

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Plan stratégique du CHUV 2014-2018 – Rapport intermédiaire sur la mise en œuvre à
mars 2016**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie les 14 octobre et 4 novembre 2016.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera (le 04.11.2016), Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Véronique Hurni, Annick Vuarnoz. MM. Alain Bovay, Jean-Luc Chollet (en remplacement de Lena Lio le 14.10.2016), Philippe Cornamusaz (en remplacement d'Alain Bovay le 14.10.2016), Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Serge Melly (en remplacement d'Axel Marion le 14.10.2016 et le 04.11.2016), Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin.

Excusé-e-s : Mmes Sonya Butera (le 14.10.2016), Lena Lio (le 14.10.2016 et le 04.11.2016). MM. Alain Bovay (le 14.10.2016), Axel Marion (le 14.10.2016 et le 04.11.2016).

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Philipp Müller, Directeur administratif et financier du CHUV.

**2. PRESENTATION DU RAPPORT INTERMÉDIAIRE – POSITION DU CONSEIL
D'ETAT**

Le plan stratégique 2014-2018 du CHUV, adopté le 11 décembre 2013 par le Grand Conseil, constitue la feuille de route qui détermine les actions individuelles et collectives de ces prochaines années. Il précise les grandes orientations et les actions prioritaires que le CHUV s'engage à mener dans le cadre de ses missions. Il sert de cadre aux plans de développement des départements et services.

Le rapport intermédiaire s'inscrit dans le cadre de l'article 13d de la Loi sur les Hospices cantonaux (LHC) du 16 novembre 1993 et des articles 23 (procédure d'évaluation) et 24 (rapport intermédiaire) de son Règlement d'application (RLHC) du 20 mai 2009. Il couvre les développements de janvier 2014 à mars 2016.

Le rapport présente un bilan intermédiaire globalement positif. La majorité des objectifs sont en voie de réalisation (86%) ou sont à surveiller mais sans risque majeur (11%).

Le département rappelle que le développement spectaculaire du CHUV (en termes de rayonnement, d'attractivité scientifique et clinique, de partenariats conclus, de croissance de l'activité, etc.), les adaptations tarifaires défavorables aux hôpitaux universitaires ainsi que le système de financement par enveloppe (qui ne reconnaît pas toute l'activité au tarif plein) pèsent sur les finances de l'institution. Une série de mesures ont donc été prises comme l'instauration de règles comptables permettant un meilleur lissage dans le temps du poids des amortissements des investissements consentis, la maîtrise de l'augmentation du nombre de nouveaux postes, le blocage au niveau de celui de 2014 du revenu des médecins cadres ou la compensation entière du crédit supplémentaire demandé.

3. DISCUSSION GENERALE

Axe 1 – Prise en charge des patients

Un commissaire regrette que les **relations du CHUV avec les professionnels extérieurs** ne soient pas développées dans le rapport. Il met en avant l'amélioration de ces relations (documentation de sortie de l'hôpital, échanges téléphoniques). Le directeur général signale à ce titre l'existence, désormais, d'un indicateur détaillé portant sur les lettres de sortie (moment où la lettre est dictée par le médecin, où elle est dactylographiée par la secrétaire, où elle est signée par le médecin responsable). Un monitoring régulier, service par service, a permis de grandement améliorer la situation en la matière.

Un commissaire constate que la **sécurité médico-légale** prend une place de plus en plus importante dans une société qui se judiciarise de plus en plus et où, par exemple, les équipes d'urgentistes tendent à incorporer, par sûreté, une secrétaire médicale qui protocole le déroulement des actions entreprises. Pour le directeur général, le système de dossier patient informatisé (y compris aux urgences) mis à jour en continu permet une bonne traçabilité de l'information et ainsi une sécurité médico-légale adéquate.

La création d'une **unité de chirurgie spinale** (point 1.1) permet d'assurer une relation directe entre le médecin traitant et le service de neurochirurgie du CHUV. Par ailleurs, l'engagement d'un spécialiste de la chirurgie ortho-neurologique permet désormais un traitement ambulatoire d'une partie des hernies, améliorant d'autant le temps d'attente et le confort pour les patients.

