

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner les objets suivants :**

**Exposé des motifs et projet de décret sur le Plan stratégique du CHUV 2014-2018
et
Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017**

1. TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission s'est réunie le 30 août 2013 et le 30 septembre 2013.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Christa Calpini, Brigitte Crottaz, Catherine Roulet (présidence), Monique Weber-Jobé (en remplacement de Catherine Aellen). MM. Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Jacques-André Haury, Rémy Jaquier, Axel Marion, Serge Melly (le 30 août 2013 en remplacement de Rémy Jaquier), Michel Miéville, Jacques Neiryck (le 30 septembre 2013 en remplacement d'Axel Marion), Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos, Philippe Vuillemin. Excusé-e-s : Mme Catherine Aellen. MM. Rémy Jaquier (le 30 août 2013), Axel Marion (le 30 septembre 2013).

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Karim Boubaker, Chef ad interim du Service de la santé publique (SSP) et Médecin cantonal (le 30 août 2013), Patrick Beetschen, Chef de la division Programme santé publique et prévention (PSPP) au sein du SSP (le 30 août 2013), Jean-Paul Jeanneret, Chef de la division Hôpitaux au sein du SSP (le 30 septembre 2013), Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV.

2. PRÉAMBULE

Par esprit logique, la commission a commencé par étudier le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire puis le plan stratégique du CHUV

Il est rappelé que l'élaboration du rapport sur la politique sanitaire et du plan stratégique du CHUV répond à une exigence légale et que ces deux documents participent à un rendez-vous important du Conseil d'Etat avec le Grand Conseil, dans un contexte général de renforcement des compétences du pouvoir exécutif en matière de politique sanitaire. De plus, ces deux rapports sont étroitement liés, le CHUV étendant son rôle d'hôpital, comme un agent à part entière de la politique de santé publique du Conseil d'Etat.

3. RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT SUR LA POLITIQUE SANITAIRE 2013-2017

En introduction, le chef du DSAS met en avant les axes suivants :

- le vieillissement de la population avec l'accroissement de la longévité, l'augmentation des maladies chroniques et dégénératives, d'où l'adaptation du système de santé à ce phénomène ;
- en découle la préparation du système sanitaire à une médecine de la personne âgée qui doit éviter le rationnement des soins et le recours à des actes sans apports significatifs en termes de

durée et de qualité de la vie. Ainsi, la consolidation des compétences en gériatrie et dans le domaine des soins palliatifs devient une évidence ;

- le renforcement de la médecine ambulatoire en libre pratique, des urgences hospitalières, du développement de maisons de la garde et des prestations de nuit dans l'aide et les soins à domicile. Une révision de la loi sur la santé publique (LSP) devrait viser à assurer la cohérence du système et à écarter tout subventionnement redondant des actions menées ;

Il relève enfin la continuité des mesures présentées avec la politique sanitaire menée jusqu'ici, jugée pertinente.

Le chef du SSP insiste sur :

- ce renforcement de la première ligne de soins, avec l'amélioration de la circulation des informations – cybersanté ;
- l'accent porté sur la prévention à tous les âges, aînés compris, et la mise en œuvre de nouvelles synergies notamment par le déploiement de mesures de prévention générales, moins compartimentées par publics cibles différents ;
- la consolidation de la réorganisation des services de santé, en particulier la lutte contre la pénurie de personnel. La mise sur pied d'un Observatoire des professions de la santé en collaboration avec la Société vaudoise de médecine (SVM) et l'amélioration de l'intégration des professionnels venant d'une autre culture médicale devraient aider à lutter contre cette pénurie ;
- l'importance également du renforcement des instruments de pilotage du système de santé avec l'élaboration d'indicateurs permettant non seulement l'adaptation du système mais aussi l'anticipation des défis à relever, tâche nécessitant le concours de l'ensemble des acteurs de la santé, avec le développement des partenariats. Tâche difficile à accomplir car réalisée en plus des activités courantes. Sur ce point, un commissaire insiste sur l'importance de la formation des partenaires non étatiques aux circuits politiques complexes d'élaboration et de mise en œuvre des programmes de santé ainsi que sur l'intérêt de créer des plateformes multilatérales de dialogue plutôt que seulement bilatérales.

3.1 DISCUSSION GÉNÉRALE

La lecture du rapport suscite les interrogations et remarques suivantes de la part de la commission.

Vision éthique

Une vision éthique partagée à laquelle les acteurs du système de santé pourraient se référer dans la pratique ne manque-t-elle pas, en particulier en matière de lutte contre le rationnement des soins dont peuvent être victimes les personnes âgées notamment ?

