

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DES SYSTEMES D'INFORMATION

chargée d'examiner l'objet suivant :

Exposé des motifs et projets de décret accordant au Conseil d'Etat un crédit-cadre de CHF 3 millions pour le financement des investissements nécessaires à la mise en œuvre du schéma directeur de la Fédération des hôpitaux vaudois informatique (FHVi) durant l'année 2011

La commission a siégé le mardi 5 juillet 2011 de 9h00 à 11h00 au Bâtiment administratif de la Pontaise, Casernes 2, à Lausanne.

La commission CTSI était composée de Mmes les députées F. Despot, V. Hurni (pour F. Debluë), M. Fiora-Guttmann (pour J.-F. Cachin) ainsi que de MM. les députés L. Ballif, Ph. Randin, J.-J. Truffer, J. Glardon, A. Bally, F. Uffer, M. Miéville, O. Kernén, L. Girardet, Ph. Jobin (pour F. Brélaz) ainsi que de M. J. Ansermet, président rapporteur.

MM. J.-F. Cachin, R. Pache, F. Debluë, et F. Brélaz étaient excusés et partiellement remplacés comme indiqué ci-dessus.

MM les députés Ph. Martinet et Ph. Vuillemin assistaient à la séance en qualité de délégués de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP).

MM. le Conseiller d'Etat P.-Y. Maillard (Chef du DSAS), Ph. Theytaz (Directeur de la FHVi), M. Weber, Th. Monod et M. Montavon (SSP), participaient à la séance.

M. F. Mascello a tenu les notes de séance et a rédigé la synthèse relative à l'examen de l'EMPD N°404, ce dont nous le remercions très chaleureusement.

Après les salutations d'usage, le président passe la parole à M. le Conseiller d'Etat pour les propos d'introduction.

1. RAPPEL DE L'OBJET

1.1 Propos d'introduction par M. le Conseiller d'Etat Maillard

Ce décret n'est pas fondamentalement nouveau puisque des précédents ont déjà été votés mais avec des durées de validité différentes.

Actuellement au niveau fédéral, aucune règle ne définit l'affectation des investissements des hôpitaux. Dès le 1^{er} janvier 2012, les financements découleront des SwissDRG¹ qui comprendront une part que les hôpitaux devront affecter à de l'investissement, notamment informatique. Elle se montera à environ 10 ou 12% de leur budget d'hospitalisation et sera en sus du forfait. A titre d'exemple, avec un budget d'hospitalisation d'env. CHF 800 millions, le Canton de Vaud devra distribuer environ CHF 80 millions, soit CHF 40 millions aux autres hôpitaux de zone et le solde pour le CHUV. Pour l'instant, les hôpitaux tels que Morges, Yverdon, le CHUV ont une mission de soins claire et souhaitent la continuer. Dès 2012, certains partenaires, pour l'instant à dose modeste, seront représentés par des sociétés à but lucratif avec une liberté totale quant au but de leur activité. Il serait également possible que certains acteurs du système de santé, après avoir reçu de l'argent pour des investissements, se fassent racheter et modifient par la suite leurs activités, ou au pire disparaissent du marché. Dans de tels cas de figure, la situation serait complexe car, en cas de déficit d'approvisionnement en soins, l'Etat devrait pallier ce manque vis-à-vis de la population. Sans base légale cantonale dès 2012, toute la procédure mise en place pour l'analyse des différents crédits d'étude et d'ouvrage serait réduite à néant. Les hôpitaux recevraient ainsi des fonds sans que l'Etat puisse vérifier leur juste allocation.

Compte tenu de ce qui précède et dès 2012, le Conseil d'Etat souhaite pouvoir maintenir un droit de regard, nettement plus allégé qu'aujourd'hui, sur les investissements des hôpitaux de zone et des cliniques privées. L'intention finale est de transformer ces besoins de financement – aujourd'hui sous forme de décrets - en contrats de prestations avec les hôpitaux. En échange de leur inscription sur la liste, ils devraient consacrer une partie de leurs revenus à des fonds de rénovation et à des investissements, dont une partie pour la FHVi.

