

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :
Exposé des motifs et projets de décrets**

- **accordant au Conseil d'Etat un crédit d'investissement de CHF 47'060'000.- pour financer les rénovations et les transformations urgentes dans le bâtiment hospitalier axées sur le renforcement de l'hygiène hospitalière, les besoins d'isolement grâce à un secteur d'hospitalisation individualisée, la transformation des soins continus et la mise en conformité technique des soins intensifs**
- **accordant au Conseil d'Etat un crédit additionnel de CHF 1'450'000.- au crédit d'investissement pour les travaux de restructuration du Centre des brûlés au Service de médecine adulte du niveau 05 du bâtiment hospitalier du CHUV (EMPD no 75 de mai 2008)**

Membres présents : Mmes Catherine Roulet (présidence), Catherine Aellen, Christa Calpini, Christiane Jaquet- Berger, Véronique Hurni (en remplacement de Michel Desmeules). MM. Maximilien Bernhard, Pierre Grandjean, Philippe Jobin, André Marendaz, (en remplacement de Stéphane Montangero), Philippe Martinet, Philippe Modoux, François Payot, Filip Uffer, Philippe Vuillemin, Pierre Zwahlen.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Prof. Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, M. Oliver Peters, Directeur administratif et financier du CHUV, Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV, Prof. Philippe Jolliet, Chef du Service de médecine intensive adulte du CHUV.

Le directeur du CHUV et la directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV présentent les différents projets dont il est question.

Tout d'abord, il faut réaliser que la vétusté des installations (mise en service en 1982) rend indispensables des travaux majeurs pour s'adapter à l'évolution des normes et des pratiques. Les transformations envisagées se limitent aux mesures prioritaires et urgentes pour assurer une prise en charge des patients en toute sécurité, mettre en conformité les infrastructures techniques et renforcer l'hygiène hospitalière.

Une visite des différents lieux à transformer a permis aux membres de la commission de bien saisir la nature et la portée des travaux considérés. La commission remercie chaleureusement les équipes du CHUV pour leur accueil.

Transformation des soins intensifs adultes (unités 4 et 5 au BH 05) : mise en conformité des infrastructures en matière de sécurité (remise à niveau de la classe de sécurité électrique, réfection des sols conductibles, des canaux médicaux, de l'éclairage...); mise en conformité des infrastructures par rapport aux directives professionnelles (respect des normes de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) obligatoire pour obtenir le remboursement des prestations par les assurances-maladie ainsi que la reconnaissance des unités de soins intensifs comme centres de formation) ; mise à niveau en matière d'hygiène hospitalière (fermeture des boxes de soins de 1 à 2

lits par des parois coulissantes vitrées, mise en adéquation de la ventilation : dépression et surpression des boxes) ; mise en conformité des surfaces par lit et par unité, ce qui implique une réduction de l'Unité d'observation des urgences (URGO) pour loger dans l'espace ainsi libéré l'unité 5 de soins intensifs adultes, etc.

Transformation des soins intensifs pédiatriques (BH 05) : nécessité de doter durablement l'unité de 3 lits supplémentaires (12 actuellement) donc extension de la surface au sol (seule unité de ce type au niveau cantonal ; unité de référence pour répondre aux besoins d'autres cantons ; volonté de ne pas refuser de cas, ce qui implique de posséder les ressources pour faire face aux demandes). Nécessité également d'avoir des locaux pour les familles accompagnantes. Il faut rappeler que la particularité de la pédiatrie et des cas très lourds, demande la présence des parents auprès de l'enfant. En outre, l'unité requiert le même type de travaux de mise à niveau que les soins intensifs adultes.

Transformation de la zone de déchoquage du Service des urgences (BH 05): extension des surfaces grâce à l'abandon du caisson hyperbare; création d'une place supplémentaire (5 places équipées au lieu de 4) ; mise en conformité des infrastructures en matière de sécurité (remise à niveau de la classe de sécurité électrique, réfection des sols conductibles, des canaux médicaux, de l'éclairage...) et de la ventilation.

Sécurisation de l'alimentation électrique de la zone des soins intensifs : renouvellement des équipements et augmentation de la puissance nécessaire, nouvelle répartition des sources d'alimentation électrique et du cheminement du câblage (limitation des charges d'alimentation et protection contre les dangers d'incendie), ajout d'un transformateur, création d'un nouveau tableau divisionnaire comprenant les réseaux de secours, installation d'un nouvel onduleur.

