

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

Postulat Josephine Byrne Garelli et consorts au nom du PLR - Etude sur les possibilités d'allègements administratifs pour les médecins assistants-es et les chefs-fes de clinique

1. PRÉAMBULE

La commission s'est réunie le 23 février 2024.

Présent·e·s : Mmes Claire Attinger Doepper (en remplacement de Sandra Pasquier), Josephine Byrne Garelli, Rebecca Joly, Sylvie Podio (présidence), Chantal Weidmann Yenny, Valérie Zonca (en remplacement de Géraldine Dubuis). MM. Jean-François Cachin (en remplacement de Philippe Miauton), Sébastien Cala, Fabien Deillon, Nicola Di Giulio, Gérard Mojon, Olivier Petermann, Cédric Roten, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier. Excusé·e·s : Mmes Géraldine Dubuis, Sandra Pasquier. M. Philippe Miauton.

Représentant·e·s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Cheffe du DSAS, Laurence Boland, Directrice de la Direction hôpitaux et préhospitalier, Direction générale de la santé (DGS). M. Gianni Saitta, Directeur général de la DGS.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

La postulante rappelle qu'une enquête de l'Association suisse des médecins assistant·e·s et chef·fe·s de clinique (ASMAC) fait ressortir que les doléances desdits médecins et chef·fe·s de clinique se portent principalement sur leur surcharge administrative qui les fait régulièrement dépasser les normes prévues par la loi sur le travail. Dans une émission de la Radio Télévision Suisse (RTS) du 6 février 2024, un médecin de l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) témoignait avoir accumulé 117 heures supplémentaires en trois mois. Un autre médecin regrettait que le contact humain, mis en avant tout au long des études de médecine, relève dans les faits d'un mythe. Ce médecin indiquait passer personnellement deux heures par jour auprès de sa patientèle, le reste devant son ordinateur. Un article du 22 février 2024 intitulé « Médecins au bord de la crise de nerf » relevait l'aspect de plus en plus contraignant des tâches administratives qui poussent les médecins à la déprime et au burnout, avec un taux de suicides plus élevé que par le passé.

Le problème que représente le travail administratif touche de même les EMS et le personnel soignant. Le postulat se focalise néanmoins sur les possibilités d'alléger la charge administrative des médecins assistant·e·s et chef·fe·s de clinique. En effet, vu la longueur des études de médecine et la hauteur des rémunérations servies, il apparaît aberrant que les médecins passent l'essentiel de leur temps de travail devant un ordinateur plutôt qu'auprès de la patientèle. On doit dès lors s'interroger sur les outils à disposition des médecins afin de gérer le travail administratif (trace des examens, diagnostics, actes médicaux et prescriptions qui concernent un·e patient·e à l'hôpital) et alléger les tâches administratives au profit des soins eux-mêmes.

3. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

La thématique abordée, largement connue, préoccupe passablement les hôpitaux. La problématique de la charge administrative importante et déprimante dépasse le cadre du canton de Vaud et de la Suisse, et touche l'ensemble du personnel soignant, au-delà du seul personnel médical.

En 2015, une étude a été réalisée au CHUV concernant l'organisation de la journée du/de la médecin assistant·e au sein du Service de médecine interne. Elle soulève la question d'une définition partagée de ce que recoupe véritablement la charge administrative des médecins. À ce titre, plusieurs éléments interviennent :

- les évolutions propres à la discipline médicale et au rôle du/de la médecin ;
- les évolutions propres à la prise en charge hospitalière ;
- les évolutions de nature sociétale (notamment complexification du profil des patient·e·s).

Certaines tâches administratives font partie de l'essence-même du travail médical (documentation des cas). D'autres sollicitations s'ajoutent souvent : ressaisies d'informations en provenance d'un autre prestataire en vue d'assurer la continuité des soins, réponses aux demandes de justification de la part des assurances, correspondance en lien avec la justice de paix, déclarations obligatoires des maladies transmissibles, etc. Toutes ces tâches s'exécutent dans le contexte englobant du dossier patient informatisé (application Soarian au CHUV et dans la plupart des hôpitaux de la FHV). En raison de son caractère obsolète, le logiciel Soarian doit être remplacé, ce qui représente un immense chantier et un investissement massif. La nouvelle solution informatique mise en œuvre pourrait participer à l'allègement des contraintes administratives décriées.

De manière plus spécifique, les sources suivantes de surcharge administrative peuvent être soulignées :

- la complexification du travail médical hospitalier découlant de la complexification des cas à traiter ;
- le regard de la patientèle sur le corps médical (degré de confiance du/de la patient·e envers son·sa médecin, nécessité de dialoguer davantage avec une patientèle par ailleurs plus informée, volonté de donner davantage de pouvoir au·à la patient·e dans le cadre de la relation thérapeutique) ;
- la réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers (évitement de l'hospitalisation, efficience de la prise en charge hospitalière) ;
- le développement technique de la médecine, l'évolution des spécialités médicales ;
- l'engorgement hospitalier.

