Audit concernant l'Hôpital cantonal de Fribourg

Rapport du 4 juillet 2007

Selon mandat du Conseil d'administration du Réseau Hospitalier Fribourgeois du 2 février 2007

Mario Annoni, auteur
Prof. Peter Suter, expert médical
Mélanie Robyr Jaques, juriste
Astrid Abrecht, juriste

Table des matières

I. Introduction 1
1. Rappel du mandat donné par le Conseil d'administration du Réseau Hospitalier Fribourgeois. 1
2. Intervenants 1
3. Etat de fait et méthode de travail 1
4. Mise en oeuvre 2
5. Remarques 3
II. Critiques formulées par le Beobachter 4
1. Résumé des critiques 4
2. Chronologie et impact dans les médias. 5
3. Audition du journaliste. 5
4. Appréciation. 6
III. Organisation des Kantonsspitals 7
1. Situation im Jahr 2006 7
1.1. Stellung und Tätigkeiten 7
1.2. Organigramm 7
1.3. Spitalorgane 8
1.4. Interne Strukturen 8
2. Das Freiburger Spitalnetz 2007 8
2.1. Stellung und Tätigkeiten 9
2.2. Organe 9
IV. La Clinique de Chirurgie, la neurochirurgie et le bloc opératoire 10
1. La Clinique de chirurgie 10
1.1. Succession et changements dans l'activité chirurgicale dès 2002 10
1.2. Problèmes et conflits consécutifs au changement des indications opératoires 10
1.3. Management, conduite de l'équipe et relations professionnelles 11
2. La neurochirurgie 11
3. Le bloc opératoire 12
3.1. Organisation 12
3.2. Les interventions urgentes ; absence d'une salle d'opération réservée aux urgences (jusqu'au 1er mars 2007) 13
3.3. « Hiérarchisation » des urgences 13
3.4. La fonction du responsable du bloc opératoire 13
3.5. Les délais d'attente 14
4. Appréciation. 16
V. La pharmacie 18
1. Rapports d'inspection de la pharmacie de l'HCF 18
2. Incident du 27 janvier 2004 19
3. Etat des locaux 19
4. Appréciation. 20
VI. Direction de l'HCF 21
1. Remarque préliminaire. 21
2. Qualité des prestations 21
3. Perception et acceptation du management par les cliniques et les services. 21
4. La direction et le bloc opératoire 21
4.1. Création de la fonction de responsable du bloc opératoire 21
4.2. Rapport hiérarchique 22
5. Gestion des différences culturelles 22
6. Appréciation. 22
VII. Conclusion 25
1. Réponse à la 1ère question 25
1.1. Les délais d'attente 25
1.2. La prise en charge des patients 25

1.3. Le fonctionnement du bloc opératoire 25
1.4. La neurochirurgie 26
1.5. La pharmacie 26
1.6. Synthèse 26
2. Réponse à la 2ème question 27
2.1. Analyse 27
2.2. Synthèse 28

I. Introduction

1. Rappel du mandat donné par le Conseil d'administration du Réseau Hospitalier Fribourgeois.

Par lettre du 2 février 2007, le Conseil d'administration du Réseau Hospitalier Fribourgeois (ci-après « RHF ») a confié le mandat au soussigné de procéder à un audit de l'Hôpital cantonal de Fribourg (ci-après « HCF ») à la suite des reproches formulés dans deux articles parus les 22 décembre 2006 et 3 janvier 2007 dans l'hebdomadaire « der Beobachter » (ci-après « Beobachter »), articles dont le contenu a été repris par d'autres quotidiens ainsi que par les médias électroniques.

L'objectif du mandat consiste à analyser rapidement et complètement les reproches formulés par le Beobachter, à en faire rapport au Conseil d'administration du RHF afin que ce dernier puisse en informer l'opinion publique.

Le mandat du 2 février 2007 est annexé au présent rapport.

Un délai a été fixé à la fin juin 2007 pour la remise du rapport.

2. Intervenants

Pour l'exécution du mandat, et conformément à l'offre du mandant, il a été fait appel à la collaboration du Prof. Peter Suter, ancien doyen de la faculté de médecine de l'Université de Genève, ancien médecin chef du service des soins intensifs chirurgicaux des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève et actuellement président de l'Académie Suisse des Sciences médicales.

Pour les recherches juridiques et la rédaction des procès-verbaux, Mesdames Astrid Abrecht et Mélanie Robyr Jaques, juristes, ont participé à l'audit.

3. Etat de fait et méthode de travail

De l'état de fait tel qu'il est ressorti des articles de presse et des premiers documents examinés, il est apparu ce qui suit :

- Une situation conflictuelle a touché la clinique de chirurgie. Elle a concerné plusieurs éléments de cette dernière, soit la capacité opératoire et l'organisation du bloc opératoire, le climat de travail interne entre médecins chirurgiens, anesthésistes, responsable du bloc opératoire et partiellement le personnel soignant, et enfin les urgences chirurgicales où l'attribution des responsabilités ne paraissait pas toujours clairement effectuée.
- L'organisation du domaine de neurochirurgie ainsi que les type de prestations et services offerts a suscité des critiques ou des interrogations. L'absence d'un neurochirurgien appartenant au corps médical de l'HCF a fait planer le doute sur les missions et les capacités réelles de ce domaine.
- La pharmacie de l'HCF a fait l'objet d'une inspection régulière par des autorités indépendantes de l'hôpital. Dans les rapports y relatifs, il a été fait mention que cette dernière était sous dotée en personnel compétent. Son ancien responsable a fait un lien direct entre ce manque de personnel et un incident dans la préparation d'un médicament.

- Les relations entre la direction de l'HCF et l'ancien chirurgien chef ont été particulièrement tendues. A cela se sont ajoutées des déclarations faites anonymement aux médias de la part de quelques éléments du personnel soignant, plus vraisemblablement de la part de médecins, qui ont reproché au directeur de ne pas avoir considéré leurs doléances et de laisser perdurer des situations d'insuffisance en matière d'infrastructures, de personnel (y compris médical) et de gestion.

L'enquête a porté sur la vérification de ces critiques. Elle a eu pour objectif, en ce qui concerne la clinique de chirurgie et le bloc opératoire, de vérifier si l'organisation de ces derniers était optimale selon les standards en vigueur pour un hôpital tel que l'HCF et de rechercher et d'analyser les causes des situations conflictuelles régnant dans ces unités. Attendu que la prise en charge des patients, surtout en ce qui concerne les délais d'attente avant les opérations, a été particulièrement thématisée dans les journaux, il a été porté une attention accrue aux dossiers cités, notamment en vérifiant l'exactitude des critiques ou les raisons de la durée de ces délais.

En ce qui concerne le domaine de neurochirurgie, l'enquête a porté sur son organisation et sur la planification et le type des opérations pratiqué à l'HCF ainsi que sur la prise en charge des urgences, en particulier les traumatismes crânio-cérébraux (TTC), et les règles en vigueur pour le transfert des patients vers d'autres centres hospitaliers.

En ce qui concerne la pharmacie de l'HCF, l'enquête a porté sur son organisation et sur les mesures prises pour corriger les déficits mis en évidence par les rapports d'inspection. Attendu que la question de l'existence éventuelle d'un fond non officiel fait l'objet d'une enquête judiciaire, notre enquête ne concerne pas ce problème.

L'enquête a également porté sur les relations entre l'ancien chirurgien chef et le directeur, ainsi que sur la qualité des rapports entre la direction et le personnel soignant, et la perception par ce dernier de la gestion entreprise par le directeur.

4. Mise en oeuvre

Afin d'établir les faits nécessaires à notre appréciation, il a été procédé à :

- l'audition de 22 personnes dont les déclarations ont fait l'objet d'un procès-verbal (médecins, personnel soignant, personnel administratif, membre du conseil d'administration, personnes extérieures à l'HCF, dont notamment l'auteur des articles incriminés),
- l'envoi d'un questionnaire à deux médecins chirurgiens, qui travaillaient sous l'égide de l'ancien chirurgien chef, dont l'un a fait l'objet d'une prise de position par écrit (il est à noter qu'un de ces médecins n'a pas répondu),
- l'examen d'une partie de la correspondance entre le Conseil d'administration, le directeur et l'ancien chef de la clinique de chirurgie, entre le Conseil d'administration et le responsable du bloc opératoire, entre le Conseil d'administration et le Collège des médecins, entre l'ancien pharmacien chef et la direction, y compris les rapports d'inspection,
- l'examen d'extraits de procès-verbaux du Conseil d'administration en relation avec la clinique de chirurgie,
- l'examen de « l'audit Haudenschild »,
- l'inspection des locaux de la pharmacie, du bloc opératoire et des soins intensifs et continus.

La liste des personnes entendues et des documents examinés figure en annexe du présent rapport.

5. Remarques

Vu la gravité des accusations portées par le Beobachter contre l'HCF, l'enquête a été menée à charge. L'objectif était de saisir le plus de comportements ou de décisions nuisibles à l'HCF. Dans la pesée des intérêts, ceux de l'établissement ont primé sur la défense objective des intérêts personnels.

Les auteurs de l'audit ont obtenu des personnes concernées ou des autorités compétentes les autorisations nécessaires pour consulter les dossiers médicaux, notamment ceux des personnes mentionnées dans les articles du Beobachter.

Le rapport a été rédigé de manière à protéger les données et la sphère personnelles des personnes entendues pour autant que l'information concernée ne fasse pas déjà partie du domaine public. Lorsque la rédaction fait mention d'éléments issus de l'enquête, ces derniers font l'objet d'un procès-verbal ou sont révélés par un document. Tous ces moyens de preuves sont annexés au rapport d'audit et seront remis au mandant.

II. Critiques formulées par le Beobachter

1. Résumé des critiques

Dans ses parutions des 20 décembre 2006 et 3 janvier 2007, l'hebdomadaire « der Beobachter » a publié deux articles consacrés à l'Hôpital cantonal de Fribourg.

Dans l'article paru en décembre, intitulé « Ich wurde zu spät operiert », le journaliste Thomas Grether a affirmé s'appuyer sur des déclarations tirées « aus der Bevölkerung », sur des recherches auprès de cinq « Kaderärzte » et auprès du personnel soignant pour formuler plusieurs critiques à l'égard de l'HCF.

La première critique concerne les délais d'attente avant une opération. Le journaliste a affirmé que les patients urgents étaient opérés trop tard et que « fast täglich » leur vie était mise en danger. La cause en était le responsable du bloc opératoire qui renvoyait les opérations d'urgence sans consulter les chirurgiens. Le journaliste a cité quatre cas à l'appui de ses dires, dont l'un en révélant le nom du patient. Il a affirmé que ces derniers étaient des cas urgents et devaient être opérés dans des délais ne dépassant pas 6 heures au lieu des 8 à 11 heures effectivement attendues.

Le journaliste a attribué la responsabilité de ces retards à la mésentente qui aurait existé entre le chirurgien chef et le responsable du bloc opératoire, ce dernier ayant par ailleurs une gestion lacunaire du bloc, notamment en ce qui concerne la planification des opérations. Dans le cas cité nommément, le journaliste a affirmé que le patient avait subi l'ablation de la plus grande partie de l'intestin en raison d'une intervention opératoire tardive, ce qui avait provoqué un handicap.

Le journaliste a en outre adressé des critiques à l'ancienne Conseillère d'Etat, directrice de la Santé et des Affaires sociales, présidente du Conseil d'administration de l'HCF, et à son directeur administratif, qui n'auraient pas doté l'hôpital des infrastructures adéquates en matière de bloc opératoire. Ces derniers ne seraient par ailleurs pas intervenu dans les conflits entre le chirurgien chef et le responsable du bloc opératoire, notamment en rappelant ce dernier à l'ordre, bien que cette situation conflictuelle se serait déjà présentée avec le prédécesseur du chirurgien chef en cause.

La deuxième critique mentionnée dans l'article du 3 janvier 2007 concerne l'organisation de la neurochirurgie. Le journaliste a affirmé :« Das Spital ist beim Kanton als einer jener Kliniken aufgelistet, die neurochirurgische Eingriffe und Notfälle – darunter heikle Kopfverletzungen – behandeln können … ». Il a ajouté que l'hôpital ne possédait aucun neurochirurgien et faisait appel à un externe, qui n'était pas toujours disponible. Cela aurait conduit à des « lebensgefählichen Situationen » dans les cas d'urgence.

Le journaliste a contesté le fait que les cas d'urgence soient hospitalisés à Berne ou à Lausanne. Il s'est appuyé sur les déclarations d'un médecin de l'Inselspital de Berne qui a déclaré qu'aucune clinique ne se sentait responsable d'accueillir les patients venant de Fribourg et qu'il n'existait aucun accord entre l'Inselspital et l'HCF pour les accueillir à Berne.

