

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

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le bilan intermédiaire du plan stratégique 2019-2023
du CHUV**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 13 octobre 2022 et le 18 novembre 2022.

Présent-e-s : Claire Attinger Doepper (en remplacement de Sandra Glardon le 18.11.2022), Florence Bettschart-Narbel (en remplacement de Chantal Weidmann Yenny le 13.10.2022 et de Philippe Miauton le 18.11.2022), Josephine Byrne Garelli, Géraldine Dubuis (en remplacement de Rebecca Joly le 18.11.2022), Sandra Glardon le 13.10.2022, Claude Nicole Grin (en remplacement de Rebecca Joly le 13.10.2022), Sylvie Podio (présidence), Chantal Weidmann Yenny le 18.11.2022. MM. Sébastien Cala, Fabien Deillon, Nicola Di Giulio, Philippe Miauton le 13.10.2022, Gérard Mojon, Olivier Petermann, Cédric Roten, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mmes Sandra Glardon le 18.11.2022, Rebecca Joly le 13.10.2022 et le 18.11.2022, Chantal Weidmann Yenny le 13.10.2022. M. Philippe Miauton le 18.11.2022.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat. MM. Philippe Eckert, Directeur général du CHUV, Raymond Yerly, Adjoint au directeur général du CHUV, Urs Benz, Chef de service, Projets et organisation stratégiques, CHUV.

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le directeur général du CHUV livre une présentation détaillée du bilan intermédiaire. La présentation est à disposition des député-e-s qui la demandent.

Outre un aperçu des éléments contenus dans le rapport, la présentation relevait que le plan 2019-2023 était ambitieux. Il touchait toutes les infrastructures et les missions d'un hôpital universitaire. Il prévoit 154 mesures et 35 projets. Il est relevé un avancement satisfaisant, malgré la crise COVID. Toutefois il apparaît nécessaire à l'avenir de diminuer le nombre de mesures et de projets.

La présentation donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

3. DISCUSSION GENERALE

La volonté de resserrer à l'avenir le nombre foisonnant de projets est rassurante. Pourrions-nous être informé-e-s sur les types de projets qui seront abandonnés ?

Il existe plus de 100 projets de développement informatique. Une série de ces projets sont en train d'être stoppés, sauf s'ils sont proches de l'achèvement. Le dossier patient-e informatisé va être changé dans les 5 ans et le développement de nouvelles prestations du logiciel Soarian va ainsi s'interrompre.

Pourquoi les problèmes stratégiques récents/actuels (pandémie, pénurie de personnel, pénurie de médicament) ne sont-ils pas abordés dans le présent bilan intermédiaire ?

Le bilan intermédiaire prend l'option de s'en tenir aux objectifs fixés dans le Plan stratégique du CHUV 2019-2023. Les « nouvelles » problématiques seront traitées dans le prochain Plan stratégique du CHUV 2024-2028. Ce plan ne verra pas la déclinaison de 190 projets suivis pendant 5 ans. Autant les orientations stratégiques doivent être clairement posées, autant il importe de disposer de suffisamment d'agilité.

À la suite de cette discussion préliminaire, la commission passe en revue le bilan intermédiaire.

4. LECTURE DU BILAN INTERMEDIAIRE

Résumé (p. 1)

L'ambition louable de conjuguer, au sein même de l'hôpital, sciences et humanité relève d'un objectif transversal. Un développement plus élaboré de la dimension « humanité » serait toutefois le bienvenu.

Avec la Faculté de biologie et de médecine, le CHUV a créé l'Institut des humanités en médecine (IHM), issu en bonne partie de l'ancien Institut d'histoire de la médecine. Les aspects développés concernent la relation entre les patient-e-s/proches et les professionnel-le-s, l'éthique, la spiritualité, les dimensions sociales et politiques. Des professeur-e-s de droit viennent de même d'être engagé-e-s à temps partiel à l'IHM. L'étape suivante consiste à développer encore plus la pratique clinique autour de la question du/de la patient-e partenaire (co-construction du projet thérapeutique).

Le rapport mentionne que « Les moyens financiers alloués ont conduit à une sélection stricte des projets de développement. Ceux-ci sont pour leur grande majorité autofinancés ». Qu'est-il entendu ici par autofinancement ?

