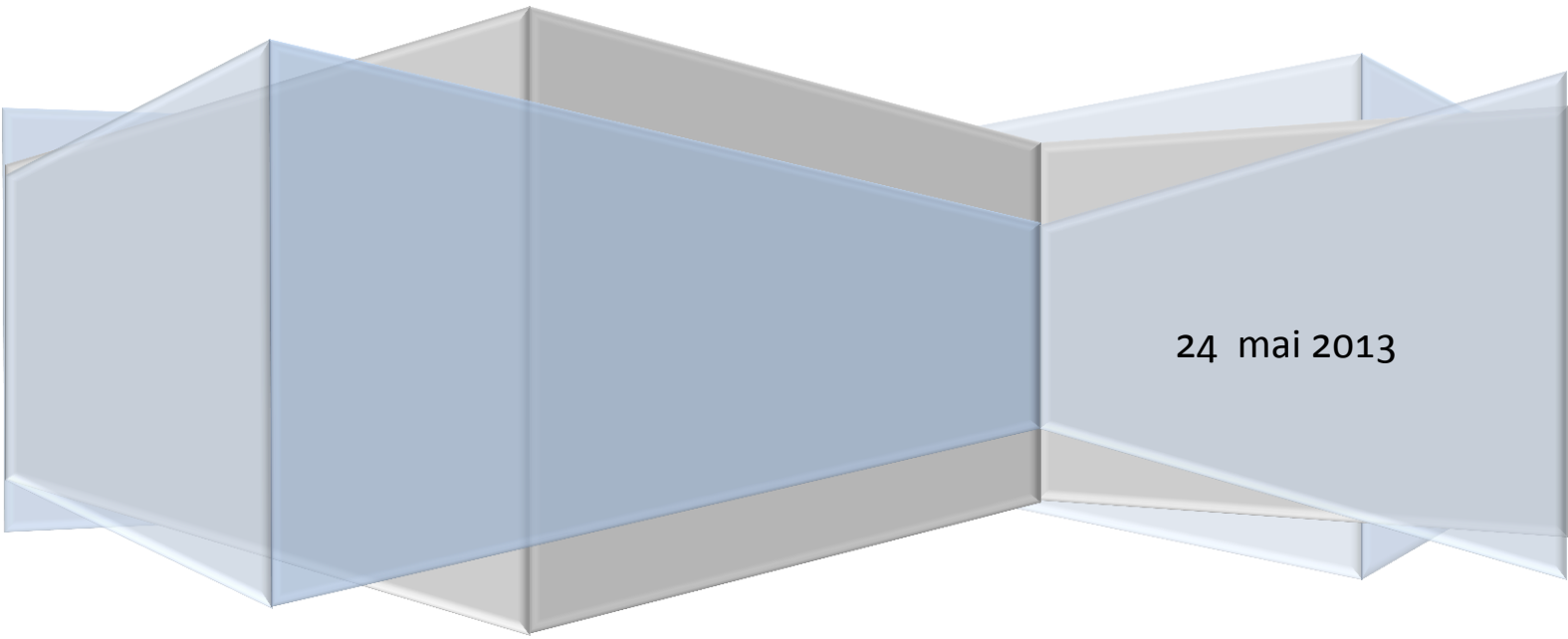


Projet de développement stratégique de l'HFR

2013-2022



24 mai 2013

Table des matières

DÉFINITIONS	3
1. LE NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER	5
1.1. Exigences économiques	6
1.2. Autres exigences (qualité, sécurité, attractivité, etc.)	6
2. L'ORGANISATION DES SOINS	6
2.1. Typologie des soins	6
2.2. Types de prise en charge	7
2.3. Evolution des pratiques et pénurie programmée de personnel médical	8
3. QUEL MODELE DE DEVELOPPEMENT HOSPITALIER POUR L'HFR ?	9
3.1. Volumes d'activités prévisibles	9
3.2. Des sites de compétences	10
3.2.1. Les pôles de compétences	11
3.2.2. Les leviers d'action	12
4. LA GESTION DES URGENCES, LES PERMANENCES ET LES POLICLINIQUES.....	12
5. LA GYNECOLOGIE ET L'OBSTETRIQUE	14
6. TRANSFERT DES PATIENTS INSTABLES ENTRE LES SITES (EN ATTENDANT LA CREATION D'UN SMUR CANTONAL).....	16
7. BILINGUISME	17
8. MISSIONS DES SITES	18
8.1. HFR Châtel-St-Denis.....	18
8.2. HFR Billens	18
8.3. HFR Fribourg – Hôpital cantonal.....	19
8.4. HFR Meyriez-Murten	19
8.5. HFR Riaz	19
8.6. HFR Tafers	20
8.7. Infrastructures medico-techniques (2022)	20
9. DES STRUCTURES ARCHITECTURALES REpondant AUX MISSIONS ET AUX EVOLUTIONS D'UN SITE DE REFERENCE POUR LES SOINS AIGUS.....	21
9.1. Considérations générales.....	21
9.1.1. Principes de planification	21
9.1.2. Technique du bâtiment de Bertigny	22
9.1.3. Coûts d'exploitation Bertigny	23
9.2. Propositions de Variantes	23
9.2.1. Variante Bertigny	24
9.2.2. Variante « Pré Vert »	26

9.3.	Conclusions sur les variantes	27
9.4.	Constructions HFR Riaz	28
10.	PREAVIS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HFR	29
10.1.	L'ACTIVITE CHIRURGICALE (BLOCS OPERATOIRES, ENDOSCOPIE ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE).....	30
10.1.1.	A l'échéance 2022	30
10.1.2.	Période transitoire 2013-2022.....	30
10.2.	LES SOINS AIGUS DE MEDECINE ET DE GERIATRIE	30
10.2.1.	A l'échéance 2022	30
10.2.2.	Période transitoire 2013-2022.....	31
10.3.	LES SOINS DE READAPTATION	31
10.3.1.	A l'échéance 2022	31
10.3.2.	Période transitoire 2013-2022.....	31
10.4.	SOINS PALLIATIFS	31
10.5.	LA GESTION DES URGENCES, LES PERMANENCES ET LES POLICLINIQUES	31
10.5.1.	A l'échéance 2022	31
10.5.2.	Période transitoire 2013-2022.....	32
10.6.	LA GYNECOLOGIE ET L'OBSTETRIQUE.....	32
10.7.	LE TRANSFERT DE PATIENTS INSTABLES ENTRE LES SITES	32
10.8.	TABLEAU DE SYNTHÈSE.....	33
10.9.	OPTION ARCHITECTURALE POUR LA CONCENTRATION DES SOINS AIGUS	34
10.9.1.	A l'échéance 2022	34
10.9.2.	Période transitoire 2013-2022.....	34
11.	COUT DES DIFFERENTS SCENARIOS DEVELOPPES	35
	LES CHIFFRES EN RÉSUMÉ.....	36
	FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS	36
	CAPITAL DE DOTATION	36
	CONCLUSION	37
	ABRÉVIATIONS.....	38
	ANNEXES	39

Définitions

Soins aigus : Mesures médicales, médicotechniques ou -thérapeutiques et/ou de soins infirmiers pour des patients en phase aiguë de la maladie ou des patients nécessitant des investigations, des soins et une surveillance, des opérations, des traitements importants et continus.

Soins de réadaptation (également soins de réhabilitation ou de rééducation) : Mesures médicales, médicotechniques ou -thérapeutiques et/ou de soins infirmiers pour des patients en phase stable de la maladie, orientée vers la récupération de capacités fonctionnelles et de qualité de vie, en général dans le but d'un retour à domicile.

Médecine aiguë de proximité : Traitements, soins et suivi médical de médecine interne générale qui ne peuvent être effectués à domicile, en ambulatoire et/ou nécessitant une hospitalisation de durée réduite dans une structure légère (pas de recours à un plateau médicotechnique lourd).

Gériatrie aiguë : Médecine aiguë de proximité concernée par les affectations physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des patients généralement âgés de 65 ans et plus. La médecine gériatrique offre des prises en charge au sein d'équipes multidisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel du patient et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

Consultation ambulatoire / intervention ambulatoire : Prise en charge médicale, médicotechnique ou -thérapeutique ou de soins infirmiers de moins de 24 heures. Elle peut comprendre un acte chirurgical (intervention ambulatoire).

Lit aigu : Place/unité physique d'hospitalisation et son infrastructure annexe, dédiée aux soins aigus. Utilisé jusqu'à présent comme l'instrument clé de la planification hospitalière, le nombre de lits définit la capacité maximale de prise en charge pour traitements stationnaires. Son pendant en soins de réadaptation est le lit de réadaptation.

Lit stationnaire : Place/unité physique d'hospitalisation et son infrastructure annexe, soit dédiée aux soins aigus, soit dédiée aux soins de réadaptation. Pour mémoire, concernant les interventions ambulatoires on ne parle pas de « lit » mais plutôt de « places ambulatoires ».

Service d'urgences : Lieu de consultation pour un besoin de santé non-programmé et urgent, c'est-à-dire des situations cliniques où l'état de santé du patient sans soins empire rapidement et le patient est exposé au risque, à bref délai, de séquelles irréversibles ou de décès. Le terme d'« urgence » au sens strict, fait référence aux urgences vitales (danger de mort/adulte et pédiatrique/nourrisson), aux urgences à traiter dans les 6 heures et aux urgences identifiées comme nécessitant une hospitalisation pour suite de soins. Pour mémoire, un service d'urgences est ouvert 24h/24.

Permanence : Lieu de consultation pour un besoin de santé non programmé, a priori ambulatoire (urgence du type 4). Une permanence offre des consultations, généralement, sans rendez-vous et durant des heures d'ouvertures étendues. Elle dispose d'une structure et infrastructure similaire à celle d'un cabinet de médecin de premier recours (médecins généralistes).

Policlinique : Lieu de consultations ambulatoires programmées (donc sur rendez-vous). Elles assument des suites de soins hospitaliers, des consultations ambulatoires de proximité, et des prises en charge de pathologies chroniques demandant des soins difficilement réalisables par les médecins installés. Elle est ouverte selon des horaires ouvrables.

INTRODUCTION

Le système de santé suisse, en pleine mutation, est source de préoccupations. Les avis divergent sur la plupart des aspects importants : la planification, l'organisation, la gouvernance, le financement et bien d'autres encore. Un seul point parvient à faire l'unanimité : des réformes doivent être adoptées d'urgence.

Ces préoccupations sont partagées par le Conseil d'administration de l'HFR, incité à agir suite aux lacunes de financement induites par le nouveau système de financement hospitalier et à la menace grandissante d'une pénurie de personnels hospitaliers. Elles ont donné lieu au mandat octroyé au Conseil de direction en mai 2012, destiné à évaluer la pertinence d'un modèle hospitalier avec une concentration des soins aigus sur un seul site. Dans le cadre de l'exécution de ce mandat, la direction de projet a décidé en juillet 2012 de mener cet examen sous la forme d'une étude comparative. En plus du scénario du mandat, trois autres possibilités d'organisation ont été projetées pour l'HFR, couvrant ainsi tout le spectre des possibilités, de l'organisation décentralisée à l'organisation concentrée.

En date du 15 novembre 2012, le Conseil d'administration a pris connaissance d'une première note de dossier relative à la stratégie de l'HFR. Le rapport final portant sur la concentration des soins aigus a été présenté en date du 26 novembre au Conseil d'administration, qui lui a consacré une journée de discussion. Plusieurs analyses complémentaires ont depuis été effectuées : sur le concept architectural, sur les Permanences, sur la maternité et sur le transfert de patients instables entre les sites. Le présent rapport se base sur ces divers documents.

