

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

**Exposé des motifs et projet de décret sur le Plan stratégique du CHUV 2019 – 2023 et  
Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de la santé du Canton de Vaud  
2018 – 2022**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 1<sup>er</sup> octobre 2018, le 12 octobre 2018, le 9 novembre 2018, le 7 décembre 2018, le 29 avril 2019, le 7 juin 2019 et le 4 octobre 2019.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Sonya Butera, Carole Dubois, Florence Gross, Jessica Jaccoud, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Graziella Schaller. MM. Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Olivier Petermann, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier, Andreas Wüthrich.

Excusé-e-s le 1<sup>er</sup> octobre 2018 : Mme Rebecca Joly, remplacée par Christian Van Singer. M. Jean-Luc Chollet, remplacé par Werner Riesen.

Excusé-e-s le 12 octobre 2018 : Mmes Sonya Butera, remplacée par Stéphane Montangero, Léonore Porchet, remplacée par Anne Baehler Bech. MM. Thierry Dubois, remplacé par Fabien Deillon, Vassilis Venizelos, remplacé par Christian Van Singer.

Excusée le 9 novembre 2018 : Mme Christelle Luisier Brodard, remplacée par Patrick Simonin.

Excusé-e-s le 7 décembre 2018 : Mme Christelle Luisier Brodard, remplacée par Jean-Rémy Chevalley. M. Philippe Vuillemin, remplacé par Josephine Byrne Garelli.

Excusé-e-s le 29 avril 2019 : Mme Christelle Luisier Brodard, remplacée par Jean-François Cachin. M. Olivier Petermann, remplacé par Josephine Byrne Garelli.

Excusé le 7 juin 2019 : M. Thierry Dubois, remplacé par Fabien Deillon

Excusés le 4 octobre 2019 : MM. Thierry Dubois, remplacé par Werner Riesen, Vassilis Venizelos, Andreas Wüthrich.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat (le 07.06.2019 et le 04.10.2019), Stéfanie Monod, Directrice générale, Direction générale de la santé (DGS), Chantal Grandchamp, Directrice finances et affaires juridiques à la DGS. MM. Pierre-Yves Maillard (sauf le 07.06.2019 et le 04.10.2019), Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Oliver Peters, Directeur général adjoint du CHUV, Stéphane Bossel, Directeur administratif et financier du CHUV, Karim Boubaker, Médecin cantonal, Olivier Linder, Directeur hôpitaux et préhospitalier à la DGS.

Le rapport est découpé en deux parties. L'une rédigée par le président de la commission traite du plan stratégique du CHUV. La seconde partie du rapport, rédigée par le vice-président de la commission, traite de la politique de la santé du canton de Vaud pour la période 2018-2022.

## PARTIE 1

### Exposé des motifs et projet de décret sur le Plan stratégique du CHUV 2019 – 2023

## 2. PRESENTATION DE L'EMPD – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

### Introduction

Ce plan stratégique est le troisième du genre. Le premier relevait d'une démarche *top-down* visant à clarifier et défendre une ligne auparavant floue. Le deuxième cherchait à se montrer précis et pragmatique, avec des objectifs mesurables. Quant au troisième plan, il tente une solution intermédiaire, entre propositions plus générales et mesures plus circonscrites, propres à orienter l'activité de façon suffisamment précise.

Un plan stratégique n'est pas un programme financier, ni un catalogue exhaustif d'actions. Il donne une direction. Par souci de cohérence, le Plan stratégique du CHUV est élaboré en concertation avec la Direction générale de la santé (DGS), le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) et l'Université de Lausanne (UNIL). Les orientations stratégiques respectives ont été présentées à toutes les entités concernées et la compatibilité des différentes mesures a fait l'objet d'une vérification. Le travail de coordination a beaucoup concerné l'évaluation du contexte (évolution démographique, environnement social, etc.) et l'évaluation des enjeux essentiels en matière de prise en charge sanitaire de la population vaudoise.

Le Plan stratégique expose les missions, les valeurs, la vision de l'institution. Le plan décline les sept enjeux principaux identifiés, parmi lesquels l'évolution démographique, la poursuite de la modernisation des équipements vétustes et la qualité. Le Plan stratégique propose des mesures permettant de répondre à l'enjeu central de la qualité, ce qui s'avère particulièrement bienvenu, dès lors qu'une loi fédérale sur la qualité en matière de soins est en cours d'élaboration. Cette démarche législative rendra possible l'inscription de la question de la qualité dans la LAMal en définissant des indicateurs de qualité ainsi que les moyens d'évaluer ces indicateurs.

Le Plan stratégique expose 29 objectifs prioritaires pour répondre aux enjeux identifiés et accompagner le développement des soins cliniques ainsi que la recherche dans des domaines pointus (oncologie, immunologie...), tout en portant l'ambition de positionner l'institution dans des secteurs d'avenir (génomique, neurosciences...). Il ne s'agit en conséquence pas de donner un blanc-seing à des investissements mais de valider des options stratégiques prises par la direction de l'établissement par transparence envers ses partenaires présents et futurs et envers la population.

Il convient de relever la renommée internationale du CHUV, classé par *Newsweek* parmi les dix meilleurs établissements hospitaliers du monde. Il s'avère particulièrement satisfaisant de pouvoir offrir à la population des soins d'excellence dans presque tous les domaines cliniques imaginables, et de savoir que notre hôpital public, soutenu fortement par l'UNIL, se situe de même à un haut niveau d'excellence en matière de formation et de recherche.

Selon un récent sondage auprès de 12'000 étudiants, le CHUV apparaît comme l'employeur le plus attractif de Suisse dans le domaine de la santé. Ainsi, les efforts déployés à l'interne pour s'assurer d'offrir de bonnes conditions de travail au personnel soignant sont payants. Il convient de poursuivre les démarches engagées, compte tenu de la pénibilité reconnue des professions liées aux soins.

Le Plan stratégique ne doit pas être appréhendé comme une couche supplémentaire de développement du CHUV mais comme « une orientation priorisée, une focalisation de son activité ». Les projets présentés dans le Plan stratégique sont financés en priorité sur les budgets ordinaires des différents services. Seuls les projets qui le nécessitent feront l'objet d'un accompagnement spécifique de l'institution durant une phase de lancement.

### Continuité des plans stratégiques

Ce plan s'inscrit dans la continuité du précédent. La majorité des objectifs déclinés dans le Plan stratégique 2014-2018 restent d'actualité. Sur les 116 mesures concrètes déclinées dans le Plan stratégique 2014-2018, le taux de réalisation moyen est de 82%. Les équipes se sont fortement impliquées pour mettre en œuvre les mesures identifiées par le plan, ce qui a permis des avancées significatives dans de nombreux domaines.

Nous dressons ici une liste non exhaustive. L'exposé des motifs (pages 5 à 7) offre des informations plus détaillées :

- Au niveau **de la prise en charge des patients**, la qualité et la sécurité des soins ont été renforcées. Le projet Gestion proactive des séjours (GPS) permet par exemple d'améliorer la coordination des différents professionnels qui interviennent durant l'hospitalisation des patients. Cette coordination renforcée permet de planifier au mieux la prise en charge des patients (l'organisation des examens médicaux, l'intervention de l'infirmière de liaison pour un placement dans un centre de réhabilitation, la coordination avec les physiothérapeutes, etc.). Des mesures ont également été prises pour renforcer la prévention des chutes et des escarres ou pour améliorer la sécurité de la médication.
- En **oncologie**, plusieurs centres interdisciplinaires se sont développés et la collaboration avec l'Institut Ludwig et l'UNIL s'est concrètement déployée.
- Dans le domaine **cardio-vasculaire**, la création du Centre universitaire romand de cardiologie et chirurgie pédiatrique permet de fédérer les acteurs et partenaires de la région autour d'une structure commune.
- Le développement des domaines de la **médecine hautement spécialisée** (MHS) se poursuit selon la feuille de route fédérale et en étroite coordination avec l'ensemble des cantons romands. Pour rappel, une Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), entrée en vigueur en 2009, a permis de déléguer à une instance intercantonale, l'Organe de décision MHS, la compétence de définir et de planifier le domaine de la médecine hautement spécialisée. Madame la Conseillère d'Etat est vice-présidente de l'organe décisionnel et le CHUV a deux représentants dans l'organe scientifique.
- Dans le domaine de la **formation**, les capacités de formation médicale pré-graduée ont augmenté de 160 à 220 étudiants et l'effectif des apprentis est passé de 185 à 207.
- Dans le domaine des **ressources humaines**, 34 nouvelles places d'accueil de jour sont disponibles et le taux de femmes cadres dans les professions médicales est désormais de 30%.
- Au niveau des **infrastructures**, la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) a été régulièrement informée de l'état d'avancement des projets stratégiques du CHUV (Bloc opératoire rénové du bâtiment hospitalier (BOR-BH05), Cery, Hôpital des enfants, Médecine de précision et immunothérapie et Biopôle 6 – Centre Ludwig, Unité centralisée de production Bussigny).
- Concernant le **système d'information**, tous les lits du CHUV sont équipés avec le dossier patient informatisé Soarian. Par ailleurs, les outils informatiques pour s'intégrer aux projets cantonaux de cybersanté ont été développés (plan de médication partagé, échange de données cliniques).

