



**Embargo jusqu'au
11 mars 1997,
à 15 heures**

**Exposé des motifs et projet de décret
autorisant le Conseil d'Etat à adhérer
au Concordat instituant le Réseau hospitalo-universitaire
de Suisse occidentale**

Exposé des motifs

Table des matières

	Page
1. Résumé	3
2. La naissance d'une région	5
2.1 Vaud-Genève: le potentiel d'une région	5
2.2 Une région déjà bien réelle dans les faits	6
2.3 L'absence d'un cadre institutionnel	8
3. Perspectives sanitaires	8
3.1 La situation mondiale	8
3.2 Les systèmes de santé occidentaux	9
3.3 Les coûts de la santé	10
3.4 La situation suisse	10
3.5 Le secteur hospitalier lémanique	11
3.6 Le rôle des assureurs	12
3.7 La gestion concurrentielle de l'hôpital	13
4. Perspectives universitaires	13
4.1 Le contexte général	13
4.2 La nécessité du rapprochement	14
4.3 Le processus de rapprochement	15
5. Bilan de la coopération Vaud-Genève	16
5.1 Création de l'Association Vaud-Genève	16
5.2 Stratégie des « petits pas »	16
5.3 Evaluation des projets communs	16
5.4 Les avantages et les limites de la stratégie « des petits pas »	18

5.5	Le mandat d'étude pour la création d'un Réseau hospitalo-universitaire lémanique	19
5.6	Le rapport du groupe de travail	19
5.7	La procédure de consultation	20
6.	Les avènements possibles	21
6.1	Premier modèle: la voie solitaire dans la concurrence raisonnée	21
6.2	Deuxième modèle: la coopération dans l'autonomie des sites	22
6.3	Troisième modèle: l'intégration institutionnelle décentralisée	23
6.4	Le choix proposé	23
7.	Les objectifs du Réseau	25
7.1	L'objectif d'excellence	25
7.2	L'objectif économique	27
7.3	L'objectif universitaire	29
7.4	L'objectif organisationnel	30
8.	L'organisation proposée	30
8.1	L'organisation générale	30
8.2	Le contrôle du Réseau par les autorités politiques	33
8.3	Mode de financement et d'allocation interne des ressources	34
8.4	La décentralisation	36
8.5	Les différents niveaux de conduite: politique, stratégique et opérationnelle	37
8.6	La gestion du personnel et les caisses de pension	41
8.7	Les écoles de soins	43
8.8	Les droits des patients	43
8.9	Les questions de patrimoine	44
8.10	Le contrôle financier	44
8.11	La responsabilité civile	44
8.12	Les voies de recours	45
8.13	Contentieux entre les cantons et le Réseau	45
8.14	Dispositions transitoires	46
8.15	Entrée en vigueur et résiliation	46
9.	La mise en œuvre du Concordat	46
Annexe 1	Service des hospices cantonaux et Hôpitaux universitaires de Genève Quelques éléments chiffrés	50
Annexe 2	Indicateurs de résultats	51

Projet de décret	56
Concordat	57

1. Résumé

Une longue évolution économique et culturelle fait aujourd'hui émerger la réalité des régions dans tous les pays d'Europe. La Suisse n'échappe pas à cette évolution. Entre la Suisse romande et la France voisine, la région lémanique prend corps sous nos yeux. Avec environ deux millions d'habitants, c'est une région de taille européenne. Malgré les indéniables difficultés actuelles, elle dispose de nombreux atouts. De nouveaux cadres institutionnels et politiques devraient lui permettre de les faire pleinement valoir.

Le Concordat instituant le Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale est la première tentative de doter cette région des instruments capables de lui donner un nouveau souffle. Il représente à cet égard une innovation majeure, un tournant historique. Il institue un premier noyau de collaboration étroite entre les cantons de Vaud et de Genève.¹

L'objectif est de réunir et de dynamiser le potentiel de moyens financiers et de ressources humaines que représentent les deux cantons pour maintenir et développer le niveau d'excellence atteint dans le domaine de l'enseignement, de la recherche médicale et des soins à la population. Il s'agit de préserver à l'avenir la qualité et le rayonnement international d'un réseau de santé qui compte parmi les meilleurs d'Europe.

La solution retenue respecte à tous les niveaux les spécificités de la région et de chacun des éléments du Réseau, conformément aux vœux largement exprimés lors de la procédure de consultation.

- Le modèle de réseau convient à une région multipolaire comme la nôtre où plusieurs agglomérations secondaires: Yverdon, Nyon, Morges, Vevey-Montreux, jouent un rôle aux côtés des deux centres principaux de Genève et de Lausanne. Il permet par ailleurs d'accueillir les autres établissements sanitaires qui souhaiteraient participer au développement du Réseau.
- Les mécanismes de collaboration adoptés à l'intérieur du Réseau sont différenciés pour tenir compte avec autant d'attention du principe d'autonomie de l'Université que des exigences d'une gestion entrepreneuriale de l'Hôpital.