Plusieurs points du postulat (puces 1, 2 et 5) portent sur le temps de travail et la génération d'heures supplémentaires pour les médecins. Répondre à ces demandes exige l'élaboration d'une nomenclature commune aux différents hôpitaux pour la collecte de données comparables, la mise en place d'un monitoring précis dans chaque hôpital et la centralisation/consolidation à la DGS des informations produites par les hôpitaux. Un tel exercice représente un travail administratif auprès des hôpitaux qu'il conviendrait d'éviter au maximum.

Les autres points du postulat pourraient recevoir une réponse à travers l'exposé notamment des travaux en cours dans les hôpitaux sur les modes d'organisation (délégation à d'autres professionnel·le·s des tâches sans valeur ajoutée médicale), des projets d'optimisation existant dans les hôpitaux et des opportunités que peut représenter le remplacement du dossier patient informatisé (DPI) actuel obsolète.

4. DISCUSSION GÉNÉRALE

La postulante plaide pour une action concertée des cantons dans le cadre des grands projets informatiques aux coûts énormes. Le Danemark connaît depuis 2004 le dossier électronique du patient (DEP), à l'usage de l'ensemble des partenaires du système sanitaire (médecins en libre pratique, hôpitaux, EMS, soins à domicile). En Suisse, chaque canton met péniblement en place son système informatique pour ses hôpitaux, chaque région met difficilement en place son DEP. Une autre approche, comme au Danemark, pourrait permettre d'éviter le gaspillage, d'alléger les charges administratives des médecins et de fluidifier la communication. Les médias relatent un cas dans le canton de Vaud où le DEP a permis d'éviter à une personne diabétique trois jours d'hospitalisation.

La cheffe du DSAS rappelle que le but consiste à ce que les données importantes du DPI, en lien donc avec le passage d'une personne dans un établissement sanitaire, figurent dans le DEP de la personne considérée et détenu/géré par elle. En fonction des modalités et modules choisis au final, le futur nouveau DPI pourrait représenter une opportunité de réduire la charge administrative. Compte tenu de la hauteur de l'investissement à consentir pour le remplacement du DPI, le Parlement sera appelé à se prononcer sur cette question.

Dans cet ordre d'idée, un·e commissaire souligne l'importance à bien spécifier dans le sens voulu le cahier des charges de l'entreprise chargée du développement de la solution informatique.

Plusieurs commissaires relèvent des aspects critiques et des difficultés pour répondre aux demandes du postulat :

- Les multiples justifications de l'activité médicale auprès des assurances représentent une grande part de la charge administrative. Les lettres de sortie représentent un élément essentiel pour la suite de la prise en charge en ambulatoire des patient·e·s et pour la facturation correcte des prestations de l'hôpital (remboursements SwissDRG). Le temps important que peuvent passer les médecins cadres à corriger les lettres de sortie rédigées par les médecins assistant·e·s interroge sur la qualité de la formation administrative dont bénéficient ces derniers·ères. Le potentiel d'amélioration en la matière mériterait examen.
- La plupart des colloques sont imposés aux hôpitaux dans le cadre de l'obtention d'accréditation et de financement en lien avec la formation médicale. La marge de manœuvre s'avère inexistante en la matière. Au demeurant, les colloques permettent d'ouvrir la pratique des médecins aux autres partenaires de la santé et de décloisonner ainsi la prise en charge.
- Les planifications des horaires des médecins assistant·e·s et chef·fe·s de clinique ou les exigences administratives supplémentaires qui leur sont demandées se montrent variables d'un hôpital à l'autre et relèvent de l'autonomie d'institutions de statut privé pour la grande majorité.
- Les attentes en ce qui concerne le nouveau DPI se montrent en l'état passablement différentes entre un acteur de taille comme le CHUV et les institutions de santé plus petites.

Face à cela, la postulante évoque :

- le témoignage de médecins concernant des colloques mal gérés (séances inutiles et interminables) ;
- les coûts induits par l'inefficacité que représente l'explosion des heures supplémentaires dans un hôpital ;
- l'existence de pistes pour l'allègement des tâches administratives comme, par exemple, l'usage, pour la rédaction des lettres de sortie, d'un logiciel de reconnaissance vocale et de transcription écrite automatique.

Pour les représentant·e·s du DSAS, le postulat aborde une thématique très large et complexe par le biais d'indicateurs qui ne peuvent pas être renseignés (planifications horaires, décomptes des heures supplémentaires, etc.) car relevant de l'organisation indépendante d'entités privées et générant au pire une charge administrative supplémentaire. Au demeurant, les directions des hôpitaux se trouvent parfaitement conscientes de la problématique des heures supplémentaires.

Le postulat mélange différents niveaux sans donner d'axe sur lequel fonder une réponse solide :

1. efficacité hospitalière (qui pourrait par exemple être améliorée grâce au DPI) ;
2. gestion des heures supplémentaires (heures supplémentaires qui peuvent être effectuées même en cas d'efficacité, lors d'un afflux de personnes à prendre en charge par exemple) ;
3. conditions de travail.

Un·e commissaire constate que l'intérêt se focalise sur les éventuels apports du futur nouveau DPI, ce dont ne parle malheureusement pas le postulat.

5. CONCLUSION

Compte tenu de la discussion, la postulante décide de retirer le postulat.

Morges, le 24 avril 2024.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*