Une décision doit désormais être prise par le Conseil d'administration sur l'opportunité de la concentration des soins aigus pour le canton et, cas échéant, sur les modalités de la mise en œuvre de cette concentration. Cette décision doit en outre être sous-tendue par un projet médical cohérent. Celui-ci doit garantir un accès aux soins à l'ensemble de la population du canton et ainsi fixer la mission qui doit être dévolue aux différents sites hospitaliers de l'HFR. Les cinq hôpitaux universitaires de Suisse sont soumis aux mêmes contraintes financières et de recrutement que les hôpitaux non universitaires ; ils disposent toutefois d'un volume de cas plus important, susceptible d'accroître leur attractivité sur le marché de la formation médicale. Les cliniques privées quant à elles cherchent à attirer des patients pour les soins aigus ne nécessitant pas de prise en charge complexe ou spécialisée et susceptibles d'être rentables ou à tout le moins en couverture de coûts. Un projet médical fribourgeois tourné vers l'avenir est également le meilleur moyen de préserver l'existence de l'HFR entre les deux hôpitaux universitaires bernois et vaudois et au sein d'un paysage hospitalier où d'autres acteurs, privés ou publics, cherchent également à se positionner.

Il y a lieu par ailleurs de suivre très attentivement les démarches actuellement en cours de concentration de la médecine hautement spécialisée qui, si elles sont suivies de décisions et d'effets, signeront l'arrêt de mort de certains hôpitaux centraux et de référence.

Le patient reste en permanence le centre des intérêts du développement proposé. La sécurité et la qualité des soins sont la préoccupation centrale de l'HFR. La question du bilinguisme fait également partie intégrante des réflexions en cours.

Le développement proposé est celui d'une concentration des soins aigus sur le site de Fribourg, du maintien d'une activité opératoire ambulatoire sur le site de Riaz, du développement de la médecine aiguë de proximité et de la gériatrie aiguë sur les sites de Tafers et Riaz, et d'une orientation du site de Meyriez-Murten conformément au projet en cours. Le fonctionnement du site de Billens devra être évalué en prenant en compte le caractère évolutif de la médecine de réadaptation.

Il convient encore de relever que la présente stratégie ne porte pas sur l'avenir de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), qui ne dépend pas de l'HFR. Il appartient donc à cet établissement de disposer de sa propre stratégie du futur. Par contre, le caractère modulable et évolutif de la stratégie à long terme de l'HFR devrait permettre les éventuelles adaptations nécessitées par l'orientation future du HIB.

1. LE NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le nouveau financement hospitalier affecte l'organisation institutionnelle hospitalière en profondeur et l'oblige à repenser son fonctionnement en y intégrant la notion de durée de prise en charge. Le temps est devenu une contrainte déterminante, qui va influencer tant la durée de séjour que le mode de rémunération des soins. Aujourd'hui les traitements ambulatoires sont rémunérés à l'acte (Tarmed), les hospitalisés aigus au forfait par pathologie (SwissDRG diagnosis related groups) et les hospitalisations pour réadaptation/réhabilitation au forfait par jour. Dans le cadre de soins aigus stationnaires, les forfaits par pathologie sont calculés sur la base de moyennes suisses, et pour des durées de soins moyennes. Dès lors, si le temps d'hospitalisation est trop long, l'hôpital ne couvrira pas les coûts. Il en va de même pour des séjours inférieurs à cette moyenne forfaitaire, qui provoquent une réduction de paiement de la part des assureurs. Pour les patients pris en charge pour une réadaptation/réhabilitation, un tarif type SwissDRG sera introduit dès 2015 et posera les mêmes exigences que pour les patients stationnaires aigus. Ce nouveau système de financement est un changement de paradigme qui apporte une contrainte supplémentaire aux processus de prise en charge du patient. Plus particulièrement pour les hôpitaux publics qui accueillent une patientèle en général plus lourde et plus fragile, le raccourcissement des durées de séjour est délicat, et nécessite une organisation des transferts vers des lieux de suite de traitement disposant d'un personnel compétent et suffisant en nombre.

Ainsi, le monde de la santé est soumis aux mêmes contraintes que le monde économique : il doit travailler de façon efficiente, moderniser ses modèles de prise de décision, regrouper les intervenants en réseau, définir les processus de fonctionnement pour améliorer l'efficacité et garantir la qualité. Le fonctionnement en réseau est essentiel, et implique un double mouvement - a priori contradictoire - de concentration et de décentralisation : le but poursuivi étant d'assurer que le bon patient soit au bon endroit et bénéficie de la prise en charge appropriée à ses besoins. Concentration de l'aigu complexe et coûteux, décentralisation du geste moins coûteux mais plus fréquent en volume et de plus longue durée.

Lors de la constitution de l'hôpital fribourgeois (HFR) en 2007, la mise en commun des activités des 6 sites n'a pas donné lieu au développement d'un projet d'établissement tant sous l'angle de l'organisation hospitalière que sous celui des exigences financières

auxquelles les hôpitaux sont confrontés depuis le 1.1.2012.¹ Ce pas doit désormais être franchi : la mise en réseau doit être réelle ; elle représente une distribution des compétences différente de celle qui a continué à exister jusqu'à aujourd'hui.

1.1. Exigences économiques

Sous l'angle financier, les comparaisons entre hôpitaux suisses – sur lesquelles se basent les assureurs dans le cadre des négociations tarifaires – placent l'HFR en position défavorable : l'HFR est le 3^{ème} hôpital le plus cher de Suisse (source Spitalbenchmark 16.11.2012). Cette cherté, et le refus des assureurs de l'assumer même provisoirement, ont eu pour conséquence une lacune de financement de CHF 65 millions au budget 2012 de l'HFR, lacune fort heureusement encore comblée par des fonds publics. Cette lacune de financement subsistera tant que des réformes en profondeur n'auront pas été menées.

1.2. Autres exigences (qualité, sécurité, attractivité, etc.)

On assiste par ailleurs à d'autres exigences, auxquelles l'HFR doit répondre tout comme le doit n'importe quel autre hôpital :

1. Les demandes accrues des patients et leurs besoins de santé.
2. Exigences en matière de qualité (standards) et de sécurité. Les dispositifs cantonaux et fédéraux (financement, réglementation).
3. Les réalités de santé publique (vieillesse de la population, patients polymorbides).
4. La nécessité de collaborer avec les partenaires en amont ou en aval de l'hôpital (médecins installés, EMS, soins à domicile, etc.).
5. La difficulté de recrutement de nouveaux médecins spécialisés qui oblige à des regroupements, tant afin de garantir une prise en charge 24 h/24 aux patients, qu'en vue de procurer une qualité de vie acceptable aux médecins et aux soignants en général.

2. L'ORGANISATION DES SOINS

2.1. Typologie des soins

Cinq types distincts de soins sont à distinguer qui vont influencer les structures hospitalières requises :

2.1.1. Les thérapies de la médecine hautement spécialisée : les cas de médecine hautement spécialisée (MHS) répartis auprès des centres universitaires par biais de la convention sur la médecine hautement spécialisée introduite sous l'égide de la CDS (Conférence des Directeurs sanitaires). Les cas complexes de MHS pris en charge par les

¹ La priorité dut être donnée au lissage des frictions initiales naturelles résultant de cette fusion ressentie comme imposée sur certains sites pris individuellement. A relever toutefois que les premières réflexions au sujet d'une nécessaire concentration des missions ont été initiées au début de l'année 2011 par le conseil d'administration et le conseil de direction.

hôpitaux universitaires sont par exemple les transplantations, la prise en charge des grands brûlés, ou encore la prise en charge des polytraumatisés. L'HFR ne propose pas ces thérapies.

2.1.2. Les thérapies spécialisées : celles-ci concernent les patients nécessitant un plateau technique de pointe, des examens spécialisés ou des interventions opératoires nécessitant un haut niveau de technicité, des équipements et/ou une expertise très qualifiée et/ou des procédures très innovantes. Les soins spécialisés sont du domaine de l'aigu et sont souvent suivis de soins de réadaptation. L'HFR fournit ces soins spécialisés.

2.1.3. Les thérapies courantes : elles peuvent être complexes, par le fait d'un nombre élevé d'intervenants spécialisés, mais ne relève pas de la MHS : elles concernent la majorité des cas, et peuvent être fournies avec des résultats de qualité et de sécurité optimaux du fait d'un nombre de cas élevés (volume d'activité). Les équipements requis sont des équipements standards, les protocoles de prise en charge sont bien connus et courants, les compétences requises sont celles de spécialistes bien établis collaborant au quotidien. Ces soins relèvent autant du domaine de l'aigu que de la réhabilitation/réadaptation. L'HFR fournit les thérapies courantes.

2.1.4. Les soins aux personnes âgées et/ou polymorbides : il s'agit de soins nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire et qui tiennent compte de la coexistence de plusieurs pathologies chez le patient, ainsi que d'un état de santé général altéré. Les soins aux personnes âgées et/ou polymorbides sont du domaine de l'aigu et/ou de la réhabilitation/réadaptation suivant l'évolution de la pathologie. L'HFR fournit les soins aux personnes âgées et/ou polymorbides.

2.1.5. Les soins aux personnes souffrant de maladies chroniques : il s'agit de soins dont le but premier est de prévenir des complications ou dégradations de l'état de santé et d'éviter des épisodes aigus nécessitant une hospitalisation. Ces soins, tant aigus que de l'ordre de la réadaptation, sont principalement des traitements ambulatoires, autour de protocoles de prise en charge standardisés et nécessitent une concertation avec l'ensemble des partenaires de santé. L'HFR fournit des soins pour les malades chroniques.

2.2. Types de prise en charge

Les types de soins précédemment cités sont soumis aux règles de deux modes de prise en charge différents : la prise en charge en urgence et la prise en charge élective (ou programmée).

2.2.1. La prise en charge en urgence peut se décomposer en quatre catégories de patients qui nécessitent à chaque fois des infrastructures particulières :

- urgences 1 : les urgences vitales (chaque minute compte)
- urgences 2 : les urgences à prendre en charge dans un délai de 6 heures
- urgences 3 : les urgences nécessitant une hospitalisation pour suite de soins
- urgences 4 : les consultations/urgences sans rendez-vous.

Chacune de ces catégories demande des compétences médicales et de soins spécifiques, ainsi que des infrastructures médicotechniques différentes : services d'urgences, permanence ou policlinique.

2.2.2. La prise en charge élective (programmable) de cas aigus ou de réadaptation/réhabilitation nécessite elle aussi une infrastructure technique et logistique spécifique, ainsi que des compétences médicales en fonction de la typologie de soins décrite plus-haut. Les activités de réadaptation/réhabilitation nécessitent des compétences et des moyens médicotechniques diversifiés (physiothérapie, ergothérapie, diététique, logopédie, ...) et de plus en plus pointus et exigeants : ceci est le fait de l'âge des patients, des comorbidités, mais également du raccourcissement des durées de séjour en service de soins « aigus ».

2.3. Evolution des pratiques et pénurie programmée de personnel médical

Les tendances médicales montrent 2 phénomènes concomitants :

- une hyperspécialisation des soins pour les situations complexes et coûteuses,
- un développement des soins de proximité pour les soins aigus « de base » fournis à la grande majorité de patients.

De façon générale, il faut relever que l'examen clinique du patient est toujours suivi d'analyses médicotechniques. Leurs résultats sont interprétés et discutés par des médecins spécialistes qui sont impliqués dans la prise de décision. Cette collaboration, sous forme d'un "team", a lieu 24h/24 et 365 jours par an. La proximité des spécialistes est donc importante pour un suivi efficient des patients. C'est la logique qui a d'ores et déjà sous-tendue à la fermeture du site HFR Châtel-St-Denis et au transfert du service de gériatrie du site HFR Châtel-St-Denis vers le site HFR Riaz.

Au-delà du besoin de proximité des spécialistes pour le traitement des patients, leur regroupement permet également de mieux répartir la charge des gardes et des piquets, répondant ainsi aux exigences d'une génération pour laquelle l'équilibre entre travail et famille/loisirs fait partie des valeurs fondamentales à respecter.

A ces éléments s'ajoute le fait que la pénurie du personnel médical (notamment du fait de la spécialisation) et soignant est programmée : ceci nécessite que l'HFR mette en place une stratégie d'anticipation. Si les jeunes médecins en formation post-graduée trouvent l'assurance que le volume de prestations est suffisant pour répondre aux quotas qui leur sont fixés par l'ISFM (Institut Suisse de Formation des Médecins) de la FMH, ils seront enclins à effectuer tout ou partie de leur formation à l'HFR. Et l'HFR a besoin de ces jeunes médecins pour fonctionner.

