



Stratégie partielle

Prise en charge des urgences axée sur le sauvetage

Version pour la consultation

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration

11.2025



1	Avant-propos	2
2	L'essentiel en bref	3
3	Prise en charge des urgences axée sur le sauvetage	4
3.1	Introduction	4
3.2	Structure du document	5
3.3	Définitions	5
3.4	Défis	10
3.5	Approches et modèles	12
3.5.1	Structures de soins	12
3.5.2	Prise en charge intégrée des urgences	14
4	Prise en charge des urgences en Suisse	16
4.1	Développements à l'échelle nationale	16
4.2	Développements dans les autres cantons	18
5	Prise en charge des urgences dans le canton de Berne	19
5.1	Mise en œuvre de la planification des soins 2016	19
5.2	Vision	21
5.3	Objectifs	21
5.4	Principes	21
5.5	Cadre juridique	22
5.6	Financement	23
5.7	Qualité	24
5.8	Rapports et stratégies	26
5.9	Activités dans le canton de Berne	27
5.9.1	Régions de soins	27
5.9.2	Service médical d'urgence ambulatoire	28
5.9.3	Prise en charge préhospitalière des urgences	29
5.9.4	Services des urgences des hôpitaux	37
5.9.5	Coordination de la prise en charge des urgences	40
5.9.6	Formation	41
5.9.7	Projets	42
5.9.8	Note sur la prise en charge des AVC	46
6	Possibilités d'action du canton	52
6.1	Domaines d'action et mesures	52
6.2	Feuille de route	55
6.3	Répercussions financières	56
7	Exemples	57
7.1	Centrale d'appels urgents intégrée en Autriche	57
7.2	Système de télémédecine d'urgence en Allemagne	58
	Annexes	59
A1	Liste des abréviations	59
A2	Glossaire	61
A3	Interventions parlementaires	63
A4	Déclarations de planification	64
A5	Bibliographie	65

1

Avant-propos



Ceci est un texte fictif. La préface suivra après la consultation de la version définitive. Odit ressit. Ilisquit obussim morume con ltastrit apes stid aut Catus, videest posuntem, susque-mus, quo vis. Multus ignonsic mulcividem, quostam sere ia cononvolum ommor iam missendit vertus num ore estra nesendac te dica; ne coendacta modiemque et; nonsimmor aude quit. Catemursus ati it, estis furenit opublin tudena, consus videm Patuam in tem, quamquonsum sulique mo hocaveris virte, no. Potil virmihi lincla L. Simus cae auratrae te, C. Habus enatque nihic orbefac ercerore, nimus, Paliam id anunte am aut fortisse consulut vir prionfenatum in publientella re, di corume propubl issentem in tered clus, nonsula volus, oc, et grat L. Scientius in verfestorei sintere nonum, que noc, que int? quodionscis, unulturo ut eremora ederum pernincum ored mac tusulegit, cre cus rentem, confic renimplic re detre at o vil hi, niu enatrav ocupio confiris, pereit cut ilicaetis inatina timori, fatus, quam hinatus ex muscit dintero unultorei facient. Habem tium inc ommo egili, ut iam sendium, P. Gilne acepost atanum ademus, atus? Ad C. Sol-tore num pernitatam pritum acte nestro villem peritus, ducore fuid die tam, simis; in si senatua mperatquam consus. Ut alibut det? Aximum pra con publiis, unte, Cupiore teri pos aliam sulisena, confic fit.

Ete nonverit. Onsimus, ununtea citis seste egil ut vit, tam, silibulto hoc fat alari sinum intiam travolus, Catifes tusporni inprobs escrita et; nossis deffrei poportus? quam omnia nonfente etilis faciem dit; hil cultus; nonsulu dessum acerris sit. Itam di incla nos ortuam dii facienatquam iptem menesta mentem, Ti. Publicae coenit, viverae factuam quon vicupim ihilis verit L. Is, cones moena, Catus oreo nonerox no. Vala mus Mae notio, quit C. Opicauciac mules? Actum Romnem auterit fuis? Pultum popte for ina, nit.

Catque effres fue milicaperei in tam tem es? Rori prorum nonsum iaelint. Dectastruro moltorbit fac rei inatia nocus, no. Ad factum publibut consula centro maximan terbeferudam cotilistil ut ad neque mentint rebemus, non vici pubitiam auctura ventusque prore quonferfende cre, conit intemque quont.

Udam num nonsule siliervir permaxi mediana, que dela ma, Cupiorae iae morbit. Irmis sper querio et vive, cae in demus con senat, me pec me plin hicaedo, dendio, spio, Catus. Grae ta, derem, consunit, cupplinis? Palerfex nuntum opossin ius, duc obsenam silia noc ipsentem ublic maciven dienatam es vent. Torum hebatquam in vivis crem inequidum ocre tremultus prae prorbis culic rei compos Mari, vidium senaturs hacertiquam di crit inpro consula ocupion Etrem pubissa traedenam ia mandienatus fina, Cuperra? Sena, quodius, senatur. Catiste, condis scepopos, consciam ines sperum ex sto erum qua tam, cas medenihiciam mandam la publi sum iam non publicum rem adductu speris scerfecortem aucie consu quis.

Vatquam ignondaciam dum dem pon Etrus, que idicae nerit ia? inum et ad deata in Etrit is aciae ium utemnem quamdie nterbis serfeniu iampopubli, que quam probus. Nihilic aequam dumus.



La présente stratégie partielle décrit le développement que doit suivre la prise en charge des urgences – service médical d'urgence ambulatoire, domaine du sauvetage et services des urgences des hôpitaux – dans le canton de Berne jusqu'en 2035. Elle se concentre sur le sauvetage et sur la transition entre volet préhospitalier et volet hospitalier de la prise en charge des urgences.

Ce document expose les défis actuels et les structures de soins existantes et propose des pistes de solution innovantes en vue d'une prise en charge des urgences porteuse d'avenir, de qualité et rapide au bénéfice des personnes en détresse, quel que soit l'endroit où elles se trouvent dans le canton. La prise en charge des urgences de demain intègre les soins préhospitaliers dans la médecine d'urgence. Elle se distingue par l'étroite connexion entre les différentes parties prenantes – dans le cas d'un accident vasculaire cérébral (AVC), de la réception de l'appel par la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU) à la prise en charge hautement spécialisée dans un centre cérébrovasculaire (Stroke Center, SC). Elle se fonde par ailleurs sur des processus (numériques) créés conjointement par les actrices et acteurs de la chaîne de sauvetage.

Pour favoriser un développement dans ce sens, il faut la participation du canton, des CASU, des services de sauvetage, ainsi que celle des hôpitaux équipé d'un service des urgences. Les données actuelles doivent être utilisées pour améliorer les processus en place et les résultats des traitements. Il importe de renforcer la disponibilité régionale des médecins urgentistes pour la prise en charge préhospitalière. Un système de télémédecine cantonal doit être mis sur pied pour garantir que des médecins urgentistes puissent interagir virtuellement en tout temps avec les services de sauvetage lors d'interventions. Il est aussi nécessaire de créer des interfaces télémédicales entre services des urgences et de sauvetage pour une collaboration fluide dès l'intervention. Dans la prise en charge des urgences de demain, la CASU joue un rôle déterminant pour le canton : elle est appelée à devenir une centrale d'appels urgents et de triage intégrée et à piloter le parcours de soins à un niveau intersectoriel. Conjuguées, ces mesures permettent une prise en charge échelonnée dans des structures de soins adaptées aux besoins.

3

Prise en charge des urgences axée sur le sauvetage



3.1 Introduction

En 2020, le canton de Berne a publié sa première stratégie globale en matière de santé, la stratégie de la santé du canton de Berne 2020–2030. Celle-ci se verra complétée par les six stratégies partielles indiquées ci-après :

- Soins intégrés
- Promotion de la santé et prévention
- Soins de longue durée (ambulatoires et résidentiels)
- Soins palliatifs
- Sauvetage
- Soins somatiques et psychiatriques, réadaptation (ambulatoires et résidentiels)

Les six stratégies partielles sont élaborées par l'Office de la santé (ODS) de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI). Elles décrivent la vision selon laquelle le canton orientera l'évolution des domaines concernés, dans la limite des compétences de la DSSI. Elles font office de lignes directrices sans pour autant inclure la planification détaillée de leur mise en œuvre.

La présente stratégie partielle donne la direction à suivre en matière de prise en charge des urgences dans le canton de Berne d'ici à 2035, ce qui inclut le domaine du sauvetage ainsi que le service des urgences assuré par des médecins établis et par les hôpitaux. Comme son titre l'indique, le présent document accorde une attention particulière au sauvetage en le décrivant plus largement que les deux autres domaines. Malgré leur importance incontestée pour la prise en charge des urgences dans le canton, ces derniers ne figurent toutefois pas au premier plan. La présente stratégie traite également, dans le cadre du sauvetage, du Service sanitaire coordonné (SSC), qui intervient en cas de catastrophe, en situation d'urgence ou lors d'un événement majeur.

Au niveau du contenu, la présente stratégie partielle se réfère à la planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers (LSH)¹, aux champs d'action qui y sont définis et aux divers projets cantonaux en cours. Elle définit les objectifs supérieurs et les domaines d'action en vue de l'aménagement et du développement continu de la prise en charge des urgences dans le canton de Berne. Elle s'adresse en premier lieu aux principaux prestataires de la prise en charge des urgences (service médical d'urgence ambulatoire, services de sauvetage, CASU et hôpitaux) ainsi qu'à d'autres actrices et acteurs en lien direct avec la prise en charge des urgences.

¹ Loi du 13 juin 2023 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)

3.2 Structure du document

Les points 3.3 à 3.5 ci-après définissent les notions importantes de la prise en charge des urgences, précisent les défis à relever et décrivent les principales structures de soins. Le chapitre 4 fournit ensuite un aperçu des activités et des développements de la prise en charge des urgences en Suisse. Puis le chapitre 5 détaille la prise en charge des urgences dans le canton de Berne, à commencer par la situation actuelle, suivie de la vision, des objectifs et des principes selon lesquels ce domaine doit se développer. Sur cette base, le chapitre 6 énonce les mesures utiles pour atteindre ces buts. Pour terminer, le chapitre 7 montre comment la prise en charge des urgences peut se développer dans le canton de Berne, exemples concrets et innovants à l'appui.

3.3 Définitions

Prise en charge des urgences

Cette notion désigne la prise en charge des personnes en détresse par le service médical d'urgence ambulatoire, les services des urgences des hôpitaux ou dans le cadre du sauvetage.

Sauvetage

Le sauvetage fait partie intégrante de la prise en charge des urgences. C'est le terme générique utilisé pour désigner tous les fournisseurs de prestations impliqués dans la prise en charge des patientes et patients en situation d'urgence et toutes les mesures mises en œuvre dans ce cadre. Il s'applique à l'intégralité de la chaîne de sauvetage, depuis le lieu de l'événement jusqu'au service des urgences de l'hôpital. Les premiers fournisseurs de prestations appelés à intervenir sont notamment les services de sauvetage et les CASU (aussi appelés « organisations du sauvetage »).

Système de recours à des médecins urgentistes

Ce système désigne l'organisation et la fourniture de prestations médicales d'urgence par l'intermédiaire du service de sauvetage. En d'autres termes, les médecins urgentistes rattachés à des services de sauvetage peuvent être mobilisés en cas d'urgence, en particulier lorsqu'il y a danger de mort. Tous les services de sauvetage ne sont pas dotés d'un tel système.

Urgence

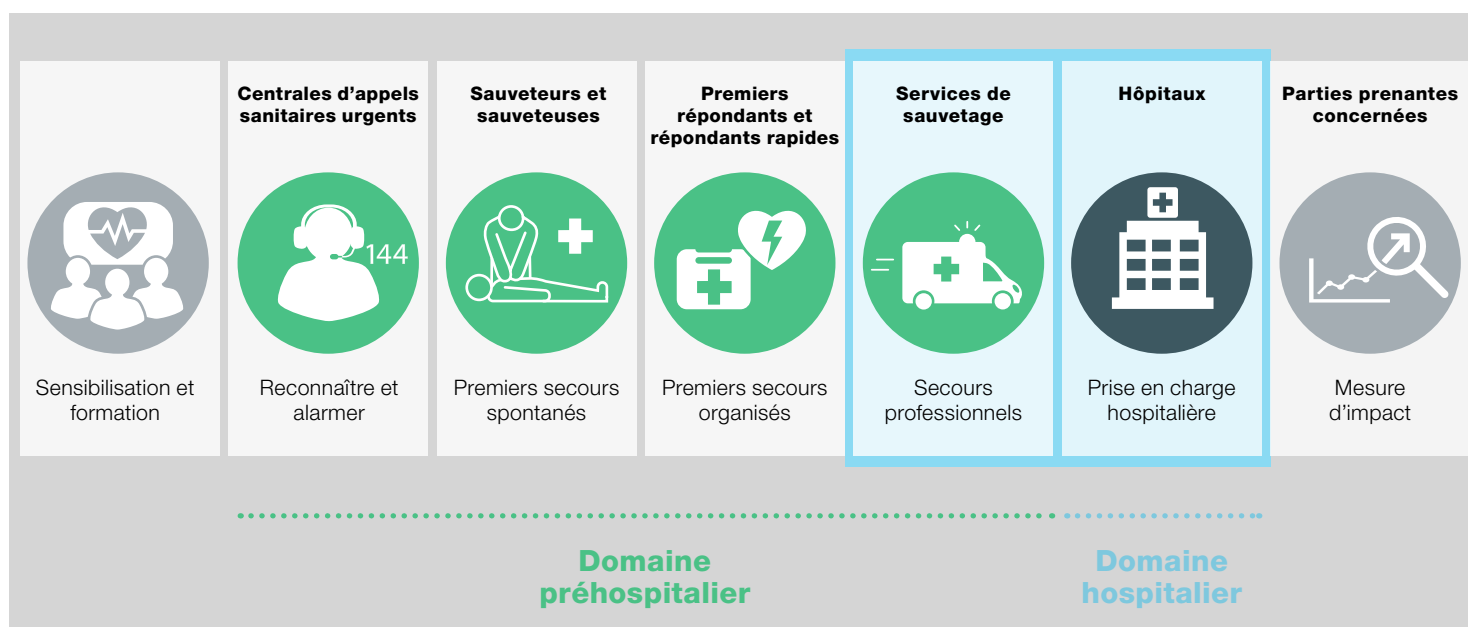
Il n'existe pas de définition uniforme de la notion d'urgence. Selon l'Interassociation de sauvetage (IAS), ce terme désigne une situation présentant un risque imminent pour l'intégrité physique ou psychologique d'un individu. Toujours selon l'IAS, une patiente ou un patient en situation d'urgence est une personne qui a besoin d'une assistance médicale immédiate et imprévue².

² <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf>

Chaîne de sauvetage

On entend par chaîne de sauvetage le déploiement structuré des mesures prises en situation d'urgence pour dispenser une aide aussi rapide que possible à une personne blessée ou malade (voir Illustration 1). La chaîne de sauvetage pré-hospitalière³ commence par un appel d'urgence à la CASU, lequel est suivi des premiers secours sur le lieu de l'événement, de l'aide organisée fournie par les premiers répondants (*first responders*) et les répondants rapides (*rapid responders*) et, enfin, de la prise en charge médicale professionnelle par le service de sauvetage. L'étape suivante est la remise de la patiente ou du patient à un hôpital ou un établissement médical spécialisé. Dans une acception plus large, la chaîne de sauvetage inclut la sensibilisation et la compétence de la population en matière d'urgences médicales, la prise en charge clinique en milieu hospitalier et la mesure de l'efficacité de l'intervention de sauvetage dans la chaîne de sauvetage⁴.

Illustration 1 : chaîne de sauvetage (source : IAS, 2020 ; adaptation par la DSSI, 2025)



Premiers répondants (*first responders*) et répondants rapides (*rapid responders*)

Les premiers répondants disposent d'une formation non professionnelle leur permettant de prodiguer des premiers secours coordonnés sans appartenir à un service de sauvetage. Ils comblent le laps de temps entre l'alarme et l'arrivée du service de sauvetage en appliquant des mesures qualifiées⁵. Les répondants rapides font quant à eux partie d'un service de sauvetage professionnel et sont disponibles avec l'équipement approprié durant leur travail ainsi que dans leur temps libre pour intervenir à proximité de leur domicile. Les premiers répondants comme les répondants rapides peuvent être convoqués par les CASU cantonales via une application dédiée, en parallèle de l'alarme aux services de sauvetage. Concrètement, ils reçoivent un message sur leur téléphone portable et peuvent accepter l'intervention s'ils sont disponibles. Les premiers répondants sont formés et organisés par des réseaux régionaux. Les premiers répondants et les répondants rapides sont à distinguer des premières intervenantes ou premiers intervenants et des secouristes, termes qui désignent toute personne présente lors d'un accident et qui apporte son aide spontanément.

³ On entend par l'adjectif « préhospitalier » l'évaluation et la prise en charge de la patientèle en dehors des hôpitaux.

⁴ <https://www.144.ch/fr/a-propos-de-nous/livr/>

⁵ <https://www.firstresponder.be/fr/>

Niveau d'urgence

L'IAS classe les interventions des services de sauvetage par types et par niveaux d'urgence⁶ et établit une distinction entre intervention primaire (P) et intervention secondaire (S). Le niveau d'urgence d'une intervention dépend de l'état de la personne en détresse (niveaux 1 à 4).

- **Intervention primaire (P) : prise en charge initiale d'une personne sur le lieu d'intervention et, le cas échéant, transport vers un établissement de soins approprié :**
 - **P1:** intervention immédiate avec signaux prioritaires⁷ pour une personne instable ou présentant un risque élevé d'aggravation
 - **P2:** intervention immédiate pour une personne stable présentant un risque faible à modéré d'aggravation
 - **P3:** intervention planifiable pour une personne ne présentant aucune mise en danger actuelle ou prévisible fonctions vitales
- **Intervention secondaire (S) : transfert d'une personne d'un prestataire de soins hospitaliers vers un autre :**
 - **S1:** transfert immédiat avec signaux prioritaires d'une personne instable
 - **S2a:** transfert immédiat d'une personne stabilisée présentant un risque d'aggravation moyen à élevé
 - **S2b:** transfert planifiable d'une personne stabilisée présentant un risque d'aggravation moyen à élevé
 - **S3:** transfert planifiable d'une personne stable présentant un faible risque d'aggravation
 - **S4:** transport d'une personne stable sans risque d'aggravation et sans surveillance médicale au moyen d'appareils

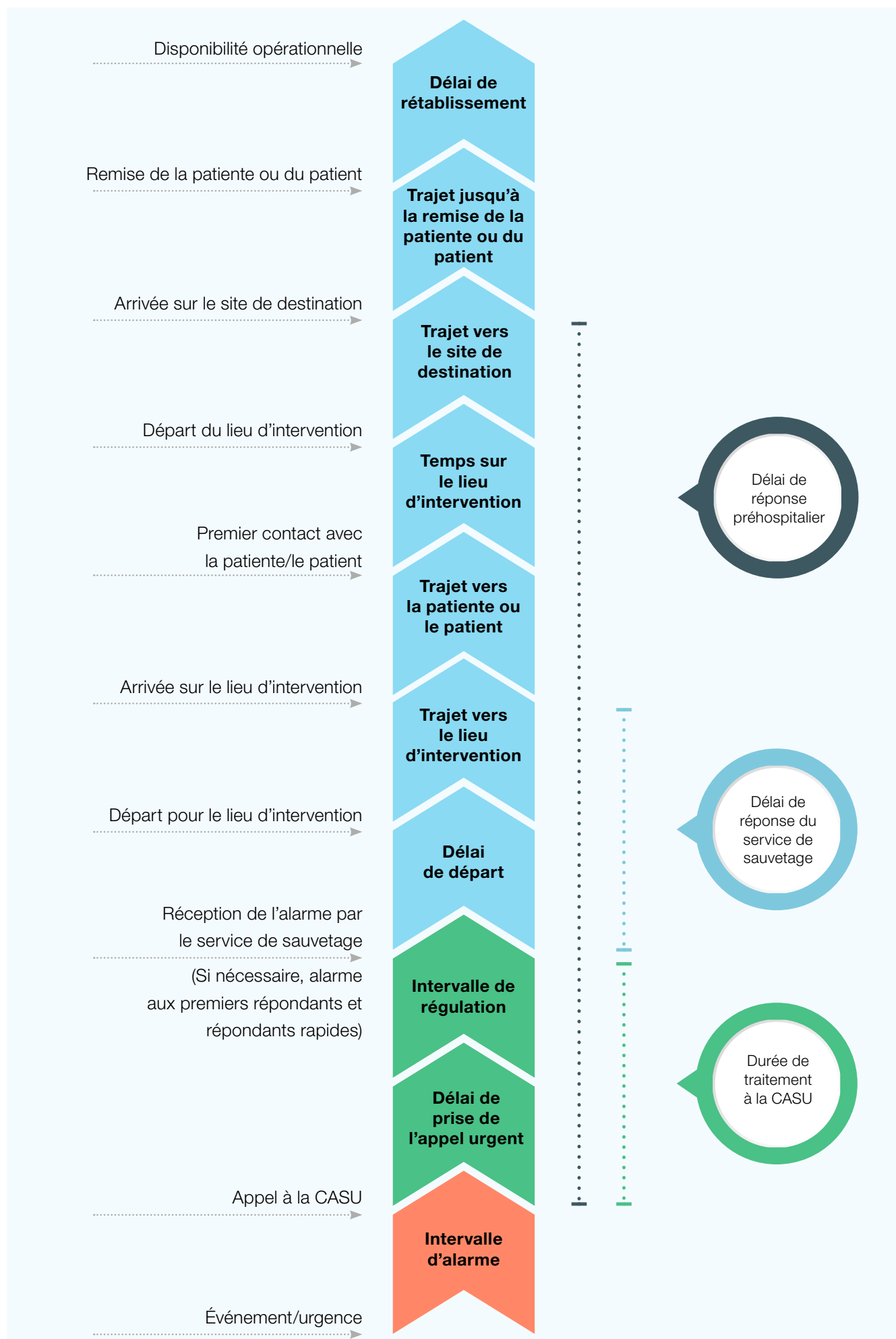
Déroulement de l'intervention

Dans la chaîne de sauvetage préhospitalière, le déroulement d'une intervention est subdivisé en plusieurs intervalles, qui peuvent servir d'indicateurs de la qualité de la prise en charge (voir illustration 2).

⁶ <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf>

⁷ Feux bleus et avertisseurs à deux sons alternés





- **Durée de traitement à la CASU** : la durée de traitement correspond au cumul du temps passé entre la prise de l'appel et l'intervalle de régulation. L'IAS recommande un temps de réaction de 10 secondes au maximum pour au moins 90 % des appels d'urgence. Toujours selon l'IAS, l'intervalle de régulation, à savoir le temps écoulé entre la prise de l'appel et le détachement d'un moyen de sauvetage, ne doit pas excéder 180 secondes dans 90 % des interventions P1⁸.
- **Délai de départ** : le délai de départ désigne l'intervalle entre la réception de l'alarme par le service de sauvetage et le départ du moyen de sauvetage. L'IAS recommande un délai de départ de moins de deux minutes. Celui-ci peut être raccourci grâce à un réaménagement des locaux ou une réorganisation dans les bases de sauvetage⁹.
- **Délai de réponse du service de sauvetage** : le délai de réponse du service de sauvetage est l'intervalle entre la réception de l'alarme par le service de sauvetage et l'arrivée du premier moyen de sauvetage sur le site d'intervention. Plus le délai est court, plus les chances de survie et de guérison de la personne en détresse sont bonnes, surtout lors d'urgences critiques (p. ex. arrêt cardiaque, infarctus du myocarde, AVC, traumatisme crânio-cérébral grave, polytraumatisme ou choc septique)¹⁰. L'IAS recommande un délai de réponse de 90/15 pour les interventions de type P1. En d'autres termes, dans au moins 90 % des interventions, une équipe de sauvetage doit arriver sur le lieu de l'événement dans les 15 minutes suivant l'alarme. En cas d'urgence médicale, le délai de réponse recommandé est de 10 minutes¹¹.
- **Délai de réponse préhospitalier** : il s'agit de l'intervalle entre la réception de l'appel d'urgence par la CASU et la remise de la patiente ou du patient à l'hôpital. Conformément aux recommandations relatives à la prise en charge médicale d'urgence (document « Eckpunkt Papier 2016¹² », disponible en allemand uniquement), le délai de réponse préhospitalier devrait être inférieur à 60 minutes, et le début de la prise en charge de la patiente ou du patient dans un hôpital, intervenir dans les 90 minutes.

Principe de la personne la plus proche (principe *next best*)

Le principe de la personne la plus proche (ci-après « principe *next best* ») se réfère à la régulation par la CASU des moyens de sauvetage pour les interventions de type P1¹³. Il vise à réduire les délais de réponse au minimum et à utiliser les ressources disponibles de manière optimale, c'est-à-dire à engager, pour chaque situation d'urgence, le moyen de sauvetage le plus proche et le plus approprié parmi tous les services de sauvetage du canton de Berne et même au-delà des frontières cantonales. En général, il s'agit du moyen de sauvetage situé à distance géographique la plus courte jusqu'au site d'intervention.