Pour le chef du DSAS, le rationnement fait depuis toujours partie du système de santé et il s'avère donc trompeur de prétendre que la situation actuelle est différente. Il apparaît néanmoins inhumain que des règles de rationnement soient édictées, comme la fixation d'un âge limite pour certains traitements, ceci même au travers du processus politique démocratique. Il convient d'affirmer avec clarté que la question du rationnement doit trouver à chaque fois une réponse spécifique, au cas par cas. De même, empêcher l'acharnement thérapeutique ne passe pas par l'interdiction de certaines pratiques mais par l'exigence d'une culture de la réflexion (colloques d'établissement, formation des praticiens) et, dans chaque cas concret, d'un dialogue approfondi au sein des équipes soignantes et entre les professionnels, le patient et les proches. Que l'accroissement du nombre d'hospitalisations dans le canton se situe un peu en dessous de l'augmentation de la population et que la durée moyenne des séjours en soins aigus se réduise quelque peu démontrent qu'une certaine régulation de la tentation de l'acharnement s'opère déjà. Dans cette optique toujours, il importe aussi de ne pas mettre en place des modes de financement qui poussent les hôpitaux à accroître leur activité dans le seul but d'assurer leur viabilité économique.

Chacun s'accorde sur l'importance à empêcher les interventions des assureurs sur les questions de rationnement des soins.

Autocritique

Un commissaire regrette que peu, voire pas, de critiques négatives soient reportées dans le document.

Ainsi, pour ce commissaire, les succès de la lutte contre le tabagisme par exemple seraient à mettre au compte des dispositions légales contre la fumée passive et de l'augmentation du prix des cigarettes plutôt que des programmes de prévention. Dans la même idée, rendre moins accessibles les ascenseurs et les escaliers roulants ou ne pas octroyer gratuitement des abonnements de transport aux enfants dont l'école se trouve à proximité de leur domicile promouvrait plus efficacement l'exercice physique que les campagnes de communication.

Pour le chef du DSAS, c'est justement l'action des différents acteurs de la prévention contre le tabagisme par exemple qui a permis l'émergence d'une opinion favorable aux dispositions légales de protection contre la fumée passive et favorable à l'augmentation du prix des cigarettes.

Hiérarchisation des mesures

La faisabilité du programme présenté implique-t-elle une hiérarchisation dans la réalisation des différentes mesures prévues ?

A un niveau opérationnel, le CHUV mène une réflexion concernant l'ordre de réalisation des différentes mesures de son plan stratégique. Pour les lignes directrices de la politique sanitaire 2013-2017 et les interventions qui en découlent, aucune hiérarchisation n'est envisagée. Une mise en priorité financière des diverses actions répertoriées est toutefois prévue.

Chacun s'accorde sur l'importance à effectuer un suivi des mesures mises en place et à procéder à leur évaluation *a posteriori*.

Financement

Il est indiqué que la stratégie présentée sera financée dans le cadre du budget ordinaire. Faut-il toutefois s'attendre à une augmentation des lignes budgétaires pour certains axes forts évoqués ?

Le Conseiller d'Etat estime que les budgets à disposition permettent une politique de santé publique ambitieuse mais raisonnable. Les moyens disponibles rendent en particulier possible la contention de la charge qui pèse sur les assurés (niveau des primes). Le chef du SSP précise que des réallocations budgétaires à l'interne pourront avoir lieu, sans pour autant demander de moyens supplémentaires.

Communication

La qualité de la relation entre, d'une part, les autorités et les acteurs sanitaires et, d'autre part, le public mérite attention. En ce sens, une coordination des opérations de communication existe-t-elle dans l'optique d'éviter un trop-plein de messages de prévention ou des messages contradictoires ?

Le chef de la division PSPP (Programme santé publique et prévention) souligne effectivement l'important morcellement des institutions qui délivrent des messages de prévention et insiste sur la recherche d'une coordination. Le chef du DSAS signale la diminution des grandes opérations de communication comme Sanimédia. Il s'agit en effet d'empêcher un trop grand nombre de messages, et surtout des messages qui génèrent des contradictions comme « ne pas trop boire avant d'aller se coucher pour éviter un réveil durant la nuit et le recours à des somnifères » versus « boire suffisamment en cas de canicule », et de favoriser les actions les plus efficaces.

Et enfin, il faut signaler la mise en place dans les services de soins intensifs d'un réseau de coordinateurs de dons d'organe qui a fait grimper en Suisse romande le nombre de ces dons bien plus que la coûteuse campagne de la Confédération en faveur du don d'organe.

3.2 EXAMEN POINT PAR POINT DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE SANITAIRE

Nous n'évoquerons ci-après que les points qui ont suscité des questions ou remarques.

Action no 6 : consolider et faire évoluer le programme BRIO (p. 8)

Les Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO), peu connus de la population, sont-ils à disposition du public ?

Le chef de la division PSPP indique que oui et que des efforts sont en cours pour améliorer la visibilité de ces bureaux, même s'ils sont prioritairement destinés à l'usage des professionnels.

Alimentation équilibrée et activité physique (pp. 12-13)

Quelle démarche peut concrètement engager une infirmière scolaire qui repère un enfant obèse par exemple ?