Enfin, le coût des installations techniques d'un hôpital représente un facteur important de ses charges. Il s'agit dès lors de les utiliser avec un maximum d'efficience.

3. QUEL MODELE DE DEVELOPPEMENT HOSPITALIER POUR L'HFR ?

Une intégration des hôpitaux dans une vision globalisée des soins aux patients permettant d'améliorer l'efficacité de tous les partenaires, pré- intra- et post-hospitaliers, est un modèle qui fait ses preuves dans divers pays. L'HFR doit se préparer à une organisation plus intégrée des soins.

L'évolution va vers une augmentation continue de la prise en charge en ambulatoire (<24h) et une diminution de l'activité hospitalière stationnaire. Cette évolution aura pour conséquence une modification de la gestion du flux des patients entre les sites hospitaliers ainsi que du type et du volume d'activité sur chaque site. La valeur de référence standard jusqu'à présent, le nombre de lits, n'est plus pertinente. Le volume d'activité devient le critère de référence. Il faut à ce titre admettre que les chiffres proposés dans notre projet (le nombre de lits notamment) sont teintés d'une part d'incertitude compte tenu de l'évolution rapide des techniques médicales. Par conséquent toute nouvelle organisation et/ou construction doit intégrer la possibilité d'ajout ou de modification d'éléments architecturaux modulaires permettant des réajustements aisés du nombre de lits/de places ambulatoires en cours de projet et dans des délais rapides.

Elle doit également permettre les développements futurs de l'activité médicale.

3.1. Volumes d'activités prévisibles

StrateGO est le nom donné au rapport d'analyse du développement stratégique, incluant le projet médical de l'HFR et pour lequel la société BCG nous a accompagnés.

Ce rapport extrapole à 10 ans, à partir d'une réalité hospitalière existante, les coûts liés à l'exploitation de l'HFR selon 4 scénarios différents. Ces 4 variantes reflètent le spectre des possibilités organisationnelles allant de la décentralisation telle que connue dans le modèle actuel (variante statu quo) à la centralisation des soins aigus sur un seul site hospitalier (variante « mandat »). Les 2 variantes intermédiaires reflètent pour l'une, une centralisation élargie, soit la mise à disposition de sites opératoires sur 2 sites (variante 2), et pour l'autre une diminution du nombre de sites de réadaptation (variante 3).

Les résultats de notre analyse prévoient un nombre de lits tenant compte des évolutions médicales et des projections issues de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour ce qui a trait à l'accroissement démographique, le vieillissement de la population, les taux d'hospitalisation. Il est ainsi posé que, à l'échéance de 10 ans, l'HFR requiert environ 650 lits, dont 400 à 450 de soins aigus et son corolaire de 200 à 250 pour la réadaptation/réhabilitation pour pouvoir répondre à la demande en soins. Ce nombre n'inclut pas les besoins aujourd'hui couverts par l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB). On voit donc que le nombre de lits aigus n'augmente pas (voire diminue quelque peu), par rapport à la situation actuelle. Ceci est la conséquence de la diminution des durées moyennes de séjour, et de l'augmentation des volumes ambulatoires opératoires. A noter que si l'organisation actuelle devait être maintenue (variante « statu quo »), le nombre de lits devrait être augmenté pour atteindre 720 lits à l'année 10 de la projection, En fonction des

différentes variantes d'organisation, le rapport StrateGO estime le nombre de lits nécessaires à :

- 720 dans la variante « statu quo » (= maintien des structures et des missions actuelles),
- 670 dans la variante « mandat » (=centralisation),
- 675 dans la variante 2 (centralisation réduite).

Toutefois, ces chiffres sont à pondérer dans la mesure où :

- l'étude est basée sur un taux d'occupation des lits à 81% pour les soins aigus et à 85% pour la réadaptation (alors que ces taux doivent être plus élevés, soit de 90%, respectivement 95%),
- le nombre de lits utilisé en postulat de départ est de 614² et qu'en réalité, il n'est plus que de 598 lits en 2013,
- la DMS poursuit sa diminution (- 0.5 jour en 2012),
- l'activité hospitalisée poursuit sa diminution au profit de l'activité ambulatoire.

En clair, ceci signifie que, des 600 à 650 lits prévisibles, le nombre de lits aigus est susceptible de diminuer.

Comme signalé plus haut, il faut accepter de planifier dans un environnement évolutif, qui comporte une part d'incertitude. Le seul moyen de faire face à cette incertitude est d'accepter un projet clair dans ses ambitions, mais modulaire et évolutif, de sorte à pouvoir adapter certains éléments si l'évolution des paramètres devait le nécessiter. En effet, il ne faut pas oublier qu'entre la date de planification et celle de la réalisation d'un projet de cette envergure, une dizaine d'années peut s'écouler. Cela dit, une partie des lits initialement conçus comme lits aigus pourrait tout à fait être convertie en lits de suite de traitement et de réadaptation/réhabilitation, notamment pour Fribourg, ou tout simplement ne pas être « construits ». Il en va de même pour les missions de tous les sites, lesquelles devront éventuellement faire l'objet de nouvelles réflexions en fonction de l'évolution des différents paramètres pertinents.

3.2. Des sites de compétences

Le nouveau financement hospitalier, l'organisation des soins et les divers types de prise en charge des patients influencent fortement le regroupement des activités en fonction des besoins des patients. En s'organisant selon une logique de compétences, l'HFR garantit à la population fribourgeoise le concept du bon patient au bon endroit au bon moment avec un personnel formé à la mission qui lui est attribuée. La meilleure maîtrise possible des deux langues nationales en vigueur dans le canton reste une de nos préoccupations constantes. Une organisation basée sur des compétences permet d'éviter des doublons. Il est prévu de développer des pôles de compétences autour :

- d'un hôpital de soins aigus de référence et de consultations ambulatoires (Fribourg),
- deux hôpitaux de médecine aiguë de proximité et de consultations ambulatoires (Riaz, Tavers), l'un d'entre eux proposant des interventions ambulatoires (Riaz)
- deux hôpitaux de réadaptation/réhabilitation (Meyriez-Murten, Billens).

² Ce nombre de lits intègre les mesures à court et moyen termes mises en place dans le courant du 2^{ème} semestre de l'année 2012.

Ceci correspond à la variante 2 du rapport StrateGO, dans une forme légèrement modifiée (maintien de prestations de médecine aiguë de proximité sur les sites de Riaz et de Tafers).

Les propositions formulées n'ont pas pour objet d'entrer dans des projets ou techniques novateurs, porteurs en terme d'expansion ou très ambitieux. Cette réorganisation a pour seul objectif une prise en charge globale et adéquate des patients du canton. Par contre, il est important de préciser qu'elle représente toutefois un prérequis nécessaire à toute tentative de développement futur.

3.2.1. Les pôles de compétences

Le mouvement de concentration et décentralisation et la logique de pôles de compétences visent à atteindre une masse critique (volume) de cas par pathologie ou par type de soins. Ce volume d'activité va faciliter le recrutement et la formation des professionnels de la santé, et garantir une meilleure prise en charge des patients du fait du regroupement des compétences.

Le pôle de compétence en soins aigus doit disposer d'un plateau médico-technique performant composé d'appareils d'imagerie médicale, d'un laboratoire central effectuant les analyses à grande échelle, d'un bloc opératoire avec une salle de réveil pouvant accueillir 24h/24 tous types de pathologies opérées en urgence et des soins intensifs et continus.

Les pôles de compétence en médecine aiguë de proximité doivent assurer une relation de proximité avec les médecins installés et éviter un engorgement de la structure aiguë centralisée par des cas ne nécessitant pas de compétences « rares », ni de moyens de haute technologie ou d'infrastructures lourdes (plateau medico-technique allégé comprenant un petit laboratoire et des équipements de radiologie conventionnelle y compris CT-scanner). Ils doivent être les portes d'entrée de l'HFR pour les cas aigus nécessitant un plateau medico-technique de pointe, mais assurer la prise en charge de proximité d'une grande majorité des cas.

L'efficience et les processus qualité imposés aux pôles de compétence aigus vont, comme démontré dans la littérature internationale, diminuer la durée moyenne de séjours aigus et, par conséquent, les charges financières. Ce mouvement de concentration, avec des soins aigus de la plus courte durée possible, va favoriser les prises en charge ambulatoires avant et/ou après une hospitalisation. L'activité ambulatoire de diagnostic ou de suivi pourra se dérouler sur les sites décentralisés de l'HFR disposant d'un service d'urgence et/ou d'une permanence et/ou d'une polyclinique de consultation. Ce virage vers l'ambulatoire s'accentuera encore à l'avenir.

L'évolution démographique montre aussi clairement un fort potentiel de développement des soins ambulatoires dans les domaines de la gériatrie, de la rééducation respiratoire, de l'oncologie, etc...

Les pôles de compétence en réadaptation/réhabilitation assurent les suites de traitement et les suivis de longue durée, et sont les lieux de regroupement d'un grand nombre de professionnels paramédicaux. Ils doivent se trouver à proximité des lieux de vie des patients, et sont déterminants sous l'angle de la prise en charge ; en effet, les séjours en soins aigus

diminuent en durée, et demandent une disponibilité importante de lieux de suites de traitement.

3.2.2. Les leviers d'action

L'analyse effectuée dans le cadre du rapport StrateGO met en évidence que le facteur d'économie déterminant est, sans surprise, lié aux ressources humaines. Selon le rapport (référence : 2209 EPT au 31.12.2011), l'évolution des effectifs à 10 ans, par rapport à la situation actuelle, est la suivante :

- variante « statu quo » : augmentation de dotation d'environ 200 EPT
- variante 2 (centralisation réduite) : diminution de dotation d'environ 250 EPT
- variante « mandat » : diminution de dotation d'environ 350 EPT.

L'économie de postes est rendue possible par une meilleure organisation des activités de jour et de nuit (économies d'échelle, gardes et piquets) et grâce au regroupement des activités. Ces chiffres sont à affiner au fur et à mesure de l'avancement du projet, mais montrent très clairement les tendances à suivre.

L'option retenue déterminera la possibilité et la rapidité d'un retour à l'équilibre financier de l'HFR.

L'HFR étant centre de formation, une réduction du nombre de médecins ne sera possible qu'à la marge. Pour mémoire, il faut signaler que les charges salariales des médecins en formation et des médecins formateurs ne sont que partiellement couvertes dans le cadre des systèmes de rémunération en vigueur (Prestations d'intérêt général (PIG) et prise en charge par les assurances) ; ainsi l'efficacité moindre d'un personnel en formation génère inévitablement des surcoûts.

4. LA GESTION DES URGENCES, LES PERMANENCES ET LES POLICLINIQUES

La problématique sous-jacente aux urgences est celle de la gestion de consultations sans rendez-vous, dont une majeure partie ne nécessiterait pas de recours au système hospitalier.

En 2012, près de 20% de la population du canton a fait appel aux prestations médicales des services d'urgences de l'HFR. Ce chiffre, en constante hausse, augmente plus vite que la croissance de la population du canton. L'HFR reprend dans les faits une activité qui, par le passé, était principalement du ressort des médecins traitants installés.

En assumant le déficit de médecins de premier recours (actuellement 0,6 médecin de 1^{er} recours par 1000 habitants, pédiatres compris), l'HFR doit également s'assurer de la pérennité financière de cette activité. Il est donc nécessaire de gérer correctement les flux des patients et de distinguer les vraies urgences des consultations sans rendez-vous relevant d'une permanence médicale et, enfin, des consultations programmées pouvant être effectuées dans une polyclinique. Chacune de ces activités doit couvrir ses charges donc avoir un volume d'activité suffisant, ou alors être financée dans le cadre de « prestations d'intérêt général » (PIG).

Un rapide rappel des termes s'impose.

- Le terme d'« Urgence » au sens strict, fait référence aux urgences vitales (danger de mort/adulte et pédiatrique/nourrisson), aux urgences à traiter dans les 6 heures et aux urgences identifiées comme nécessitant une hospitalisation pour suite de soins. Pour mémoire, un service des urgences est ouvert 24h/24.
- Les « Permanences » sont des lieux de consultation pour un besoin de santé non programmé, a priori ambulatoire. Les permanences donnent des consultations sans rendez-vous. Actuellement la Permanence de Meyriez remplit ce rôle dans les bâtiments provisoires et est ouverte de 7h30 à 21h30.
- Les « Policliniques » sont des lieux de consultations ambulatoires programmées. Elles assument des suites de soins hospitaliers, des consultations ambulatoires de proximité, et des prises en charge de pathologies chroniques demandant des soins difficilement réalisables par les médecins installés. Elles sont ouvertes selon des horaires ouvrables (8-12h/14-17h).

Dans la nouvelle organisation HFR avec des pôles de compétences bien identifiés, il s'agit donc de définir précisément quelles structures doivent accueillir quels patients, afin de minimiser l'engagement des « vrais » services d'urgence. En cela, tant les permanences que les policliniques représentent une partie de la réponse.

Des permanences sur le modèle de Meyriez sont des modèles séduisants pour la prise en charge de proximité. Toutefois, plusieurs paramètres doivent être analysés pour assurer leur viabilité : les heures d'ouverture, qui détermineront le besoin en personnel médical et soignant, la présence d'un laboratoire et d'une radiologie, la durée d'exploitation et les besoins en infrastructure. Il est alors possible d'effectuer une estimation des charges et des revenus en fonction d'un volume de patients.

Notre analyse montre que pour une permanence qui traite :

- 10'000 patients/an, le déficit est de l'ordre de CHF 1,3 million,
- 20'000 patients/an, le déficit est de l'ordre de CHF 1,8 million, et
- 40'000 patients/an, le déficit est de l'ordre de CHF 3,1 millions.

Notre étude sur les Permanences médicales met en évidence qu'une structure de ce type, exploitée par un hôpital, se situe entre deux solutions : le cabinet de médecine générale (privé) qui parvient à assurer les soins de base aux patients avec relativement peu de moyens et de manière rentable, et le centre d'urgence complet d'un hôpital, qui doit être équipé pour toutes les éventualités. Certes, un tel centre d'urgence ne couvre pas ses coûts, mais il bénéficie de l'appui des autres services de l'hôpital. L'objectif étant de viser l'efficacité maximale et la couverture des coûts, les meilleurs modèles d'organisation en terme de rentabilité devront être trouvés. La juxtaposition d'une Permanence et d'une Policlinique avec des consultations spécialisées est une solution pouvant favoriser l'amélioration de la couverture des coûts.

5. LA GYNECOLOGIE ET L'OBSTETRIQUE

Le canton de Fribourg dispose de quatre maternités. La distance entre ces maternités ne dépasse pas 30 km. L'une de ces quatre maternités est une clinique privée, l'Hôpital Daler, qui accueille le plus grand nombre de patientes, soit plus de 1'100 accouchements par an. L'HFR a accueilli entre les sites de Fribourg et de Riaz 1326 patientes en 2011 et 1221 en 2012. Le site du HIB a accueilli quant à lui 472 accouchements en 2012. Une maison de naissance dans le district de la Sarine complète le dispositif.

Cette dispersion des compétences favorise une compétition entre les sites avec pour conséquence qu'aucun n'est capable, à terme, de satisfaire aux exigences d'accréditation pour revendiquer les activités les plus pointues liées à l'activité de gynécologie-obstétrique. Par exemple, les obligations imposées pour prendre en charge une pathologie tumorale du sein sont telles qu'un éclatement des activités entre les quatre hôpitaux de la région fribourgeoise ne permet à aucun d'obtenir une reconnaissance officielle. Il faut donc créer un réseau public-privé fribourgeois et de plus s'affilier à un réseau comme celui du Mitteland ou vaudois pour répondre aux critères de recherche scientifique. Il en va de même pour les accouchements potentiellement à risques. Les médecins disposant des compétences professionnelles suffisantes pour prendre en charge une détresse obstétricale doivent être entourés d'un plateau médico-technique spécifique comprenant des obstétriciens, des anesthésistes formés aux détresses obstétricales et des pédiatres néonatalogues disposant de lits équipés pour les détresses vitales du nourrisson. Les cas les plus graves et accouchements à moins de 32 semaines sont de toute façon, selon les critères de qualité en vigueur, transférés systématiquement vers un centre universitaire.

La répartition de l'activité sur deux sites comme c'est le cas pour l'HFR (Fribourg-Riaz), exige un plus grand nombre de médecins cadres et de personnels soignants. Les événements de 2011 ont montré la difficulté de recruter des médecins cadres compétents pour superviser et assumer les cas à risques sur les deux sites (cf. crise 2010-2011 de la gynécologie et obstétrique). De plus, sans médecins cadres compétents et avec un volume d'activité insuffisant, l'Institut Suisse de Formation Médicale (ISFM) de la FMH ne reconnaîtra pas l'hôpital sollicitant une accréditation comme lieu de formation post-graduée pour les jeunes médecins. Les critères pour rester hôpital public de référence disparaissent.

En regroupant l'activité obstétricale du site de Riaz et du site de Fribourg, le volume d'activité attendu oscillera entre 1250 et 1400 accouchements ce qui fait une moyenne de 3 à 4 accouchements par jour. L'obstétrique est une spécialité médicale qui exige parfois des délais très brefs, notamment en cas de césariennes en urgence. Entre la prise de décision et « le coup de bistouri », le délai est vital pour la mère et le nourrisson. Un minimum de 1000 accouchements par an est demandé par la Société Suisse de Gynécologie-obstétrique et la Société Suisse d'Anesthésie et de Réanimation (SSAR) pour justifier la présence d'un médecin anesthésiste dédié à la gynécologie et obstétrique et d'une infirmière anesthésiste 24h/24. Avec un volume de 1250 à 1400 accouchements par an sur un même lieu, l'HFR est à même de répondre aux normes et de garantir la meilleure qualité et sécurité aux patientes.

L'HFR Fribourg – Hôpital cantonal est seul à même d'être l'hôpital aigu de référence, du fait de l'existence de soins intensifs adultes et de néonatalogie ; il est proposé de concentrer

l'activité d'obstétrique stationnaire sur ce site. La collaboration entre les obstétriciens et les pédiatres étant quotidienne, la création d'un centre mère-enfant est aussi rendue possible.

Le regroupement des compétences médico-soignantes sur un seul site doit également permettre une meilleure offre tant sur le plan de l'infrastructure que sur le plan des prestations médicales.

Au premier trimestre 2014, l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal aura achevé les travaux de rénovation complets de l'étage de maternité-gynécologie avec un accueil optimisé (chambre à 1 et 2 lits) et des locaux entièrement neufs permettant d'accueillir un nombre plus important de patientes. Les 4 salles d'accouchements seront aussi entièrement rénovées permettant de personnaliser les accouchements (approche physiologique respectée tout en garantissant les critères de sécurité en cas de complications). L'offre en prestations médicales sera élargie et renforcée (diagnostic prénatal, pathologies oncologiques, ...). Il est envisagé la création d'un véritable centre mère-enfant assurant un accueil et une écoute à toutes les femmes et aux futures mamans, offrant des prestations de soins de qualité aux nouveau-nés et aux futures mamans, aux enfants et à leurs mères.

En regroupant les accouchements sur le site de Fribourg cela signifie la fermeture de la maternité de l'HFR Riaz. Toutefois, les consultations pré- et post-accouchement sont maintenues à l'HFR Riaz. La possibilité de l'ouverture d'une maison de naissance intra-muros à l'HFR-Riaz a été étudiée, mais n'a pas été retenue.

En 2011 sur 680 accouchements à Riaz, 487 accouchements, ont eu lieu par voie basse (1,31 accouchement par jour) dont environ la moitié, soit 249, sont 100% physiologiques (0,68 accouchement par jour). En 2012, sur 567 accouchements à Riaz, 453 accouchements ont eu lieu par voie basse, dont environ la moitié sont physiologiques.

Un accouchement physiologique signifie qu'il n'y a pas de nécessité d'intervention médicale de quelque nature que ce soit (provocation de l'accouchement ou antalgie de type péridurale).

Le maintien à tout prix des deux maternités (Riaz et Fribourg) met en péril le maintien et le développement global de l'ensemble de cette spécialité à l'HFR. Effectivement, le nombre d'accouchement à Riaz a baissé de plus de 16% entre 2011 et 2012 et les prévisions 2013 (données au 1^{er} trimestre 2013) montrent une nouvelle diminution de 16% à Riaz et de 4% à Fribourg. Pour l'ensemble de l'HFR, le nombre de naissances étant de 1359 en 2010, 1326 en 2011 et enfin 1220 en 2012, il apparaît dès lors nécessaire de mettre en œuvre une démarche de consolidation de ces deux pôles « fragiles » pour un seul pôle « fort ».

En maintenant une maison de naissance pour les cas identifiés a priori comme physiologiques sous la responsabilité de l'HFR, et en se référant au nombre de naissances en 2011 et 2012, l'équipe de sages-femmes sur le site de Riaz devrait être de 8 EPT, auxquels s'ajoutent 6 EPT pour le bon fonctionnement de la structure (aide-soignant/administratif/logistique etc...) soit une charge salariale considérable compte tenu du faible volume de naissances (0,6 par jour). Et auxquels s'ajoute la nécessité de la présence d'un jeune médecin sur place, susceptible de décider de l'orientation des parturientes en fonction de leur situation clinique. Le risque encouru est dès lors celui d'une perte de temps

précieuse au cas où la parturiente aurait à être transférée sur le site de l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal, après avoir été initialement admise à l'HFR Riaz.

L'expérience clinique nous apprend que même les accouchements qui se présentent a priori comme physiologiques peuvent rapidement développer une complication nécessitant une intervention chirurgicale de type césarienne. Pour mémoire, un tiers des bébés naissent aujourd'hui par césarienne en Suisse. Lors de la survenue d'une telle situation, les risques évitables doivent être minimisés.

La question d'une structure de type « maison de naissance » a été analysée, mais les conclusions amènent l'HFR à renoncer à gérer ce type de structure pour des raisons de qualité de soins et de sécurité par manque de proximité immédiate d'une structure opératoire et intensive en cas de complication. L'HFR Riaz ne permet pas d'offrir un tel dispositif. Néanmoins, la structure de l'HFR Fribourg permettra, suite aux rénovations du service, de prendre en charge des parturientes sur des modèles « physiologiques » avec une garantie de sécurité en cas de complications

6. TRANSFERT DES PATIENTS INSTABLES ENTRE LES SITES (EN ATTENDANT LA CREATION D'UN SMUR CANTONAL)

Les transferts de patients instables intersites HFR, principalement vers l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal et accessoirement vers les centres universitaires (Berne et Lausanne), nécessitent une approche performante en lien justement avec les besoins en santé urgents d'accéder à un plateau technique et à des compétences de très haut niveau. Au sein de l'HFR, 8 à 9% des transferts vers les soins intensifs du site de Fribourg ne se font pas dans des conditions optimales.

Nous proposons d'organiser ces transferts, dans l'attente d'un SMUR cantonal. Ils doivent être effectués par un véhicule de type ambulance, et accompagnés par au minimum un-e infirmier-ère anesthésiste (management des voies aériennes, narcose, surveillance, prise en charge et traitement d'éventuelles défaillances vitales, avec des prises en charge médicales avant le départ et dès l'arrivée, voire pendant le transport) voire d'un-e médecin anesthésiste ou urgentiste pour les situations les plus complexes.

Un tel dispositif peut initialement se mettre en œuvre avec environ 6 postes d'infirmier-ère-s anesthésistes permettant d'assurer 24h/24 cette mission. Des conventions avec une société d'ambulance sont à créer afin de bénéficier de tarifs préférentiels. Le dispositif doit être mis au bénéfice d'un financement étatique (PIG), car ce dispositif sécuritaire est nécessaire en l'absence d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) cantonale qui offrirait des compétences répondant aux besoins.

