

du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif aux postulats

- > **2010-GC-10 [2071.10] †Moritz Boschung-Vonlanthen / Katharina Thalmann-Bolz concernant la promotion de cabinets de groupe et de centres de soins de premier recours à la campagne**
- > **2011-GC-10 [2087.11] Nicole Lehner-Gigon / Bernadette Hänni-Fischer concernant une étude de la couverture médicale de premier recours**
- > **2013-GC-27 [2029.13] Ralph Alexander Schmid concernant le soutien de la médecine de premier recours dans les régions rurales du canton de Fribourg**

Nous avons l'honneur de vous soumettre un rapport commun concernant les postulats mentionnés en titre.

1 LES POSTULATS

1.1 Postulat 2010-GC-10 [2071.10] †Moritz Boschung-Vonlanthen / Katharina Thalmann-Bolz

Le postulat n° 2071.10 †Moritz Boschung / Katharina Thalmann-Bolz concernant la promotion de cabinets de groupe et de centres de soins de premier recours à la campagne, déposé et développé le 17 mars 2011, a été pris en considération par le Grand Conseil le 22 mars 2011. Le délai de remise du rapport a été prolongé une première fois le 3 septembre 2012, puis une seconde fois jusqu'au 31 août 2014.

En effet, la finalisation de ce rapport avait un lien étroit avec la réponse du Conseil fédéral à la motion 12.3398 Bulliard-Marbach déposée au Conseil national le 3 mai 2012. Cette motion, chargeant notamment le Conseil fédéral de soutenir la création de cabinets de groupe proposant une large palette de prestations, s'imbriquait dans la thématique du postulat 2071.10 †Moritz Boschung-Vonlanthen / Katharina Thalmann-Bolz. La décision d'adopter ou non cette motion et, le cas échéant, l'engagement de la Confédération qui en aurait résulté, étaient évidemment de nature à changer fortement la donne pour la politique cantonale et le rapport sur le postulat 2071.10 aurait nécessairement dû en tenir compte. Or la motion a finalement été refusée le 4 mars 2014 par le Conseil des Etats. L'incertitude sur ce point étant levée, le Conseil d'Etat peut maintenant donner suite au postulat en finalisant le présent rapport.

1.2 Postulat 2011-GC-10 [2087.11] Nicole Lehner-Gigon / Bernadette Hänni-Fischer

Par postulat déposé et développé le 24 mars 2011 puis pris en considération le 5 octobre 2011, les députées Nicole Lehner-Gigon et Bernadette Hänni-Fischer ont sollicité une étude quant à la possibilité d'installer ailleurs dans le canton des permanences médicales sur le modèle de celle de l'HFR Meyriez-Murten.

Il y a lieu de relever dans ce cadre que, le 28 mai 2013, le Conseil d'Etat a remis au Grand Conseil le rapport n° 63 relatif au postulat 2007.12 Jean-Pierre Siggen / Yvonne Stempfel-Horner relatif aux

orientations stratégiques à moyen et long termes de l'HFR et aux mesures dans le cadre du budget 2012. Ce rapport était accompagné du projet de développement stratégique de l'HFR 2013–2022 et d'un concept pour une permanence exploitée par l'HFR. Le Conseil d'Etat s'est alors déclaré favorable au développement de nouvelles permanences sur les sites de Riaz et Tafers, sur le modèle de celle existant sur le site de Meyriez-Murten. Il estime ainsi que ce rapport répond également aux attentes du Grand Conseil relatives au postulat 2087.11 Nicole Lehner-Gigon / Bernadette Hänni-Fischer. Il tient à soulever à nouveau dans le cadre du présent rapport le rôle incombant aux permanences et aux structures similaires mises en place par l'HFR dans le contexte de la médecine de premier recours.

1.3 Postulat 2013-GC-27 [2029.13] Ralph Alexander Schmid

Par postulat déposé et développé le 24 juin 2013, le député Ralph Alexander Schmid a invité le Conseil d'Etat à examiner les moyens et mesures permettant à l'Etat et aux communes de soutenir la médecine de premier recours dans les régions rurales du canton.

A l'instar des autres postulats cités en titre, cette intervention vise le domaine de la médecine de premier recours, sous un angle plus large toutefois. Le Conseil d'Etat, tenant à présenter un rapport complet relatif à cette thématique, a demandé et obtenu une prolongation du délai de réponse jusqu'au 31 août 2014. Aujourd'hui, il est en mesure de vous proposer une suite directe au postulat du député Schmid.

2 CONTEXTE

La définition fonctionnelle des médecins de premier recours est pratiquement unanimement reconnue et acceptée. Les médecins de premier recours sont le premier point de contact avec le système de santé. Ils et elles exercent une fonction de tri dans le cadre de laquelle est également assuré le traitement des cas urgents. Ces médecins remplissent de plus une fonction de coordination entre les prestations fournies et les soins ultérieurs dans le secteur ambulatoire ou stationnaire ainsi que les soins de longue durée. Un des atouts particuliers de la médecine de premier recours est son approche personnalisée qui prend en compte l'environnement familial et général du patient ou de la patiente. La définition des médecins de premier recours retenue dans le présent rapport est celle arrêtée par le Parlement fédéral en juin 2009 au cours des débats sur la limitation d'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Sont ainsi considéré-e-s comme médecins de premier recours les médecins avec les titres postgrades suivants : médecine générale, médecine interne comme seul titre postgrade (aujourd'hui pour les deux : médecine interne générale), médecin praticien comme seul titre postgrade, et pédiatrie.