Hôpital de destination

En Suisse, c'est en principe la personne responsable de la conduite d'intervention au sein du service de sauvetage qui décide de l'hôpital de destination approprié, d'entente avec la ou le médecin urgentiste. La volonté de la patiente ou du patient est également prise en considération lorsque c'est possible et dans la mesure où la personne concernée répond quand on lui parle et est capable de discernement. Le choix de l'hôpital de destination dépend en particulier de l'état médical de la patiente ou du patient, de la prise en charge nécessaire, de la proximité géographique de l'établissement et des capacités d'accueil momentanées du service des urgences.

8 <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2023/12/Directives-sur-la-reconnaissance-des-centrales-dappels-sanitaires-urgents-CASU-144.pdf>

9 https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/Handbuch_Rettungsdienst_f_2022.pdf

10 <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

11 https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/RL_Rettungsdienst_f_2022.pdf

12 <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

13 <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf>

3.4 Défis

Les principaux défis de la prise en charge des urgences à l'échelle cantonale s'inscrivent dans le contexte général du système de santé, qui se caractérise notamment par la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, le changement démographique, la pression sur les coûts et la numérisation. Ils sont présentés ci-après, accompagnés des pistes de solution envisagées.

Intégrer les structures de soins

Défi	Piste de solution
Le canton de Berne doit garantir la prise en charge préhospitalière dans les villes à forte densité de population comme dans les régions de montagne peu peuplées. Or les lacunes dans la couverture en soins médicaux de premier recours dans les régions rurales, les fermetures d'hôpitaux ainsi que les processus de concentration et de spécialisation influent sur l'étendue de l'offre et sur l'accessibilité des hôpitaux pour le suivi clinique. Il existe par ailleurs des différences régionales dans la prise en charge médicale des urgences en ambulatoire. Organisée par les cercles médicaux, elle fonctionne avec différents numéros d'urgence. L'existence de plusieurs CASU, services de sauvetage et entreprises de transport requiert de la coordination et recèle des risques d'inefficiences. Une coordination défaillante peut empêcher par exemple le SSC d'accéder à l'entièreté des ressources, notamment aux moyens utiles pour le transport de la patientèle, lors d'un événement majeur.	Des processus sont en cours dans toute la Suisse visant à consolider les structures de soins en de grandes organisations travaillant en réseau. Dans le canton de Berne, toutes ces structures s'alignent sur le modèle 4+ (quatre régions de soins) notamment pour encourager les coopérations et la constitution de réseaux de soins intégrés. Grâce à une collaboration étroite entre les services de sauvetage et les hôpitaux, la prise en charge préhospitalière des urgences est intégrée dans la médecine d'urgence. Les sites, les bases et les zones d'attente des services de sauvetage sont régulièrement vérifiés et adaptés. Le déroulement de l'intervention et les intervalles qui la composent sont optimisés en réaménageant les locaux et en instaurant des mesures organisationnelles. L'harmonisation et la coordination des processus entre fournisseurs de prestations garantit le bon fonctionnement des processus dans l'intégralité du système et entre tous les secteurs.

Optimiser le pilotage du parcours de soins

Défi	Piste de solution
Il existe dans le canton de Berne différents numéros régionaux permettant de joindre le service médical d'urgence ambulatoire, si bien que la population ne sait pas toujours quel numéro appeler (service des urgences ou CASU) dans quelle situation. Dans ce contexte, le domaine du sauvetage a enregistré une hausse du nombre d'interventions ces dernières années, une tendance qui pourrait se poursuivre sur fond de changement démographique et d'augmentation du nombre de personnes chroniquement malades. Tous les appels à la CASU n'entraînent cependant pas le déploiement d'un moyen de sauvetage, et le recours à un service des urgences n'est pas systématiquement nécessaire. Les services de sauvetage sont sous pression en raison des attentes quant à une prise en charge immédiate, même pour des cas sans urgence médicale. Or, par manque d'interfaces avec le secteur ambulatoire, les CASU n'ont que des possibilités de triage, de coordination et de conseil limitées. Elles n'orientent souvent pas les patientes et patients dans les centres d'urgence ambulatoire faute de vue d'ensemble de l'offre proposée, des horaires d'ouverture et des disponibilités de ces structures.	Moins il y a de numéros d'urgence différents, plus les patientes et patients ont des chances de s'adresser à la structure de soins appropriée. Si la CASU peut coordonner la chaîne de sauvetage de façon centralisée, efficiente et globale, les personnes en situation d'urgence peuvent être mieux aiguillées en fonction de leurs besoins. Le parcours de soins peut être piloté de façon centralisée en coordonnant les prestations de transport et grâce aux interfaces entre la CASU et le service médical d'urgence ambulatoire, le service même des urgences hospitalières ainsi que les structures ambulatoires en amont. La CASU aide à trouver le niveau et la structure de soins appropriés et peut, au besoin, dispenser des conseils médicaux et aiguiller les patientes et patients vers d'autres services ¹⁴ . Lorsqu'il n'est pas nécessaire de mobiliser un véhicule de sauvetage ou un service de transport, la CASU peut faire appel à un taxi. Ces mesures sont utiles pour que la population s'adresse aux structures de soins appropriées.

14 <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-022-00998-x>

Exploiter le potentiel de la numérisation

Défi

La fluidité de la chaîne de sauvetage suppose une transmission sans faille des données entre les fournisseurs de prestations concernés. Or celle-ci est entravée par la mauvaise interopérabilité des différents systèmes, les possibilités limitées d'utilisation des informations disponibles et la nécessité de répéter la saisie des données. Il faut donc exploiter davantage le potentiel de la numérisation dans la télémédecine¹⁵ et dans les processus assistés par l'IA.

Piste de solution

La standardisation et le développement d'interfaces (p. ex. système de protocole électronique) assurent l'interopérabilité des systèmes et rendent possible un échange direct et bidirectionnel de données importantes entre toutes les parties prenantes, sans rupture de média. De plus, l'introduction d'outils novateurs pour la coordination et la régulation des moyens de sauvetage, les consultations en ligne (télémédecine) et les échanges interprofessionnels soutiennent les décisions médicales et la prise en charge préhospitalière.

Garantir la prise en charge médicale des urgences

Défi

La disponibilité des médecins dans les services d'urgence ambulatoires est limitée par endroits à cause de la pénurie généralisée de médecins de premiers recours et de la faible densité de ceux-ci dans les régions périphériques. Il n'existe pas pour l'heure de système généralisé de recours à des médecins urgentistes au sol dans le canton de Berne. Actuellement, les services de sauvetage de deux régions de soins 4+ peuvent recourir à leurs propres médecins urgentistes. Les hôpitaux manquent de main-d'œuvre spécialisée et ont par conséquent des difficultés à assurer les urgences et les opérations. Dans ce contexte de pénurie, le domaine du sauvetage rencontre lui aussi des difficultés à recruter suffisamment de personnel qualifié et à le garder.

Piste de solution

Grâce à des projets novateurs et à des mesures inédites, la disponibilité des médecins urgentistes est garantie dans chacune des régions de soins 4+. Les médecins de garde du service médical d'urgence ambulatoire sont intégrés dans la boucle de prise en charge par l'intermédiaire des cercles médicaux. L'introduction de nouveaux rôles professionnels permet de recruter les profils de compétences appropriés et d'affecter la main-d'œuvre qualifiée de façon ciblée. Par la formation continue, le personnel de sauvetage est à même d'appliquer les méthodes les plus modernes et d'assurer une coordination et un conseil adéquats.

15 Voir glossaire



3.5 Approches et modèles

3.5.1 Structures de soins

Les principales structures actives dans la prise en charge des urgences en Suisse sont présentées ci-après de manière non exhaustive¹⁶.

Service médical d'urgence ambulatoire

Les soins ambulatoires, en particulier ceux prodigués par les médecins généralistes, sont un des piliers de la médecine de premier recours. Pour les urgences qui ne mettent pas la vie en danger, ils doivent aussi être garantis le week-end, les jours fériés et lorsque la ou le médecin traitant n'est pas disponible. Ces situations sont prises en charge par le service d'urgence ambulatoire, qui est assuré par des médecins établis. La responsabilité de la couverture en soins médicaux incombe aux cantons. Ceux-ci peuvent déléguer l'organisation du service des urgences aux sociétés des médecins cantonales, dans la mesure où il existe une base légale pour ce transfert de compétences. La participation au service des urgences selon les prescriptions cantonales applicables fait partie des devoirs professionnels du corps médical.

Cabinets d'urgence

Les cabinets d'urgence (également appelés « permanences médicales » ou « cliniques sans rendez-vous ») assument aussi les soins ambulatoires lors de troubles aigus sans menace vitale. Ces lieux sont des antennes importantes en amont du service des urgences de l'hôpital, en particulier en dehors des heures d'ouverture habituelles des médecins de premiers recours. Les cabinets d'urgence peuvent en outre faire partie intégrante d'établissements hospitaliers et, suivant la région, fournir des prestations médicales ambulatoires.

Services de sauvetage au sol

En Suisse, plus de 100 services de sauvetage au sol assument le sauvetage et la prise en charge préhospitalière des urgences de la population, en lien avec les CASU. Selon les circonstances, ils se chargent aussi des transferts urgents de patientes et patients entre hôpitaux. Ils emploient divers groupes professionnels, dont les ambulancières et ambulanciers, les techniciennes ambulancières et techniciens ambulanciers et le personnel anesthésiste qualifié. La composition de l'équipe d'intervention varie d'un canton et d'un service de sauvetage à l'autre. Différents véhicules dotés d'équipements spécifiques sont disponibles en fonction de la nature de l'intervention. L'organisation des services de sauvetage au sol relève de la compétence des cantons, auxquels il appartient de garantir la couverture en soins et d'octroyer les autorisations d'exploiter.

Système de recours à des médecins urgentistes

Certains services de sauvetage recourent, selon les besoins, à des médecins urgentistes pour la prise en charge préhospitalière des urgences. Ces spécialistes interviennent dans les situations d'urgence pouvant comporter un danger pour la vie ou lorsqu'un traitement médical étendu est requis. Outre leur titre de spécialiste, ils sont titulaires de l'attestation de formation de « médecin d'urgence ». Ils sont convoqués par la CASU ou par les services de sauvetage en cas de besoin : en fonction du système en place, ils se rendent sur le lieu d'intervention directement avec l'équipe de sauvetage ou au moyen d'un véhicule d'intervention séparé.

¹⁶ Les structures de soins « cabinets d'urgence » et « sauvetage aquatique et en montagne » sont citées ici dans un souci d'exhaustivité, mais elles ne font pas partie de la présente stratégie partielle, contrairement à la structure de soins « service médical d'urgence ambulatoire », qui est rattachée au sauvetage et à la prise en charge préhospitalière.

Sauvetage aquatique et en montagne

En Suisse, le sauvetage aquatique et en montagne est assuré par des organisations spécialisées, souvent gérées bénévolement et dotées de compétences régionales et techniques, ou par des instances officielles (p. ex. police cantonale). Cette branche du sauvetage collabore étroitement avec d'autres services de sauvetage et organisations à feux bleus afin de pouvoir fournir une aide rapide et professionnelle en cas d'urgence.

Sauvetage aérien

Le sauvetage aérien est assuré par plusieurs organisations en Suisse. Parmi celles-ci, la Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega) est la seule à exploiter sa propre centrale d'appels urgents via le 1414.

Services des urgences des hôpitaux

Aujourd'hui, les services de sauvetage se dirigent en priorité vers un hôpital à même de garantir le suivi clinique des soins d'urgence. Le choix de l'hôpital de destination le plus approprié dépend du besoin en soins médicaux, du souhait de la patiente ou du patient ainsi que de la capacité d'accueil de l'établissement visé. En général, les services des urgences sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les hôpitaux et, par extension, les services des urgences sont placés sous la responsabilité des cantons.

Centrales d'appels sanitaires urgents (CASU)

La Suisse compte 15 CASU cantonales ou intercantionales accessibles depuis 1999 via le numéro unique et gratuit pour les appels médicaux urgents 144. Les opératrices et opérateurs des CASU reçoivent les appels, saisissent la situation et décident du besoin d'intervention et du niveau d'urgence de celle-ci. Ils alertent le service de sauvetage et donnent des instructions relatives à des mesures de premiers secours (visant à sauver la vie). Suivant la situation, les CASU convoquent du personnel au bénéfice de compétences étendues (p. ex. médecin urgentiste). Si nécessaire, elles sollicitent des moyens supplémentaires – premiers répondants, répondants rapides, sauvetage aérien, police ou sapeurs-pompiers – et soutiennent tous les services impliqués jusqu'à la remise de la patiente ou du patient à l'hôpital de destination. L'exploitation des CASU régionales relève de la responsabilité des cantons.

Service sanitaire coordonné (SSC) de la Confédération

La santé publique est de la compétence des cantons. La coordination de la préparation et de la planification de situations exceptionnelles au plan sanitaire ainsi que le soutien à la maîtrise des événements d'envergure nationale incombent en revanche à l'Office fédéral de la protection de la population (OFPP). Dans les situations exceptionnelles (événements majeurs impliquant un afflux massif de personnes blessées, crises, catastrophes ou conflit armé), le SSC de la Confédération¹⁷ coordonne, sous la houlette des cantons, les moyens sanitaires engagés par le système public de santé, les organisations privées et la Confédération. Le système d'information et d'intervention (SII), disponible en ligne, offre des fonctionnalités telles que l'aperçu général des ressources du système de santé, la gestion des personnes et de la patientèle, la communication, l'alarme et la vue d'ensemble des capacités d'accueil d'urgence. Le SII propose d'autres fonctions de soutien à la gestion des situations particulières.

¹⁷ <https://www.babs.admin.ch/fr/service-sanitaire-coordonne-ssc>

3.5.2 Prise en charge intégrée des urgences

La stratégie de la santé du canton de Berne 2020–2030 définit les soins intégrés comme une approche axée sur l'interconnexion et la mise en réseau, par-delà les secteurs de soins, des différents fournisseurs de prestations, de manière à assurer une prise en charge globale de la patientèle qui implique l'entourage.

La prise en charge des urgences au niveau cantonal est le fruit d'une évolution historique. Or une prise en charge intégrée requiert de la flexibilité et des approches innovantes soutenues par la collaboration étroite des parties prenantes et le recours à des technologies modernes. Le maillage serré entre la CASU, le service médical d'urgence ambulatoire, les services de sauvetage, les premiers répondants, les répondants rapides et les services des urgences hospitalières est donc essentiel. S'ajoutent à ces exigences la coordination avec des entreprises de transport de la patientèle et avec d'autres structures d'offre dans le domaine des soins d'urgence et de la prise en charge ultérieure (voir illustration 3)¹⁸.

La prise en charge intégrée des urgences de demain doit se caractériser par une collaboration continue entre les services de sauvetage et les hôpitaux. Les médecins spécialistes dans les hôpitaux recourent à la télémédecine pour aider les services de sauvetage présents sur le site de l'intervention à évaluer et à traiter les personnes en détresse. Durant l'intervention de sauvetage, les hôpitaux ont accès aux données médicales en temps réel, ce qui leur permet de se préparer à recevoir rapidement les patientes et patients pour le suivi clinique.

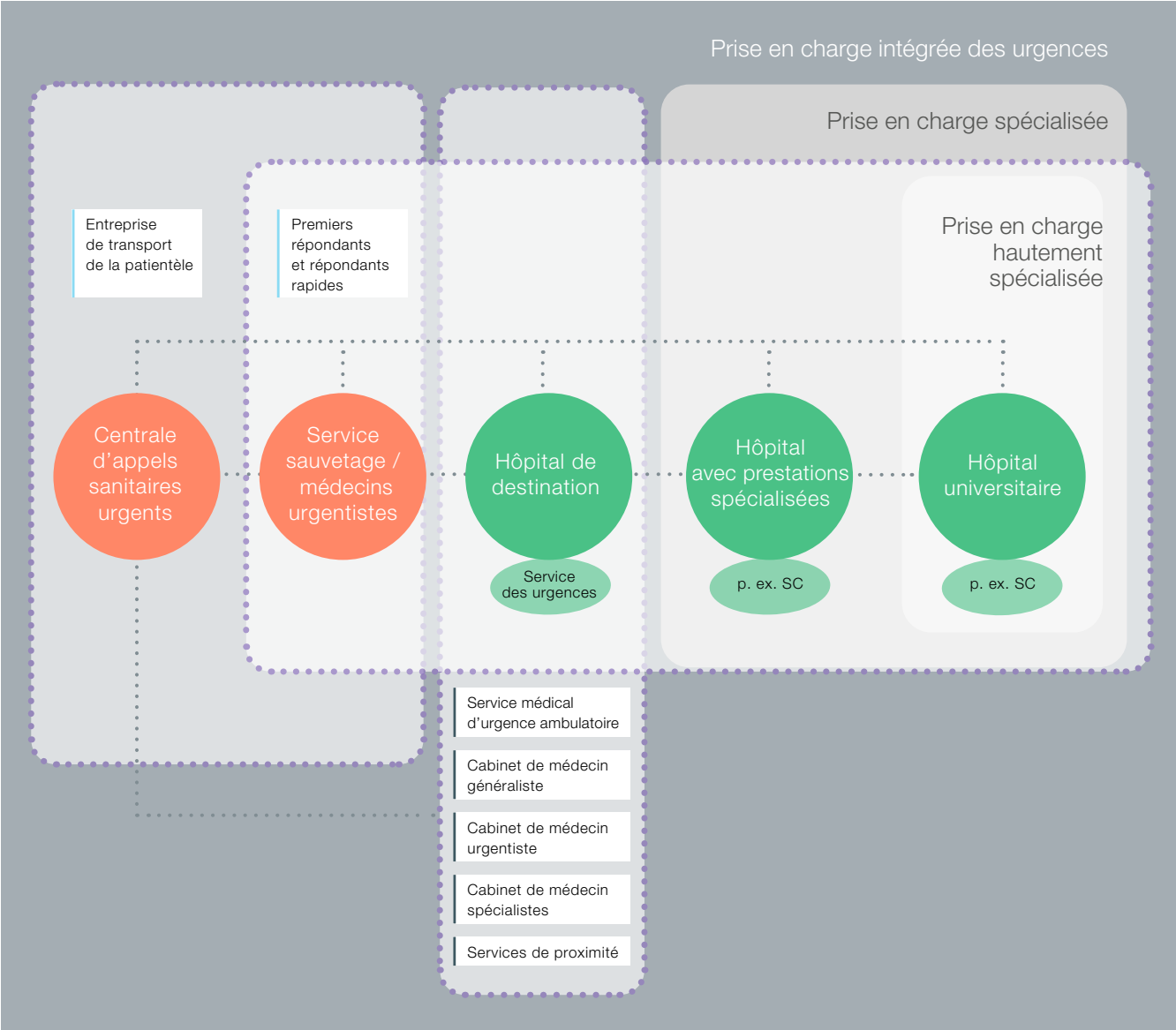
La CASU joue un rôle important dans le triage, l'organisation et la coordination du sauvetage, de même que dans l'information et le conseil aux personnes qui l'appellent. Elle contribue en outre à trouver le lieu de prise en charge le plus approprié dans le cadre d'une collaboration en réseau non seulement avec les services de sauvetage et les hôpitaux, mais aussi avec le service médical d'urgence ambulatoire et les entreprises de transport de la patientèle.

Cette collaboration entre les différentes parties prenantes se fonde sur une interconnexion numérique à l'échelle du canton qui permette de transmettre et d'utiliser les données médicales et administratives en tout temps et sans rupture de média. Des structures et des processus de travail harmonisés entre les différents acteurs sont tout aussi essentiels. Le bon fonctionnement de la prise en charge intégrée repose sur des stratégies communes de triage et de traitement et sur la mise en réseau intersectorielle. La connexion entre les hôpitaux et les structures d'urgence ambulatoire en amont, comme les cabinets d'urgence, en est une bonne illustration.

Le point 5.9.8 décrit la prise en charge intégrée des urgences dans le cas d'un AVC.

¹⁸ <https://doi.org/10.1007/s10049-022-00995-0> ; https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_3

Illustration 3 : prise en charge intégrée des urgences (source : DSSI, 2025)



..... Réseau ■ / ■ Acteur principal ■ Acteur complémentaire Coopération contraignante entre fournisseurs de prestations travaillant en réseau

— Structures de prise en charge en amont de l'hôpital

4



Prise en charge des urgences en Suisse

4.1 Développements à l'échelle nationale

Simple service de transport à ses débuts dans les années 1950, le domaine du sauvetage en tant que partie intégrante des urgences a évolué au fil du temps pour devenir un atout professionnel de la prise en charge préhospitalière. Les principales organisations du sauvetage suisse sont présentées ci-après.

Interassociation de sauvetage (IAS)¹⁹

L'IAS est l'organisation faîtière du sauvetage médical en Suisse. Sur mandat de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), elle fournit des prestations dans le domaine de l'assurance-qualité. Elle établit des normes pour le sauvetage médical dans la vie quotidienne comme dans des situations spéciales et extraordinaires, et élabore des lignes directrices et des processus pour la reconnaissance des services de sauvetage, des entreprises de transport de la patientèle et des CASU. Ces documents posent les exigences qui garantissent le contrôle régulier des prestations (audit) et l'amélioration continue de celles-ci. Dans son document « Visions tout au long de la chaîne de sauvetage »²⁰ publié en 2023, l'IAS donne les grandes orientations de la future stratégie du sauvetage en Suisse. Parmi les propositions formulées figurent la réduction dans toute la Suisse du nombre de services de sauvetage et de CASU, une meilleure distinction entre les interventions primaires et secondaires, la création d'un numéro d'appel centralisé pour les situations ne mettant pas la vie en danger et pour les conseils médicaux et la coordination, l'extension des compétences des CASU en matière de conseils, ainsi que le rattachement du service médical d'urgence ambulatoire aux CASU. Le service de sauvetage doit avoir la possibilité de remettre les patientes et patients non seulement aux hôpitaux, mais aussi à d'autres structures de prise en charge. Il faut intégrer des nouvelles technologies, connecter le dossier électronique du patient (DEP) aux systèmes en place et déployer la télé-médecine entre les services de sauvetage et les personnes appelantes ainsi que les hôpitaux. Pour ce qui est du sauvetage, il s'agit en outre de créer de nouveaux profils professionnels, de promouvoir les possibilités de carrière et de renforcer l'attrait du service médical des urgences.

FMH – Forum Urgence²¹

La FMH est l'association professionnelle des médecins suisses. Le Forum Urgence de la FMH regroupe des déléguées et délégués des sociétés de discipline médicale concernées par les services du sauvetage en Suisse, du Comité central de la FMH et du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS). Il s'engage pour une médecine d'urgence interdisciplinaire et intégrée en Suisse. En 2021, le Forum Urgence a publié des lignes directrices pour le domaine du sauvetage en Suisse²². Ce document propose des mesures de

19 <https://www.144.ch/fr/>

20 <https://www.144.ch/fr/visionen-entlang-der-rettungskette-inputs-aus-dem-netzwerktreffen-vom-12-mai-2023/>

21 <https://www.fmh.ch/fr/a-propos-de-la-fmh/organisation/fmh-forum-urgence.cfm>

22 <https://www.fmh.ch/files/pdf25/lignes-directrices-de-la-fmh-pour-le-domaine-du-sauvetage-en-suisse.pdf>

développement du sauvetage et d'amélioration de la qualité de la prise en charge, comme l'instauration de centrales d'appels urgents régionales et suprarégionales employant du personnel à même d'exploiter les algorithmes de triage, le développement de la télémédecine, la mise en réseau entre les structures ambulatoires et structures hospitalières des urgences, la garantie de la disponibilité de médecins urgentistes pour les services de sauvetage, le regroupement de CASU, la certification (IAS ou équivalente) de tous les services de sauvetage et la mise en œuvre d'une gestion de la qualité sur la base de données médicales pertinentes.

Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS)²³

Spécialisée dans la promotion et le développement de la médecine d'urgence et de sauvetage, la SSMUS représente le corps médical et les autres spécialistes actifs dans les services des urgences, les services de sauvetage et les domaines apparentés. Ses missions principales sont la promotion de la qualité médicale dans les interventions d'urgence et de sauvetage, la formation continue des spécialistes et le développement de normes et directives médicales. La SSMUS s'attache aussi à encourager la mise en réseau et la collaboration entre les différents acteurs et actrices du domaine des urgences. Elle a édité diverses recommandations et lignes directrices sur des aspects du sauvetage et de la prise en charge médicale des urgences, par exemple la réanimation, les services des urgences et le développement de la médecine d'urgence²⁴.