7. BILINGUISME

Depuis sa fondation, l'HFR accorde une grande importance au bilinguisme. Se considérant comme une institution bilingue dans un canton qui l'est également, il reçoit sur ses différents sites des patients germanophones, francophones et bilingues. L'HFR tient également compte de la problématique des langues dans sa communication avec les collaborateurs.

Dès le début, l'HFR a mis en place une série de mesures pour favoriser la compréhension à l'interne comme à l'externe, et pour améliorer les compétences linguistiques des collaborateurs:

- L'ensemble de la communication institutionnelle (interne / externe) est rédigé en français et en allemand.
- L'HFR propose des cours de langues aux collaborateurs. Depuis 2009, près de 400 collaborateurs, dont 80% de langue maternelle française, ont participé aux cours de langue.
- La question des langues joue également un rôle important à l'embauche du personnel, notamment sur les sites bilingues de l'HFR.
- Le transfert du service de médecine interne de l'HFR Meyriez-Murten à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal (avril 2013) fait office de projet pilote pour déterminer si ce modèle permettrait d'améliorer à l'avenir la prise en charge de la population germanophone à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal dans sa langue maternelle. Avec ce transfert, c'est la première fois qu'un service de médecine interne est exploité en langue allemande sur le site de l'HFR Fribourg - Hôpital cantonal. Les patients germanophones recourant aux prestations médicales seront hospitalisés dans ce service et pris en charge en allemand. A l'avenir, ce modèle pourrait être étendu compte tenu de la difficulté à recruter du personnel bilingue.

Les compétences linguistiques sont un facteur décisif en matière de prise en charge des patients. Conscient que les patients ont besoin d'être compris et de s'exprimer dans leur langue maternelle (français ou allemand) pour se sentir bien, l'HFR a lancé le projet "Bilinguisme" dans le but d'améliorer les compétences linguistiques des collaborateurs qui travaillent sur les sites bilingues. La situation actuelle est en cours d'analyse, et des mesures seront examinées puis mises en œuvre dans le cadre de ce projet. L'HFR Fribourg - Hôpital cantonal mérite une attention particulière: conformément à la stratégie, ce site jouera à l'avenir un rôle central à titre d'hôpital de soins aigus et de référence, avec une vaste palette de prestations. Dans cette optique, les patients qui seront hospitalisés sur ce site ou qui bénéficieront de prestations ambulatoires devront donc être pris en charge dans les deux langues officielles du canton, soit en français et en allemand. A ce propos, rappelons qu'à ce jour, beaucoup de collaborateurs de langue maternelle allemande, dont un grand nombre de médecins cadres, travaillent déjà à l'HFR Fribourg - Hôpital cantonal.

Malgré les mesures supplémentaires pour favoriser le bilinguisme et offrir aux patients une prise en charge dans leur langue maternelle, il ne sera pas possible de toujours s'adresser en français et en allemand à tous les patients en raison de la difficulté à recruter du personnel bilingue. La Suisse manque cruellement de personnel qualifié dans le domaine de la santé, notamment de personnel soignant et de médecins. Pour l'HFR aussi, embaucher de nouveaux collaborateurs devient toujours plus difficile. Dans certaines spécialités médicales, le marché est presque épuisé, en particulier en gynécologie et obstétrique, ainsi qu'en

radiologie. Dans une telle situation, il est encore plus ardu de recruter du personnel bilingue. C'est pour cette raison que les compétences professionnelles et sociales du personnel demeurent la première priorité de l'HFR. Par ailleurs, les patients comptent en premier lieu sur la rapidité, la sécurité et la qualité des prestations médicales.

L'HFR a donc déjà déployé des efforts importants dans la promotion du bilinguisme et entend bien intensifier cette démarche dans le futur.

8. MISSIONS DES SITES

La mission générale de l'HFR est de soigner, de former et d'effectuer de la recherche clinique. L'HFR accueille tout patient, et ce 24h/24 et 365j/365. Fort de cette réalité, les missions actuelles des sites ont été analysées, puis évaluées à 10 ans. En effet, 10 ans est le temps estimé pour que la nouvelle structure de soins aigus unique se construise. Durant la période transitoire, l'HFR identifiera et appliquera des mesures d'optimisation de l'efficience afin de réduire son déficit budgétaire.

Cinq sites de l'HFR (la situation de l'HFR Châtel étant entérinée) se trouvent dans un rayon d'un maximum de 40 km les uns des autres; en 2013 deux des sites avec une activité programmée de médecine aiguë se trouvent le long du même axe autoroutier. La communication par les transports publics entre différents lieux du canton et les différents sites est un volet important à considérer.

Lors de l'ouverture du site unique de soins aigus, les missions de l'ensemble des sites sont modifiées comme suit :

8.1. HFR Châtel-St-Denis

L'unité de soins palliatifs située actuellement à l'HFR Châtel-St-Denis sera transférée dans un centre palliatif dédié d'ici fin 2013. Ce centre proposera un environnement adéquat pour ce profil de patients, et est situé à proximité immédiate d'un centre aigu. En raison de l'interaction entre la médecine aiguë et la médecine palliative pour accompagner au mieux les patients, la proximité avec le centre de référence disposant du centre anti-cancéreux est nécessaire. La Villa-St-François, avec laquelle une convention a été signée en avril 2013, répond à ces exigences.

Des consultations pré- ou postopératoires HFR (orthopédie, chirurgie) seront maintenues dans le cadre du Centre de santé mis en place par le Réseau santé de la Veveyse.

8.2. HFR Billens

L'HFR Billens peut à terme être un centre entièrement dédié à la réadaptation ostéo-articulaire et pulmonaire (hospitalier et ambulatoire) prenant en compte le caractère évolutif de la médecine de réadaptation. La réadaptation cardio-vasculaire aura été déplacée vers l'hôpital de référence, soit l'HFR Fribourg -Hôpital cantonal, afin de garantir la proximité des spécialités (cardiologues, interventionnistes, etc.). En effet, depuis l'introduction du nouveau financement, l'HFR est contraint d'accepter des patients fribourgeois opérés à cœur ouvert

au CHUV ou à l'Inselspital. Ces patients, ainsi que ceux atteints d'insuffisances cardiaques ou victimes d'infarctus sont fragiles et nécessitent des transferts fréquents vers le site disposant de spécialistes et du plateau technique requis pour la prise en charge de ces situations instables. Plusieurs fois déjà, la distance entre l'HFR Billens et l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal a mis en danger la sécurité des patients lors d'une complication inattendue.

Une permanence ne peut pas être envisagée sur le site de l'HFR Billens en raison d'une masse critique de patients nettement insuffisante. Nous ne pouvons qu'inviter les autorités du district à développer un centre de santé, susceptible d'attirer de jeunes médecins désireux de s'installer en « groupe ». Dans ce contexte, l'HFR devra toutefois réfléchir à l'ouverture de consultations pré- ou postopératoires (orthopédie, chirurgie) sur ce site, dans la logique de porte d'entrée de l'HFR.

8.3. HFR Fribourg – Hôpital cantonal

L'HFR Fribourg – Hôpital cantonal est le site de référence du réseau. Il assure une mission de soins, de formation et de recherche. Il prend en charge l'ensemble des urgences, y compris les urgences vitales, dispose d'un bloc opératoire complété d'une salle de réanimation 24h/24 et de soins intensifs/continus, dispose d'un plateau médicotechnique complet. Il prend en charge toutes les pathologies nécessitant une hospitalisation et offre l'ensemble des soins ambulatoires. Il est le pôle de compétence pour les cas complexes et assume également une prise en charge de médecine aiguë de proximité.

8.4. HFR Meyriez-Murten

L'HFR Meyriez-Murten rouvrira ses portes en 2016. Ses missions seront : la réadaptation gériatrique, la réadaptation neurologique, une petite capacité de médecine aiguë de proximité, une permanence permettant de prendre en charge certaines urgences non vitales (les urgences vitales sont stabilisées puis transférées vers le centre de référence par un moyen de transport médical ou paramédical sécurisé), des consultations ambulatoires pour des patients avec une maladie chronique, répondant ainsi au manque de médecins traitants de la région. Meyriez-Murten accueillera également des patients palliatifs.

8.5. HFR Riaz

L'HFR Riaz se concentre sur la médecine aiguë de proximité et dispose de lits stationnaires à cet effet. Porte d'entrée de l'HFR, le site assure les urgences 24h/24 (sauf les urgences vitales qui, comme aujourd'hui, sont stabilisées puis transférées vers le centre de référence par un moyen de transport médical ou paramédical sécurisé). Le site de Riaz se développe en pôle de compétences de chirurgie ambulatoire (les blocs sont fermés les nuits et week-ends). Des soins techniques invasifs sont effectués en ambulatoire. Le site de Riaz dispose d'unités de soins stationnaires pour la prise en charge d'hospitalisations de médecine générale de courte durée, ainsi que pour les hospitalisations en gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique. Une permanence est ouverte en collaboration avec les médecins installés. Une policlinique prend en charge les consultations ambulatoires.

8.6. HFR Tafers

L'HFR Tafers se concentre sur la médecine aiguë de proximité, et dispose de lits stationnaires à cet effet. Porte d'entrée de l'HFR, le site assure les urgences 24h/24 (sauf les urgences vitales, qui, comme aujourd'hui, sont stabilisées puis transférées vers le centre de référence par un moyen de transport médical ou paramédical sécurisé). Il prend en charge des hospitalisations en médecine générale et gériatrique. Les interventions chirurgicales restent assurées durant la période transitoire. Une permanence est ouverte en collaboration avec les médecins installés.

8.7. Infrastructures medico-techniques (2022)

Equipements	Billens	Châtel	Fribourg	Meyriez	Riaz	Tafers
Bloc opératoire		-	X (12-14 salles)		X (2 salles ambulatoires)	
Plateau technique coûteux (laboratoire, pharmacie, examens fonctionnels, ...)		-	X			
Plateau technique allégé (petit laboratoire et radiologie conventionnelle, y c. CT-scanner)				X	X	X
Soins intensifs		-	X			
Soins continus adultes et enfants		-	X			
Salles d'accouchements		-	X (4 à 6 salles)			
Radiologie conventionnelle		-	X	X	X	X
Radiologie CT-scanner		-	X	X	X	X
Radiologie IRM		-	X		X	
Radio-oncologie		-	X			
Médecine nucléaire			X			

9. DES STRUCTURES ARCHITECTURALES REpondant AUX MISSIONS ET AUX EVOLUTIONS D'UN SITE DE REFERENCE POUR LES SOINS AIGUS

L'organisation du flux des patients en fonction des activités médicales a profondément modifié l'architecture des hôpitaux. Le concept architectural du site de Bertigny, HFR-Fribourg – Hôpital cantonal, date des années 60, et ne répond plus à l'organisation ergonomique de la gestion des flux attendus d'un hôpital aigu du XXIème siècle. Jamais les procédures et les processus ainsi que les moyens technologiques de diagnostic ou de traitement n'auront évolué aussi vite que ces 40 dernières années, ce qui correspond à l'âge du bâtiment actuel de Bertigny. Au-delà de la problématique de l'ergonomie des flux, il faut relever la vétusté d'un bâtiment et les besoins d'assainissement urgents requis qui en découlent, notamment sur le plan des techniques de chauffage, d'aération, d'isolation, de distribution des gaz médicaux. Certains travaux motivés par des exigences fédérales exigent par ailleurs une analyse rapide (ex. : interdiction du liquide réfrigérant R22 dès 2014, utilisé dans l'ensemble du bâtiment).

Le rapport sur les options architecturales, rédigé par la société Emch+Berger AG, a été discuté en début d'année 2013 au sein du Conseil de direction. Celui-ci propose deux approches : la construction de nouveaux bâtiments autour du site actuel en préservant le plus longtemps possible le bâtiment central et en rénovant progressivement ce qui doit l'être (variante Bertigny) versus la construction d'un tout nouveau site sur une parcelle hors de Bertigny (variante Pré Vert).

9.1. Considérations générales

Pour mémoire le plan directeur des investissements élaboré en 2010 avec la même société a étudié les besoins d'investissements sur tous les sites de l'HFR, conformément aux conditions formulées dans le cadre de la planification hospitalière cantonale de 2008. En résumé, le plan directeur concluait par la nécessité de prévoir des investissements de CHF 329 millions dans les 10 prochaines années pour réaliser les objectifs de la planification hospitalière.