La situation de la médecine de premier recours préoccupe les milieux professionnels et politiques depuis un certain temps déjà, ceci tant sur le plan fédéral que cantonal. Pour mémoire, le Conseil d'Etat a déjà établi en 2008 un rapport en la matière (rapport n° 88 du 19 août 2008 relatif au postulat 317.06 Christine Bulliard / Markus Bapst concernant la médecine de premier recours et les soins médicaux de base dans les régions périphériques, cité « rapport n° 88 » dans la suite de ce document), rapport dont les éléments ont été actualisés et complétés dans le cadre des réponses aux questions QA 3188.09 Michel Zadory / Claire Peiry-Kolly (manque de médecins généralistes dans le canton) et QA 3195.09 Michel Buchmann (le futur de la médecine de premier recours en question).

Au niveau fédéral, dans un rapport intitulé « situation actuelle de la médecine de premier recours », le Conseil fédéral donnait en 2005 les points suivants comme facteurs principaux du manque

d'attrait des médecins pour la médecine de premier recours : l'évolution négative de la valeur du point tarifaire et du revenu réel, la charge administrative, le risque financier, le temps de présence important, le manque de possibilités d'évolution professionnelle et le manque de prestige au sein du corps médical. Il faut également relever la préférence pour une structure établie de type hôpital ou clinique par rapport aux risques de l'exercice de la profession en tant qu'indépendant.

A partir de la session d'été 2012, l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», lancée en 2009 et transmise au Parlement par le Conseil fédéral assortie d'un contre-projet, a occupé l'agenda des Chambres fédérales. Avec le contre-projet, le Conseil fédéral a adopté un rapport « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours ». Au surplus, afin de pouvoir répondre rapidement aux requêtes légitimes en vue de renforcer la médecine de premier recours, le conseiller fédéral Alain Berset a lancé en juin 2012 le plan directeur «Médecine de famille et médecine de base». Ce plan contient trois volets :

- > Loi sur les professions médicales : introduction des objectifs de formation universitaire et postgrade pour les soins médicaux de base et la médecine de famille dans le cadre de la révision de la loi sur les professions médicales actuellement en cours ;
- > Formation et recherche : divers projets permettant de promouvoir la médecine de premier recours avec, par exemple, la création et l'augmentation des postes d'assistant au cabinet. Parmi les nouveaux projets listés dans ce cadre figure la promotion de la collaboration entre la Confédération, les cantons et les communes en matière de médecine de premier recours ;
- > Financement et approvisionnement en soins : valorisation financière de la médecine de premier recours par une révision de la liste des analyses ainsi qu'une adaptation de la structure tarifaire TARMED.

Le 27 septembre 2013, l'initiative a été retirée en faveur du contre-projet, que le Parlement fédéral avait adopté le 19 septembre 2013. Le contre-projet a ensuite été très largement accepté en votation populaire le 18 mai 2014, avec pour conséquence l'ajout de l'article 117a à la Constitution fédérale. Ce nouvel article donne le mandat politique à la Confédération et aux cantons de veiller à l'accessibilité et à la qualité des soins médicaux de base. Il donne également la compétence à la Confédération d'harmoniser la formation universitaire et la formation postgrade des spécialistes de la médecine de base en prenant en compte des aspects relevant de la politique de la santé et de l'approvisionnement en soins, de régler les conditions d'accès à la formation et d'édicter des dispositions uniformes quant aux exigences posées à l'exercice de ces professions. Cette modification de la Constitution ne produit pas de bouleversement majeur dans la répartition des compétences : alors que les cantons restent responsables de garantir les soins médicaux de base à leur population, la Confédération voit s'élargir les possibilités dont elle dispose pour harmoniser les exigences de formation et les conditions d'exercice de la profession.

Sur le plan fédéral encore, une adaptation de la structure tarifaire TARMED a été décidée afin de revaloriser la prestation intellectuelle en médecine de famille. Le Conseil fédéral a procédé par voie d'ordonnance en application de sa compétence subsidiaire, faute d'accord entre les partenaires tarifaires. L'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie crée une nouvelle position pouvant être facturée par les porteurs et les porteuses des titres de médecine interne générale, de pédiatre et de médecin praticien. Cette adjonction représente une augmentation de revenu de 200 millions par an pour ces médecins, environ 10 francs par consultation dans le canton de Fribourg à la valeur actuelle du point. Les coûts engendrés seront compensés par une diminution correspondante de la valeur en points de certaines prestations techniques. Le Conseil d'Etat, auditionné dans le cadre de la préparation de ladite ordonnance, s'est prononcé en faveur d'une meilleure rémunération des médecins de premier recours, saluant l'utilisation par la

Confédération de sa compétence subsidiaire en attendant que les partenaires tarifaires parviennent à se mettre d'accord sur une refonte de la structure tarifaire d'ici à 2015. Il a toutefois émis des réserves quant aux prévisibles effets néfastes sur le financement des hôpitaux. En effet, seuls les médecins en cabinet peuvent facturer ce nouveau point et le Conseil d'Etat a estimé le manque à gagner pour l'HFR à plus de 3 millions. L'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance a été fixée au 1^{er} octobre 2014 ; à noter que H+ Les hôpitaux de Suisse s'y est opposé en déposant deux recours.