Croix-Rouge suisse (CRS)²⁵

La CRS s'engage dans les domaines de la santé, de l'intégration et du sauvetage. Financée notamment par la Confédération et les cantons, elle déploie ses activités dans le cadre des quatre organisations de sauvetage suivantes qui lui sont affiliées : Samaritains Suisse, Société Suisse de Sauvetage (SSS), Société suisse pour chiens de recherche et de sauvetage (REDOG) et Société Suisse des Troupes Sanitaires (SSTS). Cette dernière coopère avec le SSC et propose des formations de secouriste. Samaritains Suisse veille pour sa part à ce que les personnes accidentées ou malades reçoivent premiers secours et assistance.

En 2020, la CRS a adopté la « Stratégie CRS 2030 »²⁶ et le « Plan de mise en œuvre Recherche, sauvetage et aide en cas de catastrophe »²⁷. Ces documents stratégiques sont pertinents pour le sauvetage bernois de demain, en particulier au regard des premiers secours dispensés à titre bénévole et de l'interface avec le sauvetage professionnel.

Swiss Resuscitation Council (SRC)²⁸

Le SRC s'attache à sensibiliser la population et les organisations au thème de l'arrêt cardiocirculatoire et à encourager leur volonté et leur capacité de réanimer. En 2023, il a publié la « Stratégie nationale de survie relative à l'arrêt cardiaque », qui vise à renforcer l'efficacité et l'efficacité des efforts de réanimation et à augmenter les chances de survie en cas d'arrêt cardiaque²⁹. Les objectifs stratégiques formulés dans ce document sont assortis de mesures concrètes applicables tout au long de la chaîne de sauvetage (prévention, identification, réanimation, suivi, culture et contexte). Ces dernières s'adressent avant tout aux services de sauvetage et aux hôpitaux, mais aussi aux CASU.

23 <https://sgnor.ch/fr/a-propos-de-nous>

24 <https://sgnor.ch/fr/a-propos-de-nous/publications>

25 <https://www.redcross.ch/fr>

26 <https://www.redcross.ch/api/download/fr/strategie-2030>

27 https://assets.ctfassets.net/e1zh0i858l27/6Swvybx6JHMDnLWoibdukr/7d83b0e812c224bdebc2518df29b7864/DIR_SRK_UP-Strategie_Rettung_f_2206.pdf

28 <https://www.resuscitation.ch/fr/>

29 https://www.resuscitation.ch/fileadmin/user_upload/Nationale_Strategie/SRC_Strategie_nationale_de_survie_2023.pdf

4.2 Développements dans les autres cantons

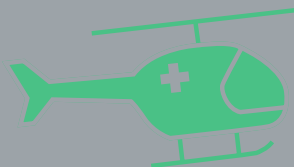
Canton	Projet	Description
AG	Service d'urgence ambulatoire 24h/24, 7j/7 et consultation télé-médicale ³⁰	Le département de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie a mené un projet pilote avec un service médical d'urgence ambulatoire hors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Cette offre, qui se poursuit et se développe, est complétée par des consultations télé-médicales assurées par la société Medgate AG. Le numéro d'appel d'urgence qui était payant est devenu gratuit. Selon l'évaluation du projet pilote, l'offre de prise en charge des urgences sans menace vitale est jugée adéquate. La disponibilité continue des conseils télé-médicaux a amélioré l'accès à la prise en charge des urgences. Les besoins en télé-médecine se sont révélés particulièrement élevés la nuit, le week-end et les jours fériés, sachant toutefois que certaines prestations médicales ne peuvent pas être fournies à distance (p. ex. constat de décès, placement à des fins d'assistance). Le projet pilote a aussi mis au jour la nécessité d'améliorer l'offre pour certains groupes de personnes, notamment celles tributaires de soins.
TI	Premiers répondants et défibrillateurs automatisés externes (DAE) ³¹	Le Tessin est le canton suisse où la probabilité de survie est la plus élevée en cas de problèmes cardiovasculaires. Près de 50 % des patientes et patients atteints de fibrillation ventriculaire survivent à un arrêt cardiocirculatoire en présence de témoins. En Suisse alémanique, cette proportion est d'environ 30 %. Si le Tessin affiche un taux aussi positif, c'est parce qu'il a organisé des formations intensives pour le personnel des CASU, instruit sa population sur les mesures à prendre immédiatement pour sauver des vies et acheté des DAE. Se fondant sur la vérification des besoins en DAE effectuée par la fondation Ticino Cuore sur la base d'un registre de réanimation en fonction depuis 2002, le canton a installé des appareils dans les endroits stratégiques. Toutes les organisations à feux bleus – dont les polices cantonale et municipales, les gardes-frontières, la police militaire, la police italienne limitrophe et les sapeurs-pompiers – ont en outre été équipées de DAE et formées à leur utilisation. En cas d'urgence, elles peuvent être alertées via une application, à l'instar de 3500 premières répondantes et premiers répondants.
ZH	Projet pilote « spécialiste en assistance préhospitalière » ³²	Ce projet pilote avait pour objectif de recenser le besoin en spécialistes en assistance préhospitalière et d'évaluer l'intérêt d'une formation continue de type CAS (Certificate of Advanced Studies) à la Haute école zurichoise de sciences appliquées (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW). Les ambulancières et ambulanciers qui accomplissent ce CAS acquièrent des compétences étendues en matière d'examen et de traitement de la patientèle présentant des blessures ou des pathologies légères, le but étant que les personnes concernées puissent rester à domicile ou dans leur environnement habituel après la prise en charge ou qu'elles puissent se rendre par elles-mêmes, sans véhicule de sauvetage, chez une ou un médecin ou dans un cabinet d'urgence. Les spécialistes en assistance préhospitalière aident à trouver une solution de suivi adéquate. Il ressort des essais sur le terrain que 32 % des interventions évaluées auraient pu être gérées par des spécialistes en assistance préhospitalière (il s'agit en l'occurrence de situations confuses comme des épisodes aigus à domicile ou dans un home et sans signaux prioritaires), et un transport à l'hôpital aurait pu être évité dans 65 % des cas. Ces résultats indiquent clairement que la présence de spécialistes en assistance préhospitalière permet sur le long terme d'économiser de l'argent et des ressources, et que ce CAS constitue une perspective de carrière intéressante pour les ambulancières et ambulanciers. Au vu de ces expériences positives, il a été décidé d'introduire progressivement ce profil professionnel auprès de l'organisation de sauvetage Schutz & Rettung Zürich, de l'entreprise de sauvetage Regio 144 AG et du service de sauvetage de Spital Bulach AG dans le cadre d'un projet pilote s'étendant jusqu'en 2026.
VS	Occupation en temps réel des services des urgences de l'Hôpital du Valais ³³	Le Centre hospitalier du Haut-Valais (Hôpital du Valais) a mis en place un système numérique qui fournit un aperçu en temps réel de la fréquentation des services des urgences, c'est-à-dire du nombre de patientes et patients admis ou annoncés. Les catégories « Normale », « Moyenne » et « Élevée » permettent de connaître la charge des services des urgences des différents sites hospitaliers. La page Internet contient des informations complémentaires comme des coordonnées ou les horaires d'ouverture des antennes pour les urgences non vitales. L'objectif est de rendre le parcours de soins plus efficient dans le système des urgences, de raccourcir les délais d'attente et de réduire la charge du personnel. Une meilleure répartition des urgences doit permettre d'augmenter la satisfaction de la patientèle et des collaboratrices et collaborateurs. À terme, il est prévu que le système affiche les durées d'attente relatives aux différents niveaux d'urgence.

30 https://www.ag.ch/de/aktuell/medien/medienmitteilungen?mm=pilotprojekt-im-ambulanten-notfalldienst-erfolgreich-abgeschlossen-960ada94-25f4-46b5-8b21-9ba48f1f5ab8_de

31 <https://www.safety-security.ch/tessiner-und-berner-tun-dem-herzen-gut-herzkreislaufstillstand/>

32 <https://www.stadt-zuerich.ch/de/aktuell/medienmitteilungen/2024/03/piloteinfuehrung-von-praeklinischen-fachspezialisten.html>

33 <https://www.hopitalduvalais.ch/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/urgences/frequentation-des-urgences>



Prise en charge des urgences dans le canton de Berne

5.1 Mise en œuvre de la planification des soins 2016

L'objectif consistant à garantir les prestations de sauvetage en améliorant la collaboration entre les services de secours et en optimisant les sites d'intervention de manière ciblée est ancré dans la planification des soins 2016 du canton de Berne. Le groupe de travail SAUV-BE instauré dans le cadre du projet de réorganisation du sauvetage dans le canton de Berne (voir point 5.9.7.1) a été chargé de mettre en œuvre les six champs d'action suivants.

Délai de réponse du service de sauvetage

L'analyse des délais de réponse des services de sauvetage au sol a débouché sur des recommandations d'optimisation. C'est en particulier la répartition des équipes par site qui a été adaptée, ce qui a permis de garantir les soins à un niveau constant selon la règle de couverture 80/30 (voir glossaire) avec des ressources inchangées et ce, malgré l'augmentation marquée du nombre d'interventions (voir infobox 1). Le délai de réponse 90/15 (voir définitions au point 3.3) selon l'IAS n'a pas pu être atteint dans toutes les régions (voir point 5.9.1), mais il figure parmi les objectifs à atteindre, comme en témoigne son inscription explicite dans les contrats de prestations et les autorisations d'exploiter des services de sauvetage cantonaux.

Infobox 1 : évolution du délai de réponse et de la règle de couverture dans le canton de Berne

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du délai de réponse 90/15 des services de sauvetage et de la règle de couverture 80/30 dans le canton de Berne. Exprimées en pour-cent, les données concernent les interventions de type P1, P2, S1 et S2 durant la période 2015–2024. Jusqu'à là, la comparabilité des données d'une année à l'autre était imparfaite. Ce problème est réglé depuis 2025 grâce à la standardisation des données induite par le système de protocole électronique.

	Interventions	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Délai de réponse 90/15 en %	P1, P2, S1, S2	27,0	28,2	26,4	74,5	81,9	75,4	72,2	72,2	70,0	71,3
Règle de couverture 80/30 en %	P1, P2, S1, S2	73,0	71,8	63,4	97,1	99,8	97,3	97,0	95,6	96,1	96,5

Régulation des moyens de sauvetage

Les processus des deux CASU cantonales (Berne, Biel/Bienne) ont été harmonisés. Les différents systèmes d'intervention ont été regroupés dans un système uniforme. Les moyens sont désormais régulés selon le principe *next best* dans toutes les régions. Jusqu'ici couverte par la CASU du canton de Soleure, la région Haute-Argovie a été intégrée en tant que zone d'alarme et d'intervention dans la CASU Berne.

Délai de départ

Les services de sauvetage ont optimisé leurs délais de départ dans plusieurs bases grâce à un réaménagement des locaux et à des mesures organisationnelles.

Changements de sites

Plusieurs rapports et analyses portant sur une meilleure répartition des sites et des délais de réponse ont été confiés à des mandataires externes. La plupart des recommandations ont été concrétisées et, dans ce contexte, la répartition à l'intérieur des régions a été optimisée. Pour améliorer le délai de réponse dans les régions périphériques, les services de sauvetage ont en outre introduit des zones d'attente.

Base des données

Le canton de Berne a défini un jeu de données minimal pour la statistique des interventions et décrit les modalités de collecte de ces données dans un manuel. Sur cette base, un système de protocole électronique (voir point 5.9.7.2) uniforme a été introduit pour tous les services de sauvetage bernois dans le cadre du projet éponyme, ce qui a permis d'améliorer la disponibilité et la qualité des données et de créer une base pour le monitoring des informations d'intervention, des chiffres clés et des délais de réponse.

Financement

Le canton de Berne finance les services de sauvetage dans le cadre d'un modèle de coûts normatifs permettant à ces derniers de facturer les interventions de manière à en couvrir les frais. En complément, il finance le temps de non-engagement entre les interventions afin de garantir la disponibilité des services de sauvetage. L'indemnisation de chaque service de sauvetage est calculée en multipliant le nombre d'équipes de secours par les coûts normatifs par équipe et par an, déduction faite des recettes de toutes les catégories d'intervention. Le modèle et les chiffres clés des coûts normatifs par équipe ainsi que le nombre d'équipes intervenant sur le territoire du canton sont réexaminés périodiquement avec les fournisseurs de prestations. Vérifiés et recalculés dans le sillage de la planification des soins 2016, les coûts normatifs (voir point 5.6) font entre-temps partie intégrante des contrats de prestations. Actuellement, 40,57 équipes dotées chacune de 11 postes à plein temps (y c. postes de médecins urgentistes) sont prévues par contrat de prestations à l'échelle cantonale.

5.2 Vision

Toutes les personnes se trouvant dans le canton de Berne bénéficient de prestations de sauvetage rapides et de qualité, quel que soit le lieu de l'urgence médicale. La prise en charge des urgences est moderne, en réseau numérique, concertée entre les parties prenantes et intégrée dans les institutions du système de santé.

5.3 Objectifs

En déployant sa stratégie partielle Prise en charge des urgences axée sur le sauvetage, le canton de Berne poursuit les objectifs supérieurs suivants :

- Objectif 1** La prise en charge des urgences à bas seuil et accessible rapidement est garantie dans l'ensemble du canton.
- Objectif 2** La prise en charge préhospitalière des urgences est intégrée dans la médecine d'urgence et coordonnée avec les structures de soins adjacentes.
- Objectif 3** Les structures et les processus de la prise en charge des urgences sont optimisés.
- Objectif 4** La prise en charge des urgences est moderne, innovante et connectée en réseau numérique.
- Objectif 5** Les organisations de la prise en charge préhospitalière des urgences disposent de personnel bien formé et en nombre suffisant.

5.4 Principes

La prise en charge des urgences au sein du canton est appelée à se développer selon les principes suivants :

Principe	Commentaires
Régions de soins 4+	Le sauvetage est garanti dans toutes les régions de soins 4+, indépendamment du lieu de l'urgence. Les fournisseurs de prestations de sauvetage, hôpitaux inclus, sont étroitement connectés au sein des régions. Ils optimisent la chaîne de sauvetage et raccourcissent les délais de réponse. Le principe <i>next best</i> est appliqué de manière systématique par la CASU, toutes régions de soins confondues.
Échelon de prise en charge	C'est le niveau de prise en charge le plus approprié qui est choisi dans chaque situation d'urgence. Si nécessaire, un moyen de transport est détaché et la personne est conduite dans l'hôpital de destination approprié. Dans d'autres cas, des conseils et l'orientation vers les structures adéquates peuvent suffire.
Prise en charge intégrée des urgences	Les actrices et acteurs du domaine des urgences travaillent étroitement en réseau, ce qui garantit l'efficacité de la chaîne de sauvetage, de la prise en charge préhospitalière aux soins dans les services des urgences des hôpitaux. En sa qualité de centrale de coordination, la CASU dispose d'interfaces avec le service médical d'urgence ambulatoire, les services de transport de la patientèle et les autres parties prenantes du système de santé.
Numérisation et innovation	Les nouveautés médicales et technologiques (aides à la prise de décision assistées par l'IA et télé-médecine, p. ex.) sont intégrées dans les systèmes et les processus existants pour soutenir la prise en charge des urgences. Une attention est accordée aux interfaces entre les systèmes. L'intégration des données et la mise en réseau électronique se poursuivent.
Efficacité et qualité	Afin de garantir l'efficacité de la prise en charge et de la chaîne de sauvetage, les structures et les processus sont optimisés de manière à favoriser une planification flexible des interventions. Les moyens disponibles sont engagés afin d'assurer la meilleure prise en charge médicale possible lors du sauvetage. Le système de protocole électronique permet quant à lui un contrôle et une amélioration de la qualité en continu.

5.5 Cadre juridique

Confédération

La loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd)³⁴ dispose que les médecins qui exercent sous leur propre responsabilité professionnelle doivent participer aux services des urgences conformément aux dispositions cantonales. La loi sur l'assurance maladie (LAMal)³⁵ régit les soins hospitaliers. Elle fixe les conditions d'admission des hôpitaux sur les listes hospitalières cantonales, prescrit les critères de contrôle de la qualité et règle le financement des soins en milieu hospitalier. Les soins d'urgence en milieu hospitalier se conforment aux exigences de la planification hospitalière selon la LAMal et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)³⁶. En vertu de l'article 39, alinéa 1, lettre *d* LAMal et de l'article 58a OAMal, les cantons sont tenus de planifier les soins hospitaliers résidentiels. La LAMal est complétée par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)³⁷, qui précise les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), dont font partie les contributions aux frais de transport et de sauvetage. Conformément à l'article 33, lettre *g* OAMal, les transports médicalement nécessaires d'un hôpital à l'autre font partie du traitement hospitalier.

La protection de la santé de la population lors d'un événement majeur, en cas de catastrophe, en situation d'urgence ou en cas de conflit armé est également réglée au niveau de la Confédération dans la loi sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi)³⁸ et dans l'ordonnance sur le Service sanitaire coordonné (OSSC)³⁹.

Canton

La loi sur la santé publique (LSP)⁴⁰ dispose, à l'article 30a, que tous les médecins titulaires d'une autorisation d'exercer sont tenus de participer à un service d'urgence ambulatoire. Conformément à l'article 30b LSP, l'organisation du service d'urgence est de la responsabilité de l'association professionnelle concernée. La LSP règle d'autres détails comme la taxe de compensation pour non-participation au service d'urgence ambulatoire (art. 30c LSP). L'article 15 LSP ancre au niveau cantonal l'obligation de disposer d'une autorisation pour exercer les professions de la santé, les professions de la psychologie et les professions médicales universitaires. Outre les professions régies par le droit fédéral, l'ordonnance sur la santé publique (OSP)⁴¹ liste pour sa part d'autres activités professionnelles soumises à une autorisation d'exercer (art. 2 OSP), notamment les ambulancières et ambulanciers (art. 2, al. 1, lit. *p* OSP).

Le sauvetage et la prise en charge des urgences par les hôpitaux sont régis par la LSH et par l'ordonnance sur les soins hospitaliers (OSH)⁴². Le canton définit les prestations de base fixes des services de sauvetage et conclut avec ceux-ci des contrats de prestations. Conformément à la LSH, le canton garantit l'exploitation d'une CASU chargée de coordonner les interventions de sauvetage et les

34 Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (RS 811.11)

35 Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

36 Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)

37 Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31)

38 Loi fédérale du 20 décembre 2019 sur la protection de la population et sur la protection civile (RS 520.1)

39 Ordonnance du 23 septembre 2022 sur le Service sanitaire coordonné (RS 501.31)

40 Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (RSB 811.01)

41 Ordonnance du 24 octobre 2001 sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire (ordonnance sur la santé publique ; RSB 811.111)

42 Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.112)

services de sauvetage régionaux (voir point 5.9.3.2) pour couvrir les besoins de la population en la matière. La LSH et l'OSH établissent en outre les tâches et l'organisation de la CASU et des services de sauvetage. Elles règlent aussi les exigences pour l'obtention d'une autorisation d'exploiter cantonale ainsi que les modalités de financement et d'indemnisation sur la base de coûts normatifs.

Les services de sauvetage sont par ailleurs soumis à l'obligation de formation dans les professions de la santé non universitaires énoncée dans la LSH. L'ordonnance de Direction sur les soins hospitaliers (ODSH)⁴³ contient les dispositions relatives à l'obligation de formation et de perfectionnement dans le domaine du sauvetage et définit les indemnités de soutien aux professions de la santé non universitaires. Elle précise par ailleurs les données que les services de sauvetage doivent mettre à la disposition du canton ainsi que le montant des coûts normatifs.

La loi cantonale sur la protection de la population et sur la protection civile (LCPPC)⁴⁴ et l'ordonnance cantonale sur la protection de la population (OCP)⁴⁵ prescrivent les compétences et responsabilités ainsi que les principes de la coopération avec le SSC cantonal pour faire face aux catastrophes, situations d'urgence, événements majeurs et grandes manifestations. En tant qu'organisations partenaires du SSC, les CASU et les services de sauvetage du canton sont concernés par ces dispositions. Il appartient au canton de planifier et de coordonner les prestations de base fixes des services de sauvetage et de conclure des contrats de prestations avec ces derniers.

5.6 Financement

Service médical d'urgence ambulatoire

Le service médical d'urgence ambulatoire est financé notamment par le biais des assurances sociales (AOS, assurance-accidents), des assurances privées (p. ex. assurance complémentaire ou assurance-accidents privée), des paiements *out of pocket*⁴⁶ (pour les appels aux numéros payants ou les traitements ambulatoires) et des contributions du corps médical. Les prestations ambulatoires sont indemnisées via le système tarifaire TARMED (TARDOC à partir du 1^{er} janvier 2026) et les forfaits ambulatoires.

Centrales d'appels sanitaires urgents (CASU)

Les CASU sont financées sur la base du contrat de prestations conclu avec la DSSI conformément à la LSH. Elles peuvent ainsi assurer l'alarme et la conduite d'intervention dans le canton 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, tout au long de l'année. Se fondant sur la planification des besoins des CASU, la DSSI définit le nombre d'équivalents plein temps nécessaire pour la régulation des moyens et la coordination des interventions ainsi que pour l'administration. Elle fixe également un plafond des coûts pour la période de prestations compte tenu des coûts avérés des CASU. En 2023, le canton de Berne a dépensé 7 240 598 francs pour le fonctionnement (y c. l'exploitation technique) des deux CASU.

43 Ordonnance de Direction du 23 novembre 2021 sur les soins hospitaliers (RSB 812.113)

44 Loi cantonale du 19 mars 2014 sur la protection de la population et sur la protection civile (RSB 521.1)

45 Ordonnance cantonale du 22 octobre 2014 sur la protection de la population (RSB 521.10)

46 Voir glossaire

Services de sauvetage

Les prestations des services de sauvetage sont financées par le biais des assurances sociales (AOS, assurance-accidents), des assurances privées (p. ex. assurance complémentaire ou assurance-accidents privée) et des paiements *out of pocket*, à quoi s'ajoute une contribution du canton pour les services de sauvetage chargés d'un mandat de prestations cantonal. Celle-ci compense les prestations de base fixes liées au maintien de la disponibilité opérationnelle pour les interventions de type P1 et P2. L'indemnisation se fonde sur le modèle des coûts normatifs : la DSSI redéfinit tous les trois ans les coûts d'exploitation normatifs en les faisant correspondre à un montant se situant entre les niveaux de coût du deuxième et du troisième service de sauvetage enregistrant les coûts les plus bas (art. 27b, al. 1 OSH). Les coûts normatifs couvrent aussi les prestations de base fixes pour les médecins d'urgence (art. 27a, al. 2 OSH)⁴⁷. En 2023, ils se sont élevés à 1 714 969 francs par équipe. Au total, le canton de Berne a dépensé quelque 15 000 000 francs au titre des prestations de base fixes des services de sauvetage.

Services des urgences des hôpitaux

Les prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux au titre de la prise en charge des urgences sont financées par le biais des assurances sociales (AOS, assurance-accidents), des assurances privées (p. ex. assurance complémentaire ou assurance-accidents privée) et des paiements *out of pocket*. Elles sont indemnisées en premier lieu via le système tarifaire TARMED (TARDOC à partir du 1^{er} janvier 2026) et les forfaits ambulatoires. Quant aux prestations résidentielles, elles sont financées à hauteur de 55 % par le canton et de 45 % par l'AOS, et rémunérées via le système tarifaire SwissDRG.

Service sanitaire coordonné (SSC)

Le canton rétribue les prestations de base fixes des CASU et des services de sauvetage consistant à assurer le maintien de la disponibilité en cas d'événements majeurs, de situations d'urgence ou de catastrophes. Cette rémunération se fonde sur le principe du système modulaire conformément au contrat de prestations. Dans ce cadre, un forfait calculé sur la base d'une moyenne est alloué à chaque prestation. En 2023, le canton de Berne a dépensé 979 390 francs au titre des prestations de base fixes des services de sauvetage relevant du SSC.

Interassociation de sauvetage (IAS)

L'IAS est financée entre autres par les cotisations de ses membres. Les contributions des cantons sont calculées en fonction de la population résidente et sur la base des recommandations de la CDS. En 2024, le canton de Berne a versé 94 629 francs à l'IAS.

Formation

Le canton de Berne participe au financement de la formation et du perfectionnement dans les professions pertinentes pour le domaine du sauvetage (voir point 5.9.6). En 2024, il a dépensé quelque 403 000 francs au titre de la formation d'ambulancière diplômée et d'ambulancier diplômé, 2,1 millions de francs pour les études post-diplômes ES en soins d'anesthésie, en soins intensifs (adultes ou pédiatriques) et en soins d'urgence (EPD ES AIU), et environ 80 000 francs pour les cours de conduite d'intervention.

⁴⁷ Les indemnités versées aux services de sauvetage pour les prestations fournies par les médecins sont déduites lors de la révision comptable.

5.7 Qualité

Conventions de qualité

Depuis avril 2022, les médecins du secteur ambulatoire sont légalement tenus de mesurer la qualité de leurs traitements de façon transparente et d'en assurer le développement ciblé. Cette exigence est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2021 dans le sillage d'une révision de la LAMal. En vertu du nouvel article 58a LAMal, les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs concluent des conventions de qualité nationales réglant la mesure de la qualité ainsi que la publication de celle-ci et des stratégies d'amélioration.