Axe 2 – Médecine universitaire, enseignement et recherche

L'unification de la prise en charge interdisciplinaire des **pathologies vasculaires** (point 2.2) permet d'intégrer la prise en charge des pathologies veineuses, les artères et le système lymphatique. La prise en charge porte ainsi sur l'ensemble de l'appareil circulatoire périphérique.

Un commissaire demande à quoi correspondent les **filières de formation ABCDX** pour les médecins chefs de service (point 2.9). Le directeur général indique que ces filières permettent l'orientation la plus précoce et efficace possible de la carrière des médecins. Au CHUV, dans le cadre d'un processus continu d'évaluation, chaque médecin est amené à choisir un plan de formation spécifique : A = carrière académique, B = cadre d'un hôpital de proximité, C = pratique en cabinet privé, D = tournus au sein d'un service dans le cadre de l'obtention d'une autre spécialité. Il convient toutefois de noter que le suivi de ces trajectoires de formation n'est pas encore accepté de manière homogène dans les différents services.

Axe 3 – Ressources humaines (3.3 – Qualité du capital humain)

Un commissaire demande quelles sont les mesures concrètes mises en œuvre pour **promouvoir les femmes aux postes de cadre**. Les représentants du CHUV citent à ce titre : les bourses permettant aux femmes de libérer du temps à consacrer à leur carrière académique, cette carrière allant de pair avec la promotion au sein de l'hôpital ; le programme de mentorat mis en place par la Faculté ; les moyens alloués à la promotion du job sharing ; le développement de l'offre en crèches ; l'intérêt à empoigner le problème de la lourdeur des contraintes de l'hôpital (les gardes en particulier) qui pousse les femmes médecins à s'installer en cabinet, à temps partiel souvent. Enfin, les commissions de nomination professorale comprennent de plein droit une représentante pour les questions liées à l'égalité femme-homme. Enfin, à compétences égales, l'engagement de femmes est privilégié.

Un commissaire demande s'il existe un objectif chiffré concernant le **nombre de places de stage** au CHUV pour les personnes en réinsertion. Les représentants du CHUV indiquent qu'il n'y a pas d'objectif chiffré. Tout dépend du nombre de personnes susceptibles de participer à ce programme dans le domaine socio-sanitaire (programme Prolog) et des besoins exprimés par les différents services. Pour le directeur général, il est remarquable que le nombre de stages en cours au CHUV ait doublé en une année.

Mesures financières

Un commissaire demande si la **diminution du nombre de postes créés** (150 nouveaux postes pour cette année contre 300 les années précédentes) a été compensée par une augmentation des contrats à

durée déterminée, par l'externalisation de certaines tâches ou par l'abandon de certaines tâches. Le chef du DSAS répond par la négative : non seulement il y a moins de nouveaux postes créés mais il y a moins d'heures supplémentaires, moins de recours au personnel temporaire et pas d'externalisations. La croissance des effectifs suit toujours la croissance de l'activité, quoique de façon souvent non mécanique et parfois avec des effets d'inertie. Les représentants du CHUV évoquent les gains d'efficience générés notamment par la réorganisation en services moins cloisonnés et par une prise en charge plus transversale des patients.

Un commissaire souligne le succès, dans le cadre de la réduction de la pénurie de professionnels, du passage de la filière ES à la filière HES de la formation d'infirmier-ère. Le chef du DSAS abonde en ce sens, la Suisse alémanique, qui craignait que la filière HES n'assèche le marché, se trouvant désormais elle en situation de pénurie pour la profession d'infirmier-ère.

4. EXAMEN POINT PAR POINT DU RAPPORT INTERMÉDIAIRE ET VOTES

Seuls les points qui ont donné lieu à discussion sont mentionnés.

Mesure 1.1.7 – Création du Département femme-mère-enfant (DFME)

La symbolique du nom du nouveau département est remise en cause par plusieurs commissaires. Dans une optique de lutte contre les représentations stéréotypées qui tendent à exclure le père des soins à l'enfant, il est proposé, après discussion, que le nouveau département s'appelle « Département femme-mère-enfant et famille ».