Le chef du SSP indique que la doctrine actuelle met l'accent sur l'identification des enfants présentant un problème par l'ensemble du personnel scolaire (enseignants, infirmières scolaires...). Lorsqu'un cas est repéré, sont alors avisés les parents et/ou le pédiatre de l'enfant, censés agir en conséquence. En ce sens, les acteurs scolaires ne disposent effectivement que de moyens d'intervention limités et indirects.

Action no 35 : mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins (p. 18)

Il est indiqué que, s'agissant de la régulation des équipements médicaux, le Conseil d'Etat a renoncé à légiférer, notamment au vu des difficultés d'application mises en évidence dans le canton du Tessin. De quelles difficultés d'application est-il question ?

Le Conseiller d'Etat précise qu'il s'agit des nombreux recours ayant fini par réduire la portée de la loi tessinoise visant à limiter le suréquipement médical. Le problème tend donc à persister, ailleurs aussi (par exemple, pléthore d'installations de dernier cri de radio-oncologie à Lausanne). Dans le but d'éliminer des examens inadéquats, il conviendrait d'agir sur les tarifs SwissDRG afin de rendre moins profitable pour les prestataires de soins l'usage d'équipements déjà en surabondance dans une région.

6. Déterminants de l'environnement socioéconomique (inégalités sociales face à la santé) (p. 43)

Pour un commissaire, le chapitre, sans forcément donner des informations erronées, manque de précision et de rigueur. Affirmer ainsi que « [...] depuis le début du 20^{ème} siècle, ces inégalités [socioéconomiques] non seulement persistent, mais tendent à augmenter » serait faire fi des avancées remarquables que les systèmes de santé ont connues en un siècle. En lieu et place pourrait avantageusement figurer un paragraphe sur les nombreux défis de la médecine de l'immigration.

Le chef du DSAS précise que, si, bien évidemment, l'espérance de vie et la qualité de vie ont augmenté pour tout le monde en un siècle, celles-ci ont crû davantage pour les catégories favorisées que pour les catégories les moins favorisées.

A. Amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé (pp. 46 et suivantes)

Tout en saluant la politique volontariste de prévention des maladies et de promotion de la santé, un commissaire regrette l'excès de prudence du rapport en matière de vaccination. En effet, pour ce commissaire, la nécessité de la vaccination comme véritable acte de solidarité devrait clairement être affichée, quitte à déplaire à certains.

Le chef du DSAS indique que, en matière de vaccination, le canton de Vaud fait figure de bon élève (maintien d'un système de vaccination scolaire, taux de vaccination élevé pour plusieurs pathologies). Convaincues de l'utilité de la vaccination, les autorités cantonales estiment toutefois difficile de contraindre, par l'usage de la force au besoin, les récalcitrants. Aussi, en contrepartie, elles se montrent très exigeantes en matière de respect par les médecins de la procédure relative aux maladies soumises à déclaration obligatoire, et de respect, en cas de risque sanitaire, des mesures d'éloignement (mise en quarantaine) prononcées envers les personnes non vaccinées.

Par qui et comment est rédigé le document « Cadre cantonal de prévention et de promotion de la santé » dont il est fait mention ? Les institutions partenaires et les instances politiques (le Grand conseil par exemple) sont-elles consultées dans le cadre de l'élaboration dudit cadre ?

Il est précisé que ce cadre cantonal constitue une sorte de chapitre connexe du rapport de politique sanitaire et ne s'en écarte à ce titre en rien. Ce cadre est en particulier discuté entre le SSP et la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA) qui compte dans ses membres, en plus des spécialistes de la prévention, des acteurs transversaux (police, justice, préfectures, etc.). Sur la base du cadre cantonal retenu dans sa forme définitive, une déclinaison opérationnelle, « Santé Vaud 2020 », sera élaborée puis déployée avec le concours de l'ensemble des partenaires intéressés.

C. Renforcer la première ligne de prise en charge des patients (pp. 56 et suivantes)

Le psychiatre, en tant que médecin de premier recours, devrait lui aussi participer à la garde générale, selon un commissaire en faveur d'une mesure allant dans ce sens.

La mesure 37 « Concevoir avec les partenaires concernés (médecins, pharmaciens, assureurs) un modèle d'assurance maladie alternatif de qualité » correspond à la tentative actuellement menée, suite à l'échec du projet de loi fédérale sur les réseaux de soins et en concertation avec la Société vaudoise de médecine (SVM), la Société vaudoise de pharmacie (SVPH) ainsi que deux grands assureurs romands intéressés, de créer un produit alternatif d'assurance maladie, soit un réseau de soins intégrés qui notamment préserverait le libre choix du médecin traitant (généraliste ou spécialiste). L'Etat pourrait alors éventuellement subventionner en partie la franchise des assurés membres du réseau. Dans la foulée, les discussions portent également sur la possibilité que le plus grand assureur du canton commue son système de tiers garant en système de tiers payant, afin de rééquilibrer le profil de risque de son portefeuille d'assurés (profils de risque actuellement plus bas que la moyenne) ainsi que la structure de ses coûts (actuellement largement inférieurs à la moyenne). Les réflexions sont en cours, mais sans garantie de réussite. Mettre la SVM et les assureurs autour d'une même table constitue déjà un succès remarquable.

E. Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire (pp. 61 et suivantes)

En matière de système d'information, existe-t-il dans le canton des banques de données électroniques, relatives au dossier des patients par exemple ?

Le directeur du CHUV répond par l'affirmative. Le projet DOPHIN (dossiers patients informatisés), mené conjointement par le CHUV et la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), est en cours. A ce jour, 9/10ème des dossiers des patients du CHUV ont été informatisés. La suite du projet consiste à intégrer au procédé les autres partenaires du système de soins.

3.3 VOTE DE LA COMMISSION

La commission salue la qualité du rapport et en remercie les auteurs.

A l'unanimité, et sans abstention, elle recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport.

4. EMPD SUR LE PLAN STRATÉGIQUE DU CHUV 2014-2018

En préambule, le directeur du CHUV présente le plan stratégique et met en exergue les éléments suivants :

- la démarche structurée de ce plan, en cohérence avec les plans stratégiques précédents, le plan stratégique de l'Université de Lausanne (UNIL), le plan de développement de la Faculté de biologie et de médecine (FBM), le programme de législation du Conseil d'Etat et le rapport de politique sanitaire ;
- la spécificité du CHUV, à la fois hôpital de soins et centre universitaire (recherche et formation) ;
- les valeurs et la vision du CHUV, sous-tendues par une approche éthique de la médecine cherchant notamment à éviter une spécialisation excessive pouvant mener à une perte de vue d'ensemble du patient et de sa prise en charge. Dans ce cadre, la valeur de la transparence prend une importance toute particulière, comme la volonté d'offrir aux patients les soins les mieux adaptés, donc pas forcément les soins correspondant aux technologies les plus avancées (intention d'échapper à l'acharnement ou au rationnement inadéquat) ;

- les enjeux du manque actuel de place, d'engorgement chronique de l'institution et de pénurie de personnel hautement qualifié ;
- les 5 axes stratégiques qui se déclinent en 28 objectifs principaux dont découlent 114 mesures concrètes « mesurables ». L'idée de base consiste à préserver au CHUV la dimension de médecine universitaire au bénéfice de l'ensemble du système de soins, ceci à travers une collaboration accrue et des transferts en matière de médecine de ville avec les autres partenaires du réseau.

4.1 DISCUSSION GÉNÉRALE

La lecture du plan suscite des interrogations et remarques suivantes de la part de la commission.

Apprendre de l'erreur

Peu de remarques sont notées dans le plan sur les problèmes. Par exemple, la thématique de la sur-spécialisation n'est pas abordée. Au demeurant, dans le cadre d'une démarche d'apprentissage à partir des erreurs commises, les cas d'échec de la prise en charge sont-ils discutés par les professionnels intéressés ? Dans cette même optique, les doléances recueillies par l'« Espace patients et proches » du CHUV font-elles l'objet d'un retour auprès des praticiens concernés ?

Le directeur du CHUV souligne à quel point l'erreur et l'échec s'avèrent difficile à accepter pour des professionnels généralement intimement très affectés en cas de faute et d'insuccès. La responsabilité s'avère tellement pesante que les praticiens ont souvent tendance à attribuer à des causes extérieures leurs erreurs et échecs. Pour dépasser cette tentation finalement très humaine et apprendre des revers, une série de mesures est en cours d'implémentation, au travers d'un processus relativement long et complexe d'instauration d'une gouvernance clinique : élaboration d'indicateurs cliniques, convocation de colloques réguliers dans les services d'interventions médicales, création de commissions *ad hoc* en cas de difficulté repérée à l'interne, mise en place par département d'un système de signalement des problèmes (cellules de récolte et d'analyse des informations puis, en cas de besoin, d'alerte auprès du niveau hiérarchique adéquat), etc. Les procédures permettent l'auto-signallement des erreurs, qui fait partie encore de façon variable de la culture de travail, en fonction des services et de la personnalité de leurs responsables. Le chef du DSAS insiste, dans le cadre de l'instauration d'une gouvernance clinique efficace, de l'intérêt à avoir placé un médecin à la tête de l'institution.

Quant à l'« Espace patients et proches », il participe de la logique de canalisation des différents moyens de plaintes à disposition des patients, sans pour autant prendre la place de la Commission d'examen des plaintes des patients avec qui l'espace s'avère complémentaire. L'espace permet ainsi d'éviter des recours inutiles au service juridique du CHUV. De l'avis du directeur du CHUV, cet espace représente un progrès extraordinaire, en particulier grâce aux collaborateurs qui s'y investissent (cas bien documentés, pas de substitution au rôle des soignants, etc.).

De plus, pour relever les points forts et les points faibles du CHUV, des enquêtes de satisfaction des patients et des collaborateurs sont réalisées tous les deux ans par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) sur la base de questionnaires validés internationalement. On peut observer que, depuis la mise en œuvre de mesures correctrices, la communication aux patients est bien mieux notée qu'auparavant.