S'agissant de la date de présentation de cet EMPD à la CTSI, il précise que ce décret était prêt à fin 2010 mais comportait divers montants à éventuellement utiliser en 2012. En effet, ne sachant pas si le nouveau forfait hospitalier serait suffisant pour couvrir les besoins, il avait été prévu au départ d'augmenter ce décret pour anticiper toute mauvaise surprise. Cette option a fait l'objet de diverses discussions entre le SJL, le SAGEFI et une délégation du Conseil d'Etat ce qui explique le délai de 6 mois. Malgré ce retard, aucun moyen n'a été dépensé par la FHVi qui a dû néanmoins engager des montants dans divers dossiers. Pour mémoire, le décret pour la période 2008 – 2010 avait également été analysé au moins de juin (2008) par la CTSI. Ceci justifie le passage de cet objet au Grand Conseil au plus tard en septembre 2011.

2. PRESENTATION DE M. PH. THEYTAZ

M. Ph. Theytaz, Directeur de la FHVi, passe en revue les diverses planches de la documentation distribuée aux membres de la commission. (Cette documentation technique n'est pas jointe au rapport de commission, il est simplement évoqué ci-après les éléments principaux mis en évidence par M. Ph. Thétaz).

¹ SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Group) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la LAMal. L'introduction de SwissDRG dans toute la Suisse aura lieu au 1^{er} janvier 2012 (voir : swissdrg.org).

2.1 Historique

Les EMPD permettent de financer les investissements informatiques des hôpitaux de la FHV et sont nécessaires pour maintenir un niveau satisfaisant de leur système d'information. Le précédent décret avait été limité à trois ans (2008 – 2010) en raison du manque de visibilité sur la nouvelle LAMal.

Entre 2008 et 2011, l'augmentation des charges d'exploitation des hôpitaux (CHF 633 millions à CHF 750 millions) est due notamment à l'intégration de l'Institution de Lavigny qui pèse environ CHF 60 millions et représente quelque 250 postes informatiques.

La demande réelle de financement se monte à CHF 3,4 millions en raison des hôpitaux intercantonaux de la Broye et du Chablais, avec une participation respective des cantons de Fribourg et du Valais de CHF 400'000.

2.2 Environnement hospitalier

Globalement, l'activité hospitalière concerne 12 établissements répartis sur plus de 35 sites géographiques (CHF 750 millions de charges d'exploitation), avec 6'000 collaborateurs pour plus de 1'600 lits. D'un point de vue informatique, cela représente 3'700 postes de travail pour plus de 4'500 utilisateurs.

2.3 FHVI : missions, financement et collaboration

La FHVi est le service informatique des hôpitaux avec la mission de faire fonctionner l'existant en permanence. Le déploiement du dossier patient informatisé (DOPHIN) nécessite une grande disponibilité en termes de supports et de fiabilité des installations. Le budget global se monte à CHF 12,8 millions (CHF 9,4 millions en exploitation financé par les hôpitaux et CHF 3,4 d'investissements financés par le présent EMPD).

Grâce à la bonne collaboration avec le CHUV, une démarche commune dans la mise en place du dossier patient informatisé a été possible. Un travail régulier est également réalisé avec le SSP afin de lui fournir des indicateurs et autres informations nécessaires à ses tâches de planification. Dans ce contexte et avec ce service, la FHVi participe activement à la mise en place de la stratégie nationale en matière de cybersanté (e-Health) visant à créer une plate-forme d'échange d'informations entre les différents acteurs du dispositif sanitaire. Il s'agit d'un projet de développement sur plusieurs années : au final, le dossier patient informatisé permettra d'alimenter cette plate-forme.

2.4 Organigramme – juillet 2011

Le service est organisé sur trois grands axes :

- Infrastructure : compétences techniques avec un help desk à même de se déplacer sur les 35 sites géographiques connectés par le réseau cantonal au centre de calcul de la FHVi.
- Projets et applications : compétences métiers (avec des professionnels de la médecine, des soins et de la pharmacie) garantissant l'adéquation entre les développements informatiques et les besoins sur le terrain.
- CEESV : centrale en charge notamment des séjours en hôpital ou en EMS et du lien avec les assurances.

