

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Jacques Neiryneck et consorts - Jusqu'à quand durera l'engorgement chronique du CHUV ?

Rappel de l'interpellation

Le premier rapport au Conseil d'Etat sur ce sujet date du 3 février 1999. A plusieurs reprises, des interventions au Grand Conseil ont continué à attirer l'attention du Conseil d'Etat sur la surcharge des services du CHUV. La presse se fait aussi l'écho de trop longs délais dans la prise en charge par le service des urgences où manque du personnel.

Deux événements récents, portés par hasard à notre connaissance et originaires d'un seul milieu familial, semblent démontrer que certains services travaillent toujours à la limite de leurs disponibilités. En particulier le service de cardiologie où des patients convoqués pour une opération sont ensuite " déconvoqués ", c'est-à-dire renvoyés à leur domicile. Les premiers cas de " déconvocation " en cardiologie ont été recensés dès janvier 2009. Le 19 février 2014, une patiente déjà admise a été priée de rentrer chez elle car l'opération planifiée ne pouvait être effectuée par suite d'une surcharge soudaine. Le 6 janvier de cette année, il s'agissait même d'une patiente, qui était déjà anesthésiée en salle d'opération, puis renvoyée pour traiter un cas urgent.

Ces engorgements n'interfèrent pas avec la qualité des soins lorsque ceux-ci sont enfin dispensés par un personnel compétent et engagé, mais apparemment toujours trop peu nombreux.

- 1. Quel est le taux de " déconvocation " du service le plus chargé du CHUV ?*
- 2. Les différents services du CHUV parviennent-ils à recruter le personnel correspondant aux postes qui leur sont affectés ? Quel est le pourcentage de personnel qui a été formé à l'étranger ?*
- 3. Les affectations de postes tiennent-elles compte des surcharges ponctuelles de tout service ?*
- 4. Le personnel est-il amené à dépasser les limites d'horaires prévues dans la loi, en particulier la limite légale de 50 heures hebdomadaires pour les médecins assistants ?*
- 5. Combien représentent les frais de ces " déconvocations " et qui les assume ?*
- 6. Le Conseil d'Etat est-il convaincu que le CHUV doit se concentrer sur sa mission d'hôpital universitaire et cesser de remplir la fonction d'hôpital de proximité ? Des mesures ont-elles été prises pour éviter l'afflux des cas relativement bénins qui engorgent le CHUV alors qu'ils pourraient être traités ailleurs ?*

L'interpellation du Député Jacques Neiryneck évoque une situation qui fait l'objet de l'attention soutenue du DSAS, de la Direction du CHUV et du Service de la Santé Publique. Toutefois, cette situation d'engorgement ne touche pas uniquement le CHUV, mais l'ensemble du système de soins vaudois et elle prévaut également dans les autres cantons.

Les causes de l'engorgement d'une partie des services hospitaliers sont multifactorielles et les impacts

sont de plusieurs ordres. Si, naguère, il convenait d'agir sur ce qui était appelé la "surcapacité" des hôpitaux, aujourd'hui l'évolution démographique, avec notamment le vieillissement de la population, les progrès technologiques et les attentes des patients, induisent une sollicitation accrue du système de soins. Cette dernière a progressivement abouti à une situation d'engorgement d'abord hivernal puis chronique.

Le plan stratégique du CHUV 2014-2018, adopté par le Grand Conseil, reflète ces préoccupations. Parmi les 8 enjeux majeurs qui ont conduit à l'élaboration du plan, 3 sont en lien direct avec la problématique soulevée par le Député Jacques Neiryck : la saturation chronique de l'institution, la préservation de la compétitivité du CHUV dans le domaine de la médecine universitaire et la collaboration avec les partenaires externes.

Les constats de départ sont notamment ceux de l'occupation dite inadéquate de 90 lits de soins aigus (lits A) au CHUV, en permanence, par des patients en attente de placement pour des soins de réadaptation (lits B) ou en EMS (lits C), ou du taux d'utilisation des vacations du bloc opératoire (103.7% en 2012).

Pour être en mesure de lutter efficacement contre cette situation, le CHUV avec le soutien du DSAS et du SSP a développé une série de projets qui visent à accroître ses capacités, en termes de lits et de capacités opératoires, tels que l'agrandissement du Centre de traitement et de réadaptation de Sylvana, la création d'un Hôtel patient, l'agrandissement du bâtiment de l'Hôpital orthopédique, la rénovation et l'agrandissement de l'Hôpital de Cery et la mise en place d'une unité de soins aigus de base avec 80 lits à l'hôpital de Beaumont.