Les 35 projets stratégiques (dont découlent plus de 150 mesures) sont financés par le biais du fonds de développement du CHUV (nomination de chef-fe-s de projet, élaboration d'outils logiciels, etc.). Parmi les 150 mesures, beaucoup relèvent de l'évolution usuelle d'un service, avec le budget dont ce dernier est doté. Le fonds de développement ne finance que les grands projets stratégiques, à hauteur de 1 à 3 millions par année.

Mise en œuvre du plan (p. 4)

Le CHUV a-t-il renoncé à certains objectifs pour se concentrer sur d'autres ?

Le bilan intermédiaire de juin 2021 correspond à un état des lieux en avril 2021. La réalisation de certains objectifs a été retardée, mais aucun objectif n'a été abandonné. Certains projets seront par contre reportés au prochain plan stratégique.

Impact de la pandémie Covid-19 (p. 5)

Quels types d'effets bénéfiques sont-ils sortis du ralentissement de nombreux projets et développements en raison de la crise sanitaire ?

Lors de la crise pandémique, une partie des collaborateurs-trices ont été mobilisé-e-s pour prendre en charge les patient-e-s. D'autres ont été arrêté-e-s ou ont vu leur activité réduite. Cela a permis de repenser l'orientation ou la mise en œuvre de certains projets. Aucun projet n'a été arrêté ; la conception et la réalisation des projets ont parfois été modifiées.

Pourquoi le rapport du Conseil d'État date de juillet 2022 seulement, alors que le bilan intermédiaire date de juin 2021 déjà ?

Le retard est imputable au CHUV qui a déposé le bilan intermédiaire en juin 2021. Les allers et retours avec la Direction générale de la santé (DGS) et le DSAS ont ensuite pris du temps, la direction du CHUV étant alors encore passablement accaparée par la gestion de la crise Covid.

Évaluation des objectifs et des projets mis en œuvre (p. 6)

Pourquoi l'évaluation (smiley de couleur) d'une mesure et le degré de réalisation ne concordent-ils pas toujours ?

Les évaluations effectuées sont de nature indicative. L'idée consiste à donner une image globale de l'état de santé du projet considéré. Il s'agit dès lors d'estimations. Le pourcentage correspond au degré d'atteinte de l'objectif concerné ou au degré d'avancement de la mesure considérée. Il s'agit à nouveau d'estimations.

Ainsi, par exemple, un projet peut avoir débuté tardivement (faible degré d'avancement) mais bien se dérouler (évaluation positive).

1.3 Développer l'attractivité du CHUV pour les patient-e-s et les proches, et la qualité de la collaboration avec les partenaires du système de soins (p. 8)

Consacrer beaucoup d'argent à développer l'attractivité du CHUV ne provoquerait-il pas le mécontentement de la médecine privée ?

Le terme d'attractivité ne doit pas être compris dans un sens économique de captation de parts de marché mais dans le sens d'une amélioration de l'expérience du/de la patient-e et des proches au CHUV.

De manière plus pratique, en quoi consiste le projet ProMouv ?

L'idée consiste à ce que le/la patient-e qui nécessite une hospitalisation monte rapidement dans les étages, sans séjour de 24 heures aux urgences (prise en charge directement par l'équipe qui va s'occuper de l'entier du séjour hospitalier). Par ailleurs, à chaque minute de l'hospitalisation, il existe évidemment un-e médecin responsable du/de la patient-e. Toutefois, l'objectif consiste désormais à ce que, dans les 24 heures, un-e cadre assure la responsabilité de l'ensemble du séjour du/de la patient-e considéré-e. Le but est ainsi d'éviter les fractionnements de la prise en charge et d'en améliorer la coordination.

1.7 Poursuivre les démarches ambulatoires dans le domaine de la santé mentale, et notamment réorganiser le dispositif de la pédopsychiatrie [...]

Selon le rapport « [...] une véritable planification sanitaire à moyen et long terme ainsi qu'un concept d'organisation générale des ressources pédopsychiatriques dans le canton doivent encore être élaborés ». Qui a la responsabilité de cette élaboration et dans quel délai ?

La DGS a la charge de ce dossier, en collaboration avec la Fondation de Nant (pour la région sanitaire Est) et le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) (pour les trois autres régions sanitaires). Pour l'heure, les délais ne sont pas fixés. Le dossier est évolutif et itératif. Les discussions sont en cours. La coordination est étroite entre le CHUV et la Fondation de Nant. En cas de besoin, le CHUV apporte son soutien à la fondation qui, en l'état, nourrit une réflexion en son sein.