### Un document concerté

Le contenu du Plan stratégique est coordonné avec plusieurs documents cadre :

- Le Plan stratégique de l'UNIL (2017-2022)
- Le Programme de législature du Conseil d'Etat (2017-2022)
- Le Rapport sur la politique de santé du canton de Vaud (2018-2022) qui est traité par le Grand Conseil, parallèlement au plan stratégique du CHUV

Le plan a été concerté avec plusieurs partenaires clés. Une première version élaborée par le Comité directeur du CHUV a fait l'objet d'une consultation auprès de services et départements de l'établissement. Les observations formulées ont permis d'adapter et de compléter le plan. La Direction générale de la santé, l'Université de Lausanne et la Direction générale de l'enseignement supérieur ont également été associés à la définition de la stratégie.

### Sept enjeux

Le Plan stratégique du CHUV s'articule autour de sept enjeux :

1. **Evolution démographique** : l'adaptation de l'hôpital à l'évolution démographique – le vieillissement de la population en particulier ;
2. **Infrastructures** : la poursuite de la transformation de la Cité hospitalière et la mise en exploitation des nouvelles infrastructures ;
3. **Qualité clinique** : l'amélioration de la qualité et de l'efficacité clinique, tout en garantissant un équilibre économique durable ;
4. **Pôles d'excellence** : la poursuite de la construction des pôles d'excellence du CHUV en matière de clinique, formation et recherche ;

5. **Responsabilité des cadres** : le renforcement de la responsabilité des cadres de l'institution à tous les niveaux de la prise en charge des patients et des familles ;
6. **Gestion de l'information** : l'intégration de la gestion et de la restitution de l'information aux patients dans la formation des professionnels et dans les pratiques cliniques ;
7. **La pénurie de professionnels** : la lutte contre la pénurie des professionnels.

#### Définition de nouvelles priorités

Bien que de nombreuses mesures identifiées dans le plan précédent continueront à déployer leurs effets ces prochaines années, le Plan stratégique 2019-2023 définit de nouvelles priorités.

#### Médecine génomique

De nouveaux horizons s'ouvrent à la médecine grâce aux progrès des sciences de l'information et à l'évolution des technologies d'analyse de l'ADN. Le CHUV est particulièrement présent dans ce domaine : biobanques institutionnelles réservoirs d'échantillons biologiques et de données cliniques du patient), cohorte COLAUS (étude pour mieux comprendre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et des troubles psychiques), oncologie personnalisée analytique, collaborations avec l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) et le *Swiss Personalized Health Network* (initiative portée par la Confédération visant à tirer parti des données relatives à la santé).

Le CHUV travaille sur plusieurs axes de développement dans ce domaine :

- la prise en charge de patients avec un diagnostic génétique dans une clinique de santé personnalisée ;
- l'application de la génomique pour le développement et l'utilisation de médicaments et de tests diagnostiques ;
- le renforcement des aspects éthiques et sociétaux en collaboration avec l'UNIL.

#### Maladies infectieuses

Dans un contexte où de nouvelles pathologies émergent régulièrement (Coronavirus, SRAS, Ebola, Zika...), ce domaine représente un enjeu particulièrement important. Les menaces constantes impliquent l'ensemble des services de maladies infectieuses, de microbiologie et d'hygiène hospitalière. L'infectiologie est en outre essentielle au soutien de nombreux secteurs hospitaliers (urgences, soins intensifs, médecine interne, chirurgie...).

Le CHUV travaille sur plusieurs axes de développement dans ce domaine :

- création d'un centre en infectiologie de l'hôte immunocompromis ;
- développement de consultations ambulatoires pour la prise en charge des patients passés par les urgences ;
- garantie de l'efficacité des antibiotiques à long terme.

#### Neurosciences

En Europe, près d'une personne sur quatre est touchée par une affection du système nerveux. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une prévalence du handicap neurologique. La pharmacologie n'offrant que peu d'espoirs de thérapies, l'enjeu principal réside dans la minimisation du handicap.

Parmi les axes de développement dans ce domaine, il convient de relever :

- la construction d'un centre de compétences en neuroréhabilitation (SUN) ;
- la poursuite du développement de l'Unité de chirurgie spinale.

#### Immunologie

Ces dernières années, La région lausannoise s'est forgée une réputation internationale d'excellence en immunologie. Le CHUV dispose de 180 chercheurs actifs et d'un nombre important de fonds de recherche dans ce domaine. Les traitements qui s'appuient sur l'activation ou la désactivation du système immunitaire sont en constante augmentation.

Le CHUV travaille sur plusieurs axes de développement :

- travail sur l'efficacité et la sécurité des traitements biologiques ;

- développement des outils et des plateformes technologiques nécessaires.

### Oncologie radio-chirurgicale

La chirurgie, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie ont connu un développement important ces dernières années. Cette approche donne des résultats probants, par exemple pour ce qui concerne les lésions cancéreuses du foie. Le potentiel interdisciplinaire de l'oncologie radio-chirurgicale reste cependant à développer.

Parmi les axes de développement dans ce domaine, il convient de relever :

- le développement d'un centre des maladies hépato-biliaires et pancréatiques ;
- l'élaboration d'une stratégie de médecine hautement spécialisée (MHS) ;
- le développement de la robotique chirurgicale.

### Humanités en médecine

La médecine connaît une évolution rapide dont l'impact sur la relation clinique, sur l'institution hospitalière et le système de santé pose de nouveaux questionnements. Les nouvelles technologies médicales se développent sans cesse mais les aspects en lien avec les enjeux sociétaux restent pour le moment peu élaborés. Le CHUV, en collaboration avec l'UNIL, souhaitent se donner l'opportunité de répondre de manière structurée à des problématiques d'ordre éthique, socio-anthropologique, juridique ou économique.

Créé en janvier 2018, l'Institut des humanités en médecine (IHM), succède à l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP), inauguré en 1990. Sous le double patronage du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL, il est rattaché au Département de la formation et recherche (DFR). L'IHM poursuit la mission qui lui était assignée dès ses débuts : aborder les enjeux sociétaux de la médecine avec une perspective critique, en l'élargissant, à partir de l'histoire de la médecine, aux différentes sciences humaines et sociales, telles que la sociologie et l'anthropologie de la médecine et de la santé, la philosophie et l'éthique biomédicale.

Différents programmes sont développés dans ce cadre : « Santé et spiritualité », « Relations entre patients et professionnels à l'hôpital », « Ethique et philosophie de la médecine ».

### Gestion de l'information clinique

Le CHUV génère une grande quantité de données structurées et non structurées dans le cadre de la prise en charge clinique de ses patients. Beaucoup de ces données restent aujourd'hui distribuées entre un dossier patient et de nombreux registres. Un plan de développement du système d'information clinique est établi avec pour objectif l'intégration structurée des données cliniques et leur réemploi.

Il s'agit notamment :

- d'améliorer la disponibilité de l'information clinique ;
- de simplifier la facturation, ainsi que la remontée d'indicateurs d'activité et de monitoring ;
- de simplifier la constitution de groupes homogènes de suivi clinique et de recherche.

## **3. DISCUSSION GENERALE**

### Prise en charge spécifique des personnes âgées

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques qui en résulte, un député demande si un accent particulier est porté sur la prise en charge des personnes âgées.

Il est tout d'abord rappelé que la politique du Canton vise à éviter autant que possible l'hospitalisation des personnes âgées, souvent synonyme d'accélération de leur déclin fonctionnel. Dans cette perspective, le renforcement de la médecine à domicile ou en EMS ainsi que des compétences des EMS voire des CMS (équipes de garde psychogériatrique, etc.) constitue la priorité en la matière.

Il y a une volonté forte du CHUV d'ouvrir le service de gériatrie à l'ensemble de l'hôpital pour donner à tous les services une culture de la prise en charge adaptée à la personne âgée. Dans ce cadre, il convient d'éviter l'acharnement thérapeutique et de développer les soins palliatifs, qui ne doivent plus être réservés aux tous

derniers jours de la vie. Un cours spécial, dispensé par les gériatres, les psychogériatres et les palliativistes, a ainsi été rendu obligatoire pour les nouveaux internes du CHUV.

### Caractère artificiel des catégories d'âges

La prise en compte répandue, dans le domaine de la planification sanitaire, des personnes dès l'âge de 65 ans n'a plus vraiment de sens dans la mesure où de nombreux enjeux en matière de prise en charge apparaissent plutôt vers l'âge de 75 ans.

Il convient effectivement d'éviter l'emploi de limites d'âge fixes qui se montrent généralement arbitraires du point de vue de la santé des patients. En médecine interne, une évaluation rapprochée des pathologies gériatriques est mise en œuvre pour les personnes qui présentent des problèmes de mobilité, d'orientation, etc. En l'absence de signes visibles de ce type, cette mise en œuvre s'applique aux personnes âgées de 85 ans et plus. Par ailleurs, les analyses démographiques montrent que le taux d'hospitalisation des personnes de plus de 70 ans croît dans une proportion supérieure au vieillissement de la population. Ce fait peut s'expliquer par un déclin de la médecine générale, associé au vieillissement de la population. Pour inverser cette tendance, un renforcement de la médecine de proximité doit faire partie des priorités ces prochaines années.

### Partenariats

Le CHUV rappelle les partenariats mis en place pour la mise en œuvre des objectifs du Plan stratégique. Il convient de citer le partenariat avec l'UNIL (détermination commune des priorités de développement et harmonisation de leur mise en œuvre), avec l'EPFL (alliance entre la médecine et les sciences de l'ingénieur) ainsi qu'avec le réseau sanitaire vaudois et celui des cantons voisins (hôpitaux et cliniques régionaux, Hôpitaux universitaires de Genève – HUG), en particulier dans le cadre d'une répartition intelligente de l'offre médicale disponible.

