

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner les objets suivants :

Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 et

Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Philippe Martinet "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé" et

Exposé des motifs et projet de décret sur le plan stratégique du CHUV 2009-2013

A) POLITIQUE SANITAIRE

La séance de la commission a eu lieu le 7 novembre 2008.

Membres présents : Mmes Jacqueline Bottlang-Pittet (qui remplace Maximilien Bernhard), Edna Chevalley, Christa Calpini, Lise Peters, Catherine Roulet. MM. François Brélaz (qui remplace Christian Streit), Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Philippe Modoux, François Payot, Pierre Rochat, Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer, Philippe Martinet (président).

Excusés : MM. Maximilien Bernhard et Bernard Borel.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Marc Diserens, chef du Service de la santé publique (SSP) et Marc Weber, responsable juridique au SSP.

D'entrée de cause, les membres de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP), en particulier ceux qui ont connu les rapports précédents, saluent la vision d'ensemble qui se dégage du document, le sentiment de maîtrise du pilotage, ainsi que l'effort de vulgarisation qui a permis de traiter de l'essentiel sur moins de 100 pages.

Bilan du plan de politique sanitaire 2003-2007

Le bilan de l'exercice 2003-2007 est globalement positif. De nombreuses réalisations ont en effet été menées à bien :

- hôpitaux : changement de missions de Saint-Loup ; investissements conservatoires dans les hôpitaux de Nyon, Morges, Riviera et Yverdon ; création de lits B à Lavaux ; mise en place du numéro unique pour la garde ; rapprochement CHUV-Faculté de biologie et médecine... ;
- prise en charge médico-sociale : soutien aux logements protégés, démarrage du programme d'investissements et de modernisation des EMS, nouvelle loi sur les réseaux de soins, programme de soins palliatifs... ;
- santé publique : nouveaux programmes de prévention, plan de santé mentale, plan pandémie, plan canicule... ;
- personnel de santé : signature d'une convention collective de travail, règlement des

- conditions de travail des médecins assistants, promotion de la médecine générale... ;
- finances : maîtrise de la croissance des charges (moins de 2% d'augmentation par année), à mettre au crédit tant des établissements sanitaires de droit privé reconnus d'intérêt public que des établissements de droit public.

Au titre des "regrets" et donc des éléments à parfaire, le chef du DSAS cite : **le système d'information** à rendre plus robuste à l'instar de ce qui se fait en Valais par exemple ; **la libre circulation des patients** entre Vaud et Genève à améliorer ; **la dotation prévue pour les investissements périodiques** à accroître (ce qui éviterait le recours à des décrets de demande de fonds complémentaires) ; **le rythme de concrétisation des investissements** consentis à accélérer (à travers, par exemple, la création de crédits cadres pour éviter plusieurs passages au Service juridique et législatif et au Grand Conseil pour un seul et même objet); **les différents systèmes de financement** des établissements sanitaires à harmoniser.

Pour sa part, la CTSAP met l'accent sur les points suivants :

- la nécessité que la médecine "légère" ("**bobologie**") n'engorge pas la médecine hospitalière et les plateaux techniques lourds. En ce sens, la collaboration du CHUV avec les centres médicaux "de quartier" (à Lausanne) mérite attention de même que le système d'orientation des patients à la Polyclinique médicale universitaire, ou la stratégie consistant à développer la consultation en hôpital de médecins indépendants ;
- le renforcement, dans le cadre des **soins à domicile**, de la collaboration avec des prestataires de soins indépendants (notamment les OSAD – Organisations de soins à domicile) ; l'amélioration de l'affiliation des infirmières indépendantes aux réseaux de soins afin d'assurer à celles-ci une activité viable ;
- la planification, autant que possible par des partenariats publics-privés, du développement des **logements protégés**. Cette planification devrait notamment viser à empêcher l'effet "ghetto", à assurer la proximité géographique et institutionnelle des logements protégés avec les EMS. Il s'agit en outre de privilégier plutôt les structures intermédiaires (unités d'accueil temporaire, courts séjours en EMS) et la formation du personnel correspondant. Au demeurant, il importe d'ores et déjà que les Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO) procèdent le plus attentivement possible à leur tâche d'aiguillage des gens (en logement protégé ou en EMS) et que les structures de logements protégés collaborent au maximum avec les Centres médico-sociaux (CMS). De plus, le DSAS est invité à rechercher des solutions innovantes pour éviter autant que possible le recours à des établissements psychogériatriques fermés ;
- la dynamisation de la concrétisation dans les faits de la **loi sur les réseaux de soins**, quand bien même l'entrée en vigueur de cette loi s'avère récente et l'autonomie/capacité d'initiative propre des réseaux constitués doit être prise au sérieux. Un point sur l'évolution de ce dossier devrait être fait à la fin de l'année 2009.