Le chef du SSP signale enfin que les contrats de prestations conclus avec les établissements sanitaires constituent des outils qui justement permettent de demander aux hôpitaux régionaux aussi de promouvoir une gouvernance médicale de qualité.

Simulations

La formation des médecins, à la communication notamment, passe-t-elle par la simulation (emploi de comédiens) ?

Un projet de centre de simulation commun entre la FBM, le CHUV et la Haute école spécialisée de la santé (HESAV), plus le programme de patients simulés de la FBM (utilisation d'acteurs) ainsi que l'acquisition récente par le CHUV d'un robot extrêmement sophistiqué vont permettre la simulation des gestes d'urgence vitale notamment.

Médecines complémentaires

Une commissaire regrette qu'aucune unité de médecines complémentaires ne trouve sa place au sein du CHUV, alors même qu'une demande importante existe (soulagement des effets secondaires des traitements oncologiques par exemple). En comparaison, toujours selon la même commissaire, le maintien au CHUV d'une unité de médecine d'altitude (seulement 500 patients en 6 ans) apparaît surfait.

Le directeur du CHUV confirme l'intérêt que porte l'institution aux médecines complémentaires, ne serait-ce que pour explorer les effets d'interaction chez le malade entre médecines complémentaires et médecine allopathique, les patients du CHUV recourant fréquemment aux médecines complémentaires avant même leur prise en charge à l'hôpital. Il affirme toutefois la volonté de l'institution de n'intégrer que les médecines complémentaires ayant démontré scientifiquement leur efficacité (par exemple l'hypnose chez les grands brûlés ou lors d'opération chez l'enfant) et de ne pas concurrencer la pratique des médecines complémentaires en cabinet. Il souligne enfin que la petite unité de médecine d'altitude ne constitue pas une unité de soins mais un centre de recherche utile à une étude plus générale des phénomènes extrêmes du poumon.

Le Conseiller d'Etat souligne l'importance de procéder au préalable à l'évaluation serrée des pratiques relevant des médecines complémentaires. Une fois son efficacité démontrée, une pratique de médecine complémentaire devrait être intégrée à la pratique médicale tout court (médecine allopathique), sans besoin de la cantonner au sein d'une unité spécifique de médecines complémentaires. La réflexion est en cours au niveau cantonal et un document sur ces questions est en préparation.

Tarifs SwissDRG

Les tarifs SwissDRG définis permettent-ils au CHUV de couvrir les frais engagés ?

Tout en reconnaissant les aspects positifs de la structure tarifaire SwissDRG (possibilité de comparaisons entre hôpitaux notamment en ce qui concerne la lourdeur des cas traités...), le chef du DSAS relève d'importantes difficultés. Ainsi, compte tenu des frais hospitaliers entièrement à la charge des cantons (formation, recherche, tâches d'intérêt général, choix de politique régionale) et compte tenu d'une comptabilité analytique des hôpitaux jugée unilatéralement insuffisamment précise, les assureurs pratiquent une décote forfaitaire de 20% sur l'ensemble des remboursements effectués au titre de la LAMal. Toutefois, sur la base d'une comptabilité analytique bien affinée depuis un bon moment déjà, le CHUV arrive à la conclusion que la décote pratiquée par les assureurs s'avère trop élevée et donc que le point des tarifs SwissDRG est fixé trop bas. Tous les hôpitaux universitaires suisses font la même constatation et un conflit les oppose donc aux assureurs les plus radicaux en la matière et à Monsieur Prix. Dans cette situation de désaccord, les autorités des cantons ont dû trancher et certaines ont établi le prix du point au niveau demandé par les hôpitaux universitaires, provoquant par là des recours d'assureurs auprès du Tribunal fédéral administratif (TFA) dont le jugement pourrait tomber en 2014. En cas de décision du TFA défavorable aux hôpitaux universitaires concernés, ces derniers devront rétrocéder les sommes reçues en trop jusque-là, engendrant pour ceux-ci un risque financier majeur. Dans le canton de Vaud, pour réduire autant que possible ce risque, un compromis acceptable pour les partenaires a pu être négocié sous l'égide du chef du DSAS, débouchant sur un accord tarifaire jusqu'en 2014.

Le directeur du CHUV précise qu'existe aussi une contestation relative à la part des tarifs SwissDRG dévolue au financement des investissements des hôpitaux. Cette part, fixée pour l'instant à 10%, se montre insuffisante en période de renouvellement massif des infrastructures. De gros problèmes à ce sujet sont donc à craindre pour les établissements sans soutien/garantie de la part de l'Etat en matière d'investissements.

4.2 EXAMEN POINT PAR POINT DU PLAN STRATÉGIQUE

Sont développés ci-dessous les questions et commentaires des commissaires portant sur les points suivants.

Le patient au centre (p. 7-8)

Dans un contexte de multiplication des acteurs impliqués dans la prise en charge, quel intervenant assume au final la responsabilité médicale pleine et entière ?