### Santé mentale

Un député s'étonne que la santé mentale ne fasse pas partie des priorités ciblées par le Plan stratégique.

Il est rappelé que le Plan stratégique est élaboré sur la base d'une évaluation des forces et faiblesses actuelles du CHUV ainsi que d'une estimation des besoins futurs en termes épidémiologiques, ce qui permet de déterminer les axes pertinents de développement de l'institution. Les propositions sont d'abord préparées en petit comité pour être ensuite discutées au sein de l'institution, en coordination avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM) puis l'UNIL, en vue d'assurer un plan de déploiement effectif. La santé mentale a fait, ces dix dernières années, l'objet de développements massifs (50 médecins cadres au CHUV dans le domaine de la psychiatrie ; essor considérable en termes de financement, de carrières académiques, de projets de recherche ; etc.), sans compter le nombre important de psychiatres et psychologues installés dans le canton de Vaud. Dès lors, la nécessité n'existe pas de faire figurer la santé mentale au Plan stratégique, sauf pour ce qui concerne les aspects de coordination des neurosciences avec la psychiatrie.

### Relation personnel soignant - patient

Le dialogue avec le patient et ses proches ainsi que la définition et l'explication du projet thérapeutique envisagé sont essentiels. Ainsi, le Service de médecine interne a, pour chaque patient, systématisé la désignation d'un responsable expérimenté qui communique tant avec le personnel soignant qu'avec le patient lui-même et ses proches.

Pour le directeur général, la médecine s'apprend par « compagnonnage ». Aussi, les services qui fonctionnent bien sont ceux où les cadres sont présents, s'occupent des patients et assument une responsabilité dans leur prise en charge. En ce sens, la délégation aux chefs de clinique et aux assistants est à éviter. Il convient donc de restructurer les services pour que les cadres se trouvent en première ligne de la prise en charge.

### Financement des priorités stratégiques

De nombreux députés ont exprimé leurs inquiétudes quant aux coûts liés à la mise en œuvre du plan stratégique. Le rapport d'évaluation du contrat de prestations liant le CHUV à l'Etat est analysé annuellement par la Commission des finances (COFIN) et la Commission de gestion (COGES). Un suivi parlementaire étroit de la situation comptable du CHUV est donc assuré en toute transparence. Même si ces

informations sont utiles pour pouvoir se prononcer sur le Plan stratégique, le rôle de la CTSAP est prioritairement d'analyser les aspects sanitaires du fonctionnement et des projets du CHUV.

Le département rappelle que le plan ne constitue pas une couche supplémentaire de projets disparates radicalement nouveaux. Il s'agit plutôt d'une consolidation et d'une adaptation des priorités stratégiques existantes. Ainsi, la question n'est par exemple plus de savoir s'il s'avère opportun d'investir le domaine de la médecine génomique mais de définir comment le faire au mieux. Sur un autre plan, le débat éthique en lien avec les avancées médicales doit nécessairement se dérouler, dans la continuité des démarches déjà engagées. A ce titre, la création d'un Institut des humanités en médecine (IHM), rattaché au Département de la formation et de la recherche (DFR) du CHUV, consiste uniquement en un redimensionnement de l'actuel Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique (IUHMSP).

En conséquence, il est prévu que seul le budget d'exploitation courante du CHUV finance les focus définis par le Plan stratégique. La phase de développement (recherche et essais cliniques) des projets novateurs (par exemple l'IRM interventionnelle dans le domaine de la cardiologie) est soutenue grâce à l'enveloppe annuelle de 2 millions destinée à cette fin (Enveloppe Plan stratégique) et réservée sur le budget d'exploitation du CHUV.

En parallèle de la recherche de financements extérieurs (soutiens de fondations, bourses européennes, aides du Fonds national suisse de la recherche scientifique...), les gains d'efficacité dans l'activité courante du CHUV (restructurations facilitant les synergies, création de filières transversales de prise en charge) permettent de dégager des ressources pour le développement des projets novateurs.

La situation financière du CHUV se montre certes compliquée mais saine (comptes équilibrés à peu de choses près). L'obtention de fonds privés croît massivement ces dernières années ; l'investissement important consenti par l'Institut Ludwig pour la recherche sur le cancer en forme un exemple frappant. Les nouvelles thérapies en cours d'élaboration commencent à offrir des débouchés économiques. En adéquation avec le modèle de développement économique promu par le Canton, les sciences de la vie drainent le plus de financements externes. A ce titre, le CHUV représente une chance unique. La perte de maîtrise des charges du CHUV observée en 2015 a été traitée discrètement mais sans attendre (plafonnement de la croissance des nouveaux postes, réduction des heures supplémentaires, etc.). Les mesures d'optimisation réalisées, d'un montant de l'ordre de 20 millions par année, ont permis de redresser la situation.

Les charges du CHUV reflètent le large éventail des tâches que l'institution doit assumer, entre répondre à l'évolution démographique (synonyme de croissance de l'activité pour le CHUV), rénover ses infrastructures, améliorer l'efficacité de sa production et construire des pôles d'excellence. Ce grand écart est constitutif du double rôle du CHUV, à la fois d'hôpital régional et centre de compétences universitaire. Les coûts qui en résultent ne sont dès lors pas liés à un Plan stratégique qui se limite à mieux prioriser le développement de l'institution. La volonté reste d'améliorer l'efficacité. Ainsi, ces prochaines années, il est prévu que le taux de croissance des charges du CHUV soit de moitié par rapport au taux d'augmentation de l'activité du CHUV.

Pour les années 2019-2023, une amélioration du résultat d'exploitation de 10 millions par année est planifiée. Dans le même temps, le résultat d'investissements va se dégrader de 10 millions par an environ (amortissements + intérêts).

#### Efforts d'optimisation de l'activité du CHUV entre 2015 et 2018<sup>1</sup>

Entre 2015 et 2018, plusieurs mesures ont été mises en œuvre pour optimiser l'activité du CHUV :

- *Benchmarking* systématique des services (coûts et durées de séjour) en comparaison des hôpitaux universitaires. L'objectif étant de se situer dans la moyenne des hôpitaux universitaires allemands. L'action ne porte pas uniquement sur les coûts de production proprement dit mais aussi sur la

---

<sup>1</sup> Pour plus d'informations sur les mesures prises, ainsi que sur les prestations d'intérêt général (PIG), il convient de se référer au rapport du Conseil d'Etat sur les postulats Luisier Brodard et Mojon (EMPD 134) :

[http://www.publidoc.vd.ch/guestDownload/direct/Texte%20adopt%C3%A9%20par%20CE.pdf?path=/Company%20Home/VD/CHANC/SIEL/antilope/objet/CEGC/Rapport%20du%20CE/2017/11/642603\\_134\\_Texte%20adopt%C3%A9%20par%20CE\\_20190517\\_1421928.pdf](http://www.publidoc.vd.ch/guestDownload/direct/Texte%20adopt%C3%A9%20par%20CE.pdf?path=/Company%20Home/VD/CHANC/SIEL/antilope/objet/CEGC/Rapport%20du%20CE/2017/11/642603_134_Texte%20adopt%C3%A9%20par%20CE_20190517_1421928.pdf)

La commission de la santé publique a bénéficié d'une présentation détaillée du contenu de ce rapport en avril 2019.

- facturation (meilleure description de l'activité, augmentation du volume de points facturés → baisse du coût par point) ;
- Projet stratégique GPS+ (Gestion proactive des séjours) au Département de Médecine. Cette mesure a entraîné une diminution des durées de séjour de l'ordre de 20% en une année, ce qui a, dans le même temps, permis de traiter 16% de patients en plus ;
  - Fermeture de 30 lits : 15 lits en 2017 pour une économie de 500 KCHF et 12 en 2018 pour une économie de 600 KCHF ;
  - Virage ambulatoire, ouverture de MV Santé et de l'Hôtel des patients ;
  - Blocage de la croissance des ETP à + 140 en 2018 (+ 1,5%). Travail systématique sur la facturation intégrale en ambulatoire.

Toutes ces mesures ont permis de faire baisser les charges (DRG + Tarmed) et de rapprocher les résultats du CHUV des établissements bernois et zurichois.

### Croissance du personnel soignant

En 2018, le personnel soignant a cru de 1,5% (+ 140 postes). En comparaison, entre 2014 et 2017, le CHUV a vu sa dotation augmenter de 100 ETP supplémentaires. L'augmentation enregistrée en 2018 permet d'absorber la croissance de l'activité sans occasionner une dégradation pour le personnel au niveau de la charge de travail à assumer.

La dotation par lit en personnel médical et soignant est, comme ailleurs en Suisse, élevée en comparaison internationale. Cet élément est à mettre en relation avec les prestations délivrées qui sont plus nombreuses. A la dotation supérieure en personnel correspond un meilleur traitement du patient. Un des enjeux consiste à adapter le fonctionnement de l'hôpital aux fluctuations de l'activité (augmentation du taux moyen de lits). Il peut arriver que dans certains secteurs, l'institution ne soit pas en mesure de recruter le personnel qualifié nécessaire. Le problème de dotation apparaît alors de façon ponctuelle.

Les problèmes de surcharge surviennent presque toujours en l'absence temporaire d'une partie du personnel régulier (congés maternité, maladies) dans le cadre de services qui fonctionnent 24/24h et qui ne peuvent refuser les patients (hôpital de dernier recours). Des pools de réserve ou l'emploi temporaire sont alors activés. Il reste que le personnel qualifié nécessaire n'est pas toujours immédiatement mobilisable.<sup>2</sup>

### Démarche Qualité

Depuis plusieurs années, le CHUV met toute en œuvre pour renforcer son dispositif qualité. Rattaché à la direction du CHUV, le Comité « Qualité et sécurité » a notamment pour mission de s'assurer du suivi des événements indésirables, des plaintes et des indicateurs clés. Cette instance détermine également les projets d'amélioration prioritaires et surveille leur implémentation.