2.1C Poursuivre et consolider les neurosciences

« [...] malgré les efforts importants déployés en vue de rapprocher les activités de recherche du Département des neurosciences cliniques (DNC), du Département des neurosciences fondamentales (DNF) de la Faculté de biologie et de médecine (FBM) et du Département de psychiatrie (DP) du CHUV, aucune avancée concrète n'a pu être réalisée dans ce domaine. Cela reste le point noir des Neurosciences CHUV-UNIL qui, du fait de leur dispersion, restent insuffisamment reconnues au regard de leur potentiel ». Quelles sont les raisons de cette dispersion et des difficultés de collaboration ?

Cette question concerne l'Université de Lausanne (UNIL) et la FBM puisqu'il s'agit d'activités académiques et, essentiellement, de recherche. La difficulté consiste à définir des projets communs de recherche. Depuis l'élaboration du bilan intermédiaire, les choses évoluent favorablement. A la faveur de l'arrivée de nouvelles personnes, des collaborations qui n'avaient pas pu être lancées sous le décanat précédent sont en train de se mettre en route. Il convient de donner encore un peu de temps au renforcement de ces collaborations.

2.2 Développer le pôle des maladies infectieuses

Filière sepsis et choc septique : les taux de mortalité, de réadmissions et de réopérations potentiellement évitables sont actuellement supérieurs à la norme. Le rapport de l'expert indépendant Yves Egli « Evolution récente du taux de réadmissions potentiellement évitables dans le canton de Vaud – Expertise en lien avec le postulat déposé par Carole Dubois et consorts » peut-il être utile pour diminuer ces taux supérieurs à la norme ?

Il semble évident que le choc septique peut être une cause de complication voire de réadmission hospitalière. Le rapport Egli est néanmoins de nature plus générale, élaboré sur la base des indicateurs globaux fournis par les hôpitaux. Au CHUV, la filière sepsis qui se met en place comprend plusieurs volets : développement d'alertes informatiques sur la base de paramètres mesurés sur le/la patient-e (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, etc.), formation à la détection du choc septique pour les médecins qui ne sont pas tous-

infectiologiques, renforcement de l'équipe de prise en charge des maladies infectieuses afin d'apporter les réponses adéquates. Ce programme, qui comprend bon nombre de projets pilotes d'enseignement et d'information (prospectus), est quasiment en place et se déploiera dans l'entier du CHUV d'ici à l'été prochain. Les réopérations relèvent d'une autre problématique. Les nouveaux programmes de simplification de la prise en charge opératoire des patient-e-s-ne prévoient par exemple plus la pose de drain. Or, l'absence de drain peut, de temps à autre, provoquer l'apparition d'un abcès dont l'ablation nécessite une deuxième opération. Un équilibre doit ainsi être trouvé entre les différentes techniques mises en œuvre.

2.6 Développer les humanités dans l'enseignement, la recherche et la pratique clinique

Un-e commissaire observe que cette section occupe à peine une demi-page alors que le résumé du rapport en page 3 évoque l'ambition de conjuguer, au sein même de l'hôpital, sciences et humanité. En ce sens, dans les rapports futurs, ce point doit être davantage développé.

2.7 Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement (p.16)

Le rapport mentionne : « [...] l'examen européen en médecine d'urgence est maintenant reconnu comme équivalent à l'examen suisse. Si cette évolution est à saluer, elle ne constitue pas un titre de spécialiste et repousse sa création à une date inconnue, empêchant la reconnaissance des titres d'urgentistes étrangers ». Comment expliquer cette apparente contradiction ?

Aujourd'hui en Suisse, la médecine d'urgence fait l'objet d'Attestations de formation complémentaire (AFC). Il ne s'agit toutefois pas d'un titre FMH (Fédération des médecins suisses) ou, désormais, d'un titre ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue). Il n'existe donc pas de spécialité principale de médecine d'urgence. Créer un tel titre de spécialité principale est une volonté de longue date des médecins urgentistes mais n'a pas encore abouti. Des titres de médecin urgentiste existent à l'étranger et la difficulté réside dans le fait que ces titres ne peuvent pas être reconnus en Suisse car n'existant pas en Suisse pour l'instant. Le problème n'est pas lié au CHUV mais se situe au niveau national. La médecine interne générale ou la chirurgie ne voient en effet pas forcément d'un très bon œil l'émergence d'un titre de spécialiste en médecine d'urgence, quand bien même la totalité des hôpitaux universitaires et la très grande majorité des hôpitaux régionaux ont nommé des médecins uniquement dévolus aux urgences.