Le directeur du CHUV ne cache pas l'importance du problème que constitue actuellement la discontinuité dans le traitement, discontinuité en lien avec les compétences nécessaires (le besoin d'un large éventail de compétences requiert en effet le concours de plusieurs spécialistes différents) ou en lien avec les horaires de travail du personnel médical (une prise en charge ininterrompue d'une durée relativement longue implique inévitablement le recours à plusieurs intervenants, chacun ne pouvant être disponible en permanence). Afin de déterminer clairement le praticien qui joue le rôle de référent (envers le médecin traitant par exemple) et qui endosse la responsabilité médicale, ainsi que dans le but d'améliorer la continuité dans le traitement, trois pistes sont suivies :

- 1) définir des unités de soins plus petites et pour chacune desquelles un médecin cadre est désigné responsable pour une période de 3 mois au minimum ;
- 2) nommer un chef dans chaque filière de soins mise en place et qu'il importe de rattacher à un service donné ;
- 3) consolider l'implémentation du dossier patient informatisé (mise au point d'une première page permettant à chaque nouvel intervenant de rapidement saisir l'essentiel d'un cas).

Dans le cadre du tournus des médecins assistants, ne serait-il pas possible, pour éviter toute dilution de la responsabilité, de désigner pour chaque patient un médecin assistant référent/responsable ?

Il est souligné les grandes difficultés organisationnelles à faire coïncider au mieux une rotation des équipes avec celle des patients. De plus, compte tenu du roulement élevé des médecins assistants, il s'avère préférable de placer la responsabilité au niveau des chefs de clinique voire des médecins cadres. Ainsi, des triplets de compagnonnage pourraient être imaginés, comprenant un médecin cadre, un chef de clinique et deux ou trois médecins assistants. Une telle solution permettrait à terme d'augmenter la part relative des médecins formés par rapport aux médecins en formation, et dès lors non seulement d'accroître la présence des médecins expérimentés au chevet du patient mais aussi d'améliorer l'efficacité de l'enseignement dispensé. Actuellement en effet, les médecins occupent trop longtemps le statut d'assistant en lien avec des formations qui s'éternisent.

Un commissaire plaide pour l'amélioration de la continuité du traitement et la lutte contre la dilution de la responsabilité médicale dans les hôpitaux régionaux plus encore qu'au CHUV où la situation s'améliore.

Les 50 heures de travail hebdomadaire des médecins assistant, en partie à l'origine de la rotation élevée des médecins assistants et de possibles difficultés dans la continuité des soins, sont-ils véritablement respectés ?

Le directeur du CHUV indique que d'importants efforts sont consentis pour appliquer au maximum la règle des 50 heures. La situation reste cependant compliquée dans certains services, en particulier ceux pour lesquels l'effectif est calculé de façon très serrée. Le chef du DSAS précise que, en certains endroits, un hiatus peut subsister entre les médecins cadres en place, ayant vécu eux-mêmes dans leur jeunesse un assistantat à 70 ou 75 heures hebdomadaires, et les médecins assistants d'aujourd'hui qui portent une autre conception de la fonction, où le praticien n'est plus corvéable à merci. Quoiqu'il en soit, dans le cadre de la réactivation du processus de signature d'une convention collective de travail entre la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et l'Association des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique (ASMAV), un audit général de l'application des 50 heures est organisé sur un mois. Il aidera à faire la part des choses entre simple mauvaise gestion au sein d'un service et réel problème de dotation en personnel/continuité des soins.

Un contexte en mutation (pp. 10 et suivantes)

Comment se positionne le CHUV face à la ligne directrice du rapport de politique sanitaire « Consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels » ?

Réorganisation des services de santé signifie-t-il pour le CHUV une redéfinition de sa mission ou un élargissement du cadre de sa mission ?

Le directeur du CHUV explique que l'institution, dans le cadre de la planification sanitaire cantonale dont elle n'est pas le maître, exprime sa volonté de ne pas être asphyxiée par la médecine de proximité et de garder sa mission d'hôpital universitaire. Il ne peut que formuler ce souhait, dont la concrétisation passe par des associations et transferts de patients avec les hôpitaux régionaux et les cliniques privées. Le chef du DSAS précise que l'indice de lourdeur des cas traités au CHUV démontre, par comparaison au niveau national, le caractère universitaire de l'hôpital, malgré le fait que ce dernier assume aussi une mission de médecine de proximité.

Enjeu 5 : La lutte contre la pénurie de professionnels (p. 19)

La lutte contre la pénurie n'implique-t-elle pas la mise en œuvre de solutions très novatrices comme, par exemple, proposer aux médecins en libre pratique de travailler au-delà de l'âge de 65 ans en venant en aide aux équipes de médecins hospitaliers ?

Le directeur du CHUV indique que l'institution a déjà mis en place des mesures de ce type. Il évoque à ce propos :

- a) la possibilité pour les professeurs de prolonger leur activité 11 mois après l'âge de la retraite et de garder un mandat ;
- b) le grand nombre de médecins agréés au CHUV (praticiens en libre pratique mandatés par l'institution à moins de 50% de temps de travail) ;
- c) le programme de recyclage des infirmières ayant quitté la profession à une étape de leur parcours de vie.