Cependant, ces différents projets ne seront pas réalisés avant 3 à 5 ans. Raison pour laquelle dans l'intervalle, d'autres solutions doivent être mises en œuvre pour lutter à court terme contre la saturation. Le plan stratégique du CHUV 2014-2018 précise de nombreuses mesures dans ce sens.

Aux questions du Député Jacques Neiryck, le Conseil d'Etat apporte les réponses spécifiques suivantes :

1) Quel est le taux de " déconvocation " du service le plus chargé du CHUV ?

En premier lieu, il est capital de préciser que les annulations d'opérations sont décidées en tenant compte des critères de sécurité liés à l'état de santé du patient. Les patients identifiés à risque sont hospitalisés ou gardés hospitalisés et opérés en principe en urgence différée dans les 48 heures après. Du point de vue de la sécurité des patients, il y a lieu de constater qu'il n'y a pas eu de patients déconvocés qui seraient finalement arrivés en urgence avant le nouveau délai opératoire.

Actuellement, la direction médicale du CHUV est informée et elle analyse de manière systématique les annulations d'intervention inscrites dans le système d'information la veille de l'opération prévue, à 13h30. Cette analyse met en évidence 3 causes principales d'annulation:

1. Liées au patient : modification de l'état de santé empêchant l'opération, ou patient ne se présentant pas à l'hôpital.
2. Liées à la programmation : priorisation d'une opération plus urgente, telle que greffe cardiaque et/ou pulmonaire, accident de la circulation. Déséquilibre entre les plages opératoires disponibles et le nombre/durées des interventions réalisées (par exemple temps opératoire du patient précédent plus long que prévu).
3. Liées à l'hébergement : non-disponibilité de lits de soins intensifs ou continus.

Les données extraites du système d'information du CHUV indiquent, pour le premier semestre 2014, 222 annulations d'intervention dans le bloc opératoire principal du CHUV pour 5'841 interventions planifiées (env. 4% d'annulations).

Sur l'ensemble des annulations (222 cas), seules 28 interventions sont liées à une cause extérieure au patient, donc dues à un problème de programmation ou d'hébergement.

Sur ces 28 interventions annulées, 12 annulations sont en lien avec un problème d'hébergement, par manque de place aux soins continus ou soins intensifs. Les services les plus touchés par le manque de place en soins continus et en soins intensifs sont la chirurgie cardiovasculaire et la chirurgie viscérale.

En conclusion, il y a eu 12 annulations sur les 5'841 interventions planifiées, ce qui représente le 0.2% d'annulation d'opérations planifiées pour des raisons d'hébergement. Les 16 autres interventions ont été reportées parce qu'un cas plus urgent a dû être opéré avant (exemple greffe cardiaque, pulmonaire ou autre urgence), soit 0.3%. Ces chiffres montrent que ce phénomène est marginal, quand bien même il n'est pas exclu que d'autres "déconvocations" annulées à plus long terme soient faites dans les services.

2) Les différents services du CHUV parviennent-ils à recruter le personnel correspondant aux postes qui leur sont affectés ? Quel est le pourcentage de personnel qui a été formé à l'étranger ?

De manière générale, les difficultés de recrutement de personnel médical et soignant au CHUV ne proviennent pas d'un problème budgétaire, mais d'un problème de pénurie de personnel sur le marché de l'emploi.

En Suisse, le nombre de diplômés de médecin n'a pas augmenté depuis 1980, il a même légèrement baissé pour se situer à environ 800 diplômés par année. Pour la formation professionnelle des médecins, l'ISFM (Institut suisse de la formation médicale) relève qu'il manque environ 400 nouveaux médecins diplômés par année pour répondre aux besoins qui sont d'environ 1'200 nouveaux médecins entrant dans la formation professionnelle par an. A Lausanne, les autorités académiques et sanitaires ont décidé d'augmenter le nombre de places d'étudiants en médecine. La Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL a ainsi passé de 120 diplômés en 2006, à 152 en 2014 et l'objectif est d'atteindre 220 diplômés en l'an 2018.