Depuis 2018, le dispositif a été intégré au sein de chaque service clinique. Les efforts sont coordonnés par un Comité de service sous la responsabilité du médecin et de l'infirmière cheffe ou l'infirmier chef de service. Ces organes ont pour mission d'établir un cockpit des instruments et mesures « Qualité et sécurité » (Q&S) essentiels, ainsi que de définir le plan d'amélioration annuel du service.

Le CHUV publie annuellement un rapport qualité<sup>3</sup> qui contient des indicateurs qui évaluent la prise en charge des patientes et patients. Il décrit également une partie des projets que l'hôpital développe dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patientes et patients.

Parmi les éléments forts du dispositif qualité mis en place, il convient de relever :

- les centres spécialisés dans le domaine du cancer ;
- les centres du sein, de la prostate, des tumeurs thoraciques, des sarcomes et des tumeurs gynécologiques ;

---

<sup>2</sup> Il va de soi que des événements exceptionnels comme ceux que nous traversons avec la pandémie du Covid-19 viennent chambouler les équilibres en place et met sous tension le personnel soignant de façon importante. Une fois ces événements passés, il s'agira d'évaluer la capacité du système de santé vaudois à répondre à une telle crise, notamment en termes de ressources humaines.

<sup>3</sup> <https://rapportsannuels.chuv.ch/qualite/2018/>



- la création d'une série de « filières » spécifiques à certaines prises en charge au sein de plusieurs départements (traumatologie pour les accidents graves, STEMI pour les infarctus du myocarde, AVC pour les attaques cérébrales...);
- le programme ERAS (pour *enhanced recovery after surgery*) qui optimise les prises en charge dans un certain nombre de services chirurgicaux.

#### 4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS

##### Évaluation du Plan stratégique 2014-2018

La commission s'est penchée sur le rapport d'évaluation des mesures identifiées dans le Plan stratégique 2014-2018. Il en ressort les observations suivantes.

##### MV Santé (Mesure 1.3.2)

En 2018, la Cour des comptes a réalisé un audit portant sur le partenariat public-privé mis en place entre le CHUV et la société MV Santé (rapport d'audit n°46, septembre 2018).<sup>4</sup> Pour rappel, ce partenariat visait notamment à absorber les interventions ambulatoires dans le contexte particulier de la rénovation du bloc opératoire principal du CHUV.

L'analyse menée par la Cour des comptes fait ressortir une « sous-utilisation par le CHUV » des infrastructures de MV Santé qui aurait engendré « des pertes successives pour la société ». La Cour des comptes formule un certain nombre de recommandations qui visent à « améliorer l'utilisation du centre par le CHUV, l'intégration de la formation des médecins anesthésistes, le partage des données de patients et le contrôle des données de facturation, ainsi qu'à diminuer les délais de rétrocession au CHUV » (communiqué de presse de la Cour des comptes du 26 septembre 2018).

La Cour des comptes met toutefois en évidence plusieurs éléments positifs comme les gains qualitatifs de la prise en charge ambulatoire, les gains en termes de capacité opératoire du bloc central du CHUV pour les interventions stationnaires, les gains financiers pour le CHUV chiffrés par l'audit lui-même à 2 millions, soit l'équivalent de 20 postes d'infirmier-ères.

Le rapport d'audit ne dit par contre pas que, dans le contexte de la rénovation du bloc opératoire principal du CHUV, fonctionner sans la solution MV Santé aurait été particulièrement difficile.

Les réserves de la Cour des comptes portent finalement uniquement sur la rentabilité de l'activité du partenaire privé. MV Santé se bat contre les assureurs pour modifier la tarification de la chirurgie ambulatoire.

Concernant les remarques de la Cour des comptes relatives aux anesthésistes en chirurgie ambulatoire, il est rappelé que la formation est d'ores et déjà largement effectuée au CHUV, ce dernier réalisant la radiologie interventionnelle et nombre de gestes invasifs ambulatoires. Au départ, il avait été convenu que MV Santé, en tant qu'opérateur du système dans le cadre du partenariat, amène ses propres anesthésistes. Une discussion s'est alors engagée depuis pour que le CHUV prenne la main concernant la formation des anesthésistes. Comme l'activité du Service d'anesthésie du CHUV se trouve à son maximum, la recherche des compétences pour ce faire est en cours.

Il est par ailleurs précisé que le CHUV compte environ 80 ETP d'anesthésistes (une dizaine rien que pour l'ambulatoire) et MV Santé seulement deux. Il vient d'être convenu que le CHUV mette à disposition de MV Santé un anesthésiste, rattaché au CHUV du point de vue académique, afin d'assurer la formation de médecins anesthésistes chez MV Santé. Ce mouvement poursuit la démarche comparable menée à propos des instrumentistes et du personnel infirmier.

##### Santé mentale (Mesure 1.4.2)

Le déploiement des équipes mobiles a été priorisé en psychogériatrie afin de pallier rapidement aux conditions alors indécentes d'hospitalisation en psychogériatrie à Cery (chambres vétustes à 3 ou 4 lits).

<sup>4</sup> <https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/cour-des-comptes/projets/news/rapport-n-46-audit-du-partenariat-public-privé-chuv-mv-santé-centre-de-chirurgie-ambulatoire-d/>

Dans un second temps, il est prévu de généraliser le déploiement des équipes mobiles à la périphérie et aux patients de tout âge. A signaler que le mouvement en direction d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire s'est historiquement engagé de manière bien plus rapide et accentuée que dans les autres cantons. Ainsi, une bonne partie de la psychiatrie s'effectue déjà en ambulatoire dans le canton. Fondamentalement, il convient dès lors de maintenir ce qui existe (pas d'augmentation du nombre de lits en psychiatrie avec le nouvel hôpital de Cery) et de développer de manière plus active encore les équipes mobiles de psychiatrie générale.

Dans la même ligne, un commissaire précise que, en parfaite collaboration avec les services de l'Etat et les médecins installés, les institutions de prise en charge psychiatrique développent l'intervention d'équipes mobiles en vue de prévenir/gérer à domicile les crises, éviter les hospitalisations ou favoriser le retour rapide à la maison. L'expérience de quelques mois en la matière montre que, en partie, les cas lourds fonctionnent mieux seuls à domicile, avec l'appui polyvalent des équipes mobiles, qu'au sein d'une institution.

#### Human Brain Project (Mesure 2.3.1)

Il est précisé que la part clinique du projet assignée au CHUV ne constitue pas la part la plus importante. C'est l'EPFL qui assume l'aspect scientifique global du *Human Brain Project*. Le CHUV reste en connexion avec l'EPFL, en particulier pour défendre les crédits au niveau européen. Le département considère que le fait que ce projet ait échappé pour beaucoup au canton de Vaud (reprise par le Campus Biotech à Genève) a permis une réorientation prometteuse des investissements en direction de l'immunothérapie oncologique.

#### Harcèlement (Mesure 3.1.)

La politique du CHUV relative au harcèlement porte sur de nombreux aspects et pas uniquement sur les aspects médicaux. Une réflexion a été menée avec les jeunes étudiants en médecine (assistants, stagiaires) composés majoritairement de femmes (60%) et qui sont victimes de remarques ou de comportements inadéquats. Une grande campagne contre le harcèlement a débuté fin 2018 : affichage, sensibilisation des équipes qui reçoivent des stagiaires, conférence de presse. En la matière, la tolérance zéro est de mise.

#### Sylvana : réadaptation (Mesure 4.1.2)

La surélévation du bâtiment de Sylvana déjà réalisée permet en l'état de répondre à la demande de lits B. Le projet de Sylvana II n'est pas abandonné mais pour l'instant gelé, priorité étant donnée au projet de l'Hôpital des enfants. Par ailleurs, le développement de la réadaptation dans le domaine neurologique est prévu à Lavigny, poussant Sylvana à une redéfinition de ses missions.

L'introduction progressive d'un système de financement par DRG des lits B engendre des difficultés de régulation de l'offre et conduit à un tassement de la demande. Quand bien même les mécanismes de financement ne doivent pas faire la politique de santé, il reste qu'une meilleure efficacité dans l'utilisation des lits B pourrait aboutir à une réduction des besoins en la matière.

Si l'on veut favoriser le maintien à domicile, cela signifie que l'on doit être en mesure de réadapter les patients âgés du CHUV qui peuvent retourner à terme à la maison. Dans cette perspective, Sylvana, véritable centre de compétences en la matière, mérite d'être soutenu. Les patients âgés présentent un réel besoin de rééducation gériatrique globale. Le développement de ce genre de compétences n'est en aucune manière contesté par le département. Par ailleurs, il est rappelé que l'unité gériatrique à l'Hôpital Nestlé n'a pas vocation de centre de réadaptation ni d'hôpital gériatrique, il a pour tâche première la diffusion d'une culture gériatrique dans l'ensemble du CHUV.