Pourquoi des places de formation en soins intensifs semblent-elles manquer ? Combien d'urgentistes seront-ils/elles nécessaires pour combler le déficit général d'effectif en la matière ?

L'obtention des AFC en médecine d'urgence implique un stage de six mois ou une année d'anesthésie. Un goulet d'étranglement se forme à ce niveau : les services d'anesthésie forment déjà beaucoup de praticien-ne-s dans cette spécialité pour répondre au besoin en la matière. Le nombre de places de formation pour une année seulement se trouve limité pour les personnes en provenance d'autres spécialités. A l'inverse, les anesthésistes n'ont pas besoin d'une année aux urgences pour devenir anesthésiste. Les soins intensifs recourent eux aussi aux anesthésistes. Comme la formation de ces derniers-ères demande au moins six mois de soins intensifs, la situation s'avère plus facile, des échanges pouvant être effectués entre services d'anesthésie et services de soins intensifs. Ces problèmes d'organisation de la formation au plan hospitalier ont bien pu être résolus au CHUV par une meilleure collaboration entre l'anesthésie et la médecine d'urgence.

« [...] le soutien de l'Association Vaud-Genève pour pouvoir disposer de postes de formation en anesthésie pour des futur-e-s urgentistes reste indispensable ». Où se situent les blocages ?

Au plus fort du problème, il a été envisagé de recourir à l'Association Vaud-Genève, lieu de collaborations multiples dans les domaines médicaux et de la formation. Les difficultés en matière de formation des médecins, qui vont par vagues, ne sont actuellement plus aussi aiguës. La solution est venue de l'ouverture de postes de formation en anesthésie dans les hôpitaux régionaux, en particulier Morges et Yverdon-les-Bains, permettant de répondre aux besoins de la médecine d'urgence.

3 Axe 3 – Ressources humaines

Pourquoi l'évaluation des projets est-elle positive alors même qu'il semble exister au CHUV un problème lancinant de gestion des ressources humaines ?

Pour la cheffe du DSAS, il n'y a pas un problème global de gestion des ressources humaines au CHUV, ni un problème qui soit spécifique au CHUV. La pénurie de personnel de soins touche aussi les hôpitaux régionaux, les EMS, les CMS ainsi que les autres cantons. Le thème de la pénurie de personnel figurera en bonne place dans le prochain plan stratégique du CHUV. Le dernier plan stratégique a en effet été rédigé avant la phase aiguë de cette pénurie, aggravée par la crise du coronavirus. L'Hôpital du Valais a ainsi pu mettre en évidence, après chaque pic de la pandémie, une vague de démissions du personnel soignant. Il a été demandé au CHUV de réaliser pareille enquête.

Le directeur général du CHUV rappelle que le dernier plan stratégique, rédigé en 2017-2018, comprend un programme de soutien aux collaborateurs-trices. Le bilan intermédiaire se borne à évaluer ce programme. Des difficultés nouvelles sont survenues, en particulier la fuite de professionnel-le-s à la suite de la pandémie. L'Inselspital a ainsi dû fermer jusqu'à 200 lits par manque d'infirmiers-ères. Cela n'est jamais arrivé au CHUV qui a réussi tant bien que mal à conserver suffisamment de personnel, même s'il n'est pas possible d'ouvrir des lits supplémentaires. Dans cette ligne, un programme de soutien à la maternité a récemment été engagé (automaticité des remplacements en cas de congé maternité, projet de création d'une crèche avec horaires élargis, mise en place de salles d'allaitement).

Dans les années 1980, il existait peu de débouchés pour un-e infirmier-ère souhaitant donner une autre orientation à sa carrière. De nos jours, dans quels secteurs du marché se reconvertissent les infirmiers-ères ?