Transformation des soins continus ORL (BH 12) : création de 2 lits supplémentaires (7 lits au total), aménagement de la totalité des lits de soins continus ORL en boxes d'isolement vitrés permettant ainsi d'assurer l'hygiène et une bonne vision des patients, amélioration de l'ergonomie, des conditions de travail du personnel et de la sécurité des patients.

Transformation des soins continus de cardiologie (BH 16) : création de 4 lits supplémentaires (10 lits au total) ; création de 2 boxes d'isolement.

Création d'une unité d'hospitalisation individualisée (BH 19) : libération du BH 19 grâce au transfert des laboratoires de recherche au Centre des laboratoires d'Epalinges (CLE), création de 28 chambres à 1 lit permettant d'augmenter le nombre de lit pour l'isolement et de regrouper les lits privés existants dans les autres étages du BH. Chaque chambre sera équipée pour accueillir 2 lits en cas d'engorgement.

Réaffectation d'une zone d'archives en locaux de consultation et bureaux (BH 06) : diminution du volume des archives de radiologie en raison de l'évolution technologique (gestion informatisée des clichés et dossiers), création de locaux de consultation et de bureaux pour les médecins/infirmier-e-s pour remplacer ceux qui ont été supprimés dans les différents étages pour faire face à l'engorgement. En dépit de la politique générale consistant à sortir autant que possible du BH les bureaux pour dédier la structure aux soins, la création de ces bureaux s'avère néanmoins nécessaire, car ils sont étroitement liés à la prise en charge des malades.

Régularisation du crédit additionnel accordé pour la restructuration du Centre des brûlés (BH 05) : non seulement réfection complète de la salle d'intervention, rénovation de la chambre à 4 lits et remise à niveau des installations techniques mais aussi nombreuses interventions supplémentaires pour répondre à de nouvelles prescriptions techniques et de sécurité, réorganisation des locaux pour rencontrer les critères de reconnaissance de la SSMI.

Lecture de l'exposé des motifs

2 – Transformation des soins intensifs

La commission s'interroge sur le processus de mise en conformité avec les normes existantes et son apparente lenteur. Il est expliqué que :

- la visite des soins intensifs du CHUV par la Commission de reconnaissance des soins intensifs (KAI) de la SSMI a eu lieu sans que la Direction générale en soit informée. Le rapport d'audit a été livré au chef du service en question, chef qui a entre temps changé. L'information a ainsi mis du temps à remonter à la Direction générale. Depuis lors, il a été convenu que les chefs des services expertisés transmettent automatiquement à la Direction générale les résultats d'audit ;
- au vu de la complexité du dossier et des nombreuses contraintes existantes, il a fallu du temps pour trouver le meilleur scénario afin de répondre aux normes édictées, ceci dans un souci de pérennisation des investissements consentis ;
- il importe de pouvoir questionner la pertinence des normes établies. En l'occurrence, les exigences de la SSMI doivent impérativement être respectées pour obtenir l'accréditation des soins intensifs du CHUV. Ainsi et sur le fond, les standards élaborés par la SSMI se révèlent raisonnables. A noter par ailleurs que la procédure habituelle veut qu'il y ait audit d'un service chaque fois que le chef de service change.

2.2.1 – Missions (des soins intensifs adultes)

Des tendances ne peuvent guère être tirées des statistiques de durée moyenne de séjour, lesdites statistiques consistant en des moyennes portant sur les cas sortis, sans omission des valeurs exceptionnelles.

2.2.4 – Evolution des besoins des soins intensifs

La mise en place, au niveau national, de filières prioritaires dans le cadre de la concentration des activités de médecine hautement spécialisée avance. A ce jour une vingtaine de décisions de concentration ont déjà été prises.

Concernant la pédiatrie hyper-spécialisée, la logique de concentration pour atteindre suffisamment de masse critique peut plaider pour une centralisation des activités au *Kinderspital* de Zurich. Le chef du DSAS indique toutefois que, pour tout de même conserver une telle filière en Suisse romande, demande a été faite de suspendre la décision en la matière, en vue de permettre l'organisation d'une répartition entre Genève (neuro-chirurgie pédiatrique) et Lausanne (cardio-chirurgie pédiatrique) de la pédiatrie hautement spécialisée.

2.3 – Les soins intensifs médico-chirurgicaux de pédiatrie (SIPI)

Le directeur du CHUV assure la commission que l'investissement consenti pour les soins intensifs pédiatriques ne fera aucunement double emploi avec les projets en gestation en matière de pédiatrie, en particulier le futur hôpital de l'enfance prévu au sein même de la Cité hospitalière. En effet, pour assurer l'efficacité et la qualité de la prise en charge, les soins intensifs doivent rester près des urgences couchées et des blocs opératoires lourdement équipés, sis dans le BH. Ainsi, le nouvel hôpital de l'enfance ne comprendra pas de soins intensifs ou de blocs opératoires de haute technologie. Pensé comme une unité de soins et d'hospitalisation du CHUV, il disposera de salles d'opérations, mais uniquement pour la chirurgie courante, et fonctionnera en étroite connexion physique et organisationnelle avec le CHUV. Cette stratégie, consistant à ne pas édifier un hôpital de l'enfance totalement complet et autonome, permet d'économiser tant les infrastructures que le personnel nécessaire, tout en permettant d'offrir une hospitalisation spécifiquement pédiatrique.

Par ailleurs, le principe du « zéro refus » en matière d'accueil des patients enfants ne doit pas ici être compris de façon stricte. Par manque de place, il se peut que le CHUV soit tout de même amené à rejeter une demande d'admission. Cependant, il s'engage alors à tout mettre en œuvre pour trouver une solution en collaboration avec ses partenaires en Suisse (placement dans un autre hôpital universitaire...).

2.4 - Récapitulatif des travaux pour les soins intensifs

Le directeur du CHUV souligne l'utilité de conserver une unité d'observation des urgences (URGO), zone tampon entre les urgences et l'hospitalisation dans les divers services de l'établissement. Plus précisément, plutôt que de délocaliser l'URGO dans les étages, le projet consiste à redimensionner ladite unité, utilisée actuellement par défaut pour atténuer l'engorgement au sein de l'institution, conformément à sa mission véritable originelle : l'observation (\neq le triage) des patients durant 24 à 48 heures au maximum, ce qui ne nécessite pas autant d'espace qu'actuellement dédié à l'URGO.

Ainsi, la pratique normale voudrait que, lorsqu'un médecin en cabinet doit envoyer au CHUV un de ses patients dont le diagnostic est clairement établi, il prenne contact directement avec le service concerné du CHUV pour procéder à une admission élective. Dans les faits, en raison de l'engorgement au sein de l'institution, les services concernés ne sont pas toujours en mesure de recevoir le patient en question, poussant le praticien en libre pratique à faire admettre son patient au CHUV au travers des urgences. Par manque de place, le patient se retrouve ainsi souvent placé dans l'URGO. La création de lits supplémentaires dans les étages du CHUV permettra dès lors de délocaliser les malades improprement installés à l'URGO.

4.1 – Création d'une unité d'hospitalisation individualisée – BH 19

Un commissaire s'interroge sur l'égalité de traitement entre le CHUV et les hôpitaux de la FHV en matière d'appui de l'Etat à la création et la rénovation de chambres semi-privées ou privées. Le chef du DSAS indique à ce propos que, effectivement, lorsque les hôpitaux privés disposent de moyens et qu'ils ont des projets relatifs à une division d'hospitalisation privée, ils sont priés de mobiliser lesdits moyens pour réaliser les projets en question. Le chef du DSAS ajoute que, en ce qui concerne le CHUV, il s'agit prioritairement d'utiliser l'unité d'hospitalisation individualisée pour étendre les possibilités d'isolement de patients infectés (mesure de lutte contre les maladies nosocomiales) et subsidiairement d'employer cette unité pour l'hospitalisation en chambre privée. Au demeurant, pour le chef du DSAS, plus l'argent public sert avant tout à financer les missions de service public, moins le CHUV se verra contraint de s'engager dans une activité commerciale qu'il pourra laisser aux cliniques privées, faites pour cela.

Le directeur administratif et financier précise quant à lui que, en moyenne, le CHUV compte en permanence 70 personnes en situation d'isolement et 50 à 60 patients en hospitalisation privée. Or, pour tous ces cas, le CHUV ne dispose actuellement que de 17 chambres individuelles. En ajouter 28 ne changera donc pas beaucoup la donne en ce qui concerne l'hospitalisation privée. Par ailleurs, les patients en hospitalisation privée représentent le 7% des malades du CHUV mais le 12% de l'activité de l'institution. Cela démontre que viennent au CHUV seulement les patients en hospitalisation privée qui ont véritablement besoin des équipements lourds et des compétences spécifiques du CHUV. Ceux qui n'en ont pas réellement besoin ne viennent pas au CHUV. Pour le directeur administratif et financier, il n'y a pas de raison pour que cette réalité change.

Un autre commissaire se demande si réunir les chambres d'isolement et d'hospitalisation privée en un seul lieu (BH 19) n'a pas pour effet de les éloigner des services et installations dont ils dépendent. Le directeur du CHUV rétorque qu'effectivement, dans l'idéal, le mélange de l'hospitalisation en division commune et de l'hospitalisation en division privée, de chambres à 2 lits et de chambres à 1 lit, évite une médecine de classe à plusieurs vitesses et permet l'élévation de la

qualité des soins pour tous. Toutefois, compte tenu des contraintes actuelles inhérentes au CHUV, la concentration des chambres d'isolement et/ou d'hospitalisation privée s'impose pour éviter des pertes de capacité en lits A dont l'établissement a besoin.

5.1 – Réaffectation d'une zone d'archives – BH 06

Il est prévu que les archives concernées (délai de conservation de 10 ans) soient transférées dans des locaux loués, sis en périphérie de la ville de Lausanne. La libération de la zone en question du BH 06 se fera en deux temps, la dernière étape se déroulant en 2014.

6.1 – Prestations du CHUV

Les ressources en ETP supplémentaires nécessaires au Service des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV afin d'absorber la charge de travail occasionnée par le nombre croissant de projets de rénovation et transformation consisteront en engagements sous contrat à durée indéterminée mais lié à l'existence d'un fonds (licenciement lorsque la source de financement est tarie).

9.4 – Conséquences sur l'effectif du personnel

Lors de travaux, les mesures prises afin de limiter les désagréments pour le personnel en particulier sont les suivantes :

- mise en place de *task forces* spécifiques chargées d'assurer en tout moment la sécurité des chantiers ;
- ajustements afin de garantir l'exploitation fiable du service/unité en travaux ; aménagement d'espaces temporaires (zones tampons) pour la durée des travaux ;
- consultation du personnel pour concentrer les nuisances des travaux dans les périodes les plus adaptées possibles ;
- dotation ETP calibrée pour le travail en situation d'engorgement et donc pour le travail en situation de travaux ; ajustement automatique, tous les trimestres désormais, de la dotation en personnel en fonction des variations d'activité de l'hôpital, ceci tout en oeuvrant pour une certaine stabilité en la matière sur le long terme.

En règle générale, le personnel est prêt à subir les contraintes inhérentes aux chantiers puisque ceux-ci servent l'amélioration des conditions de travail et de la qualité des prestations fournies.

9.5.1 – Charges supplémentaires (Unité d'hospitalisation individualisée)

Le poste « Autres services à définir dans le cadre du projet » (2ème tableau) dans les charges supplémentaires à prévoir pour répondre aux exigences de la patientèle privée et facturer les suppléments au titre de l'assurance privée consiste, à ce stade, en une réserve de CHF 500'000.- afin de pouvoir, si nécessaire, renforcer l'équipe infirmière pour assurer une prise en charge multidisciplinaire. En effet, le regroupement des lits d'isolement et des lits privés sur un seul étage pourrait générer de nouvelles compétences pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Lecture du projet de décret accordant au Conseil d'Etat un crédit d'investissement de CHF 47'060'000.-

La lecture du projet de décret ne donne lieu à aucun commentaire.

A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil d'entrer en matière et d'accepter le décret.

Lecture du projet de décret accordant au Conseil d'Etat un crédit additionnel de CHF 1'450'000.-

La lecture du projet de décret ne donne lieu à aucun commentaire.

A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil d'entrer en matière et d'accepter le décret.

Le Mont, le 17 avril 2012

La présidente :
(signé) *Catherine Roulet*