#### Hôtel des patients (Mesures 4.2.2)

La charge que représente le suivi des patients au sein de l'Hôtel des patients paraît tout à fait supportable pour le personnel du CHUV. Le temps de déplacement du médecin du CHUV jusqu'à l'Hôtel des patients (de l'ordre de 5 minutes) s'avère tout à fait acceptable dans une cité hospitalière qui a la taille qu'on lui connaît. Il se révèle par ailleurs sain que le médecin qui a pris en charge un patient le suive lorsque ce dernier est hospitalisé à l'Hôtel des patients, car il s'agit bien toujours d'une hospitalisation. Les services du CHUV qui ont beaucoup de patients à l'Hôtel des patients peuvent de surcroît s'organiser pour regrouper/rationaliser le suivi des patients « externes ». Enfin, en cas de problème, l'excellente équipe infirmière de l'Hôtel des patients informe rapidement le médecin qui peut ainsi intervenir sans délai.

Il est rappelé que l'Hôtel des patients a été conçu à deux fins principales :

- 1) offrir un espace plus convivial aux femmes qui ont accouché et à leur famille,
- 2) mettre à disposition un espace de transition entre l'hôpital et le domicile pour des patients qui n'ont plus besoin de l'environnement à haute intensité de l'hôpital.

La première utilisation rencontre un large succès. Il est ainsi prévu d'étendre les capacités dans ce domaine de 12 lits à 17 dès début 2019 et de passer à 34 lits en 2020. La deuxième utilisation a moins bien fonctionné. Le changement d'habitude consistant à suivre des patients dans deux endroits différents prend du temps. Un médecin a même été détaché sur place pour s'occuper spécifiquement des patients à l'Hôtel des patients. Cela n'a au final pas beaucoup changé les choses, et le nombre de patients en provenance de la médecine interne par exemple n'a pas nécessairement augmenté. A cela s'ajoute les efforts massifs d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge dans les services du CHUV. En 2018, le CHUV a ainsi réduit de 20% la durée des séjours en médecine interne, tout en traitant 16% de cas en plus, diminuant d'autant les besoins en lits. En conséquence, en 2017, l'Hôtel patient a représenté une opération déficitaire pour le CHUV, le paiement pour la non-occupation des lits à l'Hôtel surpassant les économies liées à la non-ouverture de lits au CHUV.

En 2018, le résultat est équilibré pour le CHUV. En 2019, l'opération est rentable pour le CHUV. Actuellement, l'Hôtel des patients est rempli au deux tiers : un tiers par des patients du CHUV, notamment des patients en oncologie ambulatoire dont l'état de santé ne rend pas aisé le retour quotidien à domicile, et un tiers par des clients externes (visiteurs, congressistes, personnel du CHUV).

L'Hôtel des patients constitue une expérience innovante, réalisée pour la première fois en Suisse, et qui à ce titre inclut une prise de risques. Le Ministère français de la santé a récemment décrété l'ouverture de 41 hôtels des patients sur tout le territoire national. L'expérimentation lausannoise donne lieu à beaucoup de visites : hôpital universitaire de Zürich, hôpital cantonal du Tessin, etc.

### **Analyse du Plan stratégique 2019-2023**

#### **Message du collectif « SOS Hôpital »**

Fin 2018, les membres de la commission ont reçu un message signé d'un collectif nommé « SOS Hôpital » qui souhaitait alarmer les commissaires sur certains dysfonctionnements.

Il est impossible d'identifier les auteurs de ce message qui semblent toutefois, particulièrement bien informés du calendrier de travail de la Commission thématique de la santé publique...

Sans reprendre le contenu du message dans ses détails, le collectif alerte la commission sur l'état des finances du CHUV, sur le non remplacement de certains postes, sur la « sous-dotation de certains services », sur le « manque de transfert de connaissances », sur les taux d'absentéisme, sur les taux de rotation, sur les économies auxquelles sont confrontés les services pour financer certains développements.

Le collectif conclut en invitant la commission à refuser le Plan stratégique. Les députés s'étonnent de ce message, tant sur le fond que sur la forme.

Des réponses circonstanciées sont apportées par la direction du CHUV. Nous reprenons ici certains éléments communiqués.

- Sur les critiques portant sur le contrôle des finances du CHUV, il est rappelé que :

Le CHUV est soumis à l'audit de l'auditeur externe (E&Y) et du Contrôle cantonal des finances (CCF) qui disposent de l'entier de l'information financière du CHUV. Les constats sont partagés au niveau du Comité d'audit du CHUV présidé par le/la chef-fe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Le Conseil d'Etat a été informé en détail de la situation financière du CHUV au bouclage 2015 (donc en 2016) et a décidé un certain nombre de mesures correctrices à cette occasion. La COFIN a accès également à l'entier de l'information financière du CHUV (incl. les rapports de l'auditeur externe). Des réunions concernant budget et résultats du CHUV ont eu lieu

- avec le DSAS trois fois en 2015, cinq fois en 2016, et de manière régulière en 2017 et 2018 également ;
- avec la COFIN deux fois par année.

- A propos des postes à repourvoir, il est précisé que :

La Direction des ressources humaines du CHUV a annoncé par circulaire datée du 5 novembre 2015 la mise en place pour 2016 d'une période de carence de 3 mois, applicable uniquement sur les fonctions de support et administratives (et donc non soignantes), avec la condition restrictive suivants : « Dans la mesure du possible et si le poste est à repourvoir dans une période d'activité basse (avant une période de vacances par exemple), il vous est demandé d'appliquer un délai de 3 mois entre le départ et l'engagement d'un nouveau collaborateur ».

- A propos du taux d'absentéisme :

Les taux d'absences maladie ont connu une légère augmentation au CHUV, qui n'est certainement pas supérieure à ce que l'on voit dans l'économie suisse en général (le *Tages-Anzeiger* du 14.12.2018 parle d'une augmentation de 30% depuis 2010 en citant des chiffres de l'Office fédéral des statistiques). Selon un *benchmarking* récent (2017), le taux d'absences maladie de courte durée du CHUV se situe 1% en dessous de la moyenne des hôpitaux universitaires.

Les chiffres détaillés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

% abs. Maladie Par durée	Année						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Très courte durée (TCD)	0,63%	0,63%	0,60%	0,67%	0,67%	0,66%	0,70%
Courte durée (CD)	1,26%	1,30%	1,26%	1,39%	1,39%	1,37%	1,48%
Longue durée (LD)	3,25%	3,15%	3,22%	3,64%	3,67%	3,75%	3,75%
<b>Total général</b>	<b>5,14%</b>	<b>5,08%</b>	<b>5,08%</b>	<b>5,70%</b>	<b>5,72%</b>	<b>5,78%</b>	<b>5,93%</b>

- A propos du taux de rotation du personnel :

Le taux de rotation du personnel du CHUV est stable depuis de nombreuses années :

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de rotation brut	11,53%	11,35%	10,39%	10,32%	10,47%	11,25%
Taux de rotation évitable	6,59%	6,53%	6,12%	5,94%	5,99%	6,42%

Le taux d'ancienneté des cadres (cadres avec 3 ans d'ancienneté dans la maison et dans leur fonction) est également stable :

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de cadres > 3 ans	79,12%	78,08%	76,39%	75,85%	77,7%	78,2%	79,2%

- A propos des capacités du CHUV pour accompagner les investissements prévus :

Grace à l'excellence reconnue du CHUV, des financements externes importants (un demi-milliard de francs rien que pour le domaine de l'oncologie) ont pu être mobilisés pour financer les développements dans le domaine de la recherche. La clinique n'a pas souffert de ces développements, mais en a profité en termes de réputation et d'activité. Une liste des développements importants prévus dans le Plan stratégique 2019-2023 montre d'ailleurs que, dans leur très grande majorité, ils ont déjà fait l'objet des deux plans stratégiques importants, et de décrets acceptés avec des majorités claires par le Grand Conseil (Hôpital des enfants, Bâtiment Agora, Bâtiment LICR, Hôpital de Cery, bloc opératoire central, soins intensifs/déchocage...). En outre, ces investissements publics attirent les investissements privés, générant des emplois et participant à une diversification bienvenue de l'économie vaudoise dans des domaines à haute valeur ajoutée.

- Répartition de la charge entre recherche et activité clinique :

Les moyens ne sont pas unilatéralement octroyés à la recherche. Il est d'ailleurs rappelé que le CHUV ne fait pas de la recherche fondamentale, réservée à l'UNIL et à l'EPFL, mais uniquement de la recherche appliquée (recherche translationnelle, recherche clinique) utile aux patients.

La comptabilité analytique du CHUV permet une distinction claire entre l'investissement voué à l'activité de recherche et celui destiné à l'activité clinique qui dispose de son propre périmètre. Un suivi régulier s'effectue au moyen de tableaux de bord : indicateurs en lien avec les ressources humaines (absentéisme, taux de rotation...), indicateurs de qualité clinique (temps d'attente, adéquation des prestations...), indicateurs de satisfaction des patients et des partenaires dans le réseau sanitaire, indicateurs financiers. En cas de pic d'activité dans un domaine et de demande accrue en effectif, l'institution peut agir vite et injecter des moyens supplémentaires, dans l'attente d'une optimisation organisationnelle. A aucun moment, la dotation en personnel médical et infirmier au lit du malade n'est touchée.

- Sur la recherche d'efficience :

Depuis trois ans, des efforts sont consentis en vue de ramener les coûts de production du CHUV au niveau de la moyenne des coûts des hôpitaux universitaires alémaniques. Dans ce cadre, un frein à la croissance du personnel a été actionné, aucunement une baisse des effectifs. Restent évidemment les enjeux liés à l'évaluation de la croissance de l'activité (activité mesurée par le CHUV, activité facturée ou nombre de patients traités). En ce sens, il se peut que la situation se tende en termes d'effectif. Il s'agit alors toujours d'une situation ponctuelle, localisée, à laquelle il est rapidement remédié (libération de moyens) sans risque pour les patients.