Un panorama complet manque. Certaines personnes quittent complètement le domaine des soins : ouverture d'un café villageois, boulangerie artisanale, etc. D'autres, grâce à leur formation de base en soins infirmiers et aux possibilités de formation continue, peuvent quitter le domaine des soins très aigus de la médecine intensive ou de la médecine d'urgence et s'installer dans d'autres types de soins (soins à domicile voire travail social) où il existe une demande importante. La cheffe du DSAS se tient à disposition dans le cadre d'une éventuelle présentation, en temps opportuns, des travaux de l'Infirmière cantonale en lien avec la mise en œuvre de l'initiative « Pour des soins infirmiers forts ! »

Un-e commissaire rappelle l'importance de concilier au mieux vie professionnelle et familiale dans un métier majoritairement féminin, aux horaires ardu. Dans ces conditions, il s'avère en effet difficile de présenter une carrière linéaire sur plus de 40 ans.

3.3 Consolidation des programmes de formation dans tous les métiers de l'hôpital, développer l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative [...] (p.18-19)

« Le projet REFORMER [...] et les nouvelles dispositions sur l'admission des fournisseurs de prestations vont profondément modifier le nombre de médecins en formation ». Y a-t-il un risque de diminution du nombre des médecins en formation alors même que les facultés de médecine sont prises d'assaut par les étudiant-e-s ?

Ce projet, qui en est à ses tout débuts, vise, dans le domaine aujourd'hui peu régulé de la formation médicale, à pallier le manque ou la pléthore de spécialistes qui se dessine dans certaines spécialités (encadrement des choix de formation sur la base des perspectives d'installation ou de travail à l'hôpital à l'issue de la formation). Ce vaste projet en cours requiert l'assentiment de l'ensemble des sociétés de médecine et groupements spécialisés. Concernant l'admission des fournisseurs de prestations, la loi fédérale impose une adaptation de la législation cantonale. En concertation étroite avec la Société vaudoise de médecine (SVM), tout un travail a été accompli à propos de la médecine de premier recours. Un communiqué de presse a récemment informé qu'il n'y aurait ainsi pas d'application par le Conseil d'État d'une clause du besoin en matière de médecine de premier recours, afin d'éviter une sous-couverture des besoins dans le canton. Le travail doit se poursuivre avec les autres spécialités de la médecine (groupements de spécialistes de la SVM qui disposent d'informations plus détaillées par exemple sur les taux d'activités des praticien-ne-s et les départs planifiés à la retraite).

Deux commissaires saluent le rôle pionnier du Conseil d'État vaudois et du CHUV concernant la formation des infirmiers-ères clinicien-ne-s spécialisé-e-s (ICLS) et des infirmiers-ères praticien-n-s spécialisé-e-s (IPS). Quelle est la différence entre ICLS et IPS ? Quel potentiel les ICLS et IPS représentent-ils/elles de réduction de la pénurie de médecins généralistes ? Quelles sont les limites d'une telle solution ?

Les ICLS sont au bénéfice d'une formation complémentaire de soutien des équipes de soins de l'hôpital, dans le cadre par exemple du déploiement (concrétisation, diffusion, accompagnement) de nouveaux programmes (lutte contre les escarres...). Les IPS développent des compétences propres permettant, sous délégation médicale, la prise en charge autonome de patient-e-s. De telles compétences sont utiles dans les régions à faible densité médicale et/ou pour assurer la continuité de la prise en charge de patient-e-s atteint-e-s de pathologies chroniques. La dizaine d'IPS formé-e-s jusqu'ici travaillent au CHUV.

Dans le cadre du projet « Vieillir 2030 », il est prévu de déployer un IPS en EMS et de tester ainsi le concept. A terme, l'idée consiste à étendre l'activité de ce type de professionnel-le-s aussi aux cabinets médicaux : projet MOCCA (Modèle de coordination des cabinets) qui voit des ICLS fonctionner en binôme avec un-e médecin généraliste installé-e. Ces projets pilotes, salués de toutes parts, sont pour l'instant entièrement financés par le Canton. Le défi consiste dès lors à valoriser ces expériences (qualité, économicité de la prise en charge) et à entrer en négociation avec les assureurs afin d'obtenir un financement par les tarifs. Le Canton de Berne s'intéresse de même aux IPS. Une démarche conjointe des deux cantons est ainsi envisageable.

Un-e commissaire confirme l'espoir que place le Groupement hospitalier de l'ouest lémanique (GHOL) dans les IPS en gériatrie. Les assureurs devraient être sensibles aux économies réalisées par l'action des IPS permettant d'éviter des hospitalisations. Cette personne émet le vœu d'un déploiement des IPS dans les domaines de la gériatrie, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), du diabète, de l'hypertension artérielle et des maladies respiratoires.