2.5 Schéma directeur du système d'information FHV (2008 – 2012)

Au niveau fédéral, la priorité est mise sur la stratégie nationale en matière de cybersanté (eHealth) qui doit contribuer à garantir à la population suisse l'accès à un système de santé de qualité, plus efficace et plus sûr. En effet, selon une étude récente parue dans la presse, les hôpitaux tuent encore plus que la route en raison, notamment, d'un mauvais diagnostic lors de la prise en charge du patient ou d'un manque d'informations précises sur l'état du malade. Il a été démontré que la technologie, par le biais de la mise à disposition d'informations sous format électronique, peut contribuer à améliorer cette situation. L'acceptation de cette nouvelle façon de travailler se heurte encore aux inévitables freins aux changements.

A l'échelle cantonale, la FHVi a intégré cette orientation et y travaille avec le CHUV et la structure eHealth du SSP. Ce transfert d'informations doit néanmoins respecter la notion de propriété privée et de confidentialité. Selon les cas, le consentement implicite ou explicite du patient est requis. Le préposé à la protection des données participe en conséquence à ce projet pour veiller notamment à cette distinction.

Compte tenu du fait que les moyens ne pourront pas indéfiniment suivre la demande découlant de la croissance d'activité des hôpitaux, un besoin de rationalisation et de gains de productivité est nécessaire. La solution se trouve sans aucun doute dans le fait de combiner d'une part l'adaptation des organisations et, d'autre part, la mise en place d'outils informatique incluant cette donnée sécuritaire pour le patient². Dans ce contexte, la FHV a mis sur pied le projet « Sécurité patient » qui s'appuie évidemment sur le dossier patient informatisé découlant du projet DOPHIN.

2.6 Domaine d'applications – situation fin 2010

Trois grands pôles applicatifs coexistent :

SI Gestion hôpital : la gestion électronique de documents (GEDO – actuellement en cours de déploiement) tend à augmenter les flux d'informations au sein des hôpitaux dans la perspective de l'hôpital numérique 2012. Le bénéfice de ce genre de procédés est particulièrement visible sur les sites périphériques où l'information est disponible simultanément pour l'ensemble des acteurs (p.ex. traitement des factures fournisseurs).

SI Gestion Patient : le contrôle complet des données du patient est vital pour éviter tout doublon.

SI Médical : le projet DOPHIN est en train de remplacer diverses sortes de bases de données disparates qui ne permettaient pas un accès transversal. Le « dossier archive » représente une source d'informations importante par le biais de la numérisation de l'historique papier des patients.

² Une délégation du CHUV a visité l'hôpital de Hambourg et a pu constater les gains de productivité massifs dégagés grâce à une informatisation complète des systèmes d'information.

2.7 DOPHIN : démarche et étape du projet

Démarche initiée en 2007. La préparation et le déploiement au sein du CHUV et de la FHV sont en cours depuis 2009. Concrètement, la production est effective depuis un peu plus d'une année avec le dossier patient informatisé (CHUV : 2'500 personnes formées / FHV : 1'700 personnes sur un objectif de 3'000). La stratégie de déploiement de la FHV diffère notamment de celle du CHUV puisqu'elle cible les spécialisations (domaine de la chirurgie terminé, psychiatrie à venir).

2.8 Evolutions : stockage et postes de travail

Une forte progression en images de radiologie est enregistrée (plus de 220'000 examens par année). Elle a été provoquée par la suppression des films dans l'hôpital déclenchée dès 2006 – 2007 avec la perspective de l'hôpital numérique 2012. De plus, la densité des images étant toujours plus grande avec les nouveaux scanners, une augmentation des capacités mémoires de stockage est inévitable.

Deux pics ont été enregistrés avec les postes de travail :

- 2006 – 2007 : déploiement de la radiologie numérique (hôpitaux, médecins de villes, etc.) accueillie de manière variée entre enthousiasme et conservatisme.
- 2009 – 2010 : postes supplémentaires au service de chirurgie pour la mise en place du dossier patient informatisé.

2.9 Répartition des investissements 2011

Les moyens financiers par l'EMPD seront répartis de la manière suivante :

- SI Gestion Patient et SI Gestion Hôpital : CHF 250'000 pour les concentrer essentiellement dans des frais d'études et d'acquisition d'un module logiciel pour les SwissDRG ainsi que l'extension GEDO ;
- SI Médical : CHF 1,05 million pour la mise en place du projet DOPHIN ;
- SI Transverse : CHF 290'000 pour la mise en place d'une plate-forme de e-learning, la poursuite du développement du datawarehouse et l'adaptation des annuaires due à l'augmentation des utilisateurs.
- Infrastructure : CHF 1,81 million pour en améliorer la disponibilité, la performance et la capacité en termes de postes, de réseaux et de système / stockage

2.10 Coûts informatiques - ratios

A titre de comparaison, en matière de déploiement du dossier patient informatisé, les cantons de Fribourg et du Valais ont environ 4 ans d'avance sur le canton de Vaud. L'augmentation enregistrée entre ces deux tableaux pour ces deux cantons (p.ex VS : 2,04 – 2,44) découle logiquement d'une corrélation évidente entre un périmètre supplémentaire informatisé et les coûts induits pour sa mise à niveau.

Cette logique doit également être appliquée au canton de Vaud dont l'objectif est de s'assurer que, dans les futurs contrats de prestations, la part des investissements reçus par les hôpitaux soit allouée aux investissements informatiques (env. 0,6 – 0,7% des budgets de fonctionnement).

3. DEBATS DE LA COMMISSION

3.1 Compétence CTSI / dualité SAP - OPALE

Alors qu'aujourd'hui, selon lui, la CTSI doit uniquement statuer sur l'opportunité de la dépense, un commissaire CTSI s'interroge sur la situation avant 2008 ; à l'époque la commission était intervenue dans le choix du logiciel (OPALE / SAP). On constate ici que les deux logiciels ont poursuivi leur évolution parallèlement. Une unification à terme est-elle possible ?

M. Ph. Theytaz précise que ce feuilleton entre SAP et OPALE ne concerne que la FHV qui comprend, en son sein, certains établissements qui fonctionnent avec l'un ou l'autre de ces logiciels (actuellement, 4 hôpitaux sont tout OPALE). Cette dualité peut même être présente au sein d'un même hôpital qui peut travailler avec les deux logiciels. Néanmoins, un projet nommé UNO a été déclenché pour tendre à une uniformisation des systèmes. D'ici 3 à 5 ans, le CHUV devra par ailleurs amorcer un changement d'une partie de ses logiciels, OPALE fera vraisemblablement partie des prétendants.

3.2 Réseau cantonal vaudois

M. Ph. Theytaz peut rassurer un Commissaire CTSI : le réseau informatique cantonal vaudois est bien apte à supporter l'augmentation du nombre de données à échanger. Il salue, avec ce réseau, un partenaire fiable dont la disponibilité est appréciable. Néanmoins, la bande passante étant malgré tout toujours limitée, la FHVi attend avec impatience le RCV4.

3.3 Archivages et délais de conservation

Compte tenu du fait que l'archivage est gourmand en capacité informatique, une Commissaire CTSI se demande si toutes les autres méthodes de stockage ont bien été étudiées et quels en sont les délais de conservation. M. Ph. Theytaz rappelle qu'au début de la numérisation des services de radiologie, l'impression des CD a été initiée mais a vite été submergée. La solution en place (disques numériques) permet l'archivage avec une bonne capacité et également la possibilité de référencer les données. Le mieux étant l'ennemi du bien, le radiologue tend maintenant à être moins sélectif dans les informations à garder. Ces images sont sécurisées sur deux sites distincts et sont conservées six mois pour permettre une première analyse avec un certain recul. D'une manière plus générale et compte tenu du fait qu'aucune base légale en la matière n'existe, un délai de conservation des données de dix ans est appliqué, par analogie aux délais légaux standards en vigueur dans l'administration. Toutefois, des praticiens souhaiteraient que ce délai soit repoussé à la durée de vie du patient, voire au-delà, pour mener à bien certaines études.

3.4 Evolution des besoins en matière de stockage

Un commissaire CTSI compare ce décret à un crédit relai et s'inquiète du fait que cette évolution en matière de stockage soit quasiment exponentielle. Est-on certains que le montant correspondant à 0,6 ou 0,7 % des budgets de fonctionnement des hôpitaux sera réellement suffisant pour couvrir les futurs besoins ? Pourra-t-on réellement tout garder ? A défaut, une dégradation des performances sera inévitable. M. le Conseiller d'Etat Maillard conteste cette vision exponentielle et estime que les coûts restent maîtrisés. Pour M. Ph. Theytaz, la tendance est claire à l'instar des cantons de Fribourg et du Valais : dès que le périmètre d'informatisation augmente, les coûts augmentent. Une réflexion sera prochainement posée sur la nécessité de pérennisation des moyens dans la durée. L'objectif cantonal cible se situe à environ 2,2%, compte tenu de l'augmentation du périmètre. Une première

réponse est d'inscrire cette démarche dans les contrats de prestations. La solution devra passer par l'optimisation d'un certain nombre de processus et comprendra la transformation des méthodes de travail. La réflexion est par conséquent en cours. Dans l'immédiat, le stockage de ces informations est possible mais en étant rigoureux dans le choix des données à archiver.

3.5 Satisfaction des utilisateurs

Un membre de la CTSAP se demande concrètement si les utilisateurs informatiques sont satisfaits aujourd'hui de leur outil de travail. M. Ph. Theytaz informe qu'une enquête de satisfaction a été menée au mois de mai 2011, avec le CHUV, sur la perception des structures informatiques par les utilisateurs. Le taux de satisfaction (p.ex. accueil, rapidité de la prise en charge) est assez positif. Les indicateurs sur le fonctionnement des hôpitaux au sens plus large du terme peuvent, pour leur part, être fournis par les établissements concernés. S'agissant du dossier patient informatisé, les degrés d'appropriation du programme sont variables d'un établissement hospitalier à un autre. Si l'implication du côté des soignants est forte, elle est plus nuancée du côté des médecins. M. Th. Montavon complète en indiquant que le SSP organise annuellement des visites sur site. Lors du dernier déplacement, les utilisateurs semblaient satisfaits.

3.6 Formation

Un commissaire CTSI estime que, de manière générale, le volet formation est insuffisamment développé. Un membre de la CTSAP abonde dans le même sens mais plus spécifiquement concernant le montant de CHF 290'000 pour le e-learning. En effet pour lui, le succès réside dans la capacité d'appropriation du système par les professionnels de l'hyperbase. M. Ph. Theytaz indique que le budget dévolu à la formation continue n'est pas présent dans le projet informatique. Par contre, la plate-forme e-learning pourra y participer. M. le Conseiller d'Etat Maillard note que les crédits de fonctionnement de la FHVi permettent également de former les collaborateurs.

3.7 L'exemple de l'hôpital de Morges (ci-après «l'hôpital»)

En réponse à la demande d'un commissaire CTSI sur la situation de cet établissement, M. Ph. Theytaz précise que cet hôpital a décidé, en 1998, de partir seul sur la solution OPALE. Plusieurs tentatives ont été faites pour l'intégrer dans le projet du dossier patient informatisé, sans succès. Dans un précédent décret, env. CHF 85'000 ont été dépensés pour connecter cet hôpital en fibres optiques et lui mettre à disposition un scanner performant afin de numériser progressivement ses dossiers. L'accroissement de son retard dans ce domaine pénalise au final ses médecins-radiologues qui ne peuvent pas consulter les dossiers informatiques à l'instar de leurs confrères de la FHV. Son adhésion à la FHV n'est pas encore à l'ordre du jour. M. le Conseiller d'Etat Maillard indique que cette situation dure depuis cinq ou six ans et que, dans ces conditions, cet hôpital ne recevra pas d'argent provenant de ce décret comme en 2008. Une base légale existe néanmoins qui pourrait les contraindre à s'affilier non pas à la FHVi mais à un prestataire agréé. Si la notion de sanction est assez limitée, la première mesure prise a été d'exiger de cet hôpital un auto-financement de ses investissements informatiques. Comme cela semble être insuffisant, le Conseil d'Etat réfléchit à d'éventuelles mesures supplémentaires. Il n'en demeure pas moins qu'un débat devra avoir lieu sur la modification de la LPFES qui prévoyait, dans sa première mouture, la transformation d'un article évoquant un paquet de prestations à respecter. On aurait ainsi eu une base légale pour imposer le résultat à défaut des moyens et garantir que le patient puisse profiter des mêmes prestations dans tous les établissements (voir 3.10). Un membre de la CTSAP estime que cet hôpital est un cas à part qui perdure depuis des années. Cette situation ne doit néanmoins pas freiner la motivation des autres institutions hospitalières du canton. Pour sa part, un Commissaire CTSI est également favorable à

une uniformité de traitement envers tous les patients, quitte à devoir l'imposer aux établissements récalcitrants.

3.8 Echanges d'informations et délais

Malgré la remarquable collaboration entre le CHUV et la FHVi, M. le Conseiller d'Etat P.-Y. Maillard note que derrière la gestion informatique se cache une réelle lutte de pouvoir et de gouvernance. Au sein d'un même hôpital, des tensions et des conflits sont déjà observables dans le partage de dossiers. Mener la même démarche à l'échelle d'un canton n'en est que plus complexe car les établissements sont à la fois partenaires et concurrents. Il rappelle encore qu'au départ du processus, les hôpitaux ne voulaient pas s'échanger les informations pour des soi-disantes raisons techniques qui ont pu, au final, être résolues en quelques minutes de discussion. De leur côté, les médecins invoquent autant de bonnes raisons (intimité avec leurs patients) que de moins bonnes (ne pas rendre publique une éventuelle erreur) pour ne pas partager l'information. La solution se trouve dans une explication très pragmatique des progrès potentiels possibles. Un commissaire CTSI estime que l'ouverture au partage d'informations ne dépend que du bon vouloir du médecin. En élargissant le débat, M. Ph. Theytaz cite l'exemple d'une étude fribourgeoise datant de trois ans qui indiquait que 90% des médecins de ville préféreraient être contactés par fax plutôt que par courriel. Le changement d'habitude est un processus très long pour certaines catégories de personnes.

Un membre de la CTSAP souhaite savoir dans combien de temps un médecin pourra, d'une part, interroger les données des hôpitaux pour ses propres patients et, d'autre part, recevoir la documentation radiologique historique de ses patients. Pour M. le Conseiller d'Etat Maillard il faudrait poser un calendrier clair fixant une échéance à 5 ans pour permettre d'obtenir un dossier patient informatisé garantissant un échange entre hôpitaux. Les médecins installés autour des hôpitaux pourront dans certaines régions y avoir également accès. Un pronostic de 2020 ne semble pas trop pessimiste.

3.9 Erreur et secret médicaux

A la question du maintien du secret médical posée par un commissaire CTSI dans le cadre de ces échanges de données, M. Ph. Theytaz confirme que la confidentialité est garantie par le cloisonnement entre entités juridiques. De plus, la présence du préposé à la protection des données, d'une part, et la traçabilité de tous les accès d'autre part, sont autant de facteurs de sécurité pour le patient. M. le Conseiller d'Etat Maillard relève qu'il a fallu néanmoins admettre que les questions de la responsabilité et du secret médical n'étaient pas anodines. De plus et comme relevé par un membre de la CTSAP, cette notion de transfert d'informations ouvre inmanquablement le débat sur l'épineux sujet de l'erreur médicale qui serait constatée par un confrère, rendant ainsi visible et objectivable une défaillance professionnelle. Dans tout métier, l'erreur est possible mais elle peut avoir des conséquences particulièrement graves voire dramatiques dans le domaine de la médecine. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que l'informatisation provoque un choc culturel énorme.

3.10 LPFES modifiée / LAMal

Pour M. le Conseiller d'Etat Maillard, le Grand Conseil a les cartes en main et peut décider du degré de liberté et de régulation des hôpitaux subventionnés. Etant entendu que ceux qui ne le sont pas garderont leur liberté entrepreneuriale. Dans ce contexte, le dossier de la LPFES va revenir au Parlement, en particulier pour réviser les articles concernant le contrôle des investissements, en contradiction avec la LAMal 2012. Il est paradoxalement possible que les opposants de la première

heure (refus d'entrer en matière de janvier 2010), en voyant cette version modifiée, regrettent la première mouture qui offrait sous certains angles des délais plus larges. Globalement, le Grand Conseil pourra, s'il le juge pertinent, obliger les hôpitaux à fixer un certain taux garantissant le financement des investissements informatiques. L'enjeu sera bien politique et non technique sur, par exemple, la mutualisation des données entre confrères. A défaut, le prix à payer sera cher car les tarifs seront comparés et l'hôpital suisse le plus économe servira de référence aux autres établissements qui devront s'adapter. Dans ces conditions, certains hôpitaux risquent de devoir cesser leurs activités en raison d'un virage technologique mal négocié. Il précise finalement que le but ultime serait de fixer une base légale pour permettre d'une part au Conseil d'Etat, de garantir qu'une partie des financements soient véritablement affectés à des investissements et que, d'autre part, le département ait la liberté de moduler le taux nécessaire de provisions à consacrer à l'informatique. M. Weber (SSP) confirme son doute quant à la possibilité de couvrir durablement les investissements avec le taux prévu dans la LAMal. Cette dernière prévoit d'ailleurs que tout manque de financement pourra être couvert par les cantons via les tâches de santé publique ou d'intérêt général dans les limites du principe de non distorsion de concurrence. Dès lors, l'obligation de compenser tout ou partie d'une dépense non couverte par un décret ne peut pas être exclue. Au vu de ce qui précède, le besoin de légiférer au niveau cantonal et bien réel et prendra la forme du nouveau projet de LPFES, soumis prochainement au Grand Conseil. Ce texte devrait permettre au Conseil d'Etat de fixer un certain nombre de règles en matière d'entretien au sens large du terme.

4. ANALYSE DE L'EMPD

Compte tenu du fait que cette discussion a largement couvert les points développés dans l'EMPD, les abordant pratiquement tous dans un débat aussi constructif qu'instructif et afin de pouvoir répondre à l'urgence évoquée par M. le Conseiller d'Etat Maillard dans son entrée en matière, Le président de la CTSI propose de passer directement aux votes du décret, sans aborder une discussion systématique du texte de l'EMPD.

Cette procédure s'écartant de la pratique habituelle, cette manière de faire est soumise au vote de la CTSI.

VOTE : la CTSI accepte de ne pas ouvrir la discussion sur l'EMPD et de passer directement au vote du décret par 13 oui et 1 abstention.

5. VOTE SUR L'EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET

accordant au Conseil d'Etat un crédit-cadre de CHF 3 millions pour le financement des investissements nécessaires à la mise en œuvre du schéma directeur de la Fédération des hôpitaux vaudois informatique (FHVi) durant l'année 2011

Art. 1

VOTE : l'art. 1 est adopté à l'unanimité des 14 membres CTSI présents.

Art. 2

Au point 3,2, un commissaire CTSI prend note que l'amortissement du crédit d'investissement de CHF 3 millions est indépendant du budget du SSP et se fera en une année en raison de l'échéance du 1^{er} janvier 2012.

VOTE : l'art. 2 est adopté à l'unanimité des 14 membres CTSI présents.

Art. 3

VOTE : L'art. 3 est adopté à l'unanimité des 14 membres CTSI présents.

Art. 4

Aux doutes d'un Commissaire CTSI pour une dépense complète d'ici à la fin de l'année de l'entier du décret, M. le Conseiller d'Etat P.-Y. Maillard répond que l'entier de la somme sera au moins engagé, à défaut d'être dépensé.

VOTE : l'art. 4 est adopté à l'unanimité des 14 membres CTSI présents.

Art. 5

VOTE : l'art. 5 est adopté à l'unanimité des 14 membres CTSI présents

Recommandation d'entrer en matière

VOTE : la recommandation d'entrer en matière est adoptée à l'unanimité des 14 membres CTSI présents.

Chésérèx, le 8 août 2011

Le rapporteur:
(signé) *Jacques Ansermet*