Le ralentissement du rythme d'engagement du personnel (règle des 3 mois) s'applique aux secteurs annexes aux soins (administration, logistique...). Les gains d'efficience sont recherchés avant tout dans les processus. Ainsi, une gestion proactive des séjours (meilleure planification du projet thérapeutique, meilleur suivi) a permis, en médecine interne, une diminution de la durée des séjours et une augmentation du nombre de patients traités, ce tout en conservant le même nombre de lits et la même dotation en personnel. Il convient de souligner qu'un hôpital universitaire assume une part d'activités non rentables supérieure aux autres prestataires de soins. Enfin, une démarche d'optimisation qui vise la qualité des prestations et pas uniquement la rentabilité a été lancée (*Smarter Medicine* : meilleur ciblage des examens médicaux et des choix thérapeutiques).

#### Place de la psychiatrie dans le Plan stratégique

Le Département de psychiatrie du CHUV (1100 EPT) a récemment connu un développement spectaculaire. Ce département compte ainsi 51 médecins cadres contre, à titre de comparaison, 9 seulement pour la médecine interne. Il convient désormais de déployer au mieux ce secteur pour le bien des patients et de revoir certains processus. L'entrée en fonction de la nouvelle cheffe de la pédopsychiatrie promet en outre des améliorations qualitatives importantes.

Le Plan stratégique 2019-2023 fait référence au domaine de la psychiatrie à travers les neurosciences cliniques (p. 26) et les neurosciences (pp. 45-46).

Pour un commissaire, il serait intéressant que le Plan stratégique développe en quelques lignes la poursuite de la politique évoquée en matière de psychiatrie, en particulier l'accent placé sur le maintien à domicile grâce à l'action des équipes mobiles de prise en charge ainsi que la nécessité d'améliorer le travail en réseau, entre professionnels et avec les patients.

Le Plan stratégique sera donc amendé pour y faire figurer **un objectif relatif à la poursuite/approfondissement des démarches ambulatoires dans le domaine de la santé mentale, et relatif au développement de la pédopsychiatrie qui s'organise désormais au niveau cantonal.**

#### Patient partenaire (p. 32)

Le concept de « patient partenaire » part du principe que « l'expertise acquise par le patient au cours de son parcours de vie et de ses soins peut utilement être exploitée pour améliorer l'efficience du système de soins ».

L'idée consiste à instaurer une logique de projet thérapeutique construit en commun avec le patient à l'entrée à l'hôpital. Le projet est dit « de base » pour les situations simples et « spécifique » pour les situations plus compliquées, avec participation de la famille et des proches lorsque le patient le souhaite. Dans ce cadre, il s'agit de documenter systématiquement le projet thérapeutique dans le dossier patient informatisé du CHUV, et d'assurer le suivi du patient à partir de cette base. Les éléments importants de la prise en charge sont communiqués au médecin traitant par le biais d'une lettre de sortie envoyée rapidement après la fin de l'hospitalisation. Cette procédure, méthodiquement mise en œuvre, permet de mieux capter la volonté du patient et de ses proches ainsi que d'améliorer la continuité de la prise en charge.

Le danger réside en une approche excessivement communicationnelle au détriment de l'ajustement de la pratique clinique systématique des services. Aussi, avant d'être généralisée, cette initiative doit encore être testée et consolidée. Le CHUV va cibler quelques domaines dans lesquels de tels partenariats mériteraient d'être développés.

A noter enfin que plusieurs démarches visant à renforcer la relation entre patients et professionnels de la santé sont imbriquées. Le projet thérapeutique initial exige évidemment la participation du patient. Le programme qualité a été renforcé avec la création d'un comité structuré. La *Smarter Medicine* est engagée dans certains services. Les projets GPS+ (Gestion proactive des séjours) et ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) en chirurgie avancent. Tout cela constitue un tout homogène.

Si déjà certains services demandent un retour de la part du patient, l'institution n'est par contre pas encore prête à ce que d'anciens patients fassent partie des équipes médicales, selon l'expérience canadienne du patient partenaire. Par ailleurs, un apprentissage continu s'effectue par le biais des plaintes qui sont systématiquement analysées avec le service concerné et auxquelles il est systématiquement donné suite.

Enfin, du point de vue des humanités en médecine, les rapports annuels consacrés aux histoires cliniques des patients qui ne se sont pas déroulées de manière adéquate permettent l'élaboration de vignettes cliniques pour un enseignement vivant. La chaire à 40% est justement prévue pour cet enseignement pré- et postgradué tant chez les médecins que les infirmier-ères.

#### Chaire de médecine des populations vulnérables

La chaire de médecine des populations vulnérables est hébergée par Unisanté. Dans le cadre de ses missions de santé publique, Unisanté a des tâches relatives aux soins primaires, à l'accès aux soins et à la prise en charge des populations vulnérables. Il est confirmé qu'Unisanté travaillera en totale imbrication avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL) et le CHUV. Le règlement de la FBM a d'ailleurs récemment été modifié pour que, dans les domaines cliniques considérés, la moitié des postes soient occupés par des professeurs du CHUV et l'autre moitié par des professeurs d'Unisanté. Les différentes chaires – qu'elles relèvent d'Unisanté ou du CHUV – se trouvent donc regroupées sous un même toit facultaire, permettant le renforcement des liens. Dans le cadre des populations vulnérables, de fortes attaches se consolident avec le CHUV, par exemple concernant la santé mentale (soutien des pairs) ou l'ancrage de la réponse à l'urgence dans la communauté (ce afin d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge et éviter les recours successifs aux urgences par certains patients vulnérables).

#### Médecine génomique et éthique

Historiquement, la science médicale est passée de l'anatomie à la physiologie, de l'étude de l'organe à celle de la cellule, de la molécule puis, désormais, du génome qui se trouve à l'origine d'un certain nombre de pathologies, pas seulement des maladies rares. La génomique permet la mise au point de thérapies ciblées, limitant ainsi les dégâts collatéraux de traitements peu discriminants, ce dans toute une série de domaines (oncologie, cardiologie, etc.).

Si la génomique représente une médecine moderne et adaptée, il n'en reste pas moins qu'elle doit être utilisée de manière prudente. Elle doit faire systématiquement l'objet de confirmations scientifiques à travers des études fondamentales puis cliniques bien encadrées. En ce sens, les dimensions éthiques, légales, sociales et politiques doivent simultanément être creusées. Sur le terrain, un professeur d'éthique a été nommé, qui peut discuter concrètement avec les cliniciens des problèmes lorsqu'ils se posent pour un patient donné.

L'activité de la Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL) a momentanément fait l'objet d'un moratoire (recherches sur le matériel biologique de personnes identifiables), le temps de régler/affiner les questions de consentement éclairé du patient et de modalités d'information du patient en cas de découverte de risques de maladie. Tout projet de recherche de ce type fait en outre l'objet d'une validation de la part de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD). Depuis peu, le Professeur Dominique Sprumont, spécialiste du droit de la santé, en assure la présidence. Les vice-présidences sont toutefois assurées par des spécialistes de la santé.

#### Collaboration avec l'UNIL et la FBM et financement des mesures

L'UNIL et le CHUV entretiennent des relations régulières et denses. Chaque mois, le rectorat de l'UNIL et la direction du CHUV se réunissent pour passer en revue les projets communs ainsi que les nominations à titre académique. De même, les rapports entre la FBM et le CHUV se montrent constants et exemplaires. Les affaires communes sont traitées chaque semaine directement entre le doyen de la FBM et le directeur général du CHUV.

Au niveau du financement des mesures, il est précisé que les postes professoraux du CHUV et beaucoup de plates-formes de recherche sont financés par l'hôpital lui-même, alors que, dans les autres cantons, ce sont les universités qui assument ces charges. De même, dans les autres cantons universitaires, la pédiatrie et la psychiatrie ne sont pas intégrés dans le périmètre de l'hôpital universitaire. Ces disparités rendent difficiles les comparaisons intercantionales en matière d'allocation de Prestations d'intérêt général (PIG). Le Prof. Stefan Felder de l'Université de Bâle a été rendu attentif à cette problématique. Il n'en tient toutefois pas compte dans l'étude comparative mandatée par les cliniques privées suisses.

#### Accords avec les sociétés pharmaceutiques

Les recherches cliniques menées avec les entreprises pharmaceutiques font toujours l'objet d'un contrat vérifié par le service juridique du CHUV et contresigné par la direction générale du CHUV. Par ailleurs, ces recherches sont systématiquement soumises à la Commission d'éthique qui, outre le respect des aspects éthiques, évalue l'existence de conflits d'intérêts potentiels. Si des risques à ce niveau sont repérés, une Commission des conflits d'intérêts est saisie et préavisé à l'attention de la direction générale qui investigate et statue au final.

#### Immunothérapie

Il existe plusieurs types d'immunothérapie en oncologie. La manipulation des cellules lymphocytaires T, en vue d'attaquer certaines tumeurs, est en cours de développement au CHUV. Actuellement, six patients sont engagés dans le protocole de recherche clinique de phase 1.

L'immunologie porte plus généralement sur les mécanismes en lien avec les défenses immunitaires et qui interviennent dans presque toutes les maladies. Ces mécanismes varient en fonction des individus, de l'âge ou du type de pathologie en cause. Aussi, avant de débiter un traitement, il importe de connaître le profil immunologique du patient considéré.

Le Service d'immunologie du CHUV s'attaque à ces questions et constitue les connaissances à la base d'applications pratiques dans le traitement de beaucoup de maladies, notamment en oncologie. Immunologie et oncologie forment donc des domaines complémentaires où immunologues et oncologues sont amenés à travailler de concert.