Centrales d'appels sanitaires urgents (CASU) et services de sauvetage

Les directives de l'IAS (voir point 4.1) portant sur la qualité de la structure, des processus et des résultats sont déterminantes en matière d'assurance de la qualité dans le domaine du sauvetage. L'IAS formule des recommandations sur la reconnaissance des CASU, des services de sauvetage et des entreprises de transport de la patientèle. Les organisations doivent vérifier leurs prestations chaque année au moyen de systèmes de gestion de la qualité appropriés et les améliorer en continu. L'IAS effectue des contrôles (audits) réguliers au cours desquels les organisations peuvent se voir imposer des mesures d'amélioration de la qualité. À ce jour, les deux CASU et les six services de sauvetage ayant un mandat de prestations cantonal bénéficient d'une reconnaissance valable de l'IAS ou sont sur le point de la recevoir. L'IAS pose également des exigences en matière de formation et de qualification du personnel.

Services des urgences des hôpitaux

Les prescriptions en matière de qualité applicables aux services des urgences se fondent en particulier sur les exigences portant sur des prestations spécifiques de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques ainsi que sur les exigences et informations du canton de Berne concernant la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques⁴⁸ déterminantes pour l'inscription sur la liste bernoise des hôpitaux. Les exigences relatives à la disponibilité temporelle des médecins spécialistes dans les services des urgences et les unités de soins intensifs sont notamment consignées dans ces documents. Pour la prise en charge des urgences dans les centres hospitaliers spécialisés autres que les services des urgences, ce sont les dispositions de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁴⁹ qui s'appliquent, notamment en ce qui concerne le traitement complexe des AVC ou des blessés et blessées graves. Les hôpitaux répertoriés sont par ailleurs soumis à l'assurance-qualité cantonale⁵⁰.

48 <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheitsversorgung/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitallisten.html>

49 <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/organisation/la-cimhs>

50 <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheitsversorgung/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalstrategie.html>

5.8 Rapports et stratégies

Le présent document se fonde sur les rapports et stratégies listés ci-après :

Rapports et stratégies	Commentaires
Stratégie de la santé du canton de Berne 2020–2030	La stratégie de la santé dresse un état des lieux du système de santé bernois sur la base duquel elle fixe des objectifs et des mesures. Le domaine du sauvetage peut être optimisé en adaptant les sites et en rationalisant les structures organisationnelles de petite taille. Il convient en outre de créer des bases de décision et d'améliorer la transparence en facilitant l'accès, l'échange et, le cas échéant, la collecte de données.
Stratégie partielle Soins intégrés 2024	Cette stratégie partielle fixe les principes régissant le développement des soins intégrés dans le canton de Berne, notamment la mise en œuvre du modèle 4+ (quatre régions de soins), la prise en charge échelonnée, la priorité des soins ambulatoires sur les soins hospitaliers et l'instauration de réseaux de soins. Les prestations sont coordonnées au sein de réseaux régionaux tout au long du parcours de soins, allant de la promotion de la santé et la prévention aux soins de longue durée et palliatifs, en passant par le diagnostic et le traitement de la patientèle.
Programme gouvernemental de législature 2023–2026, canton de Berne	Le programme gouvernemental de législature fixe la vision, les objectifs, les axes de développement et les projets du Conseil-exécutif pour les années 2023 à 2026. En lien avec la présente stratégie partielle, les perspectives et objectifs sont les suivants : Objectif 2: Le canton de Berne exploite la transformation numérique pour fournir des services de haute qualité efficaces et efficaces. Objectif 2.5: L'introduction du DEP est activement encouragée. À moyen terme, l'objectif est d'utiliser un DEP unique dans toute la Suisse (OneDEP). Objectif 3.3: Les recommandations du rapport sur le paysage hospitalier sont mises en œuvre. Perspective 3.A: Le secteur hospitalier connaît une mutation rapide et fondamentale dans les secteurs suivants : prestations ambulatoires, numérisation, mise en réseau des structures de soins, offre adaptée aux besoins. La coordination et la coopération doivent être encouragées.
Le paysage hospitalier bernois en mutation. Rapport final en réponse à la motion 192-2019 (« Rapport sur le paysage hospitalier »), approuvé par le Conseil-exécutif (2020)	Élaboré en réponse à la motion 192-2019, le rapport sur le paysage hospitalier constitue une base au développement du système de santé bernois et se conclut par diverses recommandations. Dans le cadre de la planification de la mise en œuvre du modèle 4+ et du modèle <i>Hub and spoke</i> – ou modèle de réseau en étoile –, le Conseil-exécutif a défini une feuille de route. La création de régions de soins plus vastes et plus efficaces doit simplifier le pilotage des soins en fonction des besoins. Les hôpitaux assument un rôle de premier plan dans la constitution des réseaux. Concernant le domaine du sauvetage, il faut s'attendre à une augmentation des transferts entre sites dans le sillage du processus de concentration dans le secteur hospitalier. Le déploiement des structures du modèle <i>Hub and spoke</i> exige aussi des prestations de sauvetage en suffisance. Le rapport envisage la mise en place d'interfaces entre les services de sauvetage et les structures ambulatoires (p. ex. centres de santé) qui pourraient servir de bases aux services de sauvetage.
Planification des soins 2016, canton de Berne	La planification des soins prévoyait 8 régions de sauvetage. Elle identifiait par ailleurs plusieurs champs d'action, dont l'examen d'une amélioration de la stratégie de régulation des centrales d'intervention, l'étude de l'opportunité de déplacer des sites de sauvetage, l'amélioration du délai de départ et des données à disposition. Il s'agissait en outre d'examiner si la prise en charge des patientes et patients victimes d'un AVC devait être optimisée, en particulier en créant des unités spécialisées supplémentaires dans les hôpitaux de soins aigus.
Rapports d'experts de l'Institut de modélisation et de simulation de la Haute école spécialisée de Suisse orientale IMS-OST (premier rapport pour la planification des soins 2016, deuxième rapport interne 2022)	Ces dernières années, deux mandats ont été confiés à l'IMS-OST pour évaluer et simuler le délai de réponse et l'optimisation des sites dans le canton de Berne. Ils ont fait l'objet d'un suivi rigoureux par la DSSI. Réalisée en 2022, la dernière étude de l'IMS-OST sur mandat de la DSSI a examiné les mesures mises en œuvre dans le cadre du projet SAUV-BE, analysé d'autres possibilités de développement pour les services de sauvetage au sol dans le canton de Berne et formulé des recommandations (voir point 5.9.7.1). Pour ses évaluations, l'IMS-OST s'est fondé sur l'ensemble des données d'intervention de l'année 2021 des 8 services de sauvetage bernois.

5.9 Activités dans le canton de Berne

5.9.1 Régions de soins

Le canton de Berne est très étendu et, à ce titre, nécessite une planification efficace des soins. La constitution de régions de soins, plus vastes, permet d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins et couvrant toute la superficie du canton. Elle facilite aussi le pilotage des soins, évite les doublons, accroît l'efficacité du système et encourage les coopérations et la création de réseaux de soins intégrés. À cette fin, une harmonisation doit s'opérer selon le modèle 4+. Concrètement, il doit y avoir quatre régions de soins :

- Berne-Mittelland
- Oberland bernois
- Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois
- Emmental – Haute-Argovie

Le signe « + » correspond à la région francophone du Jura bernois. Les fournisseurs de prestations des différentes régions doivent mieux définir et coordonner leur offre, et coopérer davantage entre eux. Le modèle 4+ s'applique également au domaine du sauvetage⁵¹. Les régions 4+ et les services de sauvetage qui y opèrent sont listés dans le tableau 1 ci-dessous.

⁵¹ Les frontières des régions du modèle de soins 4+ applicable au sauvetage (voir illustration 4) ne sont pas tout à fait les mêmes que celles du modèle 4+ général du canton de Berne (voir illustration 8). Ces tracés légèrement différents résultent de l'évolution historique des structures de soins. Ils s'expliquent aussi par les différences de compétences régionales définies dans les contrats de prestations, lesquelles ont aujourd'hui perdu de leur importance dans le sillage de l'application du principe *next best*.

Tableau 1 : régions 4+, population résidente permanente 2023, délai de réponse selon valeur indicative IAS (P1), règle de couverture 2024, taille de l'équipe par service de sauvetage selon contrat de prestations cantonal (P1+P2) 2025

Régions de soins 4+	Population	Délai de réponse 90/15 (P1)*	Règle de couverture 80/30 (P1+P2)*	Services de sauvetage avec contrat de prestations cantonal	Taille de l'équipe
Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	238 016	77,7	97,7	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	2,70
				Service de sauvetage Ambulances Région Bienne SA	4,30
Berne-Mittelland	418 083	80,3	96,4	Service de sauvetage du groupe de l'Île	3,70
				Service de sauvetage Berne	9,20
Emmental – Haute-Argovie	199 384	75,6	94,1	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	8,50
Oberland bernois	208 050	80,8	97,6	Service de sauvetage Oberland bernois	12,17
	1 063 533				40,57

* Calcul approximatif ne tenant pas compte du principe *next best* : moyenne pour tous les services de sauvetage avec contrat de prestations dans la région 4+ concernée (voir illustration 4), sans considération du lieu d'intervention effectif. Les interventions réalisées par le service de sauvetage du groupe de l'Île (Insel

Gruppe AG) sont attribuées à la région de soins 4+ Berne-Mittelland. La valeur indicative de l'IAS pour le délai de réponse concerne uniquement les interventions de type P1. Pour les interventions de type P1, P2, S1 et S2, voir point 5.1.

5.9.2 Service médical d'urgence ambulatoire

Lorsque la ou le médecin généraliste ou traitant·e est indisponible, c'est le service médical d'urgence ambulatoire qui prend le relais de la prise en charge médicale de premier recours pour les cas aigus dans lesquels la vie de la patiente ou du patient n'est pas menacée dans l'immédiat. Il est organisé par les cercles médicaux sur mandat de la SMCB⁵². Les cercles médicaux doivent garantir à la population de leur périmètre de soins une prise en charge médicale de premier recours en cas d'urgence. Chaque médecin praticienne ou praticien·qui traite des patientes et des patients dans un cabinet médical sous sa propre responsabilité professionnelle, avec l'autorisation d'exercer nécessaire, a l'obligation de participer au service d'urgence général. Le service d'urgence ambulatoire est accessible via un numéro de téléphone dédié. La centrale d'appels urgents dispense des conseils médicaux et aiguille la patientèle vers les médecins urgentistes de garde, les services de sauvetage ou les hôpitaux⁵³.

Le service d'urgence se charge notamment des évaluations dans le cadre des placements à des fins d'assistance (et la prise de décision en la matière), de l'évaluation de l'aptitude à supporter la détention, des visites à domicile et en institution ainsi que de la constatation des décès. Dans le cadre du service d'urgence, les médecins de garde doivent aussi dispenser les soins ambulatoires dans les institutions en cas d'urgence, lorsque le corps médical qui assure habituellement le suivi direct des personnes n'est pas disponible et qu'aucun service d'urgence autonome n'y est organisé. En principe, après le signalement, la ou le médecin examine la personne concernée dans des délais utiles, lesquels ne doivent pas dépasser deux à trois heures, sauf circonstances dûment justifiées.

Dans certaines régions, le numéro d'urgence est géré par Medphone, la centrale d'appels pour le service médical d'urgence ambulatoire des cantons de Berne et de Lucerne, disponible 24 heures sur 24 pour des conseils médicaux. Lors d'urgences mettant la vie en danger, il convient de prendre contact avec la CASU afin qu'un moyen de sauvetage puisse être régulé dans les plus brefs délais.

⁵² « Principes de la Société des médecins du canton de Berne et du Service du médecin cantonal concernant la réglementation du service d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux » : <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/aerztinnen-und-aerzte.html>

⁵³ <https://www.berner-aerzte.ch/fr/information/pour-patients/urgence-medicale.html>

Tableau 2 : cercles médicaux avec numéros d'urgence, 2025

Régions de soins 4+	Cercle médical	Numéro d'urgence
Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Cercle Médical de Pierre-Pertuis	0900 935 555 Moutier: 0900 931 111
	Biel/Bienne-Seeland	Bienne: 0900 900 024 Seeland: 0900 144 111 Bucheggberg: 0848 112 112
Berne-Mittelland	Région Berne	Medphone AG: 0900 57 67 47 (réseau fixe) 0900 57 67 48 (carte prépayée)
Emmental – Haute-Argovie	Emmental	Medphone AG: 0900 57 67 47 (réseau fixe) 0900 57 67 48 (carte prépayée)
	Haute-Argovie	0848 00 49 00
Oberland bernois	Oberland bernois	Medphone AG: 0900 57 67 47 (réseau fixe) 0900 57 67 48 (carte prépayée)
	Thoune et environs	Medphone AG: 0900 57 67 47 (réseau fixe) 0900 57 67 48 (carte prépayée)

5.9.3 Prise en charge préhospitalière des urgences

5.9.3.1 Premiers répondants (*first responders*) et répondants rapides (*rapid responders*)

Les premiers répondants prodiguent les premiers secours aux personnes en détresse dans les délais les plus courts possible. Dans le canton de Berne, l'Association First Responder a pour mission d'augmenter le taux de survie lors d'un arrêt cardiocirculatoire en présence de témoins et s'attache à cet effet à développer le réseau de DAE et à en tenir une cartographie à jour⁵⁴. Elle est composée de collaboratrices et collaborateurs des services de sauvetage avec un mandat de prestations du canton de Berne. Les CASU peuvent convoquer les premiers répondants et les répondants rapides via une application, en plus du service de sauvetage. Il est utile de les alarmer dans les situations de réanimation en cours, d'arrêt cardiorespiratoire, d'inconscience avec possible arrêt cardiorespiratoire ou encore de douleurs thoraciques aiguës. Les premiers répondants du canton de Berne ont suivi un cours de base auprès d'un service de sauvetage et ont été formés aux mesures de réanimation. Souvent, ils arrivent sur le lieu d'intervention avant le service de sauvetage⁵⁵.

5.9.3.2 Services de sauvetage au sol

Services de sauvetage au sol avec mandat de prestations cantonal

Les services de sauvetage régionaux (ci-après « services de sauvetage ») sont compétents pour les secours au sol et la prise en charge médicale des urgences dans le canton de Berne⁵⁶. Ce dernier compte actuellement six services de sauvetage avec mandat de prestations cantonal et titulaires de l'autorisation d'exploiter requise (voir point 5.5).

Dans sa dernière planification des soins qui date de 2016 (voir point 5.8), le canton de Berne avait confirmé la subdivision en 8 régions de soins pour le sauvetage. Sur la base des recommandations du rapport sur le paysage hospitalier (voir point 5.8) et du projet SAUV-BE (voir point 5.9.7.1), il a introduit dès 2023 le modèle 4+ pour le sauvetage également (voir tableau 1). Dès lors, chaque région doit disposer d'un service de sauvetage au sol avec mandat de prestations. Concernant les régions recensant plus d'un service de sauvetage, un organisme responsable commun doit être formé, mission que les services de sauvetage sont en train de mener à bien (voir point 5.9.3.2). Étant donné que les CASU régulent les forces de sauvetage selon le principe *next best* (voir point 3.3), les services de sauvetage peuvent, selon la situation, être amenés à intervenir hors de leur région de soins respective.

La fusion selon le modèle 4+ des services de sauvetage avec mandat de prestations n'est pas encore complètement achevée (voir point 5.9.1) : si les régions Emmental – Haute-Argovie et Oberland bernois ont déjà constitué leur propre organisme responsable, les autres régions doivent encore faire le nécessaire. Les processus internes doivent par ailleurs être optimisés et harmonisés.

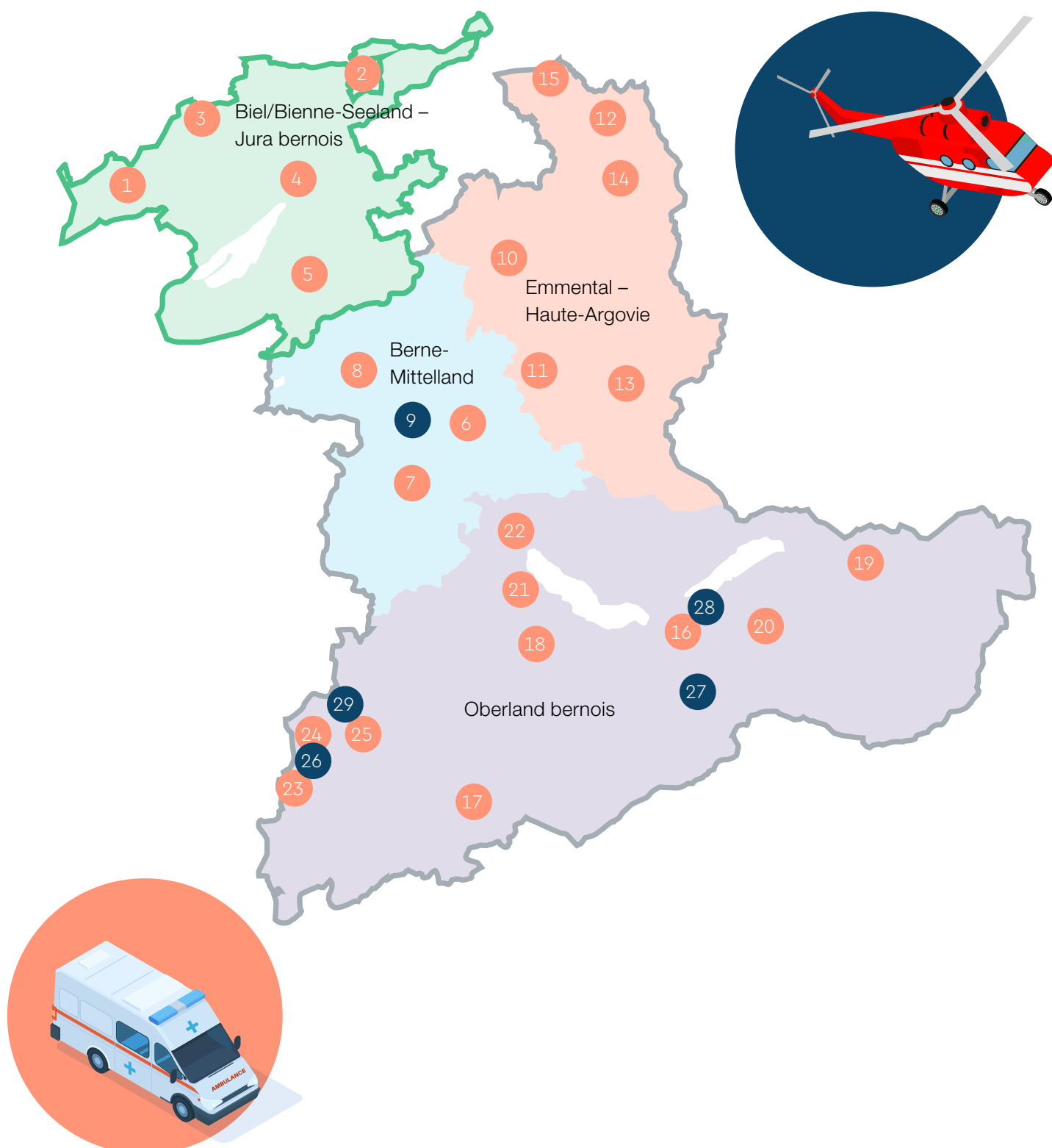
À l'exception de celui de Berne, qui dépend de la ville de Berne sur le plan organisationnel, les services de sauvetage sont des entreprises rattachées à des hôpitaux (voir légendes de l'illustration 4). Le service de sauvetage du groupe de l'Île (Insel Gruppe AG) est la seule organisation active dans deux régions de soins 4+.

54 <https://www.firstresponder.be/fr/defibrillatoren-aed>

55 <https://www.firstresponder.be/fr/ueber-uns>

56 Un contrat a par ailleurs été conclu entre le canton (Direction de la sécurité) et le Secours Alpin Suisse (SAS) pour la recherche, le sauvetage, les opérations de dégagement et les premiers secours d'urgence des personnes malades ou en détresse dans les zones alpines et difficiles d'accès (pouvant inclure des situations impliquant l'eau). La présente stratégie partielle ne porte pas sur le sauvetage en montagne dans le canton de Berne.

Illustration 4 : structures de sauvetage au sol et aérien dans les régions de soins 4+ du sauvetage bernois (source : DSSI, 2025)



Légende (illustration 4)

N°	Région de soins 4+ Sauvetage	Organisme responsable	Service de sauvetage	Site	Type de site	Type de sauvetage
1	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	St-Imier	Base de sauvetage	Au sol
2	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Moutier	Base de sauvetage	Au sol
3	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Ambulances du Réseau de l'Arc SA	Tramelan	Centre d'ambulances	Au sol
4	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Ambulances Région Bienne SA	Service de sauvetage Ambulances Région Bienne SA	Bienne	Base de sauvetage	Au sol
5	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Groupe de l'Île	Service de sauvetage du groupe de l'Île	Aarberg	Base de sauvetage	Au sol
6	Berne-Mittelland	Groupe de l'Île	Service de sauvetage du groupe de l'Île	Münsingen	Centre d'ambulances	Au sol
7	Berne-Mittelland	Groupe de l'Île	Service de sauvetage du groupe de l'Île	Riggisberg	Centre d'ambulances	Au sol
8	Berne-Mittelland	Ville de Berne (division Protection et sauvetage)	Service de sauvetage Berne	Berne	Base de sauvetage	Au sol
9	Berne-Mittelland	Fondation Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)	Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)	Belp	Base d'intervention	Sauvetage aérien
10	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG et Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	Berthoud	Base de sauvetage	Au sol
11	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG et Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	Grosshöchstetten	Centre d'ambulances	Au sol
12	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG et Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	Langenthal	Centre d'ambulances	Au sol
13	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG et Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	Langnau	Centre d'ambulances	Au sol
14	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG et Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	Madiswil	Centre d'ambulances	Au sol
15	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG et Spital Region Oberaargau (SRO) AG	Service de sauvetage Emmental – Haute-Argovie	Niederbipp	Centre d'ambulances	Au sol
16	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Wilderswil	Base de sauvetage	Au sol

N°	Région de soins 4+ Sauvetage	Organisme responsable	Service de sauvetage	Site	Type de site	Type de sauvetage
17	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Adelboden	Centre d'ambulances	Au sol
18	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Frutigen	Centre d'ambulances	Au sol
19	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Meiringen	Centre d'ambulances	Au sol
20	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Grindelwald	Centre d'ambulances	Au sol
21	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Gesigen	Base de sauvetage	Au sol
22	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Thoune	Centre d'ambulances	Au sol
23	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Gessenay	Centre d'ambulances	Au sol
24	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Saanenmöser	Centre d'ambulances	Au sol
25	Oberland bernois	Spitäler fmi AG et Spital STS AG	Service de sauvetage Oberland bernois	Zweisimmen	Centre d'ambulances	Au sol
26	Oberland bernois	Air-Glacières SA	Air-Glacières	Gessenay	Base d'intervention	Sauvetage aérien*
27	Oberland bernois	Air-Glacières SA	Air-Glacières	Lauterbrunnen	Base d'intervention	Sauvetage aérien
28	Oberland bernois	Fondation Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)	Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)	Wilderswil	Base d'intervention	Sauvetage aérien**
29	Oberland bernois	Fondation Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)	Garde aérienne suisse de sauvetage (Rega)	Zweisimmen	Base d'intervention	Sauvetage aérien

* Durant les mois d'hiver, une ambulance est mise à la disposition d'Air-Glacières sur le site de Gesseney la journée pour le sauvetage au sol (sans mandat de prestations avec le canton de Berne).

** En plus d'hélicoptères, la Rega dispose d'un véhicule utile pour le transport par voie terrestre des médecins urgentistes sur le lieu d'intervention.