L'étude architecturale discutée ici est basée sur les conclusions du rapport StrateGO, ainsi que sur le plan directeur, pour définir les volumes nécessaires à l'accomplissement de la mission du site unique concentrant l'ensemble des soins aigus. De façon schématique, la future structure propose 400 à 450 lits stationnaires en unités de soins, et un volume ambulatoire répondant aux besoins projetés dans le projet médical.

9.1.1. Principes de planification

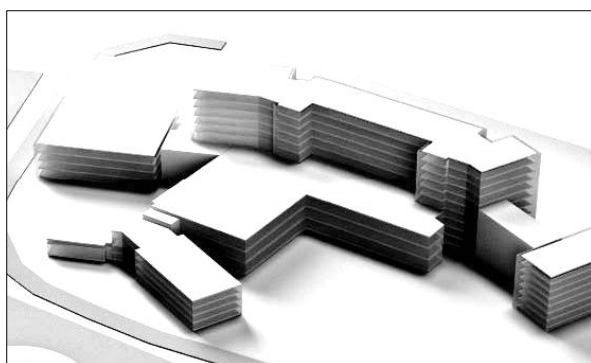
Les principes de planification suivants ont été retenus :

- Souplesse : Le développement de la médecine est beaucoup plus rapide que la durée de vie des bâtiments. Cela nécessite une adaptation permanente des surfaces à usage médical.

Domaine	Éléments	Durée de vie
Structure Primaire	Gros œuvre, statique, fondations, plafonds, enveloppe des bâtiments	50 – 100 ans
Structure Secondaire	Installations de technique du bâtiment, CVCS, ventilation, sanitaire, gaz, électricité, sols	< 20 ans
Structure Tertiaire	Technique médicale, informatique, revêtements, mobilier, équipements, revêtements de sol	< 10 ans

Ces durées de vie différentes exigent une structure de bâtiment absolument souple. Puisque la modification d'un hôpital en exploitation comporte de nombreux risques et problèmes (bruit, hygiène, bâtiments provisoires...), les parties du bâtiment doivent être indépendantes les unes des autres.

- Pas de développement en hauteur : Aujourd'hui, très peu de nouveaux hôpitaux sont conçus comme des gratte-ciel. En plus de la superposition des affectations, les raccordements verticaux représentent des goulets d'étranglement.
- Séparation des processus : L'infrastructure doit prendre en compte la séparation des processus de patients, de personnel et de logistique.
- Formation de centres à l'intérieur du complexe : La planification des affectations doit tenir compte des synergies possibles - création des centres (p.ex. mère-enfants).



A gauche la structure du bâtiment à Fribourg avec structure évolutive dans la hauteur et des affectations différentes superposées. A droite, un exemple d'un hôpital modulaire qui se développe en largeur et donc avec un plus haut niveau de souplesse.

9.1.2. Technique du bâtiment de Bertigny

La technique du bâtiment actuel date pour sa majeure partie de la construction du bâtiment. Les technologies utilisées sont donc vieilles de 30 ou 40 ans. Grâce à un très bon entretien avec des solutions parfois très créatives lors de pannes sectorielles d'anciens agrégats, l'exploitation a pu être maintenue par le personnel de l'hôpital de Fribourg. Ces prochaines années, il y a lieu de s'attendre à ce que les mesures de maintien de la valeur soient de plus en plus difficiles étant donné que les pannes de composants ne pouvant plus être réparés augmenteront.

Dans ces cas, il s'agira le plus souvent d'intégrer des composants nouveaux dans une topologie de système obsolète. Un assainissement total de la technique du bâtiment datant de ces années de construction est toutefois particulièrement coûteux et entraîne des contraintes de fonctionnement. Une mise à niveau technique, qui ne résoudra toutefois pas tous les autres problèmes liés à l'exploitation du bâtiment, a été chiffrée à quelques CHF 50 millions.

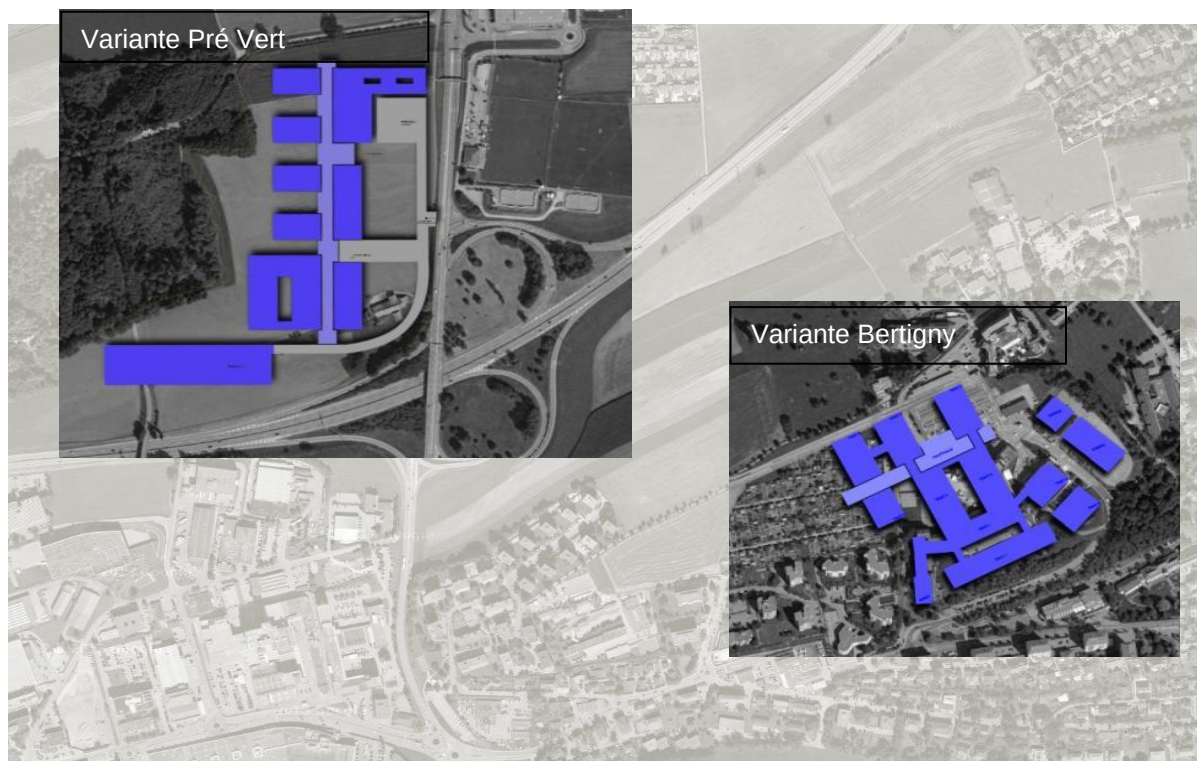
9.1.3. Coûts d'exploitation Bertigny

Les coûts d'énergie sont actuellement de CHF 4 millions par an (électricité, gaz de cuisson, gaz de chauffage, combustibles liquides, eau, taxes d'épuration des eaux, chaleur à distance).

Les coûts énergétiques liés au chauffage de l'hôpital sont actuellement très élevés. La rénovation complète de la technique du bâtiment et de l'enveloppe du bâtiment réduiront massivement les coûts. On peut s'attendre à des économies annuelles d'énergie de l'ordre de CHF 1,5 à 2 millions.

9.2. Propositions de Variantes

Les propositions présentées ci-dessous sont des pré-projets ; dès lors, il s'agit de retenir que ce qui est présenté dans ce chapitre est susceptible de modifications. Ceci est particulièrement vrai pour la variante Bertigny, pour laquelle l'exploitation de la parcelle des jardins familiaux n'a pas encore été maximisée à ce stade.



9.2.1. Variante Bertigny

L'approche voulue par la variante de l'extension du site de Bertigny est de tirer au maximum parti de l'infrastructure existante et le plus longtemps possible afin de réduire les coûts. Il s'agit d'une transformation progressive du site en une structure hospitalière moderne.

Pour l'extension, la zone des jardins familiaux (env. 30'000 m² – selon la Convention réglant le transfert des Services hospitaliers de la Bourgeoisie et de la Commune de Fribourg du Charitable Grand Hôpital des Bourgeois au nouvel Hôpital cantonal' du 9 avril 1972, Art. 2 al. 3) est réservée au profit du développement de l'hôpital.

La conséquence de cette approche est que l'exploitation de l'hôpital se déroulera durant 10-12 ans aux côtés d'un chantier. Il ne sera pas possible de renoncer complètement à l'installation de bâtiments et d'installations techniques provisoires. Pour cela, les premières étapes peuvent par contre être réalisées rapidement et les problèmes actuels en suspens résolus (urgences, centrales techniques, parking, voie d'accès).

Le plan ci-dessous est une illustration d'un concept possible. Il est toutefois envisageable de pénétrer d'emblée plus profondément dans la zone des jardins familiaux. Ce plan montre une travée centrale entourée d'unités de soins modulaires. La hauteur des bâtiments ne dépasse pas 4-5 étages.

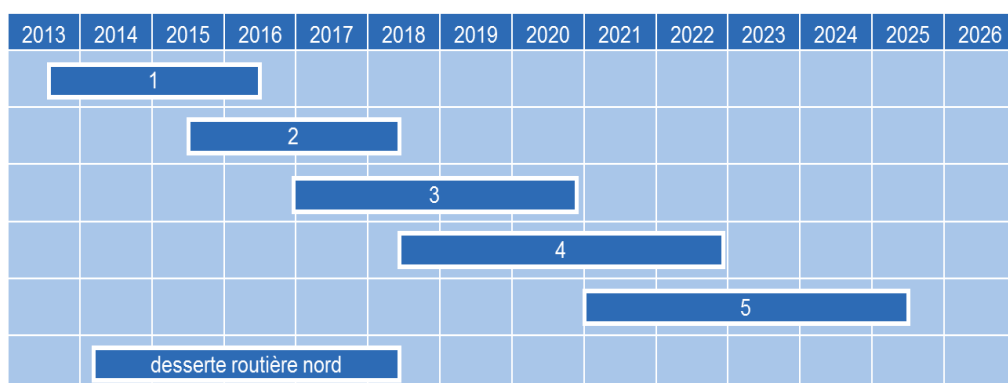


Plan du site de Bertigny après transformation

Le raccordement actuel est insuffisant. Une exploitation hospitalière encore plus importante ne pourrait plus se satisfaire du seul raccordement par le sud. Le chantier lié à l'extension de l'hôpital générera un trafic supplémentaire important. Par conséquent, l'un des premiers projets devra être de connecter le site à la sortie Fribourg Sud (voir projet 'Jonction autoroutière Fribourg-sud/centre' de la DAEC), voire de créer une route provisoire dédiée au

chantier. Des contacts sont entrepris en ce sens, mais il est à signaler ici que ce volet revêt une importance primordiale. Tout doit être mis en œuvre pour la création rapide d'une route d'accès, même provisoire.

Le projet est réalisé en plusieurs étapes facultatives. Dans l'étude de faisabilité, nous décrivons 5 étapes principales. Elles durent entre 3 et 5 ans et comprennent des investissements de CHF 32 à 168 millions. Chaque étape implique une période de planification de 1-2ans et pour la réalisation puis la mise en service de 2-3 ans. Selon le concept, certaines étapes peuvent se chevaucher.



Possibilité de réalisation en sept étapes

Les coûts d'investissement ont été calculés en fonction des caractéristiques de la surface de plancher brute nouvellement créé ou reconstruite. Les surfaces ont été calculées différemment en raison de leur densité d'installation et des normes de conception de l'installation. Sur le site de Bertigny, les bâtiments isolés existants sont pris en considération. Une grande partie de l'infrastructure sera toutefois reconstruite. La précision des coûts est approximative de +/- 30%. La technologie médicale est incluse à hauteur de 15% sur toutes les surfaces de l'hôpital. Le coût de la déconstruction des immeubles existants est également inclus, ainsi que les équipements temporaires et provisoires pour la technique du bâtiment.

