

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

Exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit d'investissement de CHF 104.9 mios pour financer les transformations lourdes du bloc opératoire principal du CHUV et la création d'une structure préfabriquée pour maintenir l'activité durant les travaux

Présent-e-s : Mmes Catherine Aellen, Sonya Butera, Christa Calpini, Brigitte Crottaz, Catherine Roulet (présidence). MM. Jean-François Cachin (remplaçant Pierre Grandjean lors de la 1ère séance), Jean-Luc Chollet (remplaçant Werner Riesen lors de la 2ème séance), Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Jacques-André Haury, Rémy Jaquier, Axel Marion, Michel Miéville, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos, Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Oliver Peters, Directeur administratif et financier du CHUV, Philippe Joliet, Chef du Département des centres interdisciplinaires et logistique médicale et Chef du Service de médecine intensive adulte du CHUV, François Marguet, Chef du bloc opératoire du CHUV.

Afin d'avoir une vision claire et de bien comprendre la nécessité d'une rénovation lourde du bloc opératoire et d'une construction provisoire pendant les travaux, deux séances ont été nécessaires. Lors de la 1ère séance, les représentant-e-s du CHUV ont fait une présentation détaillée du projet et de son contexte ; lors de la 2ème, l'EMPD a pu être analysé.

Quelques membres de la commission ont également pu visiter le bloc opératoire et se faire une idée de la vétusté des lieux.

En introduction, le chef du DSAS souligne l'importance du bloc opératoire principal pour le CHUV, véritable centre névralgique, ainsi que la vétusté de ce bloc qui nécessite une rénovation importante. Cette intervention, et là réside toute la difficulté, doit impérativement s'effectuer tout en maintenant l'activité opératoire. Pour cela, la solution finalement choisie consiste à installer un nouveau bloc « préfabriqué » en mesure d'accueillir toute l'activité opératoire du bloc principal durant sa transformation. Une fois ce bloc rénové et ouvert à nouveau, la structure préfabriquée sera réutilisée au profit du centre d'endoscopie.

Les représentants du CHUV font ensuite une présentation détaillée du projet. La présentation suscite de nombreuses questions ; les réponses vous sont résumées ci-après.

L'exiguïté des salles d'opération actuelles et leur encombrement par des appareils et fils électriques ont-ils conduit à des accidents ?

Malgré les conditions d'exercice difficiles, aucun incident aux conséquences graves n'est à déplorer. Si la sécurité de la prise en charge des patients est encore assurée, l'exiguïté des locaux engendre néanmoins des risques secondaires (hygiène hospitalière, manipulation des patients) qui, lorsque cela arrivent, ne donnent pas lieu à une déclaration d'accident. A signaler pourtant l'épisode

récent de l'électrocution d'un membre du personnel par un courant de fuite dont l'origine n'a toujours pas été décelée.

Il est prévu que les travaux de transformation du bloc principal s'étalent sur 3 ans. Cette durée peut-elle être réduite ?

L'extrême complexité du chantier, sa surface relativement étendue et les nombreux tests qu'exige la mise en service en toute sécurité des nouvelles installations, empêchent d'envisager des délais plus courts.

Pour réduire l'ampleur du projet, la variante consistant à installer un bloc préfabriqué de 8 salles d'opération seulement (au lieu de 16) et de maintenir en activité 8 salles d'opération dans le bloc principal pendant que les 8 autres salles du bloc principal sont en transformation, a-t-elle été étudiée ?

Cette option a été analysée, mais elle n'a pas été retenue. En effet, maintenir l'activité dans une moitié du bloc principal alors que l'autre moitié serait en chantier pose de nombreux problèmes : nécessité de doubler toutes les installations ou presque (dispositif de ventilation, gaines, local de matériel, salle de réveil...); complications organisationnelles et pertes de synergie ; sécurité mal assurée ; difficultés de planification des travaux bruyants ; etc. (voir aussi point 1.4.2)

Est-il envisageable que la structure préfabriquée héberge de manière définitive le bloc opératoire du CHUV et que l'actuel bloc opératoire principal soit transformé en centre d'endoscopie ?

La localisation actuelle, bien centrée, du bloc opératoire principal se montre de loin la meilleure, en particulier du point de vue des synergies avec les urgences et les soins intensifs. De plus, si l'organisation sur 2 étages d'un bloc opératoire comme dans la structure préfabriquée envisagée est possible sur le court terme, elle ne s'avère pas adaptée sur le long terme.