3.4 Améliorer l'organisation du travail (jobsharing, travail à domicile, etc.)

A quel stade se trouve la réflexion d'ouvrir un centre de vie infantine (CVE) de 44 places interne au CHUV ?

Le projet est en bonne voie. Des discussions sont en cours avec le Département de la culture, des infrastructures et des ressources humaines (DCIRH) en charge de l'accueil de jour.

Une crèche est-elle prévue dans le futur Hôpital des enfants ?

Non, d'où le projet de création d'un CVE dans le périmètre de la Cité hospitalière.

5 Axe 5 – Système d'information

Vu l'obsolescence propre à l'informatique et les progrès réalisés en médecine, à quelles adaptations de l'informatique au CHUV doit-on s'attendre ? Quels sont les défis en la matière ?

La sécurité informatique (lutte contre les cyber-attaques, etc.) a beaucoup été renforcée. Le futur proche de l'informatique du CHUV présente plusieurs volets :

- a) le remplacement du logiciel de gestion administrative des patient-e-s AXYA (projet Darwin) ; l'appel d'offres a été lancé ;
- b) le remplacement vers 2030 du système comptable KAYAK ;
- c) le remplacement du dossier patient informatisé SOARIAN dont le développement, notamment dans le domaine oncologique, s'arrête en 2022 et qui ne sera plus soutenu par la firme Oracle en 2027 ni même exploitable en 2028.

Aujourd'hui, la numérisation des hôpitaux passe par des systèmes beaucoup plus vastes et intégrés, qui prennent en compte non seulement les informations habituelles à traiter mais aussi les données en lien avec la médecine génomique, la médecine personnalisée et le *big data*. Ces grands outils intégratifs, par exemple la solution EPIC, proposent, au-delà du dossier patient informatisé, une conduite globale de la prise en charge du/de la patient-e (par exemple, l'automatisation de la prise de rendez-vous selon le protocole établi). Cette structuration de la prise en charge améliore l'efficacité de cette dernière et soulage le personnel soignant (meilleure coordination et fluidité des processus). Cette numérisation des hôpitaux, réalisée depuis quelques années aux Etats-Unis, constitue le chemin emprunté en particulier par les hôpitaux universitaires suisses. Il s'agit du gros défi de ces prochaines années.

La cheffe du DSAS précise que le remplacement de SOARIAN représente un enjeu majeur pour le CHUV dans le cadre de la présente la législation. Compte tenu de la contrainte temporelle évoquée, les décisions en

la matière doivent être effectuées à relative brève échéance et engagent sur le long terme, une vingtaine d'années au moins. L'aspect financier de l'opération s'avère central, les coûts se montrant très importants (investissement de l'ordre de 200 millions auquel s'ajoutent les frais d'exploitation du système). Des discussions approfondies doivent avoir lieu avec le Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI), la Commission des finances et, finalement, le Grand Conseil pour trouver la meilleure solution, dans le cadre d'une vision stratégique partagée des systèmes d'information (SI) des hôpitaux universitaires suisses.

L'achat groupé d'un même SI par tous les hôpitaux universitaires suisses ne permettrait-il pas de réaliser des économies d'échelle ?

Berne a fait l'acquisition d'EPIC et va déployer ce logiciel. Le marché est conclu. Zürich a développé depuis plus de 20 ans avec les hôpitaux régionaux une solution propre qui arrive toutefois en bout de course. Malgré les difficultés à changer de cap, Zürich songe donc sérieusement à acquérir ce SI intégré. Bâle a stoppé le déploiement d'un nouveau logiciel ne répondant finalement pas aux besoins et engage la réflexion sur l'acquisition d'EPIC. Il est hautement probable que quatre des cinq hôpitaux universitaires suisses disposent du même outil. Cependant, compte tenu de contraintes temporelles différentes pour chaque établissement, la synchronisation n'est pas évidente pour un appel d'offres commun.

Dans la réflexion sur le choix du futur SI du CHUV, est-il tenu compte des besoins des autres partenaires (hôpitaux régionaux, EMS, soins à domicile, etc.) en vue notamment du partage des données ?