Coûts d'investissement +/- 30% (CHF)

Etape 1	74'000'000	Nouveau bâtiment A et B, urgences, laboratoires, garage, microlaboratoire
Etape 2	32'000'000	Nouvelle centrale énergétique
Etape 3	168'000'000	Nouvelles stations de lits, distribution, cuisine, hall
Etape 4	162'000'000	Transformation / construction Ops, ambulatoire, radiologie
Etape 5	88'000'000	Nouvelle construction SICO, réveil, ambulatoires, radiologie, orthopédie

Total **524'000'000**

Coûts non compris : Nouvelle route de raccord par le nord

9.2.2. Variante « Pré Vert »

En tenant compte du fait qu'une extension du site Bertigny se rapproche largement d'une construction nouvelle, il est judicieux d'évaluer la possibilité d'une construction effectivement nouvelle sur un terrain non encore bâti. Un site au nord-ouest de la sortie autoroutière Fribourg Sud a été adopté pour l'évaluation. Le terrain dispose d'une surface suffisante et remplit, grâce à la proximité de l'autoroute, un des critères déterminants pour le choix du site.

Aucune évaluation détaillée de site n'a été faite jusqu'à maintenant, un intérêt de principe de la commune propriétaire des terrains a toutefois d'ores et déjà été transmis à l'HFR.



Plan de situation final du site de Pré Vert

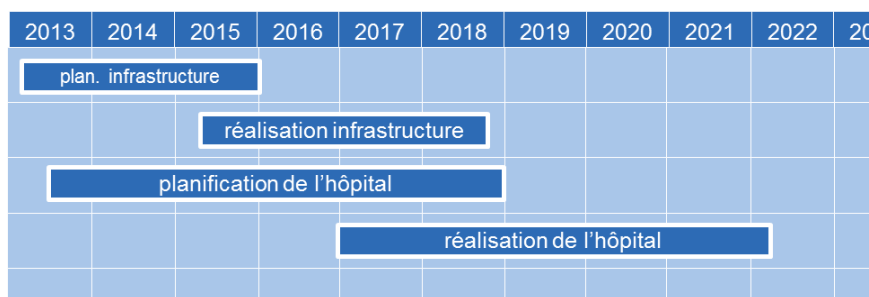
Le terrain est situé à proximité directe de la sortie autoroutière. L'accès à la sortie autoroutière devrait encore être réalisé. Il n'existe aucun raccordement aux transports publics.

Le terrain n'est pas aménagé et pas raccordé aux infrastructures d'aménagement public. Toutes les conduites (canalisations, eau, chauffage à distance, électricité, gaz, ...) devraient être construites. Cela implique des coûts importants, mais aussi une durée de projet importante. La question se pose également de savoir si la distribution proche du site présente une capacité suffisante ou si elle devrait être augmentée.

Aujourd'hui, le terrain est survolé par une ligne à haute tension qui devrait être déplacée.

Le terrain n'est pas situé dans une zone à construire et nécessiterait le dépôt d'une procédure d'autorisation.

Phases de planification



Pour profiter pleinement de l'avantage de cette variante, le projet devrait être réalisé en une étape. Le projet peut être structuré en plusieurs champs de construction, mais une mise en service en étape est à notre avis à éviter.

On peut estimer que malgré les travaux de préparation pour le terrain, la durée totale des travaux sera plus courte. Dans le cas d'un chantier de cette taille, des parties de bâtiments seraient déjà en service, sans être toutefois déjà occupées par l'exploitation hospitalière.

Les coûts d'investissement ont été calculés en fonction des caractéristiques de la surface de plancher brute nouvellement créé ou reconstruite. Les surfaces ont été calculées différemment en raison de leur densité d'installation et des normes de conception de l'installation. La précision des estimations est de +/- 30%. La technologie médicale est incluse à hauteur de 15% sur toutes les surfaces de l'hôpital.

Coûts d'investissement +/- 30% (CHF)

Bâtiment	480'000'000	Nouvelle construction hôpital
Parking	23'000'000	Nouvelle construction parking
Technique médicale	72'000'000	Technique médicale hôpital complet (15%)
Acquisition du terrain	7'200'000	120'000 m ² à CHF 60.- (provisoire)
Préparation du terrain	10'000'000	
Investissement Bertigny	50'000'000	remplacement technique du bâtiment, agrandissement urgences, ...) pour tenir 10 ans
Total	642'200'000	

9.3. Conclusions sur les variantes

En conclusion, nous considérons le remplacement progressif des infrastructures tel qu'il est prévu dans la variante extension Bertigny comme préférable.

Cette variante présente des risques et des coûts moins importants (20-25% de moins). Même si les nuisances générées par des travaux menés sur le site ne doivent pas être sous-estimées, cet inconvénient est toutefois largement compensé par le fait que cette variante permet de corriger immédiatement des situations précaires, d'autant plus que les améliorations apportées influenceront rapidement le bilan général de l'hôpital.

La variante de l'extension Bertigny comporte en outre l'avantage de donner du sens aux investissements récents qui ont été consentis, ainsi qu'aux investissements urgents auxquels l'HFR devra procéder : agrandissement des urgences, création d'un parking sous-

terrain, modification des installations techniques, sans oublier la création d'une voie d'accès par le nord.

9.4. Constructions HFR Riaz

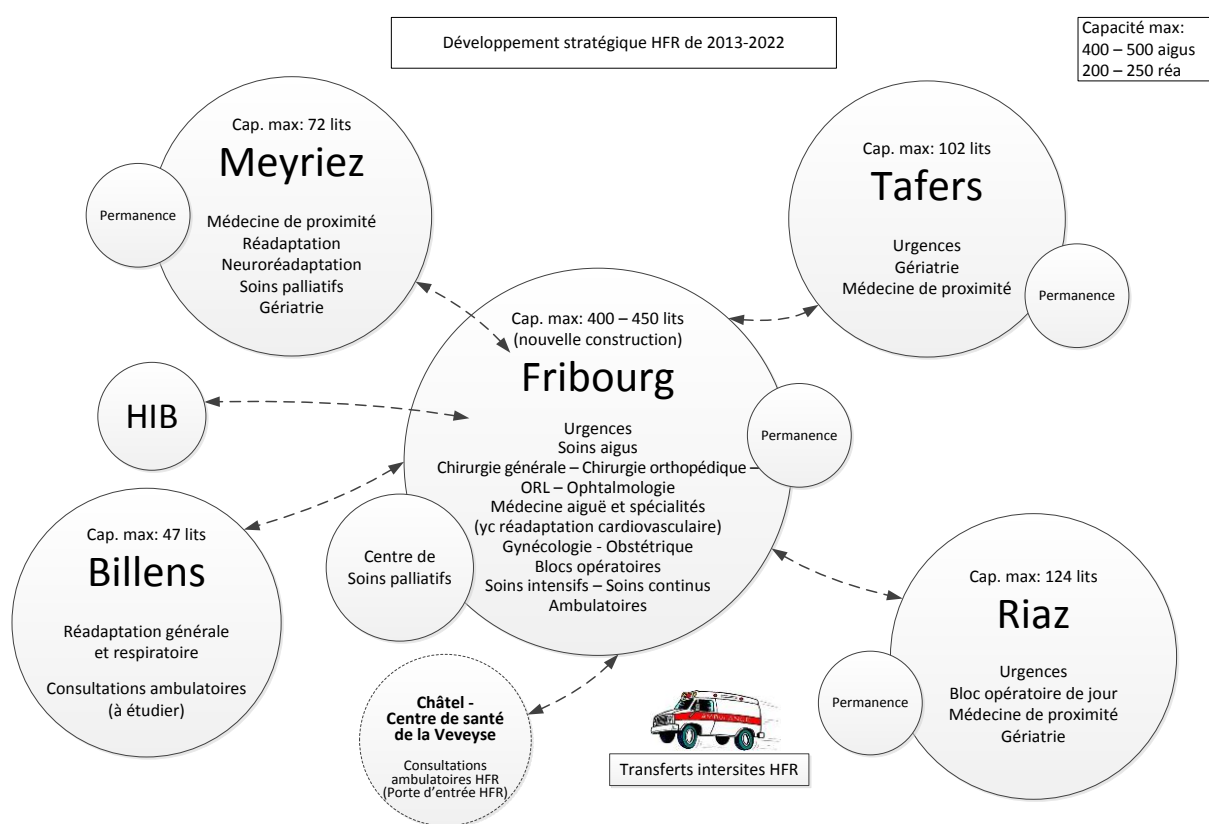
Notre proposition induit, potentiellement, des travaux supplémentaires sur le site de Riaz. Ceux-ci sont liés aux salles d'opération nécessaires pour assurer une activité chirurgicale ambulatoire (les salles d'opération actuelles sont en bout de course), ainsi qu'aux autres agencements qui seraient requis. Les chiffres ci-dessous (CHF) sont ainsi mentionnés pour la complétude du dossier.

Hôtellerie – Agrandissement Cafétéria	250'000
Bureaux supplémentaires	1'300'000
2 salles d'opération	3'000'000
Autres agencements	2'000'000
Total	6'550'000

10. PREAVIS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HFR

Le Conseil d'Administration privilégie la variante 2 du rapport StrateGO, dans une forme légèrement modifiée, soit :

- un hôpital de soins aigus de référence sur le site de Fribourg – Hôpital cantonal ;
- deux hôpitaux de médecine aiguë de proximité sur les sites de Riaz et Tafers ;
- deux hôpitaux de réadaptation/réhabilitation sur les sites de Meyriez-Murten et de Billens.



10.1. L'ACTIVITE CHIRURGICALE (BLOCS OPERATOIRES, ENDOSCOPIE ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE)

10.1.1. A l'échéance 2022

- Site de Fribourg – Hôpital cantonal :
 - Concentration des activités chirurgicales et soins interventionnels aigus (stationnaires principalement et ambulatoires) sur un site unique.
 - Le plateau technique répond aux exigences d'un bloc de haute technicité (soins intensifs, soins continus, imagerie médicale, laboratoire, pharmacie, examens complémentaires, ...).
- Site de Riaz :
 - Maintien d'activités chirurgicales ambulatoires programmées.
 - Maintien de salles de traitement (traitements non chirurgicaux, oncologie, pneumologie, ...).
- Site de Tafers :
 - Suppression de l'activité opératoire.
 - Maintien de salles de traitement (traitements non chirurgicaux, oncologie, pneumologie, ...).

10.1.2. Période transitoire 2013-2022

- Exploitation de l'ensemble des blocs opératoires de l'HFR (sites de Fribourg, Riaz, Tafers) en maximisant leur efficience.
- Rénovation de 2 salles opératoires sur le site de Riaz.
- Maintien de salles de traitement sur les sites de Riaz et de Tafers (traitements non chirurgicaux, oncologie, pneumologie, ...).

10.2. LES SOINS AIGUS DE MEDECINE ET DE GERIATRIE

10.2.1. A l'échéance 2022

- Le site de Fribourg offre des soins aigus de médecine (stationnaire et ambulatoire). Il offre également des soins de médecine aiguë de proximité.
- Le site Tafers offre des soins de médecine aiguë de proximité (stationnaire et ambulatoire) et de gériatrie aiguë.
- Le site de Meyriez offre des soins de médecine aiguë de proximité (stationnaire et ambulatoire) et de gériatrie aiguë.
- Le site de Riaz offre des soins de médecine aiguë de proximité (stationnaire et ambulatoire) et de gériatrie aiguë.

10.2.2. Période transitoire 2013-2022

- Modification progressive des missions et structures liées aux besoins.

10.3. LES SOINS DE READAPTATION

10.3.1. A l'échéance 2022

- Augmentation des capacités hospitalières en réadaptation générale sur le site de Meyriez-Murten et sur celui de Riaz.
- Seule la réadaptation cardio-vasculaire est située sur le site de Fribourg.

10.3.2. Période transitoire 2013-2022

- Augmentation progressive des capacités hospitalières en réadaptation sur le site de Meyriez-Murten (à partir de 2016) et sur le site de Riaz.
- Une réflexion sur la mission de réadaptation de Billens (réadaptation générale et réadaptation respiratoire) est lancée.