Le directeur général explique que le nom choisi correspond à une dénomination francophone courante dans le monde hospitalier et fait suite à une procédure de consultation (sondage auprès des membres du département) dont le résultat a abouti à la solution jugée la plus simple. Par ailleurs, il s'agit d'un département hospitalier axé sur la prise en charge médicale en gynécologie, obstétrique, néonatalogie et pédiatrie (les pères n'y reçoivent pas de soins), et non pas d'une structure de soutien de type social. Le directeur général n'en fait toutefois pas une question dogmatique et pense qu'un changement de nom pourrait être accepté par les équipes du CHUV.

Deux camps s'affrontent. Les partisans du changement de nom mettent en avant que :

- l'intégration des pères dans les soins à l'enfant mérite un combat portant sur les symboles, ces derniers ayant au final des implications dans le concret ;
- par l'incorporation du domaine de la pédiatrie, le département élargit de facto ses compétences à la famille, d'ailleurs quelle que soit la nature de la famille (homoparentale ou non, etc.) ;
- en l'absence de changement de nom, les antennes d'ordre psychosocial autour de la mère et de l'enfant doivent alors disparaître ou changer de rattachement.

Les opposants au changement de nom relèvent que :

- l'absence du mot « père » ou « famille » dans la dénomination ne signifie pas l'existence d'une quelconque discrimination ;
- l'entité concernée est un département médical et non pas une structure d'appui de nature sociale ;
- les hommes/pères ne reçoivent pas de soins et ne sont pas hospitalisés dans le cadre du département concerné qui, par exemple, n'exerce pas l'urologie ;
- la dénomination « femme-mère-enfant » se trouve en cohérence avec ce qui se fait dans les autres hôpitaux.

La proposition alternative de « Département de gynécologie, obstétrique et pédiatrie » émerge, ceci dans le but d'éviter, malgré la légitimité du débat philosophique engagé ici, de longues discussions au Grand Conseil et au CHUV. Cette alternative ne déplaît pas au chef du DSAS qui en appelle toutefois au respect du choix opéré par les collaborateurs du CHUV eux-mêmes et qui sont les personnes qui doivent vivre avec l'identité du nouveau département. Surtout, le chef du DSAS rappelle que le rapport intermédiaire demande au Grand Conseil de statuer sur la création d'un nouveau département au CHUV et non pas de statuer sur le nom de ce nouveau département.

Proposition est faite que la commission recommande au Grand Conseil l'adoption d'une résolution visant à encourager les équipes du CHUV à revoir la dénomination du nouveau département. Le chef du DSAS prend l'engagement que, si cette résolution est acceptée, elle sera mise en œuvre.

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte le principe de la création du nouveau département.

Par 7 voix contre 5 et 1 abstention, la commission soutient l'idée de proposer une résolution visant la révision du nom du département. Les partisans du changement de dénomination sont chargés, pour la commission, de rédiger la résolution.

Mesure 2.2.6 – Développer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale et de la transplantation cardiaque

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant.

Mesure 2.3.2 – Consolider le Centre Leenaards de la mémoire dans le cadre du Plan cantonal Alzheimer, y compris l'implémentation de l'IRM de recherche

Plusieurs commissaires s'abstiennent, ceci dans l'optique de l'ouverture d'un débat visant à ne pas réduire les pathologies démentielles à la seule maladie d'Alzheimer.

Le directeur général partage cet avis mais précise que le CHUV se doit de faire référence au Plan cantonal Alzheimer.

A l'unanimité des membres présents moins 5 abstentions, la commission adopte l'avenant.

Mesure 2.3.6 – Soutenir le Pôle de recherche national (NCCR) SYNAPSY (mécanismes synaptiques de maladies mentales)

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant.

Mesure 2.3.7 – Mettre en place un pôle d'évaluation de l'impact des technologies mobiles pour la santé et des neurotechnothérapies

Avec l'arrivée du nouveau chef du Département des neurosciences cliniques, il s'agit de mettre en place une unité de recherche et d'évaluation des technologies de l'information et de la communication (TIC) en médecine. Les TIC permettent de procéder à des observations ou d'assurer une surveillance médicale des patients sans procéder à leur hospitalisation. Ces techniques émergentes de suivi médical en milieu non hospitalier (à domicile notamment) sont appelées à se développer et sont susceptibles d'être mises en œuvre, dans un premier temps, pour toute une série de pathologies en neurologie (épilepsie, Alzheimer pour la prévention des chutes par exemple...), puis pour d'autres maladies. L'Hôtel des patients pourra être équipé de ces technologies en vue de les tester.