Une intense collaboration existe entre le CHUV et la Fédération des hôpitaux vaudois informatique (FHVI). Pour l'instant, les hôpitaux de la FHV utilisent de même SOARIAN et sont donc aussi confrontés au remplacement à terme de cette solution informatique en raison de l'arrêt programmé de son exploitation. Il est possible que les différents hôpitaux de la FHV s'orientent vers différents outils informatiques. Cependant, il apparaît assez clairement que la solution envisagée pour le CHUV n'est pas adaptée à des hôpitaux de plus petite taille. Les besoins d'un hôpital universitaire (recherche académique en plus de la mission clinique et de formation) ne sont pas les mêmes que ceux d'un hôpital régional. Dans ce contexte, l'exigence d'interopérabilité de tous les systèmes choisis doit être posée. Le directeur général du CHUV précise qu'une visite a été effectuée à l'Hôpital de Lucerne qui se dote du grand SI intégré EPIC. Dans cette opération, l'Hôpital de Lucerne est en train de se connecter aux cabinets médicaux en ville. Un très gros système peut donc disposer de la capacité à interagir avec des outils beaucoup plus légers. Il est en effet indispensable de mettre les informations en réseau.

Un-e commissaire relève que, dans les cabinets médicaux, il existe une dizaine de solutions logicielles différentes permettant d'interagir avec le Dossier électronique du patient (DEP). Dans ce contexte, les développeurs-euses doivent être particulièrement vigilant-e-s à la problématique de l'interopérabilité. Par ailleurs, l'utilisation du DEP n'est pas aisée ; des doutes peuvent ainsi être émis sur la capacité de personnes très âgées/affaiblies par la maladie à maîtriser l'outil. La question se pose dès lors de la désignation de la personne qui endosse la responsabilité d'ouvrir un DEP pour un-e patient-e qui n'est pas placé-e sous curatelle.

La cheffe du DSAS se dit consciente des défis à relever et, notamment, de l'importance à simplifier l'accès au DEP. L'Association CARA (cantons de Genève, du Valais, de Vaud, de Fribourg et du Jura), qui porte le DEP pour une grande partie de la Suisse occidentale, y travaille.

Divers

Quelle est la logique qui sous-tend l'annonce récente de l'engagement d'une équipe d'expert-e-s externe pour améliorer la santé financière du CHUV ?

Après ces deux années de pandémie, la situation financière du CHUV est mauvaise, comme celle d'autres hôpitaux en Suisse. Le déficit du CHUV pour 2022 est estimé pour l'instant à 25 millions. Tout doit donc être entrepris pour éviter une péjoration de la situation ce qui nécessite l'élaboration d'un plan de retour à l'équilibre financier. À ce titre, la direction générale du CHUV travaille sur un programme nommé Impulsion. Une fois le plan Impulsion finalisé, il importe de le passer au crible de la vision d'une expertise externe expérimentée, sans que cela soit perçu comme la mise en place d'un programme d'austérité du type Orchidée. Cet accompagnement extérieur ne cherche pas à contraindre le CHUV mais à nourrir la réflexion et l'action par un avis d'expertise externe, comme cela se fait en maintes autres occasions. Le directeur général du CHUV précise que le plan Impulsion vise la lutte contre le gaspillage des ressources (matérielles

et humaines), l'amélioration de l'efficacité ainsi qu'un meilleur contrôle des coûts et des revenus. Toutes les directions transverses, tous les départements et les services médico-cliniques ont été interrogés. Plus de 150 idées ont été fournies comme l'amélioration de la saisie des prestations pour facturation, la réduction des envois par papier (économie de l'ordre de 800'000.- francs par année), la diminution de la prescription de médicaments hors liste (préférence accordée aux médicaments génériques, économie entre 500'000.- francs et 1,5 million par année) ou le perfectionnement de la gestion des flux de patient-e-s (coordination pour mieux absorber l'engorgement). Les idées existent et il convient maintenant de les décliner en projets concrets. Dans ce cadre, il apparaît extrêmement intéressant de bénéficier d'un soutien expérimenté externe. Un tel accompagnement de haute qualité se montre particulièrement utile pour s'assurer de ne pas passer à côté d'actions non repérées pourtant pertinentes et faciliter l'acceptation des mesures d'amélioration engagées qui, si elles sont souhaitées par la majorité des collaborateurs-trices, peuvent aller à l'encontre de pratiques établies (*change management*).

5. CONCLUSION

La commission prend acte du rapport du Conseil d'Etat et recommande au Grand Conseil d'en faire de même.

Morges, le 1^{er} février 2023.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*