Dans ces conditions, l'engagement de médecins diplômés en Suisse n'est pas optimal. Le manco est comblé par l'engagement de médecins étrangers qui ne cesse d'augmenter pour faire face à la pénurie susmentionnée. En effet, le nombre de médecins travaillant en Suisse ayant obtenu un diplôme à l'étranger se situait à 15%, en 2002, pour atteindre 40% en 2012.

Le CHUV suit cette tendance nationale avec 37% de médecins étrangers, pour lui permettre de fournir ses prestations aux patients. Il est à relever que dans les services où la pénibilité de travail est accrue (urgences, soins intensifs), l'engagement de médecins peut parfois s'avérer plus difficile encore et cette situation induit des processus de recrutement plus longs, avec comme conséquence un sous-effectif chronique.

Concernant le personnel soignant et plus spécifiquement le personnel infirmier, le taux de personnel ayant un diplôme étranger est de 50%. L'augmentation très forte d'étudiants dans les deux Hautes écoles de la santé vaudoise (HESAV et La Source) permet actuellement de trouver sur le marché davantage de diplômés formés localement. Toutefois, dans certains domaines (soins intensifs, blocs opératoires par exemple), les besoins en personnel ayant une formation complémentaire en spécialisation ne peuvent actuellement pas être couverts par du personnel infirmier diplômé local.

3) Les affectations de postes tiennent-elles compte des surcharges ponctuelles de tout service ?

L'affectation des postes de médecins assistants et chefs de clinique au CHUV est partiellement régulée par la Confédération puisque le nombre de postes de formation est fixé dans des concepts ad hoc en tenant compte du nombre de patients à disposition ainsi que du rapport entre le nombre de médecins en formation et le nombre de formateurs (tuteurs). L'adéquation, la qualité et la mise en œuvre de ces concepts est sous la responsabilité de l'ISFM et des sociétés de discipline concernées (donc de la Confédération). Le nombre de postes de formation par établissement de formation est publié chaque année sur le site de l'ISFM.

Au CHUV, 41 disciplines (spécialités) sur 44 sont représentées, et le nombre de médecins engagés

dans chacune d'elles permet d'assurer des soins de qualité tout en maîtrisant les pics d'activités générés par des urgences. Ces situations peuvent parfois provoquer une augmentation des heures supplémentaires de travail qui doivent être récupérées (en congé de préférence sinon elles sont rémunérées).

Dans les cas où ces situations se prolongent, une analyse de l'organisation du travail dans le service concerné est réalisée par le CHUV afin d'y apporter une solution adaptée, notamment en essayant d'optimiser les processus de travail et ainsi libérer des ressources. Les pics d'activités et les absences sont des événements non prévisibles et ponctuels qui doivent et peuvent être gérés précisément par le travail supplémentaire qui peut être demandé aux équipes médicales, dans les limites fixées par la CCT (70 heures par semestre). Les dotations en médecins doivent donc inclure cette dimension imprévisible. En revanche et si le recours à du travail supplémentaire devient la norme et ce alors même que les processus de travail ont été optimisés, cela signifie que le service est en sous-dotation. Le CHUV procède actuellement à une analyse de l'ensemble des services pour vérifier ces aspects.

Concernant le personnel soignant (personnel infirmier et d'assistance aux soins) : lors de surcharges ponctuelles dans un service clinique, plusieurs mécanismes sont disponibles pour le renforcer, soit, en cascade : réorganisation des horaires de l'équipe, renfort par des collègues des autres services du département, appel au "pool" interne du CHUV de personnel d'appoint et, en dernier recours, appel à des agences intérimaires agréées.

4) Le personnel est-il amené à dépasser les limites d'horaires prévues dans la loi, en particulier la limite légale de 50 heures hebdomadaires pour les médecins assistants ?

Les chefs de clinique et les médecins assistants, soumis à la limite des 50 heures, peuvent effectuer des heures dites de "travail supplémentaire" qui sont celles effectuées entre les 41,5 heures hebdomadaires et les 50 heures hebdomadaires.

Le CHUV a analysé les chiffres de 2013 des heures annoncées par chaque médecin.

Pour les chefs de clinique, il y a eu en moyenne 26,4 heures de travail supplémentaire (donc 67.9 heures hebdomadaires) par médecin, ce qui est en dessous de la limite des 70 heures. Cependant, il y a des variations entre spécialités ceux qui dépassent la moyenne sont des médecins qui exercent essentiellement dans des services de chirurgie.