Pour le directeur du CHUV, la véritable nouveauté consiste à définir, dans chaque service et pour chaque médecin assistant et chef de clinique, des plans de formation rationnels (plans limités dans le temps, objectifs précis, suivi régulier). Le Conseiller d'Etat insiste lui aussi sur l'utilisation dans les hôpitaux des capacités externes. A noter que la révision prochaine de la loi sur la santé publique vise notamment, en accord avec la Société vaudoise de médecine (SVM), à réorganiser la garde médicale en brisant la frontière entre les médecins installés et l'hôpital (garde à l'hôpital des praticiens en cabinet). En effet, en situation de forte densité de médecins installés, certains services hospitaliers se trouvent paradoxalement à risque de fermer en raison d'un sous-effectif de personnel médical.

Pour lutter efficacement contre une pénurie de personnel médical qui se fait sentir au niveau national, ne convient-il pas d'exporter les médecins assistants pour les former au maximum hors cantons universitaires ?

Le directeur du CHUV signale que, dans le canton de Vaud comme au niveau national, le rôle des hôpitaux périphériques en ce qui concerne la formation devrait être clairement défini et leur action régulée (quantité de médecins à former, qualité des formations dispensées). Dans ce cadre, la mobilité des enseignants devrait être améliorée, en particulier à travers une unification des différents statuts du personnel médical, ceci tant entre établissements qu'entre cantons. Le chef du DSAS ajoute que le nouveau système de financement hospitalier instauré au niveau national crée non seulement un problème en ce qui concerne les investissements, mais aussi un problème pour ce qui est du financement de la formation post-graduée (soutien à la formation post-graduée rendu fragile en raison de la réallocation des budgets publics au bénéfice des cliniques privées inscrites dans les listes LAMal cantonales et au financement des hospitalisations extracantonales). Vaud devient ainsi un des seuls cantons à octroyer une subvention aux hôpitaux pour la formation post-graduée qui se déroule en leur sein.

En situation de pénurie de professionnels, l'institution ne devrait-elle pas éviter autant que possible la réalisation à double de certains actes ou l'accomplissement d'actes inutiles ?

Tant le directeur du CHUV que le chef du DSAS insistent sur le souci constant d'efficacité. Une gouvernance clinique est mise en place pour assurer une qualité optimum des soins. Des tableaux de bords ont été développés pour donner des indicateurs cliniques et économiques en temps réel. De fait,

tout problème ou explosion de coûts au sein d'un service est repéré, et les mesures correctives sont prises dans les plus brefs délais. Le CHUV apparaît en conséquence comme un des hôpitaux universitaires les moins chers de Suisse, dont les coûts sont pris comme points de référence par les assureurs dans le cadre des négociations tarifaires. Il demeure cependant vrai que, dans le domaine ambulatoire, les contrôles s'avèrent pour l'instant moins serrés que pour les soins stationnaires.

Enjeu 6 : La collaboration avec les partenaires externes (p. 20)

A quel stade de développement se trouve le projet de biobanque de matériel génétique ?

La biobanque en question relève d'une étude pilote ayant déjà vécu un exercice complet d'une année. Pour l'instant, 1'400 patient sont inscrits. Il est prévu de pérenniser le projet, ceci dans un cadre éthique qui se veut exemplaire en matière d'utilisation pour la recherche du matériel récolté et de partenariat avec le privé. A cet effet, un renforcement de la Commission cantonale d'éthique est envisagé.

La Commission thématique de la santé publique émet le vœu que les patients invités à participer au projet de biobanque reçoivent une information circonstanciée en la matière (nature du projet, modalités de fonctionnement, finalités...) et que leur consentement éclairé soit recueilli de façon transparente (pas de formulaire axé sur une forme de consentement présumé, possibilité du patient de revenir sur son consentement pour la suite, tout ou partie, du programme, etc.).

Objectif 1.1 Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et de leurs proches (p. 22)

A noter que, dans le cadre de l'informatisation du dossier patient (mesure 1.1.2), les données fournies par les médecins traitants, et qui ne sont pas sous forme électronique, sont scannées à l'admission au CHUV du malade concerné et versées dans son dossier informatisé. Cette démarche prend plus ou moins de temps en fonction des services et du degré de leur débordement.

Objectif 1.2 Développer l'attractivité du CHUV pour les patients, les proches et les partenaires du système de soins (p. 22)

Dans le cadre du développement d'une culture d'accueil (mesure 1.2.1), le CHUV devrait spécialement surveiller certains de ses services dont l'accueil se montre particulièrement mauvais.

Le directeur du CHUV relève que des formations spécifiques ont été mises en place au sein des bureaux d'accueil, avec des résultats mitigés. Aussi, des enquêtes dites mystères, utilisant des acteurs, ont été menées et leurs conclusions ouvertement publiées à l'interne, incitant dès lors fortement les services mal notés à se corriger.