Rapport de politique sanitaire 2008-2012

Ce plan, élaboré en cohérence avec le programme de législature du Conseil d'Etat et avec le Plan stratégique du CHUV dégage, à partir des grandes évolutions prévisibles - accroissement et vieillissement de la population, développement des technologies médicales, accentuation des risques sanitaires notamment en ce qui concerne les maladies transmissibles, contexte règlementaire fédéral mouvant - cinq lignes directrices : 1) adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en oeuvre une politique gériatrique, 2) assurer une offre suffisante en personnels de santé, 3) développer le dispositif de prévention et de promotion de la santé, 4) poursuivre la réorganisation hospitalière, 5) renforcer le pilotage du système et le dispositif législatif.

Parmi ces cinq axes forts, les deux premiers constituent une priorité majeure : 1) passer d'une

organisation du système de soins pensée pour la maladie aiguë à une organisation adaptée à la prise en charge des maladies chroniques et 2) assurer une offre suffisante en personnels de santé en freinant l'évolution des besoins (prolongation de l'autonomie des personnes âgées, amélioration de l'aide informelle...) et en renforçant les mesures de lutte contre la pénurie de personnel (formation, réinsertion, valorisation, réorganisation...).

En regard des diverses actions que passe en revue le programme 2008-2012, la CTSAP insiste sur :

- l'intérêt, en plus de toutes les mesures déjà envisagées pour **lutter contre la pénurie de personnel de santé**, à proposer une formation de soins infirmiers de niveau master afin d'accroître l'attractivité de cette formation et d'assurer de plus larges débouchés aux diplômés ;
- l'indispensable **développement de la discipline de la médecine gériatrique**, le soutien des vocations pour ce domaine et la généralisation de l'appui de médecins gériatres aux CMS et EMS ;
- la nécessité de trouver de nouvelles modalités, dans le cadre du maintien à domicile des personnes handicapées, malades et/ou âgées, pour **soutenir les familles des patients**: 1° développement des courts séjours en établissement pour les personnes atteintes dans leur santé, 2° aménagement de congés professionnels à des fins d'assistance d'un proche, 3° allègement fiscal pour les aidants naturels qui, par exemple, abaissent leur taux d'activité lucrative pour prendre en charge un proche ;
- la promotion de **cercles de qualité** intégrant tous les acteurs concernés (assureurs y compris) et dont les bénéficiaires profitent de la manière la plus équilibrée possible à toutes les parties prenantes ;
- la mise en place d'un suivi et d'une évaluation des résultats de certaines **campagnes de vaccination**, et en particulier celle des filles contre le HPV ;
- la prise en compte et le **développement de la médecine du travail** et de ses apports, avec une mention pour les collaborateurs de l'Etat, vu les synergies difficiles avec le Service du personnel, alors que la mission légale est explicite.

Votes

La commission recommande à l'unanimité au Grand Conseil de prendre acte du Rapport de politique sanitaire 2008-2012 avec félicitations, en particulier à l'adresse du chef sortant du SSP, M. Marc Diserens.

La commission propose également au Grand Conseil d'accepter la réponse du Conseil d'Etat au postulat Philippe Martinet "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé".

B) PLAN STRATEGIQUE DU CHUV

La séance de la commission a eu lieu le 10 novembre 2008.

Membres présents : Mmes Edna Chevalley, Christa Calpini, Christiane Jaquet-Berger (qui remplace Bernard Borel), Lise Peters, Catherine Roulet. MM. Maximilien Bernhard, François Brélaz (qui remplace Christian Streit), Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Philippe Modoux, François Payot (vice-président), Pierre Rochat, Jean Christophe Schwaab, Filip Uffer, Philippe Martinet (président).

Excusés : MM. Bernard Borel et Christian Streit.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, directeur général des Hospices/CHUV, Olivier Peters,

directeur administratif et financier du CHUV et Daniel Petitmermet, responsable du Service stratégie, qualité et organisation du CHUV.

