pas limités au financement à la prestation. Cela peut être un financement par capitation ou encore au parcours de soin par exemple.

Concrètement, l'Etat devrait définir un **plan d'investissement dans le domaine de la santé** permettant de renforcer les soins dans la communauté et ainsi permettre de contenir un peu plus l'intense croissance des charges qui continuera ces 20 prochaines années.

4.4 Recommandation 4 : Mise en œuvre une stratégie de réponse à l'urgence

Sur la base des éléments précédents, et en cohérence avec une stratégie de santé forte, l'Etat pourrait construire, en collaboration étroite avec tous les partenaires-clés concernés, notamment l'HFR, la Société médicale fribourgeoise et les réseaux de santé, un véritable dispositif de réponse à l'urgence. Une communication adéquate de cette stratégie devrait faire l'objet d'une vaste communication à la population.

Concrètement, l'Etat devrait définir et mettre en œuvre un dispositif de réponse à l'urgence **en déclinant, dans les différents dispositifs légaux, réglementaires ou contractuels**, les rôles et missions des prestataires eu égard à la réponse à l'urgence. Le système devrait comprendre les éléments suivants :

- La centrale d'appel 144 et le réseau de l'urgence vitale (services d'ambulances, SMUR, urgences hospitalières de Fribourg et Payerne)
- Une nouvelle centrale d'appel pour l'accueil et l'orientation pour l'urgence non vitale
- La mise en œuvre de Centres de santé + (PLUS)
- Une information et un dialogue avec la population

5 CONCLUSION

Il y a d'énormes défis devant nous en termes de santé publique et de durabilité du système de soins et il ne faut pas nous tromper de bataille. S'il est parfois plus simple de traiter le quotidien qui nous semble encore maîtrisable, il y a aussi une responsabilité politique d'anticiper et de prévoir. Il est urgent, comme société, de démarrer une réflexion de fond sur l'évolution que l'on souhaite donner à notre système de santé. Que voulons-nous, comme collectivité, comme prise en charge demain, sachant que tout ne sera plus possible ? Quels critères d'accessibilité, de solidarité, de dignité mettrons-nous pour adapter le système de soins ? Un dialogue fort doit être initié avec la population car il y aura des choix à faire. Ces choix doivent être démocratiques et refléter une vision de société et ne doivent pas être dictés par le marché de la santé. La question de la réponse à l'urgence et plus globalement de la stratégie de santé est une question politique, pas technique.