3 LA POLITIQUE AU PLAN CANTONAL EN MATIÈRE DE MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Globalement, le Conseil d'Etat estime que l'analyse de la situation de la médecine de premier recours présentée dans le cadre du rapport n° 88 est toujours pertinente. Le présent rapport n'y revient que brièvement et se concentre sur l'éventail de mesures prises, envisagées ou écartées au niveau cantonal pour soutenir la médecine de premier recours, et ce en particulier dans les régions périphériques. Notons à titre liminaire qu'avec un ratio d'environ 0,6 pour 1000, le canton de Fribourg reste, selon les chiffres 2012 de l'Office fédéral de la statistique, en queue de peloton au niveau du nombre de médecins de premier recours par habitant.

Pour mémoire, le rapport n° 88 présentait quatre axes principaux sur lesquels le Conseil d'Etat souhaitait agir afin de soutenir la médecine de premier recours. En premier lieu, le Conseil d'Etat se proposait de prêter main forte à la réorganisation des services de garde en cas d'impulsion provenant des partenaires concernés, soit la Société de médecine du Canton de Fribourg (SMCF) et le HFR. Le deuxième point visait avant tout la formation à la médecine de premier recours avec comme composantes principales l'introduction d'une 3^e année de médecine à l'Université de Fribourg et le développement d'un programme d'assistantat au cabinet sur le modèle romand. Le Conseil d'Etat insistait par ailleurs sur la nécessité de traiter le problème de la pénurie de médecins de premier recours au niveau intercantonal et national, un vœu exaucé notamment par la mise sur pied d'un masterplan en médecine de famille et médecine de base par le DFI et l'OFSP en juin 2012. Dans un troisième point, le Conseil d'Etat notait l'évolution de la médecine de premier recours et des habitudes des patients et des patientes. Ainsi, le modèle traditionnel du cabinet individuel au village ne semble plus d'actualité et l'organisation de la médecine de premier recours doit évoluer pour répondre aux besoins d'une population toujours plus mobile. De plus, il faut compter avec une tendance des patients à se rendre plus facilement aux services d'urgences des hôpitaux pour bénéficier d'une prise en charge qu'ils estiment souvent plus complète. Différentes pistes étaient évoquées, notamment la concentration des médecins de premier recours dans des cabinets de groupe installés dans des communes d'une certaine taille et desservant une région ou le recours à une centrale téléphonique afin de faciliter le tri des urgences et désengorger le système par une orientation optimale des patients et des patientes. Le quatrième et dernier axe était celui de l'incitation financière, notamment le subventionnement des infrastructures ou les exonérations partielles et temporaire d'impôt lors de l'installation en cabinet privé.

3.1 Mesures concernant la formation

3.1.1 Formation universitaire

L'introduction d'une 3^e année de médecine à l'Université de Fribourg en collaboration avec l'HFR venait tout juste d'être décidée au moment de la publication du rapport n° 88. Ouverte à la rentrée 2009/2010, cette année supplémentaire de formation à Fribourg a rencontré un vif succès. 80

étudiants et étudiantes y ont pris part en 2011 et la capacité a été augmentée à 96 places dès la rentrée 2012/2013.

Dans l'idée de renforcer encore la place de Fribourg dans la formation des médecins et avec pour objectif d'agir concrètement sur la pénurie de médecins de premier recours dans le canton et ailleurs en Suisse, la DICS et la DSAS ont mandaté en juillet 2013 l'Université de Fribourg et l'HFR afin qu'ils effectuent en commun une étude de faisabilité relative à la création d'un Master en médecine humaine à Fribourg. Ce faisant, le Conseil d'Etat a tenu l'engagement pris dans le cadre de sa réponse du 16 avril 2013 à la motion 1017.12 déposée par le député Ralph Alexander Schmid. L'étude de faisabilité, maintenant terminée, a été présentée au Conseil d'Etat en juin 2014. Un résumé de ce document est joint au présent rapport.

L'étude réalisée a démontré que, sous réserve de l'octroi des importantes ressources nécessaires à sa concrétisation, l'introduction d'un Master en médecine à l'Université de Fribourg pourrait être intéressante pour le canton, mais impliquerait également des incidences financières très importantes. Le programme ébauché dans le cadre de l'étude est novateur de par son angle d'enseignement partant du médecin de famille. Il exposerait les médecins en formation à tous les défis rencontrés par le ou la généraliste, permettant ainsi une familiarisation avec la profession. Il viserait également l'acquisition d'une multitude de compétences telles que la communication, le raisonnement économique ou le travail et la gestion d'équipe, autant d'outils indispensables pour les médecins de famille de demain. Quand bien même ce programme de Master proposerait une nouvelle approche de par son orientation en médecine de famille, il devra remplir les exigences des examens fédéraux de médecine afin de favoriser une reconnaissance rapide de la filière. De petites volées de 40 étudiants et étudiantes seraient propices à un enseignement personnalisé et à la création d'un climat optimal d'apprentissage et d'échanges. Ce programme entraînerait également une valorisation de la médecine de famille ainsi que la création d'un poste de professeur-e dans ce domaine. Un tel poste, le deuxième en Suisse seulement, amènerait avec lui des activités de recherche dont cette spécialisation manque actuellement. L'attractivité de l'HFR en tant qu'employeur en serait influencée positivement.