10.4. SOINS PALLIATIFS

- Le site de Châtel-St-Denis est fermé fin 2013. L'unité de soins palliatifs est transférée à proximité d'un site de soins aigus (Villa Saint François).
- Le site de Meyriez-Murten accueille des patients palliatifs dès 2016.

10.5. LA GESTION DES URGENCES, LES PERMANENCES ET LES POLICLINIQUES

10.5.1. A l'échéance 2022

- Les sites de Fribourg, Riaz, Tavers ont des services d'urgence 24h/24.
- Le site de Fribourg accueille toutes les urgences.
- Le site de Tavers accueille les urgences à l'exception des urgences vitales (qui sont stabilisées puis transférées vers le centre de référence par un moyen de transport médical ou paramédical sécurisé).
- Le site de Riaz accueille les urgences à l'exception des urgences vitales (qui sont stabilisées puis transférées vers le centre de référence par un moyen de transport médical ou paramédical sécurisé).
- Des permanences sont créées sur les sites de Fribourg, de Riaz et de Tavers.
- Le site de Meyriez-Murten maintient sa permanence.
- Des polycliniques existent sur les sites de Fribourg et de Riaz.

- Des consultations pré- ou postopératoires (orthopédie, chirurgie) sont maintenues à Châtel-St-Denis dans le cadre du Centre de santé mis en place par le Réseau santé de la Veveyse.
- Une réflexion doit être menée sur l'ouverture de consultations pré- ou postopératoires (orthopédie, chirurgie) sur le site de Billens.

10.5.2. Période transitoire 2013-2022

- Mise en œuvre progressive des permanences sur les sites de Riaz et de Tafers.
- En cas de choix de la variante architecturale Bertigny, le bâtiment des urgences est le premier à être agrandi.

10.6. LA GYNECOLOGIE ET L'OBSTETRIQUE

- Dès début 2014, les accouchements sont pris en charge sur le site de Fribourg.
- L'HFR ne met pas en place de maison de naissance, mais ne s'oppose pas à une structure privée.
- Des consultations ambulatoires de gynécologie et d'obstétrique et interventions ambulatoires de gynécologie sont maintenues sur le site de Riaz.
- Des consultations ambulatoires de gynécologie sont maintenues sur le site de Tafers.

10.7. LE TRANSFERT DE PATIENTS INSTABLES ENTRE LES SITES

Dans l'attente de la mise en place d'un SMUR cantonal, l'HFR met en place, dès le 1^{er} janvier 2014, un dispositif de transferts intersites. Un-e infirmier-ère anesthésiste, voire un médecin anesthésiste ou urgentiste, accompagne les patient-e-s dans des véhicules de type ambulance.

10.8. TABLEAU DE SYNTHÈSE

Synthèse des missions des sites à l'horizon 2022	Billens	Châtel	Fribourg	Meyriez	Riaz	Tafers
Blocs opératoires			X		X (ambulatoire)	
Soins intensifs			X			
Soins continus adultes et enfants			X			
Urgences (1 à 4) ³			X			
Urgences (3 à 4) ⁴				X	X	X
Permanence			X	X	X	X
Policliniques			X		X	
Médecine aiguë			X			
Médecine aiguë de proximité et gériatrie aiguë				X	X	X
Orthopédie			X		Ambulatoire et consultations	Consultations
Chirurgie			X		Ambulatoire et consultations	Consultations
Obstétrique			X			
Gynécologie			X		Consultations	Consultations
Pédiatrie			X	Consultations	Consultations	
Réadaptation générale	X			X	X	
Réadaptation cardio vasculaire			X			
Soins palliatifs			X	X		
Neuro réadaptation				X		

Durant la période transitoire 2013 – 2022, les modifications des missions se feront de façon progressive et en lien avec les besoins et possibilités d'investissement (rénovation des structures) ; elles tiendront compte des contraintes de recrutement et de couverture médicale afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Le site de Châtel n'existe plus en tant que site HFR. Par contre, des consultations HFR (orthopédie, chirurgie) y sont maintenues dans le cadre du Centre de santé exploité par le Réseau santé de la Veveyse.

³ Cf. ad 2.2.1.

⁴ Cf. ad 2.2.1. Les urgences vitales sont stabilisées puis transférées vers le centre de référence par un moyen de transport médical ou paramédical sécurisé.

10.9. OPTION ARCHITECTURALE POUR LA CONCENTRATION DES SOINS AIGUS

10.9.1. A l'échéance 2022

- Rénovation complète du site de Bertigny par construction modulaire utilisant la parcelle dite "des jardins familiaux" (Les Esserts).

10.9.2. Période transitoire 2013-2022

- Mise en œuvre progressive des travaux (voie d'accès, parking souterrain, agrandissement des urgences dès 2014, etc.).

11. COUT DES DIFFERENTS SCENARIOS DEVELOPPES

StratéGO : considérations financières

(situation l'année 10)

			Variante proposée			
			Statu quo	Mandat	Scénario 2	Scénario 3
			Situation HFR 2013	1 seul site de soins aigus, 4 sites de réadaptation	1 site stationnaire soins aigus, 1 site ambulatoire soins aigus et stationnaire de réadaptation, 2 sites de réadaptation	1 site stationnaire soins aigus, 1 site ambulatoire soins aigus, 2 sites de réadaptation
Exploitation hospitalière (BCG)						
Recettes			461.0	448.0	456.0	440.0
Coûts (yc coûts des investissements de remplacement)			-480.0	-406.0	-421.0	-404.0
Résultat d'exploitation (- = perte, + = revenu)			-19.0	42.0	35.0	36.0
Structures architecturales						
Investissements d'assainissement site Bertigny	[1]		-205.0			
Coûts d'investissements (variante Bertigny)				-524.0	-524.0	-524.0
Coûts d'investissements (variante Pré Vert), sans terrain				-592.2	-592.2	-592.2
Rénovations lourdes site Bertigny (variante Pré vert)				-50.0	-50.0	-50.0
Rénovations des sites hors Fribourg			-36.0	-30.0	-30.0	-30.0
Impact sur exploitation (variante Bertigny) :						
Amortissement annuel (taux moyen annuel de 3,5%)		3.50%	-8.4	-19.4	-19.4	-19.4
Intérêts de la dette (taux moyen annuel de 1.5%)		1.50%	-3.6	-8.3	-8.3	-8.3
Estimation de diminution des coûts de chauffage, énergie			-	2.0	2.0	2.0
Impact sur exploitation (variante Pré Vert) :						
Amortissement annuel (taux moyen annuel de 3,5%)	[2]	3.50%	-	-23.5	-23.5	-23.5
Intérêts de la dette (taux moyen annuel de 1.5%)		1.50%	-	-10.1	-10.1	-10.1
Estimation de diminution des coûts de chauffage, énergie			-	2.0	2.0	2.0
Résultat d'exploitation, Bertigny			-12.0	-25.7	-25.7	-25.7
Résultat d'exploitation, Pré Vert			-12.0	-31.6	-31.6	-31.6
Service de transports internes						
Recettes			1.0	1.0	1.0	1.0
Coûts			-2.0	-3.0	-3.0	-3.0
Résultat d'exploitation			-1.0	-2.0	-2.0	-2.0
Permanences médicales						
		Nbre				
Recettes (1,5 mio)		3	1.5	4.5	4.5	4.5
Coûts (3 mios)		3	-3.0	-9.0	-9.0	-9.0
Résultat d'exploitation			-1.5	-4.5	-4.5	-4.5
RECAPITULATIF GENERAL (exploitation) v Bertigny						
			-33.5	9.8	2.8	3.8
RECAPITULATIF GENERAL (exploitation) v Pré vert						
			-33.5	3.9	-3.1	-2.1
[1] : estimation selon Masterplan HFR 2010						
[2] : selon amortissements Rekole (75% bâtiment à 3% et 25% installations fixes à 5%).						

Les chiffres en résumé

Le rapport StrateGO fait clairement ressortir les différences d'exploitation entre les différentes variantes. Le résultat passe d'un déficit (lors de l'année 10) de 19 millions pour la variante « Statu quo » à un excédent de recettes de CHF 42 millions pour la variante « Mandat ».

A ces résultats, il y a lieu d'ajouter les coûts d'exploitation des investissements à consentir pour chacune des variantes. Ainsi les investissements immobiliers estimés pour la variante « Statu quo » s'élèvent à 230 millions et influencent de plus de 11 millions les coûts d'exploitation. Pour les autres variantes, les coûts d'investissements immobiliers s'élèvent entre 550 et 660 millions selon le site choisi. L'impact sur les comptes d'exploitation se situe alors entre 25 et 31 millions de francs annuellement (amortissements et intérêts calculés).

Dans toutes les variantes, les coûts d'exploitation de la mise en place d'un service de transport interne ainsi que de permanences ont été évalués.

En conclusion, les simulations de résultats d'exploitation, basées sur le rapport StrateGO et sur l'estimation des investissements à consentir, montrent des résultats d'exploitation pratiquement neutres pour les variantes « Mandat », « Scénario 2 » (variante retenue) et « Scénario 3 ». La variante « Statu quo » présente quant à elle une estimation de déficit de plus de 33 millions (et ce, sans tenir compte des risques tarifaires futurs).

A l'analyse, il est constaté que les impacts sur l'exploitation des investissements dans les variantes « mandat » et dans une moindre mesure « scénario 2 et 3 » plaident largement en faveur d'une concentration des activités.

La variante proposée s'approche du scénario 2, complété de la prise en charge en médecine aiguë de proximité sur les sites de Riaz et de Tafers. Ce complément pourrait induire une légère différence négative au niveau de la projection, sans toutefois la modifier radicalement.

Financement des investissements

Le financement des investissements n'est pas soumis à décision du Conseil d'Etat ou du Grand conseil. Le mécanisme de référendum financier ou d'initiative n'est pas applicable aux investissements à consentir par l'HFR.

Capital de dotation

Afin de permettre à l'HFR de mieux couvrir ses coûts, notamment en réduisant ses charges financières, la possibilité existe de le doter d'un capital de dotation (fonds propres ; cf. art. 62 LHFR sur la trésorerie initiale).

Ainsi l'Etat devrait renoncer à ses créances passées envers l'établissement (prêt) et devrait lui verser un capital de dotation (argent liquide) lui permettant de subvenir à sa trésorerie courante sans faire trop appel à des financements tiers. L'économie potentielle peut être chiffrée à 2 à 3 millions annuellement.

Le montant de ce capital de dotation ne devrait pas être inférieur à celui nécessaire à son fonds de roulement, de l'ordre de 60 à 70 millions.

	Au bilan au 1.1.2013	Désinvestissement / Cash annuel	Influence sur l'exploitation (2013)
Prêt de l'Etat remboursable [1]	59'460'000	2'050'000	900'000
Compte courant de l'Etat de Fribourg	60'870'000		1'500'000
Total		2'050'000	2'400'000
[1] Solde non amorti des 35 % convertis en prêt des immobilisations au 31.12.2011 (CHF 175'741'251)			

Conclusion

A l'appui de la présente note, et se basant sur les études détaillées qui ont été menées, le Conseil d'administration de l'HFR préconise l'acceptation des préavis formulés dans ce document.

Il soumet dès lors ses conclusions au Conseil d'Etat, afin que celui-ci puisse prendre sa détermination.

Abréviations

- BCG : Boston Consulting Group
- DMS : Durée moyenne de séjour
- EPT : Equivalent Plein Temps
- ISFM : Institut Suisse de Formation des Médecins
- FMH : Fédération Suisse des Médecins
- HFR : hôpital fribourgeois
- MHS : Médecine hautement spécialisée
- LHFR : Loi sur l'hôpital fribourgeois du 27 juin 2006
- SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

Annexes

1. Rapport StrateGO (version allemande Dezember 2012 / version française mars 2013)
2. Etude architecturale pour un site hospitalier de soins aigus (version du 27.02.2013)
3. Permanence médicale - concept pour une permanence exploitée par l'HFR (version du 10.12.2012)
4. Transferts intersites de patients instables (version du 14.02.2013)