Le plan stratégique du CHUV 2009-2013, élaboré en cohérence avec le programme de législature du Conseil d'Etat et le programme de politique sanitaire, a été conçu en étroite collaboration avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne. Il s'appuie sur l'expérience acquise et les réalisations du plan stratégique précédent : centre de transplantation Vaud-Genève, centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques, centre des grands brûlés, unité d'antalgie, centre d'imagerie biomédicale, centre d'investigation et de recherche sur le sommeil, département de l'appareil locomoteur...

Le présent plan stratégique dégage une série d' **enjeux** (vieillesse de la population ; attentes croissantes des patients ; pénurie du personnel soignant ; capacité de production limitée des structures existantes ; collaboration renforcée avec les universités, les hôpitaux et les divers réseaux sanitaires ; équilibre entre soins de proximité et mission de soins tertiaires de type universitaire ; spécialisation croissante de la médecine et segmentation trop importante du parcours du patient au sein de l'hôpital ; concurrence entre établissements ; maîtrise des coûts).

Il pose 3 **valeurs** fondamentales (compétence, empathie, créativité/responsabilité) et définit 5 **programmes** stratégiques transversaux (vieillesse et personnes âgées, nutrition et troubles du comportement alimentaire, santé mentale, populations vulnérables, formation post-graduée), 5 **centres d'excellence** (maladies cardiovasculaires et métaboliques, cancer, neurosciences cliniques, immunologie et maladies infectieuses, bioengineering et ingénierie médicale) et 8 **chantiers prioritaires** (gouvernance commune entre la FBM et le CHUV, réseau hospitalier romand, réorganisation interne de la prise en charge du patient, plateforme de recherche clinique, dossier patient informatisé, ressources humaines, amélioration des infrastructures, développement durable).

En regard du plan stratégique proposé, la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) réagit sur les éléments suivants :

- l'amélioration de la **relève médicale** par une meilleure coordination de la formation post-graduée (action no 21 du Rapport de politique sanitaire 2008-2012 et qui semble concerner plus particulièrement le CHUV). La direction du CHUV indique à ce propos qu'un rapport de synthèse est en préparation concernant la problématique complexe de la pénurie de personnel soignant. Elle reconnaît que le suivi des plans de carrière est de qualité très variable, en fonction des services. Elle partage sa volonté de développer des normes communes en la matière ;
- la **mobilité du corps médical** entre le CHUV et les hôpitaux périphériques, qui paraît à accentuer dans les deux sens. Les représentants du CHUV relèvent de même l'intérêt d'une telle fluidité et soulignent alors la nécessité de disposer de normes d'engagement semblables (statuts, règlements...) pour toutes les institutions concernées ;
- les options envisagées suite à l'abandon du projet " **pédiatrie 2010**". A ce propos, les représentants de l'Etat indiquent qu'un nouvel hôpital pédiatrique venant compléter l'Hôpital de l'enfance est en gestation. Ce projet sera soumis au Conseil d'Etat en fin d'année 2009. La réalisation de ce projet est considérée comme prioritaire et devrait contribuer à réduire les coûts. En outre, un regroupement de la psychiatrie de l'enfant est de même prévu ;
- les actions effectivement envisagées en vue de promouvoir la **prise en charge des populations vulnérables**. Les représentants du CHUV indiquent que, en la matière, divers groupes de réflexion sont en place dans les différents services, en collaboration avec la Polyclinique médicale universitaire (PMU), et que le développement d'une nécessaire coordination se profile ;

- la pertinence de la **durée du plan stratégique** (5 ans), dans un contexte où il faut réagir vite, si l'on pense au dynamisme et à la grande rapidité d'action de l'EPFL. La direction du CHUV souligne que l'hôpital a, outre ses missions de recherche et d'enseignement similaires à l'EPFL, une mission de soins. Il évolue donc selon sa spécificité. Le CHUV est complémentaire et partenaire de l'EPFL, notamment en lui offrant une plate-forme de recherche clinique.

Appréciation globale

De manière générale, la CTSAP émet une appréciation très positive concernant le plan stratégique du CHUV 2009-2013 qui, présenté conjointement au Rapport de politique sanitaire 2008-2012, offre une bonne vue d'ensemble du programme cantonal en matière de santé pour les années à venir.

Votes

Les articles 1 et 2 du décret sont acceptés à l'unanimité.

La commission recommande à l'unanimité au Grand Conseil d'entrer en matière et d'adopter le décret.

Gland, le 16 janvier 2009.

Le président :
(Signé) *Philippe Martinet*