N'est-il pas judicieux de saisir l'occasion de ce projet pour améliorer le taux d'utilisation des salles d'opération (extension des horaires de fonctionnement, au besoin en rémunérant mieux le personnel concerné) et ainsi mieux rentabiliser ces coûteuses infrastructures ?

Le chef du DSAS et les représentants du CHUV sont convaincus de l'intérêt à améliorer le taux d'utilisation de structures aussi lourdes et travaillent en ce sens, ne serait-ce que parce que le projet présenté ne prévoit pas d'augmenter le nombre de salles d'opération. Toutefois, engager une telle démarche dans la seule optique de traverser une période de travaux n'apparaît pas adéquat. En outre, accroître l'utilisation des salles d'opération demande une augmentation de la capacité de toute la chaîne hospitalière, ce qui représente une adaptation importante en termes de structure, de personnel et de formation. Ainsi, il est difficile d'étendre les horaires de fonctionnement des salles d'opération alors que, par exemple, la pénurie d'instrumentistes guette.

Le projet de transformation du bloc principal ne prévoit pas une augmentation du nombre de salles d'opération. Le centre de chirurgie ambulatoire à Beaumont 26 aura bientôt 6 nouvelles salles ; celles-ci permettront-elles de décharger suffisamment le bloc opératoire principal pour absorber la croissance de l'activité ?

Chacune des 6 salles de chirurgie ambulatoire pourra assumer environ 1'500 opérations par an au minimum. Aussi, il est escompté qu'environ 2000 interventions par an de chirurgie ambulatoire qui se faisaient au bloc principal (et dans des salles d'opération périphériques) seront transférées vers Beaumont 26.

Dans le projet de transformation du bloc principal, peut-il être envisagé de réduire la taille de certaines salles d'opération pour en créer de nouvelles ?

La polyvalence des salles d'opération facilite l'organisation de l'activité du bloc puisqu'il n'y a pas besoin de dédier une salle à un type précis de chirurgie. De plus, la chirurgie au bloc principal du

CHUV se dirige inexorablement vers les interventions lourdes (transfert des hôpitaux régionaux au CHUV de la chirurgie thoracique et de la chirurgie vasculaire par exemple) qui exigent des salles suffisamment spacieuses. Pour la petite chirurgie, le CHUV étant une institution de formation, des partenariats sont envisagés avec les hôpitaux régionaux, afin que chaque hôpital se spécialise dans une discipline chirurgicale particulière.

L'édification du bloc préfabriqué et sa pérennisation sous forme de centre d'endoscopie constituent-elles la première étape de la construction, sans dire son nom, morceau par morceau et sans offrir une vue d'ensemble, de l'extension du CHUV le long de l'avenue Montagibert (projet Bugnon-est) ?

L'installation du bloc préfabriqué et la conversion future de celui-ci en centre d'endoscopie ne relèvent d'aucun projet caché. Ils correspondent à une réponse efficiente d'une part à l'impossibilité, finalement, de transformer le bloc opératoire principal moitié par moitié et, d'autre part, au besoin avéré du développement de l'endoscopie. Cette solution, relativement légère, relègue le projet Bugnon-est en priorité 3, une extension du CHUV le long de l'avenue Montagibert n'étant plus envisageable qu'une fois la structure préfabriquée et le centre d'endoscopie arrivés en fin de vie. Comme l'exposé des motifs et projet de décret porte au final autant sur la transformation du bloc opératoire principal que sur la création d'un centre d'endoscopie et son exploitation durant une vingtaine d'années, la commission demande des informations supplémentaires sur le projet de centre d'endoscopie et sur les éléments qui le différencient du projet Bugnon-est. La Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV a fourni après la séance une note complémentaire qui nous montre ci-dessous l'activité et la croissance des endoscopies.

Activité et croissance du centre d'endoscopie

Le centre (9 salles d'interventions et 18 lits d'hôpital de jour) est ouvert du lundi au vendredi de 07h00 à 18h00 et prend en charge des endoscopies urgentes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le 80% des endoscopies se fait en anesthésie locale et/ou sous sédation et 20% sous anesthésie générale. L'activité est la suivante sur la période 2008 à 2012 :