¹ La notion de région lémanique correspond ici aux Cantons de Vaud et de Genève.

- Le Concordat maintient l'appartenance universitaire des Facultés de médecine dans le cadre du rapprochement en cours entre les Universités de Genève et de Lausanne.
- L'Ensemble hospitalier voit ses structures adaptées à la concurrence croissante dans le secteur de la santé et à la planification sanitaire instituée par la LAMal.
- Le système de gestion choisi, celui de la gestion décentralisée, permet tout à la fois de respecter la spécificité des sites et des éléments du Réseau, et de développer l'autonomie et la responsabilité de chacune des entités. Ce système est concrétisé par une autre innovation du projet: les mandats de prestations conclus entre les autorités politiques et les deux partenaires du Réseau: les Universités pour leur Faculté de médecine d'une part, l'Ensemble hospitalier d'autre part.
- Le Concordat ne constitue pas une rupture; il organise la transition entre le système actuel et les nouvelles structures de collaboration entre Vaud et Genève dans le secteur de la santé. Cette évolution progressive est particulièrement bienvenue en ce qui concerne le statut du personnel. Elle permet de garantir les droits acquis à tous les collaborateurs et collaboratrices en place à l'entrée en vigueur du Réseau.
- Aussi justifiée qu'elle soit par tous les changements en cours en Suisse et dans le monde, la volonté de dépasser les frontières cantonales ne doit pas déboucher sur un déficit de contrôle démocratique. C'est la raison pour laquelle le Concordat contient toute une série de dispositions nécessaires à la conduite et au contrôle du Réseau par les Conseils d'Etat et les Grands Conseils des deux cantons. La procédure particulière prévue pour l'adoption du Concordat répond au même souci. Elle a été mise au point d'entente entre les gouvernements, les bureaux des parlements et les chefs de groupes parlementaires des deux cantons. Loin de présenter un déficit démocratique, le Concordat dote les parlements d'instruments qui renforcent leur contrôle.

Cet élément particulier comme le Concordat lui-même témoignent de la prise de conscience du défi que les autorités politiques de la région doivent relever pour s'adapter progressivement aux réalités du XXI^e siècle. Cette expérience pilote servira vraisemblablement de référence à d'autres développements d'une nouvelle forme de collaboration intercantonale. C'est en effet la seule voie qui nous soit ouverte pour préserver à l'avenir les atouts économiques et culturels de la région et la qualité de vie exceptionnelle qui en est résultée au cours des dernières décennies.

2. La naissance d'une région

De nombreux changements modifient depuis plusieurs années l'environnement général dans lequel nous évoluons. A la suite des multiples brassages intervenus au cours des dernières décennies, le phénomène région émerge partout en Europe. La Suisse ne fait pas exception.

Dans ce contexte, la région lémanique dispose de sérieux atouts: une population d'un million d'habitants, une zone d'influence d'environ deux millions d'habitants, des infrastructures compétitives, une main-d'œuvre qualifiée, un réseau d'entreprises de pointe et de chercheurs d'avant-garde. C'est une région à haute valeur ajoutée.

2.1. Vaud-Genève: le potentiel d'une région

Ensemble, les cantons de Vaud et de Genève constituent, après Zurich, la deuxième région du pays. Sa population est essentiellement urbaine. Huit habitants de la région sur dix vivent dans des agglomérations et cette situation influence leur profil. La taille des foyers, par exemple, est plus petite: il y a plus de personnes seules et les familles sont moins nombreuses. Les revenus sont parmi les plus élevés du pays. Les habitants de la région lémanique disposent en effet du troisième pouvoir d'achat de Suisse, après Zurich et Bâle.

L'économie de la région lémanique est axée sur les services: elle est tertiaire à 80%. L'industrie est tournée vers les technologies de pointe et les secteurs à haute valeur ajoutée. La recherche médicale, de la robotique aux biotechnologies, y joue un rôle moteur. L'installation dans la région de plusieurs entreprises internationales de haut niveau au cours de ces dernières années, dont l'entreprise américaine Medtronic, en témoigne. Selon les résultats de sondages représentatifs, la majorité de la population de la région pense que la situation économique va s'améliorer dans les cinq ans à venir. Elle conserve d'ailleurs confiance dans l'avenir. Dans ce contexte, les habitants de la région font reposer leurs principaux espoirs sur la recherche médicale de pointe (85%), les nouveaux transports, à l'image de Swissmetro (63%) et les développements informatiques (56%)².

La présence de nombreuses multinationales s'appuie sur un réseau très dense de PME, des communications faciles et des télécommunications de très haut niveau. Un signe: la région figure parmi les plus fortes densités de raccordement Internet du monde. L'aéroport international de Genève dessert la Suisse romande et la France voisine. Situé au cœur d'un

² Enquête réalisée en septembre 1995 auprès de 1300 habitants âgés de plus de 14 ans dans les cantons de Vaud et de Genève, par l'Institut lausannois MIS-Trend.

nœud ferroviaire et d'autoroutes, il assure les liaisons avec les longs courriers. Six millions de passagers l'utilisent chaque année.

Sur le plan de la formation et de la recherche, la région abrite deux universités, une école polytechnique, deux hôpitaux universitaires, le CERN, l'IMD et de nombreux instituts de recherche de pointe, publics et privés. L'ensemble assure à la région une forte concentration de savoir-faire et de cerveaux.

Entre Lausanne et la Genève internationale, la région accueille une quinzaine d'organisations gouvernementales: le siège européen de l'ONU et plusieurs institutions spécialisées des Nations Unies, dont l'OMS et l'OIT; l'organisation mondiale du commerce, l'OMC; et plus d'une centaine d'organisations non gouvernementales: le CICR, le CIO, plusieurs fédérations sportives internationales, et le WWF, pour ne citer que quelques exemples.

La culture n'est pas en reste. Dans de nombreux domaines, la région lémanique constitue un pôle de rayonnement qui dépasse de beaucoup les frontières des deux cantons. Sans pouvoir dresser une liste exhaustive, le Montreux Jazz Festival, le Rudra Béjart Ballet et la Cinémathèque suisse à Lausanne, Le Paléo Festival de Nyon, le Grand-Théâtre de Genève, de nombreux musées, spectacles, expositions, concerts, etc., témoignent de la vitalité culturelle de toute la région.

Politiquement, la région est ouverte à une intégration au sein de l'Europe. Dans les cantons de Vaud et de Genève, plus de 78% des électeurs ont voté oui à l'adhésion de la Suisse à l'Espace économique européen, en décembre 1992. Région transfrontalière, la région lémanique compte d'ailleurs une forte proportion d'étrangers, environ 30% de la population, des Européens pour la plupart.

Face à la mondialisation de l'économie, la construction de la région lémanique est une condition du développement durable de toute la Suisse romande. Avec la France voisine et les cantons du Mittelland, elle est l'un des maillons d'un vaste réseau de compétences et d'échanges, situé à quelques heures de Paris, de Milan ou de Munich.

2.2. Une région déjà bien réelle dans les faits

Malgré l'absence d'un cadre institutionnel et politique propre, la région lémanique existe déjà sur le plan économique.

Plus de 80% des actifs domiciliés dans les cantons de Vaud et de Genève exercent leur activité professionnelle dans la région lémanique. Mais la mobilité à l'intérieur de la région est en croissance constante. En 1960, 22% seulement des habitants de la région travaillaient en dehors de

leur commune de domicile. Ils étaient près de 50% dans cette situation en 1990.³

Aujourd'hui, par exemple, 40% des actifs habitant les districts vaudois de Nyon et de Rolle vont travailler à Genève. Plus de 50% des habitants de ces mêmes districts se rendent à Genève pour leurs achats ou leurs loisirs. A l'inverse, 10% des Genevois font leurs achats de meubles à Etoy, dans le canton de Vaud, là où sont concentrés de grands magasins de la branche. Dans le même ordre d'idées, plus du tiers des habitants du Nord vaudois se rendent régulièrement à Lausanne pour faire leurs achats, etc.

Les flux de déplacements entre Genève et Lausanne		
Fréquence des déplacements	De Genève à Lausanne	De Lausanne à Genève
Une fois par semaine à une fois par mois	26 %	31 %
Plusieurs fois par an	44 %	41 %
Une fois par an ou moins	30 %	28 %
Source: Etude MIS-Trend Lausanne, septembre 1995		

Si la région paraît bien réelle dans les faits, la prise de conscience de son existence n'est pas encore complète. Comme l'écrivaient les chercheurs de l'Institut de recherches sur l'environnement construit (IREC) en 1992, la région lémanique « existe dans l'économie réelle mais pas dans la réalité des perceptions. Elle existe comme système urbain mais elle n'existe pas comme un système de représentation permettant aux acteurs de fixer collectivement les objectifs et de délimiter les enjeux. »⁴

Cet écart entre les faits et les mentalités s'explique par plusieurs raisons. D'abord, il ne s'agit pas d'une région dominée par un centre d'attraction unique. Il s'agit d'une région multipolaire où plusieurs pôles secondaires: Yverdon, Nyon, Morges, Vevey-Montreux, jouent un rôle aux côtés des deux centres principaux de Genève et de Lausanne. La perception des évolutions globales s'en trouve diminuée. Mais surtout, les cadres institutionnels et politiques font actuellement défaut.

³ Jean-Philippe Leresche, Dominique Joye et Michel Bassand, *Métropolisations, interdépendances mondiales et implications lémaniques*, Georg, 1995.

⁴ Antonio Cunha et Csillaghy, *La métropole absente*, IREC, 1992.

2.3. L'absence d'un cadre institutionnel

Toutes les conditions favorables sont réunies pour que la région lémanique devienne une réalité. Elle doit cependant encore trouver ses moyens d'expression politique.

Fondée sur le principe du fédéralisme, la souveraineté est exercée à trois niveaux différents: communes, cantons, Confédération. L'idée de base du système est de faire que chaque décision soit prise au niveau où les problèmes se posent. Cela a bien fonctionné pendant longtemps. Mais aujourd'hui, les problèmes changent d'échelle et les mécanismes institutionnels ne sont plus toujours adaptés à la situation. Traités au niveau des communes, des questions régionales se retrouvent sans solution. Les cantons eux-mêmes ne parviennent plus à maintenir seuls les problèmes qui se posent à une échelle supérieure. La question de l'avenir de l'aéroport de Cointrin a bien souligné l'importance de l'enjeu régional, où aucun des niveaux actuels de décision politique n'est vraiment adapté à la situation.

La volonté politique de dépasser les frontières cantonales est nécessaire. Avec égard, les déficits publics – Vaud et Genève comptant parmi les cantons actuellement les plus endettés – ont joué un rôle moteur dans l'évolution des mentalités.

Le Réseau hospitalo-universitaire lémanique est un des éléments qui doivent permettre à la région de se construire progressivement en se dotant de structures évolutives. La notion même de réseau convient particulièrement à une région multipolaire comme la nôtre. Le concordat proposé illustre les principes de la nouvelle collaboration intercantonale qui prend forme en Suisse, en particulier entre cantons romands. C'est une chance à saisir pour maintenir et développer les atouts de la région dans le domaine de la santé et des technologies médicales et renforcer son rayonnement international.

3. Perspectives sanitaires

3.1 La situation mondiale

La mondialisation de l'économie qui se développe et s'accroît depuis une vingtaine d'années, du fait de la dérégulation et d'un formidable développement des technologies de l'information, provoque des transformations culturelles, sociales et économiques majeures. Chacun peut en voir des manifestations dans sa vie quotidienne: concentration et délocalisation des entreprises, accélération des développements technologiques, mélanges culturels et ethniques, uniformisation des produits. Désormais, l'évolution de nos sociétés est moins déterminée par des choix

politiques liés à un territoire que par le marché mondial, en particulier par le capital financier qui s'y déploie et qui n'est soumis à aucune frontière. Les États sont donc contraints d'entrer dans une compétition sévère pour attirer des investissements et en même temps protéger la production nationale. Peu à peu, toutes les activités rentables ont tendance à échapper au contrôle des États. En revanche, les activités non rentables se localisent et certaines conséquences sociales de la mondialisation (chômage, pauvreté, conséquences écologiques) sont mises à la charge des États.

Ces phénomènes ont provoqué un formidable mouvement de redistribution des richesses entre les pôles économiques de la planète: alors que l'Europe est confrontée à une crise majeure, la plupart des pays asiatiques connaissent un taux de croissance important.

À ces mutations économiques s'ajoutent des phénomènes démographiques: la population d'Europe et des États-Unis d'Amérique est vieillissante, ce qui engendre des besoins sanitaires et des dépenses sociales élevées, alors que les pays asiatiques, aux populations plus jeunes, ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés.

Cette évolution provoque des ruptures à l'intérieur des sociétés qui sont à l'origine des phénomènes d'exclusion. Tout le monde ne profite pas, il s'en faut même de beaucoup, des retombées de la globalisation. C'est à l'État de tenter de corriger ces effets négatifs et de leur accorder toute l'attention qu'ils méritent, surtout en ce qui concerne le système de santé.

3.2 Les systèmes de santé occidentaux

Les systèmes de soins de santé du monde occidental sont confrontés à des défis qui entraînent inévitablement des changements auxquels ils doivent s'adapter de toute urgence. Plusieurs facteurs, comme le vieillissement de la population, les progrès de la technologie médicale, les compressions budgétaires et les besoins et attentes du public ont pour effet d'accentuer l'inadéquation des systèmes traditionnels de prestation des soins de santé.

Cette évolution met les systèmes sanitaires des pays occidentaux dans une situation paradoxale:

- d'une part, jamais une population n'a été en meilleure santé en termes d'espérance de vie à la naissance, de mortalité infantile et d'accès aux soins, et jamais les progrès de la biologie et de la médecine n'ont ouvert des perspectives aussi prometteuses;
- d'autre part, la distribution des soins médicaux, la densité des infrastructures sanitaires lourdes et, de manière générale, l'organisa-

tion des systèmes de santé et leur financement ont rarement suscité autant de critiques relatives à leurs coûts, dans un environnement marqué par des difficultés économiques et budgétaires majeures.

Ces critiques sont souvent ressenties comme injustes par les professionnels de la santé. La médecine a en effet accompli des progrès spectaculaires ces 50 dernières années, qui ont contribué à augmenter l'espérance de vie et à maîtriser pour l'essentiel des maladies contagieuses telles que la tuberculose, la syphilis ou la variole. Des transplantations d'organes sont aujourd'hui possibles et les lois qui président à la formation de la vie sont progressivement découvertes. La compréhension de la reproduction, de l'hérédité et, bientôt peut-être, du système nerveux ouvrent des perspectives nouvelles à maîtriser.

3.3 Les coûts de la santé

Pendant les années de haute conjoncture, le système de santé, habitué à une expansion facile, entraîné par des progrès technologiques spectaculaires et par la demande de patients toujours plus exigeants, a évité les choix et ne s'est guère interrogé sur son fonctionnement. Au demeurant, l'Etat et les assureurs lui ont toujours donné les moyens réclamés.

Mais aujourd'hui, l'augmentation continuelle des coûts et des progrès de la santé – qui croissent plus rapidement que la capacité collective de les financer – provoque, dans l'ensemble du monde occidental, des mouvements puissants en faveur d'une réforme des systèmes de santé. Un nouvel équilibre doit être trouvé entre la logique des besoins – celle des soignants et des soignés – et la logique des moyens – celle des contribuables et des cotisants.

Or, toute l'expérience des Etats occidentaux le démontre, le seul objectif qui peut réconcilier ces deux logiques n'est pas la limitation des dépenses, mais l'amélioration des performances qui doit permettre de maintenir la viabilité des systèmes de protection sociale et de santé qui restent les meilleures armes pour lutter contre l'exclusion.

3.4 La situation suisse

La Suisse n'échappe pas à ces phénomènes. Les dépenses de santé y sont parmi les plus élevées du monde: elles ont passé de 10 289 millions en 1975 à 35 600 millions vingt ans plus tard, soit une progression de 246%. Par comparaison, la croissance des coûts de la santé est plus forte que celle du produit intérieur brut, des revenus et de la consommation des ménages. La part du PIB affectée à la santé publique est passée de 5,7% en

1970 à 9,9% en 1995, situant ainsi la Suisse dans le peloton de tête des pays occidentaux. En considérant les dépenses par habitant, la Suisse est d'ailleurs, après les Etats-Unis d'Amérique, le pays qui investit le plus dans les soins.

Alors que les efforts publics restent, malgré les difficultés budgétaires que rencontrent la plupart des cantons, en augmentation, les primes d'assurance-maladie atteignent des montants qui nécessitent l'octroi de subsides à une partie importante de la population. Pour de nombreuses familles, en particulier dans les cantons de Vaud et de Genève où les primes sont les plus élevées de Suisse, les dépenses d'assurance-maladie représentent aujourd'hui l'un des postes les plus lourds dans le budget des ménages.

Cette situation a conduit les autorités fédérales et cantonales à prendre diverses mesures. La nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a fixé de nouvelles exigences:

- une concurrence accrue et organisée entre les différents prestataires;
- une planification sanitaire et une utilisation plus rationnelle des équipements;
- un encouragement des politiques de prévention;
- une meilleure prise en charge des soins à domicile;
- l'instauration d'outils statistiques et de contrôle de qualité.

Ces dispositions et les mécanismes de décartellisation ont introduit le désordre dans le système de santé et provoqué insécurité et inquiétude au sein de la population. La naissance douloureuse d'un nouvel ordre sanitaire est en cours qui nous obligera à réinventer le fédéralisme dans ce domaine, la définition de l'hôpital, la coopération entre les acteurs du système de soins. La création du Réseau est une des réponses à cette situation.

3.5 Le secteur hospitalier lémanique

D'une manière générale, la région dispose d'un équipement sanitaire extrêmement important et diversifié, public et privé, hospitalier et ambulatoire, marqué par une grande densité de lits, d'institutions, de médecins et d'autres professionnels de la santé et une technologie médicale de pointe.

Dans le secteur hospitalier, où la densité de lits est l'une des plus élevées du monde, l'évolution est marquée depuis plusieurs années déjà par une diminution de l'offre.

Le développement de nouvelles technologies médicales – qui permettent de plus en plus de traiter ambulatoirement certaines affections – est également un puissant facteur de réduction des hospitalisations. Le développement des soins à domicile réalisé dans les deux cantons durant cette dernière décennie constitue une alternative à l'hébergement.

Comme partout ailleurs, l'hôpital se transforme rapidement. Il est de moins en moins un lieu d'hébergement et devient de plus en plus un centre de diagnostic et de traitement pour une population plus nombreuse.

Tous ces changements se traduisent par une diminution sensible des journées d'hospitalisation et de la durée moyenne des séjours. Les efforts entrepris pour maîtriser les dépenses hospitalières ont aussi porté leurs fruits. Dans les deux cantons, l'augmentation des coûts unitaires a été, pour l'essentiel, stabilisée (voir annexe 1).

3.6 Le rôle des assureurs

En quelques années, le rôle et le fonctionnement des assurances a profondément changé. Organisé autrefois dans le cadre des villages ou des quartiers, par branche professionnelle ou associative, animé par un esprit mutualiste et regroupé en fédérations cantonales, le secteur est aujourd'hui dominé par la concurrence qui provoque des fusions ou des absorptions successives. Une douzaine de compagnies, qui regroupent de 100 000 à plus d'un million d'assurés, dominent le marché.

De plus, l'instauration de l'obligation d'assurance, la suppression des réserves et les cotisations uniques par caisse, introduits par la LAMal, ont soumis le secteur à une très vive concurrence.

Cette nouvelle organisation économique entraîne plusieurs conséquences:

- les structures et les tarifications, aujourd'hui différentes dans chaque canton, seront progressivement unifiées;
- les pouvoirs de décision, autrefois en mains de fédérations cantonales puissantes, passent aux directions nationales de grandes caisses;
- les outils statistiques et de contrôle de gestion des assureurs connaissent un développement rapide permettant une meilleure surveillance des coûts.

A l'inverse des cantons, dont l'action se limite à leur territoire, les assureurs sont les seuls acteurs du système de santé qui peuvent agir au niveau fédéral, ce qui provoque un certain déséquilibre.

3.7 La gestion concurrentielle de l'hôpital

Dans ce contexte, les hôpitaux suisses devront fonctionner progressivement dans un environnement plus concurrentiel. Comme dans la plupart des pays européens, les mécanismes fondés sur le principe «le financement suit le patient» seront vraisemblablement mis en place. Selon ce principe, les ressources de l'hôpital seront déterminées par le nombre et le type de patients traités, en fonction du prix fixé pour chaque cas. L'hôpital devra renoncer à la sécurité que représente l'enveloppe budgétaire annuelle garantie et entrera dans un régime d'incertitude financière, dans la mesure où le patient choisira moins en fonction de la proximité que du rapport qualité-prix des prestations.

Il est donc indispensable de responsabiliser tous les prescripteurs de dépenses sur les conséquences économiques de leur choix. Cela suppose une gestion plus entrepreneuriale, un pouvoir de décision rapide s'appuyant sur une information médico-économique capable de restituer la complexité du fonctionnement de l'hôpital.

Son organisation doit lui permettre de s'adapter en permanence aux changements de son environnement et de la demande, à l'évolution des techniques médicales et des résultats de la recherche.

4. Perspectives universitaires

4.1 Le contexte général

Plus que jamais la formation et la recherche universitaires jouent un rôle déterminant dans le domaine économique, culturel et social. C'est particulièrement vrai en Suisse où une part prépondérante de la recherche fondamentale trouve son cadre dans les universités, à l'inverse de ce qui se passe dans d'autres pays où les universités partagent cette tâche avec de nombreuses institutions non universitaires.

La structure fédéraliste du système universitaire suisse entraîne une fragmentation qui rend difficile la mise sur pied d'une véritable politique universitaire. Les discussions laborieuses en cours autour de la Loi sur l'aide aux universités et sur l'accord intercantonal (qui fixe la contribution des cantons non universitaires aux cantons universitaires) en fournissent un autre exemple.

La place universitaire suisse est fortement dépendante de ce qui se passe à l'étranger et doit prendre en compte les effets, dans la sphère académique, de l'évolution économique mondiale.

Sur le plan international, les universités connaissent une double orientation: d'une part, un phénomène de concentration en grandes unités de renom, qui sont concurrentes dans la recherche des meilleurs étudiants et professeurs et, d'autre part, un renforcement de petites unités hautement spécialisées. Il semble inévitable de s'orienter, en Suisse, vers une combinaison de ces deux directions. Il en résulterait un nombre limité d'universités généralistes, de réputation mondiale, qui accompliraient les tâches d'enseignement de base, fourniraient des enseignements avancés dans toutes les disciplines et permettraient une recherche dans un grand nombre de domaines. Ces universités généralistes seront en compétition avec les universités étrangères et devront soutenir la comparaison avec leurs concurrentes. Parallèlement, des universités spécialisées viendront compléter le réseau des hautes écoles suisses.

Les institutions qui ne seront pas à même de générer de nouveaux modèles de collaboration pour accomplir les tâches qui sont attendues d'elles n'auront bientôt plus d'universitaire que le nom. Face à ce phénomène, il est indispensable de veiller à ce que les grandes universités suisses – celles de Genève et de Lausanne en particulier – continuent de figurer parmi les universités de référence.

4.2 La nécessité du rapprochement

La limitation des ressources disponibles et la concurrence sont les principales contraintes auxquelles les universités sont soumises. L'Université doit s'efforcer de préserver ses objectifs qualitatifs en recherchant des ressources supplémentaires et en multipliant les liens avec les universités voisines. Dans le même temps, elle doit être prête à procéder, si nécessaire, à des arbitrages lorsque des choix devront être opérés quant au maintien de tel ou tel secteur.

Entre les cantons de Vaud et de Genève, les moyens ne permettent plus d'assurer à l'avenir l'excellence dans deux universités distinctes. Il est illusoire de penser que deux universités distantes de 60 kilomètres vont continuer à pouvoir se développer sans concertation étroite. La gestion commune de leurs ressources représente à terme la condition même de leur renforcement. Or, pour pouvoir commodément gérer des enseignements, des laboratoires de recherche, des achats d'équipement, il faut réfléchir et décider en commun, ce qui implique l'appartenance à une même structure.

La nécessité d'un rapprochement universitaire est aujourd'hui mieux acceptée. La crise budgétaire a eu l'avantage de faire évoluer rapidement les mentalités. Le pas supplémentaire qu'impliquent les projets de rapprochement institutionnel en cours est de transformer les coopérations individuelles en collaborations organisées, fondées sur l'autonomie

et la responsabilité des universités, alors que jusqu'à présent, c'étaient les individus qui choisissaient leurs modes de collaboration. La récente révision de la loi sur l'Université dans le canton de Genève et le projet de nouvelle loi, en discussion dans canton de Vaud, vont dans ce sens.

4.3 Le processus de rapprochement

Sur la base de la déclaration des rectorats de Genève et de Lausanne du 1er février 1996, les deux Conseils d'Etat ont décidé la création d'un «établissement commun» permettant de regrouper les activités des deux Universités et de réunir l'ensemble des ressources humaines et matérielles de ces institutions. Cette décision concerne toutes les facultés, instituts et écoles des deux sites.

Cette création, qui se fera nécessairement par étapes, résultera de deux actions complémentaires, la mise en œuvre de politiques académiques communes et l'unification des règles et des procédures entre les deux institutions. Ces développements seront conduits par les deux rectorats réunis au sein d'un Conseil rectoral. Les deux universités ont, dès maintenant, engagé de manière commune la planification stratégique pour la période 2000-2006 réclamée par les instances fédérales.

La volonté des Conseils d'Etat et des rectorats, de regrouper certaines activités d'enseignement et de recherche se fera dans le respect de l'identité et de la spécificité de chacun des deux sites, et du caractère complet et plurifacultaire d'une université généraliste. Le nouveau modèle d'organisation, autour duquel a été établi le Concordat répond à cette attente pour les Facultés de médecine de Genève et de Lausanne.

Dans ce contexte, l'appartenance universitaire des Facultés de médecine sera garantie par le respect de spécificités auxquelles l'université ne saurait renoncer: autonomie, rattachement des facultés à l'université, identification claire et séparation des flux budgétaires destinés à l'enseignement et à la recherche.

La structure universitaire souhaitée actuellement, tant par l'OCDE que par le Conseil Suisse de la Science, vise à renforcer le pouvoir et les responsabilités des rectorats dans le cadre de l'autonomie universitaire, et non pas à faire éclater les universités au profit de facultés nouvelles. Le projet de réseau lémanique reconnaît la pertinence du modèle européen d'université autonome.

5. Bilan de la coopération Vaud-Genève

5.1 Création de l'Association Vaud-Genève

En novembre 1990, les conseillers d'Etat chargés des Départements de la santé dans les Cantons de Vaud et de Genève ont signé une convention instituant un Bureau de coordination Vaud-Genève. Durant deux ans, ce Bureau qui réunissait les deux doyens des Facultés de médecine, les deux directeurs d'hôpitaux universitaires, les deux directeurs médicaux et deux hauts fonctionnaires représentant les services de santé a mené une étude sur les modalités d'un rapprochement des deux ensembles hospitalo-universitaires.

Sur cette base et pour accélérer le processus, les deux Conseils d'Etat ont créé en janvier 1993 l'« Association pour la collaboration entre les Cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux universitaires » (ci-après « Association Vaud-Genève »). Parallèlement était institué un Fonds de coopération Vaud-Genève, alimenté conjointement par les deux cantons, et permettant d'apporter un appui financier aux projets communs aux deux ensembles hospitalo-universitaires et répondant à des critères de qualité, d'utilité et surtout d'intégration institutionnelle.