Ensuite, un tel projet serait un outil bénéfique pour lutter contre la pénurie de médecins de famille dans le canton de Fribourg. Il a été constaté qu'une valorisation de la profession, un encouragement systématique par le biais de programmes orientés sur la médecine de famille, ainsi qu'un enseignement par des médecins de famille charismatiques acquis à la cause peuvent déterminer jusqu'à 60% des étudiants et étudiantes de Master à choisir cette voie pour leur formation postgrade (contre une moyenne suisse de 15% actuellement). Sur des volées de 40 personnes, cela représente 20 à 25 diplômé-e-s par année qui s'engageraient dans une formation postgrade en médecine de famille. Même s'il est difficile de déterminer avec précision combien de ces spécialistes de la médecine de premier recours s'établiront ensuite dans le canton, l'expérience montre qu'une proportion intéressante de médecins choisit de s'installer dans la région de leur formation universitaire ou postgrade. Ainsi, il est raisonnable d'estimer l'établissement de nouveaux et nouvelles médecins de famille sur sol fribourgeois à une dizaine par année, uniquement du fait de la création de ce nouveau programme de Master.

Finalement, il faut encore noter que ce projet s'inscrirait parfaitement dans la stratégie de l'Université et le développement planifié de la Faculté des sciences. Augmentant l'attractivité de la prise en charge à l'HFR, il serait également en harmonie avec le projet de développement stratégique de l'HFR 2013–2022.

Même si l'étude de faisabilité effectuée aboutit à des conclusions encourageantes, des analyses complémentaires sont nécessaires avant de pouvoir décider de l'élaboration d'un projet concret de Master en médecine à l'Université de Fribourg. Si ce projet aboutissait, il ferait office de véritable pont entre le programme de Bachelor désormais complet de l'Université et les possibilités de formation postgrade, notamment l'assistantat au cabinet. La cohérence du système en renforcerait la crédibilité et cette continuité favoriserait le choix de la médecine de famille chez les jeunes médecins.

L'étude réalisée décrit sommairement les différents moyens financiers qu'il serait nécessaire d'affecter à une telle réalisation. Le budget opérationnel avec les 3 années de Master se déroulant simultanément est estimé à 12–13 millions de francs par année. Des coûts uniques sont à prévoir pour l'installation initiale d'environ 3.5 millions de francs. Il convient de déduire des coûts opérationnels annuels les apports financiers attendus dans le cadre de l'Accord intercantonal universitaire (AIU), et qui se montent à environ 5 millions de francs par année, laissant un solde de coûts prévisible annuel de 7–8 millions de francs (sans bâtiments). A ces dépenses annuelles s'ajouterait un investissement initial en infrastructures (bâtiment) estimé à près de 45 millions de francs. Compte tenu des perspectives budgétaires actuelles et de la nécessité d'effectuer des analyses complémentaires, le Conseil d'Etat avisera en temps voulu de la suite à donner à ce projet.

3.1.2 Formation postgrade : assistantat au cabinet

L'assistantat au cabinet est considéré comme un des éléments-clefs pour lutter contre la pénurie de médecins de premier recours. Proposé depuis plusieurs années, ce type de formation a une multitude d'effets positifs sur le développement professionnel des futur-e-s médecins. Source de motivation intense alors que le passage de la clinique au cabinet est souvent jugé périlleux, cette période d'assistantat permet de susciter des vocations et de confirmer des orientations. Elle est un outil très utile pour la planification de la suite des études puisqu'elle donne l'occasion d'identifier les lacunes de la personne en formation. Elle permet aussi d'acquérir « sur le terrain » certaines aptitudes indispensables à l'exercice de la profession de médecin de premier recours que même la meilleure des préparations en clinique ne peut dispenser. Cette pratique a des effets bénéfiques sur la qualité des médecins de premier recours, sur la motivation des médecins à embrasser la carrière de médecin de famille et sur le lieu où les médecins vont ensuite s'installer. Des études ont en effet démontré que les médecins ont tendance à s'établir dans l'endroit où ils ont effectué leur formation, à plus forte raison la partie postgrade de celle-ci.

Sur le plan fédéral, la motion 12.3398 «pénurie de médecins de famille » (cf. point 1.1. ci-dessus) déposée par la conseillère nationale fribourgeoise Christine Bulliard-Marbach visait, outre à encourager la réunion des médecins de premier recours en cabinet de groupe, à favoriser la création de places de stages en cabinet par le biais d'incitations financières. Le Conseil des Etats a rejeté la motion, sa commission de la sécurité sociale et de la santé étant parvenue à la conclusion que des mesures adéquates à ce sujet avaient déjà été prises dans les cantons, ceux-ci mettant à disposition suffisamment de places de stage en cabinet pour l'ensemble de la Suisse. Quand bien même l'occupation et la répartition de celles-ci n'étaient pas encore optimales, il n'était pas nécessaire que la Confédération se substitue aux cantons pour régler ce point.