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total | Croissance annuelle lissée |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|-----------------------------------|
| Nbre d'interventions | 8'725 | 9060 | 8'704 | 11'345 | 11'784 | 49'618 | 12'405 |
| Progression nbre d'interventions | | 4% | - 4% | 30% | 4% | 35% | 9% |
| Durée d'utilisation | 8'105.84 | 8'065.08 | 7'853.28 | 10'372.80 | 10'993.65 | 45'391 | 11'348 |
| Progression durée d'utilisation | | -1% | -3% | 32% | 6% | 36% | 9% |
| Nbre de cas traités | 2464 | 3144 | 7672 | 9022 | 9343 | 31'645 | 7'911 |
| Progression nbre de cas | | 28% | 144% | 18% | 4% | 279% | 70% |

Sur cette période de 4 ans, et ramenée de manière linéaire, la croissance annuelle est de **9%** pour les interventions et de **70%** pour le nombre de cas. Considérant que la progression vers une médecine interventionnelle moins invasive va se poursuivre, parce qu'elle diminue les durées d'hospitalisation (donc les coûts) et qu'elle est particulièrement adaptée à l'évolution de la démographie et de la population à risques anesthésiologiques accrus, le nombre d'interventions aura doublé dans 10 ans et le nombre de cas aura octuplé.

De plus, la multiplication des nouvelles techniques, le manque de salles d'examens ainsi que les locaux secondaires manquent cruellement (préparation des patients, lave-mains, décontamination du matériel, bureaux...).

Basé sur ces projections, le besoin en salles est estimé à 12 vers 2020. Les 9 salles actuelles étant saturées.

L'hôpital de jour est également sous-dimensionné avec ses 14 lits, ceci étant un obstacle au bon déroulement de la prise en charges des patients.

Selon une étude faite en 2007, ce sont toutes les surfaces utiles qui manquent. En 2019 le bloc modulaire préfabriqué sera à disposition de l'endoscopie et devrait ainsi être en totale adéquation avec les projections.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire a priori, la structure préfabriquée est donc destinée à durer. Le volume qu'elle propose (20'000 m3) n'est-il pas trop important pour un centre d'endoscopie ?

Une solution préfabriquée a été préférée pour les qualités suivantes : rapidité de construction, architecture compacte et bonne durée de vie. A terme, la structure préfabriquée permettra de remplacer les salles d'endoscopie actuelles (une dizaine de salles vétustes et pas aux normes), de répondre à la croissance de l'activité en endoscopie et de concourir à l'extension de l'hôpital de jour dans les espaces anciennement occupés par l'endoscopie.

Que deviendra le matériel équipant le bloc opératoire préfabriqué une fois ce dernier converti en centre d'endoscopie ?

L'équipement fixe sera pérennisé car utilisé par le centre d'endoscopie. Le matériel roulant sera récupéré et réaffecté au bloc opératoire principal rénové. **Par contre, et il est important de le noter et de se souvenir que le coût des équipements médicaux des salles d'opération n'est pas inclus dans le présent décret. L'article 4 du projet de décret le précise d'ailleurs.**

Est-il possible que la commission dispose d'un tableau récapitulatif des normes principales en matière de constructions hospitalières, décrivant brièvement la nature de ces normes et explicitant le degré de contrainte que représente chacune des normes considérées ?

Fournir une réponse globale sur ce point représente un travail titanesque, tant les recommandations, normes et autres standards sont nombreux, variés et évolutifs. Aucune instance en Suisse ne produit un répertoire actualisé de l'ensemble des normes pertinentes. Par exemple, le document de Riviera Chablais intègre, lui, une base normative pas très exhaustive, et présente principalement des concepts techniques et d'exploitation.

Les mandataires ont été sélectionnés en 2009 déjà. Quelle a été la procédure de sélection appliquée ? Les mandataires retenus poursuivront-ils leur travail dans la phase d'exécution proprement dite du projet ?

En raison de la faible composante architecturale du projet de transformation du bloc opératoire, l'appel d'offres (travaux préparatoires et exécution de l'ouvrage) a été lancé au moment des études, sans concours d'architecture (appel d'offres sur dossier), avec mention de critères de référence

relatifs à des ouvrages similaires et mention des contraintes d'exploitation.

Pour ce qui concerne le bloc opératoire préfabriqué, une extension de mandat (étude) a été faite, vu qu'il s'agit du même projet que la transformation du bloc principal mais avec un périmètre élargi, élargissement toutefois réduit à 15% seulement des honoraires totaux de l'ensemble du projet. Une fois le fabricant du bloc opératoire provisoire connu et donc le système de fixation des façades au bloc préfabriqué connu, un nouvel appel d'offres sous forme de concours d'architecture interviendra, cet automne normalement, pour lesdites façades. Reste encore à déterminer si ce dernier appel sera complètement ouvert ou se fera sur invitation (architecte du bloc opératoire, architecte du Centre coordonné d'oncologie, architecte de la PMU) afin de favoriser une certaine unité architecturale.