La troisième critique concerne la pharmacie de l'hôpital. Le journaliste a affirmé que cette dernière était sous dotée en personnel, que cette insuffisance de ressources avait conduit à une erreur dans la préparation d'un médicament, faute de pouvoir effectuer les doubles contrôles nécessaires, et que les rapports de l'autorité de surveillance de la pharmacie avaient signalé ces problèmes à la direction sans pour autant que cette dernière n'ait réagi.

Les articles du Beobachter adresse une quatrième critique à l'HCF. Elle s'adresse à la direction à laquelle le journaliste a reproché son manque de réaction face aux problèmes relationnels dans la clinique de chirurgie, un soutien inconsidéré au responsable du bloc opératoire face aux chirurgiens, un management déficient surtout pour résoudre les crises, l'absence de mesures pour améliorer la situation de la pharmacie et une conduite du personnel trop autoritaire.

2. Chronologie et impact dans les médias

Le 9 novembre 2006, la Direction de la Santé et des Affaires sociales du canton de Fribourg (ci-après « DSAS») informait les médias par communiqué de presse du licenciement du pharmacien chef de l'HCF.

Le 27 novembre 2006, la DSAS recevait un courriel de la rédaction de la Radio suisse alémanique (ci-après « DRS ») qui faisait référence à ce communiqué et dans lequel plusieurs questions étaient posées concernant l'HCF. Ce courriel faisait allusion à une lettre de quelques médecins chefs adressée à la DRS dans laquelle ces derniers affirmaient que le licenciement du pharmacien chef n'était que le symptôme de la situation problématique dans laquelle se trouvait l'HCF. Par la suite, la journaliste de la DRS a encore pris contact oralement avec la DSAS pour approfondir les thèmes et a rencontré le Premier secrétaire de la Direction le 1er décembre 2006.

Les questions posées par la DRS thématisaient déjà l'ensemble des problématiques soulevées plus tard par le Beobachter. Ce n'est que les 13 et 14 décembre 2006 que le journaliste du Beobacher, Thomas Grether, s'adressait par courriel et téléphoniquement à la direction de l'HCF et à la Direction de la Santé pour obtenir des réponses à respectivement 8 (HCF) et 4 (DSAS) questions, les informant qu'il préparait la rédaction d'un article. Thomas Grether priait l'HCF et la DSAS de répondre à ses questions jusqu'au 15 décembre 2006 avant midi. Passée cette date et sans réponse à ses questions, il considérait que l'HCF et la DSAS renonçait à prendre position.

A notre connaissance, la DRS n'a pas consacré d'émission à l'HCF avant la parution des articles du Beobachter. Mais en tous les cas, il semble bien que la lettre des « quelques médecins chefs » reçue par la DRS soit l'élément qui ait déclenché l'enquête journalistique et que cette dernière soit, très vraisemblablement, aussi parvenue au Beobachter.

Après la parution des articles du Beobachter, différents médias ont repris l'information de ce dernier sans citer d'autres sources. Aucun d'eux ne fait mention de la lettre de « quelques médecins chefs » reçue par la DRS. Les quotidiens « La Liberté », « Berner Zeitung », « Freiburger Nachrichten », « Le Temps », « La Gruyère », « Le Matin », « Neue Zürcher Zeitung » ont relaté les faits et pour certains donné la parole à l'HCF ou à quelques membres de son Conseil d'administration, qui ont rejeté les critiques du Beobachter.

D'une manière générale, les fait relatés par la presse ont suscité beaucoup d'interrogations et de suspicion jusqu'aux origines et au bien-fondé de l'information. Le malaise transmis par les articles a été clairement perceptible et certains commentateurs ont demandé au plus vite une enquête pour éclaircir les faits.

3. Audition du journaliste

Dans le cadre de l'enquête, il a été procédé à l'audition de l'auteur des articles du Beobachter en date du 12 mars 2007, à Berne. Ce dernier a indiqué que son objectif avait été d'informer les lecteurs. Il a affirmé avoir présenté objectivement les faits tels qu'ils lui

avaient été rapportés, sans aucune volonté de provocation. Selon lui, huit à dix personnes lui avaient fait des déclarations critiques concordantes. Ces personnes étaient des médecins ou des membres du personnel soignant. Le journaliste n'a cependant questionné aucune personne de l'administration de l'hôpital mis à part son directeur et Madame l'ancienne Conseillère d'Etat, par courriel ou par téléphone.

Contrairement aux propos qu'il avait tenu dans l'article paru le 3 janvier 2007, il a admis lors de son audition ne pas avoir contrôlé lui-même s'il existait des accords entre l'Inselspital et l'HCF. Il n'a pas lu le rapport administratif 2005 édité par l'HCF, ni vérifié l'organigramme et la position de la neurochirurgie au sein de ce dernier. Il a en outre déclaré que, même si certains contacts lui avait parlé positivement de la direction de l'hôpital, il avait procédé à une pesée des intérêts et, en tant que journaliste d'un hebdomadaire dont la vocation est de protéger les consommateurs, avait mis l'accent sur les dysfonctionnements.

Pour lui, le plus grand problème de la chirurgie était le responsable du bloc opératoire. Les jugements à son propos étaient unanimement négatifs. Il n'a cependant pas parlé personnellement avec ce dernier. Les autres problèmes se manifestaient dans le management mis en place par le directeur et la neurochirurgie.

Le journaliste a déclaré ne pas avoir entendu de critiques concernant le type de chirurgie pratiquée à Fribourg. Les médecins interviewés ne lui en avaient pas parlé. Il y avait certes quelques critiques concernant le chirurgien chef mais il n'avait pas fait de recherches détaillées à ce propos.

Il a ajouté que ce n'était pas lui qui avait qualifié de « lebensgefährlich » la situation à l'HCF mais plusieurs médecins cadres, en particulier en rapport avec le temps d'attente avant les opérations. C'est pourquoi le responsable du bloc opératoire était au centre des critiques dans les articles parus.

Le journaliste a déclaré ne pas avoir reçu de documentation concernant l'organisation du bloc opératoire mais avoir parlé avec des médecins qui lui avaient rapporté ce qui se passait à Fribourg.

Il a par ailleurs affirmé ne pas s'être prononcé sur la qualité des interventions chirurgicales et n'avoir rien dit à leur encontre. A son sens, les patients attendaient trop longtemps mais il n'avait jamais remis en cause la technique opératoire.

Concernant la pharmacie, le journaliste a déclaré ne pas avoir lu les rapports d'inspection. Leurs contenus lui avaient été cités.

4. Appréciation

L'audit ne porte pas sur la qualité de l'investigation journalistique. Il convient cependant de souligner que d'autres journalistes que celui du Beobachter procédaient également à une enquête sur l'HCF, enquête qu'ils menaient très professionnellement (rendez-vous, questions écrites, délais adéquats pour y répondre, etc). Conformément au contenu du mandat, il est renvoyé au chapitre conclusif pour la prise de position concernant l'éventuelle pertinence des articles du Beobachter.

III. Organisation des Kantonsspitals

1. Situation im Jahr 2006

Die Anhörungen wurden durchgeführt auf Grund von Tatbeständen, die ins Jahr 2006 fielen. Zu dieser Zeit war das Kantonsspital anders strukturiert als es heute ist. Der vorliegende Abschnitt beschränkt sich daher auf diesen Zeitraum und bezieht sich auf das Gesetz über das Kantonspital vom 2. März 1999 [822.1.1], welches heute nicht mehr in Kraft ist.

1.1. Stellung und Tätigkeiten

Das Kantonsspital ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es hat seinen Sitz in Freiburg und untersteht der Aufsicht des Staatsrates. Es ist der Direktion für Gesundheit und Soziales administrativ zugewiesen.

Der Umfang der Tätigkeiten des Kantonsspitals wird vom Staatsrat in einem Leistungsauftrag und in Übereinstimmung mit der kantonalen Spitalplanung festgelegt. Namentlich umfassen diese:

- Untersuchungen und Behandlungen für den Bedarf der Kantonsbevölkerung in den spezialmedizinischen Disziplinen;
- Prävention;
- stationäre Pflege;
- ambulante Pflege;
- Aufnahme und Versorgung der Notfälle;
- Intensivpflege;
- Unterstützung der Kranken in sozialen Belangen;
- Unterricht und Forschung.

Das Kantonsspital ist auch Bezirksspital (Saane) und deckt dazu den spitalmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsbedarf der Bevölkerung des Saanebezirks.

Eine Aufgabe des Kantonsspitals ist das Referenzspital. Dazu arbeitet das Kantonsspital mit den Universitätsspitälern, den öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen, den Ärzten und Ärztinnen mit eigener Praxis und den übrigen Diensten zusammen.

1.2. Organigramm

Der zuständige Staatsrat hat das Präsidium des Kantonsspitals inne (Fr. Ruth Lüthi). Direkt unter dem Staatsrat ist der Direktor des Kantonsspitals angegliedert (Hr. Hubert Schaller). Ihm auf der gleichen Stufe angegliedert sind der Präsident des Direktionsrats (Hr. Hubert Schaller) und der Präsident der Ärztekollegiums (Dr. Dominique Meier), nach dem administrativen Organigramm des Jahresberichtes 2005 des KSF, Seite 37.

Administrativ dem Direktor unterstellt sind:

- der Direktionsrat;
- der Leiter für Projekte (M. Devaud);
- der stellvertretende Direktor (Pierre-André Kolly);
- die jeweiligen Chefärzte der spitalmedizinischen Abteilungen und der medizinisch-technischen Dienste.

Dem stellvertretenden Direktor sind die Finanzen, der technische Dienst, die Hotellerie und der Informatikdienst unterstellt.

1.3. Spitalorgane

Spitalorgane sind der Verwaltungsrat, die Direktion und das Rechnungsprüfungsorgan.

Der Verwaltungsrat: Dieser besteht aus dem Direktionsvorsteher (Staatsrat) und sechs bis acht weiteren Mitgliedern. An den Sitzungen des Verwaltungsrats können auch Personen teilnehmen, die das Spital zu vertreten vermögen. Es sind dies der Direktor, der Präsident des Ärztekollegiums, eine das Pflegepersonal vertretende Person und eine die übrigen Personalkategorien vertretende Person.

Der Direktor: Er wird vom Staatsrat auf Vorschlag des Verwaltungsrats gewählt und untersteht der Aufsicht des Verwaltungsrats. In einem Pflichtenheft sind seine Kompetenzen und Verantwortlichkeiten geregelt. Der Spitaldirektor ist zuständig für die Anstellung und Entlassung der Spitalmitarbeiter, ausser der Mitarbeiter in der medizinischen Leitung und der Dienstchefs. Unter dem Direktor vereinigt sich der Direktionsrat mit vier bis acht Mitarbeiter des Spitals. Der Direktionsrat koordiniert die Tätigkeiten der Spitalabteilungen. Der Chef der Operationsabteilung ist hierarchisch direkt dem Direktor unterstellt.

Auf die nähere Umschreibung des Rechnungsprüfungsorgans wird hier verzichtet.

1.4. Interne Strukturen

Leitung: Die ärztliche Leitung der spitalmedizinischen Abteilungen und der medizinisch-technischen Dienste werden von den Chefärzten wahrgenommen. Die Leitung der Zentralapotheke wird von einem Chefapotheker und die Laborleitung von einem Laborchef wahrgenommen. Im Jahr 2001/02 wurde eine Stelle als „Chef der Operationsabteilung" geschaffen. Des Weiteren werden stellvertretende Chefärzte und Belegärzte angestellt.

Ärztekollegium: Es besteht ein Ärztekollegium, welches zur Aufgabe hat, für den guten Betrieb, die Kohärenz und die Entwicklung der verschiedenen spitalmedizinischen Disziplinen zu sorgen. Das Ärztekollegium soll die Direktion und den Verwaltungsrat in diesen Belangen beraten. Ferner soll es Stellung nehmen zu den Bewerbungen für die Chefarztstellen, die Stelle des Chefapothekers, des Laborchefs und die Stellen ständiger ärztlicher Kader.

Pflegeleitung: Deren Hauptaufgabe besteht darin, die Erteilung der Pflege zu überwachen und für die Weiterentwicklung ihrer Qualität zu sorgen.

Dienstchefs: Hiermit sind die Dienstchefs der übrigen Dienste gemeint, welche nicht unter die Leitung fallen. Ihre Kompetenzen sind in einem Pflichtenheft und im Organisationsreglement des Spitals beschrieben.