Concernant la prise en compte de **questions d'ordre éthique** soulevées par l'emploi de ces technologies, le directeur général du CHUV indique que le projet de pôle d'évaluation se trouve à ses débuts et présente, à ce stade, une nature prioritairement technique. Le projet bénéficiera toutefois de la vaste réflexion éthique en cours, notamment à propos des banques de données génomiques et du *big data* plus en général.

Pour le directeur général, un vaste champ de recherche s'ouvre pour **différencier l'utile du gadget**. Le pôle créé vise justement cela : expérimenter/évaluer au niveau clinique les possibilités et produits dans un marché émergent fortement concurrentiel où certains géants cherchent à se profiler (Google, Apple, Samsung...). Le Centre du sommeil (tests nocturnes au domicile des patients) constitue un exemple de l'emploi particulièrement utile des TIC en médecine.

Le chef du DSAS fait état tant de la nécessité d'évaluer les TIC dont l'arrivée dans le domaine des soins paraît inéluctable que de la grande circonspection à adopter face à ces technologies. En ce sens, le chef du DSAS rappelle la volonté du CHUV de **mener une réflexion critique et intégrant les aspects éthiques face au développement de ces technologies**.

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant.

Objectif 2.5 – Poursuivre le développement dans le domaine du métabolisme et de la nutrition

L'endocrinologie constitue par définition le domaine des maladies rares. Dans ce contexte, un commissaire demande s'il est tenu compte des inquiétudes des endocrinologues en cabinet qui redoutent que, au final, l'ensemble des prises en charge dans la discipline se trouvent centralisées au CHUV. Le directeur général du CHUV estime que la situation est comparable à l'oncologie. Dès lors, la solution réside dans la coopération entre les acteurs concernés (actes techniques pointus à l'hôpital, le reste au cabinet) et dans la constitution à terme d'un réseau cantonal intégrant l'ensemble des endocrinologues installés ainsi que le CHUV. Le directeur général affirme que le CHUV a pris conscience du problème, et en appelle à la bonne volonté des praticiens installés. Le développement de l'endocrinologie en fait par ailleurs une discipline de plus en plus spécialisée. L'action concertée entre praticiens spécialisés, du CHUV ou non, s'avère dès lors de plus en plus indispensable.

Objectif 2.6 – Poursuivre et consolider les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV

Un commissaire demande si le traitement des accidents vasculaires cérébraux (AVC) peut toujours s'effectuer dans d'autres hôpitaux que le CHUV. Le directeur du CHUV lui répond que le système de prise en charge des AVC est organisé en plusieurs niveaux, et tous les patients ne se trouvent pas obligatoirement dirigés au CHUV. L'unité neurovasculaire (Stroke Unit) du Groupement hospitalier de l'ouest lémanique (GHOL) à Nyon est ainsi certifiée pour le diagnostic primaire notamment, et le CHUV fonctionne comme centre de référence régional pour les traitements particulièrement spécialisés (thrombolyse, interventions radiologiques micro-invasives...).

Mesure 2.8.5 – Acquérir un scanner hybride PET/IRM en partenariat public-privé

Le département précise que ce projet d'acquisition, comme tous les autres de ce type, est soumis au nouveau décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds et, à ce titre, subira l'examen de la commission instituée pour ce faire.

Le chef du DSAS juge équitable les décisions de ladite commission. Pour preuve, le projet de radio-oncologie de l'hôpital de Nyon a été refusé en raison de l'existence à proximité d'un équipement similaire dans deux cliniques privées. Les établissements publics ou privés reconnus d'intérêt public n'apparaissent donc pas privilégiés.

Mesure 3.1.3 – Augmenter et offrir des places en crèche et garderie correspondant à la demande interne

Un commissaire demande si des synergies ont été imaginées avec d'autres établissements sanitaires locaux (EMS...) intéressés par une offre de places en garderie proposant des horaires adaptés. Il est répondu qu'en l'état, le projet est destiné à accueillir uniquement les enfants des collaborateurs du CHUV, selon des horaires adaptés aux professions du domaine des soins.