Lecture de l'exposé des motifs

Ne sont mentionnés que les points ayant donné lieu à discussion.

1.3.4 – La gestion du matériel

Il existe une tendance des fournisseurs à proposer de plus en plus du matériel à usage unique, sans qu'il soit toujours possible pour les hôpitaux de lutter contre cette tendance. Par exemple, il existe sur le marché des endoscopes à usage unique à des prix toujours plus compétitifs. Au CHUV toutefois, les endoscopes sont réutilisés après stérilisation. Par contre, certains accessoires nécessaires à l'emploi des endoscopes, comme les trocarts, sont à usage unique.

Que certains instruments à usage unique puissent être recyclés plutôt qu'éliminés constitue un argument de vente important de la part des fournisseurs. L'association *H+ Les Hôpitaux de Suisse* avance cependant que la récupération de toute une série de ces instruments s'avère difficile, voire impossible. Pour certains types de matériel, il n'y aurait ainsi même pas de filière de recyclage en Suisse. Sans investigation plus poussée, les représentants du CHUV ne sont pas en mesure de confirmer ou d'infirmer l'existence de tels problèmes concernant le traitement des instruments à usage unique utilisés au CHUV.

1.4 – Maintien de l'activité durant les travaux de rénovation du bloc central

Le manque de personnel qualifié, d'instrumentistes notamment, empêchant la réalisation de la première variante envisagée (transformation du bloc principale moitié par moitié, en étendant l'horaire d'utilisation des salles d'opération pas en travaux) a pour cause une pénurie reconnue et non pas un déficit de moyen pour rémunérer le personnel nécessaire. En situation exceptionnelle, cette pénurie peut provoquer la fermeture de salles d'opération. D'où la volonté de former au domaine opératoire plus de personnes disposant déjà d'un diplôme général d'infirmier-ère, à travers une spécialisation *in situ* de 2 ans. La formation de niveau ES (école supérieure) de technicien-ne-s en salle d'opération (TSO) convient aux exigences du CHUV. Toutefois, trop peu de TSO sont formés et donc disponibles sur le marché de l'emploi. En outre, vu la grande spécialisation des opérations souvent menées au CHUV, l'institution ne se prête pas forcément au mieux à la formation de TSO ou d'infirmier-ère-s instrumentistes. D'où l'idée de former des instrumentistes avec spécialisations et de développer dans les hôpitaux périphériques la formation dans le domaine opératoire. Il est d'ailleurs envisagé de mettre en place pour les hôpitaux régionaux, au travers des enveloppes budgétaires, des incitatifs en faveur de la formation.

A signaler que, depuis DECFO/SYSREM, les instrumentistes ne sont plus moins bien payés au CHUV qu'ailleurs, ce qui entraînait une fuite de cette main d'œuvre.

Les reports d'opération au dernier moment (en 2012, 5,2% des interventions ont été annulées le jour même) n'ont pas particulièrement pour origine la pénurie de personnel mais plutôt la survenance d'urgences et, surtout, le manque de places aux soins intensifs pour accueillir les personnes ayant

subi une intervention chirurgicale. En 2012, le Grand Conseil avait déjà accepté des crédits qui portaient en particulier sur la rénovation et l'extension des soins intensifs (adultes et pédiatriques) et la salle de déchoquage des urgences. Il reste que, malgré l'importance des investissements dernièrement consentis ou prochainement à consentir en faveur du CHUV, l'institution devrait voir l'engorgement important qu'elle vit actuellement perdurer quelque temps encore, jusqu'à adaptation de l'ensemble du système. Contraint depuis des années à travailler dans des conditions difficiles (congestion, pénurie de personnel), le CHUV continue néanmoins à fournir des prestations de haute qualité.

L'engorgement du CHUV s'explique en bonne partie par son statut d'hôpital de dernier recours et par le lancinant problème des lits A occupés par des personnes en attente de lits B ou C. D'où les projets, en parallèle avec le développement des soins à domicile et avec le Programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS), de renforcer à Sylvana la dotation en lits B et de créer et exploiter des lits C, sous la supervision du CHUV. De telles solutions, outre qu'elles participent à une maîtrise reconnue des coûts de la santé dans le canton, permettront de désencombrer le CHUV sans qu'il ait toujours à compter sur d'autres institutions, tout en lui donnant la possibilité de proposer des formations portant sur l'ensemble de la chaîne des soins.