Personalkommission: Diese ist ein Informations- und Beratungsorgan. Ihre Mitglieder vertreten die verschiedenen Spitalsektoren. Durch die Personalkommission soll der Dialog zwischen der Spitaldirektion, dem Verwaltungsrat und dem Personal insgesamt sichergestellt werden.

2. Das Freiburger Spitalnetz 2007

Heute ist das Gesetz über das Freiburger Spitalnetz vom 27. Juni 2006 [822.0.1] in Kraft. Eine Neuerung im Gesetz betrifft die Ernennung eines Generaldirektors.

2.1. Stellung und Tätigkeiten

Das Freiburger Spitalnetz (FSN) ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Es wird administrativ der Direktion für Gesundheit und Soziales zugewiesen. Es ist selbständig in den Grenzen des Gesetzes und hat seinen Sitz in Freiburg.

Das FSN soll eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen und der Zugang zu einer guten Spitalpflege sicherstellen. Ferner sollen die Kompetenzen des Spitalpersonals weiterentwickelt, die Verbesserung der Pflegequalität festgelegt und die Sicherheit der Patienten gedient werden.

Das FSN erteilt Leistungen auf den folgenden Gebieten:

- stationäre Pflege;
- ambulante Pflege;
- Notfallpflege;
- Prävention;
- Unterstützung der kranken Person in sozialen Belangen;
- Lehre und Forschung.

Das FSN übt seine Spitaltätigkeiten an mehreren Standorten aus, deren geografische Situierung und Auftrag im Rahmen der vom Staatsrat erstellten Spitalplanung beschlossen werden. Die Standorte verfügen über keine Rechtspersönlichkeit. Sie können als Betriebseinheit organisiert werden. Die Organisation und die Geschäftsführung der Betriebseinheiten werden vom Verwaltungsrat festgelegt. Die Zweisprachigkeit des Kantons muss berücksichtigt werden. Die Personaldotierung der Betriebseinheiten wird vom Verwaltungsrat in den Grenzen der Gesamtdotation festgesetzt, die im Globalbudget berücksichtigt ist.

2.2. Organe

Die Organe des FSN sind der Verwaltungsrat, die Direktion und das Rechnungsprüfungs-Organ.

Generaldirektor: Neu ist die Anstellung eines Generaldirektors, welcher vom Verwaltungsrat des FSN angestellt wird. Der Generaldirektor soll den Betrieb und die Geschäftsführung des FSN sicherstellen. Unterstützt wird er von einem Direktionsrat. Die Aufgaben des Generaldirektors werden in einem vom Verwaltungsrat beschlossenen Pflichtenheft festgelegt. Der Generaldirektor stellt die Mitarbeiter an. Er untersteht der Aufsicht des Verwaltungsrats und muss ihm regelmässig Bericht erstatten.

Unter dem Generaldirektor befindet sich neu der medizinische Direktor. Der medizinische Direktor ist für die Koordination der medizinischen Tätigkeiten des FSN zuständig, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Ferner muss er die Qualität und Sicherheit der medizinischen Leistungen gewährleisten, die vom FSN angeboten werden.

IV. La Clinique de Chirurgie, la neurochirurgie et le bloc opératoire

1. La Clinique de chirurgie

1.1. Succession et changements dans l'activité chirurgicale dès 2002

En 2002, le Prof. L. Krähenbühl a commencé son activité comme médecin chef de la Clinique de chirurgie à l'HCF. Il s'agit d'un grand service, assurant la prise en charge d'environ 2000 patients et responsable d'environ 1800 interventions chirurgicales dans son domaine par an. Le choix du candidat s'est fait par une commission désignée par l'HCF et il s'agissait du premier poste de médecin chef de M. Krähenbühl. Avant sa venue à Fribourg, il avait travaillé comme chef de clinique auprès du Prof. U. Büchler à l'Inselspital de Berne, puis comme « leitender Arzt » (médecin adjoint) auprès du Prof. P.A. Clavien à l'Universitätsspital de Zurich.

Le domaine de spécialisation du Prof. L. Krähenbühl est la chirurgie viscérale, et en particulier la chirurgie oncologique. Ce type d'activités existait déjà avant sa venue à l'HCF, exercée avec beaucoup de compétences par le Prof. P. Petropoulos.

Cependant, les indications opératoires ont changé : le Prof. L. Krähenbühl pratiquait des indications plus larges et offrait une chirurgie plus étendue, « plus agressive », dans des situations oncologiques plus avancées, par exemple lors de métastases chez des patients plus âgés et plus fragiles par la présence de polymorbidités (= présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques). De par cette population de maladies plus avancées, le nombre de complications, la morbidité et mortalité postopératoires paraissaient plus élevées qu'antérieurement, sous la direction du Prof. P. Petropoulos. Cependant, selon le Prof. L. Krähenbühl et ses analyses statistiques, en regard de la gravité de l'état de santé des malades et le stade oncologique, le taux de morbidité postopératoire n'était pas supérieur à celui d'autres hôpitaux comparables.

1.2. Problèmes et conflits consécutifs au changement des indications opératoires

L'élargissement dans les indications opératoires et les évolutions postopératoires parfois difficiles ont suscité des réactions vives dans des services qui collaborent étroitement avec la chirurgie : l'anesthésiologie, les soins intensifs, les instrumentistes du bloc opératoire.

Les services concernés ont clairement eu un sentiment de complications post-opératoires plus fréquentes, de séjours prolongés aux soins intensifs, de décès nombreux. Une personne auditionnée, cadre aux soins infirmiers, ayant une grande expérience dans le domaine, y compris dans d'autres hôpitaux, a déclaré : « Je n'ai jamais vu autant de lâchages de sutures ».

Ce souci, ainsi que celui des indications opératoires très étendues, avec les questions éthiques et d'information correcte des patients et de leur famille, a été mentionné par pratiquement toutes les personnes entendues. Plusieurs cadres médecins et infirmiers ont également discuté de ce problème avec le Prof. L. Krähenbühl ; tous ont eu le sentiment de ne pas pouvoir se faire comprendre pour l'amener à un changement.

Le travail d'accompagnement de ces changements d'activités n'a apparemment pas été fait d'une manière optimale. Il s'en est suivi un manque de confiance envers le Prof. L. Krähenbühl par des professionnels de ces différents services, l'impression d'indications

opératoires au-delà du raisonnable, d'une augmentation jugée intolérable de complications postopératoires et d'une mortalité élevée.

Un travail accru d'information, mais également de discussions et d'échanges aurait dû être entrepris dès le début de ces changements initiés par le nouveau chirurgien chef, ou par d'autres hauts responsables, incluant tous les acteurs concernés. Dans la problématique en question, il ne s'agit pas seulement d'expliquer le bien-fondé médical d'une approche chirurgicale plus « agressive », mais avant tout de considérer des éléments de qualité de vie, d'éthique et surtout des droits, ainsi que la volonté du patient d'accepter ou de refuser un traitement proposé.

1.3. Management, conduite de l'équipe et relations professionnelles

Le nouveau chirurgien chef a amené une façon spécifique de conduire sa clinique : grand travailleur, exigeant, avec une volonté de développer la formation et l'activité clinique selon les plus hauts standards dans notre pays et en Europe. Il attendait beaucoup de tous : de ses collaborateurs, des autres services, du bloc opératoire, de la direction de l'HCF. Sa gestion de la Clinique était « patronale » et la participation d'autres gestionnaires dotés d'une personnalité forte dans l'organisation et la gestion des activités chirurgicales était mal vécue et source d'irritations et de conflits.

La réorganisation des unités chirurgicales est une autre illustration de changements, parfois problématiques, initiés par le Prof. L. Krähenbühl. Ce dernier avait ainsi introduit une nouvelle organisation et des modifications dans la responsabilité médicale pour le suivi et la visite dans les unités de chirurgie. Ce remaniement posait beaucoup de problèmes pratiques aux soignants, ce qui aurait été probablement évité si les acteurs concernés avaient été consultés préalablement.

Les tensions se manifestaient également, et plus particulièrement, dans ses relations avec le directeur de l'HCF et le responsable de la salle d'opération (voir chapitre « Direction de l'HCF »). Par ailleurs, sa grande charge de travail, ainsi que la personnalité du Prof. L. Krähenbühl, n'a pas facilité les contacts et la communication avec les soignants du bloc opératoire, des soins intensifs et les unités de chirurgie.

Comme mentionné plus haut, ce manque de communication a contribué à une mauvaise compréhension et à un manque d'acceptation des indications opératoires plus larges chez certains patients âgés ou présentant des polymorbidités significatives ou se trouvant dans une phase avancée de leur maladie.

2. La neurochirurgie

Il ressort des documents analysés et des auditions effectuées ce qui suit :

- Une clinique de neurochirurgie n'existe pas au sein de l'HCF et n'a pas existé ces dernières années.

- Le petit nombre d'interventions chirurgicales dans ce domaine est pratiqué à l'HCF par un neurochirurgien externe bien formé. En 2005, environ 260 interventions ont été réalisées sur la colonne vertébrale. Les prestations de la chirurgie crânienne sont « basiques » et ont inclus 26 interventions en 2005. Ces opérations concernent des situations et des patients pour lesquels la qualité des soins et la sécurité présentent les garanties suffisantes. Par ailleurs, les interventions figurant dans la liste négative des prestations médicales du canton de Fribourg, annexée à l'Ordonnance du 13 décembre 2004 fixant la procédure sur la participation financière de l'Etat de Fribourg aux coûts de traitement de ses résidents en cas d'hospitalisation hors canton, ne sont pas

pratiquées à l'HCF, contrairement à ce qui était prétendu dans les articles du Beobachter.

- Concernant les cas urgents, en particulier les accidents avec traumatisme crânio-cérébral, les directives données aux urgences de l'HCF, et particulièrement les règles écrites connues et suivies par la REGA, sont claires et logiques : dans ces situations, les patients sont transférés à l'Inselspital de Berne ou au CHUV de Lausanne.
- Un contrat entre le DSAS et l'Inselspitalstiftung Bern définit la collaboration entre les deux partenaires, notamment l'hospitalisation de patients habitant le canton de Fribourg. Par ce contrat, l'hôpital de l'Ile s'engage formellement à admettre les patients présentant une indication fondée médicalement.
- Le nombre de patients admis à l'Hôpital de l'Ile provenant du canton de Fribourg pour des interventions neurochirurgicales est faible. Il était de 74 en 2006, dont 39 en urgence. Un tiers de ces patients urgents étaient transférés de l'HCF ; les autres venaient d'autres hôpitaux fribourgeois, publics ou privés, de la REGA ou (très rarement) de praticiens installés en cabinet. Le nombre total de patients provenant du canton de Fribourg correspond à 5% des hospitalisations en neurochirurgie à l'Hôpital de l'Ile (Lettre/statistique du Prof. A. Tobler du 21 mai 2007).
- Ni les médecins de l'HCF interrogés, ni le Dr. L. Mariani du Service de neurochirurgie de l'Hôpital de l'Ile ont pu nous donner le nom d'un patient ou préciser un événement qui pourrait faire penser à une « lebengefährliche Situation », comme indiqué par le Beobachter, ou d'un patient qui aurait souffert de cette pratique de transfert à l'Hôpital de l'Ile ou au CHUV.

En conclusion, les reproches formulés par le Beobachter n'ont pas pu être étayés par des faits. Leur présentation ne correspond pas aux règles suivies à l'HCF ou par la REGA. D'une manière similaire, les affirmations du Dr. L. Mariani de Berne n'ont pas été confirmées. Un accord entre l'Etat de Fribourg et l'Hôpital de l'Ile de Berne définit clairement les règles d'admission, à l'Ile, de patients provenant du canton de Fribourg. Au vu du nombre de patients traités par l'Hôpital de l'Ile à Berne, les cas fribourgeois apparaissent comme statistiquement marginaux. Les médecins auditionnés, travaillant dans d'autres hôpitaux du canton de Fribourg, connaissent de cette pratique et l'approuvent.

3. Le bloc opératoire

3.1. Organisation

L'organisation et la gestion fonctionnelles du bloc opératoire sont adéquates et transparentes. Le problème de manque de personnel qualifié pour le bloc s'est clairement amélioré depuis l'engagement du responsable actuel. La majorité des spécialistes travaillant au bloc (chirurgiens, anesthésistes), ainsi que les hauts responsables de l'HCF, se disent satisfaits du fonctionnement.

L'organisation et la présentation du programme opératoire sont claires et transparentes. Le programme du jour peut être vu par tous au bloc. Des changements peuvent être proposés et introduits le jour même, en accord avec tous les acteurs, sous la responsabilité du chef du bloc et finalisés par la secrétaire/coordinatrice.