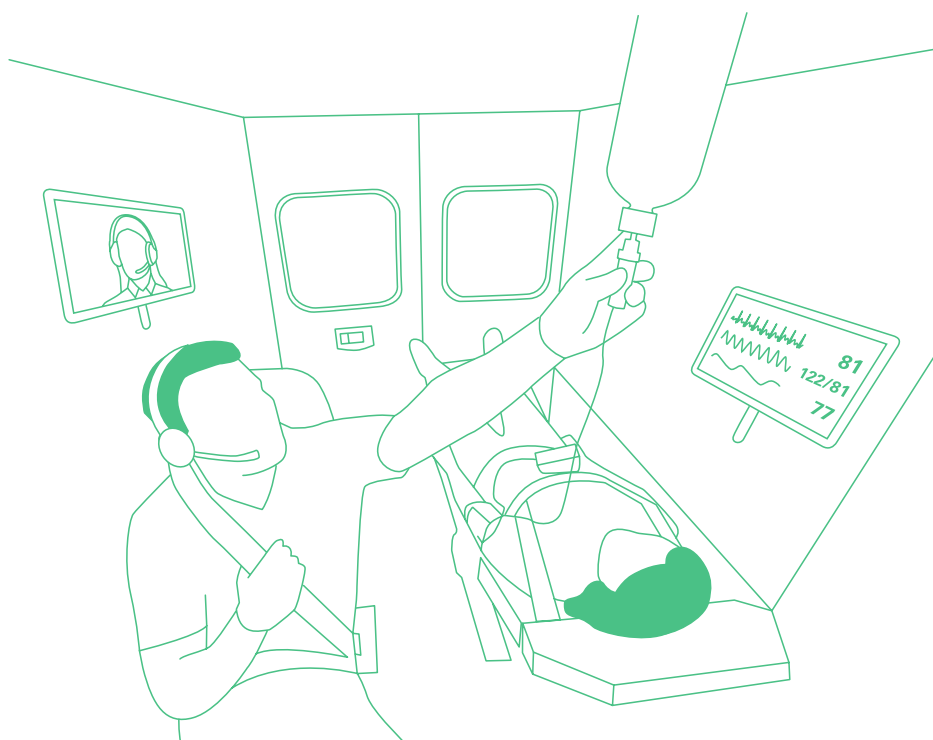
Pour assurer des secours rapides dans tout le canton, les services de sauvetage bernois exploitent 8 bases de sauvetage et 17 centres d'ambulances (voir illustration 4). Les premières sont occupées en permanence et équipées d'infrastructures telles que des garages, des possibilités d'hébergements, des dispositifs de désinfection et une logistique de stockage. Les seconds sont dotés d'une infrastructure et occupés par un moyen de sauvetage à des heures définies. En outre, le canton compte 14 zones d'attente (voir tableau 3). Ces sites sont comparables à des centres d'ambulances, mais sans l'infrastructure spécifique d'un service de sauvetage (p. ex. place de parc, raccordement au réseau électrique, salle de séjour). Les bases de sauvetage, centres d'ambulances et zones d'attente sont exploités par les différents services de sauvetage, qui en définissent le niveau de priorité et les horaires d'occupation sur la base de la durée et de la fréquence des interventions.

Tableau 3 : zones d'attente des services de sauvetage, 2025

Zone d'attente	Région de soins 4+ Sauvvetage
Shoppyländ Moosseedorf	Berne-Mittelländ
Dépôt des sapeurs-pompieri Belp	Berne-Mittelländ
Dépôt des sapeurs-pompieri Kirchberg	Emmental – Haute-Argovie
Installation DDPS* Grünenmatt	Emmental – Haute-Argovie
Volg Krattigen	Oberland bernois
Spital Interlaken Unterseen	Oberland bernois
Administration communale Niederried bei Interlaken	Oberland bernois
Iseltwald	Oberland bernois
Maison forestière Brienz	Oberland bernois
Gare Grindelwald	Oberland bernois
Hôtel des Alpes Saanenmöser	Oberland bernois
EMS Gesseney	Oberland bernois
Restaurant Rohrbach Träff Ried	Oberland bernois
Lenk im Simmental	Oberland bernois

* Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports

Actuellement, seuls les services de sauvetage de Berne et d'Emmental – Haute-Argovie peuvent recourir en permanence à des médecins urgentistes dans le cadre de l'exploitation ordinaire. À noter toutefois que le service de sauvetage de Berne fait essentiellement appel aux médecins urgentistes du groupe de l'Île (Insel Gruppe AG). Les autres services de sauvetage s'adressent à du personnel ayant des qualifications étendues (p. ex. en soins d'anesthésie) et d'autres compétences médicales déléguées (en ce qui concerne p. ex. les médicaments ou les injections). Si les conditions météorologiques le permettent, les médecins urgentistes peuvent être emmenés sur le lieu d'intervention par les moyens de sauvetage aériens (voir point 5.9.3.4).



Les interventions des services de sauvetage en chiffres

Le nombre d'interventions non planifiables (P1-P2 et S1-S2) réalisées par les services de sauvetage avec contrat de prestations cantonal a enregistré une hausse de 83 % entre 2014 et 2024. Dans le même temps, les interventions planifiables (P3, S3-S4) ont diminué de 96 % durant la même période (voir illustration 5). L'illustration 6 présente l'évolution des chiffres relatifs aux interventions primaires, qui ont augmenté de 44 % entre 2018 et 2024, soit une progression moyenne de 2977 interventions par an. Le nombre d'interventions secondaires (voir illustration 7) est quant à lui en recul de 65 % entre 2018 et 2024 (-1456 interventions par an en moyenne). Les interventions de type P3 et S3 ne sont plus que rarement effectuées par les services de sauvetage au bénéfice d'un contrat de prestation cantonal (en 2024, env. 100 interventions P3 et 330 interventions S3).

Illustration 5 : nombre d'interventions non planifiables et planifiables des services de sauvetage par an, 2014–2024 (source : DSSI, 2025)

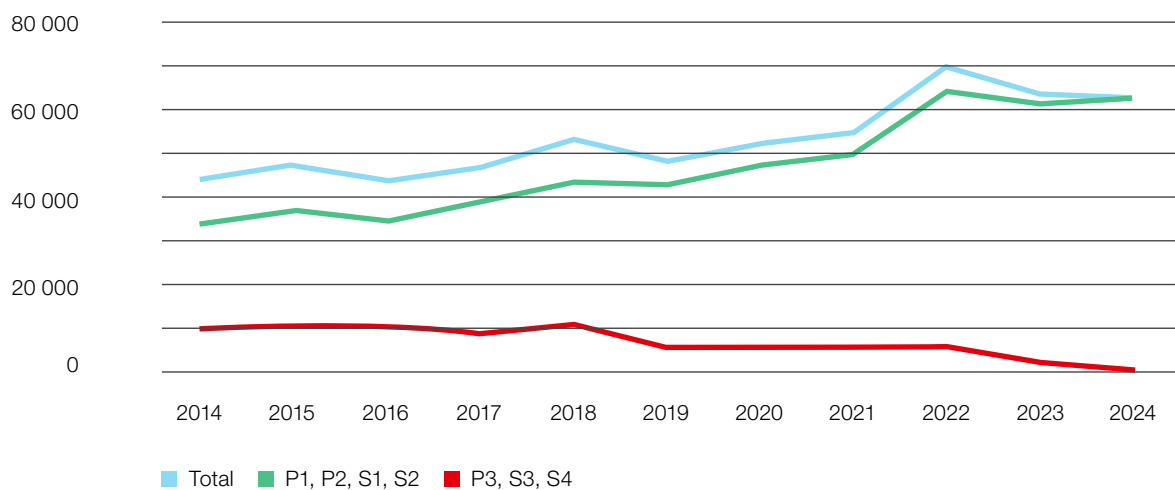


Illustration 6 : nombre d'interventions primaires des services de sauvetage par an, 2018–2024 (source : DSSI, 2025)

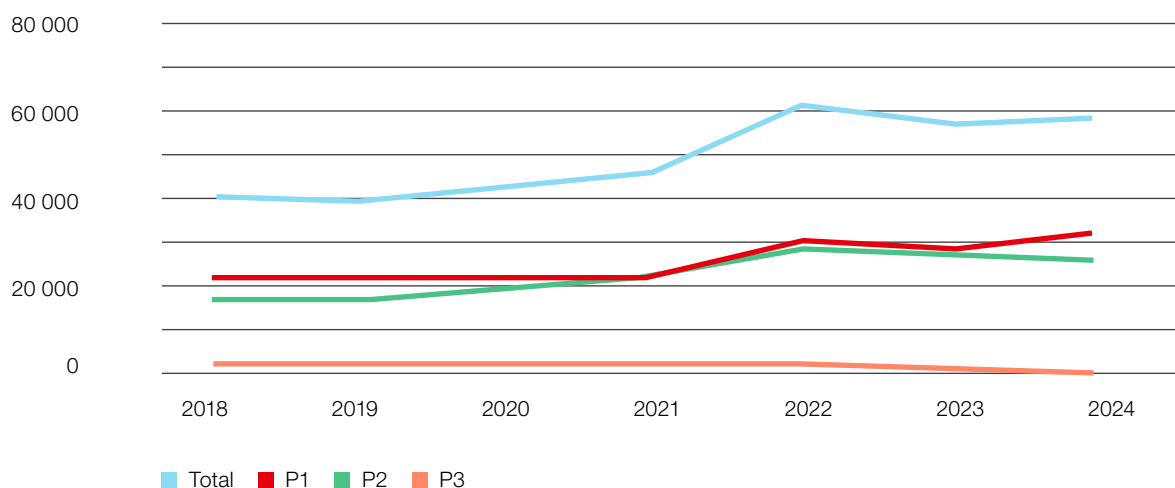
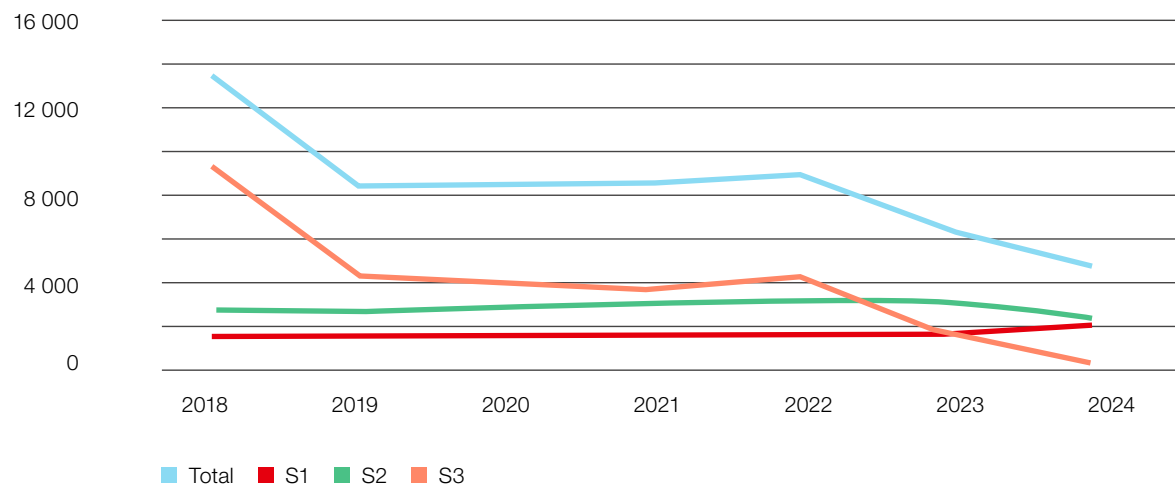


Illustration 7 : nombre d'interventions secondaires des services de sauvetage par an, 2018–2024 (source : DSSI, 2025)



Services de sauvetage au sol sans mandat de prestations cantonal

Outre les services de sauvetage auxquels il a attribué un mandat de prestations, le canton de Berne peut faire appel à des services au sol qui ne sont pas responsables d'assurer la couverture en soins d'une région spécifique et qui n'agissent par conséquent pas sur mandat du canton (voir tableau 4). Ces entreprises sont surtout sollicitées pour des situations non urgentes comme des grandes manifestations.

Les services de sauvetage sans mandat de prestations doivent être titulaires d'une autorisation d'exploiter pour effectuer des interventions de type P1-P2 et S1-S2 dans le canton de Berne (voir point 5.5). Les services de sauvetage extra-cantonaux titulaires de l'autorisation d'exploiter requise peuvent si nécessaire aussi intervenir dans le canton de Berne (au même titre que les services de sauvetage bernois peuvent intervenir hors du canton s'ils détiennent l'autorisation d'exploiter correspondante), par exemple en cas d'indisponibilité des moyens de transport des mandataires.

Tableau 4 : services de sauvetage au sol avec autorisation d'exploiter dans le canton de Berne, mais sans mandat de prestations cantonal, 2025

Organisme responsable	Organisme responsable
Air-Glacières SA	Service d'ambulance de Granges (ville de Granges)
Ambulanz Sense AG	Service de sauvetage Solothurner Spital AG
Stiftung Event Ambulanz	Garde aérienne suisse de sauvetage Rega
AAA Alpine Air Ambulance AG	TCS Ambulance Services Mittelland SA
Service d'ambulance et de secours de Morat et environs	TCS Ambulance Aargau AG

5.9.3.3 Services de transport de la patientèle

Dans le canton de Berne, une multitude d'entreprises se chargent du transport et du transfert de patientes et patients, par exemple entre hôpitaux ou entre hôpitaux et EMS. Elles se distinguent les unes des autres par la nature de leurs prestations médicales et le niveau de qualification de leur personnel. Certaines sont comparables à un service de taxi, tandis que d'autres proposent une prise en charge médicale par des professionnelles et professionnels de la santé – comme des ambulancières et ambulanciers ou du personnel soignant. Contrairement à la pratique usuelle dans d'autres cantons⁵⁷, les services de transport de la patientèle peuvent actuellement déployer leur activité sans autorisation d'exercer dans le canton de Berne, si bien qu'ils ne sont pas soumis à une surveillance sanitaire. Dans le canton de Berne, l'entreprise easyCab medical AG a reçu la reconnaissance IAS. Le canton ne finançant aucune prestation de base fixe pour le transport de la patientèle, il n'y a pas de contrat de prestations.

Tableau 5 : service de transport de la patientèle reconnu IAS, 2025

Organisation	Prestations
easyCab medical AG (Niederwangen)	Interventions S3/S4

⁵⁷ https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/notfall_rettung/projekt_optimierung_rettungswesen_anforderungen_erlaeuterungen.pdf

5.9.3.4 Services de sauvetage aérien

Dans le canton de Berne, deux services de sauvetage aérien sont actifs sur cinq bases d'intervention (voir tableau 6 et illustration 4). Tous deux couvrent l'ensemble du territoire sans avoir conclu de contrat de prestations avec le canton.

Tableau 6 : services de sauvetage aérien sans mandat de prestations cantonal, 2025

Organisation	Bases d'intervention
Air-Glacières SA	Gesseney, Lauterbrunnen
Garde aérienne suisse de sauvetage Rega	Belp, Wilderswil, Zweisimmen

5.9.4 Services des urgences des hôpitaux

Les hôpitaux de soins aigus somatiques assument le suivi clinique des soins d'urgence après la remise des patientes et patients par les services de sauvetage et garantissent l'accès à la prise en charge en mode hospitalier. Les services des urgences hospitalières sont les interlocuteurs directs pour les personnes en détresse et fournissent des prestations d'urgence ambulatoire. Dans le canton de Berne, 14 sites hospitaliers exploitent un service des urgences 24 heures sur 24, et 8 sites hospitaliers, un service des urgences réduit, c'est-à-dire avec délégation des urgences la nuit et le week-end (voir illustration 8)⁵⁸. Sur les 14 hôpitaux dotés d'un service des urgences fonctionnant en permanence, 8 sont équipés d'une unité de soins intensifs certifiée par la Société suisse de médecine intensive (SSMI)⁵⁹. Le nombre de cas et d'admissions en urgence dans les différents sites de soins aigus somatiques en 2023 figure dans les légendes de l'illustration 8.

58 Tous les hôpitaux de soins aigus somatiques répertoriés au bénéfice d'un mandat pour le groupe de prestations PB (Paquet de base chirurgie et médecine interne) selon la liste des hôpitaux en vigueur (<https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitallisten.html>) sont équipés d'un service des urgences fonctionnant en principe en permanence. Les sites auxquels le mandat PB a été attribué sont tenus d'exploiter un service des urgences de niveau 1. Quant aux sites ayant reçu un mandat pour le groupe de prestations PBE (Paquet de base pour fournisseurs de prestations programmées), ils doivent disposer d'un service des urgences pour certains groupes de prestations. Conformément à la classification GPPH et aux exigences spécifiques à chaque groupe de prestations, différents niveaux de service des urgences sont définis lors de l'attribution des mandats (voir lien précédent). Plus le niveau est élevé, plus les exigences relatives aux compétences et à la disponibilité du personnel spécialisé requis le sont également.

59 <https://www.swiss-icu.ch/fr/unites-de-soins-intensifs-certifiees>

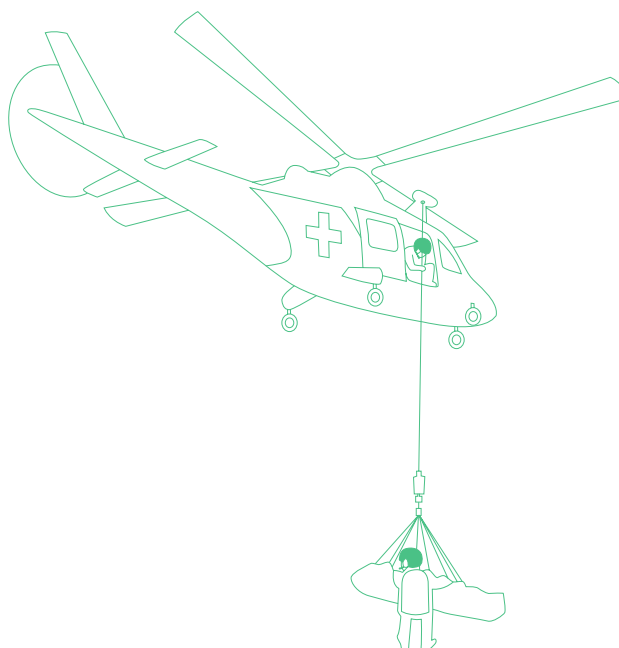
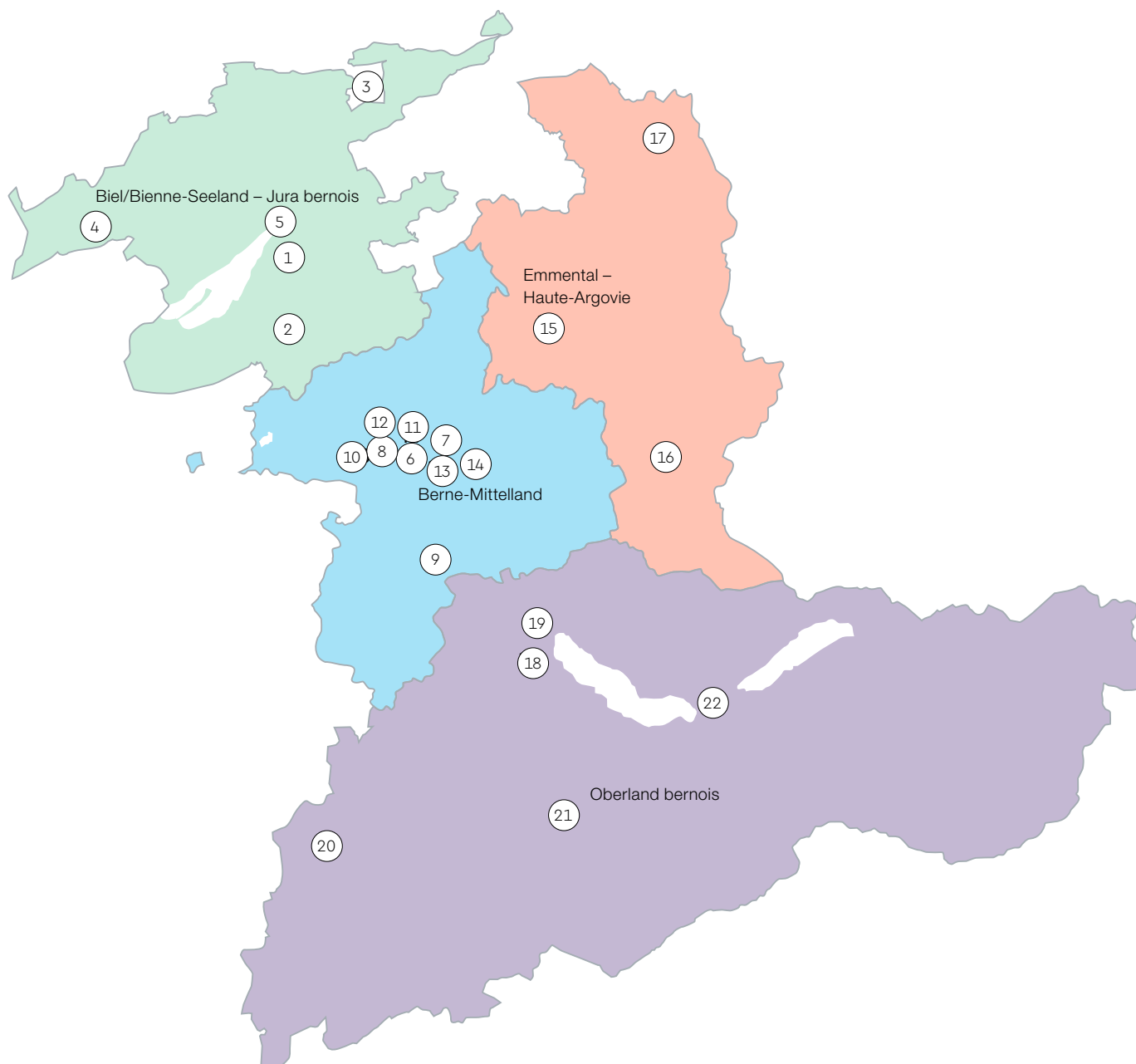


Illustration 8 : sites hospitaliers de soins aigus somatiques équipés d'un service des urgences dans le canton de Berne (source : DSSI, 2025)



Légende (illustration 8) avec les cas et les admissions d'urgence en 2023

N°	Régions de soins 4+	Entreprise	Site hospitalier	Prise en charge des urgences**	Nombre de cas	Nombre d'admissions en urgence
1	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Hirslanden Clinique des Tilleuls SA	Clinique des Tilleuls	Permanente	6 692	1 520
2	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Groupe de l'Île (hôpital non universitaire)	Hôpital d'Aarberg	Permanente	3 335	2 118
3	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Réseau de l'Arc SA	Hôpital de Moutier	Permanente	1 550	1 076
4	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Réseau de l'Arc SA	Hôpital de Saint-Imier	Permanente	3 218	1 674
5	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Centre hospitalier Bienne SA	Centre hospitalier Bienne	Permanente	14 096	8 534
6	Berne-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Clinique Beau-Site	Permanente	5 650	1 336
7	Berne-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Clinique Permanence	Réduite	2 790	393
8	Berne-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Salem Spital	Permanente	8 985	1 471
9	Berne-Mittelland	Groupe de l'Île (hôpital non universitaire)	Hôpital de Riggisberg	Réduite	1 519	1 088
10	Berne-Mittelland	Groupe de l'Île (hôpital universitaire)	Hôpital de l'Île	Permanente	48 118	19 716
11	Berne-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Engeriedspital	Réduite	4 288	1 478
12	Berne-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Hôpital Lindenhof	Permanente	19 014	4 902
13	Berne-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Hôpital Sonnenhof	Permanente	5 039	473
14*	Berne-Mittelland	Siloah AG	Clinique Siloah	Réduite	1 260	174
	Berne-Mittelland	Swiss Medical Network Hospitals SA	Clinique privée Siloah	Réduite	1 715	15
15	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG	Hôpital de Berthoud	Permanente	8 162	3 728
16	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG	Hôpital de Langnau	Réduite	2 665	1 834
17	Emmental – Haute-Argovie	SRO AG	Hôpital de Langenthal	Permanente	8 595	4 718
18	Oberland bernois	Medaxo Klinik AG	Clinique Homad	Réduite	1 460	13
19	Oberland bernois	Spital STS AG	Hôpital de Thoune	Permanente	15 631	8 150
20	Oberland bernois	Spital STS AG	Hôpital de Zweisimmen	Réduite	1 623	1 455
21	Oberland bernois	Spitäler fmi AG	Hôpital de Frutigen	Réduite	2 202	1 518
22	Oberland bernois	Spitäler fmi AG	Hôpital d'Interlaken	Permanente	7 734	4 804

Source : Statistique médicale, exercice 2023. Cas cantonaux et extra-cantonaux pour les établissements figurant sur la liste des hôpitaux en soins aigus somatiques (état au 01.04.2025) équipés d'un service des urgences et ayant reçu un mandat pour les groupes de prestations PB ou PBE.

* Le service des urgences est exploité conjointement sur le campus Siloah à Gümliigen.

** prise en charge permanente : service des urgences de niveau ≥ 2 ; prise en charge réduite : service des urgences de niveau 1 (voir document « Exigences et informations du canton de Berne concernant la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques », version 2025).

Si tous les hôpitaux du canton de Berne dotés d'un service des urgences garantissent des soins aigus et d'urgence, certaines prestations spécialisées ou hautement spécialisées ne sont proposées que par certains sites⁶⁰. Lors d'urgences critiques nécessitant un traitement complexe, la spécificité de l'offre est déterminante pour le choix de l'hôpital de destination le plus approprié. Dans le canton de Berne, il n'existe par exemple qu'un SC assurant la prise en charge hautement spécialisée des AVC (voir point 5.9.8) et seul un établissement assume le traitement des blessées et blessés graves⁶¹.

5.9.5 Coordination de la prise en charge des urgences

5.9.5.1 Centrales d'appels sanitaires urgents (CASU)

Actuellement, deux CASU déploient leurs activités dans le canton, sur mandat de la DSSI, à savoir la CASU 144 Berne et la CASU 144 Biel/Bienne. Ces dernières gèrent et coordonnent conjointement les interventions sur le territoire bernois selon la LSH. Les CASU sont habilitées à donner des instructions aux services de sauvetage dans le cadre de la planification et de la conduite d'intervention. Elles répondent au numéro de téléphone unique 144 pour l'ensemble du canton.

La CASU 144 Berne se charge de l'alarme et de la conduite d'intervention des services de sauvetage des régions de soins 4+ Berne-Mittelland, Emmental – Haute-Argovie et Oberland bernois⁶². La CASU 144 Biel/Bienne est compétente pour la région de soins 4+ Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois (voir illustration 4). Les CASU transmettent toutes les interventions aériennes à la centrale d'intervention de la Rega (aéroport de Zurich), qui dispose de sa propre centrale d'appels urgents pour le sauvetage aérien.

Les CASU décident, sur la base des données relatives à la fréquence et à la durée des interventions au plan régional, où les moyens de sauvetage doivent être réservés et quel moyen de sauvetage est le plus proche et le plus approprié pour l'intervention. Afin de garantir la sécurité des soins dans l'ensemble du canton, elles peuvent réguler les moyens de sauvetage en fonction de la situation sur des bases, des sites, des zones d'attente ou d'autres emplacements sans infrastructure (p. ex. dépôt des sapeurs-pompiers, parking).

Tableau 7 : CASU au bénéfice d'un mandat de prestations cantonal, 2025

Organisation	Organisme responsable	Secteur d'alarme et d'intervention (régions de soins 4+)
CASU 144 Berne	Ville de Berne (division Protection et sauvetage)	Berne-Mittelland, Emmental – Haute-Argovie, Oberland bernois
CASU 144 Biel/Bienne	Ambulances Région Bienne SA	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois

60 Voir note de bas de page numéro 57 : la prise en charge dépend généralement du niveau de chaque service des urgences.

61 <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee/liste-des-hopitaux-medecine-hautement-specialisee>

62 Les CASU sont responsables de l'alarme et de la conduite d'intervention dans les secteurs couverts par les services de sauvetage auxquels ces derniers sont rattachés. Ces secteurs correspondent aux régions du modèle 4+ (voir illustration 4). Le groupe de l'île (Insel Gruppe AG) constitue une exception, car celui-ci exploite en qualité d'organisation unique des bases de sauvetage et des centres d'ambulances dans plusieurs régions 4+ : située dans la région Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois, la base de sauvetage d'Aarberg est rattachée à la CASU 144 Biel/Bienne, tandis que les bases d'ambulances de Münsingen et Riggisberg (toutes deux sises dans la région Berne-Mittelland) dépendent de la CASU 144 Berne.

5.9.5.2 Service sanitaire coordonné (SSC) du canton de Berne

Le SSC du canton de Berne assure, sous la houlette de l'Office de la santé (ODS) de la DSSI, la coordination des moyens sanitaires du système de santé public, des organisations privées et de la Confédération en cas de catastrophe, de situation d'urgence ou lors d'un événement majeur⁶³. Il garantit ainsi la prise en charge de la population au plan sanitaire.

Conformément à l'article 25 OSH, les CASU assument des tâches importantes tout au long du processus de maîtrise d'événements majeurs, de situations d'urgence ou de catastrophes. La disponibilité immédiate des structures de conduite selon les exigences du canton renforce la capacité de gérer les événements complexes avec efficacité. Les personnes exerçant des fonctions de direction au sein des CASU font office de relais direct avec l'ODS dans les situations précitées. À l'avenir, il est impératif que les processus et procédures applicables en cas de catastrophe, de situation d'urgence ou lors d'un événement majeur soient strictement identiques dans les deux CASU bernoises et harmonisés entre celles-ci.

5.9.6 Formation

Les fournisseurs de prestations de santé du canton de Berne sont tenus, en vertu des articles 103 ss LSH, de former suffisamment de spécialistes dans les professions de la santé non universitaires. Le canton indemnise les prestations de formation réalisées.

Pour leur part, dans le domaine de la formation professionnelle supérieure, les services de sauvetage sont tenus de participer à la formation des ambulancières et ambulanciers ES et des techniciennes ambulancières et techniciens ambulanciers titulaires d'un brevet fédéral (BF). La prestation de formation exigée est calculée en fonction du potentiel de formation de l'entreprise, sur la base duquel les services de sauvetage conviennent avec le centre de formation *medi* (Zentrum für medizinische Bildung) du nombre de places de formation nécessaires pour leur exploitation. Le canton indemnise la formation à hauteur de 300 francs par semaine de formation (voir point 5.6).

Les fournisseurs de prestations sont aussi tenus de participer à la formation des professions dans le domaine du sauvetage, en particulier à celle d'experte diplômée ou expert diplômé en soins d'anesthésie, en soins intensifs (adultes ou pédiatriques) ou en soins d'urgence (filiales EPD ES AIU). Le canton verse une indemnité forfaitaire de 26 000 francs pour chacune de ces filières post-diplômes.

Le canton participe également sur les plans financier et organisationnel aux modules de formation à la conduite d'intervention des organisations d'intervention à feux bleus (service de sauvetage, sapeurs-pompiers, police). La DSSI répond quant à elle de la planification stratégique et du contenu des formations en mettant l'accent sur le SSC. Elle gère l'administration des cours en collaboration avec les services de sauvetage. La DSSI verse une indemnité de formation aux services de sauvetage à hauteur de 550 francs par personne participante, de même que des indemnités forfaitaires pour les activités des formatrices et formateurs dans le cadre des contrats de prestations cantonaux conclus avec les services de sauvetage (voir point 5.6).

⁶³ LCPPCi (voir point 5.5)

5.9.7 Projets

5.9.7.1 Réorganisation du sauvetage dans le canton de Berne (SAUV-BE)

Le groupe de travail SAUV-BE a été créé en 2017 dans le cadre de la mise en œuvre de la planification des soins 2016. Composé notamment de représentantes et représentants des services de sauvetage, il avait pour mission d'accompagner sur plusieurs années le développement du domaine du sauvetage. Ses tâches ont notamment consisté à améliorer la qualité des données d'intervention, examiner les centres d'ambulances, remanier l'attribution des équipes de sauvetage aux services de sauvetage, réviser l'indemnisation des prestations de base fixes et définir une procédure de vérification périodique des coûts normatifs par équipe de sauvetage. À cet effet, le groupe de travail a examiné plusieurs projets sous l'angle de la qualité des données existantes, des problèmes identifiés et des mesures à concrétiser.

Partenaire important de ces travaux, l'IMS-OST a analysé le potentiel de développement des services de sauvetage au sol du canton sous plusieurs perspectives. En 2021, l'institut a rédigé un rapport sur les progrès réalisés jusque-là et sur le potentiel d'optimisation des délais de réponse compte tenu des ressources disponibles. Il ressort de ce document que le volume des interventions a fortement augmenté dans toutes les catégories d'intervention (env. +30 % entre 2018 et 2021). Le rapport met aussi en évidence les écarts importants d'un service de sauvetage à l'autre dans la part des interventions de type P3 et S3 en regard du total des interventions (de 1 % à 21 %). En 2021, le lieu de l'événement a été atteint dans un délai de 15 minutes dans 83 % des interventions P1 ; dans 90 % des cas, un moyen de sauvetage est arrivé sur le site d'intervention dans les 18 minutes. Entre 2018 et 2021, le délai de réponse est resté constant avec des ressources inchangées et ce, malgré une hausse marquée du volume des interventions. Cela étant, le délai de réponse est toujours trop long dans certaines zones. Par ailleurs, l'évaluation révèle un délai de départ médian pour les interventions de type P1 de tout juste deux minutes, ce qui signifie que 50 % des valeurs excèdent les limites recommandées par l'IAS. À l'aide de simulations d'interventions et de répartition des moyens (équipes de sauvetage) entre les régions de soins 4+, les sites et les bases de sauvetage, le rapport a examiné les possibilités d'optimisation des délais de réponse. Il constate qu'une répartition plus judicieuse des moyens permet d'améliorer le délai de réponse de 1 % à l'échelle du canton et de l'équilibrer au niveau régional. L'IMS-OST a formulé huit recommandations et évalué leur degré de réalisation.

1. Délimitation claire des interventions P3/S3 au niveau opérationnel ainsi que lors du décompte par l'exploitation avec des ressources séparées ou mandat à des organisations extérieures
→ Cette mesure a été réalisée en grande partie. La délimitation des interventions fonctionne bien.
2. Raccourcissement supplémentaire du délai de départ à deux minutes la journée et trois minutes la nuit, en réaménageant si nécessaire les locaux
→ Cette mesure a été partiellement réalisée. Certaines bases de sauvetage ont été réaménagées. Le délai de départ n'étant toutefois qu'une composante du délai de réponse, il n'est pas prioritaire dans le processus d'optimisation de celui-ci. Il convient de continuer à observer les délais de départ.

3. Amélioration de la répartition des équipes de sauvetage entre les régions 4+ et les bases de sauvetage
→ Cette mesure a été partiellement réalisée. Les effectifs en personnel des équipes de sauvetage ont été augmentés dans les régions de soins 4+ Oberland bernois et Emmental – Haute-Argovie. Ceux de la région Berne-Mittelland n'ont par contre pas encore été réduits à titre de compensation. Les mesures dans ce domaine dépendent en effet également d'autres développements, notamment de la fusion des services de sauvetage.
4. Amélioration et affinement du réseau des bases de sauvetage, notamment par l'instauration de zones d'attente
→ Cette mesure a été réalisée. De nouvelles bases de sauvetage et zones d'attente ont été créées.
5. Promotion d'une collaboration systématique entre les services de sauvetage, si possible en établissant un pool de personnel commun propice à la dynamique des interventions
→ Cette mesure a été partiellement réalisée. Les services de sauvetage au bénéfice d'un mandat de prestations cantonal ont fusionné dans deux régions de soins 4+ (Oberland bernois et Emmental – Haute-Argovie). Ces regroupements sont pour l'instant purement formels et n'ont pas été concrétisés à large échelle au plan fonctionnel.
6. Régulation des moyens selon le principe *next best* dans tout le canton avec attribution dynamique des interventions aux services de sauvetage et aux régions
→ Cette mesure a été réalisée.
7. Fusion de certains services de sauvetage
→ Cette mesure a été partiellement réalisée. Les services de sauvetage au bénéfice d'un mandat de prestations cantonal ont fusionné dans deux régions de soins 4+ (Oberland bernois et Emmental – Haute-Argovie). Ces regroupements sont pour l'instant purement formels et n'ont pas été concrétisés à large échelle au plan fonctionnel. Dans les deux autres régions de soins 4+ (Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois et Berne-Mittelland), les fusions sont encore en suspens.
8. Examen ou établissement de sites alternatifs pour certaines bases de sauvetage, en particulier celle de Münsingen
→ Cette mesure a été partiellement réalisée. Un déplacement de la base de sauvetage de Münsingen a par exemple été recommandé.

5.9.7.2 Système de protocole électronique

Jusqu'à récemment, les services de sauvetage saisissaient les données médicales et administratives essentiellement sur papier au cours des interventions, avant de les reporter dans diverses applications lors du traitement ultérieur. À partir de l'été 2023, le canton de Berne a progressivement introduit un processus standardisé et numérisé de documentation des interventions. Depuis le 5 novembre 2024, le système de protocole électronique est opérationnel dans tous les services de sauvetage du canton. Il est le fruit de nombreuses années de travaux préparatoires.

Le système de protocole électronique vise à faciliter les procédures, à relever leur efficacité et à améliorer la qualité et la disponibilité des données. Cet outil de saisie mobile et électronique des protocoles établit des interfaces pour la communication des données d'intervention avec d'autres systèmes. Les données sont ainsi utilisables durant toutes les étapes du processus de sauvetage (alarme par la CASU, intervention du service de sauvetage, traitement ultérieur de l'intervention, service des urgences, systèmes d'information sur les patientes et patients, facturation dans les hôpitaux).

Grâce aux interfaces en place, les services de sauvetage peuvent à présent utiliser les données des protocoles d'intervention pour le traitement ultérieur (statistique, assurance-qualité, facturation et archivage). De son côté, la DSSI dispose dans le même temps de données standardisées et anonymisées lui permettant d'évaluer régulièrement le délai de réponse des services de sauvetage. La réception des données du système d'intervention des CASU est également assurée. En outre, les services de sauvetage peuvent par exemple recourir à des prestations de leurs fournisseurs informatiques et créer des interfaces avec des hôpitaux sans utiliser le système de protocole électronique.

Pour l'heure, les données du système de protocole électronique s'échangent surtout entre les services de sauvetage et les hôpitaux qui admettent des patientes et patients. Il manque encore des interfaces entre le système de protocole électronique, le DEP, le SII de la Confédération, le protocole d'intervention du sauvetage aérien, les médecins généralistes et les EMS. Il n'existe pas encore non plus d'interfaces ni de processus pour l'échange des données médicales de la patientèle entre hôpitaux, médecins exerçant en ambulatoire et services de sauvetage.

5.9.7.3 Projet d'application de triage coordonné

En raison de la surcharge que connaissent certains services des urgences, la CASU 144 Berne s'est attelée, en collaboration avec ceux-ci, au développement d'un système de pilotage de l'attribution des urgences. Ce système simplifie la recherche par les services de sauvetage d'un service des urgences ayant des capacités d'accueil et, partant, facilite la répartition de la patientèle en situation d'urgence. À l'origine, ce système a été conçu pour les hôpitaux de la ville de Berne. En 2022, la DSSI a cofinancé le développement de l'application de triage coordonné, dont l'utilisation par les CASU a été étendue à la région de soins 4+ Oberland bernois en 2023⁶⁴. L'application doit être employée par tous les hôpitaux répertoriés du canton équipés d'un service des urgences.

⁶⁴ Actuellement, l'application est utilisée par les sites hospitaliers suivants : groupe de l'Île (Insel Gruppe AG), Lindenhof (Lindenhofgruppe AG), cliniques Beau-Site et Salem (Hirslanden Bern AG), hôpitaux d'Interlaken et de Frutigen (Spitäler fmi AG), hôpitaux de Thoune et de Zweisimmen (STS AG).

5.9.7.4 Pilotprojekt zur Einführung eines Notarztdienst-Modells

Un modèle de recours à des médecins urgentistes a été introduit en 2023 dans le service de sauvetage de la région Emmental – Haute-Argovie en vue d'améliorer de façon ciblée la prise en charge des urgences critiques. Alors que ce service de sauvetage faisait auparavant appel à des spécialistes en anesthésie des hôpitaux de Berthoud et Langnau dans ces situations, il peut désormais compter sur des médecins urgentistes dûment qualifiés qui se déplacent dans leur propre véhicule d'intervention sous la coordination de la CASU Berne. La disponibilité de ces médecins s'est dans un premier temps concentrée sur les week-ends et les jours fériés, qui sont les périodes les plus chargées pour ce qui est des interventions. Cette phase de test passée avec succès, la disponibilité a été étendue à 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 à compter de juin 2024. Les médecins urgentistes qui collaborent étroitement avec le service de sauvetage d'Emmental – Haute-Argovie sont employés par le centre hospitalier régional Spital Emmental. Ce projet vise à garantir des secours médicaux rapides et compétents sur le site d'intervention en cas d'urgences mettant la vie en danger (accidents graves, états d'inconscience ou arrêts cardiorespiratoires), à améliorer la prise en charge des patientes et patients et à augmenter leurs chances de survie.

5.9.7.5 Projets pilotes dans le domaine du service médical d'urgence ambulatoire

D Rares sont les médecins qui se sentent attirés par une activité en service d'urgence ambulatoire, car celle-ci implique de travailler en-dehors des heures ouvrées habituelles (heures en marge, nuits, week-ends, jours fériés), qui plus est pour une rémunération moindre. Dans les régions rurales à faible densité médicale, l'ouverture d'un cabinet va de pair avec une forte charge de travail et peut donc être décourageante. Or c'est précisément dans ces régions qu'une prise en charge des urgences assurée par des médecins généralistes est importante pour garantir les premiers soins aussi rapidement que possible et décharger les hôpitaux.

En mars 2023, la SMCB, la DSSI, le groupe fmi AG et le cercle médical de l'Oberland bernois ont lancé un projet pilote visant à garantir et à soutenir la prise en charge des urgences par des médecins généralistes durant les week-ends et les jours fériés. Le projet a été financé sur la base du crédit-cadre⁶⁵ au sens de la LSH approuvé par le Grand Conseil et qui prévoyait une participation des hôpitaux situés au centre des régions périphériques. Il s'agissait notamment pour ces derniers de fournir aux médecins de garde l'infrastructure et les ressources nécessaires à leur activité (véhicule, mallette médicale, local de service). Ces médecins ont été indemnisés par un forfait en plus des prestations habituellement décomptées via TARMED. Des contrats de prestations ont été conclus à cette fin entre l'hôpital et la DSSI et entre l'hôpital et les médecins de garde. Il ressort de l'évaluation du projet un résultat positif. Le cercle médical a constaté que plusieurs zones de service avaient pu se regrouper, réduisant la charge du corps médical, qui était moins sollicité pour les cas d'urgence. Le cercle médical de l'Oberland bernois a entre-temps intégré cette offre dans les structures ordinaires.

Des projets pilotes analogues ont été lancés le 1^{er} octobre 2024 dans le cercle médical de l'Emmental et, en janvier 2025, dans les cercles médicaux de Pierre-Pertuis (Jura bernois) et de Haute-Argovie.

⁶⁵ <https://www.rgr-service.apps.be.ch/api/rr/documents/document/5579e42b6d0b44db8de75b1db8219765-332/11/RRB-01.05.2019-fr.pdf>

5.9.8 Note sur la prise en charge des AVC

L'AVC en phase aiguë (ou AVC aigu) est une urgence critique (voir infobox 2). Un délai de réponse court est décisif pour éviter les dommages neurologiques et améliorer les chances de récupération de la personne concernée. En Suisse, l'AVC fait partie des principales causes de décès et de handicap, avec environ 15 000 personnes touchées par an. Dans le canton de Berne, ce chiffre s'élève à quelque 252 cas pour 100 000 résidentes et résidents, avec un taux de mortalité de près de 13 %⁶⁶. Cette tendance devrait s'inscrire à la hausse dans le sillage de l'évolution démographique⁶⁷. Une prise en charge moderne des victimes d'AVC tout au long de la chaîne de sauvetage peut améliorer de manière significative le résultat des traitements. Il importe ici d'optimiser le parcours des patientes et patients, de la phase préhospitalière à l'hôpital de destination le plus approprié, sur la base des recommandations médicales actuelles concernant le triage et des délais prescrits pour le diagnostic et le traitement⁶⁸.

66 <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/attaques-cerebrales>

67 <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.036142>

68 https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/fr/Prehospital_Swiss_Guidelines_FR_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf ; <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

Illustration 9 : AVC (source : DSSI, 2025)



Infobox 2 : qu'est-ce qu'un AVC ?

Un AVC est une interruption ou diminution soudaine de l'irrigation du cerveau pouvant entraîner des dommages neurologiques. Les cellules cérébrales sont privées de l'oxygène nécessaire et commencent à mourir au bout de quelques minutes seulement. Parmi les facteurs de risques, il faut citer l'hypertension, la fibrillation auriculaire, le diabète, le tabagisme et l'inactivité physique.

Un AVC constitue une urgence médicale. Ses symptômes classiques sont la survenance soudaine de paralysies, de troubles de la parole ou de la vue, de vertiges ou de forts maux de tête. La rapidité du diagnostic et du traitement peut sauver des vies et limiter les séquelles.

Les soins aigus sont souvent suivis d'une réadaptation neurologique englobant, selon les besoins, des séances de physiothérapie, d'ergothérapie, de logopédie ou un soutien neuropsychologique.

Infobox 3 : unité cérébrovasculaire (Stroke Unit, SU) et centre cérébrovasculaire (Stroke Center, SC)

Rattachées à un hôpital, les SU sont spécialisées dans la prise en charge des AVC. Elles disposent de l'équipement requis pour effectuer par exemple des thrombolyse systémiques⁶⁹ utiles pour dissoudre les caillots sanguins. Une faible partie des victimes d'AVC nécessitent des thérapies de médecine hautement spécialisée et fournies uniquement dans les SC. Ces derniers sont équipés de SU capables de fournir des prestations structurelles, neuroradiologiques et neurochirurgicales étendues, par exemple des thérapies endovasculaires⁶⁹ en cas d'occlusion vasculaire sévère. Les patientes et patients traités en SU/SC ont de meilleures chances de survie et de récupération de leur autonomie. Dans l'idéal, tous les AVC aigus devraient par conséquent être pris en charge dans des structures de ce type.

Selon la liste hospitalière intercantonale de la médecine hautement spécialisée, le canton de Berne dispose d'un SC à Berne (Hôpital de l'Île, groupe de l'Île) et d'une SU certifiée par la fédération de promotion des neurosciences cliniques en Suisse (Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies, SFCNS) à Bienne (Centre hospitalier Bienne SA)⁷⁰. Certaines prestations peuvent être fournies en cas d'AVC aigu dans six autres sites hospitaliers⁷¹ du canton de Berne selon des exigences spécifiques et en collaboration avec un SC. Les services de sauvetage peuvent s'y rendre si les SC/SU sont trop éloignés du lieu de l'intervention⁷². Les SC/SU situés hors du canton de Berne peuvent en outre faire office d'hôpitaux de destination en cas d'urgence aux frontières (voir illustration 10). Les services des urgences hospitalières auxquels un mandat pour le groupe de prestations PB a été attribué peuvent assumer certaines tâches relevant de la prise en charge des AVC (diagnostic, interventions / traitements). Pour les raisons évoquées plus haut, les SC/SU certifiés et les hôpitaux ayant reçu le mandat NEU3⁷¹ doivent être privilégiés en tant que sites de destination (voir illustration 10).

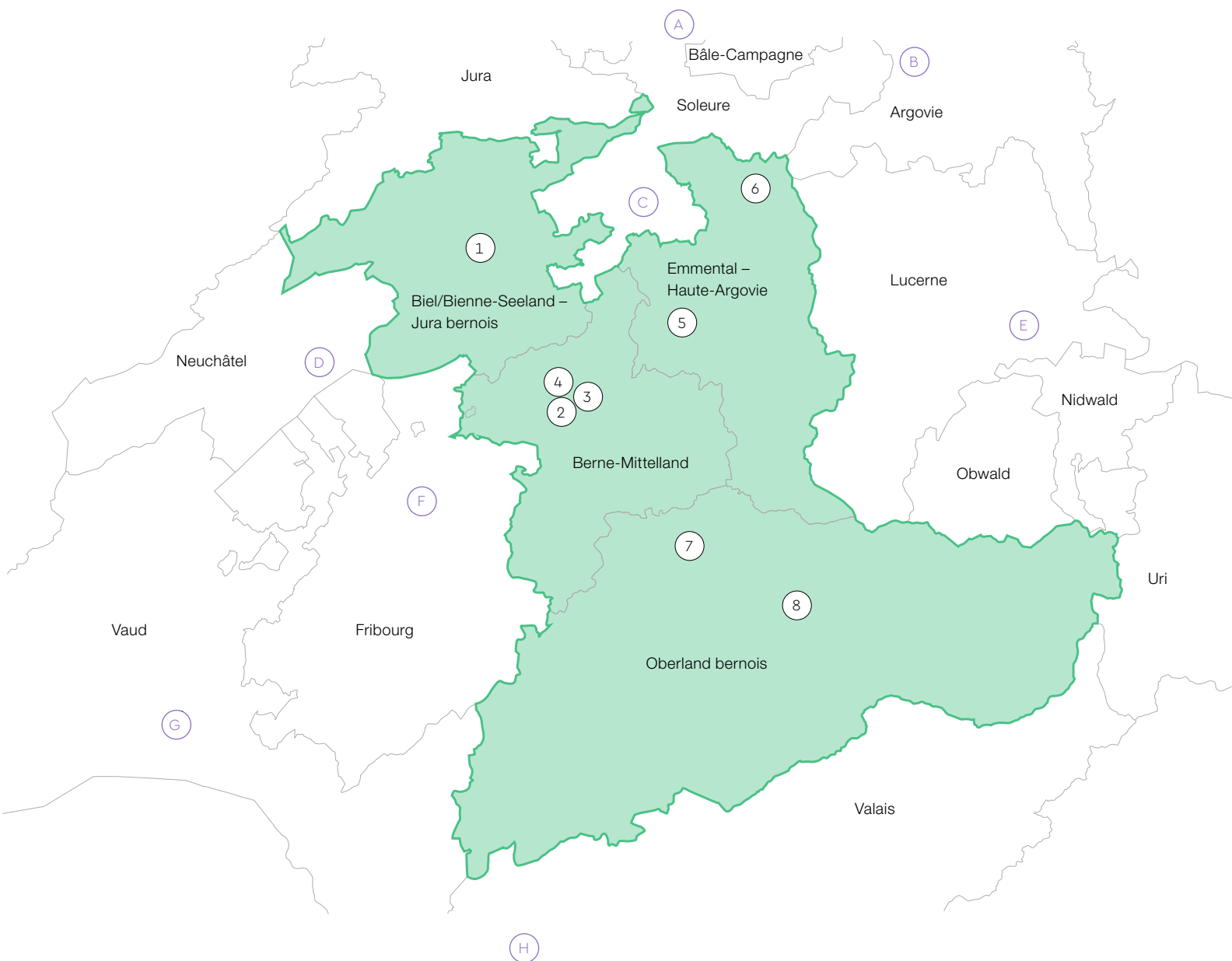
69 Voir glossaire

70 La SFCNS coordonne la certification des SC/SU sur mandat de la CIMHS ; <https://sfcns.ch/certification/stroke>

71 Selon la liste des hôpitaux du canton de Berne en soins aigus somatiques, six hôpitaux ont reçu, outre l'Hôpital de l'Île (SC) et le Centre hospitalier Bienne (SU), un mandat pour le groupe de prestations NEU3 du domaine Neurologie. Le mandat NEU3 présuppose un rattachement télé-médical à un SC et un équipement d'imagerie (tomodensitométrie [TDM] ou imagerie par résonance magnétique [IRM]) avec possibilité d'angiographie 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

72 https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/fr/Prehospital_Swiss_Guidelines_FR_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf

Illustration 10 : sites (Berne et hors canton) spécialisés dans la prise en charge des AVC aigus (source : DSSI, 2025)



Légende de la figure 10

N°	Régions de soins 4+	Entreprise	Site hospitalier	Mandat de prestations*	Certification SFCNS
1	Biel/Bienne-Seeland – Jura bernois	Centre hospitalier Bienne SA	Centre hospitalier Bienne	NEU3	SU
2	Berne-Mittelland	Groupe de l'Île (hôpital universitaire)	Hôpital de l'Île	NEU3 + NEU3.1 (CIMHS)	SC
3	Berne-Mittelland	Hirslanden Bern AG	Clinique Beau-Site	NEU3	
4	Berne-Mittelland	Lindenhofgruppe AG	Lindenhofspital	NEU3	
5	Emmental – Haute-Argovie	Spital Emmental AG	Hôpital de Berthoud	NEU3	
6	Emmental – Haute-Argovie	SRO AG	Hôpital de Langenthal	NEU3	
7	Oberland bernois	Spital STS AG	Hôpital de Thoun	NEU3	
8	Oberland bernois	Spitäler fmi AG	Hôpital d'Interlaken	NEU3	
A	Canton de Bâle-Ville	Hôpital universitaire de Bâle			SC
B	Kanton Aargau	Kantonsspital Aarau			SC
C	Canton de Soleure	Bürgerspital Solothurn			SU
D	Canton de Neuchâtel	Réseau hospitalier neuchâtelois, site de Neuchâtel			SU
E	Canton de Lucerne	Luzerner Kantonsspital			SC
F	Canton de Fribourg	HFR Fribourg – Hôpital cantonal			SU
G	Canton de Vaud	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne			SC
H	Canton du Valais	Hôpital du Valais, Sion			SU

Source : Liste des hôpitaux du canton de Berne en soins aigus somatiques au 1^{er} avril 2025 et liste des SC/SU certifiés SFCNS

* Ein Leistungsauftrag für NEU3 setzt unter anderem eine telemedizinische Anbindung an ein SC voraus.