Objectif 2.3 Poursuivre le développement des neurosciences cliniques (p. 25)

Le projet SUN (mesure 2.3.3) consiste en une filière de prise en charge des traumatismes craniocérébraux (TCC) et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) : urgences → unité de neurologie intensive du CHUV → service de neuroréhabilitation (Hôpital Nestlé) ou Institution de Lavigny selon l'état du malade. Il s'agit d'une filière continue et complète, placée sous une direction médicale unifiée. Dans le cadre de la rénovation de Lavigny, il existe un projet de création d'un centre de recherche commun entre le CHUV, l'EPFL et Lavigny.

En lien avec la création d'une chaire consacrée à l'autisme (mesure 2.3.5), une commissaire plaide pour que les autres handicaps mentaux ne soient pas oubliés. Le directeur du CHUV indique que le processus de recrutement d'un professeur est en cours et s'avère assez difficile. Par ailleurs, bien que les personnes avec handicap mental souffrent également souvent d'autisme, il est prévu que la chaire présente une forte composante de recherche sur l'autisme et porte prioritairement sur le développement de la prise en charge des autistes.

Objectif 2.6 Poursuivre et consolider les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV (p. 25)

Le développement, au CHUV ou ailleurs, de centres de médecine hautement spécialisée, en oncologie par exemple, pourrait-il conduire au non-remboursement par les assureurs des prestations délivrées en cabinet, les patients étant obligatoirement référés aux centres spécialisés ?

Les représentants du DSAS précisent que seul le traitement de pathologies aiguës spécifiques, nécessitant équipements et compétences particuliers, se trouvera concentré dans des centres spécialisés. Aussi, l'oncologie générale en cabinet ou le traitement en cabinet du cancer en tant que maladie chronique ne sont aucunement voués à disparaître.

Objectif 2.7 Développer la médecine génomique (p. 26)

Sans réduire toute la médecine à la génomique, beaucoup d'espoirs reposent désormais sur la médecine génomique (traitements ciblés en fonction du génome des patients, médecine personnalisée) qui en conséquence constitue, dès maintenant, un pôle central de développement de la médecine de demain.

S'il est éthiquement recommandé de ne recourir au *screening* génomique prénatal que pour des indications très précises, la question des tests de dépistage génomiques des nouveaux-nés reste ouverte.

Objectif 5.1 Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique (p. 31)

Comment effacer du dossier patient informatisé des données périmées/inutiles ou sensibles et corriger des données inexactes ?

Une procédure en la matière existe déjà au CHUV. Toutefois, elle conduit souvent soit au maintien du dossier en l'état, soit à sa suppression complète. Le directeur du CHUV observe que le problème évoqué n'est pas lié à l'informatisation des dossiers mais à l'existence même de dossiers médicaux. Il relève l'intérêt à ce que la solution informatique choisie présente un excellent système de contrôle des accès, et il précise que, compte tenu de la pérennité des données enregistrées dans les dossiers numériques, les différents acteurs impliqués réfléchissent désormais à deux fois avant d'y inscrire une information. Pour le chef DSAS, la nécessité de l'informatisation du dossier patient pour un meilleur partage des données médicales entre de multiples intervenants appelle en corollaire l'obligation de la transparence vis-à-vis du patient.

Dans cette perspective, la Commission thématique de la santé publique émet le vœu que les autorités cantonales réfléchissent aux moyens efficaces et sûrs d'assurer, sur demande du patient, la suppression ou modification de données versées à son dossier informatisé.

Divers – Stomatologie et médecine dentaire

Quelles raisons sont à l'origine du licenciement récent du directeur du Service de stomatologie et médecine dentaire de la Policlinique médicale universitaire (PMU) ? Quelle place le service en question est-il appelé à prendre dans l'organisation de la stomatologie et de la médecine dentaire au niveau du canton ?

Le directeur du CHUV explique que le licenciement fait suite à un conflit qui relève des ressources humaines. A aucun moment la qualité des soins prodigués par le service n'a été mise en cause. Afin d'assurer la continuité des traitements, un remplaçant pour la période intérimaire a déjà été trouvé. De plus, il n'y a aucune volonté politique (planification sanitaire cantonale) de concentration à la PMU de la médecine dentaire (sous narcose ou autre).

4.3 DISCUSSION SUR LE PROJET DE DÉCRET ET VOTES

L'article premier du projet de décret est adopté par 15 voix pour, 0 voix contre et 0 abstention.

L'article second du projet de décret est adopté par 15 voix pour, 0 voix contre et 0 abstention.

4.4 ENTRÉE EN MATIÈRE SUR LE PROJET DE DÉCRET

Nombre de voix pour : 15

Nombre de voix contre : 0

Abstention(s) : 0

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret par 15 voix pour, 0 contre et 0 abstention.

Le Mont-sur-Lausanne, le 28 octobre 2013

La présidente :
(Signé) Catherine Roulet