Cependant, la personnalité du responsable, le Dr D. Thorin, est critiquée par certains : une certaine rigidité ainsi qu'une communication sub-optimale ne facilitent pas toujours la recherche d'une solution consensuelle lorsque des difficultés sont rencontrées ou lorsqu'il existe des différences d'opinions concernant les priorités médicales.

3.2. Les interventions urgentes ; absence d'une salle d'opération réservée aux urgences (jusqu'au 1er mars 2007)

Jusqu'au 1er mars 2007, date d'ouverture de la salle d'urgences, il n'existait pas, à l'HCF, une salle d'opération dédiée à ce type d'activité. Comme dans d'autres hôpitaux, les interventions urgentes devaient soit être effectuées dans une salle de programme électif, en déplaçant des patients programmés en électif au lendemain, soit être faites après la fin du programme électif, c'est-à-dire en général après 16 heures.

L'une ou l'autre option est choisie par les spécialités opératoires d'une façon journalière, en fonction du degré d'urgence. La responsabilité du patient est assumée par l'opérateur, c'est-à-dire le chirurgien, qui pose l'indication d'une intervention en urgence. Il doit cependant organiser le moment de l'opération avec les partenaires co-responsables d'une intervention : l'anesthésiste, le personnel du bloc opératoire (instrumentistes, etc.) et le responsable du bloc.

L'absence d'une telle salle à l'HCF a pu jouer un rôle dans les délais d'attente rencontrés pour les cas urgents. Cette situation a existé, ou existe toujours, dans certains hôpitaux de taille moyenne. Les arguments en défaveur d'une telle structure incluent :

- les coûts : 3 à 4 personnes supplémentaires sont nécessaires pour faire fonctionner cette salle pour une période de 8 heures et un certain nombre de postes doivent y être affectés pour permettre une efficacité et une gestion adéquates,
- une utilisation trop faible, c'est-à-dire trop peu de patients nécessitant des interventions chirurgicales en urgence.

Le problème des délais d'attente au bloc opératoire de l'HCF était connu à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital depuis un certain temps (voir « Rapport annuel HCF 2005 »). La création d'une salle d'opération réservée aux urgences a pris du temps, entre autre pour des raisons budgétaires. Son ouverture au 1er mars 2007 est justifiée.

3.3. « Hiérarchisation » des urgences

Certains grands centres d'urgences appliquent un système de « priorisation » des patients nécessitant une intervention en urgence, distinguant ainsi l'urgence vitale, ne permettant aucun délai, et d'autres situations qui exigent une opération dans les 3 à 4 heures ou dans les 24 heures.

L'analyse des cas cités par le Beobachter fait penser qu'une telle hiérarchisation pourrait être introduite à l'HCF pour clarifier les priorités, faciliter la communication entre les protagonistes impliqués et améliorer la programmation des interventions urgentes.

3.4. La fonction du responsable du bloc opératoire

La nécessité de créer cette fonction à l'HCF en 2000/2001, au vu des problèmes de gestion et de fonctionnement du bloc (départs au niveau du personnel soignant, difficultés de recrutement et réduction de capacités consécutives) paraît établie.

Le choix du responsable en la personne du Dr D. Thorin ne peut être critiqué car sa formation et son expérience pratique dans le domaine sont indiscutables. Cependant, la manière dont le candidat a été imposé, sans discussions ni concertations préalables adéquates avec le corps médical en général et les chirurgiens en particulier, a suscité beaucoup d'irritations. Cette procédure inhabituelle, mais aussi la personnalité forte et peu diplomatique du Dr D. Thorin, a été « la goutte d'eau » qui a provoqué le départ de l'ancien chirurgien chef, le Professeur P. Petropoulos, quelques mois avant sa retraite, et contribué à l'intensité et à la durée de la situation conflictuelle avec le Prof. L. Krähenbühl.

Il ne fait cependant pas de doute que le fonctionnement, la gestion et les capacités du bloc opératoire ont pu être améliorés par la direction rigoureuse du Dr. D. Thorin. Il convient de rappeler qu'il s'agit d'un travail difficile, demandant rigueur, diplomatie, beaucoup de communication et connaissances médicales étendues.

Ce qui n'est pas nécessairement optimal dans ce secteur est la subordination directe du responsable du bloc opératoire au directeur administratif de l'HCF, qui n'a pas les compétences médicales pour analyser et trancher, dans des situations conflictuelles opposant le responsable du bloc à un opérateur (par exemple dans le cadre de priorités médicales ou d'interventions en urgence).

Idéalement, le responsable du bloc opératoire devrait être soumis hiérarchiquement à une direction médicale forte de l'HCF, qui veut et peut prendre les décisions qui s'imposent lors de situations conflictuelles et/ou potentiellement dangereuses pour les patients (concernant cette problématique, voir également le chapitre « Direction de l'HCF »).

3.5. Les délais d'attente

L'un des reproches formulés dans les articles du Beobachter concernait les délais d'attente lors d'opérations urgentes. Il faut noter que la notion d'urgence est souvent mal définie et mal comprise dans ce contexte. Pour les professionnels du domaine, on distingue plusieurs degrés d'urgence : l'urgence absolue où chaque minute compte pour la survie et l'absence de séquelles éventuelles (par exemple hémorragie due à une lésion vasculaire importante, certaines complications lors d'un accouchement nécessitant une césarienne, arrêt cardiaque, etc.) et l'urgence relative demandant une intervention dans les 24 heures (par exemple certaines fractures ouvertes ou infections sévères, cas de péritonites, etc.).

Pour analyser les situations « urgentes » mentionnées dans le Beobachter, nous avons pu consulter les dossiers médicaux des patients en question, avec leur consentement.

Il convient de noter ici que l'examen du dossier médical, même bien tenu, ne peut pas donner autant d'informations que l'examen clinique et l'appréciation de l'évolution par le médecin et les soignants. Cependant, la récolte des examens paracliniques (laboratoire, radiologie, examen histologique de tissus, etc.), ainsi que les notes des médecins et infirmiers, permettent une évaluation de certains éléments.

Cette analyse suggère les conclusions suivantes :

- ✓ **Cas I** : Cité nommément par le Beobachter. Le patient a dû attendre environ 11 heures entre le moment de l'indication posée par le chirurgien pour une intervention en urgence et le début de l'intervention.

  Lecture du dossier :

  Est-ce que son état clinique s'est péjoré pendant cette période ?

  Il n'y a aucun élément clinique dans le dossier qui permette d'affirmer cette hypothèse (signes vitaux, examens de laboratoire, notes des soignants). Il n'y a pas de changements importants au cours des 24 heures avant l'intervention.

  Avant l'intervention, le patient a-t-il eu des séquelles ? Est-ce que l'intervention nécessaire était plus importante, plus invalidante en raison de l'attente ?

  La réponse à cette question est difficile. Le chirurgien a noté des signes de mauvaise perfusion du colon, nécessitant son ablation ; l'examen microscopique ne mentionne pas de signes d'ischémie.

Appréciation :

Le délai d'attente de 11 heures n'est pas acceptable et aurait pu être diminué. Les raison expliquant le délai sont controversées : le responsable du bloc indique clairement qu'il n'y avait pas la possibilité de placer cette intervention lourde dans le programme du jour sans le déplacement d'un autre patient, programmé pour une chirurgie élective, à un autre jour. Cet avis est contesté par le Prof. L. Krähenbühl. En tout état de cause, le contrôle de la situation par le chirurgien chef était possible : il aurait pu déplacer l'intervention de l'un de ses deux propres patients électifs du jour pour prendre en charge le patient « urgent ». Nous ne savons pas pourquoi cette solution, souvent appliquée dans d'autres hôpitaux et dans d'autres services de l'HCF pour assumer des interventions urgentes lorsque les capacités du bloc opératoire sont limitées, n'a pas été utilisée. Tous les chirurgiens que nous avons entendus, à l'exception du Prof. Krähenbühl, ont soutenu cette solution (le chirurgien concerné doit déplacer un de ses propres patients électifs du jour et mettre le cas urgent à sa place ainsi libérée).

L'analyse du dossier médical ne permet cependant pas d'identifier des éléments confirmant ou infirmant une souffrance et/ou des séquelles dues au délai entre la pose de l'indication et l'intervention.

- ✓ **Cas II** : Il s'agit d'une situation de suspicion d'appendicite aiguë chez un enfant de 4 ans. Délai d'attente de 8 heures après l'indication posée pour une intervention en urgence.

Lecture du dossier :

Il n'y a pas eu de péjoration de l'état clinique ou des examens paracliniques pendant le séjour, ni pendant le délai avant l'intervention. Pendant le temps d'attente, l'enfant dessine ou dort (notes des infirmières).

L'intervention chirurgicale et l'examen histologique n'ont pas pu confirmer le diagnostic suspecté ; le diagnostic n'est pas clair.

L'enfant a pu quitter l'hôpital au 3ème jour après l'intervention.

Appréciation :

Après avoir entendu les acteurs concernés, il a pu être déterminé que le délai d'attente a été dû à des discussions et des désaccords concernant la méthode chirurgicale, l'instrumentation, l'expérience des intervenants pour la situation spécifique. Le résultat de ces discussions a été positif. Le délai de l'intervention chirurgicale n'a pas eu d'effet négatif sur la santé du patient.

- ✓ **Cas III :** Patiente de 90 ans, admise après une intervention dans une clinique.

Lecture du dossier :

Péritonite sur fuite biliaire, après chirurgie biliaire (vésicule) le 31 octobre, entrée le 19 novembre à l'HCF. Fuite biliaire documentée le 21 novembre. Opération urgente le 24 novembre. Indication pour opération posée le 24 novembre au matin. Patiente a mangé à 9 heures ; jugée « estomac plein » par l'anesthésiste. Ce dernier demande un délai avant l'intervention chirurgicale. Opération sans problème, suites opératoires sans particularités. La patiente a pu quitter l'HCF le 3 décembre 2006, soit 9 jours après l'intervention.

Appréciation :

Selon les standards habituels, un délai d'attente avant l'intervention est indiqué après un repas et justifié médicalement. La patiente n'a apparemment pas souffert du délai. La notion d'urgence dans ce cas est discutable. On peut se demander pourquoi on a attendu le 24 pour l'indication opératoire alors que la fuite a été documentée le 21.

Cas IV : Lâchage d'une anastomose intestinale environ 3 semaines après une intervention urologique lourde (le 8 novembre 2006). Le patient arrive à l'HCF le 30 novembre, après 4 jours de vomissements et de douleurs abdominales persistantes. Evaluation préopératoire à 15.30 heures ; arrivée à la salle d'opération à 21.40 heures.

Lecture du dossier :

Délai dû à plusieurs facteurs : salles d'opérations occupées ; présence d'autres urgences en même temps ; emploi du temps chargé de l'anesthésiste. Evolution postopératoire sans problème, séjour aux soins intensifs de 13 heures.

Appréciation :

Ce type de délais doit être évité dans la mesure du possible. Dans d'autres institutions, et même lorsqu'il existe une salle d'opération réservée aux urgences, ce problème ne peut pas être éliminé à 100% (surtout lorsqu'il y a présence de plusieurs urgences en même temps). Le patient n'a apparemment pas souffert du délai d'attente.

4. Appréciation

Le changement dans les activités chirurgicales après l'entrée en fonction du nouveau médecin chef en 2002 était important. Si ce dernier, au moment de son engagement, n'a pas caché ses objectifs de développements dans les domaines cliniques et de formation postgraduée, il était difficile d'en prévoir les conséquences.

Par contre, dès le moment où ce dernier a commencé ses activités, l'impact des changements dans les indications opératoires sur la bonne marche des services de l'hôpital a été sous-estimé. Leur accompagnement a été déficitaire. D'une part, le chirurgien chef a fait preuve d'une insuffisance d'écoute et de sensibilité aux problèmes engendrés par son activité, d'autre part le Collège des médecins s'est contenté de les signaler sans proposer de solutions concrètes et la direction n'a pas préparé d'option tactique claire pour sortir de cette crise.

Certains délais d'attente pour des interventions en urgence, voire même électives, étaient trop longs. Ce problème, bien connu depuis quelques années, a été mentionné avec transparence dans le rapport d'activité 2005. Dans les quatre cas analysés et cités par le Beobachter, la durée d'attente était justifiée médicalement pour 3 patients. Pour le quatrième (cas analysé no 1), le chirurgien n'a pas assumé correctement ses responsabilités et la mésentente avec le responsable du bloc opératoire a contribué au dysfonctionnement. Pour aucun des quatre cas, il n'y a d'éléments clairs et irréfutables permettant d'établir une souffrance ou des séquelles causées par le délai d'attente.

Les antagonismes et les conflits entre le Prof L. Krähenbühl, le directeur, M. H. Schaller, et le responsable du bloc opératoire, le Dr. D. Thorin, ont duré trop longtemps. L'institution, soit le Collège des médecins et la direction, n'ont pas trouvé les moyens de raisonner les personnes impliquées et de prendre les mesures à même d'empêcher une escalade. Un stade d'irréversibilité a été finalement atteint : le chirurgien et le responsable du bloc opératoire campaient sur leurs positions et étaient incapables de rapprocher leurs vues.

L'affirmation du Beobachter selon laquelle il existait des problèmes dans la prise en charge
660 des patients neurochirurgicaux n'a pas pu être étayée par des faits. Le transfert de ce type de patient à l'Inselspital est réglementé : il existe un contrat (Vertrag) entre la DSAS et l'Inselstiftung Bern qui précise et règle les détails de la prise en charge. La REGA applique des directives explicites et appropriées. Les médecins des hôpitaux fribourgeois connaissent et approuvent la pratique et les règles existantes.

Il est noter que la prise en charge des patients à l'HCF, en particulier en chirurgie, était toujours correcte. Les traitements et soins prodigués aux patients étaient de bonne qualité.

V. La pharmacie

1. Rapports d'inspection de la pharmacie de l'HCF

La pharmacie de l'HCF fait l'objet d'une inspection qui a lieu en principe chaque année (elle n'a pas eu lieu en 2003 et 2005). L'inspection est menée par l'Inspectorat de Suisse occidentale de la fabrication des agents thérapeutiques dont le siège est à Lausanne.

L'inspection fait l'objet d'un rapport dont la structure est toujours la même et qui comporte un résumé des conclusions, faisant notamment état de la liste des déviations constatées et attribuant un délai pour les corriger. Suivant le type de déviation, cette dernière est qualifiée de critique (dangereux pour l'utilisateur), majeure (risque important pour que le produit ne satisfasse pas aux spécifications), autre (faible risque que le produit ne satisfasse pas aux spécifications).

Dans le rapport du 2 mai 2001, il est relevé 14 déviations dont 1 critique, 8 majeures et 5 autres.

Dans le rapport du 21 août 2002, il est relevé 5 déviations dont 0 critique, 3 majeures et 2 autres.

Dans le rapport du 12 octobre 2004, il est relevé 17 déviations dont 0 critique, 5 majeures et 12 autres.

Dans le rapport du 1er décembre 2006, il est relevé 14 déviations dont 0 critique, 11 majeures et 3 autres.

Chaque rapport se prononce sur la correction des déviations constatées l'année précédente ou reprend dans la nouvelle liste celles qui n'ont pas été éliminées.

Dans l'article du Beobachter du 3 janvier 2007, il a été indiqué qu'une erreur dans la préparation d'un médicament, survenue en janvier 2004, était due à un manque de personnel et que les rapports d'inspection de l'autorité intercantonale réclamaient depuis plusieurs années une augmentation des ressources de la pharmacie. L'article établit un lien de cause à effet entre le manque de personnel et l'erreur de préparation et accuse la direction de ne pas avoir augmenté les ressources de la pharmacie, créant ainsi un risque majeur pour les patients.

Il convient tout d'abord de noter que la déviation critique constatée dans le rapport du 2 mai 2001 concerne les tests de stérilité et que cette déviation a été éliminée. Les tests sont désormais effectués par un laboratoire externe.

Dans le rapport du 2 mai 2001, il est effectivement mentionné que « le personnel est en trop petit nombre pour tout le travail à accomplir » (déviation no 1). Le rapport comporte également ce commentaire : « Il est apparu aux inspecteurs que, vu le travail à fournir, le personnel est vraisemblablement en nombre insuffisant, trop de travail reposant sur un nombre restreint de personnes ». Cette déviation est qualifiée de majeure.

Dans le rapport du 21 août 2002, sous le chapitre consacré à l'élimination des déviations constatées l'année précédente, il est indiqué qu'« une analyse exacte des besoins est à faire, le personnel occupé étant en nombre similaire comparé aux autres pharmacies d'hôpital de Suisse romande. Les volumes plus importants traités ne sont par contre pas connus ».

Le rapport du 1er décembre 2006 n'évoque plus le problème de manque de personnel. Il signale comme déviation l'absence de formation complémentaire d'un collaborateur, déviation éliminée en mars 2007.

Les déviations constatées dans le rapport du 1er décembre 2006 ont été éliminées ou l'autorité intercantonale de surveillance a accepté les mesures correctives et les délais proposés par la pharmacienne a.i. pour les éliminer.

A l'heure actuelle et sur la base des documents en notre possession, la pharmacie cantonale est conforme aux rapports d'inspection.

2. Incident du 27 janvier 2004

L'article du Beobachter du 3 janvier 2007 mentionne cet incident (qu'il date faussement du 24 janvier 2004). Une ordonnance médicale rédigée correctement a été mal interprétée par une préparatrice et la dose préparée ne correspondait pas à la prescription. En finalité, le patient a reçu le double de la dose prescrite**.**

Il est ressorti des auditions que cette erreur de préparation n'a eu aucune conséquence sur la santé de l'enfant et n'a pas eu de suite juridique.

Les opinions divergent au sujet de la cause de l'erreur. Certains affirment que la cause de l'erreur réside dans l'insuffisance de ressources, d'autres pensent qu'il s'agit d'une défaillance humaine. Au moment de l'incident, il y a eu un double contrôle. Une préparatrice avait préparé le protocole, une autre avait élaboré le produit et le pharmacien avait contrôlé le tout. Une préparatrice manquait d'expérience, ce qui peut expliquer l'erreur commise.

Des mesures à l'interne de la pharmacie ont été prises pour éviter la répétition de tel fait. Ainsi, les préparatrices travaillent actuellement en duo pour le contrôle.

Un autre cas s'est présenté pour la préparation d'une chimiothérapie en raison d'une ordonnance manuscrite faxée et mal réceptionnée. L'erreur a été signalée et corrigée avant à temps.

En 2001, les préparations de morphine destinées aux nourrissons ont été changées par souci de simplification et de sécurité. Pendant plusieurs années leurs dosages n'étaient pas conformes. A l'époque, le pharmacien cantonal a été informé. Aucune conséquence dommageable pour les patients n'a été signalée.

D'autres incidents (faux étiquetage, erreur dans une préparation de méthadone) nous ont été signalés De l'avis même du personnel cadre de la pharmacie, ces erreurs ont été corrigées, n'ont pas eu de conséquences sur les patients. Par expérience, il est établi que ce type d'erreur peut surgir dans toute pharmacie de ce type.

3. Etat des locaux

Il a été procédé à une visite de la pharmacie afin de rendre compte de l'état des locaux. Ces derniers sont situés au sous-sol de l'HCF. Subjectivement, les surfaces sont réduites et les locaux assez inconfortables. L'impression dominante est que l'on travaille dans une cave. Objectivement, les locaux ont satisfait aux critères de la dernière inspection et l'HCF a mis à l'enquête la construction d'un nouveau bâtiment dont un étage sera consacré à la pharmacie. La construction devrait durer jusqu'en 2009.

4. Appréciation

La pharmacie de l'HCF fournit de bonnes prestations. Ces dernières ont du reste été élargies à d'autres hôpitaux du canton. Ce service fonctionne bien et il est apprécié par les utilisateurs.

Son responsable, aujourd'hui plus en fonction, est entré en conflit avec la direction. Le ton assez agressif du pharmacien à l'encontre de la direction a probablement contribué à l'altération de ces rapports, de même que le déficit de consultation et d'information de la part de la direction à vis-à-vis du pharmacien.

La dotation en personnel de la pharmacie est actuellement satisfaisante mais cependant pas optimale. Si l'on considère la littérature, la pharmacie est en sous-effectif. Cependant, le personnel reçu et les réorganisations décidées ont permis une meilleure répartition des ressources, de sorte que la pharmacie maîtrise la charge de travail actuelle.

Le lien de causalité établi par le Beobachter entre l'incident du 27 janvier 2004 et le manque de personnel n'est pas confirmé. Il a, en tous les cas, été causé par une défaillance humaine.

VI. Direction de l'HCF

1. Remarque préliminaire

L'organisation, les structures et les outils de gestion sont similaires, bien que pas identiques, à d'autres hôpitaux de ce type.

2. Qualité des prestations

L'analyse des documents émanant du Conseil d'administration ainsi que des auditions de quelques représentants de cet organe permet de porter un jugement sur le rôle et les prestations du directeur vis-à-vis de cet organe.

En règle générale, le Conseil d'administration est bien documenté par le directeur, qui lui remet des rapports ou autres documents bien étayés. Le directeur est particulièrement attentif à une conduite sérieuse de son établissement. Il possède une très grande rigueur financière et soigne la bonne marche de l'hôpital en s'occupant jusqu'aux détails de sa gestion. Il dirige un hôpital de 1400 collaborateurs et collaboratrices, ce qui représente une grande charge de travail. Le directeur ne craint pas d'être impopulaire et assume ses décisions. Il ne dépasse jamais le cadre de ses compétences et signale très clairement à ses partenaires ou collaborateurs les limites de son pouvoir de décision propre. L'homme ne se réfugie cependant pas derrière la décision du Conseil d'administration. Il l'assume et s'en fait le porte-parole et le défenseur. Il s'identifie profondément à l'établissement qu'il dirige et soutient tous ceux et celles qui défendent les intérêts de l'HCF.

3. Perception et acceptation du management par les cliniques et les services.

Les auditions ont mis en évidence, en partie, une perception différenciée de l'activité du directeur. D'une part, plusieurs représentants du personnel soignant et médical s'accordent à reconnaître l'efficacité du directeur. D'autre part, pour ces mêmes personnes, le directeur apparaît comme un homme sans état d'âme, quasiment sans contact avec le personnel, qui fait de la rigueur budgétaire sa seule priorité et qui a certaines difficultés à voir l'intérêt d'innovations ou qui a tendance à rejeter des propositions qui pourraient déboucher sur des améliorations pour les patients. On le voit peu dans les couloirs de l'hôpital et ses méthodes pour obtenir les renseignements qu'il désire ne sont pas toujours appréciées par le corps médical.

4. La direction et le bloc opératoire

4.1. Création de la fonction de responsable du bloc opératoire

La question de la création d'un poste de responsable du bloc opératoire et de son engagement a occupé le Conseil d'administration qui l'a tranchée, rapport circonstancié et motivé à l'appui, en 2001 en engageant un responsable dudit bloc en la personne du Dr D.Thorin.

Cette décision était motivée par la situation problématique dans laquelle se trouvait le bloc depuis quelques temps : sous occupation des salles d'opération due à un manque important de personnel spécifique (malgré les efforts de recrutement, à mettre en relation avec un fort taux d'absentéisme), absence de planification, absence de performance économique, fonctionnement irrationnel.

Le cahier des charges de la fonction prévoit un taux d'activité partiel réparti entre médecin chef du bloc opératoire (50%) et médecin adjoint au service d'anesthésiologie (50%).

La création du poste et la nomination du responsable du bloc ont suscité de vives réactions. Cette démarche a, d'une part, conduit au départ du médecin chef de la clinique de chirurgie de l'époque et a, d'autre part, amené le Collège des médecins à se plaindre de n'avoir pu se prononcer en connaissance de cause sur cette nomination.

4.2. Rapport hiérarchique

Le chef du bloc opératoire est placé hiérarchiquement sous les ordres du directeur administratif. Si ce système laisse quelques cadres indifférents, à plusieurs reprises, ce rapport hiérarchique a été critiqué dans la mesure où il appelle le directeur à considérer le chef du bloc opératoire comme un élément de l'administration qui se réfère à lui en cas de conflit avec les médecins. Or, les questions à régler au sein du bloc ne sont pas que des questions administratives, l'avis médical y joue également un rôle important. Dans ces conditions, le directeur n'a pas toutes les connaissances médicales nécessaires pour trancher dans des situations médicales difficiles.

L'autorité du directeur sur le responsable du bloc opératoire est donc ressentie par les médecins comme une immixtion de l'administration dans le médical. Au surplus, dans un cas au moins, le chef du bloc opératoire s'est adressé à son supérieur hiérarchique pour un problème médical sans se référer d'abord aux chirurgiens. Cela a confirmé l'opinion des médecins selon laquelle le système en place n'était pas sain et de nature à créer des tensions entre les chirurgiens et les autres spécialistes travaillant au bloc opératoire.

5. Gestion des différences culturelles

Fortuitement, au cours de certaines auditions, il a été relevé que la communication entre alémaniques et francophones, tant au niveau des patients qu'entre les collaborateurs de l'HCF, était compliquée par des questions linguistiques et aurait été à l'origine de quelques confusions ou malentendus.

Par exemple, il est apparu que les patients de langue allemande se plaignent de ne pas être pris en charge par du personnel qui comprend leur langue. Il semble effectivement que « l'Amtsprache » de l'HCF est le français et que des alémaniques fribourgeois rechignent à se faire soigner à l'HCF car on y parle pas ou peu l'allemand.

A l'intérieur même de l'HCF, où la question de la langue est importante, en particulier en ce qui concerne de la compréhension des informations dans le cadre du travail, les francophones ont une approche de la thématique très différenciée. Elle va de ceux qui affirment que la question des langues est une question sensible jusqu'à ceux qui affirment qu'il existe certes un problème linguistique mais que ce dernier n'est pas réel dans la mesure où les collaborateurs alémaniques, tant médicaux que soignants, sont désirés.

Dans ce cadre, les autorités et la direction sont conscientes du problème et ont pris des mesures qui toutefois ne réussissent pas encore à changer la perception d'un HCF avant tout francophone au sein de la population alémanique.

6. Appréciation

Contrairement aux affirmations du Beobachter, le directeur de l'HCF est un homme de décision. Il affronte les problèmes qui se posent à son établissement et prend position rapidement, parfois très rapidement, en faveur ce qu'il estime positif pour son hôpital. Par exemple, dans le conflit qui opposa le médecin chef de la chirurgie au responsable du bloc

opératoire, il a rapidement soutenu ce dernier convaincu que l'ordre et l'efficacité du bloc opératoire n'étaient réalisables qu'en suivant les principes du responsable de ce bloc. La perplexité du directeur vis-à-vis des idées du chirurgien chef, puis leur rejet de sa part, sont concevables dans la mesure où la réalisation de ces dernières compliquait considérablement le quotidien de l'établissement, mal préparé pour un tel changement des indications en chirurgie, et les relations à l'intérieur de ce dernier.

Les problèmes sont davantage issus de l'organigramme. La règle consistant à mettre comme supérieur hiérarchique du responsable du bloc opératoire le directeur de l'hôpital n'est pas une solution pertinente. Elle ne crée pas non plus les conditions les plus favorables au maintien de la bonne entente entre les différentes cliniques et le bloc opératoire. Au contraire, avec un responsable du bloc opératoire très expressif, le directeur aurait gagné en crédibilité si ses prises de position ne comportaient pas le soupçon d'exprimer un soutien à un subordonné hiérarchique dans un domaine où, au surplus, le directeur n'a pas les connaissances pour se faire seul une idée des problématiques en cause. Le Collège des médecins qui aurait voulu régler les problèmes de gestion du bloc sans que la direction n'en soit immédiatement informée s'est vue opposée le fonctionnement découlant de l'organigramme.

L'existence du Réseau Hospitalier Fribourgeois (ci-après « RHF ») ayant éliminé les problèmes de « taille critique » qui s'opposaient à la nomination d'un directeur médical comme supérieur du chef du bloc opératoire permettra de régler définitivement ce problème.

Si le directeur est une personne intelligente qui raisonne stratégiquement, il ne parvient pas à gagner les personnes à sa cause de par ses qualités de contact et de communicateur. On ne l'apprécie pas toujours comme patron. Ce sont ses compétences et son réseau à l'intérieur de l'établissement qui lui permettent d'asseoir son autorité. Il existe dès lors un déficit de communication entre la direction et le personnel médical et soignant de l'hôpital. L'absence de concertation préalable entre les personnes directement concernées s'appuyant sur des appréciations documentées et partagées est un reproche récurent formulé à l'encontre de la direction. La communication insuffisante laisse supposer que l'objectif, autre que le respect des contraintes financières ou budgétaires, n'est pas assez clairement défini et qu'il n'existe pas, à fortiori, de stratégie pour l'atteindre. Cette dernière remarque s'adresse aussi au Conseil d'administration qui doit s'efforcer d'établir une stratégie claire et compréhensible et de la communiquer, notamment par le biais de la direction. Cette dernière dispose d'ailleurs d'une analyse de Mercury Urval datée du 14 novembre 2003 consacrée aux soins infirmiers qui cerne la problématique évoquée. Mutatis mutandis, ses conclusions doivent être élargies à l'ensemble de l'hôpital.

L'HCF, site de Fribourg du RHF, est l'élément le plus important du réseau. Sa gestion doit donner le ton. Or, à l'heure actuelle, il existe un cloisonnement trop marqué entre les différents domaines (administration, domaine médical, domaine infirmier) qui contribue à restituer une image assez statique de l'établissement. Chaque domaine se plaint, demande des mesures le concernant sans chercher à savoir ce qui se passe ailleurs. Il appartient clairement aux directions et administrations, médicale et soignante, sur mandat du Conseil d'administration, d'établir les instruments de gestion qui font défaut, par exemple l'introduction d'une démarche participative dans le processus de décision stratégique et l'anticipation des besoins futurs.

Par ailleurs, la fonction du directeur concentre beaucoup de compétences sur sa personne, qui pourrait être efficacement déléguées. Ceci aurait l'avantage de plus responsabiliser les

différents services, d'augmenter ainsi leur identification à l'institution et à ses défis et de créer une véritable culture du dialogue.

VII. Conclusion

L'audit doit permettre de prendre position sur deux questions centrales soulevées par les articles du Beobachter :

- A-t-on connu des situations dangereuses pour la vie des patients à l'HCF, dues à une mauvaise organisation de ses services ou à des lacunes professionnelles ?
- Existe-il une gestion efficace des conflits à l'HCF ?

1. Réponse à la 1ère question

1.1. Les délais d'attente

En ce qui concerne les délais d'attente, l'analyse des cas cités par le Beobachter et d'autres cas révélés par l'enquête a permis d'établir qu'aucune situation n'a mis en danger la vie des patients concernés. Parmi les cas analysés, on citera, à titre indicatif, celui où les discussions sur le type d'intervention entre les chirurgiens et les anesthésistes ont allongé le délai d'intervention. Cette discussion était médicalement utile et n'a pas mis en danger le patient. Une autre typicité est celle où l'analyse du dossier a démontré qu'il n'y avait pas d'urgence pour intervenir immédiatement et que le délai d'attente, dans cette situation, n'a pas mis en danger le patient. Dans le cas cité nommément par le Beobachter, le délai d'attente était trop long. Cela a eu potentiellement des conséquences pour le patient mais sa vie n'a pas été mise en danger. La responsabilité première de ce délai incombait au chirurgien posant l'indication pour une intervention en urgence, qui devait suivre son patient et, le cas échéant, décider le changement de son programme d'opérations électives pour donner la priorité au cas qu'il a décrété lui-même urgent. Il appartenait également au responsable du bloc opératoire de signaler au chirurgien, d'une manière ou d'une autre, que le cas « urgent » ne pouvait pas être opéré sans un changement de son programme électif.

L'absence de communication ne peut s'expliquer que par les mauvaises relations entre ces deux personnes. Cette explication n'est pas admissible et, même si elle est moindre que celle du chirurgien, ne prive pas le responsable du bloc opératoire d'une part de responsabilité.

1.2. La prise en charge des patients

L'introduction d'un type de chirurgie nouvelle dite « lourde » a eu des conséquences sur l'ensemble du personnel soignant et médical. Les anesthésistes, les soins intensifs et le bloc opératoire ont eu de grandes charges de travail. Bien que ces derniers se soient trouvés dans des situations parfois difficiles car ils n'étaient pas assez préparés à recevoir et à soigner des cas polymorbides lourds avec un nombre important de reprises, ils ont assumé leurs tâches.

La prise en charge des patients s'est faite professionnellement. Il faut souligner que les problèmes rencontrés par les personnes des différents services concernés relevaient de l'éthique (« Pourquoi opère-t-on un cas comme celui-ci ? », « Pourquoi va-t-on si loin ? ») et aucunement d'un manque de connaissances professionnelles. Au niveau de la prise en charge, il n'y a pas eu de mise en danger des patients.

1.3. Le fonctionnement du bloc opératoire

Le fonctionnement du bloc opératoire de l'HCF est efficace et professionnel. Tel qu'il est conçu, il assure une utilisation rationnelle des locaux et un rendement intelligent des

investissements et correspond au système adopté dans de nombreux autres hôpitaux. Longtemps, le bloc opératoire a souffert de l'absence d'une salle pour les urgences. Cette dernière était réclamée par les médecins depuis 2002. Le changement de type de chirurgie a encore accentué la nécessité d'une salle pour les urgences attendu que les interventions opératoires en chirurgie viscérale ont augmenté de 65 % de 2001 à 2005, ce qui allongeait également le temps d'attente pour les autres types d'opération. Dans le rapport d'activités de l'HCF de 2005, le président du Collège des médecins signalait le problème des délais d'attente et informait que la salle d'opération d'urgence faisait vraiment défaut pour un hôpital de la taille de l'HCF. C'est finalement au 1er mars 2007 que l'HCF a effectivement pu disposer d'une salle d'opération d'urgence. Même si l'investissement y relatif est conséquent, il est adéquat, bien qu'il ait mis beaucoup de temps à être réalisé. L'analyse du fonctionnement du bloc opératoire ainsi que l'inspection de ce dernier a révélé qu'il existe une logique claire pour l'organisation et la gestion des activités du bloc, ainsi que pour la prise en charge du patient.

1.4. La neurochirurgie

En ce qui concerne la neurochirurgie, notre enquête a démontré qu'il n'existe pas de service de neurochirurgie spécifique à l'HCF. Les responsables des autres hôpitaux fribourgeois le savent. Les rares interventions chirurgicales pratiquées dans ce domaine à l'HCF concernent des situations et des patients pour lesquels la qualité des soins et la sécurité peuvent être garantis.

D'autres hôpitaux cantonaux nous ont confirmé par écrit pratiquer de la même manière.

Les accidentés avec traumatisme crânio-cérébral ne sont pas transférés à l'HCF par les services des ambulances ou par la REGA à l'HCF. En effet, cette dernière dispose d'une liste d'hôpitaux accueillant les cas atteints d'un traumatisme crânio-cérébral, établie par l'union des sociétés chirurgicales. L'HCF ne figure pas sur cette liste.

Il faut encore mentionner l'existence d'un contrat entre la DSAS et l'Inselspital de Berne, datée d'octobre 2006, dans lequel l'Inselspital s'engage à admettre des patients venant du canton de Fribourg et présentant une indication fondée médicalement. Ce type de transfert ne fait donc pas courir au patient de risques particuliers en relation avec un transfert.

Contrairement aux affirmations du Beobachter, l'enquête n'a révélé l'existence d'aucun cas où la vie d'un patient aurait été mise en danger.

1.5. La pharmacie

L'analyse des rapports d'inspection de l'Inspectorat de Suisse occidentale des produits thérapeutiques, ainsi que le contenu des auditions, montrent que la pharmacie de l'HCF fonctionne correctement. L'organisation et les capacités en ressources, même si elles ne sont pas optimales, ne mettent pas en danger les patients de l'HCF et un lien de causalité ne peut être établi entre l'incident du 27 janvier 2004 et un manque de ressources.

1.6. Synthèse

La synthèse des recherches conclue au fait qu'il n'y a pas eu de mise en danger de la vie des patients sur le terrain pratique et médical dans la clinique de chirurgie et en neurochirurgie. Quant à la pharmacie, l'enquête a révélé que l'incident du 27 janvier 2004 n'a pas eu de conséquence pour le patient et que les mesures ont été prises pour écarter sa répétition.

2. Réponse à la 2ème question

2.1. Analyse

L'enquête concernant la clinique de chirurgie a permis de mettre en évidence que l'engagement d'un nouveau médecin chef en 2002 a provoqué des changements conséquents dans l'hôpital. Après quelques mois de collaboration, il devenait évident que le type de chirurgie pratiquée jusqu'alors allait se muer en une chirurgie plus lourde s'adressant à des patients polymorbides et à des stades avancés de leur maladie. Ce changement de type de chirurgie s'est fait sans préparation particulière des autres services de l'HCF. Or, rapidement, les soins intensifs, le bloc opératoire, l'anesthésiologie, le personnel dans les étages se sont retrouvés confrontés à des situations difficiles, sujettes à des complications sérieuses et provoquant des questions éthiques sans réponse.

A cette problématique de base s'est ajouté un conflit individuel entre le médecin chef de chirurgie et le responsable du bloc opératoire. Ce conflit s'est étendu à d'autres personnes qui, nolens volens, se sont retrouvées dans un camp ou dans un autre. Ce conflit a fortement perturbé le climat dans la clinique chirurgie et ses vagues se sont étendues en dehors de l'hôpital. Un avertissement du Conseil d'administration a même été adressé au responsable du bloc opératoire.

Le Conseil d'administration a bien remarqué ce changement. Bien que quelque peu étonné par l'ampleur du changement et par les conflits qu'il engendrait, il a transmis au médecin chef une lettre datée du 2 septembre 2004 lui demandant de renoncer à la réalisation de sa « vision concernant le développement et les objectifs d'une clinique de chirurgie spécialisée ». Le Conseil d'administration faisait savoir au chirurgien chef que la mission de l'HCF était remise en question par le développement qu'il prévoyait et « dont les conséquences se faisaient déjà ressentir dans l'activité de l'hôpital ». Il précisait qu'il n'envisageait pas que l'HCF devienne « une clinique A », ni qu'il n'accorde une part prépondérante à la formation.

Durant les années 2004 et 2005, le Collège des médecins a abordé à plusieurs reprises la question de la « chirurgie lourde ». La lecture des procès-verbaux de ses séances montre combien le corps médical était préoccupé par les problèmes dus à l'extension des indications opératoires par le médecin chef et leurs perceptions tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'HCF. Mais ces procès-verbaux montrent aussi l'incapacité du Collège des médecins à déterminer une voie pour sortir de cette situation. A plusieurs reprises, par écrit ou oralement, le Collège des médecins a même pris la défense du chirurgien chef dans son conflit avec le responsable du bloc opératoire ou face aux critiques du Conseil d'administration.

Finalement, lorsque le Conseil d'administration a décidé de se séparer du chirurgien chef, c'est encore le Collège des médecins qui a pesé de toute son autorité pour que l'on renonce à un licenciement et que l'on tente une médiation (coaching) Cette attitude du Collège des médecins n'a pas facilité la tâche du Conseil d'administration car les signaux qu'il recevait de ce dernier étaient contradictoires.

Dès le moment où le Conseil d'administration a communiqué au chirurgien chef qu'il ne voulait pas de développement d'une chirurgie si poussée à l'HCF, ce dernier a eu successivement deux réactions : la première a été un rappel de sa part au Conseil d'administration qu'il avait été engagé à Fribourg pour introduire cette nouvelle chirurgie dite « moderne », d'où sa conviction qu'on ne le comprenait pas et que tout était causé par un malentendu. La deuxième a été une tentative de sa part de continuer dans sa voie et de prouver qu'elle était la bonne pour l'HCF par la production de statistiques comparatives

internationales pour défendre ses résultats, par l'organisation de discussions au sein du Collège des médecins, par des interventions au bloc opératoire pour tenter d'y changer le mode de fonctionnement et par la communication d'un sentiment de victimisation (mobbing). Ces réactions débouchèrent sur une polarisation totale des relations au sein de l'HCF.

Convaincu que le type de chirurgie introduite par le chirurgien chef était inadaptée à l'HCF, le Conseil d'administration avait décidé de se séparer de lui. Après l'intervention du Collège des médecins, il fut tenté une médiation souhaitée finalement par tous y compris par le chirurgien chef. Lorsque le premier rapport du médiateur fut connu, le médecin chef démissionna.

2.2. Synthèse

Il ressort de ce qui précède que le Conseil d'administration avait procédé à l'élection d'un nouveau médecin chef de la clinique de chirurgie en suivant la recommandation de la Commission du Collège des médecins. Rapidement le Conseil d'administration a constaté que ce choix posait des problèmes dans le quotidien de l'HCF. Ces problèmes n'étaient que peu prévisibles même si le nouveau chirurgien chef avait communiqué ses intentions avant son élection. Si le Conseil d'administration a fait son possible pour régler le conflit, le Collège des médecins n'est pas intervenu avec assez de détermination et de clarté pour poser des conditions aux acteurs les plus impliqués dans ces conflits. La direction n'a pas eu la force de conviction suffisante pour motiver le Collège des médecins à chercher une véritable solution aux conflits.

Le mandat confié, comme cela a été mentionné plus haut, consistait à analyser les reproches formulés par le Beobachter à l'égard de l'HCF et de rapporter les informations conclusives à ce propos au Conseil d'administration du Réseau hospitalier. A la suite de l'enquête, l'audit a démontré que les affirmations du Beobachter n'étaient pas exactes lorsqu'elles prétendaient que des situations dangereuses pour les patients se produisaient au sein de l'HCF. Cet audit était donc une mesure nécessaire et proportionnée pour établir l'état de fait dans son exactitude.

D'autre part, le Beobachter a émis des critiques quant à la gestion des crises au sein de l'HCF. L'audit s'est donc attaché à examiner aussi ce point. L'enquête menée a révélé que ces critiques, si elles n'étaient pas totalement infondées, étaient de par trop exagérées. En soi, il n'aurait pas été nécessaire de procéder à un audit pour les vérifier. Ainsi, les organes de l'HCF auraient été à même de procéder à ces contrôles dans le cadre de la conduite ordinaire de l'hôpital. Toutefois, tempérées par cette remarque, les recommandations suivantes sont donc émises :

- Le suivi des décisions du Conseil d'administration de portée générale pour l'hôpital doit être organisé en impliquant l'ensemble du personnel concerné.
- Le Collège des médecins et la direction doivent recevoir des mandats clairs du Conseil d'administration dans l'exécution de ce type de décision.
- Le Collège des médecins doit bénéficier d'une structure qui lui permet d'agir efficacement là où l'avis médical est prépondérant.
- La direction doit développer des méthodes de gestion qui permettent de résoudre rapidement les problèmes significatifs en assurant une participation des services concernés.

- La communication externe de l'HCF (aujourd'hui le RHF) doit être organisée professionnellement.

1080

Mario Annoni, anc. Conseiller d'Etat.

Audit concernant l'Hôpital cantonal de Fribourg

Rapport du 4 juillet 2007

Selon mandat du Conseil d'administration du Réseau Hospitalier Fribourgeois du 2 février 2007

Annexes

Table des Matières

I. Liste des personnes auditionnées 3
II. Prises de position 3
III. Documents examinés 4
1. DOSSIERS REMIS PAR LE COLLEGE DES MEDECINS (CM) ET TRANSMIS PAR LA DIRECTION *4*
2. DOSSIERS CONCERNANT LA CLINIQUE DE CHIRURGIE REMIS PAR LA DIRECTION *4*
3. EXTRAITS DES PV DU CONSEIL D'ADMINISTRATION REMIS PAR LA DIRECTION *6*
4. DOCUMENTS CONCERNANT LE SERVICE DES URGENCES REMIS PAR LA DIRECTION *6*
5. DOCUMENTS CONCERNANT LE BLOC OPERATOIRE REMIS PAR LA DIRECTION *6*
6. DOCUMENTS CONCERNANT LE COACHING DANS LA CLINIQUE DE CHIRURGIE REMIS PAR LA DIRECTION *7*
7. DOCUMENTS REQUIS CONCERNANT LA PHARMACIE *7*
   - *7.1. Documents remis par Mme Helena Jenzer (HJ), anc. pharmacienne cheffe 7*
   - *7.2. Documents remis par la direction 8*
8. DOCUMENTS REMIS PAR DR. MED. DOMINIQUE THORIN LORS DE SON AUDITION *9*
9. DOCUMENTS FOURNIS PAR LA DIRECTION DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES (DSAS) *9*

IV. Autres 9

VIII. Liste des personnes auditionnées

- Audition du 2 mars 2007, Dr. Méd. Luigi Mariani, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Inselspital, Bern
- Audition du 5 mars 2007, Dr. Pharm. Helena Jenzer, anc. pharmacienne cheffe
- Audition du 5 mars 2007, Mme Sophie Maillard, pharmacienne cheffe a.i.
- Audition du 12 mars 2007, Thomas Grether, journaliste au sein de l'hebdomadaire « der Beobachter »
- Audition du 13 mars 2007, Mme Ruth Lüthi, anc. Conseillère d'Etat en charge de la direction de la Santé et des Affaires sociales
- Audition du 13 mars 2007, M. Hubert Schaller, anc. Directeur de l'HCF et actuellement directeur du RHF
- Audition du 13 mars 2007, Dr. Méd. Dominique Thorin, responsable bloc opératoire et anesthésiste
- Audition du 13 mars 2007, Dr. Méd. Christof Haudenschild, consultant
- Audition du 14 mars 2007, Dr. Méd. Philippe Otten, neurochirurgien
- Auditon du 14 mars 2007, Dr. Méd. Dominique Meier, médecin chef de la clinique ORL et de la chirurgie cervico-maxilo-faciale
- Audition du 14 mars 2007, Dr. Méd. Jean-Marie Michel, médecin chef adjoint de la clinique de chirurgie
- Audition du 14 mars 2007, Prof. Dr. Méd. Panayotis Petropoulos, anc. médecin chef de la clinique de chirurgie,
- Audition du 14 mars 2007, Mme Henriette Monnier, infirmière cheffe générale
- Audition du 21 mars 2007, Prof. Dr. Méd. Lukas Kraehenbuehl, anc. Médecin chef de la clinique de chirurgie
- Audition du 10 avril 2007, Dr. Méd. Wenceslao Garcia, médecin chef de la clinique d'anesthésiologie
- Audition du 10 avril 2007, Dr. Méd. Gerhard Frankhauser, chirurgien FMH auprès de l'Hôpital de district de Tafers
- Audition du 17 avril 2007, M. André Sudan, anc. membre du Conseil d'administration de l'HCF
- Audition du 17 avril 2007, M. Claude Burgy, anc. membre du Conseil d'administration de l'HCF et membre du Conseil d'administration du RHF
- Audition du 17 avril 2007, Dr. Méd. Alain Froidevaux, médecin chef de la clinique de chirurgie de l'hôpital de district du Sud Fribourgeois
- Audition du 17 avril 2007, Dr. Méd. Anne Delaschaux, médecin cheffe de la clinique d'anesthésiologie
- Audition du 17 avril 2007, Dr. Méd. Benoît Quartenoud, médecin chef du service des soins intensifs et continus
- Audition du 17 avril 2007, Mme Isabelle Becker, infirmière cheffe instrumentaliste au sein du bloc opératoire

IX. Prises de position

- Lettre du 2 avril 2007 du Kantonspital Olten
- Lettre du 5 avril 2007 de la Garde aérienne suisse de sauvetage (REGA)
- Lettre du 18 avril 2007 du Dr. Méd. Urs Giger, anc. médecin assistant auprès de la clinique de chirurgie
- Lettres des 21 mai et 25 juin 2007 de l'Inselspital, Bern

X. Documents examinés

1. Dossiers remis par le Collège des médecins (CM) et transmis par la direction

- Historique de la clinique de chirurgie, Dr. Méd. Dominique Meier (DM), non daté
- Lettre du 16 avril 2002 du Prof. Dr. Méd. L. Kraehenbuehl (LK) à Hubert Schaller (HS)
- Lettre du 2 septembre 2004 du Conseil d'administration de l'HCF (CA) à LK
- Lettre du 30 septembre 2004 de LK au CA
- Lettre du 18 avril 2002 de HS à LK
- Document du 18 octobre 2004, CM
- PV du 10 novembre 2004, bureau du CM
- PV 16 novembre 2004, CA et CM
- Lettre du 10 novembre 2004, DM à HS
- Lettre du 30 novembre 2005, LK à CA
- Lettre du 5 janvier 2006, LK à CA
- Rapport du 30 décembre 2005, LK (structure et développement de la clinique de chirurgie)
- PV du 16 janvier 2006, CM
- PV du 16 janvier 2006, séance médecins chefs
- Lettre du 27 février 2006, Dr. Méd. Dominique Thorin (DT) à HS
- Lettre du 15 mars 2006, LK et Dr. Méd. Jean-Marie Michel (JMM) à HS
- Lettre du 28 mars 2006, JMM à DM
- Lettre du 1er mai 2006, CE R. Lüthi (RL) à DT
- Lettre du 4 avril 2006, DM à RL
- Lettre du 27 mars 2006, LK à HS
- Rapport HS, non daté
- Lettre du 11 mai 2006, DM et médecins chefs à RL
- Lettre du 23 mai 2006, DM à RL
- Lettre du 10 mai 2006, LK à RL
- Lettre circulaire du 27 novembre 2006, LK aux Hausärtzte
- Lettre de 27 novembre 2006, HS à LK
- Lettre du 21 novembre 2006, JMM à DM
- Lettre du 20 décembre 2006, LK à HS
- Lettre du 28 novembre 2006, DM au Prof. Mickael Heberer

2. Dossiers concernant la clinique de chirurgie remis par la direction

- Rapport du 11 avril 2001 de la commission du CM pour la nomination du nouveau médecin chef de la clinique de chirurgie
- Contrat de travail de droit public du 25 avril 2002 de LK
- Lettre du 26 avril 2002, LK à HS
- Lettre du 16 avril 2002, LK à HS
- Lettre du 31 janvier 2006, HS à LK
- Lettre du 28 avril 2004, LK à HS
- Lettre du 30 avril 2004, LK à HS
- Lettre du 7 mai 2004, HS à LK
- Lettre du 6 juin 2004, HS à LK
- Lettre du 13 mais 2004, LK à HS

- Lettre du 9 juin 2004, HS à LK
- Lettre du 22 juin 2004, HS à LK
- Lettre du 25 juin 2004, HS à LK
- Lettre du 8 juillet 2004, HS à LK
- Lettre du 26 août 2004, HS à RL
- Document de la clinique de chirurgie au CA concernant le projet de développement de la clinique de chirurgie à l'HCF, non daté
- Lettre du 2 septembre 2004, CA à LK
- Lettre du 30 septembre 2004, LK à CA
- PV du 16 novembre 2004, CM
- Courriel du 19 novembre 2004, LK à HS
- Lettre du 14 décembre 2005, Prof. P. Petropoulos (PP) à LK
- Lettre du 14 décembre 2005, PP à HS
- Lettre du 28 décembre 2005, LK à PP
- Lettre du 30 novembre 2005, LK à RL
- Rapport du 30 décembre 2005 concernant la structure et le développement de la clinique de chirurgie, LK à RL
- Lettre du 5 décembre 2005, LK à HS
- PV du 26 janvier 2006, séance médecins chefs
- Lettre du 23 février 2006, LK et JMM à HS
- Lettre du 24 février 2006, HS à LK et JMM
- Lettre du 6 mars 2006, LK à HS
- Lettre du 13 mars 2006, HS à LK
- Lettre du 17 mars 2006, JMM à Dr. Méd. Michel Erne
- Lettre du 17 mars 2006, LK à HS
- Lettre du 22 mars 2006, Dr. Méd. Schaefer à LK
- Courriel du 20 mars 2006, DM à HS
- Courriel du 21 avril 2006, de Mme Henriette Monnier (HM) à HS
- PV du 27 avril 2006, CA
- Lettre du 10 mais 2006, HS à CA
- Lettre du 10 mai 2006, LK à RL
- Lettre du 11 mai 2006, CM à RL
- Lettre du 17 mai 2006, Me Clerc à RL
- Lettre du 23 mai 2006, CM à RL
- Lettre du 7 juin 2006, Me Clerc à RL
- Lettre du 29 mai 2006, CA à LK
- Lettre du 28 juillet 2006, Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) à RL
- Lettre du 9 août 2006, RL à DFAE
- Courriel du 31 août 2006, LK à HS
- Lettre du 6 septembre 2006, RL à LK
- Lettre du 31 août 2006, LK à RL
- Convention du 13 septembre 2006, concernant le départ de LK, signé RL et LK
- Courriel du 11 septembre 2006, LK à HS
- Lettre du 19 septembre 2006, LK à RL
- Lettre du 28 septembre 2006, HS à LK
- Lettre circulaire du 27 novembre 2006, LK à tous les médecins du canton
- Lettre du 27 novembre 2006, HS à LK
- Lettre du 28 novembre 2006, DM et JMM à tous les médecins du canton
- Lettre du 1er décembre 2006, LK à HS
- Lettre du 28 décembre 2006, CM au Prof. Dr. Méd. Mickael Haeberer

- Courriel du 23 décembre 2006, DM à HS et médecins chefs
- Lettre du 25 janvier 2007, Me Clerc à DM

3. Extraits des PV du Conseil d'administration remis par la direction

- PV n°19 du 25 avril 2002
- PV n° 24 du 5 décembre 2002
- PV n° 28 du 28 avril 2003
- PV n°31 du 28 août 2003
- PV n°33 du 4 décembre 2003
- PV n°36 du 22 avril 2004
- PV n°37 du 28 mai 2004
- PV n°38 du 1er juillet 2004
- PV n°51 du 15 novembre 2005
- PV n°53 du 9 janvier 2006
- PV n°54 du 30 janvier 2006
- PV n°55 du 6 mars 2006
- PV n°56 du 24 avril 2006
- PV n°57 du 19 mai 2006
- PV n°62 du 9 octobre 2006
- PV n°63 du 6 novembre 2006
- PV n°64 du 7 décembre 2006

4. Documents concernant le service des urgences remis par la direction

- Lettre du 2 juin 2003, HS à LK
- Lettre du 22 novembre 2003, Dr. Méd. Lehmann à LK
- Lettres du 3 février 2004, LK à Lehmann, Kocian et CM
- Contrat d'engagement du 18 octobre 2004 Lehmann
- ACE du 26 octobre 2004
- Lettre du 14 décembre 2004, Lehmann à LK
- Lettre du 21 décembre 2004, LK à Lehmann
- Lettre du 29 décembre 2004, LK à HS
- Courriel du 21 janvier 2005, Lehmann à HS
- Lettre du 7 février 2005, Lehmann à HS
- Courriel du 15 février 2005, LK à HS
- Courriel du 15 février 2005, Claude Regamey à HS
- Courriel du 16 février 2005, HS à Lehmann

5. Documents concernant le bloc opératoire remis par la direction

- PV du 5 juin 2001, groupe de travail structure bloc opératoire
- Lettre du 25 juin 2001, CM à HS
- Lettre du 26 juin 2001, HS à CA
- Document du 22 août 2001, gestion du bloc opératoire, Dr. O. Despond, médecin chef adjoint
- Cahier des charges du 25 juin 2001 du médecin responsable du bloc opératoire
- Lettre du 25 juin 2001, HS à CA
- Cahier des charges du 11 juillet 2001 du médecin responsable du bloc opératoire

- Lettre du 11 juillet 2001, HS à CM
- Lettre du 9 décembre 2002, DT à CM
- PV du 30 décembre 2002, séance commission bloc opératoire
- PV du 9 janvier 2003, séance commission bloc opératoire
- Rapport du 10 novembre 2005, Etude d'impact de l'activité en urgence en 2005
- PV du 13 juin 2005, réunion du bloc opératoire
- PV du 24 octobre 2006, séance commission bloc opératoire
- Lettre du 1er mai 2006, RL à DT

6. Documents concernant le coaching dans la clinique de chirurgie remis par la direction

- Offre du 24 mai 2006, Dr. Méd. C. Haudenschild
- Lettre du 14 juin 2006, HS à Haudenschild
- Descriptif offre du 19 juin 2006, Haudenschild
- Check-list, Haudenschild, Führunginstrumente, non daté
- Rapport du 14 juin 2006, Haudenschild
- Lettre circulaire du 25 septembre 2006, HS à tout l'hôpital
- Résultat du 13 novembre 2006 des interviews, Haudenschild

7. Documents requis concernant la pharmacie

7.1. Documents remis par Mme Helena Jenzer (HJ), anc. pharmacienne cheffe

- Lettre du 28 août 1998, HJ à HS
- Lettre du 10 mars 1998 et annexes, HJ à HS
- Lettre du 29 novembre 2000 et annexes, HJ à Université de Fribourg
- Lettre du 5 février 2001 et annexes, HJ au pharmacien cantonal
- Lettre du 20 avril 2001, HJ à commission de la santé publique
- Lettre du 27 août 2001, HJ à CA
- Lettre du 3 septembre 2001, HJ à RL
- Lettre du 30 août 2001, HJ au pharmacien cantonal
- Lettre du 15 mars 2002, HJ aux hôpitaux fribourgeois
- Lettre du 20 août 2003, HJ à HS
- Lettre du 4 février 2004, HJ à HS
- Lettre du 13 juillet 2001, HJ à l'inspectorat romand
- Lettre du 11 septembre 2001, HJ à HS
- Lettre du 20 novembre 2001, HJ à HS
- Lettre du 14 décembre 2001, HJ à l'inspectorat romand
- Lettre du 17 décembre 2001, HJ à Novartis
- Lettre du 19 février 2002, HJ à l'inspectorat romand
- Lettre du 26 juin 2002, HJ à HS
- Lettre du 19 septembre 2002, HJ à HS
- Lettre du 4 octobre 2002, HJ à l'inspectorat romand
- Lettre du 16 mai 2004, HJ à HS
- Lettre du 16 février 2005, HJ à l'inspectorat romand
- Lettre du 6 février 2005, HJ à HS et consorts
- Lettre du 27 janvier 2005, HJ aux médecins chefs de l'HCF
- Lettre du 27 février 2001 et annexes, HJ à HS
- Lettre du 17 février 2002, HJ à HS

- Lettre du 24 juin 2004, HJ à HS
- Lettre du 23 novembre 2004, HJ à HS
- Lettre du 26 janvier 2005, HJ à HS
- Lettre du 16 janvier 2005, HJ à HS
- Lettre du 27 septembre 2005, HJ à Kohli
- Lettre du 25 février 2002, HJ à HS
- Lettre du 25 février 2000, HJ à HS
- Lettre du 11 février 2000, HJ à HS
- Lettre du 24 mai 2000, HJ à HS
- Lettre du 4 juillet 2000, HJ au pharmacien cantonal
- Lettre du 1er janvier 2002, HJ à HS
- Lettre du 4 janvier 2004, HJ à HS
- Lettre du 18 janvier 2000, HJ à RL
- Lettre du 21 janvier 2000, HJ à CM
- Lettre du 30 octobre 1997, HJ à HS
- Lettre du 17 mars 1998 et annexes, HJ à RL
- Lettre du 24 mars 2000, HJ au service d'informatique
- Lettre du 21 décembre 2000, HJ à HS
- Lettre du 18 janvier 2002, HJ à HS
- Lettre du 15 février 2001, HJ à Dr. Méd. Bosson
- Lettre du 15 février 2001, HJ au pharmacien cantonal
- Lettre du 14 mai 2001, HJ à la DSAS
- Lettre du 14 mai 2001, HJ à HS
- Lettre du 23 mai 2001, HJ à HS
- Lettre du 23 janvier 2002, HJ à la commission informatique
- Lettre du 27 novembre 2002, HJ à HS
- Lettre du 6 décembre 2002, HJ à RL
- Lettre du 12 décembre 2003, HJ à HS
- Lettre du 1er juin 2004, HJ à Perritaz
- Lettre du 28 juin 2004, HJ à CA Sudan
- Lettre du 30 juin 2004, HJ à HS
- Lettre du 4 janvier 2005, HJ à Kohli

7.2. Documents remis par la direction

- Rapport d'inspection de la pharmacie du 2 mai 2001
- Lettre du 10 décembre 2001, HS à HJ
- Lettre du 14 décembre 2001, HJ à l'inspectorat romand
- Arrêté de la DSAS du 28 décembre 2001
- Rapport d'inspection de la pharmacie du 21 août 2002
- Rapport d'inspection de la pharmacie du 12 octobre 2004
- Lettre du 16 février 2005, HJ à l'inspectorat romand
- Lettre du 3 mai 2005, inspectorat romand à HS
- Rapport d'inspection de la pharmacie du 1er décembre 2006
- Lettre du 2 février 2007, Sophie Maillard (SM) à inspectorat SO
- Lettre du 12 mai 2007 et annexes, SM à SO
- Lettre du 12 avril 2007, inspectorat SO à HCF
- Lettre du 9 mars 2007 et annexes, SM à inspectorat SO

8. Documents remis par Dr. Méd. Dominique Thorin lors de son audition

Commentaire du 27 février 2007 concernant l'article dans le journal Beobachter et annexes sur l'organisation du bloc opératoire

9. Documents fournis par la Direction de la Santé et des affaires sociales (DSAS)

Lettre du 15 décembre 2006, DSAS à Thomas Grether, rédaction Beobachter

XI. Autres

- PV de la visite du 1er mai 2007 de l'HCF (bloc opératoire, soins intensifs et continus, pharmacie)
- Mandat du RHF concernant l'audit de l'HCF
- Lettre du 21 mai 2007 du Prof. A. Tobler concernant les statistiques des interventions neurochirurgicales
- Vertrag zwischen der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg und l'Inselspitalstiftung Bern (Insel) über di Hospitalisation von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Freiburg mit medizinisch begründeter Indikation gemäss Artikel 41 Absatz 3 des KVG