Ces traitements ne sont pas encore validés par les instances fédérales compétentes en vue de leur remboursement par l'assurance maladie. Les demandes de validation auprès des instances fédérales se feront dans les années qui viennent pour chaque pathologie spécifiquement. A noter que l'immunothérapie lausannoise est basée sur le prélèvement de cellules du patient qui lui sont réinjectées après manipulation. En ce sens, les validations en cours portent sur des procédés et non pas sur des produits finis comme des médicaments.

En l'état, le coût des protocoles de traitement est assumé par l'Etat. Le nécessaire renforcement de ce financement passe par une rallonge de la Fondation Ludwig et une part cantonale encore à décider. Un financement par les industries impliquerait la propriété par ces dernières des brevets déposés. En l'occurrence, les brevets en cours de dépôt seront copropriété de la Fondation Ludwig et de l'Etat de Vaud.

Des investisseurs privés semblent néanmoins se montrer intéressés à travailler sous licence, aux conditions posées par les copropriétaires des brevets.

Ces traitements doivent être accessibles à toutes et tous afin d'éviter une médecine à deux vitesses, comme aux États-Unis par exemple où ce type de thérapies est également développé, mais réservé aux plus fortunés.

### Médecine complémentaire et hypnose

L'hypnose est exercée depuis plusieurs années au CHUV, notamment pour les grands brûlés et en pédiatrie. Au-delà de l'hypnose, au moins cinq autres médecines complémentaires doivent être développées, raison pour laquelle a été créé le Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC). Les médecines complémentaires sont pratiquées de manière hétérogène au sein du CHUV. Elles mériteraient d'être mieux organisées. A ce titre, Mme Chantal Berna Renella a récemment été nommée professeure associée responsable du CEMIC. Elle est en charge de rédiger un plan de développement du centre pour renforcer non seulement l'hypnose et la formation en la matière mais aussi pour consolider l'acupuncture et d'autres médecines complémentaires. Les investissements correspondants ont été prévus (financement du poste nouveau de professeur associé, allocation budgétaire supplémentaire de 100'000 francs par année sur 3 ans). L'idée consiste donc, comme pour l'approche gériatrique ou pour les soins palliatifs, à introduire de manière progressive les médecines complémentaires au sein du CHUV et à les structurer adéquatement, tant pour les patients en stationnaire qu'en ambulatoire (programme spécifique en cours en oncologie ambulatoire). Afin de pallier un exercice disparate des médecines complémentaires au sein du CHUV et des niveaux de formation pas toujours adaptés des praticiens concernés, un important effort de formation est planifié (cours pré et post-gradués, formations continues).

### Maladies infectieuses

L'hygiène hospitalière est en évolution permanente. Le CHUV a développé une détection précoce des patients entrant à risques infectieux. Les procédures d'isolement des patients infectés se montrent particulièrement strictes, surtout pour des infections résistantes aux antibiotiques connus. La politique d'hygiène globale, notamment pour ce qui concerne les infections véhiculées par les mains, s'améliore année après année. Les dernières statistiques démontrent ainsi que la prévention des infections par transmission entre soignants et patients et entre patients entre eux s'avère bien maîtrisée. A cela s'ajoutent toutes les formations, techniques et vérifications mises en œuvre pour éviter les infections lors de gestes techniques (pose de sonde urinaire par exemple).

Selon le directeur général du CHUV, pour ne parler que des escarres comme site d'infection, la meilleure stratégie réside dans la prévention : garder les patients le moins longtemps possible au lit (mobilisation précoce). Cette politique du CHUV est connue, vérifiée annuellement par des expertises inopinées, et couronnée de succès (diminution du taux d'escarres). Quant à l'évolution permanente des connaissances et recommandations, elle mérite d'être mieux discutée dans le cadre, par exemple, de la formation continue organisée par la Société vaudoise de médecine (SVM). Le chemin est en effet parfois long pour mettre fin à des pratiques inutiles.

### Neurosciences

Le directeur général du CHUV tient à relever que, dans le cadre d'une collaboration fructueuse entre le Service de neurochirurgie du CHUV et l'EPFL, sont développées les technologies prometteuses visant à faire marcher les patients paraplégiques. En partenariat privé-public et avec la SUVA, un centre est créé dans le but d'appliquer ces nouvelles technologies de manière beaucoup plus précoce que jusqu'à maintenant. Cette phase expérimentale au potentiel important se trouve donc en voie de réalisation concrète.

### Approvisionnement

Les récents événements nous ont montré les difficultés de s'approvisionner en matériel médical en temps de crise sanitaire exceptionnelle. En temps normal, la pénurie de certains médicaments à certaines périodes peut aussi toucher les hôpitaux suisses. Environ deux personnes au sein de la Centrale d'achats commune aux cantons de Vaud et de Genève se consacrent uniquement à la recherche de produits substitués ou de filières d'approvisionnement alternatives.

Ces pénuries sont souvent la conséquence de processus de rationalisation qui conduisent les industries pharmaceutiques à réduire les sites de production à un seul par substance. Suite à la crise du Covid-19, de



nouvelles mesures vont probablement être prises au niveau fédéral pour garantir un approvisionnement qui s'affranchisse de logiques exclusivement axées sur la rentabilité et le profit.

Un commissaire plaide pour la création de plates-formes européennes en la matière. Il s'avère en effet inacceptable que les instances helvétiques compétentes échouent à rendre disponibles en Suisse des médicaments qui se trouvent à disposition ailleurs.

### Gestion de l'informatique clinique

Le CHUV est certainement un des hôpitaux en Suisse les plus développés en matière d'intégration des données pour la prise en charge clinique des patients. Le dossier patient informatique intégré est utilisé au sein de l'établissement. Environ 4'000 médicaments administrés par heure passent ainsi par le système, et il est possible de connaître en temps réel, depuis n'importe quel poste informatique, quels sont les patients qui n'ont pas vu de médecin ou d'infirmier-ère depuis « n » heures ou quels sont les patients qui attendent depuis plus de « x » heures une radio de diagnostic, etc.

Il reste que, comme pour les autres hôpitaux universitaires du pays, beaucoup de projets de recherche disposent de leur propre base de données qui ne contient pas uniquement des informations de prise en charge clinique. Dès lors, les efforts dans ce domaine visent à garantir pour l'ensemble des registres :

- une gestion conforme aux standards définis en matière de consentement des patients, de modalités d'information aux patients et de protection des données ;
- une gestion plus efficiente (élimination des saisies multiples, création de *data warehouses* communs à la clinique et la recherche, intégration/interopérabilité des différentes bases de données à disposition).

Dans ce cadre, les principaux enjeux à relever sont :

- a) l'ouverture des systèmes d'information vers l'extérieur (accès pour le patient et son médecin traitant) ;
- b) l'optimisation de la prise en charge des patients sur la base d'un monitoring en temps réel, pour éviter les divers temps d'attente et mieux suivre l'évolution clinique des patients ;
- c) les aspects de sécurité/confidentialité.

Il est aujourd'hui difficile d'envisager la médecine au CHUV sans informatique. Aussi, le niveau de sécurité a été massivement accru : fonctionnement en parallèle de deux systèmes pour, en cas de panne, restaurer un système depuis le second ; existence d'un troisième système coupé d'internet en cas d'attaque/panne majeure ; retour possible aux applications manuelles/papiers en cas de coupure durable d'électricité.

Sur certains sujets, le CHUV a entamé des collaborations externes. Le CHUV est ainsi membre fondateur du *Center for Digital Trust* de l'EPFL, et collabore, notamment dans le cadre du *Swiss Personalized Health Network* (SPHN), à la recherche pour une meilleure utilisation des données disponibles (synthétisation d'informations pour faciliter l'évaluation de la situation clinique d'un patient et fournir des conseils sur les prochaines étapes utiles du traitement). En résumé, le CHUV se trouve très bien positionné dans le domaine de l'informatique et, comme toute entreprise, doit relever les importants défis qui jalonnent ce domaine.

### Lettres de sortie

Un commissaire souligne l'amélioration dans la rédaction et la transmission par le CHUV des lettres de sortie. Les efforts doivent néanmoins être poursuivis, en particulier pour accélérer dans certains services la transmission desdites lettres. Par ailleurs, de manière peu compréhensible, il reste très compliqué pour le médecin traitant d'obtenir le rapport de suivi psychiatrique d'un patient. Enfin, les recommandations professionnelles de prise en charge peuvent varier parfois rapidement. Il apparaît, dès lors, difficile de trouver le personnel en mesure d'adapter aux situations concrètes les recommandations « théoriques » intégrées au système d'information utilisé.

Le directeur général du CHUV insiste sur l'importance, dans le cadre d'une médecine de plus en plus transversale, d'éviter toute prise en charge en silos, et mentionne l'existence d'une procédure de suivi de la vitesse de transmission des lettres de sortie.

Cette question de la coordination entre les différents acteurs fera l'objet d'une analyse étayée dans le cadre de la réponse au postulat (19\_POS\_104) Carole Dubois et consorts – Étude sur les raisons des réadmissions hospitalières potentiellement évitables : mieux vaut prévenir que guérir.