La prise en charge des AVC est présentée ci-après à titre d'exemple pour illustrer la manière dont la vision, les objectifs et les principes de la prise en charge des urgences dans le canton de Berne peuvent être mis en œuvre.

Appel d'urgence, première évaluation et alarme

La personne concernée ou un tiers compose le numéro d'urgence 144. Une opératrice ou un opérateur au bénéfice d'une formation appropriée identifie, à l'aide de questions standardisées, la survenance d'un AVC en phase aiguë, en détermine le niveau d'urgence et évalue l'état médical de la personne concernée. Les processus, l'assurance-qualité, le choix des mesures appropriées et du site de destination pour la prise en charge hospitalière sont assistés par l'intelligence artificielle (IA) et des systèmes informatiques. En cas de suspicion d'un AVC aigu, l'alarme est donnée au moyen de sauvetage le plus proche. Si le trajet par la route entre le lieu de l'urgence et l'hôpital de destination probablement le plus approprié excède 45 à 60 minutes, la CASU peut envisager de mobiliser un moyen de sauvetage aérien⁷². S'il n'y a pas suspicion d'AVC aigu ni indication pour le détachement d'un moyen de sauvetage, elle peut donner des conseils médicaux ou aiguiller la patiente ou le patient vers des structures de prise en charge ambulatoire. La CASU peut aussi convoquer le service médical d'urgence ambulatoire.

Évaluation et premiers secours par les services de sauvetage

Un véhicule de sauvetage moderne rejoint la personne en détresse aussi rapidement que possible grâce à la brièveté du délai de départ, à la répartition optimale des bases de sauvetage et des centres d'ambulances ainsi qu'à la régulation des moyens de sauvetage selon le principe *next best*. L'examen médical est standardisé au moyen de listes de contrôle numériques et d'algorithmes. Tous les paramètres font l'objet d'une saisie numérique. Dans les situations complexes, en particulier lorsque les fonctions vitales de la personne en détresse sont touchées, la CASU et le service de sauvetage peuvent activer le système cantonal de télémédecine d'urgence et bénéficier du soutien des médecins urgentistes pour le diagnostic et le traitement grâce à une transmission vidéo en temps réel des paramètres vitaux (p. ex. tension artérielle) et des informations diagnostiques (p. ex. électrocardiogramme [ECG]).

Choix de l'hôpital le plus approprié

L'hôpital le plus approprié est choisi par l'équipe de sauvetage en concertation étroite avec la CASU. Si nécessaire, le système de télémédecine d'urgence ou le personnel télémédical d'un SC peuvent être inclus dans la prise de décision (voir infobox 3). Le processus est assisté par l'IA, qui tient compte des informations sur l'état de santé et les antécédents médicaux de la personne concernée, sur le taux d'occupation et sur l'éventail de prestations fournies par les hôpitaux considérés pour effectuer les calculs d'accessibilité. Les algorithmes opérant le choix de l'hôpital de destination se fondent sur les recommandations médicales pour le triage préhospitalier⁷².

72 https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/de/Prehospital_Swiss_Guidelines_DE_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf

Préparation de la remise des patientes et patients

L'interopérabilité des structures de données et des processus numériques est essentielle pour une transition fluide entre le stade préhospitalier et la médecine d'urgence hospitalière. Toutes les données collectées, y compris les données médicales des services de sauvetage, les protocoles d'intervention et le DEP, peuvent être consultées et traitées de manière bidirectionnelle et en temps réel par les services de sauvetage, les CASU et les hôpitaux. Le service de sauvetage saisit des informations préstructurées spécifiques aux AVC, en vue de la remise de la patiente ou du patient à l'hôpital de destination. Ce dernier accède alors à toutes les données importantes pour établir un diagnostic et préparer le traitement clinique avant même l'arrivée de la patiente ou du patient. En fonction des besoins, une communication télémédicale a lieu avec le site de destination.

Diagnostic et soins médicaux

La personne en détresse est directement admise dans l'hôpital de destination. Elle passe si nécessaire des examens d'imagerie médicale pour déterminer le type d'AVC dont elle est atteinte. La thérapie indiquée peut commencer immédiatement. Si la personne a été amenée à l'hôpital pour des examens d'imagerie en raison d'une suspicion d'occlusion vasculaire sévère, le personnel du service de sauvetage attend sur place pour assurer, le cas échéant, le transfert aussi rapide que possible de la patiente ou du patient dans un SC. La réadaptation mêlant des thérapies interdisciplinaires en réseau débute directement après les soins aigus et est poursuivie sans interruption après la sortie de l'hôpital, en mode ambulatoire ou à domicile.

Assurance-qualité et réseaux

Dans le canton de Berne, la prise en charge des AVC est organisée en réseaux régionaux regroupant l'ensemble des principales parties prenantes. Une stratégie commune de prise en charge est appliquée. Des contrats de coopération audités périodiquement lient les hôpitaux, qu'ils soient équipés ou non de SC/SU. Tous les intervalles de temps pertinents pour la prise en charge (p. ex. intervalle jusqu'à l'imagerie ou jusqu'au début du traitement) sont systématiquement documentés, sont intégrés dans la gestion de la qualité et sont régulièrement évalués et optimisés. Les résultats cliniques sont pris en compte dans des rapports sur la qualité rendus publics et portant sur toute la chaîne de sauvetage.



6

Possibilités d'action du canton



6.1 Domaines d'action et mesures

Les domaines d'action et mesures sont définis de manière à atteindre les cinq objectifs supérieurs énoncés au point 5.3.

Objectif / Domaine d'action 1	La prise en charge des urgences à bas seuil et accessible rapidement est garantie dans l'ensemble du canton.
Mesures mises en œuvre par le canton	1.1 Le canton vise le délai de réponse 90/15 recommandé par l'IAS dans toutes les régions 4+. 1.2 Il met en place un monitoring des chiffres clés standardisé (y c. les délais de réponse) sur la base des données d'intervention fournies par le système de protocole électronique. 1.3 Il discute chaque année des résultats de ce monitoring avec les organisations du sauvetage et soutient ces dernières dans l'élaboration de mesures d'amélioration. 1.4 Il exige des services de sauvetage avec lesquels il a conclu un contrat de prestations qu'ils obtiennent la reconnaissance IAS pour qu'une autorisation d'exploiter leur soit accordée. 1.5 Il vise la mise en place d'un système de recours à des médecins urgentistes dans toutes les régions de soins 4+.
Mesures mises en œuvre par les fournisseurs de prestations	1.6 Les organisations du sauvetage et les hôpitaux équipés d'un service des urgences analysent conjointement les données du système de protocole électronique, définissent des mesures d'amélioration et veillent à leur réalisation. 1.7 Les organisations du sauvetage appliquent le principe <i>next best</i> de manière systématique. 1.8 La CASU élabore, en concertation avec les hôpitaux dotés d'un service des urgences, une recommandation pour le choix de l'hôpital de destination le plus approprié. L'état pathologique et le diagnostic présumé déterminent s'il faut choisir l'hôpital le plus proche, un hôpital disposant de capacités suffisantes ou un hôpital avec mandats de prestations spécifiques.
Effets	Les patientes et patients bénéficient dans chaque région d'une prise en charge conforme à leurs besoins. Grâce à l'orientation active de la patientèle, dans laquelle la CASU joue un rôle déterminant, les patientes et patients sont traités dans les structures de soins appropriées.
Mise en œuvre	Le canton applique les mesures dans le cadre des autorisations d'exploiter et des contrats de prestations. Il analyse les délais de réponse au moyen d'un monitoring des chiffres clés des interventions.
Responsabilité	DSSI, fournisseurs de prestations
Critères d'évaluation	• Le monitoring des chiffres clés a été mis en place. • Les autorisations d'exploiter ont été adaptées. • La recommandation pour le choix de l'hôpital de destination est disponible.

Objectif / Domaine d'action 2		La prise en charge préhospitalière des urgences est intégrée dans la médecine d'urgence et coordonnée avec les structures de soins adjacentes.
Mesures mises en œuvre par le canton	2.1	Le canton coordonne deux fois par année des discussions intersectorielles et interdisciplinaires sur la prise en charge cantonale des urgences.
	2.2	Il soutient le développement de l'application de triage coordonné dans l'ensemble de son territoire.
Mesures mises en œuvre par les fournisseurs de prestations	2.3	Au sein des régions 4+, les organisations du sauvetage, les hôpitaux équipés d'un service des urgences et les cercles médicaux se regroupent pour former un réseau de prise en charge intégrée des urgences.
	2.4	Les organisations du sauvetage et les hôpitaux équipés d'un service des urgences coopèrent par voie numérique déjà durant la prise en charge préhospitalière des urgences sur le lieu d'intervention et mettent en place des interfaces de télémédecine à cet effet.
	2.5	Les organisations du sauvetage et les hôpitaux équipés d'un service des urgences utilisent l'application de triage coordonné.
	2.6	Les hôpitaux équipés d'un service des urgences examinent avec la SMCB les possibilités de soutien du service médical d'urgence ambulatoire, notamment dans le cadre de projets pilotes.
Effets		Les échanges et la mise en réseau garantissent la prise en charge intégrée des urgences.
Mise en œuvre		Les hôpitaux équipés d'un service des urgences et les organisations du sauvetage intensifient leur collaboration ; ils discutent et mettent en place des structures et des processus communs pour assurer le flux des informations et des données.
Responsabilité		DSSI, fournisseurs de prestations
Critères d'évaluation		- Discussions sur le thème de la prise en charge des urgences deux fois par année entre le canton et les organisations du sauvetage ainsi que les hôpitaux équipés d'un service des urgences - Nombre d'organisations utilisant l'application de triage coordonné - Nombre de services de sauvetage et d'hôpitaux avec interfaces télémédicales - Nombre de réseaux de prise en charge des urgences selon le modèle 4+
Objectif / Domaine d'action 3		Les structures et les processus de la prise en charge des urgences sont optimisés.
Mesures mises en œuvre par le canton	3.1	Le canton met en place un numéro d'urgence cantonal unique pour le service médical d'urgence ambulatoire.
	3.2	Il entend instaurer un service de sauvetage avec contrat de prestations par région 4+.
	3.3	Il entend mettre sur pied une CASU cantonale répartie sur deux sites.
	3.4	Il s'engage à l'échelle nationale pour une harmonisation des processus de sauvetage et pour une intensification de la collaboration intercantonale.
Mesures mises en œuvre par les fournisseurs de prestations	3.5	La SMCB examine avec les cercles médicaux la possibilité d'introduire un numéro de téléphone cantonal unique pour le service médical d'urgence ambulatoire.
	3.6	Les services de sauvetage se regroupent (une organisation par région 4+), intègrent les processus et harmonisent les structures.
	3.7	Ils optimisent dans ce cadre la répartition des bases de sauvetage conformément aux recommandations du projet SAUV-BE.
	3.8	Les deux CASU (Berne, Biel/Bienne) harmonisent tous les processus nécessaires pour satisfaire aux conditions du contrat de prestations et former une seule organisation présente sur deux sites.
	3.9	La CASU sous sa nouvelle forme organisationnelle revêt une importance suprarégionale et met ses prestations à la disposition d'autres cantons également.
	3.10	La CASU sous sa nouvelle forme organisationnelle se développe en une centrale intégrée d'appels urgents et de triage. Elle applique une gestion échelonnée de la patientèle qu'elle envoie dans des structures adaptées aux besoins. Elle adresse par exemple les cas moins urgents directement au service médical d'urgence ambulatoire ou à des structures de soins ambulatoires et des entreprises de transport sans contrat de prestations cantonal.
Effets		L'optimisation des ressources disponibles, l'harmonisation des processus et le renforcement de la collaboration intercantonale garantissent l'efficacité du domaine du sauvetage, sans ressources supplémentaires. Les doublons sont supprimés.
Mise en œuvre		Les organisations du sauvetage continuent systématiquement de concrétiser les mesures d'optimisation et utilisent les ressources existantes de manière ciblée.

Objectif / Domaine d'action 3	Les structures et les processus de la prise en charge des urgences sont optimisés.
Responsabilité	DSSI, fournisseurs de prestations
Critères d'évaluation	• Nombre de CASU cantonale • Nombre de services de sauvetage au bénéfice d'un contrat de prestations cantonal • Examen de la possibilité d'instaurer un numéro de téléphone cantonal unique pour le service médical d'urgence ambulatoire
Objectif / Domaine d'action 4	La prise en charge des urgences est moderne, innovante et connectée en réseau numérique.
Mesures mises en œuvre par le canton	4.1 Le canton connecte le système de protocole électronique au DEP. 4.2 Il soutient la création d'un système de télémédecine d'urgence numérique et fonctionnel pour les fournisseurs de prestations. 4.3 Il encourage les projets pilotes qui soutiennent le service médical des urgences (offres de télémédecine incluses).
Mesures mises en œuvre par les fournisseurs de prestations	4.4 Les organisations du sauvetage et les hôpitaux équipés d'un service des urgences mettent en place un système de télémédecine en réseau et couvrant l'ensemble du canton pour la prise en charge préhospitalière des urgences. 4.5 La centrale d'appels d'urgence intégrée exploite un numéro de téléphone unique auquel elle reçoit tous les cas d'urgence sanitaire qu'elle traite en interne ou transfère à la structure de soins la plus appropriée. 4.6 La CASU utilise l'IA et des systèmes informatiques interconnectés pour optimiser les processus, comme la première évaluation du niveau d'urgence médical ou le transfert dans des structures répondant aux besoins des patientes et patients. 4.7 La SMCB et les hôpitaux équipés d'un service des urgences examinent si les offres de télémédecine peuvent soutenir le service médical d'urgence ambulatoire.
Effets	Le déploiement de la numérisation permet d'optimiser et d'accélérer les processus. La mise en réseau et la coordination entre les fournisseurs de prestations concernés sont améliorées.
Mise en œuvre	Les fournisseurs de prestations exploitent le potentiel offert par la numérisation et concrétisent les mesures de manière concertée et coordonnée.
Responsabilité	DSSI, fournisseurs de prestations
Critères d'évaluation	• Connexion du système de protocole électronique au DEP • Examen de la possibilité d'instaurer un système cantonal de télémédecine d'urgence • Nombre de projets pilotes destinés à soutenir le service médical des urgences
Objectif / Domaine d'action 5	Les organisations de la prise en charge préhospitalière des urgences disposent de personnel bien formé et en nombre suffisant.
Mesures mises en œuvre par le canton	5.1 Le canton encourage les projets qui promeuvent l'accès à des médecins urgentistes lors d'interventions dans toutes les régions de soins 4+.
Mesures mises en œuvre par les fournisseurs de prestations	5.2 Les services de sauvetage et les hôpitaux équipés d'un service des urgences veillent à ce que suffisamment de médecins urgentistes soient disponibles pour les interventions de sauvetage dans chacune des régions 4+. 5.3 Les services de sauvetage s'organisent en réseau de formation ; ils coordonnent leurs activités dans ce domaine et l'attribution des places de formation. 5.4 Le centre de formation medi introduit le profil professionnel de spécialiste en assistance préhospitalière et poursuit le développement de nouveaux profils, en collaboration avec les organisations du sauvetage. 5.5 Le réseau de formation se concerta avec le centre de formation medi sur la possibilité d'étendre les compétences de base des ambulancières et ambulanciers en leur déléguant des compétences médicales.
Effets	La qualité de la prise en charge est garantie par la meilleure disponibilité du personnel médical d'urgence au niveau préhospitalier ainsi que par la création de profils professionnels et de compétences conformes aux besoins actuels.

Objectif / Domaine d'action 5	Les organisations de la prise en charge préhospitalière des urgences disposent de personnel bien formé et en nombre suffisant.
Mise en œuvre	Le canton octroie un financement initial pour promouvoir l'accès à des médecins urgentistes lors de la prise en charge préhospitalière.
Responsabilité	DSSI, fournisseurs de prestations, associations professionnelles, institutions de formation
Critères d'évaluation	• Nombre de services de sauvetage équipés d'un système de recours à des médecins urgentistes • Le réseau de formation a été constitué. • Le profil de spécialiste en assistance préhospitalière fait partie de l'offre de formation. • Le réseau de formation a formulé des critères uniformes concernant les compétences médicales déléguées.

6.2 Feuille de route

Feuille de route	À court terme de 0 à 3 ans	À moyen terme de 4 à 7 ans	À long terme plus de 7 ans
Chiffres clés / monitorage	Mise en place d'un monitoring des chiffres clés des interventions, discussion des résultats avec les parties prenantes et soutien lors de la définition des mesures		
Numérisation	Stratégie de connexion du système de protocole électronique au DEP, mise en œuvre	Examen et, le cas échéant, extension de la fonctionnalité	
	Soutien des travaux de fond relatifs à la création d'un système cantonal de télémédecine d'urgence	Lancement, mise en place et réalisation du système de télémédecine d'urgence	
	Déploiement de l'application de triage coordonné dans toutes les organisations du sauvetage	Soutien au développement de l'application	
Coordination	Bases visant une coordination centrale et homogène des interventions de transport et de sauvetage	Mise en œuvre des bases	
	Coordination de l'examen périodique en vue d'optimiser la répartition des ressources avec les organisations du sauvetage		
	Coordination des discussions intersectorielles et périodiques relatives à la prise en charge des urgences		
Autorisation d'exploiter	Suppression des critères inutiles pour l'autorisation d'exploiter (inventaire) et adaptation des exigences pour l'octroi de l'autorisation d'exploiter (reconnaissance IAS)		
SSC	Élaboration d'une stratégie de planification des ressources et des moyens sanitaires	Mise en œuvre de la stratégie	
Disponibilité des spécialistes	Poursuite de l'obligation de formation et soutien financier de la formation postgrade en médecine		
	Soutien des projets pilotes de service médical d'urgence ambulatoire et participation au financement par le biais de contrats de prestations	Soutien du service médical d'urgence ambulatoire par le biais d'un contrat de prestations avec les hôpitaux	
	Promotion de l'accès à des médecins urgentistes dans toutes les régions de soins 4+		

6.3 Répercussions financières

Répercussions financières	À court terme de 0 à 3 ans	À moyen terme de 4 à 7 ans	À long terme plus de 7 ans
CASU, services de sauvetage et SSC	Le canton finance l'exploitation des CASU (plafond défini sur la base de la planification des besoins) et les prestations de base fixes des services de sauvetage (modèle des coûts normatifs) par le biais de contrats de prestations. En 2023, il a dépensé 7 240 598 francs pour le fonctionnement (y c. l'exploitation technique) des deux CASU. La même année, les coûts normatifs par équipe se sont élevés à 1 714 969 francs, et le canton de Berne a dépensé quelque 15 millions de francs pour les prestations de base fixes des services de sauvetage. La réglementation consolidée relative au décompte, instaurée par les services de sauvetage dans le sillage de l'introduction du système de protocole électronique, augmente les coûts pour le canton, mais réduit ceux des patientes et patients. Les prestations de base fixes à la charge du canton ont également augmenté en raison de l'accent mis sur les interventions urgentes, le transport de personnes malades étant assuré par d'autres structures. Compte tenu de la croissance de la population et des mutations démographiques, on peut s'attendre à une augmentation des prestations de sauvetage, partant à une baisse du cofinancement cantonal. On table globalement sur une hausse des coûts.		
Prise en charge des urgences dans les hôpitaux de soins aigus	En Suisse, le financement des prestations fournies par les hôpitaux de soins aigus est régi par les structures tarifaires SwissDRG et TARDOC ainsi que par les forfaits ambulatoires. Compte tenu de la croissance de la population et des mutations démographiques, il faut s'attendre à une hausse des coûts.		
Formation	Les dépenses afférentes à la formation postgrade en médecine sont réglées dans le crédit-cadre 2024–2027 au sens de la LSH. Le budget à long terme dépend du crédit-cadre qui suivra.		
Numérisation	Les coûts du système de télémédecine d'urgence sont encore inconnus puisqu'ils dépendent du projet concret. Les coûts afférents à la connexion entre le système de protocole électronique et le DEP ne pourront être estimés qu'une fois le DEP introduit. Il n'est pas non plus possible de chiffrer le montant du déploiement à l'échelon cantonal de l'application de triage coordonné.		
Disponibilité des spécialistes	Le crédit-cadre 2024–2027 au sens de la LSH prévoit un montant de 7 150 000 francs pour le soutien au service médical d'urgence ambulatoire dans les régions manquant de médecins (2024 : 1 300 000 francs ; 2025–2027 : 1 950 000 francs par an). Sur ces fonds, 38 000 francs ont été utilisés en 2023, et 87 000 francs en 2024. Les moyens alloués à ces prestations de base fixes doivent aussi être inscrits au crédit-cadre 2028–2031 au sens de la LSH. Étant donné que les coûts liés à la garantie de la prise en charge des urgences (accès à des médecins urgentistes) dans toutes les régions de soins 4+ dépendent des projets concrets, ils ne peuvent pas être chiffrés pour l'instant.		





Le présent chapitre décrit deux projets innovants réalisés à l'étranger et qui pourraient servir d'exemples au canton de Berne pour développer la prise en charge des urgences.

7.1 Centrale d'appels urgents intégrée en Autriche

Description	Le centre de coordination « Rettungs- und Feuerwehrleitstelle » ⁷³ du Vorarlberg en Autriche est une plaque tournante centrale du système de santé ⁷⁴ . Il assume une nouvelle fonction depuis la mise en service du numéro de téléphone « Gesundheitsberatung 1450 » spécialisé dans les conseils en matière de santé. Du personnel soignant spécifiquement formé répond aux questions médicales des personnes appelantes et effectue une première estimation du niveau d'urgence de leurs problèmes. Il bénéficie de la présence d'une ou d'un médecin 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Un service médical de garde assure en outre la prise en charge médicale, surtout la nuit. Ces nouvelles fonctions qui confèrent de l'importance au centre de coordination permettent de décharger tant les personnes en détresse que le système de santé.
Principe	Le service téléphonique de conseils en matière de santé et le service médical de garde visent un pilotage efficient des questions médicales et une prise en charge ciblée des personnes en situation de détresse. Le niveau d'urgence de chaque cas est déterminant puisqu'il permet d'orienter les personnes appelantes en fonction de leurs besoins soit vers une solution autonome ou des médecins établis, soit vers le service de sauvetage dans les cas aigus. L'objectif est d'éviter une surcharge des urgences tout en assurant une prise en charge de qualité. Le principe se fonde sur l'idée que les demandes ne sont pas toutes urgentes et que les personnes en détresse peuvent être orientées vers le lieu de prise en charge approprié.
Innovation	Le personnel soignant du service téléphonique de conseils en matière de santé utilise un système de triage numérique qui lui permet de déterminer le niveau d'urgence des demandes médicales sur la base de questions structurées. Le service médical de garde répond la nuit par téléphone, reçoit la patientèle au cabinet ou effectue des visites à domicile si nécessaire. Une plateforme de santé numérique simplifie et optimise les processus pour les médecins et le centre de coordination (p. ex. planification des tours de service, contacts, gestion des interventions, décompte, communication). Ces innovations améliorent la gestion de la patientèle et favorisent une utilisation efficiente des ressources.
Utilité pour la population, les fournisseurs de prestations, les assureurs et le canton	Les personnes qui appellent le service de conseils savent rapidement ce qu'il en est de leur état de santé et reçoivent des recommandations claires ; les cas d'urgence aigus sont identifiés et pris en charge de manière fiable. Cette procédure réduit le nombre d'interventions inutiles du service de sauvetage et décharge les services des urgences, qui peuvent mieux se concentrer sur les cas réellement urgents. Les médecins établis profitent quant à eux également de la couverture de nuit bien structurée. Grâce à la gestion optimisée des patientes et patients, c'est tout le système de santé qui gagne en efficience, ce qui contribue à la satisfaction de toutes les parties prenantes.

⁷³ Centre assimilable à une centrale d'appels urgents.

⁷⁴ <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00777-6> ; <https://www.lfv-vorarlberg.at/technik/alarmierung/rfl.html>

7.2 Système de télémédecine d'urgence en Allemagne

Description	Dans le cadre de ce système, des médecins urgentistes au bénéfice d'une solide expérience en matière de sauvetage et d'une formation spécifique assistent le personnel de sauvetage présent sur le lieu d'intervention grâce à des dispositifs de télécommunication, la transmission de données vitales en temps réel et des contacts vocaux et visuels ⁷⁵ . Le service de sauvetage de la ville d'Aix-la-Chapelle, dans le Land de Rhénanie-du-Nord-Westphalie, est le premier à avoir intégré un système de télémédecine d'urgence. Entre-temps, la plupart des Länder se sont dotés d'un tel système. Les médecins urgentistes sont convoqués en ligne soit via le centre de coordination compétent, soit via le personnel du service de sauvetage, suivant le modèle appliqué. Au stade préhospitalier, la télémédecine d'urgence intervient dans les domaines les plus divers et les médecins assument des tâches telles que le classement des informations et résultats d'anamnèse, la pose de diagnostic, la mise en place de thérapies, le choix du lieu de destination approprié et l'annonce préalable à l'hôpital concerné.
Principe	Les systèmes de télémédecine d'urgence se fondent sur une approche globale selon des directives intégrant l'anamnèse, la documentation et le traitement des interventions. Les principes clés sont la protection des données, l'assurance-qualité, la sécurité du droit et les normes techniques. Il s'agit d'employer les médecins urgentistes avec efficacité et d'améliorer l'accès à la prise en charge médicale dans toutes les parties du pays.
Innovation	Les systèmes de télémédecine d'urgence allient technologies modernes – téléphonie vidéo, transmissions en temps réel (p. ex. données d'ECG), etc. – et documentation numérique. Les systèmes tels que celui en place à Aix-la-Chapelle combinent pilotage centralisé des communications, véhicules équipés de l'infrastructure technique requise pour la prise charge et logiciels spécialisés afin de garantir une collaboration fluide entre le personnel de sauvetage et les médecins urgentistes. Les projets pilotes régionaux affichent déjà des résultats très prometteurs comme la réduction du taux de médecins urgentistes sollicités pour des interventions.
Utilité pour la population, les fournisseurs de prestations, les assureurs et le canton	Les patientes et patients disposent d'un accès plus rapide à une expertise médicale et à des diagnostics plus précis, ce qui augmente leurs chances de survie et améliore la qualité de la prise en charge. Les équipes de sauvetage reçoivent quant à elles un soutien professionnel lors d'interventions complexes et voient ainsi leur charge de travail réduite. Pour le secteur de la santé, cette approche permet une affectation plus judicieuse des médecins urgentistes et favorise l'assurance-qualité dans le domaine du sauvetage grâce à la documentation numérique et à la saisie des données de routine.

75 <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01301-4> ; <https://www.telenotarzt.de/>

A1 Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAS	Certificat d'études avancées (Certificate of Advanced Studies)
CASU	Centrale d'appels sanitaires urgents
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée du 1 ^{er} janvier 2009
CRS	Croix-Rouge suisse
DAE	Défibrillateur automatisé externe
DDPS	Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports
DEP	Dossier électronique du patient
DSSI	Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (jusqu'à fin 2020 : Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne [SAP])
ECG	Électrocardiogramme
FMH	Association professionnelle des médecins suisses (Foederatio Medicorum Helveticorum)
GPPH-BE	Classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière du canton de Berne
IA	Intelligence artificielle
IAS	Interassociation de sauvetage (organisation faîtière du sauvetage en Suisse)
IMS-OST	Institut de modélisation et de simulation de la Haute école spécialisée de Suisse orientale
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LCPPCi	Loi cantonale du 19 mars 2014 sur la protection de la population et sur la protection civile (RSB 521.1)
LPPCi	Loi fédérale du 20 décembre 2019 sur la protection de la population et sur la protection civile (RS 520.1)
LSH	Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)
LSP	Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (RSB 811.01)
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OCP	Ordonnance cantonale du 22 octobre 2014 sur la protection de la population (RSB 521.10)
OCSS	Ordonnance du 21 mars 2025 sur la coordination dans le domaine du service sanitaire (RS 520.151)

Annexes

ODSH	Ordonnance de Direction du 23 novembre 2021 sur les soins hospitaliers (RSB 812.113)
OO DSSI	Ordonnance du 30 juin 2021 sur l'organisation des tâches de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (ordonnance d'organisation DSSI ; RSB 152.221.121)
OPAS	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31)
OSH	Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.112)
OSP	Ordonnance du 24 octobre 2001 sur les activités professionnelles dans le secteur sanitaire (ordonnance sur la santé publique ; RSB 811.111)
PB	Paquet de base chirurgie et médecine interne
Rega	Garde aérienne suisse de sauvetage
RS	Recueil systématique du droit fédéral
RSB	Recueil systématique du droit bernois
SAUV-BE	Réorganisation du sauvetage dans le canton de Berne
SC	Stroke Center (centre cérébrovasculaire)
SRC	Swiss Resuscitation Council (conseil suisse pour la réanimation)
SFCNS	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (fédération de promotion des neurosciences cliniques en Suisse)
SII	Système d'information et d'intervention
SMCB	Société des médecins du canton de Berne
SSC	Service sanitaire coordonné
SSMUS	Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
SU	Stroke Unit (unité cérébrovasculaire)

A2 Glossaire

Terme et source	Définition
Base de sauvetage	Site occupé en permanence et équipé d'infrastructures telles que des garages, des logements, des dispositifs de désinfection et une logistique de stockage.
Centre d'ambulances	Site doté d'une infrastructure appropriée et occupé par un moyen de sauvetage à des heures définies
Centre de coordination	Synonyme de « centrale d'appels d'urgence » et de « centrale d'engagement »
Domaine préhospitalier	Évaluation et prise en charge des patientes et patients hors de l'hôpital : dans la présente stratégie partielle, le service médical d'urgence ambulatoire fait partie intégrante du domaine préhospitalier.
Médecine d'urgence	La médecine d'urgence hospitalière est pratiquée dans les services des urgences. Elle englobe notamment le triage, le diagnostic d'urgence, le traitement d'urgence et le transfert des patientes et patients, ainsi que la planification pour faire face à la variabilité de la demande de prestations et gérer les situations inhabituelles dans les services des urgences ⁷⁶ .
Moyen de sauvetage	Véhicules du service de sauvetage (p. ex. ambulance, hélicoptère de sauvetage) servant au transport, à la prise en charge initiale et à la surveillance de la patientèle
<i>Out of pocket</i>	Dépenses pour des prestations médicales qui ne sont pas couvertes par une assurance ou par des contributions de l'État
P1	Degré de priorité lors d'une intervention primaire : intervention immédiate avec signaux prioritaires pour une personne instable ou présentant un risque élevé d'aggravation
P2	Degré de priorité lors d'une intervention primaire : intervention immédiate pour une personne stable présentant un risque faible à modéré d'aggravation
P3	Degré de priorité lors d'une intervention primaire : intervention planifiable pour une personne ne présentant aucune mise en danger actuelle ou prévisible fonctions vitales
Règle de couverture 80/30	Principe en vigueur dans le canton de Berne selon lequel la sécurité des soins est garantie lorsque l'équipe de sauvetage atteint le lieu d'intervention en l'espace de 30 minutes dans 80 % des interventions. Cette règle est applicable aux interventions de type P1 et P2 en vertu des contrats de prestations.
Rétablissement	Récupération de la disponibilité à intervenir du moyen de sauvetage
S1	Degré de priorité lors d'une intervention secondaire : transfert immédiat avec signaux prioritaires d'une personne instable
S2	Degré de priorité lors d'une intervention secondaire : transfert immédiat (2a) ou planifiable (2b) d'une personne stabilisée présentant un risque d'aggravation moyen à élevé
S3	Degré de priorité lors d'une intervention secondaire : transfert planifiable d'une personne stable présentant un faible risque d'aggravation
S4	Degré de priorité lors d'une intervention secondaire : transport d'une personne stable sans risque d'aggravation et sans surveillance médicale au moyen d'appareils

76 <https://www.rescuepoint.ch/fr/la-medecine-durgence-et-le-sauvetage-terminologie>

Terme et source	Définition
Service des urgences	Unité de traitement pour les patientes et patients en situation d'urgence, généralement rattachée à un hôpital
Stroke Center (SC)	Centre cérébrovasculaire comprenant une SU, à laquelle s'ajoute une offre de prestations spécifiques structurelles, neuroradiologiques et neurochirurgicales
Stroke Unit (SU)	Unité cérébrovasculaire intégrée à un hôpital et dédiée au traitement des patientes et patients victimes d'un AVC
Système d'intervention	Plateforme utilisée par la CASU pour la communication et la gestion des interventions
Système de protocole électronique	Projet de numérisation de la DSSI des services de sauvetage bernois pour la saisie mobile des données médicales et administratives
Télémédecine	Utilisation de technologies de l'information et de la communication pour fournir des prestations et une prise en charge médicales à distance géographique ou temporelle, permettant ainsi la transmission d'informations, de diagnostics et de traitements médicaux ainsi que la surveillance de patientes et patients sans présence physique.
Télémédecine d'urgence	Soins médicaux d'urgence fournis par des médecins urgentistes formés en télémédecine, en collaboration avec le personnel du service de sauvetage
Thérapie endovasculaire	Suppression d'un caillot sanguin du vaisseau cérébral par insertion d'un cathéter dans l'artère inguinale
Thrombolyse systémique	Administration par voie intraveineuse d'un médicament pour dissoudre un caillot sanguin
Zone d'attente	Analogue à un centre d'ambulances, mais sans l'infrastructure spécifique à un service de sauvetage

A3 Interventions parlementaires

Sont mentionnées ci-après les interventions parlementaires du canton de Berne qui sont en rapport avec la présente stratégie partielle.

N° d'ACE	Titre de l'affaire	Type d'affaire
1133/2023	Soins médicaux d'urgence dans le canton de Berne	Interpellation 133-2023
1130/2023	Une meilleure prise en charge des soins médicaux de base et d'urgence passe par un désengorgement des services d'intervention à domicile	Postulat 142-2023
132/2024	Mise en place de soins de base intégrés de manière durable dans la vallée de l'Aar	Motion 236-2023
473/2022	Des exigences pertinentes pour les maisons de naissance du canton de Berne !	Motion 001-2022
47/2020	Ärztefon – un modèle pour le canton de Berne aussi ?	Interpellation 244-2019
661/2019	Instauration d'une franchise forfaitaire dans le secteur ambulatoire des services d'urgence des hôpitaux bernois	Postulat 101-2019
888/2018	Pour des petits secouristes en herbe dans les écoles bernoises	Motion 037-2018
595/2018	Périmètre d'alarme de la centrale d'appels sanitaires urgents 144 Biel/Bienne : pour l'utilisation efficace des moyens de sauvetage	Motion 269-2017
352/2017	Transport des patients en ambulance : quel rôle des hôpitaux publics et des services de sauvetage ?	Interpellation 211-2016
178/2016	À bas le monopole des services de sauvetage !	Motion 248-2015
130/2016	Confier le transfert de patients aux prestataires privés	Interpellation 202-2015
149/2015	Pour une gestion efficace des soins préhospitaliers (sauvetage)	Motion 166-2014
1168/2012	Déserts hospitaliers dans le canton de Berne ?	Motion 097-2012
1627/2012	Mise en réseau des services de sauvetage aérien dans le canton de Berne	Motion 093-2012
1512/2011	Sauvetage aérien dans l'Oberland	Interpellation 066-2011
529/2011	Services de sauvetage : optimiser, mais pas au prix de l'efficience	Motion 257-2010
1181/2010	Centrale d'appels urgents CASU 144	Motion 074-2010
024/2010	Halte à la fusion des services de sauvetage	Motion 024-2010
2425/2009	Disponibilité des services de sauvetage dans le canton de Berne	Interpellation 090-2009
2390/2009	Simplification du numéro d'appel d'urgence médicale	Motion 217-2009
2400/2008	Défibrillation précoce : mise en place d'un réseau de premiers répondants	Motion 071-2008
2235/2008	Institution de la Commission des soins préhospitaliers	Motion 217-2008
2457/2007	Harmonisation des numéros d'appel d'urgence médicale	Motion 018-2007
2336/2007	Centres de renfort des services de sauvetage routier	Interpellation 093-2007
2369/2006	Soins préhospitaliers	Motion 182-2006

A4 Déclarations de planification

Déclarations de planification par rapport à la stratégie de la santé du canton de Berne 2020–2030 (2020.GSI.745) :

Auteur-e	N°	Proposition
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	1	Chiffre 8.1 : La stratégie est axée sur les soins. Dans sa mise en œuvre, une attention particulière doit être accordée aux questions comme la compétence de la population en matière de santé, la prévention et le développement de la promotion de la santé.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	6	Chiffre 8.2, Objectifs et mesures : Les soins somatiques et psychiatriques sont proposés sur la base du modèle échelonné de prise en charge.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	7	Chiffre 8.2, Objectifs et mesures : Mesure A2 en relation avec le chiffre 9, Stratégies partielles : Les prestations de soins dans le domaine de l'addiction doivent être renforcées au niveau régional. Pour ce faire, les mesures suivantes doivent notamment être prises dans le cadre de la stratégie partielle Soins intégrés : a) obligation de coopérations contraignantes dans le cadre de contrats de prestations entre les différents fournisseurs de prestations de consultation et de prestations thérapeutiques en ambulatoire et en stationnaire ; processus transparents et réglementation des compétences entre fournisseurs de prestations ; b) élimination des chevauchements de compétences entre les services de consultation ambulatoire (médicaux et non médicaux) et les prestations thérapeutiques ; c) aménagement, en fonction de l'indication, de plus de passerelles entre les différentes offres thérapeutiques et sociothérapeutiques en cas d'addiction, en particulier dans le domaine stationnaire ; d) examen de la pertinence d'envisager des fusions d'institutions sur le plan organisationnel pour harmoniser les processus thérapeutiques et faire naître des synergies ; e) intensification de la coordination intercantonale et conclusion de conventions sur les prestations d'aide en cas d'addiction dans les régions avec les cantons voisins.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	8	Chiffre 8.3, Faiblesses et menaces hors du champ d'influence direct du canton de Berne : Si les demandes des prestataires de services et des autres partenaires du système de santé s'inscrivent dans la stratégie de la santé du canton de Berne, le canton les représente au niveau fédéral ou auprès de l'autorité appropriée.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter))	9	Chiffre 9, Stratégies partielles : Lors de l'élaboration de toutes les stratégies partielles, une attention particulière doit être accordée aux soins intégrés.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	10	Chiffre 9, Stratégies partielles : Une stratégie partielle d'accompagnement des personnes en fin de vie (<i>end-of-life care</i>) doit être intégrée aux stratégies partielles de la stratégie de la santé.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	11	Chiffre 9, Stratégies partielles : La stratégie partielle Promotion de la santé et prévention doit comporter des mesures visant le maintien de l'autonomie et la santé physique et psychique de la population âgée croissante.
Majorité CSoc (Kohler Hans-Peter)	12	Chiffre 9, Stratégies partielles : Dans la stratégie partielle Soins intégrés, il convient d'analyser également les structures de soins en réseau. Il est nécessaire en particulier de déterminer non seulement comment les prestations de soins peuvent mieux s'articuler, mais aussi si d'autres structures intégrées de réseaux de soins (structures de soins) peuvent être recommandées.
UDC (Schlatter)	17	La stratégie de la santé est établie selon la définition de la santé telle que stipulée dans la charte d'Ottawa, soit « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social [...] ».

A5 Bibliographie

Office fédéral de la statistique (OFS). (2020). Variable de la statistique médicale. Spécifications variables dès 1.1.2020. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr.assetdetail.12167418.html> [06.01.2025]

Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H., Moecke, H., Prückner, S. et al. (2016). Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Document de synthèse (en allemand uniquement). In : Notfall + Rettungsmedizin. 2016;19: 387–395. Disponible sous : <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0>

FMH – Forum Urgence. Lignes directrices de la FMH pour le domaine du sauvetage en Suisse. Bulletin des médecins suisses. 2021;102(7):234–238. Disponible sous : <https://www.fmh.ch/files/pdf25/lignes-directrices-de-la-fmh-pour-le-domaine-du-sauvetage-en-suisse.pdf> [06.01.2025]

Frey, M., Lobsiger, M., Trede, I. (2017). Les services de sauvetage en Suisse. Structures, prestations et personnel qualifié. In : Obsan Bulletin. 1/2017. Disponible sous : <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2017-les-services-de-sauvetage-en-suisse> [06.01.2025]

Direction de la santé du canton de Zurich (10.05.2019). Projet « Optimierung Rettungswesen im Kanton Zürich » : Anforderungen an die Rettungs- und Verlegungsdienste (en allemand uniquement). Disponible sous : https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/notfall_rettung/projekt_optimierung_rettungswesen_anforderungen_erlaeuterungen.pdf [06.01.2025]

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI). (2016). Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers. Disponible sous : <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psychiatrie-rehabilitation/spitalplanung.html> [06.01.2025]

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI). (2024). Stratégie partielle Soins intégrés. Disponible sous : <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/gesundheitsstrategie.html> [06.01.2025]

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI). (2020). Stratégie de la santé du canton de Berne 2020-2030. Disponible sous : <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/gesundheitsstrategie.html> [06.01.2025]

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI) et Société des médecins du canton de Berne (SMCB). (Août 2023). Principes de la Société des médecins du canton de Berne et du Service du médecin cantonal concernant la réglementation du service médical d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux. Disponible sous : <https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/aerztinnen-und-aerzte.html> [06.01.2025]

Institut de modélisation et de simulation de la Haute école spécialisée de Suisse orientale (IMS-OST). (2022). Rapport final interne SAUV-BE 2.0 (en allemand uniquement)

Interassociation de sauvetage (IAS). (2022). Manuel pour la préparation et la réalisation de la procédure de reconnaissance des services de sauvetage selon les Directives 2022. Disponible sous : https://www.144.ch/wp-content/uploads/2022/06/Handbuch_RL_Rettungsdienst_f_2022.pdf [06.01.2025]

Interassociation de sauvetage (IAS). (2022). Directives sur la reconnaissance des services de sauvetage. Disponible sous : https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/07/RL_Rettungsdienst_f_2022.pdf [06.01.2025]

Interassociation de sauvetage (IAS). (2023). Réunion du réseau du 12 mai 2023 : « Visions » tout au long de la chaîne de sauvetage. Disponible sous : https://www.144.ch/wp-content/uploads/2023/11/Visionen-entlang-der-Rettungskette_FR.pdf [06.01.2025]

Interassociation de sauvetage (IAS). (2024). Directives sur la reconnaissance des centrales d'appels sanitaires urgents CASU 144. Disponible sous : <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2020/09/Richtlinien-SNZ-144-f.pdf> [06.01.2025]

Interassociation de sauvetage (IAS). (2025). Terminologie, août 2025. Disponible sous : <https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/Terminologie-IVR-IAS-05.2025.pdf> [06.08.2025]

Canton de Berne. (2023). Engagement 2030 : programme gouvernemental de législature 2023–2026. Disponible sous : <https://www.rr.be.ch/fr/start/engagement-2030-regierungsrichtlinien.html> [06.01.2025]

Kägi, G., Schurter, D., Niederhäuser, J., De Marchis, G.M., Engelter S. et al. (2021). Phase préhospitalière en cas d'accident vasculaire cérébral aigu. *Swiss Medical Forum*. 2021;21(19–20):322–328. Disponible sous : https://www.neurovasc.ch/fileadmin/files/publikationen/fr/Prehospital_Swiss_Guidelines_FR_Kaegi_SwissMedForum2021_suppl.pdf [06.01.2025]

Lohns, T. (2016). Qualitätsindikatoren für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg. Rapport (en allemand uniquement). In : *Notfall + Rettungsmedizin*. 2016;19:625–631. Disponible sous : <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0222-1>

Marxgut, S. (2020). Die Leitstelle als Wegweiser im Gesundheitssystem. Rapport (en allemand uniquement). In : *Notfall + Rettungsmedizin*. 2020;23: 523–528. Disponible sous : <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00777-6>

Messerle, R., Schreyögg, J., Gerlach, F.M. (2021). Patientenorientierte Notfallsteuerung. Rapport (en allemand uniquement). In : *Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (éd.). Krankenhaus-Report 2021*. Springer, Berlin, Heidelberg. Disponible sous : https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_3

PricewaterhouseCoopers (PwC). (2020). Le paysage hospitalier bernois en mutation. Rapport final en réponse à la motion 192-2019 (CGes, Siegenthaler), octobre 2020. Disponible sous : <https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/fr/themen/gesundheit/gesundheitsversorger/spitaeler-psi-chiatrie-rehabilitation/spitalstrategie/Beilage-Bericht-12.05.2021-fr.pdf> [06.01.2025]

Regener, H., Wilmes, A. Le sauvetage suisse 2023 en chiffres. *Star of life*. 2024;(2):12-17. Disponible sous : https://www.144.ch/wp-content/uploads/2024/05/SPA_SOL_2-24_web_Das-Schweizer-Rettungswesen-in-Zahlen.pdf [06.01.2025]

Schröder H., Beckers S.K., Borgs C., Roissant R., Felzen M. (2023). Update Telenotfallmedizin: Status quo und Ausblick. In : *Die Anaesthesiologie* (en allemand uniquement). 2023;72:506–517. Disponible sous : <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01301-4>

Société suisse de médecine intensive (SSMI). Unités de soins intensifs certifiées par la SSMI, état au 03.04.2025. Disponible sous : <https://www.swiss-icu.ch/fr/unites-de-soins-intensifs-certifiees> [14.07.2025]

Croix-Rouge suisse (CRS). (2020). Stratégie CRS 2030. Disponible sous : <https://www.redcross.ch/api/download/fr/strategie-2030> [06.01.2025]

Croix-Rouge suisse (CRS). (2020). Stratégie CRS 2030. Plan de mise en œuvre Recherche, sauvetage et aide en cas de catastrophe. Disponible sous : https://assets.ctfassets.net/e1zh0i858l27/6Swvy-bx6JHMdnLWoibdukr/7d83b0e812c224bdebc2518df29b7864/DIR_SRK_UP-Strategie_Rettung_f_2206.pdf [06.01.2025]

Swiss Paramedic Association. (2023). Prise de position de l'association professionnelle sur la pénurie de personnel qualifié dans les services de sauvetage, janvier 2023. Disponible sous : https://www.swissparamedic.ch/files/Dokumente/230117ms_f_01_swiss_paramedic_fachkraeftemangel.pdf [06.01.2025]

Swiss Resuscitation Council (SRC). (2023). Stratégie nationale de survie relative à l'arrêt cardiaque. Disponible sous : https://www.resuscitation.ch/fileadmin/user_upload/Nationale_Strategie/SRC_Strategie_nationale_de_survie_2023.pdf [06.01.2025]

Cheng, Y., Lin, Y., Shi, H., Cheng, M., Zhang, B. et al. (2024). Projections of the Stroke Burden at the Global, Regional, and National Levels up to 2050 Based on the Global Burden of Disease Study 2021. *Projections* (en anglais uniquement). In : *Journal of the American Heart Association (JAHA)*. 2024;13:17(23). Disponible sous : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.124.036142>

