

## RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner l'objet suivant :

### Exposé des motifs et projet de décret sur la ratification de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

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

**Participent de même à cette séance du 25.08.2008 :** MM. Pierre Zwahlen, président ad interim de la Commission thématique des affaires extérieures, Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat, accompagné de Pierre-François Leyvraz, directeur général des Hospices/CHUV et Marc Weber, responsable juridique au Service de la santé publique.

Les circonstances et les buts de la CIMHS sont assez explicites :

- échec, en raison du refus du Canton de Zurich, d'un premier concordat portant sur la médecine hautement spécialisée,
- nombreuses collaborations déjà en place en la matière (dont la coopération, plutôt exemplaire, entre Vaud et Genève), mais nécessité de passer à la vitesse supérieure pour piloter l'ensemble,
- statu quo impossible en la matière et la Confédération disposant désormais des bases légales pour assurer cette planification au cas où les cantons ne l'assureraient pas,
- espoir d'une meilleure répartition des interventions médicales coûteuses, scientifiquement pointues et rares, ceci dans le but d'assurer l'économicité et une qualité optimale des prestations (garantir la masse critique pour chaque type d'interventions).

Il est aussi à relever l'évolution positive, aux dires du chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), du dispositif de pilotage suite à l'échec de la première version :

- création d'un organe de décision autre que le comité de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS),
- nécessité du préavis de l'organe scientifique ad hoc pour toute décision, introduction d'une double majorité qualifiée pour la prise de décisions (acceptation d'au moins 4 cantons avec hôpital universitaire sur les 5 qui sont membres de l'organe de décision ET acceptation d'au moins 4 autres cantons parmi les 5 qui sont membres de l'organe de décision).

Finalement, M. Maillard signale que la présente convention a été adoptée à l'unanimité par la CDS, qu'elle a déjà été ratifiée par 5 cantons (ZG, TG, SH, UR et AI) et que le Conseil d'Etat du canton de Zurich y est favorable.

Rappelons que cet objet a déjà été analysé par la Commission thématique des affaires extérieures

(CTAE), qui avait pour l'occasion invité le soussigné, et qu'une série d'observations ont été adressées au Conseil d'Etat en date du 30 novembre 2007, avant que la négociation ne soit finalisée. Ainsi, M. Zwahlen peut-il souligner l'amélioration sensible du texte de la convention : suppression de la liste fixe des domaines de la MHS, intégration d'experts étrangers dans l'organe scientifique, etc. La CTAE considère toutefois comme encore non résolues les questions concernant :

- l'évaluation externe (de l'organe scientifique ainsi que du concordat dans son ensemble après 3 ou 4 ans de fonctionnement) et, surtout,
- le contrôle parlementaire (droit intercantonal en principe soustrait au domaine de compétences des parlements cantonaux). Concernant ce dernier point, M. Zwahlen relève que l'article 11 de la convention s'avère flou puisqu'il fait référence à l'Accord-cadre intercantonal (ACI) uniquement pour les questions de différends, laissant de côté les dispositions de cet accord-cadre concernant le contrôle via les parlements cantonaux.

M. Maillard observe que la répartition des missions hospitalières relève d'ores et déjà des prérogatives du Conseil d'Etat plutôt que de celles du Grand Conseil. Ainsi selon lui, en acceptant la convention, le Grand Conseil ne ferait donc que transférer une compétence du Conseil d'Etat à l'organe de décision du concordat. En outre, il reste toujours possible pour le canton (au travers, par exemple, d'une motion au Grand Conseil) de se désister après 5 ans, la convention devenant caduque en cas de retrait d'un des cinq cantons avec hôpital universitaire. Le suivi du dossier peut se faire comme d'habitude par le travail de la Commission de gestion, par le regard du Grand Conseil sur le contrat de prestations du CHUV, etc.

**Vœu :** le Conseil d'Etat se proposant de transmettre au Bureau du Grand Conseil le rapport annuel établi par l'organe de décision, la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) suggère que ledit rapport lui soit adressé, à l'instar de ceux concernant le CHUV.

M. Leyvraz ajoute que le risque que cette convention aboutisse à une ou des décisions qui déplaisent au canton s'avère excessivement faible tellement la procédure de décision prévue requiert un consensus. Concernant l'évaluation des risques et des avantages de s'engager dans un tel partenariat, M. Leyvraz insiste sur l'aspect déterminant de la planification de la MHS (concentration des équipements, du personnel qualifié, des prises en charge) pour assurer la qualité des soins en la matière. Il souligne que la MHS occasionne des coûts particulièrement élevés (investissements importants en équipements lourds, frais d'entretiens élevés, personnel spécialisé coûteux). Il mentionne tout de même trois difficultés de la planification/concentration de la MHS :

1. le risque, avec le temps, d'un affaiblissement d'un pan entier de la médecine dans un établissement donné en raison de l'allocation à un autre établissement du domaine MHS correspondant,
2. le renoncement difficile mais inéluctable des hôpitaux non universitaires (même de grande taille) à exercer des domaines de MHS si ceux-ci sont déjà répartis entre les hôpitaux universitaires, et
3. la nécessité d'une planification/concentration souple afin de suivre les évolutions en cours (notamment les éventuelles banalisations d'interventions de MHS).

**La CTSAP, quant à elle, met en évidence les points suivants :**

- La **sur-spécialisation** de l'exercice de la médecine pourrait accentuer une approche "déshumanisée", où l'on traite une pathologie et non plus un patient. De plus, cette évolution pourrait priver les médecins des petits établissements d'un entraînement à certains gestes "pointus". A l'inverse cependant, si les établissements de soins entrent en concurrence en matière de MHS, cela ne pourrait s'exercer qu'au détriment d'autres secteurs de la médecine et, notamment, d'une prise en charge humaine et globale des patients.
- Les difficultés de la **planification** et l'éventualité qu'un établissement privé exerce un domaine de la MHS empêchant par là un hôpital cantonal d'atteindre la masse critique fixée et de prétendre à la pratique du domaine en question. M. Maillard indique que la parade à ce cas de figure réside dans le

fait que tout établissement sanitaire (public ou privé) doit obtenir (et peut donc, le cas échéant, se voir refuser) une autorisation fédérale pour disposer du droit de facturer aux assurances, au titre de la LAMAL, les prestations fournies.

- La question des **moyens juridiques** existant pour bloquer un établissement désireux d'exercer de la MHS. M. Weber répond que les bases légales existent (LAMAL, etc.), pour autant que l'établissement en question demande à facturer ses prestations à charge de l'assurance de base. Si l'établissement en question n'obtient pas gain de cause dans cette démarche, il peut tout de même pratiquer la MHS mais alors sans bénéficier du remboursement par l'assurance de base.
- Le droit pour le canton retenu par l'organe de décision de la convention de **refuser le domaine de la MHS alloué**, par exemple parce que le parlement cantonal concerné ne consent pas à procéder aux investissements nécessaires. M. Maillard répond que cette possibilité existe, l'organe de décision de la convention ne pouvant pas imposer à un établissement (ou à un canton) un domaine de compétences dont ce dernier ne voudrait définitivement pas. Dans la pratique, les centres hospitaliers cherchent plus à conserver/acquérir un domaine de MHS qu'ils ne sont enclins à en délaïsser/refuser.
- La question du risque d'affaiblissement de la **formation universitaire** que la concentration pourrait entraîner dans certains domaines et en certains lieux. M. Leyvraz n'a pas de crainte à ce propos : le déplacement vers les centres de compétences institués peut en effet facilement être organisé pour la formation des médecins spécialisés ou même pour la pratique de médecins déjà spécialisés.
- La **liste des domaines** de la MHS présentée dans l'EMPD, certes donnée à titre purement indicatif. M. Maillard relève que seule une forte collaboration (mieux qu'une concurrence) entre Vaud et Genève permettra à la Suisse romande de disposer d'un centre de compétences pour chaque domaine de la MHS institué.
- La question de savoir si la convention est susceptible d'**accélérer la concentration** qui ne s'avère souvent possible qu'au moment de la retraite du professeur qui disposait de l'exclusivité d'un domaine de la MHS. M. Maillard ne nie pas les difficultés rencontrées à ce propos et relève à ce titre l'indépendance des universités (liberté académique) par rapport à la planification hospitalière.
- La possibilité plus ou moins aisée de **sortir un acte de la MHS** et ainsi de l'ouvrir aux autres établissements que le centre de compétences initialement institué si l'acte en question devient plus "banal", comme on l'a vu avec la radiologie. Juridiquement, il n'y a pas de durée fixée des décisions prises et celles-ci peuvent être révisées en tous temps.
- Les **cantons ne disposant pas d'hôpitaux universitaires** devront effectivement renoncer à certaines installations, dès lors qu'un domaine MHS aura été attribué à un autre hôpital. Cela augure de négociations difficiles. Cependant, M. Leyvraz indique que les accords entre hôpitaux non universitaires et l'hôpital universitaire de leur région pourront permettre des synergies. D'ailleurs, dans le canton, les hôpitaux de la FHV sont favorables à la convention.

## **Lecture de l'EMPD chapitre par chapitre**

### Point 3.2 (Liste des domaines concernés)

**Vœu** : les critères cités en vue de déterminer la nécessité ou non de coordonner/concentrer un domaine de la médecine méritent un développement et, à tout le moins, une élucidation plus claire que celle formulée par le rapport explicatif de la CDS. La CTSAP souhaite en ce sens que le libellé zurichois soit repris.

### Article 10 de la convention (Répartition des coûts)

Précisons qu'il ne s'agit ici que des coûts, relativement minimes, de l'organe de décision, de l'organe scientifique et du secrétariat de la convention, et non pas des coûts des projets de MHS eux-mêmes.

## **Votations**

Article 1 accepté à l'unanimité.

Article 2 accepté avec une opposition.

Article 3 accepté à l'unanimité.

**Vote final: la commission recommande à l'unanimité au Grand Conseil d'entrer en matière sur le projet de décret.**

Gland, le 15 septembre 2008.

Le président :  
(Signé) *Philippe Martinet*