### Prise en charge des personnes âgées

En comparaison internationale, la Suisse possède un taux d'intervention (pose de prothèses orthopédiques par exemple) chez les personnes âgées supérieur à la moyenne. Pour le directeur général du CHUV, l'âge est probablement le plus mauvais des critères pour décider ou non d'un traitement. Il reste que le CHUV travaille à éviter les soins dits inutiles et à proscrire l'acharnement thérapeutique, en particulier à travers l'élaboration de projets thérapeutiques raisonnables. Le déploiement du projet de gestion proactive des séjours montre des résultats positifs. Il permet une meilleure efficacité de la prise en charge, une meilleure communication avec les patients et entre professionnels, une diminution de la charge de travail et une meilleure satisfaction au travail.

Chaque nouvelle technologie, particulièrement si elle s'avère coûteuse, fait l'objet d'une évaluation médico-économique rigoureuse (détermination des risques et bénéfices). En parallèle, il convient de développer un service hospitalier de gériatrie efficace, en mesure de tempérer les ardeurs de certains praticiens particulièrement interventionnistes, ainsi qu'un service transversal de soins palliatifs pour des actions plus précoces et l'établissement de plans thérapeutiques cohérents.

Le système de santé dispose de suffisamment de capacités pour proposer la bonne offre de soins à chaque patient. Dans ce cadre, les efforts doivent dépasser le seul hôpital pour renforcer la prise en charge dans la communauté.

Un commissaire met l'accent sur l'évolution des attentes en matière de prise en charge des personnes âgées : un traitement jugé, il y a trente ans, comme inutile pour une personne âgée de 75 ans apparaît aujourd'hui comme indispensable. De plus, il convient désormais de gérer au mieux la prise en charge des personnes de 90 à 105 ans. Dans cette perspective, le respect des directives anticipées (lorsqu'elles existent) et de la volonté du patient importe, y compris pour ce qui concerne des personnes très âgées mais qui savent tout de même assez bien ce qu'elles souhaitent au niveau des soins. En la matière, l'écoute est le maître mot et constitue la seule voie pour définir, dans un cas concret, ce à quoi correspond un traitement « raisonnable ».

Le directeur général adjoint du CHUV assure que le dialogue se montre crucial dans l'élaboration, en début d'hospitalisation, de tout projet thérapeutique. A un autre bout, le respect des directives anticipées s'avère lui aussi essentiel. L'âge moyen des patients du CHUV est de 42 ans. Par contre, en médecine interne, cet âge moyen est proche de 85 ans. Les patients âgés séjournent plus longtemps à l'hôpital que les plus jeunes. Les hospitalisations plus fréquentes/longues des personnes âgées sont compensées par la réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers et le recours à la prise en charge ambulatoire.

## **5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET ET VOTES**

### **5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE**

L'art. 1 du projet de décret est amendé comme suit : « Le plan stratégique CHUV 2019-2023 **amendé** est adopté. Il fera l'objet d'un suivi conformément à la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux ».

L'art. 1 du projet de décret est adopté tel qu'amendé par 8 voix pour, 0 voix contre et 7 abstentions.

L'art. 2 du projet de décret est adopté par 9 voix pour, 0 voix contre et 6 abstentions.

## **6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET**

Le projet de décret tel que discuté et amendé par la commission est adopté par 9 voix pour, 0 contre et 6 abstentions.

## **7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET**

*La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret par 11 voix pour, 0 contre et 4 abstentions.*

## **PARTIE 2**

### **Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de la santé du Canton de Vaud 2018 – 2022**

#### **8. RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE SANTE – POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

Le Rapport de politique sanitaire a été introduit en 1997, au moment de l'avènement des Nouvelles orientations de politique sanitaires (NOPS).

Bien que rien n'oblige le département à poursuivre l'exercice, l'intérêt de définir des objectifs en santé publique et de les publier, garde toute son actualité.

Il s'agit de tracer les lignes de force d'un changement de paradigme (renforcement de la promotion de la santé ; révision de la centralisation excessive du système sur l'hôpital ; simplification de l'organisation des prestations, etc.) visant à assurer la durabilité du système de santé, en maintenant la population dans le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.

En préambule de l'étude point par point du rapport, sont évoqués quelques thématiques plus générales, concernant les soins à domicile et la prise en charge à domicile des patients psychiatriques.

La Société vaudoise de médecine (SVM) est auditionnée à sa demande.

En effet, la planification hospitalière que sous-tend le rapport dans certains de ses points, inquiète les médecins hospitaliers qui souhaiteraient être mieux associés à cette planification.

Il est fait état de trois catégories :

- a. La médecine hautement spécialisée réglée sur le plan national par un concordat inter-cantonal ;
- b. La médecine spécialisée qu'il convient de concentrer au niveau du canton ;
- c. Les prestations admises dans tous les hôpitaux régionaux.

A travers les groupements spécifiques de la SVM (médecins travaillant en EMS par exemple), les médecins s'engagent auprès de la DGS et de la communauté.

A travers le partenariat Etat-SVM, celle-ci échange avec l'Etat sur des problématiques variées.

#### **9. EXAMEN POINT PAR POINT DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE SANTE**

La discussion se fait selon la structure du rapport, qui est la suivante.

**Le rapport se divise en 8 champs d'action que sont :**

##### ***1. Promotion de la santé et prévention***

Appropriation au niveau local.

##### ***2. Système de soins***

Renforcement dans la communauté.

##### ***3. Santé des enfants et des jeunes***

Dans tous les milieux de vie.

##### ***4. Accès à des soins universels et adaptés***

En faveur des personnes en situation de vulnérabilité.

##### ***5. Valeurs en santé publique***

Pour une diffusion large.

##### ***6. Compétences en santé***

Responsabilité de tous les acteurs.

## **7. Qualité, sécurité, économie**

Au bénéfice du patient.

## **8. Conditions-cadres**

Pour l'efficacité du système de santé.

Le rapport de la commission met en exergue des points saillants de la discussion. Ceci par champs d'action dont le numéro sera rappelé.

### **Point 1**

La participation citoyenne se fait à travers les collectivités locales, les quartiers solidaires, les budgets participatifs et pourquoi pas, les députés et la CTSAP.

Dans ce contexte, se pose également la problématique du dossier informatisé du patient qui pour l'heure stagne toujours. Les associations de consommateurs et de patients devront bien expliquer les enjeux de ce dossier, malgré ou à cause de l'importance que les citoyens leur donnent, sous l'angle de la protection des données qui ne cesse de gagner du terrain auprès de la population.

### **Point 2**

Sont évoqués sous ce point les modèles de soins intégrés avec des interrogations à propos des régions de montagne mais aussi des régions à cheval sur deux cantons hospitalièrement parlant, comme la Broye et Riviera Chablais.

La position des pharmaciens est discutée : il est souligné leur importance dans le système de soins préventifs, mais il est souhaité que leur rémunération soit plus transparente.

Les cercles de qualité sont reconnus comme importants dans la maîtrise des dépenses de santé. Encore faut-il savoir les faire évoluer.

### **Point 3**

Ce point suscite de nombreux échanges, tant la santé des enfants et adolescents semble essentielle.

Deux points forts, le tabagisme et la transition de la prise en charge des adolescents entre 12 et 16 ans.

### **Point 4**

Il est question du difficile équilibre entre le respect de l'autonomie de la personne et la mise en œuvre de mesures contraignantes à des fins d'assistance.

### **Point 5**

La médecine de pointe ne va pas sans un débat éthique que le progrès thérapeutique doit induire.

Faire une mammectomie bilatérale sur la foi d'un test génique par exemple, nécessite non seulement une réflexion opératoire mais un questionnement éthique sur son bien-fondé.

### **Point 6**

Une compétence citoyenne en santé, limitée, peut induire des comportements quotidiens à risque et une sollicitation plus grande des prestations. L'éducation sanitaire des citoyens reste un bon moyen d'obvier à cette situation.

Ceci est important dans un contexte de médecine multiculturelle.

### **Point 7**

De nombreuses questions sont posées.

Sur le contrôle de la qualité, il est souligné qu'il faut préférer utiliser des indicateurs reconnus plutôt qu'en inventer sans cesse de nouveaux qui s'ajoutent aux indicateurs existants, sans les remplacer vraiment. Cela finit par paralyser les soins.

Le système ne doit pas être piloté par son financement seulement et il n'est pas prévu de paiements à la performance.

L'idée consiste plutôt à couvrir les trajectoires des patients entre la communauté et l'hôpital ou à l'intérieur de la communauté. Il en va ainsi des maladies chroniques.

Les commissaires se penchent avec passion sur les CMS et leurs prestations versus OSAD privée, mauvaise idée pour certains, belle occasion de choix pour les autres.

De manière plus précise, c'est l'important tournus des intervenants qui semble a priori opposer les deux types de prise en charge, les bénéficiaires étant très sensible à cet aspect des choses.

#### **Point 8**

Il est noté que d'importants changements se sont fait jour dans la manière d'envisager les soins, passant d'un mode protection de la population à une vision individuelle des soins et de la prévention, occultant par exemple les problèmes épidémiques.

S'y ajoute aussi des préoccupations environnementales sans que l'on en aperçoive clairement les conséquences.

Dans ce contexte, il n'est pas facile de mettre sur pied un système de santé cohérent et efficient.

Il faut du temps et, en matière de soins, le temps modifie sans cesse les données, fortement influencées par la recherche.

La commission, à l'unanimité, décide de ne pas se prononcer, en l'état, sur les objectifs de mi- législature qui ne peuvent de toute façon pas être amendés. Elle en prendra connaissance, le moment venu.

#### **10. VOTE DE LA COMMISSION**

*La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité des membres présents.*

Yverdon-les-Bains et Lausanne, le 23 mars 2020

*Le président et le vice-président :  
(Signé) Vassilis Venizelos et Philippe Vuillemin*