Pour ce qui est des médecins assistants, c'est une moyenne de 34,5 heures de travail supplémentaire par médecin. Cependant et après analyse plus fine de ces chiffres, 56 médecins assistants sur 993 (5.6%) ont dépassé le plafond des 140 heures de travail supplémentaire, ce sont également des médecins qui exercent dans des services de chirurgie.

Le CHUV procède actuellement à l'audit de tous les services de l'institution pour s'assurer que la CCT est respectée, y compris dans la gestion des situations imprévisibles et ceci en tenant compte des contraintes d'organisation, des prestations à fournir et du niveau d'activités à couvrir. Dans le cas contraire, le CHUV agira soit en optimisant les processus de travail et l'organisation du service, soit en ajoutant des ressources pour compléter les équipes en place.

Le personnel soignant, quant à lui, est amené à faire des heures supplémentaires dans les limites autorisées par la loi et en particulier dans les secteurs engorgés ou dans ceux où l'activité reste peu planifiable. Les heures supplémentaires sont prioritairement reprises en congé et restent dans les limites prévues dans le cadre de la LPers.

5) Combien représentent les frais de ces " déconvocations " et qui les assume ?

Le report d'une intervention, ambulatoire ou suivie d'un séjour hospitalier, peut avoir des conséquences financières pour les patients (frais de transport, de garde d'enfant, d'organisation pour les éventuelles personnes à charge, etc.). Sur signalement des patients et justificatifs, le CHUV prend en charge ces frais. Les sommes demandées sont toutefois faibles.

Depuis le 01.01.2014, la Direction médicale du CHUV procède à une démarche systématique auprès des patients déconvoqués, afin d'expliquer les motifs de la déconvocation et prendre en compte leurs demandes de remboursement/dédommagement. La direction médicale informe également les patients de la possibilité de s'entretenir de leur situation avec les professionnels de l'Espace Patients et Proches du CHUV.

Si la déconvocation concerne une intervention prévue dans le cadre d'une hospitalisation, cette dernière sera probablement prolongée de la durée correspondante au report de l'intervention. Aucun supplément ne sera facturé par le CHUV, à moins que le forfait DRG ne dépasse la borne inlier du DRG, auquel cas la facture sera réduite d'entente avec l'assureur. La complexité des situations et les caractéristiques spécifiques du financement ne permettent ainsi pas de donner des chiffres précis sur les frais.

6) A) Le Conseil d'Etat est-il convaincu que le CHUV doit se concentrer sur sa mission d'hôpital universitaire et cesser de remplir la fonction d'hôpital de proximité ?

Que le CHUV renforce sa mission d'hôpital universitaire (soins, formation et recherche) et de référence est une évolution incontournable. En effet, c'est le seul établissement public cantonal à disposer d'un plateau technique complet qui permet d'offrir l'ensemble des prestations à la population lausannoise, vaudoise, et également de Suisse romande.

Le plan stratégique 2014-2018 du CHUV est explicite sur ce sujet. Le CHUV a une double mission, celle d'hôpital de proximité, qui, dans les faits, est largement dominante, et celle d'hôpital universitaire. Toutefois, la mission universitaire doit être renforcée, d'autant plus qu'au niveau national et régional (romand), la répartition de la médecine hautement spécialisée (MHS) s'impose comme une nécessité financière et fonctionnelle.

Cette évolution est déjà perceptible à travers la concentration des prestations liées à la médecine hautement spécialisée. Cette démarche ne concernait initialement que des équipements lourds mais s'étend maintenant également à des procédures de prises en charge cliniques (ex. chirurgie viscérale lourde). Le CHUV devient donc de manière croissante l'hôpital de référence pour le canton de Vaud et les autres cantons romands, à l'exception de Genève pour certaines spécialités.

Cette évolution n'implique de loin pas une cessation de sa fonction d'hôpital de proximité, mais une réorganisation des flux de patients. Il s'agit, en effet, de trouver un nouvel équilibre avec les hôpitaux régionaux, pour qu'ils prennent davantage en charge les patients ne nécessitant pas le plateau technique de l'hôpital universitaire.

Une activité de type hôpital de proximité, qui est techniquement moins exigeante, fait cependant partie des missions de soins que le CHUV doit également assurer. Elle est de plus nécessaire à la mission de formation des professionnels de toute catégorie que doit également assumer le CHUV.