Mesure 3.1.5 – Former l'encadrement à la prévention des situations de mobbing et de harcèlement

Un commissaire se demande si la formation a un réel impact dans le concret pour juguler l'émergence de « petits chefs » qui compliquent la tâche de leurs subordonnés ou manquent d'égard envers eux. Le directeur général précise qu'à l'instar de l'Espace patients et proches, il existe un lieu d'écoute et de médiation à l'attention des collaborateurs qui peuvent y recourir de manière anonyme. D'autre part, la Commission du personnel se montre proactive en matière de dysfonctionnement de la chaîne managériale dans les services. Le chef du DSAS indique quant à lui avoir instauré quatre rencontres annuelles entre la Commission du personnel/les syndicats et la Direction du CHUV. Il mentionne en outre l'existence d'indicateurs de management construits à partir d'enquêtes de satisfaction du personnel menées service par service.

Objectif 3.2 – Gestion prévisionnelle : planifier et anticiper les besoins en ressources humaines et compétences

L'objectif est marqué d'un indicateur négatif (situation critique, actions correctives nécessaires). Le directeur administratif et financier précise que l'appréciation négative résulte de la seule réalisation incomplète pour l'instant de l'objectif (implémentation d'un outil de gestion prévisionnelle). Il assure

toutefois que, dans le concret, cette gestion prévisionnelle constitue une préoccupation quotidienne, même s'il y est répondu par des moyens encore insuffisamment formels/objectivés.

Mesure 3.2.2 – Identifier les postes, les fonctions, les personnes et les compétences clés de l'institution et développer un plan de relève

En l'absence de la nouvelle version de PeopleSoft pour couvrir l'ensemble du personnel du CHUV, l'idée consiste dès lors à réaliser la mesure en commençant par les médecins. Une partie de ce travail est déjà réalisée à travers la commission paritaire UNIL-CHUV qui procède, service par service, à une revue annuelle des postes académiques.

<i>A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant.</i>

Mesure 3.3.2 – Professionnaliser le processus de recrutement et développer un outil de e-recrutement

Le directeur général indique que la réalisation de la mesure depuis le printemps 2016 a permis une diminution des frais de recrutement (publication de postes, recherches...) de l'ordre des deux tiers.

Mesure 3.3.8 – Augmenter le nombre de femmes dans toutes les fonctions d'encadrement

Une commissaire propose d'amender la mesure en ajoutant l'élément suivant : « **Elaborer un véritable plan d'action avec des mesures concrètes pour augmenter le nombre de femmes dans les postes de cadre à hauteur de 45 %** ».

Pour le chef du DSAS, il importe en premier lieu de saluer l'ambition de l'objectif du CHUV et les progrès déjà réalisés en la matière. Consolider, voire augmenter, le taux de femmes cadres dans les professions médicales d'ici 2018 implique que les nominations à venir pour cette période consacrent plus de 50% de femmes. Aller plus loin pour la même période impliquerait que les nouvelles nominations consacrent 100% ou presque de femmes, ce qui n'apparaît guère possible. D'autre part, le chiffre avancé par la proposition d'amendement se montre, en l'absence d'un cadre temporel donné pour l'atteindre, moins ambitieux que l'objectif fixé par le CHUV. Enfin, selon le chef du DSAS, il n'apparaît pas possible pour la commission d'amender un élément du texte non touché par le Conseil d'Etat.

En outre, le chef du DSAS rappelle que dans les concours professoraux, à compétences égales, les femmes sont privilégiées. L'institution ne met ainsi aucun frein institutionnel aux carrières féminines. Au contraire, elle les encourage. Il reste que beaucoup de femmes, une fois leur formation terminée et devenues médecin hospitalier ou cheffe de clinique, se détournent de la carrière académique. Il s'avère impossible de forcer ces personnes à poursuivre une telle carrière.

La commissaire à l'origine de la proposition d'amendement salue les résultats obtenus jusqu'ici par le CHUV en la matière, juge néanmoins important de garder un objectif ambitieux et de progresser, et estime dès lors nécessaire de mettre en place des mesures concrètes au-delà des déclarations de bonne volonté. A ce stade, il est rappelé qu'il n'est pas possible pour le Grand Conseil d'amender un texte du Conseil d'Etat (ou un texte du CHUV endossé par le Conseil d'Etat) autre qu'un projet de décret ou de loi. Selon l'article 92 al. 2 de la loi sur le Grand Conseil (LGC), les rapports font l'objet d'un débat au terme duquel le Grand Conseil vote l'approbation ou le refus du rapport. Il doit en aller de même du rapport intermédiaire sur la mise en œuvre du Plan stratégique.

Compte tenu de ces éléments, la commissaire transforme sa proposition d'amendement en proposition de vœu. De plus, elle précise que la proposition de vœu concerne les professions médicales. Elle supprime de plus l'objectif chiffré avancé par le vœu. Pour le directeur général, si le vœu peut entièrement être admis dans son principe, le résultat ne peut en aucun cas être garanti.

Plusieurs commissaires relèvent certains des écueils en la matière :

- le problème de l'appréciation du « à compétences égales » ainsi que le risque de sélectionner des femmes moins compétentes que des hommes. A ce titre, l'usage de curriculum vitae sans mention du genre du candidat pourrait s'avérer utile ;
- l'application de critères excessivement rigides qui, de ce fait, peuvent péjorer les hommes qui favorisent la carrière de leur femme (carrières dites duales) ;

- la sous-représentation des hommes parmi les cadres infirmiers.

La commissaire à l'origine du vœu plaide, à travers sa proposition, en faveur d'une meilleure mesure des discriminations cachées envers les femmes, au-delà des questions liées à la seule « gestion » par ces dernières de leurs enfants, ceci dans le but d'empêcher la perte des compétences de femmes.

Par 8 voix contre 2 et 4 abstentions, la proposition de vœu est refusée par la commission.

Mesure 3.3.9 – Augmenter les places d'apprentissage hors périmètre des métiers des soins

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant.

Mesure 3.4.4 – Simplifier la gestion du système du contrôle des temps

En raison du retard pris dans le domaine, il est proposé de préparer la mesure plutôt que de procéder à son implémentation proprement dite.

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant.

Mesure 4.1.2 – Agrandir le Centre universitaire de traitement et réadaptation (CUTR) Sylvana

La création de lits C (qui ne correspondent pas au métier premier du CHUV) a été abandonnée au profit de la création de lits SPAH (structure de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS).

Un commissaire salue l'engagement du CHUV à réaliser et exploiter des lits SPAH, tant l'idée de tels lits est bonne au départ mais difficile à appliquer dans le concret (importants conflits avec les familles).

Pour le chef du DSAS, les lits SPAH présentent le mérite de proposer des solutions d'urgence en situation d'engorgement des lits C. Autre atout, c'est grâce au SPAH de La Rozavère que l'offre en psychogériatrie à Cery a pu être réorganisée et améliorée (diminution de 50% du nombre de lits pour supprimer les chambres à 4-5 lits et créer des chambres à 2 lits au plus). Il est vrai qu'il reste difficile pour les résidents de quitter des SPAH « victimes de leur succès » (chambres à un lit dans des structures généralement neuves), et il convient de tenir compte du signal d'alarme émis en réfléchissant à des pistes d'amélioration comme, par exemple, le renforcement des équipes mobiles de soins en EMS et la réservation des SPAH à des cas particuliers.

Le directeur général signale que la chaire de soins palliatifs gériatriques vient d'être repourvue au CHUV, en la personne du Professeur Ralf Jox. Il paraît dès lors pertinent d'inclure ce dernier dans la réflexion.

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte l'avenant

Mesure 4.3.4 – Robotiser les analyses en microbiologie

Selon le directeur général, il s'agit ici de corriger une coquille et de remplacer la fourniture de prestations délocalisées par des prestations centralisées. Un commissaire affirme ne pas être certain qu'il s'agisse d'une coquille.

Par 12 voix contre 1 et 1 abstention, la commission adopte l'avenant.

4.1. VOTE FINAL

A l'unanimité des membres présents, la commission adopte les avenants dans leur ensemble.

5. RECOMMANDATION DE LA COMMISSION

A l'unanimité des membres présents, la commission recommande au Grand Conseil de prendre acte du rapport intermédiaire sur la mise en œuvre à mars 2016 du plan stratégique du CHUV 2014-2018.

Yverdon-les-Bains, le 8 mai 2017.

*Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos*