

69^e rapport de gestion

Exercice 1999



Fédération des hôpitaux vaudois

Bois de Cery – 1008 Prilly – Tél: 021 643 73 53

TABLE DES MATIERES

COMITE – DIRECTION

ETABLISSEMENTS MEMBRES

RAPPORT DU COMITE DE LA FHV 1999 :

1. Avant – propos
2. Négociation et répartition budgétaire
3. Conventions
4. Evolution de la mission des établissements et projets de recherche
5. Système d'information et statistiques
6. Gestion des ressources humaines
7. Projets
8. Communication
9. Perspectives

STATISTIQUES

COMITE (jusqu'au 30.06.99)

Présidence

M. Jean-Claude Gogniat

Député

Vice-Présidence

M. Jean-Pierre Jotterand

Directeur Général de l'Institution de Lavigny

Membres

Mme Madeleine Iffland

Présidente de l'Hôpital de zone de St-Loup/Orbe

Mme Annie-Claude Neukomm

Membre du Conseil d'Administration de l'Hôpital de Rolle

M. André Allmendinger

Directeur du Centre Hospitalier d'Yverdon – Chamblon

M. Philippe Collet

Président de la Direction Générale de l'Hôpital Riviera

M. Pierre Loison

Directeur Général de l'Hôpital du Chablais

M. André Savary

Directeur de l'Hôpital Intercantonal de la Broye

Secrétaire du Comité

M. Henri Rothen

Secrétaire Général de la FHV, Prilly

COMITE EXECUTIF (dès le 01.07.99)

Présidence

M. Marcel Blanc

Ancien Conseiller d'Etat

Vice-Présidence

M. Claude Recordon

Syndic d'Orbe, Président du Conseil de Fondation de l'Hôpital d'Orbe, Vice-Président du Comité Exécutif de l'Hôpital de St-Loup / Orbe

Membres

M. Pierre Badoux

Notaire, Le Sentier

M. Philippe Collet

Président de la Direction Générale de l'Hôpital Riviera

M. Pierre Loison

Directeur Général de l'Hôpital du Chablais

Membre avec voix consultative

M. Jean-Pierre Jotterand

Président de la Conférence des Directeurs de la FHV, Directeur Général de l'Institution de Lavigny

Secrétaire du Comité

M. Henri Rothen

Secrétaire Général de la FHV, Prilly

DIRECTION

M. Henri Rothen

Secrétaire Général

Mme Elisabeth Koliqi – Jubani

Economiste

M. Jean-Xavier Blanc

Economiste

M. Vincent Matthys

Economiste

ETABLISSEMENTS MEMBRES

ZONE	CHYC – CENTRE HOSPITALIER D'YVERDON – CHAMBLON, SITE D'YVERDON	YVERDON-LES-BAINS
	HIB - HOPITAL INTERCANTONAL DE LA BROYE	PAYERNE
	HOPITAL DU CHABLAIS	AIGLE
	HOPITAL RIVIERA - SITE DE MONTREUX	MONTREUX
	HOPITAL RIVIERA - SITE DU SAMARITAIN	VEVEY
	HOPITAL DE ZONE ST-LOUP / ORBE	POMPAPLES
1/2 ZONE	HOPITAL DU PAYS-D'ENHAUT	CHATEAU-D'OEX
	CENTRE DE SOINS ET DE SANTE COMMUNAUTAIRE DU BALCON DU JURA VAUDOIS	STE-CROIX
	HOPITAL DE LA VALLEE DE JOUX	LE SENTIER
REGIONAUX	HOPITAL D'AUBONNE	AUBONNE
	HOPITAL DE LAVAUX	CULLY
	GHOL - GROUPEMENT HOSPITALIER DE L'OUEST LEMANIQUE, SITE DE ROLLE	ROLLE
	HOPITAL DU DISTRICT DE MOUDON	MOUDON
CTR	CHYC - CENTRE HOSPITALIER D'YVERDON – SITE DE CHAMBLON	CHAMBLON
	CLINIQUE MIREMONT	LEYSIN
	FONDATION PLEIN SOLEIL	LAUSANNE
	FONDATION RIVE-NEUVE	VILLENEUVE
	HOPITAL DE LA COTE	GILLY S/ROLLE
	HOPITAL DE LA GRANDE FONTAINE	BEX
	HOPITAL RIVIERA - SITE DE MOTTEX	BLONAY
	INSTITUTION DE LAVIGNY	LAVIGNY
PSY	FONDATION DE NANT	CORSIER S/VEVEY
EMS	EMS LES CERISIERS	PAYERNE

1. AVANT – PROPOS

Au début de l'exercice, tout portait à croire, tant sur les plans internes qu'externes, que l'année 1999 permettrait de retrouver une certaine stabilité.

Après plusieurs années caractérisées par des réflexions permanentes sur le rôle et le fonctionnement du GHRV, l'association s'était donnée à fin 1999 de nouveaux statuts et une nouvelle raison sociale – la FHV – dans le but de marquer une rupture avec le passé.

Après plusieurs années de restrictions budgétaires importantes, les établissements s'attendaient à une reconnaissance de leurs efforts et à une diminution de la pression.

Les pronostics de stabilité ne se sont pas vérifiés. Au plan interne, malgré l'entrée en fonction d'un nouveau Comité Exécutif avec à sa tête un nouveau Président, et la création d'une Conférence des Directeurs, la Fédération des Hôpitaux Vaudois s'est vue régulièrement interpellée quant à son rôle et à son avenir. En effet, les membres de notre association ont continué à être tiraillés entre la fidélité à leur organisme faîtière et l'attachement à leur réseau de soins émergent.

Au plan externe, en dépit des économies substantielles déjà réalisées, les établissements ont dû supporter les premiers effets de la Table Ronde, démarche qui avait pour ambition de réunir le secteur public, le secteur parapublic et la société civile, afin de lutter ensemble contre le déficit chronique des finances vaudoises.

Cette opération, qui n'a malheureusement pas été conduite avec toute la rigueur souhaitée et qui a été marquée par trop de marchandages politiques, n'a pas rencontré l'approbation de la FHV. Les économies de la Table Ronde ayant été introduites dans les budgets prévisionnels 2000, les membres de notre association ont logiquement menacé de ne pas signer la Convention Vaudoise d'Hospitalisation 2000. Ce n'est qu'au terme d'une négociation difficile qui a largement dépassé le cap de l'an 2000 que la FHV et le DSAS ont pu trouver un accord.

C'est donc une année 1999, beaucoup plus tendue que prévu et riche en événements, que nous allons parcourir dans ce 69^{ème} rapport de gestion de notre association, mais le 1^{er} de la Fédération des Hôpitaux Vaudois.

2. NEGOCIATION ET REPARTITION BUDGETAIRE

HOPITAUX : LES NEGOCIATIONS BUDGETAIRES 2000

Les négociations budgétaires 2000 se sont inscrites dans le cadre de deux opérations d'économies, Equation 33 d'une part, la Table Ronde d'autre part.

En effet, l'opération Equation 33 n'était pas encore terminée qu'un nouveau programme d'économies débutait. Pour rappel, les établissements soumis à Equation 33 ont vu leurs enveloppes budgétaires réduites de 24,9 mios entre 1996 et 1999 (27,1 mios sur dépenses), sur les 39 mios prévus initialement (42 mios sur dépenses, l'enveloppe couvrant en moyenne 93% des dépenses totales). Un solde de l'ordre de 14 mios subsistait donc au 1^{er} janvier 2000. Ce solde venait en quelque sorte «s'ajouter» aux économies prévues par le cadre des Accords Table Ronde. Comme il le sera mentionné au chapitre 3, la FHV obtiendra la clôture anticipée d'Equation 33, évitant ainsi légitimement le cumul de ces deux opérations.

Les économies de la Table Ronde introduites dans les enveloppes budgétaires 2000 des établissements membres la FHV, se montent à 4,3 mios, qui se décomposent de la manière suivante :

- Abaissement des coûts de fonctionnement des établissements :	0,720 mios
- Rationalisation des laboratoires :	0.520 mios
- Centrale d'achat :	2,900 mios

Il est à noter que l'économie prévue au titre de la participation des médecins hospitaliers à l'outil de travail, soit 1 mio, a été déduite de la rubrique « Investissements périodiques » de l'Etat. Celle relative à la clause du besoin a été suspendue par le DSAS, le dossier ne semblant pas encore « mûr » politiquement.

Si des montants ont été retranchés des enveloppes pour raison d'économies, d'autres y ont été ajoutés. Ces montants ont fait l'objet de demandes budgétaires et ont été défendus par les représentants de la FHV au Bureau CVHo, pour un montant total de 3,3 mios, dont 0,995 mio obtenu au titre du financement de l'augmentation de l'activité ambulatoire et HDJ.

A cela vient encore s'additionner les augmentations statutaires qui ont été obtenues par analogie à la politique salariale de l'Etat.

Dans les demandes budgétaires acceptées, notons en particulier celle présentée par l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB), pour la nouvelle unité de réadaptation et suites de traitement ouverte sur le site d'Estavayer, depuis le 1^{er} avril 1999 (pour les patients vaudois hospitalisés en division B).

Enfin, lors des corrections 2000, les établissements de la FHV obtiendront les ressources complémentaires conformément au Protocole d'accord CVHo 2000 passé entre l'Etat et la FHV (se référer au chapitre 3 « Convention CVHo).

Notons en passant que l'Hôpital de Morges et le GHOL, qui ne sont plus membres de la FHV et ne paient donc plus de cotisations, bénéficient néanmoins régulièrement des actions conduites par la FHV.

MODELE DE REPARTITION 2000

L'une des décisions prises dans le cadre de la réforme de la FHV consistait en la remise au Service de la Santé Publique de la responsabilité de la répartition budgétaire. Donc, pour l'année 2000, la FHV n'a donc pas effectué la répartition budgétaire de l'enveloppe globale attribuée par les payeurs ; néanmoins, elle a mis à disposition du SSP ses compétences dans ce domaine.

La répartition budgétaire 2000 est basée sur le modèle de répartition 1999 de la FHV, construit sur le principe du « Budget base zéro ». Elle tient aussi compte des montants accordés aux établissements sur la base des demandes budgétaires et des économies de la Table Ronde pour 2000.

FORMULE DE CORRECTION 1999

Les règles de correction pour l'années 1999 sont identiques à celles de 1998. En effet, aucune modification d'importance n'a été apportée cette année, si ce n'est sur des questions de présentation.

En revanche, il faut noter l'influence toujours plus grande des corrections spéciales sur le résultat de la correction. Ce phénomène, difficilement gérable par les établissements, car indépendant de l'évolution de leur activité, provient du décalage entre le moment où les enveloppes globales sont arrêtées (juin/juillet) et les décisions d'application prises soit par le Bureau (néonatalogie, ODIM,

recours) soit par le Conseil d'Etat (indexation, jour chômé), décisions qui n'interviennent qu'en fin d'année.

Ce phénomène sera d'autant plus marqué en 2000 que les impacts financiers du Protocole d'accord à la CVHo interviendront en correction.

HEBERGEMENT MEDICO-SOCIAL EMS ET DIVISIONS C

Les modalités de financement de l'hébergement long séjour, dit « à la personne », ont bien du mal à se mettre en place de façon consensuelle. L'année 1999 n'a pas permis de voir la sortie du tunnel en matière d'Arrêtés cantonaux et de recours en tout genre. De surcroît, les décisions fédérales apportent souvent leur lot de confusion.

Les soins liés à l'hébergement long séjour sont financés par les assureurs-maladie sur la base des évaluations PLAISIR. En revanche, les prestations socio-hôtelières sont financées par les pensionnaires, subsidiairement par les régimes sociaux s'ils n'en ont pas les moyens, cela via l'outil SoHo. S'agissant des soins, le montant à charge des assureurs dépasse actuellement les Fr. 90,- par personne et par jour et ceux-ci contestent toujours ce montant. L'année 1999 n'a pas vu de progrès sur ce point. En février 1999, le DSAS a publié l'Arrêté portant sur les tarifs de 1998 et de 1999. Au cours de ces deux années, la différence entre le tarif moyen de Fr. 60,- et le tarif cantonal PLAISIR ont été mis à la charge des pensionnaires, subsidiairement des assurances sociales de façon explicite.

Une des nouveautés des Arrêtés a été également l'explicitation des éléments non compris dans le forfait soins. Celle-ci s'est concrétisée par la mise en forme d'articles plus conformes à la LAMal. Ainsi, toutes prestations fournies par des prestataires externes à l'EMS et la Division C ne sont plus à la charge des établissements, c'est-à-dire compris dans le forfait soins, mais à la charge des assurés. Les établissements ont attendu jusqu'à fin juin la décision incidente du DFJP sur l'effet suspensif contre l'Arrêté 1999 pour pouvoir mettre en œuvre cet article, au moins jusqu'à la décision sur le fond du Conseil fédéral.

Parallèlement à l'introduction progressive des tarifs, l'année 1999 a vu le Conseil fédéral trancher l'Arrêté de 1997 en défaveur du Canton et maintenir les tarifs de 1996. Fort heureusement, ces tarifs étaient ceux de l'effet suspensif, donc ceux utilisés en 1997. Dans ses conclusions, le Conseil fédéral donne quelques espoirs pour la suite des événements, mais globalement la décision est plutôt favorable aux assureurs-maladie.

Un autre élément très important de la décision incidente du DFJP de juin 1999 a eu l'effet d'une bombe pour les fournisseurs d'hébergement long séjour : ce fut la décision qui interdisait tout report de tarif non pris en charge par les assureurs sur le prix pensionnaire. Pour ces fournisseurs, l'application de cette décision entraînait un manco de financement d'environ Fr. 30,- par jour et par personne, ce qui signifiait la mise en place d'autres circuits de financement. Cependant, le Conseil d'Etat a refusé immédiatement de subventionner les établissements. Il s'ensuivit durant l'été 1999 des échanges des vues entre le Conseil d'Etat et les Offices fédéraux concernés pour trouver une solution, mais chacun a campé sur ses positions.

Pour gagner du temps, le Conseil d'Etat annula l'arrêté 1999 et publia un nouvel Arrêté pour le dernier quadrimestre. Celui-ci relança une procédure de recours de la part de Résid'EMS, l'association de défense des résidents, compte tenu d'une nouvelle décision incidente du DFJP qui arriva en décembre 1999. Pendant ce temps, les établissements continuèrent à facturer comme auparavant.

L'automne 1999 arrivant, les partenaires se remirent à la préparation des tarifs 2000, toujours selon les mêmes principes, et qui, si aucun consensus n'était trouvé, entraîneront les mêmes recours de la part des assureurs-maladie et des résidents, ainsi que les mêmes décisions du DFJP. Mais n'anticipons pas sur 2000.

3. CONVENTIONS

CVHo 2000

Les travaux du Bureau CVHo ayant été consacrés principalement aux négociations budgétaires, le texte de la convention 2000 a subi peu de modifications d'importance, à l'exception de l'article 55 qui donne désormais et de façon explicite à l'Etat l'entière responsabilité de la répartition de l'enveloppe globale attribuée aux établissements de la FHV, aux hôpitaux de La Côte et du GHOL. Voici tout de même ci-dessous l'essentiel des modifications de la CVHo.

Art. 30

Afin de permettre une alimentation plus régulière de la CEESV, les établissements peuvent lui adresser chaque semaine leurs factures. La CEESV les transmet selon le même rythme aux assureurs.

Cette mesure devrait également avoir des répercussions favorables sur le versement des allocations CVHO aux établissements, plus particulièrement lorsque la Convention est signée en cours d'année, comme ce fût le cas en 1999 et en 2000.

Art. 40

Le « Fonds des revues et projets », financé en 1998 et 1999 par une réallocation des économies Equation 33, est supprimé. En effet, il a été décidé de reporter le solde 1999 sur l'année 2000, permettant ainsi le financement des projets qui pourraient voir le jour cette année, sans que cela nécessite une nouvelle retenue.

Art. 55

La répartition de l'enveloppe globale (hors Hospices) est, comme nous l'avons vu, de la responsabilité de l'Etat. Celle-ci incombait entièrement à la FHV (ex-GHRV) jusqu'en 1998, et de manière conjointe avec l'Etat en 1999. La décision de remettre cette tâche à l'Etat résulte des difficultés rencontrées par l'Association pour répartir des enveloppes budgétaires dans un contexte d'économies toujours plus marqué.

Art. 63

Cet article, relatif à « Hospitalisation à domicile », qui figurait dans le texte des Conventions précédentes, est supprimé. L'expérience HAD, qui devrait se poursuivre dans le cadre des soins palliatifs et dans celui des réseaux de soins sous une forme qui reste à déterminer, n'est plus financée par une retenue sur les enveloppes budgétaires. Son financement reste à définir.

Une signature de CVHo « sous conditions »

Si la CVHo 1999 n'a été signée qu'en mars 99, les assureurs ayant demandé de revoir leur participation à la baisse suite à la parution du rapport de « Monsieur Prix » qui la jugeait trop élevée (novembre 99), la signature de la CVHo 2000 n'est intervenue qu'en février de cette année. Les établissements membres de la FHV ont en effet refusé de signer la convention telle qu'elle leur était proposée au mois de novembre 1999. Cette décision, la première du genre pour des établissements depuis l'introduction de l'enveloppe budgétaire, faisait suite au refus de signer les Accords de la Table Ronde, textes qui prévoient un montant d'économies d'environ 45 mios sur trois ans, pour le domaine hospitalier (hors EMS et soins à domicile).

Les raisons de ce refus peuvent être résumées ainsi :

Depuis 1992, les établissements de la FHV ont dû faire face à trois programmes d'économies successifs, le programme « OrChidée I » par analogie aux Hospices cantonaux, puis le programme Equation 33 et, enfin celui relevant des Accords de la Table Ronde. Pour les Hôpitaux de la FHV, c'est un effort de plus de 47 mios qui a déjà été demandé, auquel il faut ajouter les économies

réalisées à l'interne pour financer des charges non-couvertes par les partenaires-payeurs, soit environ 17 mios de francs (l'évolution d'activité à la hausse, n'a plus été financée depuis 1995, par exemple).

Les montants d'économies fixés par le Bureau de la Table ronde ne correspondaient en rien aux résultats des travaux du Groupe thématique « santé-social », auquel participait des représentants de la FHV. Pour 2000 tout au moins, la cible d'économie prévue ne contenait aucune mesure de restructuration. Elle ne pouvait être appliquée que linéairement sur l'ensemble de nos établissements, avec comme conséquence un affaiblissement de chacun.

De surcroît, ce Bureau n'a pas pris conscience du fait que les mécanismes de financement hospitalier, qui lient assureurs et Etat, ont pour effet de « doubler » toute économie attendue par l'Etat. En d'autres termes, pour obtenir un million d'économies, l'Etat doit en « retrancher » approximativement deux des enveloppes budgétaires des établissements. On parle d'un « effet multiplicateur » (pour respecter la répartition du financement entre l'Etat et les assureurs).

Dans la mesure où la tranche d'économies « Table ronde » pour l'année 2000 était introduite dans les enveloppes CVHo, le refus de signer cette convention ne pouvait être que logiquement notifié à l'Etat.

Dès ce moment, l'Etat décidait de renouer le dialogue en rencontrant différents membres de la FHV. Au terme de ces rencontres, l'Etat et les représentants du Secrétariat de la FHV parvenaient à élaborer conjointement un Protocole d'accord en huit points.

L'objectif premier de cet accord était de définir les modalités et les engagements permettant d'aboutir à la signature de la CVHo 2000. Son contenu est le suivant :

- ✓ L'opération Equation 33 sera considérée comme achevée une fois les mesures de restructuration concernant les hôpitaux de Moudon et de la Vallée de Joux comptabilisées. Les économies réalisées dans le cadre d'Equation se monteront ainsi à 33 mios sur les 42 prévues initialement (39 mios sur EBN).
- ✓ Si les cibles « Table ronde » ne sont pas négociables, leur rééchelonnement est possible s'il est justifié par le résultat des travaux de validation des cibles. Des groupes de mise en oeuvre sont créés à cet effet.
- ✓ Le Conseil d'Etat s'est engagé à mettre sur pied et à financer un plan social en relation avec la réalisation des économies de type « Planification hospitalière » de la Table Ronde.
- ✓ Un montant complémentaire sera versé aux établissements ayant une division C, afin de neutraliser les effets financiers 2000 dus à la sortie de l'activité C de l'enveloppe budgétaire (troisième report du « C » sur le « A » admis).
- ✓ Le fonds de recours prévu à l'art. 40 de la CVHo 2000 est financé par l'Etat et non plus par une retenue sur les enveloppes des établissements de la FHV.
- ✓ L'Etat s'engage à financer de manière appropriée, la conduite du projet TarMed ainsi que celle du projet Codage (sous réserve des compétences du Conseil d'Etat et du Grand Conseil).
- ✓ Un fonds de restructuration, actuellement à l'étude, pourra être utilisé dans la limite des règles qui le président, lorsque des décisions de planification l'exigeront.

Il est prévu également d'étudier conjointement l'opportunité de lancer et de financer un projet PRN (Programme de Recherche en Nursing).

Ce Protocole d'accord obtiendra l'aval du Conseil d'Etat et de l'ensemble des établissements membres actifs de la FHV, permettant ainsi la signature, pour une année, de la CVHo 2000.

Quant à la participation des assureurs-maladie sur l'activité CVHo vaudoise, elle est bien passée de 48% à 47% comme le prévoyait l'accord trouvé entre le DSAS et la FHV, au début 1999.

CONVENTIONS D'HOSPITALISATION PRIVEES

Depuis maintenant trois ans, il n'y a plus de régime conventionnel unique réunissant les prestataires de soins vaudois (établissements d'Etat, hôpitaux reconnus d'intérêt public et cliniques privées) avec l'ensemble des assureurs maladie (représentés alors par la FVAM).

Les établissements ont dû, par l'entremise de la FHV, passer des conventions avec chacun des principaux groupes d'assureurs, tels qu'Arcovita, Cosama ou Helsana. L'activité privée et semi-privée, avec libre choix de l'établissement, est actuellement régie par 6 conventions, auxquelles viennent s'ajouter 2 conventions pour le choix limité de l'établissement.

Afin d'éviter d'alourdir un système de facturation déjà fort complexe, la FHV a cherché à maintenir une certaine cohérence entre les différentes conventions, tant au niveau des règles d'application que des tarifs. Ce qui a pu être fait.

La notion de «privé» n'existant pas dans les CTR, la FHV a passé une convention avec la Cosama et Helsana afin de permettre à des patients ayant souscrit une assurance privée, de bénéficier d'une chambre à un lit pendant leur réadaptation. Un des objectifs visés était de favoriser le transfert du A vers le B, en offrant le même confort. Cet objectif est atteint.

Depuis 1999, une convention «confort» nous lie au Groupe Mutuel. Elle permet à une personne ayant une assurance de base de bénéficier, contre un supplément de prime, d'une chambre à un ou deux lits lors de son hospitalisation dans un service de soins aigus. Le choix du médecin n'est, en revanche, pas prévu.

CONVENTION AMBULATOIRE SOMATIQUE 1999

L'activité ambulatoire somatique de la FHV était régie, en 1999, par la convention ambulatoire signée avec la FVAM en 1998.

Les travaux ayant pour but la transmission électronique des données entre établissements et assureurs et, en outre, le paiement des factures par BVR, ont continué en 1999 également.

Même si le dossier a connu un avancement certain, les échanges électroniques proprement dits n'ont pas eu lieu en raison des changements du système informatique de nos hôpitaux qui rendaient caduques les modifications faites dans les anciens systèmes. Les assureurs maladies ont été confrontés aux mêmes contraintes.

CONVENTIONS D'HOSPITALISATION D'UN JOUR 1999, ASSUREURS-MALADIE ET ASSUREURS FEDERAUX

Pour 1999, des modifications ont été effectuées tant sur le plan conventionnel qu'au niveau du catalogue. Concernant les textes conventionnels, des changements ont eu lieu pour tenir compte de la nouvelle situation des établissements n'étant plus représentés par la FHV. Les frais de fonctionnement ont subi une petite modification. Les statistiques relatives à l'activité HDJ ont été mieux définies dans l'annexe 5 de la convention.

Une nouvelle annexe sur les directives a été intégrée. Elle a pour but de clarifier les principes généraux et les directives concernant le recours à l'hospitalisation d'un jour, en lieu et place d'une hospitalisation classique.

En ce qui concerne la limite des 24 heures, il a été convenu avec les assureurs que lorsqu'elle était dépassée pour des raisons d'organisation, et non pour des raisons médicales, le séjour serait «ramené» à un jour et facturé en tant qu'hospitalisation d'un jour.

Au niveau du catalogue, un toilettage général de ce dernier a eu lieu, en collaboration avec les différents groupements de spécialistes médicaux. Par ailleurs, des modifications ponctuelles, comme chaque année, ont aussi été effectuées.

Une modification a été introduite pour les fiches itératives et l'application de l'ODIM (sur le matériel à usage unique) a été reflétée dans les fiches HDJ.

4. EVOLUTION DE LA MISSION DES ETABLISSEMENTS ET PROJETS DE RECHERCHE

HOPITAUX DE ZONE

Hôpital Saint-Loup – resHO : réseau de soins hospitaliers St-Loup Orbe La Vallée

Fusion

L'annonce officielle de la fusion de ces hôpitaux est intervenue le 11 octobre 1999. Un nouveau nom réunit donc désormais les trois sites Hôpital Saint-Loup, Hôpital Orbe et Hôpital La Vallée sous le sigle «resHO » qui signifie réseau de soins hospitaliers St-Loup Orbe La Vallée. Le concept de l'hôpital multisite existait déjà depuis une quinzaine d'années dans la région. La constitution d'un hôpital sur trois sites reprend en effet un modèle déjà expérimenté en 1985 lors du rapprochement entre les hôpitaux de Saint-Loup et d'Orbe. Les négociations ont démarré en 1998 et se sont poursuivies en 1999. Un premier accord entre les hôpitaux de Saint-Loup et de la Vallée a été trouvé à la fin de l'année 1998. Il prévoyait le maintien de la maternité à la Vallée de Joux et s'est concrétisé notamment par la prise en charge d'une partie de la comptabilité sur le site de Saint-Loup dès le mois de janvier 1999. Depuis la décision du Conseil d'Etat de réduire l'activité opératoire et de fermer la maternité, un nouveau projet a été négocié. Il a abouti le 22 décembre 1999 à la signature d'une convention tripartite entre le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et son chef de département Charles-Louis RoCHAT, l'Hôpital de Saint-Loup – Orbe et l'Hôpital de la Vallée de Joux. A cette occasion, les nouveaux organes du réseau de soins hospitaliers St-Loup Orbe La Vallée ont été nommés.

Grâce à cette fusion, le Nord-Ouest vaudois se dote d'un pôle hospitalier performant et complémentaire, actif sur une étendue significative. Le projet de revalorisation du secteur gériatrique de la Vallée permettra en outre de transformer les unités hospitalières de gériatrie en véritables lieux de vie et de développer l'Unité d'Accueil Temporaire.

SMUR

Le 1^{er} novembre 1999, le SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) de la zone 5 est entré en fonction. Il est basé à Orbe qui est bien située géographiquement pour intervenir rapidement. Ses chauffeurs dépendent de la police municipale. Le véhicule SMUR amène désormais le médecin de l'hôpital sur le lieu d'intervention indépendamment de l'ambulance. Il peut alors prodiguer les premiers soins et si nécessaire, accompagner le patient jusqu'à l'hôpital le plus proche dans l'ambulance. Le chauffeur du SMUR ramène alors le véhicule à sa base. Une évaluation de ce nouveau système interviendra après 6 mois de fonctionnement afin de déterminer s'il donne entière satisfaction.

AROVAL

Le resHO (réseau de soins hospitaliers St-Loup Orbe La Vallée) participe au réseau de soins de la zone sanitaire 5/5a qui est constitué, outre l'hôpital multisite, par 8 EMS, 3 CMS, le secteur psychiatrique Nord vaudois et la majorité des médecins libres praticiens de la région. La mise en place du réseau AROVAL a débuté en 1996 et des groupes de travail ont été formés en 1997. En

janvier 1999, un comité de pilotage a été mis sur pied et rejoint, au mois de juin, par un chef de projet basé à Saint-Loup. L'assemblée constitutive a eu lieu le 30 novembre 1999. Le nom de l'AROVAL a été choisi pour désigner l'Association réseau de soins coordonnés de l'Orbe, de la Venoge et de la Vallée.

EMS

Une convention de collaboration entre les EMS de Juriens, de Romainmôtier et l'EMS du Jura à Ballaigues, membres de l'AVDEMS, permet depuis le printemps 1999 de trouver des synergies entre l'Hôpital de Saint-Loup et ces établissements médico-sociaux puisque le directeur général du resHO dirige également ces EMS. Il bénéficie à la tête de ces établissements de la collaboration des infirmiers-chefs, dont la fonction et les responsabilités ont été élargies à celles de responsables de maisons.

L'architecture de certains bâtiments constitue le défi principal à relever pour les années 1999 et 2000. L'Etat de Vaud ayant décidé de fermer les lits qui ne correspondent pas aux normes en vigueur et de supprimer les chambres à 4 lits, des projets sont en cours pour la rénovation et l'adaptation des bâtiments.

Hôpital du Chablais

On peut qualifier l'année 1999 comme une année particulièrement déterminante pour cet établissement. La fusion instaurée par la Convention pour l'Hôpital du Chablais et la libre circulation du patient du 7 octobre 1997 ont déployé leurs premiers effets pratiques.

- ✓ la signature avec les assureurs vaudois et valaisans de la convention d'hospitalisation du Chablais qui concrétise la libre circulation totale des patients vaudois et valaisans
- ✓ la mise sur pied de la Direction générale
- ✓ la création des unités de gestion qui impliquent les cadres médicaux et infirmiers dans la gestion de l'hôpital
- ✓ l'étude des travaux et la mise en soumission des investissements nécessaires à la répartition des activités
- ✓ l'organisation de la logistique de l'HDC : sous-traitance du laboratoire, cuisine centralisée, An 2000, mise en réseau informatique et extension du logiciel OPALE de Monthey à l'ensemble de l'établissement.
- ✓ Élargissement du SMUR et création d'un service hospitalier 24h sur 24 et 7 jours sur 7

Le point culminant de l'année 1999 aura été la mise sur pied des services de l'HDC selon la répartition des activités médicales suivantes :

- ✓ Aigle : Mère / enfant
 - Pédiatrie, chirurgie pédiatrique
 - Gynécologie, obstétrique
 - Chirurgie programmée
- ✓ Monthey : Adultes
 - Chirurgie
 - Médecine
 - Soins intensifs

Sa bonne acceptation par la population et l'importante activité réalisée en 1999 démontrent que cette répartition est un succès.

En ce qui concerne le secteur ambulatoire et afin d'assurer la proximité des prestations médico-techniques, le laboratoire, la physiothérapie, la radiologie et la diététique offrent leurs prestations sur les deux sites.

Accessible à tous les patients valaisans et vaudois, sans aucune contrainte administrative ni préjudice financier, chacun peut ainsi profiter des prestations de l'Hôpital du Chablais.

Difficile de parler de l'exercice écoulé sans évoquer le départ à la retraite, après plus de 30 ans passés au service du site de Monthey, de M. Edgar Buttet qui a été également une des chevilles ouvrières de l'Hôpital du Chablais. M. Pierre Loison a été nommé Directeur général dès le 1^{er} juillet 1999.

Premier hôpital intercantonal de notre pays, l'HDC a su anticiper les importantes mutations que le monde hospitalier en général et plus particulièrement celui des cantons de Vaud et du Valais va traverser ces prochaines années.

La répartition des activités médicales s'inscrit dans cette perspective : cohérente et judicieuse, elle constitue la première étape vers un hôpital unique dans le Chablais.

HOPITAUX de ½ ZONE

Centre de Soins et de Santé Communautaire du balcon du Jura – CSSC Ste-Croix

Evolution du projet en 1999

Le projet du Centre de soins et de santé communautaire du Balcon du Jura, dont on parle depuis quelques années, est sur le point d'aboutir.

Rappelons-en brièvement l'histoire : Compte tenu de l'état de vétusté de l'EMS Ma Retraite, deux projets successifs de construction d'un nouvel EMS avaient été prévus, en accord avec le Service de la Santé publique. Le premier a été refusé en votation communale en raison de son emplacement, le second est resté en souffrance à la suite du moratoire décidé par le canton quant aux constructions d'EMS et de l'évolution de la politique sanitaire qui remettait sérieusement en question également l'Hôpital de Sainte-Croix. C'était en 1993. Conscient des difficultés à maintenir tout ce que le Balcon du Jura offrait dans le domaine sanitaire, mais surtout désireux de préserver des activités de soins aigus dans la région, un groupe de travail issu des milieux de l'hôpital, des soins à domicile et de l'EMS a élaboré un projet de Centre de soins et de santé communautaire. Se basant sur une étude approfondie des besoins de la région, selon un esprit et une philosophie qui rejoignaient bientôt ceux des NOPS, le Service de la santé publique le faisait sien en lui accordant le statut de "projet pilote". En effet, la mise en réseau d'un hôpital redimensionné, d'un EMS renforcé par une section de psychogériatrie, du maintien à domicile, de cabinets médicaux et consultations spécialisées sous une seule administration permettra une meilleure orientation du client, une diminution des coûts globaux de 20 %, une sécurité médicale améliorée et une offre d'appartements protégés qui manquent dans la région. L'année 1996 a été celle des expertises et validations économiques et médicales; de multiples démarches en Suisse et à l'étranger ont apporté la conviction de la faisabilité de ce projet novateur. En 1997, le projet définitif est mis en consultation. Le Grand Conseil donne son aval en mai 1998.

Comment se présente le projet ? L'agrandissement et la rénovation du bâtiment de l'hôpital permettent d'accueillir, d'une part 17 lits de soins aigus polyvalents avec activité chirurgicale programmée, le plateau médico-technique avec policlinique, bureaux de consultations et cabinets médicaux, et d'autre part les 53 lits gériatriques dont un étage de 12 lits psychogériatriques (l'ancien EMS étant abandonné). C'est sur ce projet que porte l'exposé des motifs du Conseil d'Etat soumis au parlement en mai 1998 (garantie de l'emprunt d'un crédit de Fr. 6'428'700.--). La réhabilitation des anciennes usines Thorens à l'entrée de Sainte-Croix permet d'accueillir, d'une part le programme médico-social, une quinzaine d'appartements protégés, l'unité d'accueil temporaire, le centre médico-social et l'antenne du Centre psychosocial, un restaurant communautaire, des locaux pour des activités d'animation et de prévention, toute l'administration

et la cuisine. Une partie du complexe immobilier est offerte à des particuliers pour des activités destinées à compléter ce lieu de vie en dehors du domaine de la santé. Cette partie du programme est réalisée par des fonds privés.

Les travaux débutent en juillet 1998, simultanément sur les deux sites (il y a une économie à n'en faire qu'un seul chantier). Si la transformation des anciennes usines est relativement simple à réaliser, l'agrandissement et la rénovation du site de l'hôpital se heurtent à l'exigence d'une exploitation simultanée de la division des lits et du plateau médico-technique. Ainsi, l'exploitation des lits A se fait dans des conditions extrêmement difficiles de bruit, de poussière et d'autres nuisances de chantier ; les patients de la division C sont transférés dans un petit hôtel inoccupé (Grand'Borne, près de la douane de L'Auberson) qu'il a fallu remettre en état, équiper et pourvoir en personnel nécessaire. L'alternative – politiquement insoutenable – aurait été de transférer les clients en plaine et de mettre le personnel en mobilité. Parallèlement à ces difficultés, le Centre se trouve confronté à une baisse d'activité de l'EMS décidément plus du tout conforme aux normes admises. Plusieurs de ces difficultés étaient prévisibles, mais pas prises en compte dans l'exposé des motifs au Grand Conseil. En novembre 1999, celui-ci doit donc à nouveau se pencher sur le projet de Sainte-Croix et lui accorder 1,2 mio supplémentaires pour compenser les pertes d'activités et surcoûts liés au troisième site.

Entre temps, en décembre 1998, les deux associations de l'hôpital et de l'EMS ont fusionné comme il était prévu dans la philosophie du Centre et exigé par l'Etat et les banques. Mais dans ce domaine aussi, des défis nouveaux se présentent : ajustement des salaires entre FHV, AVDEMS et OMSV, caisses de pension, prix uniques pour les pensionnaires C notamment. Défis que le Centre tente de résoudre également en terrain "pilote", avec l'aide précieuse des organismes faïtiers, mais pour le moment encore sans base légale. Dans ce contexte aussi, l'Institution est heureuse de pouvoir compter sur son nouvel administrateur, Monsieur Daniel Margairaz, nommé en juillet 1999 après 6 ans d'un fonctionnement sans directeur où la stratégie du projet, la mise en œuvre et la gestion courante ont dû être assumées par des forces de milice.

Actuellement, les responsables du CSSC du BJV entrevoient la fin des travaux. Le plateau médico-technique est entièrement neuf, un premier appartement protégé pourra être présenté au grand public (avec une arrière-pensée promotionnelle) en mai 2000. L'inauguration officielle et festive est agendée du 5 au 7 octobre 2000. Les concepteurs de cette nouvelle Institution sont fiers de leur réalisation et se réjouissent de créer le premier Centre de soins et de santé communautaire du canton, et de le faire vivre comme maillon efficace et moderne du Réseau Nord-Vaudois (RENOVA).

CTR

Institution de Lavigny

Diverses études fondamentales et recherches sont menées à bien à l'Institution de Lavigny depuis quelques années :

- sur le génome, dans le but de mettre en évidence une éventuelle prédisposition génétique dans le développement des épilepsies sévères, en collaboration avec le Dr. Le Fort de Genève et le Dr. Krämer de Zürich
- recherche de neurophysiologique clinique sur l'influence d'une méthode alternative de traitement de l'épilepsie (la stimulation vagale) sur l'électroencéphalogramme. Cette recherche est proche de sa conclusion
- observations et études de pharmacologie clinique sur le métabolisme de deux nouveaux antiépileptiques
- études cliniques randomisées multicentriques internationales en phase II, III et IV de plusieurs médicaments antiépileptiques qui ont fait l'objet de présentations au comité d'éthique du CHUV pour acceptation

- études concernant la neurorééducation, en collaboration ou sous la direction du Dr. P.-A. Rapin qui ont fait l'objet de publications. Elle concernent le devenir de patients souffrant de séquelles d'accidents cérébro-vasculaires sévères
- études réalisées à titre personnel par le Dr. Foletti, médecins-directeur de l'Institution de Lavigny, sur des problèmes de neuro-traumatologie qui ont fait l'objet de publications
- autres observations sur des sujets variés comme la pharmacologie clinique ou l'électroencéphalographie présentées annuellement sous forme de communications à divers congrès.

Fondation Rive-Neuve

Evolution de la mission et projets

Le Dr. Laurent Barrelet a été remplacé dès le 1^{er} septembre 1999 par le Dr. François Perrochet, médecin-oncologue, jusque là médecin responsable de l'Hôpital de Mottex. Cette nouvelle direction orientera l'institution vers un accroissement des synergies régionales (ASCOR), ainsi que vers la perspective de la mise sur pied d'un réseau cantonal de soins palliatifs, en particulier sur le plan de la formation.

Les aspects pédagogiques liés à la mission spécifique de la Fondation Rive-Neuve seront facilités par la concrétisation d'une salle d'enseignement, orientée à la fois sur un programme interne d'enseignement aux stagiaires et sur une offre en formation ouverte aux hôpitaux, CMS, EMS, paroisses, associations, etc. Le financement de cet espace qui comprend la bibliothèque ainsi qu'un équipement audio-visuel et informatique a été assuré pour moitié par la Fondation Leenaards.

Un site Internet Rive-Neuve est en voie de réalisation. Il ouvrira un forum «soins palliatifs».

5. SYSTEME D'INFORMATION ET STATISTIQUES

PROJET CODAGE

1999 est la deuxième année consécutive complète où tous les cas d'hospitalisation d'un jour et d'hospitalisation ont été codés, tant selon la codification ICD-9 pour les interventions que CIM-10 pour les diagnostics.

Trois problèmes principaux ont été relevés dans ce domaine :

- ✓ Dans le courant de 1999, les hôpitaux ont changé de système informatique. Ce changement n'a pas permis en cours d'année de contrôler la qualité des données administratives et médicales de manière régulière.
- ✓ La procédure de codage proposée par le Groupement des médecins hospitaliers (GMH), qui implique à la source l'intervention du médecin-assistant et à la fin celle du médecin-chef avec entre-deux la participation du secrétariat médical, n'a pas été suivie par tous les établissements. On peut grosso modo relever que les hôpitaux de l'arc lémanique ont plutôt pris l'option de recourir à des archivistes, documentalistes ou secrétaires spécialisées, alors que les hôpitaux du nord ont décidé d'engager le corps médical pour la production des codes. Cette disparité en soi ne s'oppose pas à l'engagement de la responsabilité des médecins-chefs de services dans la qualité du codage de tous les établissements.

- ✓ Le résultat de contrôle de qualité du codage par le SCRIS et l'IUMSP (Institut de Médecine Sociale et Préventive) basé sur les données 1998 ont été publiés si tard dans l'année, qu'ils n'ont pas permis de corriger les erreurs en 1999.

Pour l'an 2000, il conviendra :

- ✓ D'intégrer totalement LUCID au système SAP, afin d'avoir une base de données homogène sur les données médicales et administratives, données intégrables dans un tableau de bord mensuel.
- ✓ De renforcer la compétence des codeurs, qu'ils soient médecins, archivistes, documentalistes ou secrétaires par une formation continue.
- ✓ D'améliorer le contrôle de la qualité du codage par le déploiement d'outils informatiques adaptés (tests de plausibilité, statistiques médicales), la production de résultats statistiques intermédiaires (SCRIS) et un investissement sur le terrain du l'IUMSP efficace et compétent (contrôle des codes sur dossier).

Si certains établissements ont suivi l'option d'engager des « codeuses », ils le font sur leur budget et donc au détriment d'autres postes de travail. Les hôpitaux qui soutiennent la démarche du GMH admettent de faire confiance au corps médical, le faisant participer à leur gestion. Les premiers résultats de l'analyse des données 99 ne permettent pas de prouver que des « codeuses » offrent une meilleure qualité de codage que les médecins. Il s'agit donc ici de respecter le choix des établissements, tout en permettant à l'avenir d'améliorer la « prestation-codage », qu'importe celui qui l'exécute.

PROJET DEFIS : DEVELOPPONS ENSEMBLE LA FUTURE INFORMATIQUE SANITAIRE

Le projet de renouvellement et de développement des applications de gestion des établissements de la FHV a été conduit essentiellement par l'ADIES, dont tous les hôpitaux de la FHV sont membres.

Nous prenons donc le parti de renvoyer le lecteur du présent document au rapport annuel 99 de l'ADIES qui présente, en détail, les activités qui ont été conduites dans le cadre du projet DEFIS.

6. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

COMMISSION STATUT DU PERSONNEL

Au cours de l'année 1999, la Commission Statut du personnel a partagé son activité, d'une part entre son mandat normal, qui est celui d'assurer le suivi et l'adaptation du Statut du personnel de la FHV et de ses modalités d'application aux nouvelles pratiques légales et, d'autre part, le traitement des dossiers relatifs à la garantie de non-licenciement et le suivi financier de ce dossier.

GARANTIE DE NON-LICENCIEMENT

Les économies engendrées par Equation 33 ont encore généré un certain nombre de suppressions de poste dans les établissements de la FHV au cours de l'année 1999. Plusieurs hôpitaux ont alors demandé la mise au bénéfice de la garantie de non-licenciement des collaborateurs touchés par les mesures d'économies.

18 personnes ont bénéficié du programme de mise en mobilité au cours de l'année 1999 et 4 d'entre elles étaient encore au bénéfice des mesures prévues par la garantie de non-licenciement

au 1^{er} janvier 2000. Les salaires et charges sociales versées par l'Etat, au titre de la garantie de non-licenciement pour l'année 1999, s'élèvent à Fr 768'795.--.

La garantie de non-licenciement a officiellement cessé ses effets à fin 1999, au terme de l'opération Equation 33, ainsi qu'en a décidé l'Etat avec la mise en œuvre de la Table ronde. Ce dispositif devrait être remplacé par l'introduction d'un plan social, associé aux mesures de planification hospitalière, tel que le prévoit le Protocole d'accord CVHo 2000.

RETRAITE ANTICIPEE

La position de l'Etat sur ce dossier n'a que peu évolué au cours de l'année 1999, sauf sur un point : début 1999, la DEM a confirmé que le Conseil d'Etat pourrait entrer en matière sur le financement d'une rente de pré-retraite uniquement pour les personnes dont le poste serait supprimé en 1999 et 2000, suite à des mesures d'économies ou de restructuration ; ces mesures pouvant alors entrer dans le cadre de la garantie de non-licenciement et étant financées par la même ligne de crédit.

Cette décision s'est concrétisée et ce sont 3 personnes qui ont pu être mises au bénéfice de mesures de pré-retraite dès le milieu de l'année 1999.

STATUT DES MEDECINS ASSISTANTS

Le nouveau Statut des médecins assistants est entré vigueur début 1999. Les principales nouveautés portaient sur le financement des diverses indemnités (dimanches, fériés, nuits, piquets) ; la diminution de la durée du travail hebdomadaire à 60 heures et la limitation à 26 heures de présence consécutive sur le lieu de travail. Par ailleurs, la prise en compte de la durée totale de travail au service des établissements de soins publics et privés reconnus d'intérêt public a été introduite en ce qui concerne le paiement du salaire en cas de maladie-accident et de maternité.

Le financement supplémentaire introduit dans le budget 1999 des établissements ne couvrant par l'intégralité des mesures nécessaires à l'harmonisation des conditions de travail, cet objectif devrait être atteint au travers de mesures de réorganisation des services, visant notamment la suppression des heures supplémentaires.

Un bilan devra être établi en 2000 pour mesurer l'introduction effective et son impact sur l'activité des médecins assistants.

7. PROJETS

REVUES D'HOSPITALISATION CIBLEES ET PROJETS D'ORGANISATION

Les différentes demandes de revues et de projets ont été déposées au cours du 2^{ème} semestre 1998 et acceptées tant par la Direction de projet que par le COPIL. Le libre arbitre ayant été laissé aux établissements quant à la période concernée par ces revues ciblées et projets d'organisation, le calendrier d'action s'en est trouvé quelque peu éclaté. Les hôpitaux d'Yverdon et de Saint-Loup ont démarré un projet commun, d'une durée d'un an, le 1^{er} juin 1998 et l'Hôpital de Lavaux a effectué une revue ciblée qui s'est étalée d'octobre 1998 à fin mars 1999. L'Hôpital du Chablais, quant à lui, a effectué une revue ciblée de janvier à juillet 1999. L'Hôpital de Moudon a choisi de procéder à deux vagues de revues ciblées, la première de mars à fin avril 1999 et la seconde de septembre à fin octobre 1999. L'Hôpital Intercantonal de la Broye a fait une revue ciblée d'avril à fin novembre 1998, ainsi qu'une deuxième revue ciblée couvrant la même période en 1999.

Deux établissements ont démarré plus tardivement leurs revue ou projet. L'Hôpital de la Riviera, déjà surchargé par le processus de fusion et par la mise en place de DEFIS, avait souhaité

reporter la période de revue en l'an 2000. Quant à l'Hôpital de Nyon, la spécificité de leur projet de prévention en diabétologie a nécessité une adaptation de l'outil de revue et du logiciel Hippocrate aux besoins du projet. Par ailleurs, des problèmes de droits d'utilisation du logiciel se sont posés, cet établissement, suite à son départ de la FHV, n'ayant plus droit à l'utilisation gratuite du logiciel. Néanmoins, ces deux problèmes résolus, le projet a pu démarrer à fin 1999 et les résultats sont attendus pour le début de l'été 2000.

La Direction de projet des Revues n'est, de son côté, pas restée inactive pour autant. L'année 1999 a principalement été consacrée à l'élaboration et à la difficile validation d'un règlement d'utilisation du Fonds des Revues et projets, le but de ce règlement étant d'assurer que l'argent mis à disposition par le Fonds soit utilisé à bon escient et sous contrôle des ayant droit.

Par ailleurs, et en fonction du calendrier d'action des hôpitaux, le Dr Sidler et Mlle Schick se sont déplacés dans les établissements concernés par la revue afin d'effectuer un test de concordance. Celui-ci consiste à vérifier sur dossier médico-infirmier que le (la) réviseur (réviseuse) a révisé le séjour du patient en toute conformité avec la méthode qui lui a été enseignée à la FHV, la démarche servant à valider la fiabilité des données récoltées par ces derniers (dernières). Ce test de concordance a montré que les réviseurs et réviseuses se sont acquittés de leur tâche sans dévier de la doctrine et que les résultats mesurés par les revues d'hospitalisations ciblées ne peuvent être contestés.

La Direction de projet s'est aussi attachée à promouvoir le concept des revues d'hospitalisations et a ainsi noué des contacts avec le canton de Neuchâtel, avec un représentant des services de santé algérien, ainsi qu'avec une école de soins infirmiers. Par ailleurs, la Direction de projet a effectué les premières analyses des résultats que lui ont transmis les établissements qui avaient achevé leur revue ciblée et a aussi aidé les réviseurs et réviseuses qui le souhaitaient dans l'élaboration de leur rapport à l'attention de leur Direction.

Sur le plan informatique, l'année 1999 a servi à finaliser les tests du logiciel Hippocrate et à le faire certifier conforme au passage de l'an 2000. Afin de saluer la parution de la version CD-Rom du logiciel Hippocrate, la Direction de projet a organisé en avril 1999 une manifestation à l'Ecole Hôtelière de Lausanne, afin de présenter la nouvelle version du logiciel et son important potentiel d'analyse à l'ensemble des directeurs d'établissement, des réviseurs et réviseuses des cantons de Vaud, Jura, Fribourg et Valais, ainsi qu'à divers acteurs du monde sanitaire susceptibles d'être intéressés. La fin de l'année 1999 marquant le terme du contrat avec ATL Systems, la maison informatique chargée du développement d'Hippocrate, il a été décidé de ne pas renouveler ce contrat en raison de la perspective d'un développement d'une version Internet d'Hippocrate en l'an 2000. ATL ne disposant pas du savoir faire dans les technologies Internet, c'est une autre maison informatique qui réalisera peut-être la version Internet d'Hippocrate, si les membres de la FHV donnent leur accord.

ENQUETES DE SATISFACTION

A la fin de l'année 1998, le GIGESS (Groupe d'Intérêt sur la Gestion et l'Evaluation des Services de Santé) a approché la FHV en vue de lui confier un mandat pour la sous-traitance de la réalisation des enquêtes de satisfaction auprès des patients des établissements de la FHV. En conséquence, Mlle Schick a été chargée d'établir une offre qui devait être mise en concurrence avec d'autres offres de fournisseurs de prestations. A cet effet, il a fallu procéder à une analyse soigneuse du processus des enquêtes de satisfaction : traitement des envois, saisie des données et établissement de rapports statistiques. Chaque manipulation, chaque étape a été chronométrée à plusieurs reprises afin d'en évaluer au mieux le temps de main-d'œuvre et les coûts qui lui sont liés. De même, les coûts en matériel ont été analysés avec attention afin de pouvoir les facturer à prix coûtant.

Au terme de ces analyses, une offre a pu être établie et présentée au Comité du GIGESS au début de février 1999. Cette présentation a été suivie, à deux reprises, de négociations tarifaires avec le

GIGESS et un accord sur une offre finale est intervenu à fin avril 1999. La fin du printemps 1999 a été consacrée à de multiples séances de travail avec les responsables concernés des hôpitaux de St-Loup / Orbe et du CHYC afin de mettre au point les lettres accompagnant les questionnaires, les questionnaires proprement dits ainsi que différents documents attendant aux enquêtes.

En parallèle, des approches envers des concurrents suisse-alsaciens ont été faites en vue de parvenir à une harmonisation des enquêtes de satisfaction à l'échelon suisse. Les diverses rencontres avec les représentants de MeCon, société active dans le domaine des enquêtes de satisfaction, n'ont toutefois pas permis d'aboutir à un consensus en raison de divergences sur la méthodologie à pratiquer ainsi que sur le contenu des questionnaires. Par ailleurs, la société MeCon a laissé entrevoir aux représentants du GIGESS et de la FHV qu'elle entendait absorber les parts de marché romandes et ne laisser à ces derniers que le soin d'aller expliquer en français aux établissements de la FHV les résultats produits par les soins de MeCon.

Les enquêtes de satisfaction proprement dites ont démarré en été 1999. La première vague d'enquêtes a été réalisée en août et septembre 1999 et a concerné les services d'urgences des hôpitaux du CHYC et de Saint-Loup. Dans la foulée, une deuxième vague d'enquêtes, sur les séjours hospitaliers cette fois-ci, a débuté en septembre 1999 et a concerné pas moins de 7 établissements, à savoir : les hôpitaux de Saint-Loup, Lavaux, Moudon et la Vallée de Joux ainsi que les centres de traitement et de réadaptation d'Orbe, Mottex et Chamblon. La troisième et dernière vague d'enquêtes, en novembre 1999, a concerné les établissements de Payerne et Estavayer.

Le « protocole de transmission des données » assurant la confidentialité et la sécurité des données traitées par la FHV au cours des enquêtes de satisfaction a pu être finalisé et signé avant les fêtes de fin d'année.

PROJET AN 2000

Situation en janvier 1999

Démarré au mois de septembre 1998 par une analyse d'impact, l'effort principal du projet An 2000 de la FHV a été produit en 1999, pour des raisons évidentes de délai. Selon le rapport de l'étude préalable, une structure logistique a été mise en place à la FHV sous la direction de M. Georges Rossopoulos (GFI Informatique SA), alors que chaque établissement participant au projet mettait sur pied un «Groupe An 2000» responsable du bon déroulement interne. Le financement du projet par un EMPD (garantie de Fr. 1'980'000.-) a été accepté par le Grand Conseil au mois de mai, ce qui n'a pas empêché le projet de continuer dès janvier.

Conclusion des inventaires

La première étape du projet n'étant pas entièrement terminée, les premiers mois ont été consacrés à l'établissement des inventaires médicaux et techniques des hôpitaux, en se limitant aux seuls éléments dotés d'une électronique embarquée, potentiellement affectée par le bogue. A la clôture, l'inventaire An 2000 comptait 3177 à analyser en détail. La liste des «petits» logiciels identifiait 126 systèmes d'information.

Campagnes de certifications

Premier maillon de l'analyse An2000, la campagne de certification a été menée en 2 vagues, l'une en mai, l'autre en juillet. Parmi les 380 fournisseurs contactés, 4% n'ont pas répondu, et 2% ont mal répondu. Avec un taux de réponses de 96%, ce score peut malgré tout être considéré comme excellent. Seuls 2% d'équipements ont été annoncés non conformes, 4% auraient présenté un problème mineur, alors que le reste était compatible Y2K. Parmi les logiciels, le score est nettement moins bon puisque 30% ont été annoncés avec un problème an 2000. L'analyse du fonctionnement du système de laboratoires a d'ailleurs coûté plus de Fr. 40'000.-. Au 31.12.99 toutes les non conformités importantes avaient été corrigées.

Campagne de tests

La campagne de test a connu un succès plus restreint puisque 30% des réponses nous manquent, mais ce chiffre est trompeur car les établissements ont soit presque tout testé, soit presque rien...

Parmi les 70% de fiches retournées, 2/3 indiquent que le test a été impossible. Globalement, seul 1% des équipements a présenté un problème lors du test. Un appareil a d'ailleurs été endommagé par le test et a été remplacé. Les rares écarts de résultats entre la campagne de test et celle de certification ont pu être levés. Il s'agissait en général d'une appréciation différente sur la gravité du problème. Notons encore que quelques fournisseurs ont été contactés pour effectuer eux-mêmes des tests sur les éléments sensibles. Leurs résultats ont été similaires aux autres équipements.

Préparation dépendances / tiers sensibles

La phase de préparation vis à vis des tiers a été ciblée sur les éléments d'énergie, de communication, d'alerte et pharmaceutique. Toutes les rencontres (Romande Energie, Swisscom, Police Cantonale...) ont donné lieu à une excellente collaboration qui a largement contribué au succès global de l'opération An 2000.

Clôture technique et financière

Tous les objectifs ont été atteints, en particulier l'absence totale d'impact sur les patients. Les organisations n'ont pas non plus été mises à mal, et la vie habituelle a très vite repris dans les hôpitaux. Du point de vue financier, l'opération « plan d'action » aura coûté environ Fr. 750'000 par rapport aux presque Fr. 2'000'000 initialement budgétés. L'économie principale vient du nombre minime de non conformités rencontrées, mais également du fait que toutes les installations lourdes sont au bénéfice de contrats de maintenance complet, et que les interventions (scanner, laboratoires, ..) ont souvent été gratuites.

Divers

Les données d'inventaires seront remises aux établissements, sans reprise informatique systématique. Les mises à jour étant faites, et remboursées aux établissements, le projet An 2000 prendra fin en mars 2000.

PROJET TARMED

Ce projet fait l'objet d'une présentation dans ce rapport, car ses travaux ont été lancés dès l'automne 1999.

Projets FHV relatifs l'introduction de TarMed pour le 1^{er} janvier 2001

Dix ans de travail commun de la CTM, du CAMS, de la FMH et la participation de H+, ces dernières années, ont abouti à la création d'une nouvelle structure tarifaire unique au niveau suisse, le TarMed. Celui-ci tarifie environ 4'400 prestations médicales et techniques. Le TarMed remplacera, le 1er janvier 2001, le CPH (tarif orange), ainsi que la NMT. Dans le cadre du projet TarMed-IS 2001, la FHV s'est fixée des objectifs précis.

La nouvelle structure tarifaire TarMed sera unique pour toute la Suisse. S'agissant de la valeur du point, celle-ci sera la même pour les activités relevant des assurances fédérales LAA-AI-AMF, quels que soient le lieu et le canton où elles seront dispensées. En revanche, pour les activités relevant des obligations des assureurs-maladie, les valeurs de point seront différentes d'un canton à l'autre, voire même d'une convention à l'autre.

Impact de l'introduction du TarMed

L'introduction du TarMed au 1^{er} janvier 2001 aura un impact sur deux niveaux :

- ✓ Le système d'information des établissements
- ✓ La Convention ambulatoire 2001 et également d'autres conventions de la FHV

Les travaux concernant ces deux niveaux doivent impérativement être menés en parallèle d'ici au 1^{er} janvier 2001, de manière coordonnée, mais ils font l'objet de deux projets distincts.

Ainsi, le projet présenté ici concerne uniquement le premier niveau, à savoir l'intégration du TarMed dans le système d'information des établissements. Une organisation de projet a été mise en place à cet effet. L'autre projet est géré par la Commission ambulatoire de la FHV.

La FHV a mis sur pied ce projet dans un souci de cohérence, de coordination et d'économies de moyens.

Les objectifs que la FHV veut réaliser dans le cadre du projet TarMed-IS 2001 peuvent être distingués en un objectif global et en plusieurs objectifs complémentaires.

Objectif global :

- Intégration du TarMed dans les systèmes d'information des établissements de la FHV d'ici au 1^{er} janvier 2001.

Objectifs complémentaires :

- Saisie de toute l'activité de l'hôpital selon TarMed dès le 1^{er} janvier 2001.
- Facturation de l'activité ambulatoire somatique et psychiatrique, ainsi qu'une partie de l'activité privée selon TarMed dès le 1^{er} janvier 2001.
- Facturation de toute l'activité médicale selon TarMed dès le 1^{er} janvier 2001.

Les « produits » délivrés dans le cadre de ce projet, seront :

- ✓ La formation du personnel responsable des relevés, des saisies des prestations et de la facturation
- ✓ L'intégration du TarMed dans les applications informatiques utilisées dans nos établissements
- ✓ L'élaboration de feuilles de prestations type
- ✓ L'élaboration d'une liste de recommandations pour une bonne marche de la saisie et de la facturation dans les établissements.

La démarche proposée pour le projet TarMed-IS 2001 est basée sur des tests à effectuer dans plusieurs hôpitaux, afin de vérifier si le résultat des travaux menés concernant l'informatique, la formation, les feuilles de prestation type, etc. correspondent aux attentes des utilisateurs et sont adaptés à la nouvelle structure tarifaire TarMed.

Le projet TarMed-IS 2001 est un projet de la FHV, qui est donc le maître d'ouvrage; le mandant, le Comité Exécutif de la FHV. Un Comité de Pilotage a été créé et son président est M. Allmendinger, le Directeur de CHYC. Des groupes de travail (un groupe utilisateurs informatiques et un groupe d'étude TarMed) ainsi qu'une équipe de projet composé de Mmes Elisabeth Koliqi et Véronique Gremion ont été mis sur pied. D'autre part chaque établissement a désigné une personne de référence TarMed.

Une bonne communication et coordination prévaut dans les relations avec nos partenaires, comme par exemple avec H+, la SVM, le SSP, les Hospices Cantonaux etc. Nul doute, que malgré la diversité des intérêts, chaque partenaire trouve avantage à une fructueuse collaboration.

Le projet TarMed-IS 2001 a été lancé en automne 99 et les travaux du projet TarMed-IS 2001 doivent arriver à leur terme à fin avril 2001. Les travaux pour l'adaptation de différentes conventions doivent aboutir à la fin 2000.

Les projets de la FHV pour l'intégration de TarMed pour le 1^{er} janvier 2001 seront traités de manière plus détaillée dans le rapport de gestion 2000.

8. COMMUNICATION

Les excellentes relations que nous entretenons avec les médias se sont poursuivies en 1999. Tant la presse écrite que les chaînes de radio et de télévision ont donné des échos objectifs aux prises de position de notre association et, plus généralement, de nos hôpitaux membres. Nous en voulons particulièrement pour preuve la large couverture médiatique dont nous avons bénéficié dans le conflit qui nous a opposé à l'Etat pour la signature de la CVHo 2000.

Sur un autre plan, la FHV a poursuivi également la diffusion de la « Tribune de la FHV », organe qui s'est toujours voulu ouvert sur le monde sanitaire, au-delà des hôpitaux. Une sorte « d'esprit réseau » avant l'heure ! C'est dans cet esprit que les dossiers suivants ont été publiés :

- Le rôle des soignants
- Les démarches Qualité
- Les assureurs-maladie
- Santé : ce que veulent les partis politiques
- La formation en gestion

Malgré le succès de la « Tribune de la FHV », le Secrétariat Général a étudié en 1999 l'opportunité de modifier le vecteur de sa communication. C'est ainsi que la décision a été prise de créer dès l'année 2000 un site INTRANET, dans le but de privilégier l'information aux membres. Il n'est pas exclu que quelques sections INTERNET soient développées de manière à pouvoir toucher, certes sous une autre forme, une partie des lecteurs de feu la « Tribune de la FHV ».

9. PERSPECTIVES

Il est révélateur de constater que les perspectives pour le système sanitaire vaudois, pour nos établissements et pour notre association, s'expriment dans les mêmes termes qu'à fin 1999.

La mise en œuvre des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire Vaudoise s'est certes précisée, la constitution des réseaux de soins a certes pris forme, les nouveaux mécanismes de financement ont certes été annoncés de même qu'un nouveau mode de rémunération des médecins, enfin la planification hospitalière ne semble plus être un tabou, certes. Mais on a malgré tout le sentiment que le monde sanitaire vaudois se cherche.

L'overdose des projets actuellement en cours, l'enchevêtrement des structures, la complexité des processus de décision contribuent, en dépit des efforts considérables consentis par l'ensemble des acteurs sanitaires, à un sentiment d'impuissance.

A l'aube de l'année 2000, pouvons-nous au moins espérer que des priorités seront rapidement dégagées par l'autorité politique de manière à éviter l'asphyxie, que les organismes faïtières et les réseaux de soins trouveront bientôt une voie pour simplifier et améliorer leurs relations, enfin que les chemins qui mènent à la décision et finalement à l'action soient moins tortueux ?

C'est probablement en visant un raccourcissement d'une phase de transition des NOPS qui se révélera rapidement épuisante, entre l'ancienne organisation sanitaire qui pèse encore de tout son poids et la nouvelle dont la construction réclame une énergie folle, que nous pourrons tous ensemble trouver motivations et satisfactions dès l'année 2000.

AU NOM DU COMITE DE LA FHV

Marcel BLANC
Président

Henri ROTHEN
Secrétaire Général

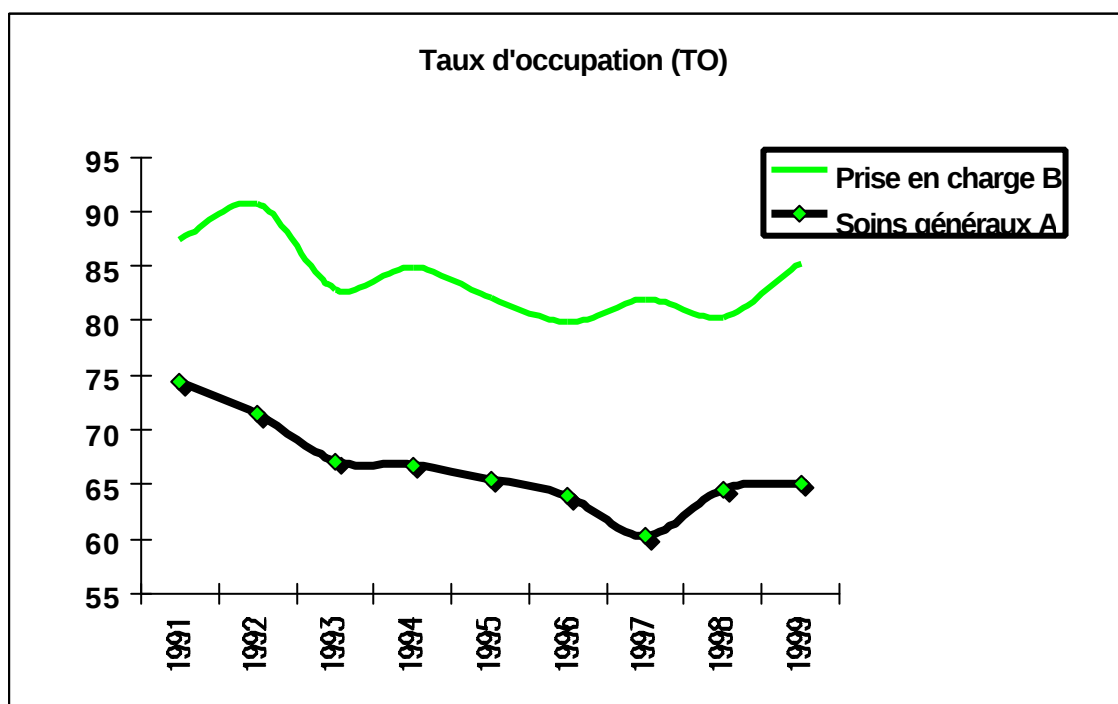
STATISTIQUES

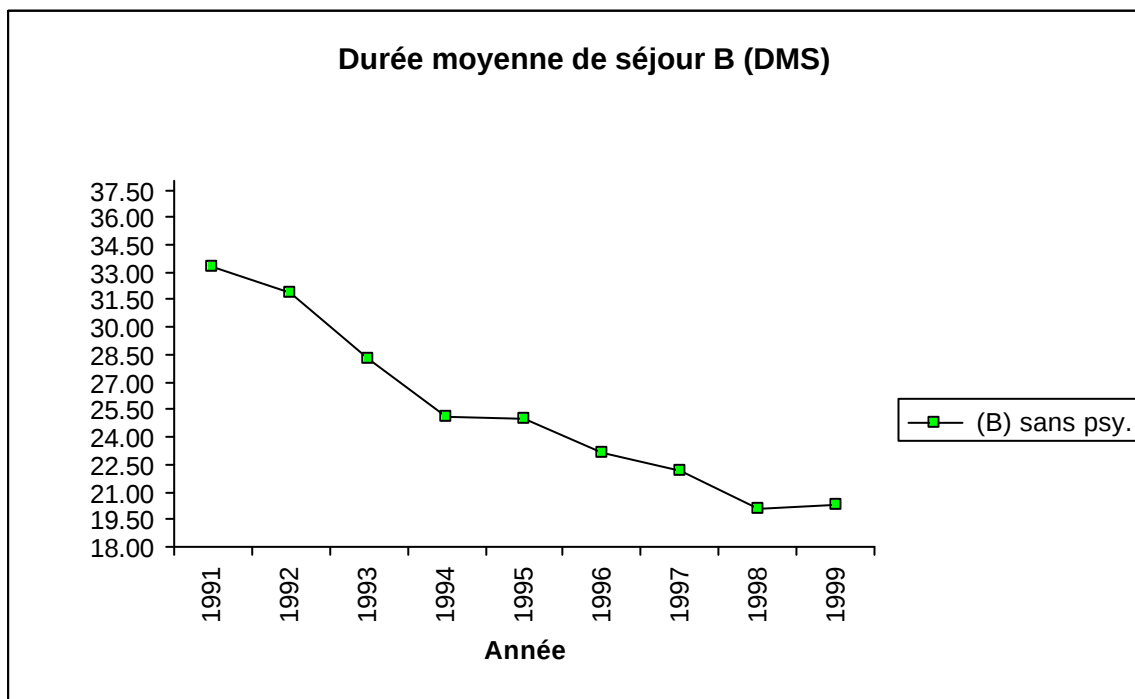
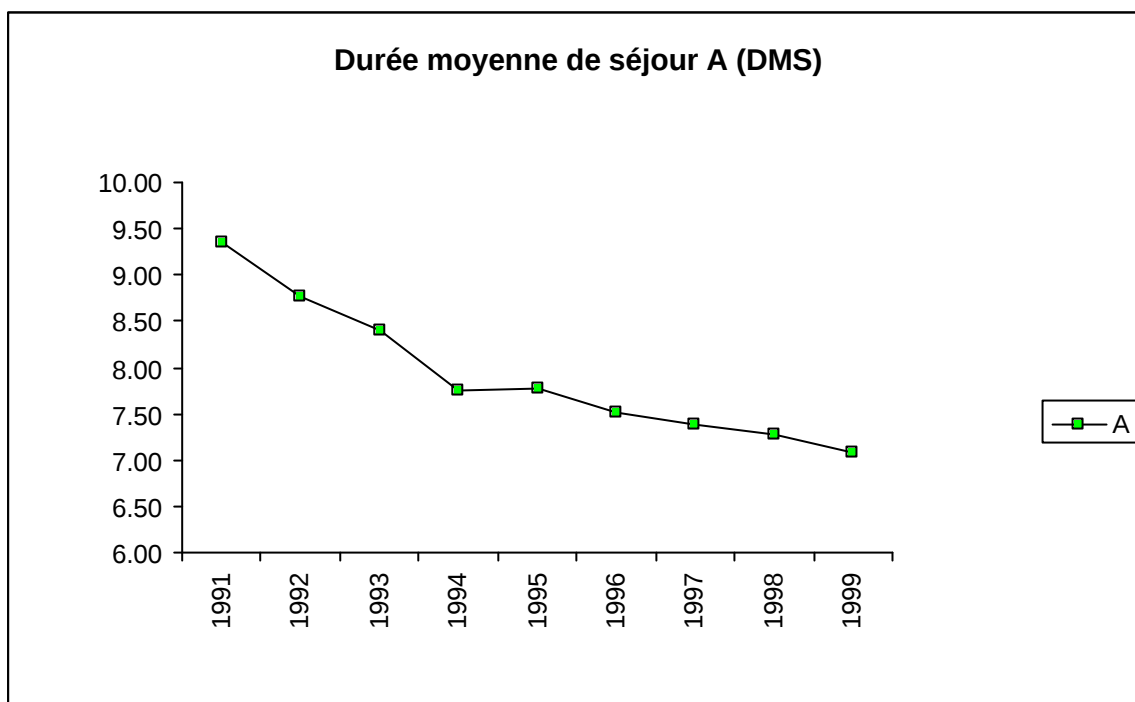
IMPORTANCE NUMERIQUE DU GROUPEMENT

La FHV compte actuellement vingt-trois membres actifs répartis sur tout le territoire du canton et représentant les catégories suivantes d'établissements sanitaires :

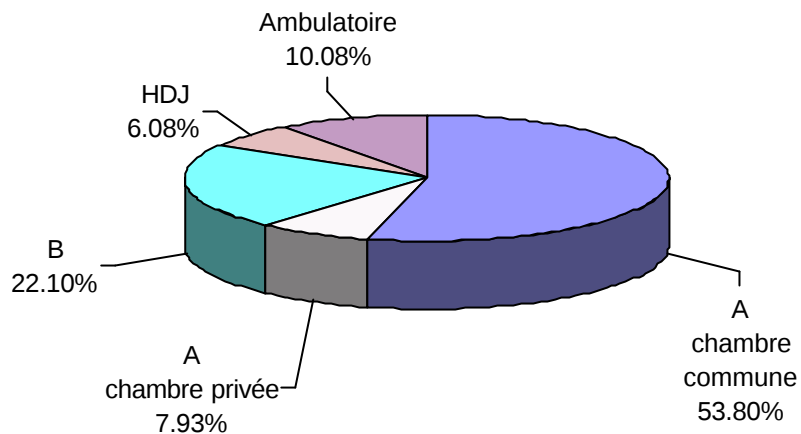
	TOTAL
	1999
- Hôpitaux en soins généraux (zone, demi-zone et régionaux)	13
- Centres de traitements et de réadaptation	8
- Hôpitaux psychiatriques ou assimilés	1
- Etablissements médico-sociaux	1

Au 31 décembre 1999, les membres de notre association totalisaient **1629 lits**, soit **843 lits A**, **365 lits B** et **446 lits C** (en 1998, au total 2040 lits, dont 1154 lits A, 334 lits B et 552 lits C).

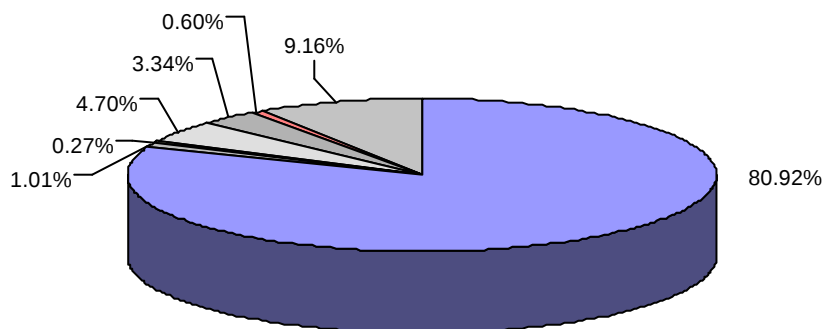




Activité 1999



Activité A par répondant



- 80.92%
assureurs maladie vaudois CVHo
- 1.01%
convention romande
- 0.27%
autres hors canton (art. 41 LAMal)
- 4.70%
assureurs AA AI AMF division commune
- 3.34%
autres divisions communes non conventionnelles (dont 461 patients fribourgeois hospitalisés à Payerne)
- 0.60%
assureurs AA AI AMF division privée
- 9.16%
division privée assureurs maladie