6) B) Des mesures ont-elles été prises pour éviter l'afflux des cas relativement bénins qui engorgent le CHUV alors qu'ils pourraient être traités ailleurs ?

Pour éviter l'afflux, il s'agit de mesures dites en amont, pour diminuer le recours à l'hôpital universitaire.

1. Le CHUV a déplacé la chirurgie ambulatoire dans le Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont, afin de libérer des capacités opératoires au bloc opératoire principal pour la chirurgie lourde.
2. Le CHUV et la PMU ont ouvert un centre d'urgence au Flon pour décharger les urgences dites "debout" du Bugnon.
3. Le CHUV a passé plusieurs conventions avec les hôpitaux de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) et les cliniques privées lausannoises pour leur transférer des patients directement depuis les urgences du CHUV après un premier tri.

4. Avec l'appui du Service de la Santé Publique, des projets sont en cours, afin d'appuyer les EMS pour répondre dans la mesure du possible aux besoins cliniques anticipés de leurs résidents et éviter ainsi leur arrivée aux urgences.
5. De même une réflexion est en cours avec les Centres médicaux sociaux afin que les besoins de réadaptation ou de placement soient mieux anticipés pour les personnes à domicile, évitant ainsi le transfert en urgence et une hospitalisation aigüe au CHUV.

D'autres mesures, dites en aval du CHUV, sont mises en place pour faciliter la sortie des patients hospitalisés au CHUV.

6. Des conventions passées avec les cliniques privées ou des hôpitaux de la FHV permettent de transférer un patient pour la poursuite d'un séjour en soins aigus (lit A), dès que son état de santé le permet et ne nécessite plus le plateau technique universitaire.
7. Des conventions existent pour transférer des patients en réadaptation (lits B) dans plusieurs centres de réadaptation privés ou publics.
8. La création de plusieurs SPAH (Service de Préparation à l'Hébergement) permet d'orienter à l'extérieur du CHUV un certain nombre de patients en attente de place dans un EMS (lit C).
9. Le CHUV travaille également en étroite collaboration avec ses partenaires, en particulier avec le réseau ARCOS et les organisations de soins à domicile (centres médicaux sociaux).
10. Un accent particulier est mis sur la collaboration avec les médecins et la Société Vaudoise de Médecine. La continuité entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire exige que les médecins traitants disposent systématiquement et rapidement des informations médicales relatives aux patients sortants. Le projet MEDEX actuellement en déploiement au CHUV répond à ce besoin en instaurant une interface permettant une transmission sécurisée et informatisée de dits documents destinés aux médecins concernés.
11. Dans le but de faciliter les sorties des patients, de leur retour à domicile et d'une prise en charge ambulatoire plutôt qu'hospitalière, citons l'ouverture récente du centre d'antibiothérapie parentérale ambulatoire (APA) à la PMU qui a pour objectif l'accélération des retours à domicile avec poursuite des traitements intraveineux extra muros.
12. Le CHUV a également mis en place des équipes mobiles, notamment dans les domaines psychiatriques, des soins palliatifs, et prochainement gériatriques, pour, d'une part, prévenir l'hospitalisation de patients en perte d'autonomie à domicile, et d'autre part, suivre les patients après leur sortie de l'hôpital pour s'assurer que la prise en charge ambulatoire est adéquate.

Enfin et en lien avec la réponse à la question précédente sur le double rôle d'hôpital de zone et d'hôpital universitaire, le CHUV pourra procéder à plusieurs rocades lorsque l'Hôpital de l'Enfance sera construit. Il s'agit par exemple de rassembler tous les cas relevant d'une prise en charge de type hôpital de zone, dans un lieu spécifique du CHUV. D'abord envisagé au niveau 11 du bâtiment hospitalier, ces 80 lits pourraient avantageusement trouver leur place à l'Hôpital Beaumont.

Finalement, des discussions entre le CHUV et le Service de la Santé Publique ont été initiées pour modifier le bassin de recrutement du CHUV au profit des hôpitaux régionaux. Ces démarches pourraient aboutir à une redéfinition de la carte sanitaire et du système d'orientation des urgences pré-hospitalières et ainsi décharger les urgences du CHUV.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 3 décembre 2014.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean