

Date de dépôt: 17 avril 2007

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi expérimentale du Conseil d'Etat concernant la création d'un centre romand de neurochirurgie

Rapport de M. Michel Forni

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné ce projet de loi lors de ses séances des 2, 9 et 16 mars 2007 sous la présidence de M. Claude Aubert et en présence de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat (DES).

Ont également pris part aux séances M. Jean-Marc Guinchard, directeur général de la santé (DES), et M. Carmelo Lagana, secrétaire adjoint (DES).

Le procès-verbal a été tenu avec rigueur et précision par M. Hubert Demain, que nous remercions.

Introduction

Engendrer une synergie optimale au sein d'un domaine tel que celui de la neurochirurgie avec ses centres de traitements et de recherches sur les sites de Lausanne et de Genève reste le sens même d'un pôle de compétitivité se répercutant sur le bassin lémanique et au-delà des frontières cantonales et nationales.

Coopérer en fusions organisées, s'appuyant sur une logique de gestion et au service de la qualité, cet enjeu offre par la mutualisation des ressources et des compétences, du personnel médical soignant, technique et gestionnaire, des plateaux techniques et logistiques et en s'appuyant sur une nouvelle

gouvernance, une garantie de pérennité, de complémentarité et de compétitivité.

Comme cela a été rappelé par le conseiller d'Etat Pierre-François Unger, un projet appelé RHUSO accepté par les parlements vaudois et genevois s'était soldé par un échec suite à un rejet populaire à Genève.

Diverses motions approuvées d'autre part par les exécutifs ont renforcé l'esprit de collaboration entre les hôpitaux universitaires de Genève et Lausanne pour stimuler les tissus technologiques, économiques et d'innovation.

D'autre part et au niveau fédéral, une coordination et une concentration de la médecine de pointe (CICCM) incluait dans ces neuf secteurs, notamment la neuroradiologie interventionnelle, la chirurgie de l'hypophyse, des techniques d'investigations par émission de positrons et également des thérapies par protons.

D'autres domaines pouvant également et indirectement être associés à la neurochirurgie plaidaient au travers de la convention intercantonale pour développer des synergies en répondant également aux besoins de sécurité et de santé publique. Enfin, certaines volontés hégémoniques et des rumeurs de rationalisation ont exercé une pression certaine pour maintenir en Suisse romande des centres hautement spécialisés permettant enseignement, recherche, innovations et en mesure de produire un volume d'actes hautement spécialisés suffisant et d'autre part de disposer de budgets adéquats.

Un rapport annexé à l'exposé des motifs rappelle l'entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 1993 d'une loi relative au financement de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux, dotées pour le canton de Genève d'une subvention inscrite au budget de l'Etat et prélevée sur les subventions accordées aux hôpitaux universitaires.

Relayant cette loi, une association Vaud-Genève s'est développée, privilégiant les coopérations dans les domaines médicaux, informatique et de gestion financière qui, suite à l'échec du projet RHUSO, reverra sa stratégie conduisant à élaborer une véritable vision de rapprochement des activités d'une médecine de pointe au niveau universitaire. En y associant des ressources humaines et matérielles, une nouvelle stratégie en réseau a été développée permettant trois types de regroupements: conventions spécifiques, programmes transversaux et développement de centres romands hautement spécialisés.

Les domaines de la psycho-gériatrie, de la transplantation et d'assistance médicale à la procréation constituent d'autres exemples de collaboration permettant à la neurochirurgie romande de « repartir » sur les chemins de la complémentarité, sur deux sites, en instituant une organisation commune et en recourant à un nouvel outil législatif, la loi expérimentale (dès le 1^{er} février 1996).

Suite au départ et au remplacement des patrons de Genève et Lausanne et en souhaitant à Genève emprunter une procédure de soumettre au Grand Conseil le projet de loi associé à la création de ce centre romand de neurochirurgie, élément clé d'un réseau hospitalo-universitaire Vaud-Genève, il a été décidé d'articuler ces programmes autour des filières de soin renforçant le pôle de la chirurgie neurovasculaire à Genève et celui de la chirurgie fonctionnelle à Lausanne.

Le personnel respectant les règles des établissements respectifs, les programmes s'articulant également en respectant la proximité pour le patient sur les deux sites (notamment en neuro-traumatologie), les deux patrons ont été nommés (professeur Schaller à Genève et professeur Levivier à Lausanne) étant d'une part professeur ordinaire sur les deux sites universitaires à la faculté et confiant la direction du programme pour trois ans au professeur Levivier.

Sur la base de cette loi expérimentale, une évaluation à trois ans permettra de statuer sur la valeur et le développement éventuel de ce projet. Il convient également de rappeler que les incitations à collaborer pour ces centres (hôpitaux universitaires) sont de trois ordres : politique, médical, économique, en respectant la spécificité et la logique des sites.

A cet effet, des objectifs clairs et ambitieux ont été déterminés permettant également d'œuvrer pour les relèves hospitalières et académiques ainsi que les formations professionnelles et également des soins secondaires et tertiaires.

Derrière la notion de réseau se retrouve des entités juridiquement distinctes permettant le développement des ressources, de la force de travail, des compétences et du pool de patients.

Cette stratégie institutionnelle permet de répondre aux critères de la CICOMS retrouvant économicité, efficacité, utilité, recherches et formations ainsi que capacité de financement.

Dans l'annexe au projet de loi figure également l'analyse du modèle de gouvernance retenu par le Comité Vaud-Genève définissant également l'assemblée générale constituée essentiellement par les conseillers d'Etat et les secrétaires généraux du Département de la santé et de l'enseignement, des

directeurs d'hôpitaux universitaires, des recteurs et du décanat des facultés de médecine.

Un comité de direction regroupant certains de ces membres définit les compétences permettant les planifications, les plans stratégiques, la composition des commissions paritaires, élément retrouvé sous chiffre 5, pages 42-44, du projet de loi 9993. Enfin, il est précisé dans l'annexe 2, pages 44-44, que les soins de proximité restent prioritaires sur chaque ville et que d'autre part ces regroupements n'entraînent aucun licenciement, le statut respectif du personnel des deux cantons restant respecté.

Présentation du projet de loi

Ce projet de loi comprend neuf articles définissant tout d'abord, à titre expérimental le centre romand de neurochirurgie placé sous l'égide de l'association Vaud-Genève. L'article 2 définit les buts et objectifs ciblant les compétences professionnelles et des moyens dédiés aux soins, à l'enseignement et à la recherche des expositions par les centres de Genève et de Lausanne. Il définit la répartition des activités notamment qualitative basée sur l'organisation par filière de soins (vasculaire versus fonctionnelle) et précise également le catalogue d'enseignement pré et post-gradué et coordonne les efforts pour une recherche en excellence avec le niveau international.

L'article 3 désigne le médecin-chef et son directeur adjoint (professeurs ordinaires aux facultés de médecine de Lausanne et Genève) élaborant les projets stratégiques, et définit également le budget unique constitué par des budgets correspondant aux entités concernées provenant du CHUV et des HUG.

L'article 4 définit la proposition du comité de gestion conduisant les projets stratégiques, l'organisation des soins, l'enseignement, la recherche et le budget. L'organisation et le mode de fonctionnement sont également associés à un règlement interne.

Les articles 5 et 6 définissent le rôle du comité de l'association Vaud-Genève pour approbation du budget, du règlement interne, du rapport annuel et du programme de développement ainsi que le plan stratégique concernant soins, enseignements et recherches. Ce plan est également inscrit dans les projets stratégiques du CHUV et des HUG ainsi que des deux universités.

Les articles 7 et 8 définissent l'évaluation après trois ans d'activités et les résultats face aux objectifs fixés ainsi que la durée de la loi présente (expérimentale) qui est fixée à quatre ans à partir de son entrée en vigueur. Il

est précisé que neuf mois avant l'expiration de cette loi, un rapport doit être remis au Bureau du Grand Conseil.

Discussion de la Commission suite à la présentation

Plusieurs commissaires, par des questions, remarques voire compliments, se félicitent de cet exemple de coordination au niveau de la médecine de pointe et s'interrogent quant à la maîtrise dans ses aspects de gouvernance (relevé parlement, conseil d'administration des hôpitaux concernés). D'autres interrogations concernent les budgets.

Le conseiller d'Etat confirme que le projet retenu a été sélectionné également pour assurer un contrôle efficace sur la création et le développement de ce centre et que d'autre part les économies seront réinvesties dans le développement du projet et qu'en cas d'achats coûteux, le parlement genevois pourrait être amené à se prononcer. Il précise que le plan stratégique est bien déterminé par le comité et que l'on peut parfaitement concevoir dans le cadre d'îlot expérimental des rapports intermédiaires voire réguliers pouvant informer les députés sur les développements du projet. Il est bien précisé que cet établissement public automne est l'objet d'un contrôle non seulement via le conseil d'administration mais également par un contrat de prestations soumis aux législatifs.

Enfin, le conseiller d'Etat précise que chaque hôpital décide d'une subvention allouée au projet, permettant à chaque centre de disposer d'un budget pour ses propres compétences, respectant les spécificités des programmes vaudois et genevois.

Une commissaire est interpellée par le règlement interne par opposition au règlement des HUG et s'intéresse également à la répartition des honoraires pouvant concerner des patients privés. Le conseiller d'Etat confirme que la légitimité du projet est bien garantie par la présence de quatre conseillers d'Etat dans le pilotage du projet et que des honoraires privés, de nature variable, entreront dans la liberté tarifaire et l'interdiction par la commission de la concurrence d'éditer un tarif usuel dans le domaine de la pratique privée.

La flexibilité des budgets découlant de la conjoncture économique ne représente pas une véritable menace pour ce projet de réseau où Genève et Lausanne jouent un rôle de pionnier sur le plan suisse, permettant également de garantir une formation médicale définie par les normes de la Fédération des médecins helvétiques.

Certains commissaires s'interrogent également sur le devenir des patients après leurs interventions et il est précisé que ceux-ci seront dirigés vers des centres de réhabilitation dans leur canton respectif.

Certains commissaires demandent d'entendre les responsables administratifs des hôpitaux universitaires de Genève et d'autre part des syndicats.

1^{re} audition :

M. Bernard Gruson, directeur général des HUG, et M. Michel Balestra, président du conseil d'administration des HUG

Comme souhaité par la commission, le point de vue des HUG est auditionné face à cette nouvelle gouvernance et au développement de ce centre romand de neurochirurgie sous l'angle de leur fonctionnement, de leur mission, de leur administration et de leur responsabilité.

D'autre part les missions recentrées de ce centre et ses compétences renforcées permettent aux deux auditionnés d'indiquer en préambule qu'il s'agit d'un excellent projet de loi, permettant de développer des centres communs et effaçant certaines erreurs du projet RHUSO.

En réponse à une interrogation d'un commissaire concernant une éventuelle perte de contrôle notamment au niveau pratique suite à cette fusion des centres, il est précisé que le contrôle exercé par l'association Vaud-Genève est strict et que d'autres garanties sont également apportées, par exemple la nomination des autorités médicales et le soutien du budget du centre (voté par le Conseil).

Enfin, il est précisé qu'en terme de responsabilité médicale et de budget, le conseil d'administration conserve une place déterminante.

Suite à une question d'une commissaire, le directeur général confirme que le profil et la philosophie des chefs de service vont dans le sens d'une attitude constructive et que d'autre part la méthodologie utilisée reposant sur une base légale et prévoyant des répartitions de compétences et de missions, de budgets déterminés et des limitations au travers des centres permet, par des stratégies de programmes et de conventions, d'adhérer fortement à ce type de réseau bien que des questions tarifaires restent encore à résoudre.

Suite à une question d'un autre commissaire, le conseiller d'Etat indique, qu'au travers de l'Office fédéral de la santé publique et des relations diplomatiques en cours avec la France, un accord cadre est en cours de négociation avec les hôpitaux français. Cet accord devrait voir le jour dans

les 48 mois. D'autres développements peuvent déjà être envisagés au niveau romand.

Interrogé quant à la teneur du contrat de prestations, il est répondu que l'énumération de tous les accords conclus et l'inclusion de sous-traitance sont retenus dans une première version correspondant au modèle proposé.

Une autre interrogation a trait aux nombres d'interventions pratiquées notamment à Genève où on note que sur 1150 admissions, 650 interventions sont pratiquées électivement, 320 en urgence et 181 par transfert d'autres hôpitaux. La durée moyenne du séjour est de 7,1 jours et 60% des patients retournent à domicile, les autres étant transférés vers d'autres structures hospitalières. Il est souligné l'excellent travail effectué par l'ancien chef du service de neurochirurgie. A cet effet, les directions hospitalières et le conseiller d'Etat sont conscients de l'impact du développement de la neurochirurgie, en terme de santé publique et l'importance du contrat de prestations.

2^e audition

Syndicat SIT/VPOD, M. Nahory

M. Nahory se présentera seul face à la commission et ultérieurement, M^{me} Cattani ne donnera pas suite au courrier l'invitant à transmettre une proposition de note écrite.

M. Nahory explique clairement que lors de l'échec du projet RHUSO, les préoccupations des syndicats concernaient des problèmes d'emploi et les risques de différences de leur statut.

Ces éléments sont actuellement réglés dans le projet actuel mais retiennent une attention soutenue de la part des syndicats. A cet effet, il est rappelé qu'un autre projet de neurochirurgie datant de 1994 avait échoué et il semble qu'aucune évaluation de cet échec n'est entreprise. Cependant, il est souligné par l'orateur que le type de loi expérimentale permettant une évaluation utile confère une meilleure visibilité au projet actuellement.

Le conseiller d'Etat souligne que le contrôle démocratique est assuré au travers de ce projet de loi et permet un contrôle parlementaire. Il s'en résume par un principe de transitivité la triade un centre, deux services, deux patrons, mais deux chefs de service, l'un chef de centre l'autre chef de centre adjoint. Il rappelle qu'il n'y a pas de disparition de la proximité et qu'il n'y a pas de licenciement ni de révision des statuts ni indice de rationnement ni de restriction de formation et qu'il s'agit bien d'un principe de rapprochement. Enfin il est confirmé que dans le cadre de l'élaboration de ce projet, les

syndicats n'ont pas été associés aux négociations préalables mais il est précisé que l'élaboration de ce dernier dépendait de l'association Vaud-Genève.

En réponse à d'autres questions des commissaires, il confirme qu'il n'y a pas de discussion concernant le bénéficiaire global pour les patients et leur traitement lié à la création d'un centre spécialisé notamment pour les pathologies rares mais exprime une certaine réserve voire une certaine inquiétude face aux risques d'autonomisation complète du centre. Enfin il est répondu que les syndicats du CHUV n'ont pas encore fait part à leurs collègues de Genève de leur degré d'appréciation.

Discussion de la Commission suite à l'audition

Pour certains commissaires favorables au projet du développement de ce centre romand, une certaine inquiétude est soulevée par la problématique découlant de la gouvernance par l'association Vaud-Genève qui n'est plus sous contrôle du conseil d'administration des HUG.

Pendant, indirectement ces derniers restent informés et associés au travers du plan stratégique. Enfin, il est rappelé que le professeur Schaller, qui travaillera prioritairement à Genève, a été nommé par le conseil d'administration des HUG, dont la représentation démocratique est assurée par les députés et le conseiller d'Etat élu.

De plus, il est rappelé que dans les statuts de l'association Vaud-Genève, dans le chapitre « déclaration liminaire », que les « décisions formelles de mise en œuvre prises seront finalisées sur la base des contrats cadres respectant sous les lettres A, B, C, D et E, notamment l'absence de licenciement, le respect des statuts du personnel des deux cantons et que les économies dégagées seront prioritairement réaffectées au développement des services qui auront mis en place des collaborations Vaud-Genève » (cf. déclaration liminaire, version révisée du 6 décembre 2002).

Il est précisé également que le contrat de prestations sera analysé sous forme d'un projet de loi et soumis aux députés qui conserveront donc un contrôle étroit des budgets votés.

Interrogés également au sujet de la création de structures hybrides dans la forme de concordat ou de convention, ces modes de collaboration peuvent, aux yeux de certains commissaires, être associées à d'éventuels dérapages et dans ce contexte, il convient de maintenir une communication importante notamment vis-à-vis des syndicats. Le conseiller d'Etat souligne que ces préoccupations retiennent toute son attention et qu'en matière législative, le devoir parlementaire reste le meilleur garant.

Enfin, face à la peur d'une diminution unilatérale des budgets, il est précisé que l'arbitrage par le conseil d'administration des HUG respectivement par le département de la santé (Vaud) reste prévu et rapidement engageable.

Enfin, le conseiller d'Etat répète que le vote budgétaire interviendra chaque année auprès du conseil d'administration des HUG et du service de santé public vaudois également.

Prise de position et votes

En l'absence d'autres questions, il est proposé par le président de procéder à l'entrée en matière

Vote d'entrée en matière sur le projet de loi 9993

Pour : 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC, 1 MCG

Contre : – Abstention : – Unanimité

Le président donne ensuite lecture du projet de loi article par article en les soumettant séparément au vote de la commission. Il est rappelé que filière correspond à spécificité et plus précisément au domaine vasculaire qui sera traité à Genève alors que le fonctionnel restera à Lausanne.

Il est bien précisé que les chirurgiens se déplacent et que la réhabilitation sera prévue sur le site d'origine du patient. Il est également précisé que, pour des problèmes de pédiatrie, les interventions auront lieu dans les hôpitaux pour enfants des deux cantons respectifs. Il est encore précisé que la gestion conjointe par deux conseils d'administration découle du fait qu'il n'y a pas de conseil d'administration au CHUV et que d'autre part les deux services de neurochirurgie concernés appartiennent à leur hôpital respectif et restent soumis chacun à leur comité de gestion. Ces derniers sont clairement définis, notamment leurs membres provenant des hôpitaux, des départements de la santé et de l'université, élément précisé en annexe au projet de loi (statuts de l'association Vaud-Genève).

Les articles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de ce projet de loi sont tous adoptés à l'unanimité.

Le 3^e débat est reporté d'une semaine de façon à prendre connaissance de l'avis de l'autre syndicaliste qui ne parviendra pas à la commission. Le projet de loi, dans son ensemble, sera examiné et voté le 16 mars 2007, la commission lui reconnaissant un cadre de projet pilote par rapport aux autres projets de ce type actuellement en développement ou en voie d'application

dans le cadre des collaborations intercantionales de Genève-Vaud, dans le cadre également des collaborations avec les facultés de médecine de ces deux universités et de l'Ecole polytechnique fédérale.

Vote final sur le projet de loi 9993**Pour : 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 2 UDC, 1 MCG****Contre : – Abstention : – Unanimité****Conclusion et recommandation de la Commission de la santé :**

En vertu de ce qui précède, la Commission de la santé a préconisé de voter favorablement l'ensemble de ce projet de loi 9993 et à l'unanimité, cette commission vous recommande, Mesdames et Messieurs les députés, d'accepter ce projet de loi.

Projet de loi (9993)

expérimentale concernant la création d'un centre romand de neurochirurgie

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève décrète ce qui suit :

Art. 1 Centre romand de neurochirurgie

¹ La présente loi a pour but de créer, à titre expérimental, un centre romand de neurochirurgie (ci-après centre), placé sous l'égide de l'association Vaud-Genève.

² Ce centre est créé afin d'optimiser la prise en charge des patients souffrant d'affections neurochirurgicales.

Art. 2 But et objectifs

¹ Le centre regroupe les compétences professionnelles et les moyens dédiés aux soins, à l'enseignement et à la recherche mis à disposition de la neurochirurgie par le Centre hospitalier universitaire vaudois et les Hôpitaux universitaires de Genève ainsi que par les universités de Lausanne et de Genève.

² La répartition des activités est centrée sur une prise en charge qualitative des patients selon une organisation par filières de patients sur le plan romand.

³ Le centre repose sur les principes suivants:

- a) les soins de proximité sont assurés sur chaque site;
- b) le site de référence pour la neurochirurgie vasculaire est les Hôpitaux universitaires de Genève;
- c) le site de référence pour la neurochirurgie fonctionnelle est le Centre hospitalier universitaire vaudois.

⁴ Le site de référence pour d'autres domaines de la neurochirurgie peut être proposé par le directeur du centre en collaboration avec le directeur adjoint. Les propositions sont soumises pour validation au comité de l'association Vaud-Genève.

⁵ Le centre organise l'enseignement pré- et post-gradué ainsi que la formation continue dans les limites prescrites par les règlements de la FMH et les prescriptions fédérales en la matière. L'accès aux différents domaines de la neurochirurgie est assuré pour les médecins en formation.

⁶ Le centre coordonne la recherche dans l'optique d'une excellence au niveau international. Il veille à assurer une cohérence des objectifs et une utilisation optimale des synergies entre les groupes et sujets de recherche.

Art. 3 Direction

¹ Le centre est dirigé par un médecin, avec rang de médecin chef et de professeur ordinaire aux facultés de biologie et de médecine de Lausanne (UNIL-FBM) et de médecine de Genève (UNIGE/FM). Celui-ci s'appuie sur un directeur-adjoint, avec rang de médecin chef et de professeur ordinaire aux facultés de biologie et de médecine de Lausanne et de médecine de Genève.

² La désignation du directeur et du directeur adjoint du centre est de la compétence de l'Assemblée générale Vaud-Genève sur proposition du Comité Vaud-Genève.

³ Le directeur du centre, conjointement avec le directeur adjoint, est chargé d'élaborer le projet stratégique du centre concernant l'organisation des soins, l'enseignement et la recherche ainsi que les projets de service de la neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois et des Hôpitaux universitaires de Genève.

⁴ Le centre est doté d'un budget unique constitué des budgets correspondants des entités concernées au Centre hospitalier universitaire vaudois et aux Hôpitaux universitaires de Genève.

⁵ Le directeur et le directeur adjoint du centre sont assistés par un administrateur.

Art. 4 Comité de gestion du centre

¹ Le comité de gestion du centre est constitué du directeur, du directeur-adjoint et des représentants des diverses activités de chacun des sites. Sa composition est soumise pour approbation au comité de l'association Vaud-Genève par le directeur et le directeur adjoint.

² Il préavise le projet stratégique, l'organisation des soins, de l'enseignement et de la recherche ainsi que le budget.

³ Il définit son organisation et son mode de fonctionnement par un règlement interne.

Art. 5 Comité de l'association Vaud-Genève

¹ Le comité de l'association Vaud-Genève approuve le budget du centre.

² Il désigne le comité de gestion du centre et approuve son règlement interne.

³ Il approuve le rapport annuel et le programme de développement du centre.

Art. 6 Projet stratégique du centre

¹ Le comité de l'association Vaud-Genève approuve le plan stratégique concernant l'organisation des soins, l'enseignement et la recherche proposé par le directeur et le directeur adjoint avec le préavis du comité de gestion du centre.

² Le plan stratégique du centre s'inscrit dans les projets stratégiques du Centre hospitalier universitaire vaudois et des Hôpitaux universitaires de Genève ainsi que des deux universités.

Art. 7 Evaluation

Après 3 ans d'activité au plus tard, une évaluation portant sur la pertinence du but et l'atteinte des objectifs qui sont assignés au centre est effectuée sous l'égide du comité de l'association Vaud-Genève.

Art. 8 Durée et rapport

¹ La durée de la présente loi expérimentale est de 4 ans à compter de son entrée en vigueur.

² Neuf mois avant l'expiration de la présente loi, un rapport doit être remis au bureau du Grand Conseil.

Art. 9 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi expérimentale.

EXPOSÉ DES MOTIFS DU PROJET DE LOI 9993

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le 1^{er} janvier 1993 entrain en vigueur la loi relative au financement de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux. Cette loi visait à financer les activités communes engagées par les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine des hôpitaux par une subvention annuelle versée au Fonds Vaud-Genève pour la coopération en matière hospitalière. Cette subvention, inscrite au budget de l'Etat, était prélevée sur les subventions accordées aux hôpitaux universitaires. Cette loi de financement avait une durée limitée, à savoir jusqu'à fin 1997.

Pour gérer le Fonds Vaud-Genève a été créée en mai 1993 l'Association pour la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine des hôpitaux universitaires (ci-après Association Vaud-Genève).

Depuis lors, l'Association Vaud-Genève développe et met en œuvre des collaborations entre les deux hôpitaux universitaires. Ces coopérations relèvent des domaines médicaux, informatiques et de gestion financière. On peut citer, comme exemples, le centre romand d'implants cochléaires, la centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale des hôpitaux universitaires Vaud-Genève, le bureau Vaud-Genève des médicaments.

Pour accélérer le processus de regroupement, il est apparu nécessaire, dans les années 1998-1999, d'instituer un véritable conseil d'administration entre les deux hôpitaux universitaires, afin d'avoir un seul centre de décision Vaud-Genève. Un concordat a alors été rédigé qui instituait un « Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale » (RHUSO). Dans ces années, plusieurs initiatives intercantionales ont vu le jour pour renforcer la coopération romande. Ainsi, le Forum interparlementaire romand a aussi envisagé la création, par voie législative, d'un parlement romand et a imaginé un « concordat des concordats » qui visait à mettre en place un processus de décisions législatives commun à tous les parlements romands. La Conférence des gouvernements de Suisse occidentale a aussi mené une réflexion à ce sujet.

En ce qui concerne le RHUSO, il a été accepté par les deux parlements vaudois et genevois, puis, refusé en 2000 en votation populaire à Genève.

Après cet échec, l'Association Vaud-Genève a marqué un temps d'arrêt, puis a revu sa stratégie, moins ambitieuse, mais plus efficace, car plus pragmatique. Elle s'est, dans un premier temps, attachée à développer des projets communs.

Ces nouvelles expériences positives ont conduit l'Association Vaud-Genève à élaborer une véritable vision du rapprochement des activités de médecine de pointe des deux hôpitaux universitaires dans le rapport *Eléments clés pour la création d'un réseau hospitalo-universitaire Vaud-Genève* ci-joint. Ce document décrit une véritable stratégie de regroupement de certaines activités dans le but de mettre en place une médecine universitaire hautement performante en rassemblant des ressources humaines et matérielles, et de maîtriser les coûts le mieux possible. L'objectif ultime de ces développements médicaux de pointe communs est d'offrir à la population romande la quasi-totalité des soins hautement spécialisés et d'améliorer la qualité générale des soins, la formation et la recherche universitaire dans le bassin lémanique. Dans ce cadre, ont été identifiées les prestations qui ressortissent à la médecine de pointe et qui nécessitent des regroupements des compétences et des forces des deux hôpitaux universitaires, de la médecine de proximité qui sera toujours effectuée sur les deux sites, en se référant notamment aux décisions de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et à la convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM).

Sur cette base, l'Association Vaud-Genève a élaboré une stratégie en réseau, qui prévoit trois types de regroupement selon leur nature :

- des conventions spécifiques ;
- des programmes transversaux permettant une approche commune pour le développement d'un domaine médical précis ;
- des centres romands hautement spécialisés.

Ainsi ont été créés récemment le programme hospitalo-universitaire de la psychogériatrie, le centre romand de transplantation et le réseau romand d'assistance médicale à la procréation.

Actuellement, compte tenu que les deux responsables de la neurochirurgie à Lausanne et à Genève partent à la retraite, il y a lieu de revoir l'organisation de la neurochirurgie Vaud-Genève.

Pour mémoire, un département Vaud-Genève de la neurochirurgie a été créé en 1994. Des ressources extraordinaires lui ont été octroyées par l'Association Vaud-Genève pour développer des complémentarités dans le domaine de la neurochirurgie hautement spécialisée.

La répartition des activités était la suivante :

- CHUV : Neurochirurgie fonctionnelle, stéréotaxie
Neurochirurgie expérimentale
Thérapie génique neurologique-neurochirurgique
- HUG : Diagnostic préopératoire et chirurgie de l'épilepsie
Chirurgie neurovasculaire

La neurochirurgie générale était traitée sur les deux sites.

Après l'échec du RHUSO, le département a été dissous pour répondre à la volonté populaire.

Dès lors, la répartition des activités n'a plus été aussi claire et les relations entre les deux services se sont quelque peu distancées.

Actuellement, alors que les deux nouveaux professeurs à Lausanne et à Genève sont en train d'être désignés, il est nécessaire de reprendre l'organisation de la neurochirurgie Vaud-Genève pour faire perdurer cette coopération, indispensable pour maintenir une qualité des soins, de l'enseignement et de la recherche de haut niveau international.

Pour mieux concrétiser les liens devant être développés entre les deux services, l'Association Vaud-Genève recommande la création d'un centre romand de neurochirurgie qui permettra d'instituer une organisation commune, de mettre en place des processus de décision uniformes ainsi que d'établir et gérer un budget commun. Ce budget sera constitué des budgets correspondants des entités concernées du CHUV et des HUG.

Depuis le 1^{er} février 1996 est entré en vigueur un nouvel outil législatif : la loi expérimentale. Ainsi, une loi peut être établie à titre expérimental, à condition qu'elle soit limitée dans le temps, qu'elle fixe le but de l'expérimentation et les hypothèses qu'elle cherche à vérifier et que ses effets soient évalués dans un rapport remis sur le bureau du Grand Conseil au plus tard trois mois avant la date prévue pour son expiration.

Dès lors, il apparaît que la loi expérimentale constitue le support juridique le plus adapté pour la création du centre romand de neurochirurgie et permettra, après évaluation, de définir le socle futur de la collaboration VD-GE dans les domaines de la médecine hautement spécialisée.

C'est pourquoi nous vous soumettons le présent projet de loi expérimentale et nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les députés, de lui réserver bon accueil.

Annexes :

Rapport « Eléments clés pour la création d'un réseau hospitalo-universitaire Vaud-Genève » du 12 janvier 2006.

Déclaration liminaire.

**Association pour la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans
le domaine de la santé publique et des hôpitaux universitaires**

(Association Vaud-Genève)

**ELEMENTS CLES POUR LA CREATION D'UN RESEAU
HOSPITALO-UNIVERSITAIRE VAUD-GENEVE**

Jérôme Billotte

Groupe de référence composé de :

Jean-Louis Carpentier

Pierre Dayer

Pierre De Grandi

Patrice Mangin

12 janvier 2006

Corrigé et approuvé par le Comité VD-GE le 27 juin 2006

Corrigé et approuvé par l'Assemblée générale le 27 novembre 2006

Table des matières

Déclaration liminaire	
Préambule	
Synthèse du rapport	i - vi
Annexe 1 : Tableau de planification par domaine	
Annexe 2 : Propositions de répartition des activités pédiatriques Vaud-Genève	
Annexe 3 : Centre romand de médecine de laboratoire	
Annexe 4 : Centre romand de médecine génétique	
Annexe 5 : Centre romand de médecine légale	
Annexe 6 : Réseau romand d'assistance médicale à la procréation	
Rapport détaillé	
1. Introduction	1
2. Précision de la terminologie	3
3. Appréciation de l'applicabilité des critères de la CICOMS	9
4. Analyse des modèles retenus par le Comité Vaud-Genève	12
4.1. Généralités : description des trois modèles	12
4.2. Evolution du Modèle 3	15
5. Gouvernance de l'ensemble Vaud-Genève	22

Synthèse du rapport

Objectifs de la collaboration

L'objectif principal qui sous-tend cette réflexion est celui d'assurer à la population romande, de manière durable et dans un souci d'efficacité économique, un accès aux soins et aux prestations médico-techniques hautement spécialisés, de permettre à la région de maintenir et développer son rôle en recherche clinique et translationnelle ainsi qu'en formation médicale.

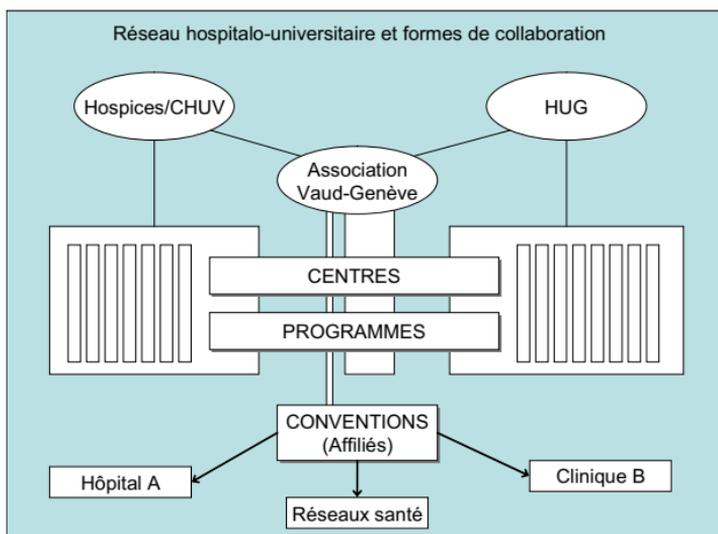
Organisation générale

Pour atteindre cet objectif, l'association Vaud-Genève établit progressivement un réseau hospitalo-universitaire dont le noyau dur est défini par les 9 domaines de la médecine hautement spécialisée tels que retenus par la CDS – CICOMS (voir ci-dessous, périmètre).

Le réseau s'adresse à la population de la Suisse romande.

Les collaborations interhôpitaux à l'intérieur du réseau prennent les formes suivantes :

- a. Centre : regroupement à des degrés divers d'équipes des deux hôpitaux universitaires dans les domaines de la médecine hautement spécialisée (ex. réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation) ou de services d'appui logistique (ex. Centrale d'achat et d'ingénierie biomédicale des HUG-CHUV).
- b. Programme : regroupement fonctionnel transversal permettant une approche commune dans tel ou tel domaine spécialisé de la médecine universitaire (ex. soins palliatifs, psychogériatrie).
- c. Convention : modalités de collaboration dans un domaine particulier entre les hôpitaux universitaires et des entités publiques ou privées de Suisse. Les conventions permettent de définir des collaborations avec les hôpitaux ou cliniques qui souhaiteraient être affiliés au réseau hospitalo-universitaire romand (ex. convention avec le Réseau Santé Valais).



Périmètre – domaines touchés par la réflexion sur la répartition des activités

Les 9 secteurs retenus par la CDS forment une base de réflexion incontournable du fait de l'engagement pris par les cantons dans ces domaines dans le cadre de la convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM).

Ces 9 secteurs sont :

- a) Neuroradiologie interventionnelle
- b) Transplantation de cellules souches hématopoïétiques
- c) Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pédiatrique
- d) Ophtalmologie
- e) Chirurgie de l'hypophyse
- f) Grandes brûlures
- g) Transplantations d'organes
- h) Tomographie par émission de positrons (TEP)
- i) Protonthérapie

Pour plusieurs de ces domaines, la répartition des activités est en cours ou même réglée (grands brûlés, transplantation, TEP). Malgré les difficultés rencontrées au niveau de la CICCM, l'ambition de l'association VD-GE est de satisfaire aux besoins de répartition de la médecine hautement spécialisée dans ces 9 secteurs.

Un nombre important d'autres domaines bénéficieraient d'une manière ou d'une autre d'une réorganisation des activités. Pour en établir la liste, une démarche pragmatique, tenant compte des expériences passées, a été utilisée. Ces domaines sont ceux pour lesquels une réorganisation est envisageable dans un délai de 5 ans.

Les éléments qui ont dicté les choix sont les suivants :

- Opportunités liées à des changements prévus dans la direction des unités ou services (typiquement, départ à la retraite du chef de service)
- faible besoin de proximité (mobilité des patients ou des échantillons)
- faible lien avec des urgences
- pathologie peu fréquente / peu de malades
- mobilité aisée des médecins
- infrastructures onéreuses

En d'autres termes, il s'agit de minimiser les risques et de pouvoir facilement montrer l'intérêt d'une organisation différente dans des cas concrets.

En première analyse, une étude de la répartition des activités des services suivants pourrait être envisagée, à titre d'exemple :

- Médecine de laboratoire et chimie clinique
- Génétique médicale
- Médecine de la reproduction
- Médecine légale
- Neurochirurgie
- Pathologie
- Les sous-spécialités de la pédiatrie
- Pharmacie
- Pneumologie
- Soins palliatifs
- Urologie

Entrent naturellement également en ligne de compte les services d'appui ou administratifs, qui devraient faire l'objet d'études spécifiques.

Pour chaque domaine considéré ci-dessus, une réflexion pratique, sur la base des principes décrits plus bas et incluant un ou plusieurs scénarios, sera engagée.

Précision de la terminologie

Afin de construire la réflexion sur des bases non équivoques, la terminologie liée à différentes notions a été précisée :

- Mission hospitalo-universitaire (mission spécifique du centre hospitalo-universitaire, par comparaison avec un hôpital cantonal non-universitaire).
- Responsabilité hospitalo-universitaire (et responsabilités données au chef de service hospitalo-universitaire).
- Leading house (rôle de la leading house dans le cadre d'un réseau – direction/coordination).
- Réseau hospitalo-universitaire (structure régissant les échanges entre différents partenaires).

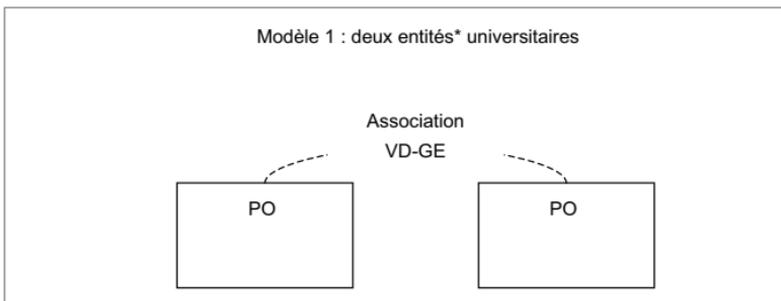
Appréciation de l'applicabilité des critères de la CICOMS

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a retenu une série de critères afin de déterminer si un domaine devait faire l'objet d'une répartition ou d'un regroupement des activités. Certains de ces critères sont peu utiles dans le contexte de la coordination VD-GE (efficacité, utilité,...) alors que d'autres s'avèrent importants dans l'analyse (qualité en particulier). Ces critères de la CICOMS doivent en outre être complétés par d'autres (en particulier la dimension de stratégie institutionnelle et celle d'opportunité).

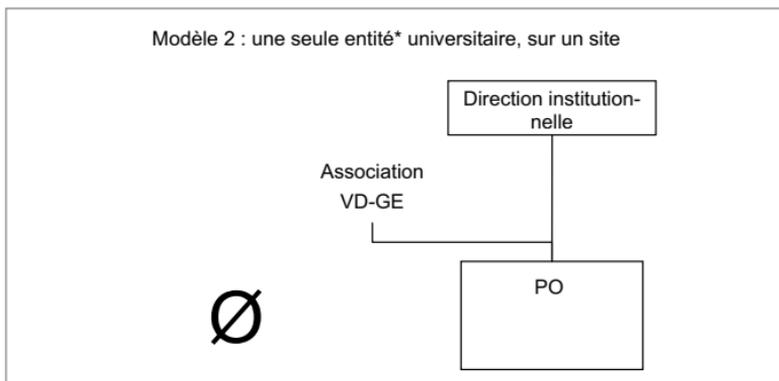
Analyse des modèles d'organisation des disciplines

Trois modèles ont été retenus préalablement par le Comité VD-GE :

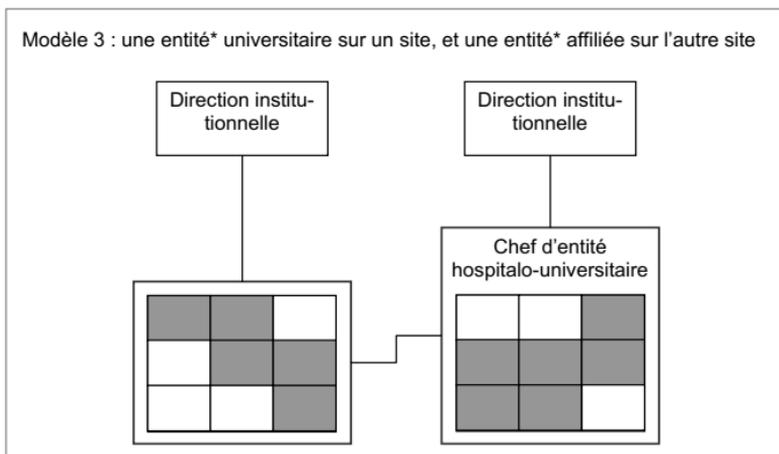
- le modèle 1, avec un service / entité universitaire et une équipe complète sur chaque site ; ce modèle s'applique aux domaines pour lesquels un regroupement sur un seul site de tout ou partie des activités hospitalo-universitaires n'offrirait pas de bénéfice significatif en terme de qualité des soins ou en termes économiques.



- le modèle 2, avec le regroupement sur un seul site de l'ensemble des activités hospitalo-universitaires.



- le modèle 3, avec une répartition des activités hospitalo-universitaires entre les deux sites

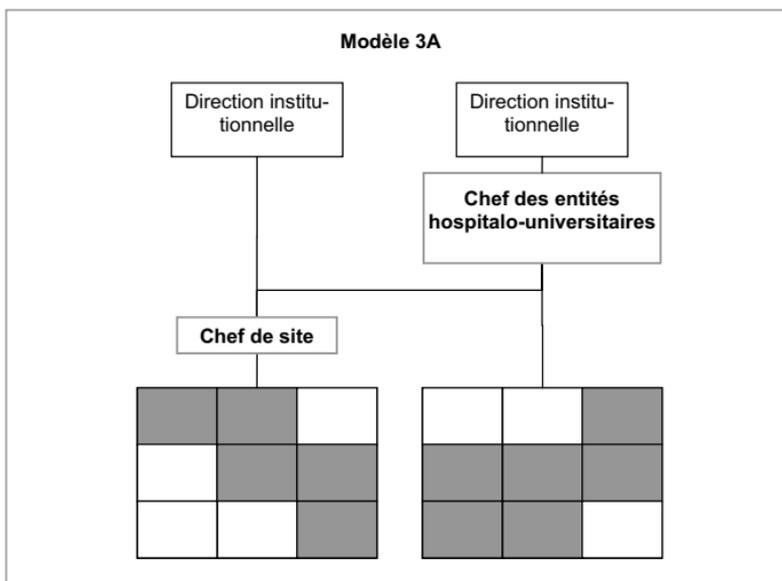


* Une entité peut recouvrir une unité, un service ou un département

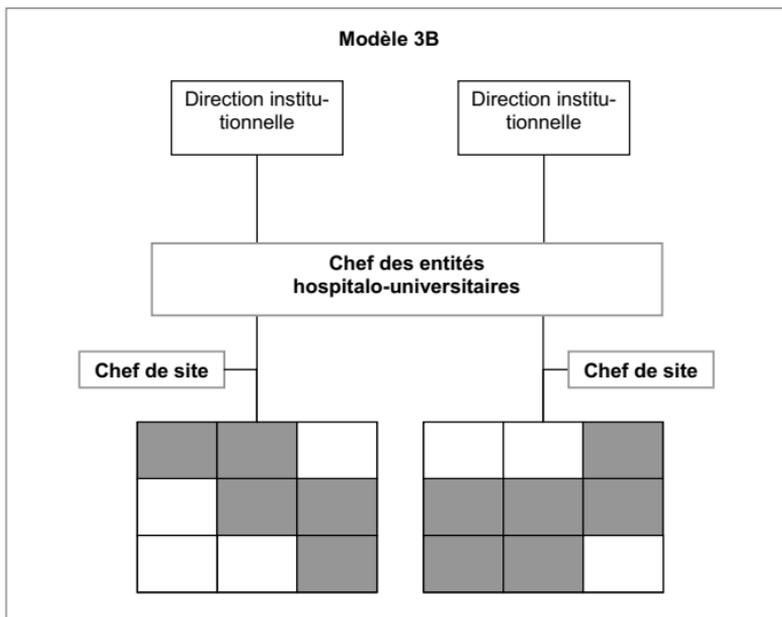
Si les deux premiers modèles n'appellent pas de remarques particulières, le troisième avait besoin d'être affiné, de manière à intégrer les notions de mission hospitalo-universitaire ou de leading house telles qu'elles avaient été définies plus haut, et afin de permettre une adaptation à un ensemble de situations particulières.

Deux options ont été retenues pour la mise en œuvre d'une répartition des activités hospitalo-universitaires entre Vaud et Genève :

- le modèle 3A, avec le chef de service du site A qui assure également, pour environ 20% de son temps, le pilotage hospitalo-universitaire du site B



- le modèle 3B, avec un chef de service qui assure le pilotage des activités hospitalo-universitaire sur les deux sites, à 50% sur chacun des sites, et en s'appuyant de part et d'autre sur un responsable de site. Ce dernier est responsable de toutes les activités cliniques qui ne sont pas du ressort spécifique du chef de service hospitalo-universitaire.



Dans les deux cas, les activités hospitalo-universitaires dans un domaine spécifique sont placées sous la responsabilité d'une seule personne, qui en assure le pilotage sur les deux sites.

Le choix dans la mise en œuvre de l'un ou l'autre de ces modèles doit absolument prendre en compte les personnes et les équipes en place, afin que l'organisation retenue soit en phase avec le fonctionnement.

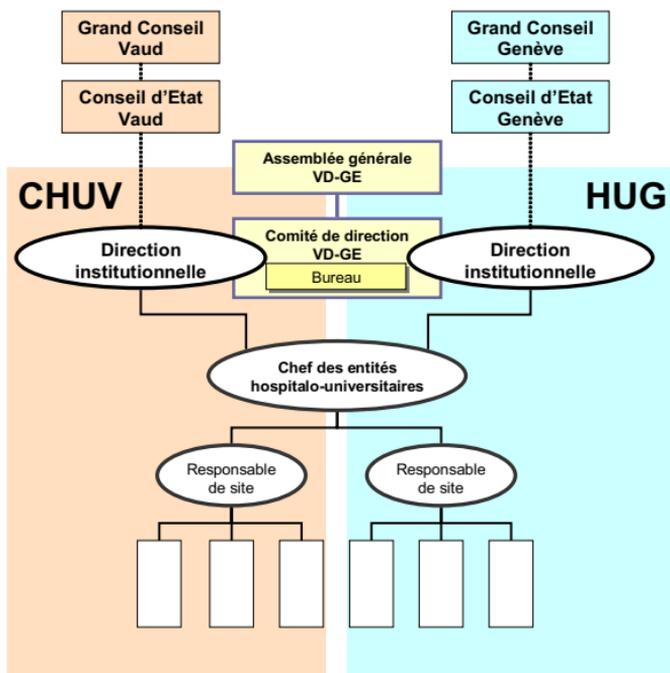
Gouvernance de l'ensemble Vaud-Genève

Les deux organes de l'association Vaud-Genève, Assemblée générale et Comité de direction, ne changent pas dans leur composition.

Le Comité de direction joue un rôle très important puisqu'il propose les domaines dans lesquels une planification commune doit être envisagée, qu'il établit cette planification, qu'il détermine la composition des commissions paritaires de présentation, qu'il prévoit les nominations et qu'il effectue le suivi et l'évaluation des domaines planifiés en commun.

L'Assemblée générale, organe de pilotage stratégique, décide des grandes orientations, valide le périmètre commun et l'organisation des domaines qui font l'objet d'une planification commune.

Dans un cas comme dans l'autre, des réunions régulières sont nécessaires au bon fonctionnement du partenariat.



Organigramme général, dans le cas d'un domaine organisé selon le modèle 3B.

Annexe 1 : Collaborations hospitalo-universitaires Vaud-Genève

D'une manière générale, les collaborations hospitalo-universitaires sont construites de façon pragmatique, en misant en priorité sur les personnes et en leur donnant la latitude et la responsabilité de mettre en place une organisation performante dans le contexte Vaud-Genève.

I. Collaborations existantes

Domaine	Responsables	Entrée en vigueur
Centre romand d'implants cochléaires	Jean-Philippe Guyot ; Marco Pelizzzone	1994
Greffes de moelle	Marc Schapira ; Jakob Passweg	1994
Centre romand des grands brûlés	René Chiolero ; Daniel Egloff	1998
Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale des Hôpitaux Universitaires Vaud-Genève	Ricardo Avvenenti	1998
Centre romand de la transplantation	Philippe Morel ; Manuel Pascual	2004
Psychogériatrie	Pandelis Giannakopoulos	2005
Néphrologie pédiatrique	Eric Girardin	2006
Médecine de la reproduction	Dominique de Ziegler	2006

II. Projets à mettre en œuvre

Domaine	Degré de maturité	Modèle envisagé	Leader identifié	Décision du Comité de direction	Validation par l'AG VD-GE	Mise en place VD-GE	Commentaire
Spécialités pédiatriques	En cours de réalisation		Chefs de département				Mandats à donner aux chefs de département
Soins palliatifs	En cours de réalisation	Modèle 3A	José Luis Pereira	Validé	Janvier 06	Fin 2006	
Génétique médicale	En cours de réalisation	Modèle 3B	Stylianos Antonarakis	Avril 06	Juin 06		Proposition d'un Centre romand de médecine génétique
Neurochirurgie	En cours de réalisation	Modèle 3 B	À identifier	Décision de principe le 27.10.05		2009	En conformité avec les deux plans stratégiques
Médecine légale	Avancé	Modèle 3B	Patrice Mangin	Décision de principe le 24.11.05	Janvier 06	1.10.07	Proposition d'un Centre romand de médecine légale

Ces projets seront soumis pour avis aux instances hospitalo-universitaires compétentes de chaque site

III. Projets à développer

Domaine	Degré de maturité	Modèle envisagé	Leader identifié	Décision du Comité de direction	Validation par l'AG VD-GE	Mise en place VD-GE	Commentaire
Médecine de laboratoire et Chimie clinique	Avancé	Modèle 3B	Denis Hochstras-ser	Validation du concept : 24.11.05	Janvier 06	1.9.06	Proposition d'un Centre romand de médecine de laboratoire
Chirurgie thoracique	Exploration	Modèle 3 (A ou B)					Ouverture du poste en cours à Genève
Pathologie	Exploration						
Chirurgie cardiaque pédiatrique	Exploration						Liste CDS Expertise externe en cours (pour l'ensemble des sous-spécialités pédiatriques)
Chirurgie cardiaque adulte	Exploration						
Pneumologie	Exploration	Modèle 3 (A ou B)	À identifier				
Urologie	Exploration	Modèle 3 (A ou B)	À identifier	Décision de principe le 27.10.05	Janvier 06	1.9.06	Recrutement PO à Lausanne
Neuroradiologie	Exploration						Lié à Neurochirurgie Liste CDS
Transplantation de cellules souches	Exploration						Liste CDS

Ces projets seront soumis pour avis aux instances hospitalo-universitaires compétentes de chaque site

Annexe 2 : Propositions de répartition des activités pédiatriques Vaud-Genève

A. Missions de proximité assurées sur les deux sites avec collaboration entre les entités (modèle 1) :

- pédiatrie générale
- chirurgie pédiatrique générale
- urgences
- néonatalogie et suivi néonatal
- soins intensifs
- chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pédiatrique
- orthopédie

B. Missions spécialisées avec prestations sur les deux sites sous la responsabilité hospitalo-universitaire d'un chef d'entité (modèle 3A ou 3B) : des projets d'organisation concertés entre les responsables concernés seront soumis à l'approbation du Comité VD-GE.

HUG	CHUV
Allergologie* Dr Ph. Eigenmann	Allergologie Dr M. Hofer
Croissance* Profe. P. Hüppi	Croissance Prof. A. Moessinger
Diabétologie Dre V. Schwizgebel	Diabétologie* Prof. G. Theintz
Gastro-entérologie et nutrition* Prof. D. Belli	Gastro-entérologie et nutrition Prof. M Roulet
Investigations chirurgicales urinaires Dr Ph. Bugmann	Investigations chirurgicales urinaires* Dr B. Meyrat
Maladies infectieuses* Prof. A. Gervaix	Maladies infectieuses Dr B. Vaudaux
Maladies métaboliques Dre I. Kern	Maladies métaboliques* Dr L. Bonafé
Médecine de l'adolescent Dre F. Narring / Dre M. Cafilisch	Médecine de l'adolescent* Prof. A. Michaud
Néphrologie* Prof. E. Girardin	Néphrologie Dr F. Chatat
Neuropédiatrie Dr Ch.-A. Haenggeli	Neuropédiatrie* Prof. E. Roulet
Oncologie Dre H. Ozsahin	Oncologie* Profe. M. Nenadov-Beck

HUG**CHUV**

Pneumologie*
Profe. C. Barazzone-Argiroffo

Pneumologie
 Dr M. Gehri

Rhumatologie
 Dr M. Hofer

Rhumatologie*
Dr M. Hofer

Vaccinologie*
Profe. C.-A. Siegrist

Vaccinologie
 Dr B. Vaudaux

C. Missions spécialisées assurées sur un seul des deux sites (modèle 2)**HUG****CHUV**

Chirurgie biliaire et tumeurs du foie**

Chirurgie des fentes palatines

Evaluation préchirurgicale de l'épilepsie

Chirurgie de l'épilepsie

Grands brûlés

Malformation des voies respiratoires supérieures

Remplacement de l'œsophage

Tumeurs rétinienne

Dans l'attente d'un réseau suisse multi-site de la transplantation, la répartition des transplantations pédiatriques sera réglée dans le cadre du mandat que le Comité VD-GE donne au Centre romand de la transplantation.

* responsabilité hospitalo-universitaire

** à l'exception de la vésicule

RAPPORT

SUR LA DEFINITION DU CONTENU DE QUELQUES ELEMENTS CLES POUR LA CREATION D'UN RESEAU HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

(RAPPORT DETAILLE)

1.

Introduction

L'incitation à collaborer pour les deux institutions hospitalo-universitaires obéit à des forces de trois ordres :

1. politique

Les organes politiques fédéraux et intercantonaux, en particulier la CDS, mettent en œuvre différents outils visant à organiser au niveau national la médecine de pointe. Les cantons de Vaud et Genève, qui depuis de nombreuses années travaillent à améliorer leur collaboration, doivent anticiper les contraintes nationales, dans une perspective de positionnement stratégique de la région au niveau national et international.

2. médical

Pour que la dimension de médecine de pointe d'une spécialité, avec ses corollaires de recherche et développement, puisse exister, elle a besoin d'un nombre suffisant de patients à traiter. Pour chaque pathologie, un bassin minimum de population peut donc être déterminé, en fonction de sa prévalence. Il en résulte que certains domaines doivent trouver les moyens de disposer d'un bassin de population plus important.

3. économique

Les investissements nécessaires, que se soit au niveau de l'infrastructure ou du personnel hautement qualifié, sont très variables selon les domaines. Il est important de ne pas dupliquer ces investissements lorsque cela n'est pas nécessaire, afin de ne gaspiller aucune ressource. La collaboration peut ainsi apporter des réponses intéressantes à la recherche d'efficacité dans de nombreux domaines.

Il s'agit donc de trouver un ou plusieurs modèles d'organisation (en termes de structure et de fonctionnement) permettant à chaque discipline médicale d'avoir un cadre favorable, en fonction des contraintes médicales, en particulier d'un nombre suffisant de cas pris en charge par une équipe, et économiques.

Chaque discipline est dans une situation spécifique, en particulier du fait des personnes présentes et de celles qu'il faudra remplacer, soit à Lausanne, soit à Genève. En outre, les sous-disciplines ne se trouvent pas forcément dans un contexte identique à Lausanne et à Genève, avec des liens hiérarchiques ou organisationnels différents, ce qui complique une éventuelle répartition.

S'il est très important de construire les relations avec les personnes en place, et profiter des opportunités liées aux renouvellements de postes, il est également important de placer la réflexion et la mise en œuvre dans le long terme. Cela implique que non seulement il faut prévoir une organisation pour chaque domaine considéré, mais également imaginer sa dynamique et sa plasticité pour l'avenir.

Un élément essentiel concerne la gouvernance des domaines répartis sur les deux sites : l'expérience montre les grandes difficultés lorsque deux patrons sont présents, avec chacun une logique de site. La tendance naturelle dans une configuration réellement coordonnée serait d'aller vers un patron unique pour chaque domaine considéré.

Il faut souligner que ces incitatifs sont relativement peu puissants, lorsqu'il s'agit de toucher à des sphères sensibles, en particulier celle du pouvoir et de la reconnaissance sociale et scientifique. D'autres exemples de réorganisation dans le domaine hospitalo-universitaire montrent que le plus souvent c'est une pression très importante des partenaires-payeurs qui a été à l'origine de changements profonds d'organisation. Clairement, la réflexion hospitalo-universitaire actuelle ne s'inscrit pas dans une telle perspective.

Les objectifs à atteindre se doivent donc d'être clairs et ambitieux. La réorganisation des activités doit permettre une meilleure utilisation des ressources, au niveau qualitatif et au niveau quantitatif. Dans ce dernier cas, la réorganisation doit permettre de mettre à jour de la réserve de productivité, qui doit être utilisée dans un projet concret et motivant, un projet d'avenir pour l'ensemble hospitalo-universitaire Vaud-Genève.

2.

Précision de la terminologie

Diverses terminologies sont employées lorsque l'on parle de réseau hospitalo-universitaire et de répartition des activités, en particulier :

- Mission hospitalo-universitaire
- Responsabilité hospitalo-universitaire
- Leading house
- Réseau hospitalo-universitaire

Mission hospitalo-universitaire

Afin de cerner la notion de mission hospitalo-universitaire, les missions des hôpitaux universitaires et des hôpitaux cantonaux de taille similaire ont été comparées. La mission hospitalo-universitaire correspond à ce qui est spécifiquement demandé à un hôpital universitaire.

Le tableau ci-dessous résume la situation.

	<i>Centre hospitalo-universitaire</i>	<i>Hôpital cantonal</i>
Soins secondaires et tertiaires	+	+
Soins tertiaires hautement spécialisés	+	-
Recherche translationnelle et évaluative	+	-
Recherche clinique	+	-
Développement - adaptation	+	+
Enseignement prégradué	+	+ (par délégation ou mandat des facultés)
Formation professionnelle des médecins	+	+ (par délégation ou mandat de la FMH)
Relève hospitalière	+	-
Relève académique	+	-
Autres formations professionnelles	+	+

La mission hospitalo-universitaire peut ainsi être définie de la manière suivante :

- Soins tertiaires hautement spécialisés
- Recherche translationnelle et évaluative
- Recherche clinique
- Enseignement prégradué
- Formation professionnelle des médecins (responsabilité conjointe avec FMH)
- Relève hospitalière
- Relève académique

Responsabilité Hospitalo-universitaire

La responsabilité hospitalo-universitaire découle de la mission hospitalo-universitaire.

À qui cette mission est-elle donnée ?

La mission, ou le mandat hospitalo-universitaire, dans un secteur particulier, est donnée à un ou plusieurs professeurs, chefs de service hospitalo-universitaire.

Quel est le cahier des charges du responsable hospitalo-universitaire ?

Ce mandat consiste en le pilotage des activités énoncées ci-dessus. Les principales responsabilités hospitalo-universitaires sont les suivantes :

<i>Mission</i>	<i>Responsabilités du chef de service hospitalo-universitaire</i>
Soins tertiaires hautement spécialisés	Définit et encadre les soins tertiaires hautement spécialisés. Met en place la veille. Met en place les processus d'évaluation et qualité.
Recherche translationnelle et évaluative	Définit les axes prioritaires de recherche, recherche et stimule les collaborations, alloue les ressources institutionnelles aux groupes de recherche.
Recherche clinique	Définit les axes prioritaires de recherche, alloue les ressources institutionnelles aux groupes de recherche (y compris les malades).
Enseignement prégradué	S'engage vis-à-vis de la Faculté pour la fourniture de prestations. Définit le programme dans le cadre du mandat reçu. Distribue les responsabilités dans son service.
Formation professionnelle des médecins (responsabilité conjointe avec FMH)	S'engage vis-à-vis de la FMH pour la fourniture de prestations. Définit le programme dans le cadre du mandat reçu. Distribue les responsabilités dans son service. Met en place les procédures de suivi de qualité.
Relève hospitalière	Établit une planification de la relève et des plans de carrière. Organise la formation à des carrières dirigeantes.
Relève académique	Établit une planification de la relève et des plans de carrière. Soutient la formation à des carrières dirigeantes dans un cadre hospitalo-universitaire.

Selon les activités, une direction plus ou moins forte est envisageable. Dans quelle mesure en effet la recherche peut-elle être imposée à des personnes pouvant se prévaloir de la liberté académique telle qu'inscrite dans les lois universitaires ? Le responsable fixe le cadre (axes prioritaire), alloue les ressources institutionnelles à sa disposition, et évalue les résultats.

À qui le responsable hospitalo-universitaire rend-il des comptes ?

Certaines activités s'inscrivent dans la logique universitaire alors que d'autres sont clairement du ressort de la hiérarchie hospitalière, rendant d'autant plus difficile une répartition sur deux sites ou un double ancrage, 4 hiérarchies pouvant être impliquées.

Un cahier des charges clair doit trouver un parallèle dans une répartition également claire des responsabilités au niveau institutionnel.

Une intégration dans un modèle d'école de médecine, avec une seule gouvernance pour l'ensemble hospitalo-universitaire apparaît donc comme porteur d'avenir, puisque simplifiant grandement l'organisation.

Pour imaginer, dans un domaine particulier, un patron hospitalo-universitaire unique pour l'ensemble Vaud-Genève, il faut également imaginer un organe de pilotage

commun. Cet organe pourrait être le Comité VD-GE. Le mandat hospitalo-universitaire et les ressources financières nécessaires seraient alors alloués par ce Comité. Le chapitre 4 décrit les modèles d'organisation et le mode de pilotage retenus.

Relevons en outre qu'une harmonisation des titres et fonctions entre Lausanne et Genève faciliterait la vision globale des rôles et des responsabilités.

Leading house

La notion de leading house implique que des activités ont lieu sur différents sites et qu'un site dispose de compétences particulières. Elle est liée à la notion de réseau et à celle de leadership académique : chaque unité est indépendante, mais travaille en coordination, sous le pilotage de la leading house. C'est toute la difficulté de la gestion du réseau, avec un équilibre à trouver entre direction et indépendance. Jusqu'où la leading house peut aller dans son action directrice ? Elle est le porte-parole et assure la coordination des activités communes. Elle pilote les échanges entre les partenaires. C'est à la leading house que revient la responsabilité d'intégrer les compétences des autres partenaires dans une perspective globale. Mais il n'est pas question d'imposer des choix relevant de la liberté académique aux partenaires, ni d'empêcher ces derniers de développer une activité académique dans un domaine.

Le mode de direction du réseau par la leading house peut être représenté par l'organe de décision de ce réseau : un Comité de direction dans lequel chaque partenaire est présent, et qui est présidé par le patron de la leading house.

<i>Mission</i>	<i>Compétences de la leading house</i>	<i>Compétences des autres membres du réseau</i>
Soins tertiaires hautement spécialisés	Établit un plan des prestations du réseau et dirige la répartition des responsabilités (préside le Comité de direction). Met en place les processus de veille et l'assurance qualité. Met en place la veille. Mets en place les processus d'évaluation et qualité.	Assure les prestations dans des domaines spécifiques selon les responsabilités définies par le Comité de direction.
Recherche translationnelle et évaluative	Définit les axes prioritaires de recherche. Recherche et stimule les collaborations. Le cas échéant, alloue des ressources du réseau (dont la source est à définir) aux groupes de recherche.	Mène des projets de recherche selon les principes de la liberté académique. Rend des comptes à sa hiérarchie. Celle-ci intègre la dimension du réseau dans son évaluation.
Recherche clinique	Définit les axes prioritaires de recherche. Le cas échéant, alloue les ressources du réseau (dont la source est à définir) aux groupes de recherche. Planifie et suit l'attribution de malades du réseau aux équipes.	Mène des projets de recherche selon les principes de la liberté académique. Rend des comptes à sa hiérarchie. Celle-ci intègre la dimension du réseau dans son évaluation.

<i>Mission</i>	<i>Compétences de la leading house</i>	<i>Compétences des autres membres du réseau</i>
Enseignement pré-gradué	Assure la coordination des prestations d'enseignement entre les membres du réseau.	S'engage vis-à-vis de sa Faculté de référence pour les prestations d'enseignement. Définit le programme dans le cadre du mandat reçu. Distribue les responsabilités dans son service. Transmet les demandes dépassant son cadre à la leading house.
Formation professionnelle des médecins (responsabilité conjointe avec FMH)	Assure la coordination des prestations de formation entre les membres du réseau.	S'engage vis-à-vis de la FMH pour les prestations de formation. Définit le programme dans le cadre du mandat reçu. Distribue les responsabilités dans son service. Transmet les demandes dépassant son cadre à la leading house.
Relève hospitalière	Établit une planification de la relève pour l'ensemble du réseau. Établit des plans de carrière.	Organise la formation à des carrières dirigeantes.
Relève académique	Prévoit les besoins en relève académique dans le réseau. Établit des plans de carrière.	Soutient la formation à des carrières dirigeantes dans un cadre hospitalo-universitaire.
Autre domaines	Gère les données et les informations partagées. Coordonne la communication. Établit un bilan annuel des activités du réseau et propose une planification des activités du réseau à l'organe de pilotage stratégique	

Réseau hospitalo-universitaire

Un réseau est constitué d'entités juridiquement distinctes qui échangent :

- des ressources
- des forces de travail
- des compétences
- des malades

Le réseau est la structure qui régit le fonctionnement de ces échanges.

La définition du réseau passe par la définition du rôle des membres de ce réseau, et par la répartition du pouvoir : quelle part de pouvoir est abandonnée par les membres au profit du réseau et de quelle manière ce pouvoir est exercé. Plusieurs modèles de réseaux peuvent être définis : un réseau dirigé par l'un de ses membres (leading house) et un réseau avec des membres d'égal niveau (direction collégiale, direction tournante).

S'il y a des échanges, c'est qu'il y a un intérêt réciproque à l'activité et aux compétences des autres membres du réseau et donc complémentarité au sein du réseau. Si cette complémentarité est poussée, certains domaines ne sont couverts que par l'un des membres du réseau. Allant jusqu'à des services qui ne sont pas universitaires dans l'un ou l'autre des hôpitaux. C'est par la superposition des activités de l'ensemble des membres que la couverture hospitalo-universitaire est complète. La logique de ce système amène au modèle 2 tel que décrit ci-dessous au chapitre 4 (un seul service / entité universitaire sur un site et pas de prestation sur l'autre site).

En principe, il n'y a pas de flux financiers entre les partenaires du réseau. On vise à un équilibre dans les échanges.

Le contrôle du réseau est opéré par un organe commun aux membres du réseau. Cet organe dispose des compétences décisionnelles relatives aux activités mises en réseau.

La direction d'un réseau thématique reste problématique : le tournus dans la chefferie a principalement été utilisé afin de ménager les ego des responsables hospitalo-universitaires.

L'exemple du réseau de la transplantation

Le réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation est un exemple intéressant car, bien que dans un contexte particulier, il fonctionne relativement bien. Du fait de la complexité et du nombre d'acteurs impliqués, il a été nécessaire de prévoir une direction à deux niveaux : Comité de gestion et Direction.

Le niveau du Comité de gestion est composé de manière paritaire, et définit lui-même son organisation et son mode de fonctionnement. Le niveau de la direction est composé de trois personnes, un directeur, un directeur adjoint issu de l'autre site, et un administrateur. Le directeur est en fonction pour 2 ans, après quoi un professeur d'un autre domaine est nommé.

A noter qu'il est précisé dans le document décrivant l'organisation de ce réseau que le directeur répond seul devant le Comité Vaud-Genève du bon fonctionnement du réseau.

Le Comité de gestion est compétent pour soumettre au Comité Vaud-Genève le programme de développement et le budget.

Le personnel est rattaché à l'une ou l'autre des institutions et le financement est assuré par les deux institutions selon une clé de répartition validée par le Comité Vaud-Genève.

Le Comité de gestion est présenté comme l'organe suprême du réseau. Il est l'organe « législatif » du réseau et a à son actif en particulier la mise en place de protocoles communs. Les rôles respectifs du directeur, de la direction et du Comité de gestion et l'articulation entre ces organes sont relativement complexes, difficiles à placer clairement dans les processus décisionnels ressortant des responsabilités hospitalo-universitaires décrites plus haut.

Le rôle de directeur du réseau semble principalement être un rôle de porte-parole. Il y a une répartition des activités de transplantation, mais chacun des sites est piloté par un chef de service hospitalo-universitaire.

Le succès de ce modèle est dû à plusieurs paramètres :

- le fait que la répartition des activités ne touche en fait qu'une partie du processus de prise en charge des patients : la transplantation elle-même. Les phases pré et post-opératoires étant réalisées sur les deux sites,
- le domaine de la transplantation comporte plusieurs sous-domaines, permettant d'atteindre relativement facilement un équilibre entre les deux sites,
- le fait que les personnes en place se respectent et s'entendent bien. Il y a ici aussi un équilibre entre les deux sites, l'un ne prenant pas l'ascendant sur l'autre,
- le fait qu'il n'y a pas eu à ce jour de problèmes mettant l'organisation réellement à l'épreuve.

En résumé, ce modèle marche bien, dans un contexte relativement particulier, et implique qu'un certain nombre de conditions soient réalisées pour qu'il soit stable.

Renforcement et régulation du réseau

Une étape supplémentaire verrait se mettre en place un réseau de services dans un domaine particulier, avec un seul chef hospitalo-universitaire, responsable des deux sites et ayant une répartition de son temps équivalente (50-50), et avec un relais sur chaque site. Ce modèle est décrit au chapitre 4.2.

La régulation du réseau, avec en particulier les incitatifs à rester complémentaires, est un point important dans la mise en place de réseaux. En effet, la logique qui le plus souvent reste est celle de la défense de l'intérêt institutionnel, voire particulier, et non de l'intérêt global.

Finalement, il faut relever l'importance, comme dans toute organisation, de la place des personnes dans le réseau, avec leurs profils spécifiques et leurs envies. La stabilité du réseau nécessite d'avoir les personnes aux bons endroits, afin que leurs actions, forcément orientées en fonction de leurs intérêts et de leurs aspirations, aillent dans le sens de l'intérêt du réseau, et plus seulement de l'institution. La direction d'un service pour lequel on ne souhaiterait pas développer la dimension académique devrait ainsi être confiée à une personne nourrissant des ambitions compatibles avec cette orientation.

3.

Appréciation de l'applicabilité des critères de la CICOMS

Il s'agit ici de clarifier et d'analyser les critères qui vont définir les activités spécifiques à un hôpital universitaire ou liées à la médecine hautement spécialisée et qui vont permettre d'analyser les gains obtenus par un regroupement ou une répartition de certaines activités.

Ces critères permettront de déterminer si un domaine doit faire l'objet d'une répartition ou d'un regroupement des activités.

Une autre série de critères doit permettre de déterminer le site du leadership hospitalo-universitaire.

Les critères à prendre en compte sont ceux retenus par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICOMS) dans la Convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM) :

- qualité,
- économicité,
- efficacité,
- utilité,
- durée d'application technique et économique,
- disponibilité de personnel hautement qualifié et la formation des équipes,
- importance d'un lien avec la recherche et la formation,
- capacité de financement.

Il conviendra en outre d'apprécier ces critères dans les perspectives politiques et stratégiques des deux institutions.

La **stratégie** institutionnelle apparaît comme un élément central dans la répartition des activités. Pour avoir une répartition harmonieuse, il faut des stratégies institutionnelles coordonnées, ou même un plan stratégique commun Vaud-Genève.

→ Les options stratégiques de base doivent guider les choix

Un autre critère à prendre en compte est celui des **opportunités**. La disponibilité d'une équipe et d'un responsable académique de grande qualité sont des préalables indispensables à la reconnaissance académique. La nomination, avec en amont la définition du cahier des charges, est un bon moment pour faire évoluer l'activité d'un service.

En corollaire, l'organisation retenue doit être **attractive** pour des candidats de haut niveau, avec la mise à disposition d'un outil académique performant.

Pour ce qui est des critères de la CICOMS il s'agira de les utiliser de manière pragmatique, afin d'affiner ou de valider des options dans un certain nombre de situations relativement simples, dans le souci d'objectiver la prise de décision.

Utilisation des critères de la CICOMS

Qualité

Comme le dit le rapport du groupe de travail de la CDS, la question est de savoir dans quelle mesure un indicateur permet de mesurer ou d'incarner la qualité. C'est un débat très fourni dans la communauté internationale, et le groupe de travail de la CDS recommande d'avoir « recours à la littérature spécialisée disponible sur le plan international » pour définir des indicateurs.

Nous retiendrons comme élément de base pour ce critère le **nombre de cas** minimum qui devraient être traités par une équipe dans une pathologie déterminée.

Économicité

Ce critère revient à poser la question de l'utilisation optimale des ressources (personnel et infrastructures).

Est-ce qu'un regroupement permet de libérer des ressources, qui pourront être affectées sur d'autres domaines ?

Est-ce qu'un regroupement permet d'utiliser plus efficacement certaines infrastructures, ou permet de disposer d'une infrastructure trop lourde pour un seul hôpital.

Il s'agit ici d'évaluer les coûts, en fonction de divers scénarios d'utilisation des infrastructures.

Il faut relever la grande difficulté à établir des coûts fiables pour des prestations qui, par définition, sont rares, complexes et en constante évolution.

Efficacité

Ce critère est principalement utilisé pour déterminer si une prestation doit être inscrite au catalogue d'une institution. Il s'agit donc bien de l'efficacité d'une prestation et non de l'efficacité comparée de plusieurs équipes.

Ce critère doit être analysé afin de déterminer si grâce ou à cause d'un regroupement, on estime que l'efficacité d'une thérapie va subir une hausse ou une baisse. Il s'agit principalement de paramètres liés aux patients : information et motivation de la population cible, observance du suivi. On peut imaginer que si la distance (géographique ou culturelle) entre le patient et l'hôpital responsable de la prestation augmente, le risque d'une baisse d'efficacité augmente aussi. Cette question se pose avec beaucoup moins d'acuité pour une répartition entre Lausanne et Genève que si une prestation devait être regroupée à Zürich.

C'est donc un critère peu utile ici.

Utilité

Ce critère sert à mesurer si un regroupement affecte le bénéfice escompté pour la santé de la population.

En partant du principe que le critère de qualité a été utilisé, et qu'il y a au pire un maintien de la qualité de la prestation, les remarques sont globalement les mêmes que pour l'efficacité.

Ce critère est donc peu utile ici.

Durée d'application technique et économique

Ce critère permet de déterminer si les efforts d'une réorganisation seront utiles à moyen ou long terme. Si la probabilité qu'une prestation soit remplacée rapidement par une autre, l'investissement que représente une répartition entre Lausanne et Genève serait disproportionné. Il conviendrait alors de lier l'analyse d'une réorganisation avec celle de l'évolution de la pratique médicale du domaine.

L'horizon de temps dans lequel travaillent les responsables hospitalo-universitaires est beaucoup lié aux engagements et aux départs à la retraite des chefs de service. C'est donc avec comme horizon de temps un mandat de professeur chef de service qu'il faut au minimum inscrire une réorganisation.

Disponibilité de personnel hautement qualifié et la formation des équipes

Il s'agit ici de faire un état des lieux des équipes présentes, ainsi que de leur évolution prévisible ou possible, y compris la possibilité de transferts d'un site à l'autre, et déterminer la compatibilité avec une nouvelle organisation.

Importance d'un lien avec la recherche et la formation

Le groupe de travail de la CDS estime qu'il devrait y avoir concordance entre les efforts de concentration de la recherche et de la formation, avec ceux de la médecine hautement spécialisée. Cependant, cette dernière ne doit pas dépendre de la recherche et de la formation.

Ce critère peut être avantageusement remplacé par la notion de stratégie mentionnée plus haut : pour qu'une institution se positionne fortement dans un domaine, elle a clairement besoin d'en développer les différents aspects de soins et prestations médico-techniques, de formation et de recherche.

Capacité de financement

Il s'agit ici de déterminer la pérennité de financement, qui assurera aux hôpitaux qui ont choisi de ne plus fournir une prestation, que celle-ci sera accessible dans le futur.

Pour Vaud-Genève, ce critère est accessoire, ou plutôt un prérequis, avec des modèles d'organisation qui doivent prévoir comment les flux et les échanges de prestations sont organisés et sont contrôlés.

4.

Analyse des modèles retenus par le Comité Vaud-Genève

4.1.

Généralités : description des trois modèles

Trois modèles ont été retenus par le Comité Vaud-Genève pour organiser les domaines dans lesquels une coordination veut être instaurée :

- soit le maintien de deux services universitaires et de deux équipes (modèle 1),
- soit le regroupement sur un seul site de l'ensemble de l'activité d'un domaine (modèle 2),
- soit un réseau de deux services, l'un des deux ayant la responsabilité hospitalo-universitaire et l'autre lui étant affilié (modèle 3).

Les discussions entre les responsables hospitalo-universitaires ont fait apparaître l'importance de trouver des solutions concrètes, parfois spécifiques, à des situations particulières, et non de modéliser l'ensemble hospitalo-universitaire Lausanne-Genève. Ainsi, il est clair pour certains cas que des solutions transitoires offrent le meilleur compromis entre flexibilité, coordination et potentiel.

Pour ce qui est des flux, on peut imaginer des services dans lesquels les malades se déplacent et des services dans lesquels les médecins ou les équipes se déplacent.

De plus, partant du constat du rôle joué par les personnes dans le succès d'une organisation, un principe à retenir devrait être de miser sur les personnes, en leur laissant le plus possible les mains libres et en visant à une démonstration par la pratique quant à un mode d'organisation.

Objectifs du modèle d'organisation dans le cadre d'une répartition des activités entre deux sites hospitalo-universitaires

La mise en place d'une nouvelle organisation, quelle qu'elle soit, doit répondre à l'objectif principal d'apporter un bénéfice global aux patients et/ou en terme d'efficacité par rapport à la situation existante. C'est naturellement vrai pour une organisation avec une répartition des activités hospitalo-universitaires.

Pour cela, le modèle d'organisation doit :

- **minimiser le risque de déséquilibre**, et donc disposer d'une direction ayant un intérêt global et non un intérêt prépondérant sur l'un ou l'autre des sites ;
- **assurer la légitimité** et la reconnaissance de la direction hospitalo-universitaire par l'ensemble du personnel des deux sites ;
- assurer aux directions des deux institutions et aux autorités politiques des deux cantons la **maîtrise du pilotage stratégique** des activités hospitalo-universitaires.

Il en résulte, dans le cas d'une répartition des activités hospitalo-universitaires sur deux sites, le besoin de mettre en place une direction unique, la plus concentrée possible, dans le meilleur des cas à travers une seule personne.

Comme déjà mentionné, le véritable incitatif pour réorganiser les activités hospitalo-universitaires entre Lausanne et Genève reste à définir. Un incitatif très fort serait la mise en commun physique d'un hôpital tertiaire, avec la création de novo d'un cen-

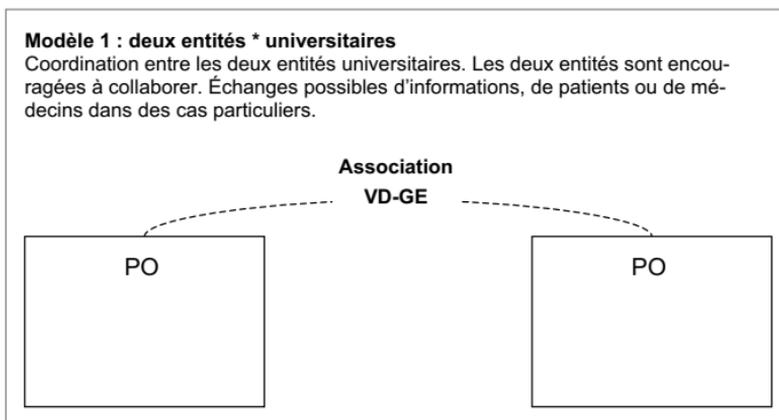
tre hospitalo-universitaire romand, et la transformation des HUG et du CHUV en hôpitaux cantonaux. Un tel modèle permet d'aller au bout de cette idée de structure transversale.

Si ce modèle paraît très intéressant, il reste relativement utopique, même si une évaluation économique serait certainement très utile.

Modèle 1 : deux entités universitaires et deux équipes

Des trois modèles, le premier concerne un certain nombre de domaines pour lesquels il est souhaitable de garder une activité hospitalo-universitaire sur les deux sites. Il ne pose naturellement aucun problème d'implémentation.

Pour retenir ce modèle, le nombre de patients touchés est important (masse critique suffisante), et le besoin de proximité est fort.



* Une entité peut recouvrir une unité, un service ou un département

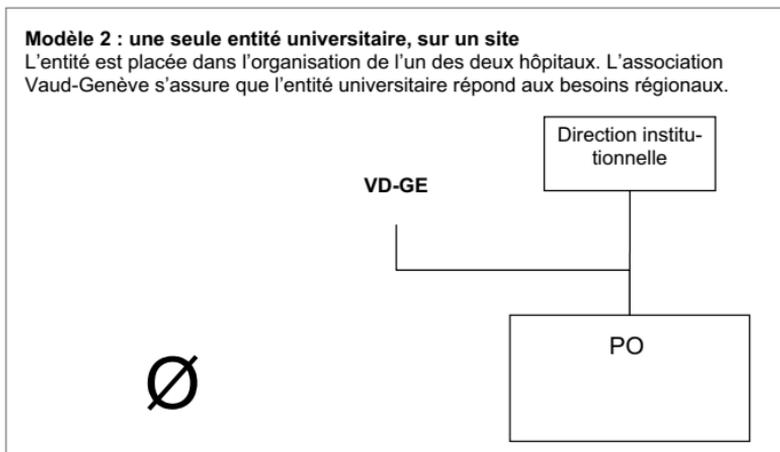
Modèle 2 : une seule entité universitaire et pas de prestation sur l'autre site

A l'opposé du modèle 1, ce modèle est l'aboutissement logique d'une répartition des activités hospitalo-universitaires pour tous les domaines nécessitant un bassin de population important. Il semble relativement facile à maintenir une fois la concentration sur un seul site de toute l'activité hospitalo-universitaire effectuée. Un nombre relativement restreint de domaines peuvent s'y prêter actuellement.

Dans le cadre de ce modèle, l'entité hospitalo-universitaire s'assure du transfert de connaissances vers l'autre site. Elle peut par exemple créer une antenne sur l'autre site à cet effet. L'accès aux prestations de soins tertiaires hautement spécialisés pour l'ensemble de la population est contrôlé par l'association Vaud-Genève. L'entité organise et fournit les prestations d'enseignement aux deux Facultés de Lausanne et Genève.

Modèle 2 : une seule entité universitaire, sur un site

L'entité est placée dans l'organisation de l'un des deux hôpitaux. L'association Vaud-Genève s'assure que l'entité universitaire répond aux besoins régionaux.

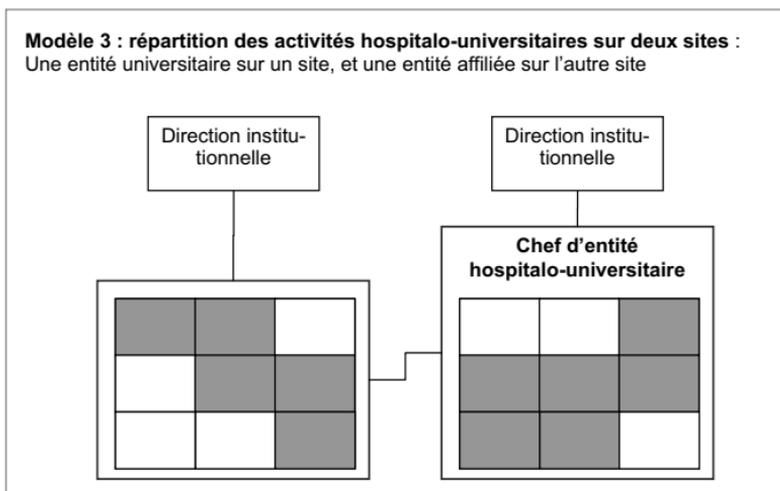
**Modèle 3 : Une entité universitaire sur un site, et une entité de prestations cliniques affiliée sur l'autre site**

Dans ce modèle, il y a répartition des activités hospitalo-universitaires sur deux sites, l'une des deux entités ayant la responsabilité hospitalo-universitaire et l'autre lui étant affiliée.

Dans un tel cas, comment à la fois maintenir un équilibre et une dynamique pour l'ensemble Vaud-Genève ? C'est le modèle qui nécessite le plus de préciser les notions de réseau, de leading house et de responsabilité hospitalo-universitaire.

Modèle 3 : répartition des activités hospitalo-universitaires sur deux sites :

Une entité universitaire sur un site, et une entité affiliée sur l'autre site



Concernant la gestion d'un domaine sur deux sites, plusieurs constats ont été faits :

- L'expérience montre que faire fonctionner un système à deux chefs est très problématique. Il faut, d'une manière ou d'une autre aller vers un système avec un seul patron.
- L'expérience (neurochirurgie) montre également la difficulté pour un seul chef de service de piloter complètement deux sites hospitalo-universitaires.
- Si une répartition des activités hospitalo-universitaires, avec l'un des deux centres jouant le rôle de leader, peut être effective sur le court terme, la tendance à long terme est à un rééquilibrage, par les volontés conjuguées des différents acteurs et les ambitions des personnes.
- Un effet pervers d'une répartition peut être une « fuite » de patients (et donc de revenus) vers le site disposant du prestige universitaire. Même pour des pathologies standard, le fait d'être pris en charge par un professeur va attirer des patients que le système actuel de santé amène à rechercher.

Si globalement, dans un système de répartition, il y a un équilibre entre les deux institutions hospitalo-universitaires, pour les services, les entités qui sont réellement appelées à travailler ensemble, des déséquilibres peuvent être très problématiques.

Comment dès lors contourner la question du leadership académique de l'un des deux sites et des déséquilibres que cela implique ?

Une solution serait d'avoir une entité de régulation ou une structure transversale qui viendrait piloter les activités hospitalo-universitaires des services des deux sites, plaçant ceux-ci dans une seule entité.

L'autre voie déjà évoquée plus haut consiste à s'appuyer sur les personnes, et confier la responsabilité non à une structure, mais à une personne.

Ainsi, sur la base d'un modèle impliquant une répartition des activités hospitalo-universitaires sur deux sites, on peut imaginer des services qui seraient pilotés par un seul patron, et de faire évoluer le modèle 3 dans ce sens :

- soit en ayant le chef de service de l'un des sites qui prendrait la responsabilité hospitalo-universitaire également de l'autre site, avec un responsable clinique sur ce second site qui lui serait subordonné ;
- soit en plaçant le chef de service hospitalo-universitaire au-dessus de deux responsables de site.

4.2.

Evolution du Modèle 3

Les principes d'organisation décrits ci-dessus posent la question de l'intégration d'une cinquième hiérarchie dans le système. Ils posent également la question de sa faisabilité, compte tenu du cadre légal existant et des possibilités d'adaptation imaginables de celui-ci, ainsi que des contraintes institutionnelles et politiques existantes.

Dans le cadre organisationnel actuel, le chef de service doit rapporter formellement à chacune des directions institutionnelles et s'intégrer dans les hiérarchies de chaque

hôpital. Cependant, elle nécessite un contrôle commun. L'articulation entre les hiérarchies institutionnelles et l'association Vaud-Genève doit donc être précisée.

Soulignons qu'il s'agit ici d'étendre les possibilités d'organisation, afin de pouvoir trouver dans chaque cas, en fonction des situations existantes tant à Genève qu'à Lausanne, un mode d'organisation performant au niveau régional.

Principe général

La répartition des activités hospitalo-universitaires dans un domaine spécifique est placée sous la responsabilité d'une seule personne. Celle-ci assure le pilotage des activités hospitalo-universitaires sur les deux sites.

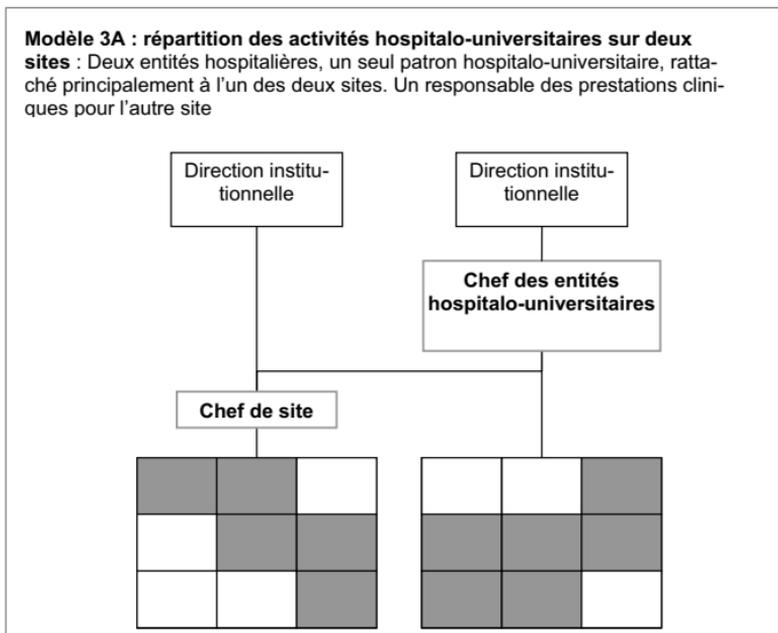
Ses responsabilités sont les suivantes :

<i>Mission</i>	<i>Responsabilité de la direction hospitalo-universitaire unique</i>
Soins tertiaires hautement spécialisés	Répartir les activités entre les sites. Définir les conditions-cadres de prise en charge clinique des patients sur les deux sites. Établir les protocoles de prise en charge des patients. Mettre en place les processus de veille et d'assurance qualité.
Recherche translationnelle et évaluative	Définir les axes prioritaires de recherche. Allouer les ressources institutionnelles aux groupes de recherche des deux services.
Recherche clinique	Définir les axes prioritaires de recherche. Allouer les ressources institutionnelles aux groupes de recherche des deux services. Planifier et suivre l'attribution de malades du réseau aux équipes.
Enseignement prégradué	Assurer la coordination des prestations d'enseignement entre les deux sites. S'engager vis-à-vis de chacune des facultés pour les prestations d'enseignement. Distribuer les responsabilités dans les deux services.
Formation professionnelle des médecins (responsabilité conjointe avec FMH)	S'engager vis-à-vis de la FMH pour les prestations de formation des deux services. Assurer la coordination des prestations de formation entre les deux sites. Distribuer les responsabilités dans les deux services.
Relève hospitalière	Établir une planification de la relève pour l'ensemble du réseau. Établir des plans de carrière.
Relève académique	Prévoir les besoins en relève académique dans le réseau. Établir des plans de carrière.
Autre domaines	Assurer le partage des données et des informations. Piloter la communication. Établir un bilan annuel des activités du réseau et proposer une planification des activités du réseau au Comité Vaud-Genève

En fonction des situations spécifiques, la répartition des activités hospitalo-universitaires sur deux sites peut être envisagée de deux manières :

Modèle 3A : Une entité universitaire sur un site, et une entité de prestations cliniques affiliée sur l'autre site. Le site A est sous la responsabilité d'un chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève, qui assure également le pilotage des prestations cliniques. Le site B est placé sous la responsabilité d'un chef de service, responsable des prestations cliniques, et sous la responsabilité du chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève pour les activités décrites dans le tableau ci-dessus.

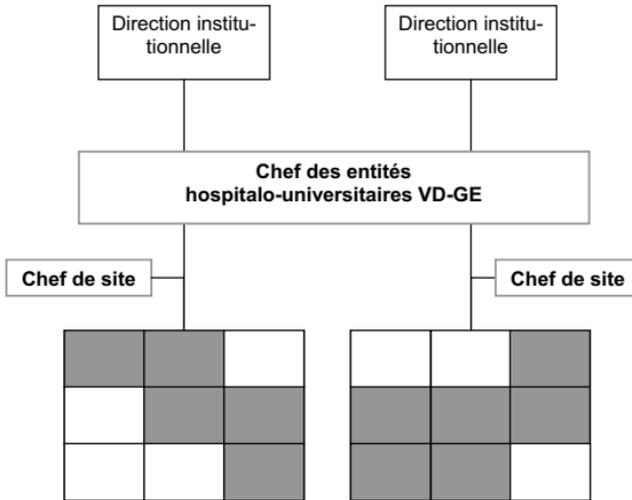
Le chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève consacre environ 80% de son temps au site A et 20% de son temps au site B.



Modèle 3B : La répartition des activités hospitalo-universitaires entre deux sites verrait un domaine, et donc les deux services, pilotés par un chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève unique, **nommé à 50% sur chaque site**. Il est à la fois chef de service aux HUG et chef de service au CHUV. Il est secondé par deux médecins-chefs de site. Ces derniers sont responsables de toutes les activités cliniques qui ne sont pas du ressort spécifique du chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève.

Ce modèle d'organisation peut s'appliquer à différents niveaux : au niveau des services, mais également au niveau d'unités (par exemple en pédiatrie), en fonction de leur taille et de leur complexité.

Modèle 3B : répartition des activités hospitalo-universitaires sur deux sites : Deux entités hospitalières, deux patrons de sites hospitaliers, un patron hospitalo-universitaire.



Dans les deux cas, c'est la responsabilité du chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève (et son intérêt) de répartir les activités hospitalo-universitaires de manière intelligente entre les deux sites. N'avoir qu'un chef pour ces missions permet alors de contourner la notion de leading house.

Soumis à l'analyse préliminaire pour quelques domaines (par exemple la chimie clinique ou l'urologie), ce modèle 3B a semblé prometteur. Il permet en outre d'augmenter l'attractivité du poste de chef de service, et de donner à de bons cliniciens/gestionnaires des positions intéressantes sur chaque site.

La question de la terminologie est importante. On ne peut pas parler de département pour ces structures transversales (terme défini dans la loi sur l'université de Genève par exemple), ni de réseau, ce terme étant réservé pour décrire les relations entre les institutions.

Selon la nature des activités et des prestations ces structures pourraient s'intituler **Centre** ou **Programme**.

Il est très important de relever, dans la mise en place d'une organisation avec une répartition des activités hospitalo-universitaires, l'importance des personnes en place et des relations à construire entre les différents responsables et cadres. C'est par les personnes qu'une organisation, quelle qu'elle soit, pourra fonctionner correctement. Il conviendra donc d'être prudent dans la phase d'analyse, afin de déterminer le mode d'organisation le plus susceptible de fonctionner efficacement, mais d'être à la fois déterminé et d'apporter le soutien nécessaire dans la phase de mise en place et de fonctionnement.

Rattachement administratif

Dans le modèle 3A, le chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève est rattaché administrativement au site où il porte également la responsabilité clinique. Il y a refacturation à l'autre institution des coûts salariaux correspondant à ses activités sur l'autre site.

Dans le modèle 3B, le chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève est nommé à 50% sur chaque site, avec un cahier des charges unique. Concernant son rattachement administratif, deux options sont possibles :

- a. il est rattaché administrativement à un seul site. Il y a refacturation à l'autre institution de la moitié des coûts salariaux.
- b. il a un double rattachement administratif, avec trois contrats (1 à Lausanne et 2 à Genève).

Option a, rattachement administratif à un seul site.

Le cahier des charges est lié au rattachement administratif. Il prend clairement en compte la dimension VD-GE et précise les responsabilités et les devoirs sur chaque site. Le cahier des charges est validé par les deux hiérarchies hospitalo-universitaires et par le Comité Vaud-Genève.

Cette option simplifie la gestion administrative et évite la multiplication des contrats. Cependant elle pose plusieurs problèmes, en particulier :

- emblématiquement, cela place le chef de service en léger déséquilibre, ce qui est défavorable à une prise en charge ne tenant compte que des dimensions hospitalo-universitaires. La tendance naturelle sera une meilleure identification au site de rattachement administratif plutôt qu'à l'ensemble VD-GE
- le chef de service porte la responsabilité médicale sur les deux sites. Si il n'est pas formellement employé par l'un des sites, la question se pose de savoir dans quelle mesure il peut réellement porter cette responsabilité médicale.

Au niveau salarial, les conditions prévalant actuellement dans l'institution de rattachement sont appliquées (salaire, vacances, 2ème pilier, allocations familiales, congé maternité, etc.).

Un complément de revenu pour le pilotage des deux sites, sous la forme d'une indemnité, est versé par l'association Vaud-Genève. Le salaire global, incluant l'indemnité ne devrait pas être inférieur à l'une et l'autre des conditions prévalant dans les institutions.

Le rattachement à l'une ou l'autre des institutions est décidé par le Comité VD-GE.

A noter que le déséquilibre entre les deux sites peut également exister par d'autres paramètres, comme le lieu de résidence. C'est un paramètre qui pourrait être considéré dans le choix du lieu de rattachement administratif.

Option b, rattachement multiple

Cette option est plus compliquée pour la personne, puisque celle-ci est liée par 2 voire 3 contrats. Elle rend également plus difficile une intégration d'autres partenaires éventuels, mais elle montre bien l'équilibre entre les deux sites et ancre clairement le chef de service au sein des deux institutions.

Le cahier des charges reste unique et, comme dans l'option a, il prend clairement en compte la dimension VD-GE et précise les responsabilités et les devoirs sur chaque site. Il est validé par les deux hiérarchies hospitalo-universitaires et par le Comité Vaud-Genève.

Au niveau salarial, les conditions prévalant dans chaque institution sont appliquées (salaires, vacances, 2ème pilier, allocations familiales, congé maternité, etc.).

Un complément de revenu pour le pilotage des deux sites, sous la forme d'une indemnité, est versé par l'association Vaud-Genève. Le salaire global, incluant l'indemnité ne devrait pas être inférieure à l'une et l'autre des conditions prévalant dans les institutions.

Dans le modèle 3B, le chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève ne peut pas être chef de département ou assumer d'autres responsabilités sur un seul des deux sites.

Dans l'idéal, et dans la perspective d'éliminer les risques de déséquilibre, le temps à disposition et les conditions dans lesquelles la pratique privée est autorisée devraient être uniformisés. Cette uniformisation semblant difficile à réaliser, les pratiques de chaque site sont appliquées de part et d'autre. Le Comité Vaud-Genève est chargé de veiller à l'équilibre.

Il faut relever que le fait que le chef des entités hospitalo-universitaires Vaud-Genève reste rattaché aux deux institutions limite les perspectives d'intégration d'autres partenaires. Il est en effet difficilement envisageable d'avoir plus de deux partenaires sans le pilotage par une structure extra-institutionnelle.

Procédure de nomination du chef de service

1. planification / structure

Les procédures lausannoises et genevoises ne sont pas parfaitement conciliables. Il n'y a plus de commissions de structure à Lausanne, celles-ci étant remplacées par des commissions de planification, chargées d'effectuer la planification des postes dans un large domaine.

Il reste que soit une répartition d'un domaine est proposée par une commission, de structure ou de planification, soit le Comité VD-GE indique aux commissions qu'il s'agit d'une contrainte dont elles doivent tenir compte.

Concrètement :

1. Le Comité VD-GE établit la liste des domaines dans lesquels une répartition des activités doit être envisagée ;
2. Cette liste est validée par les décanats, par les directions des hôpitaux et par l'assemblée générale ;
3. La mise en place de commissions de structure et de planification fait l'objet d'une concertation au niveau du Comité VD-GE.
Dans l'idéal, le Comité met en place la commission. Si cela s'avère impossible, la commission est mise en place dans le cadre des procédures spécifiques à chaque institution mais le cahier des charges des commissions spécifie que celles-ci doivent travailler dans la perspective d'une double nomination. Les projets seront soumis pour avis aux instances hospitalo-universitaires.
4. Le Comité Vaud-Genève nomme un rapporteur pour chaque domaine ;
5. Le rapporteur effectue une analyse des structures existantes et des modèles d'organisation VD-GE les plus appropriés, en prenant en particulier en considération les équipes présentes. Sur cette base, et en collaboration étroite avec le leader pressenti, si celui-ci a été identifié, il prépare une proposition d'organisation.
6. Cette proposition est validée par le Comité puis par l'Assemblée générale.

En outre, afin d'assurer l'intégration de la dimension VD-GE dans les perspectives institutionnelles, les plans stratégiques des deux institutions sont coordonnés.

2. nomination

Le Comité VD-GE choisit le site de rattachement administratif (dans le cas d'une organisation administrative selon l'option a ci-dessus). C'est la procédure valable sur ce site qui est appliquée. La nomination sur l'autre site suit une procédure simplifiée, les conclusions de la commission de présentation étant reprises telles quelles. La commission travaille donc pour les deux sites.

Si cela devait poser des problèmes, une autre solution serait d'avoir deux commissions, une pour chaque site, qui siègeraient au même moment, dans un même lieu.

La commission de présentation devrait être composée de manière paritaire. Sa composition est établie ou validée par le Comité VD-GE.

La nomination est conjointe. En d'autres termes, il ne peut y avoir de nomination que d'un seul côté. Si les calendriers ne permettent pas une nomination en même temps, la première est effectuée sous réserve d'une nomination sur l'autre site.

En cas de difficultés d'application des procédures standards, le Conseil d'Etat genevois peut procéder à une nomination sur préavis de l'association, même si l'utilisation de cette possibilité semble peu probable. La procédure lausannoise a été grandement simplifiée, et la nouvelle Loi sur l'Université de Lausanne prévoit la possibilité de déroger aux procédures et conditions d'engagement prévue par les lois et règlements, « dans la mesure nécessaire à la coordination des procédures entre université et établissement d'enseignement supérieur ». Cela limite donc les risques de nomination incohérente avec les objectifs stratégiques VD-GE, et assure un traitement relativement rapide.

3. évaluation et renouvellement

Les critères d'évaluation sont validés et le cas échéant complétés par le Comité VD-GE.

Formellement, le renouvellement est effectué par la structure administrativement compétente. Elle se fonde sur les recommandations VD-GE.

Les procédures d'évaluation et de renouvellement doivent remonter au comité VD-GE.

Il faut remarquer que la durée des mandats n'est aujourd'hui pas compatible entre Lausanne et Genève. Or le principe qui est soutenu est que le non-renouvellement dans une institution entraîne le non-renouvellement dans l'autre institution. Il conviendra donc d'étudier quelles sont les solutions possibles afin d'une part de ne pas multiplier les procédures, et d'autre part d'avoir systématiquement une symétrie entre les deux sites.

La mise en place des structures VD-GE fait également l'objet d'une évaluation, par exemple après 1 et 3 ans. Les aspects médicaux, financiers et organisationnels sont analysés.

Recherche / essais cliniques

Pour les projets dans lesquels les deux sites sont impliqués, c'est la procédure multicentrique qui s'applique : le protocole / projet est traité par les commissions d'éthique de chaque site. La procédure est complète sur un site et simplifiée sur l'autre.

Données et informations

Le personnel des deux services a accès aux données de ceux-ci comme s'il s'agissait d'un seul service.

5.

Gouvernance de l'ensemble Vaud-Genève

Assemblée générale

Composition

- Conseiller d'Etat en charge du DES, Genève
- Conseiller d'Etat en charge du DSAS, Vaud
- Conseiller d'Etat en charge du DFJ, Vaud
- Conseiller d'Etat en charge du DIP, Genève
- Secrétaire général du DSAS
- Secrétaire général du DES
- Directeur général de l'enseignement supérieur, Vaud
- Secrétaire adjoint chargé des affaires universitaires, Genève
- Directeur général des HUG
- Directeur général des Hospices/CHUV
- Recteur de l'UNIGE
- Recteur de l'UNIL
- Directeur médical des HUG
- Directeur médical des Hospices/CHUV
- Doyen de la Faculté de médecine de l'UNIGE
- Doyen de la FBM de l'UNIL

Elle est présidée par l'un des deux Conseillers d'Etat en charge des départements de la santé.

Compétences

L'assemblée générale est l'organe de pilotage stratégique. Elle exerce ses compétences statutaires, ainsi qu'en particulier :

- Décider des orientations stratégiques de l'association VD-GE.
- Valider le périmètre dans lequel une planification commune doit être entreprise et valider cette planification.
- Valider l'organisation des domaines faisant l'objet de cette planification.

L'assemblée générale se réunit au moins tous les 6 mois.

Comité de direction

Composition

- Directeur général des HUG
- Directeur général des Hospices/CHUV
- Secrétaire général du DSAS
- Secrétaire général du DES
- Directeur médical des HUG
- Directeur médical des Hospices/CHUV
- Doyen de la Faculté de médecine de l'UNIGE
- Doyen de la FBM de l'UNIL
- Secrétaire général de l'association VD-GE

Il est présidé par l'un des deux directeurs généraux.

Compétences

Le Comité de direction est l'organe de direction opérationnelle. Il est l'instance de recours et d'arbitrage pour toutes les questions touchant au périmètre hospitalo-

universitaire, tel que définit plus haut, pour les domaines dans lesquels une répartition des activités est effective ou prévue.

Le Comité de direction exerce en particulier les compétences suivantes :

1. proposer à l'assemblée générale les domaines pour lesquels une planification commune doit être envisagée et établir cette planification ;
2. établir la planification des postes de cliniciens de rang professoral dans ces domaines ;
3. coordonner les plans stratégiques des HUG et du CHUV dans ces domaines ;
4. déterminer la composition des commissions paritaires de présentation ;
5. préavisier les nominations ;
6. prendre les décisions pour les objets qui sont de la compétence des directions institutionnelles et qui entrent dans le périmètre de coordination tel que défini dans la planification stratégique commune ;
7. adopter les directives nécessaires au bon fonctionnement économique, administratif et financier du partenariat ;
8. mettre en place les organes de concertation nécessaires sur tous les sujets d'intérêt commun qui ne sont pas pris en charge par un autre organe commun ;
9. mettre en place le suivi et l'évaluation des activités qui font l'objet d'une planification commune, en particulier au niveau médical, financier et de l'organisation.

Le comité de direction se réunit au moins une fois par mois.

Afin d'assurer la préparation de ses décisions et leur mise en œuvre, ou pour des tâches qui nécessitent un suivi plus régulier que celui permis par ses réunions, le comité de direction peut mandater un groupe formé d'une partie de ses membres.

ANNEXE 2

DECLARATION LIMINAIRE

Le présent rapport contient les décisions de principe concernant la création d'un réseau hospitalo-universitaire Vaud-Genève visant à assurer à l'ensemble de la population romande l'accès aux soins et aux prestations médico-techniques hautement spécialisées.

L'ambition de l'Association Vaud-Genève est de créer des collaborations ou des regroupements hospitalo-universitaires dont les objectifs sont de maintenir, voire d'améliorer la qualité générale des soins ainsi que de mieux attribuer les ressources adéquatement au profit des patients de la communauté régionale.

Il ne s'agit donc pas de créer de nouvelles structures, mais bien de faire ensemble, au sein d'un réseau, ce qui est difficile, rare et/ou très coûteux. En ce sens, dans certaines disciplines médicales, la qualité est mieux assurée grâce à l'augmentation des masses critiques des patients traités

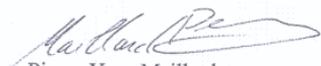
Ces regroupements peuvent revêtir différentes formes telles que des centres, des programmes ou de simples conventions de collaboration.

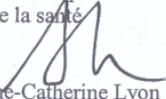
Les projets communs énumérés dans ce rapport et pour lesquels les décisions formelles de mise en oeuvre sont prises, seront finalisés sur la base des conditions-cadres suivantes :

- a) Les soins de proximité sont non seulement maintenus mais considérés comme prioritaires sur chaque site.
- b) Ces regroupements n'entraîneront pas de licenciement.
- c) Les statuts respectifs du personnel aux deux cantons seront respectés.
- d) Les économies dégagées par des mises en commun de ressources seront prioritairement réaffectées pour le développement des services qui auront mis en place ces collaborations Vaud-Genève.
- e) La formation pré- et postgradué des médecins est garantie dans le cadre de la mise en oeuvre de chaque collaboration.

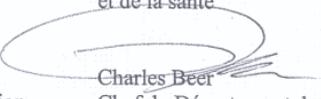
Si des projets communs de développement entraînent des investissements particuliers, l'Association Vaud-Genève pourrait allouer des ressources à titre exceptionnel. Un fonds de deux millions est constitué à cet effet par les deux ensembles hospitaliers. L'Association Vaud-Genève en assurera la gestion et la distribution de manière à inciter les démarches de collaboration.

Les autorités exécutives et législatives des cantons de Vaud et de Genève seront saisies de ce rapport, conformément aux dispositions en vigueur pour chacun d'eux.


Pierre-Yves Maillard
Chef du Département de l'action sociale
et de la santé


Anne-Catherine Lyon
Cheffe du Département de la formation
de la jeunesse


Pierre-François Unger
Chef du Département de l'économie
et de la santé


Charles Beer
Chef du Département de l'instruction
publique