1.4.2 – Solution retenue

Compte tenu de l'accumulation de projets nécessaires mais onéreux (nouvel hôpital des enfants, transformation de l'hôpital de Cery, etc.), une commissaire pose à nouveau la question, dans l'optique d'une réduction des coûts, de l'opportunité de considérer la variante consistant à installer un bloc opératoire préfabriqué de 8 salles seulement (au lieu de 16) et à maintenir en activité 8 salles dans le bloc principal pendant que les 8 autres salles du bloc principal sont en transformation. Outre les obstacles techniques et organisationnels déjà évoqués au maintien de l'activité dans une moitié du bloc principal alors que l'autre moitié serait en chantier, le directeur administratif et financier du CHUV insiste sur l'allongement du temps des travaux qu'occasionnerait une telle solution (6 ans au lieu de 3). Ce prolongement, non dénué de risques et complications en tous genres, pourrait engendrer des coûts dépassant les économies réalisées par la réduction de l'ampleur du projet. Tout en laissant au final un moins grand espace utile !

Pour certains commissaires, l'actuel bon état des finances cantonales permet la réalisation du projet présenté, qui s'avère nécessaire. Comme la santé financière future du canton n'est pas connue, remettre les choses à plus tard présente un risque. Dans cette perspective, plutôt que de rogner le projet, la commission devrait chercher à l'expliquer au mieux et au plus grand nombre. Afin toutefois de ne pas susciter la méfiance du Grand Conseil et des citoyens, le budget alloué dans le cadre du projet devra être tenu avec rigueur.

Plutôt que de porter le regard sur la conjonction en peu de temps de plusieurs gros investissements dans le domaine sanitaire, le chef du DSAS invite à considérer le sous-investissement notoire des 30 dernières années. De plus, il souligne que le programme de législation et la planification financière cantonale tiennent compte non seulement des investissements pour les infrastructures sanitaires mais aussi des besoins d'autres secteurs comme les prisons, les gymnases, les routes, les chemins de fer... Enfin, le chef du DSAS prend l'engagement de respecter au plus près le crédit accordé, à travers le suivi scrupuleux du dossier par les équipes concernées et par le Contrôle cantonal des finances (CCF).

Un commissaire invite le Conseil d'Etat, dans la communication en particulier auprès des hôpitaux et du public des régions périphériques, à clairement montrer qu'il n'est à déplorer aucune concentration excessive des investissements en faveur du CHUV.

1.9.5 – Synthèse des coûts

Dans le tableau présenté, il n'y a pas de rubrique « Divers et imprévus ». Les coûts correspondants sont en effet intégrés dans la rubrique « Frais secondaires, taxes » (CFC 5).

En matière d'animation artistique, le CHUV ne constitue pas un cas spécial et suit donc les dispositions légales qui s'appliquent pour toutes les constructions de l'Etat (pourcent culturel dégressif en fonction du montant de l'ouvrage).

3.1 – Conséquences sur le budget d'investissement

Les revenus que le CHUV tire des tarifs au titre de la participation aux investissements sont entièrement versés à l'Etat qui, en tant que propriétaire, assume les investissements de l'institution. En 2012, la somme gagnée par le CHUV, à travers la facturation de ses prestations, au titre de la participation aux investissements se monte à 80 millions environ. Dès lors, une part significative des investissements de l'Etat en faveur du CHUV se trouve financée par les recettes apportées par l'institution elle-même.

Le directeur administratif et financier du CHUV insiste sur le fait que, en cas de renoncement aux investissements qui s'imposent, les charges d'exploitations croîtraient au point qu'elles finiraient pas dépasser le niveau des investissements qu'il eût été adéquat de consentir.

3.3 – Charge d'intérêt

Le taux d'intérêt pris en considération relève non pas du marché mais d'une norme comptable imposée par la loi sur les finances.

3.10 – Conformité de l'application de l'article 163 Cst-VD

Certains députés critiquent la lourdeur de l'examen de cette conformité et s'interrogent sur l'intérêt de l'exercice. D'autres jugent au contraire le procédé profitable car fournissant un résumé utile des principaux arguments avancés.

Lecture du projet de décret

Les articles du décret sont tous adoptés à l'unanimité par la commission.

A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil d'entrer en matière sur le projet de décret.

Le Mont-sur-Lausanne, le 24 avril 2013

La présidente :
(signé) *Catherine Roulet*