Au niveau cantonal, l'Etat soutient financièrement depuis 2010 un programme d'assistantat au cabinet médical. Le salaire de l'assistant ou de l'assistante est ainsi actuellement couvert à hauteur de 80%, les 20% restant étant à la charge du cabinet formateur accrédité. Les cabinets médicaux intéressés à accueillir des assistants ou assistantes ont été soigneusement sélectionnés (actuellement 24 ont reçu une habilitation) sur la base de critères établis par la commission de formation de la

SMCF, tandis que les candidats et candidates aux places d'assistantat ont été retenu-e-s parmi les médecins-assistants et assistantes en formation à la clinique de médecine interne de l'HFR. L'opportunité d'accueillir et de former de jeunes collègues, de présenter les spécificités de la médecine de famille et ses défis, de contribuer à assurer la relève, le tout associé à un modèle de financement attractif, sont autant d'éléments qui expliquent l'intérêt des médecins établi-e-s pour ce programme. Les résultats déjà obtenus sont prometteurs: parmi les huit médecins-assistants et assistantes ayant accomplis un stage auprès d'un ou d'une médecin de premier recours, quatre se sont déjà installé-e-s dans le canton pour y exercer cette profession et trois ont indiqué vouloir suivre le même chemin. Sur la base de cette évaluation et constatant que les retours des personnes ayant bénéficié du programme sont très positifs, le Conseil d'Etat vient de décider de l'élargissement du projet d'assistantat au cabinet médical, passant de 3 places actuellement à 4 dès 2016 et à 5 places dès 2018. Chaque place étant partagée entre deux médecins-assistants et assistantes à raison de 6 mois chacun ou chacune, ce ne seront pas moins de 10 personnes qui pourront se former en cabinet médical chaque année dès 2018. Les montants alloués permettront aussi à des médecins de familles en formation d'effectuer une partie de leur assistantat dans des domaines spécialisés tels que la dermatologie, des postes inaccessibles pour eux sans soutien financier car ils sont habituellement réservés aux médecins se destinant à cette spécialité. De plus, la création d'un poste de médecin coordinateur ou coordinatrice, comme cela se pratique dans tous les autres cantons romands et à Berne, est à l'étude. Ce poste-clef pourra améliorer considérablement l'efficacité et la visibilité du programme d'assistantat au cabinet dans le canton de Fribourg. Ce coordinateur aura notamment pour tâche de présenter le programme fribourgeois à l'extérieur du canton mais également auprès des étudiants de Bachelor de l'Université de Fribourg. Véritable référent tant pour les étudiants que pour les cabinets qui participent au programme, il permettra également de trouver les candidats intéressants pour occuper les places mises à disposition et d'assurer un suivi complet pour la qualité du programme.

La portée positive de l'assistantat au cabinet médical sur la relève est encore renforcée si le cabinet en question est celui d'un groupe de médecins. En effet, les interactions sont multipliées et les possibilités d'échanges avec plusieurs référents et référentes renforcées. Ce mode de formation bénéficierait ainsi largement d'une évolution de la structure traditionnelle des cabinets individuels vers des cabinets collectifs.

3.2 Mesures de soutien à l'établissement

3.2.1 Soutien à l'établissement par cautionnement

Une réflexion a été menée quant à la pertinence et la possibilité pour l'Etat de soutenir l'ouverture de cabinets de groupe ou centres de soins en campagne par un financement direct. Outre le fait qu'un tel financement nécessite une base légale, il est de nature à créer des inégalités de traitement à l'intérieur du corps médical ; de plus, son efficacité n'est pas documentée.

Cela étant, un médecin souhaitant s'établir devra la plupart du temps avoir recours à l'emprunt pour financer son installation. Bien que les possibilités d'obtenir des prêts existent et que les médecins formulant une demande dans ce sens obtiennent généralement les fonds dont ils ont besoin, les institutions qui les octroient requièrent parfois un cautionnement. Si tel est le cas, et même s'il n'existe pas en l'état de structure particulière pour le cautionnement des cabinets médicaux, les médecins peuvent se tourner vers des organismes prévus pour le cautionnement des PME, notamment vers la Coopérative Romande de Cautionnement – PME et son antenne fribourgeoise fondée par la Promotion économique du Canton de Fribourg, l'Union patronale et la Chambre de Commerce. Le Canton est impliqué dans cette institution pour un montant de 1 million de francs et

ses intérêts y sont représentés par la Promotion économique. Cette coopérative octroie, sur la base de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les aides financières aux organisations de cautionnement en faveur des petites et moyennes entreprises, la garantie d'emprunts bancaires jusqu'à 500 000 francs pour tous types de projets, notamment la reprise et la création d'entreprises, l'acquisition de machines, l'achat d'immeubles commerciaux ou le financement de fonds de roulement. Elle s'adresse aussi bien aux indépendants et indépendantes qu'aux entreprises artisanales, industrielles ou commerciales, qu'elles soient existantes ou en création. Le demandeur de cautionnement doit présenter un plan de gestion et démontrer ses capacités à mener son projet à terme. Par la garantie qu'elle octroie, elle permet à des petites et moyennes structures d'obtenir des crédits bancaires à des taux nettement inférieurs à ceux de prêts commerciaux. En cas de défaillance de la personne ayant contracté le prêt, la coopérative rembourse l'emprunt bancaire et assume, grâce à des fonds propres mis à disposition par les cantons partenaires, 35% du montant remboursé. Les 65% restant sont couverts par la Confédération.

Ce type d'instrument constitue ainsi une réponse appropriée dans les cas où les médecins souhaitant s'établir auraient des difficultés à obtenir un prêt de la part d'une banque. Il permet une réponse à la problématique du risque financier lié à l'établissement en cabinet, une des causes relevées par le Conseil fédéral dans son rapport de 2005 pour expliquer la pénurie de médecins de premier recours. Afin d'éviter la multiplication des instruments de soutien et pour ne pas diluer les montants à disposition, il est préférable d'encourager les médecins désirant s'établir à recourir aux structures de financement existantes plutôt que d'en créer de nouvelles. Ceci était déjà la position défendue par le Conseil d'Etat dans sa réponse au postulat 2079.10 Gabrielle Bourguet / Christian Ducotterd en septembre 2010.

3.2.2 Soutien des communes

Au titre de soutien financier à l'établissement de médecins de premier recours, il faut également relever l'effort de certaines communes louant à des médecins souhaitant établir un cabinet des locaux dont elles sont propriétaires. Les médecins disposent ainsi de conditions avantageuses et de plus de ressources pour équiper leur environnement de travail.

D'autres projets dans le canton ont mis en évidence les différents rôles que pouvaient jouer une commune pour encourager des médecins de premier recours à s'établir sur son sol. Dans certaines communes, les autorités ont appuyé l'intégration de locaux susceptibles d'accueillir des cabinets médicaux dans des projets de construction d'immeubles abritant des appartements pour seniors.

C'est le lieu de rappeler le rôle essentiel qu'ont à jouer les communes et les associations qu'elles composent pour permettre l'exploitation favorable de synergies entre des projets de leur ressort et la médecine de premier recours.

3.3 Mesures concernant la garde

Bien qu'un médecin ou une médecin de premier recours s'installant dans le canton bénéficie rapidement d'une clientèle nombreuse, certains obstacles freinent les médecins fraîchement diplômé-e-s à choisir notre canton pour s'établir. Un de ces obstacles est un système de garde très exigeant, principalement dans les régions périphériques.

Ce système ancré à l'article 95 al. 1 de la loi sur la santé prévoit que les personnes exerçant une profession médicale universitaire sont astreintes aux services de garde de manière à garantir la couverture des besoins en soins de la population. L'organisation de ce service de garde est confiée à la SMCF (art. 95 al. 2 de la loi sur la santé).

En l'état, le canton de Fribourg dispose de 6 cercles de garde correspondant aux districts (sauf la Glâne et la Veveyse ne formant qu'un cercle) avec des spécificités propres à chaque cercle. Un numéro d'appel cantonal existe mais n'est pas utilisé par la Singine, la Broye et le Lac qui disposent de leurs propres numéros. Ce numéro cantonal est géré par la centrale 144 qui transmet ensuite par SMS les informations concernant le ou la patiente au médecin de garde. En fonction de la situation que le patient ou la patiente lui décrit par téléphone, le ou la médecin de garde le ou la renseigne directement par téléphone, le ou la convoque à son cabinet, se déplace vers cette personne, lui envoie le médecin spécialiste de garde ou organise l'intervention d'une ambulance.

3.3.1 Tri téléphonique

Un projet de tri téléphonique était inclus dans l'avant-projet de loi sur les urgences préhospitalières mis en consultation en 2011. Celui-ci prévoyait un numéro unique pour les cercles de garde et les urgences des hôpitaux, dévié en soirée et la nuit vers la centrale d'une société de télémédecine. Là, un assistant ou une assistante en télémédecine évalue la situation à l'aide de différents protocoles et oriente le patient ou la patiente vers la réponse appropriée à son problème de santé. En fonction de la gravité du cas, l'assistant-e organise la prise en charge par le médecin traitant durant les heures ouvrables, transfère l'appel au médecin ou à la médecin de garde, oriente le patient ou la patiente vers les urgences ou mobilise la centrale 144. Si nécessaire, le patient ou la patiente peut également profiter d'une consultation téléphonique par un ou une médecin de la société de télémédecine. Ce système peut entraîner une baisse de sollicitation des médecins de garde de l'ordre de 30 à 35% grâce au tri effectué, voire 60 à 65% en cas de consultation téléphonique effectuée directement par un ou une médecin.

La réorganisation des urgences à l'HFR a toutefois fait diminuer la nécessité d'un tel service, du moins pour ce qui concerne la médecine adulte. A noter encore que suite aux récents développements concernant la mise en place d'un SMUR fribourgeois, le projet de loi sur les urgences préhospitalières tel que mis en consultation a été abandonné. Certaines idées accueillies favorablement durant la consultation, notamment la création d'un réseau de médecins de premier recours d'urgence dans des régions périphériques et le tri téléphonique, sont actuellement analysées pour voir dans quelle mesure leur mise en œuvre ultérieure reste pertinente.

3.3.2 Service de garde dans les locaux de l'HFR

Des discussions pour permettre aux médecins indépendants d'effectuer leur service de garde dans des locaux hospitaliers sont en cours et l'HFR s'est déclaré favorable à l'instauration d'une collaboration dans ce sens. Plutôt que de recevoir à leur cabinet les patients ou les patientes faisant appel au service de garde, les médecins de premier recours pourraient être intégrés à la structure hospitalière. Un tri effectué avant la prise en charge permettrait d'orienter le patient soit vers le service d'urgence de l'hôpital, soit vers le médecin de garde. Facilitant l'exercice de la garde pour les médecins installés, ce système est également avantageux pour le service d'urgence hospitalier puisqu'il est déchargé des cas ne nécessitant pas le recours à des médecins urgentistes ou à un équipement lourd et qu'il peut ainsi concentrer ses forces sur les cas pour lesquels cela est nécessaire. Ce modèle a fait ses preuves dans d'autres cantons.

Cette collaboration peut être mise sur pied une fois les questions de responsabilité et d'honoraires réglées. Il faut également tenir compte des différences régionales puisque les besoins sont différents d'un endroit à l'autre du canton dès lors que le nombre de médecins participant au tournoi de la garde et donc la charge de travail induite varient grandement.

Un système transitoire a été mis en place sur le site de Riaz. Durant la journée, si les urgences de l'hôpital sont surchargées, elles peuvent aiguiller une partie de leurs admissions concernant des cas ne nécessitant pas une prise en charge sur le site vers le médecin installé effectuant la garde pour la Gruyère. En retour, la garde de nuit est effectuée par l'hôpital et seul un service de piquet est assuré par les médecins établis (intervention sur demande de la gendarmerie, dans les homes et pour les levées de corps), ce qui représente une charge nettement moins lourde pour eux. Cette solution a été trouvée pour répondre rapidement au besoin de décharger les médecins de garde et dans l'optique de la mise sur pied future d'une maison médicale de garde à Riaz. Elle fonctionne depuis 2010 à la satisfaction des partenaires.

3.4 Prise en charge des urgences à l'HFR

Le service des urgences du site de Fribourg du HFR dispose depuis 2011 d'une filière rapide nommée « filière 34 ». Destinée à recevoir les patients souffrant de situations semi-urgentes à non-urgentes (degrés 3 et 4), elle permet de soulager massivement les structures nécessaires à l'accueil des urgences vitales. Ainsi, en journée, elle absorbe entre un tiers et la moitié de la patientèle s'adressant aux urgences du site de Fribourg.

Cette solution a été mise sur pied par l'HFR en peu de temps pour pallier à une patientèle toujours plus nombreuse et s'adressant à l'hôpital, faute d'avoir un médecin de famille, pour des consultations urgentes mais ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin urgentiste. L'HFR s'est montré par ailleurs disposé à collaborer avec les médecins exerçant leur profession de manière libérale afin d'exploiter au mieux les compétences de chacun des partenaires et de réduire les charges de travail respectives.

3.5 Permanences à l'HFR

Depuis la rédaction du rapport n° 88 en 2008, la première permanence du canton de Fribourg a ouvert ses portes à l'HFR Meyriez-Murten en 2009, conformément à la réorientation stratégique du site et pour répondre à un manque de médecins de premier recours dans cette région. Les objectifs de cette unité médicale sont les suivants : (1) traiter les patients et les patientes ayant besoin d'un traitement d'urgence mais ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale ; (2) offrir les premiers soins aux patients et patientes qui ne peuvent pas bénéficier d'un traitement complet sur le site et les adresser à l'institution appropriée pour la suite de la prise en charge ; (3) décharger les médecins généralistes des urgences qui ne concernent pas directement leur clientèle ou leur domaine d'activités. En plus de ces objectifs, l'activité de la permanence Meyriez-Murten englobe pour une charge de travail équivalente à 60% EPT une fonction de « médecin de famille », en proposant des consultations pour des patients et patientes qui n'ont pas de médecin généraliste installé. Une évaluation réalisée par l'HFR en 2011 a démontré une hausse de la fréquentation durant les deux premières années de fonctionnement de la structure ainsi qu'un taux de satisfaction haut des patients et patientes y ayant recours. A cette occasion, les médecins du Lac interrogé-e-s ont considéré dans leur majorité la permanence comme une institution partenaire ne leur faisant pas concurrence mais les déchargeant. Ils et elles ont noté une bonne et agréable collaboration. Le rapport relève aussi qu'il serait envisageable à terme d'associer à la permanence des médecins généralistes exerçant de manière libérale.

Selon la planification stratégique 2013–2022 de l'HFR, de nouvelles permanences sur le modèle de celle de Meyriez-Murten pourraient voir le jour à Fribourg, Tafers et Riaz en fonction des missions attribuées aux différents sites de l'HFR et des besoins en médecine de premier recours dans ces régions. Le site de Billens ne présente pour sa part pas la masse critique suffisante et pourrait

accueillir un centre médical régional, sur le même modèle que celui en cours d'installation à Châtel-St-Denis (voir 3.6).

Le développement de permanences est un moyen de répondre à la pénurie de médecins de premier recours mais il doit s'inscrire dans la logique de la planification hospitalière.

3.6 Collaboration avec des partenaires privés et les associations de communes – Centre de santé à Châtel-St-Denis

Un bon exemple de la combinaison de différentes mesures favorisant la médecine de premier recours et de collaboration entre les différents acteurs est la réaffectation des locaux laissés libres par l'HFR à Châtel-St-Denis. Ces immeubles, exploités jusqu'au 30 avril 2014, sont revenus en propriété de l'association de communes Réseau Santé Social de la Veveyse (RSSV), comme le prévoit la loi sur l'hôpital fribourgeois. Concrètement, le projet sur ce site est l'installation d'un centre médical au rez-de-chaussée du bâtiment. La coordination des actions des différents acteurs sur ce site a été confiée au RSSV, avec pour objectif de permettre l'exploitation des synergies entre le cabinet médical et les parties du bâtiment occupées par le RSSV, notamment au niveau de l'infrastructure informatique ou du personnel. La mise sur pied de ce projet a nécessité l'engagement d'une personne, un poste financé par l'Etat à hauteur de 50 000 francs. Les médecins qui occuperont le centre loueront les locaux au RSSV et pratiqueront à titre privé. De son côté, l'HFR organisera des consultations de chirurgie, d'orthopédie ainsi que des consultations pré- et post-opératoires par ses propres spécialistes au même endroit. Il assurera également le fonctionnement et la maintenance d'un équipement de radiologie à disposition des médecins installés. Quatre médecins de famille viendront rejoindre le médecin établi auparavant dans le centre à l'horizon mai 2015. La collaboration entre le centre médical et l'HFR est avantageuse pour la population de la région avec pas moins de quatre nouveaux médecins de premier recours en activité. Elle est également bénéfique pour tous les partenaires, à savoir les médecins installés qui bénéficient tant d'un équipement de pointe que de locaux pour leur pratique, l'HFR qui peut maintenir un lien fort avec le sud du canton et les communes qui disposent d'un centre médical efficace pour la région.

Un projet similaire serait envisageable en collaboration avec le Réseau Santé de la Glâne pour le site de Billens, et le Conseil d'Etat a d'ores et déjà annoncé qu'il était prêt à s'engager financièrement pour soutenir ce développement en finançant un poste de chef ou cheffe de projet, comme il l'a fait en Veveyse. Les centres de santé sur ce modèle sont attractifs pour les médecins de premier recours puisqu'ils permettent le travail en cabinet de groupe et la collaboration avec le réseau hospitalier cantonal. Ils sont de plus idéalement configurés pour recevoir en formation des médecins-assistants et assistantes.

4 CONCLUSION

Le Conseil d'Etat s'engage ainsi fortement en faveur de la médecine de premier recours dans les domaines qui ressortent de sa compétence. Il encourage l'arrivée sur sol fribourgeois de nouveaux médecins de premier recours bien formés et aptes à exercer cette fonction en dispensant une formation universitaire et postgrade de qualité. De plus, il offre, dans la limite de ses compétences et de ses possibilités d'intervention, les conditions-cadres nécessaires pour rendre l'exercice de la profession de médecin de premier recours attractive.

Après avoir augmenté le nombre de places disponibles de la filiale Bachelor, il examine activement l'opportunité d'ouvrir une filiale de Master en médecine humaine à l'Université de Fribourg. Ces

actions, couplées avec la possibilité financée actuellement par l'Etat à hauteur de 80% d'effectuer de l'assistantat au cabinet médical, favorisent l'établissement de jeunes médecins de premier recours qualifié-e-s dans notre canton pour les années à venir en leur offrant un cursus complet et de qualité à Fribourg.

Soucieux de garantir, dans la mesure du possible, un exercice attractif de la profession, le Conseil d'Etat appuie les démarches visant à alléger la charge représentée par la garde à laquelle sont astreints les médecins de premier recours.

Subsidiairement et par le biais de l'HFR, le Conseil d'Etat s'engage pour la création de permanences à proximité des hôpitaux en étendant dans le cadre de la planification hospitalière le modèle de Meyriez-Murten à d'autres sites. Le Conseil d'Etat est prêt à financer également un chef de projet pour la mise sur pied d'un centre médical à Billens, comme il l'a fait à Châtel-St-Denis. A ce titre, le Conseil d'Etat relève que la collaboration entre tous les acteurs publics et privés est indispensable pour parvenir à des solutions cohérentes et aptes à répondre tant aux besoins de la population qu'aux attentes des professionnels.

Le Conseil d'Etat entend poursuivre les projets en cours, voire soutenir au besoin de nouvelles mesures en faveur de la médecine de premier recours, le cas échéant en collaboration avec la Confédération et les autres cantons, tout en tenant compte des possibilités et des perspectives financières de l'Etat.

Nous vous invitons à prendre acte de ce rapport.

Annexe : Résumé de l'étude de faisabilité du Master en médecine humaine à Fribourg