5.2 Stratégie des « petits pas »

Une stratégie de collaboration dite « des petits pas » a permis de mettre en œuvre des projets communs grâce à un soutien financier incitatif. Elle a contribué à développer le dialogue intercantonal entre les responsables des facultés et les cadres hospitaliers.

Vingt-trois projets communs ont été lancés et trois restructurations de services ont été mises en œuvre. D'une façon générale, ce programme s'est développé de manière satisfaisante. Mais ces développements ne procèdent pas d'une vision à long terme et ne pouvaient donc pas déboucher sur une intégration institutionnelle.

5.3 Evaluation des projets communs

Projets de restructuration

Trois projets de restructuration ont été menés depuis 1993:

- a) La création d'un Service de neurochirurgie unique a conduit à des résultats médicaux remarquables. Elle s'est cependant révélée difficile à mettre en œuvre sur le plan administratif. La répartition entre les deux sites de la recherche et de soins hautement spécialisés a permis des développements importants et très prometteurs au niveau européen, mais les contraintes administratives dues à deux systèmes de gestion hospitalière différents ont entravé la mise en place d'une organisation efficace du service sur deux sites.
- b) La fondation de l'Institut universitaire romand de santé au travail a offert ses services à l'ensemble de la Suisse romande. Cette création a permis l'augmentation de la masse critique et le développement de recherches plus pertinentes. Mais le transfert de trois unités genevoises à Lausanne s'est révélé difficile à réaliser, en raison des statuts différents et des résistances au déplacement géographique.
- c) L'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine, organisé sur deux sites, de façon décentralisée, fonctionne à satisfaction, les changements de structure étant peu importants et les intéressés manifestant une forte volonté de collaboration.

Projets de développement communs

- a) Le développement des greffes de moelle est réalisé en complémentarité entre le CHUV et le HCUG:⁵ les greffes autogènes sont réalisées à Lausanne et les greffes allogènes à Genève. Cette répartition a débouché sur des développements scientifiques intéressants et s'intègre parfaitement dans les activités habituelles des deux services d'hématologie.
- b) En urologie, les investigations par laser ont été concentrées à Lausanne. Cette expérience se révèle positive, malgré le déplacement des patients à Lausanne.
- c) Le Centre des grands brûlés fonctionne, à Lausanne, depuis de nombreuses années et répond aux besoins de toute la Suisse romande. La coopération Vaud-Genève a favorisé son développement.
- d) La création d'un Centre romand d'enseignement destiné aux malades chroniques a permis d'élargir l'expérience réalisée à Genève dans ce domaine. La collaboration a débuté avec les patients diabétiques, elle s'étendra à d'autres malades chroniques. L'établissement d'un vrai dialogue entre tous les partenaires a été long, mais les résultats sont excellents et porteurs d'avenir.

⁵ CHUV = Centre hospitalier universitaire vaudois. HCUG = Hôpital cantonal universitaire de Genève.

- e) La fusion des programmes des deux Ecoles de pédicures a permis de mettre en place une formation adaptée aux besoins actuels. Elle était indispensable au développement de cet enseignement selon les nouvelles normes de formation.
- f) Les deux départements de soins infirmiers de l'HCUG et du CHUV ont développé ensemble un programme et un mode de calcul des « soins requis » par unité médicale en fonction des besoins des patients. Ce projet a rencontré un très bon accueil de la part des professionnels.
- g) Les pharmacies des deux hôpitaux, après avoir fait un inventaire de leurs activités respectives, étudient la création d'un Centre régional de fabrication de médicaments hospitaliers.
- h) Les deux unités de stérilisation vont regrouper un certain nombre de leurs activités et partager la production de matériel hospitalier.
- i) Une organisation commune des achats est en train d'être mise en place pour améliorer l'efficacité des deux services des Hospices et des HUG⁶.
- j) Plusieurs projets de statistiques médicales et hospitalières progressent à satisfaction. Ils répondent aux exigences de la LAMal et permettront d'améliorer la gestion des hôpitaux.
- k) La coopération tarifaire a été récemment sanctionnée par un protocole d'accord signé par les deux cantons.
- l) Un rapprochement progressif des informatiques hospitalières a été décidé. Pour ce faire, les deux conseillers d'Etat chargés des Départements de la santé ont mandaté, dans le cadre de l'Association Vaud-Genève, un comité de direction informatique. Les premiers projets ont démarré, en particulier dans le domaine de la télécommunication.

5.4 Les avantages et les limites de la stratégie « des petits pas »

Malgré les difficultés, des projets de valeur ont été réalisés et seront poursuivis. Ils ont mis en évidence le potentiel de coopération en termes de qualité et de coût des prestations.

Cependant, les projets les plus intégrateurs se sont heurtés à de nombreux obstacles dus à la différence des nomenclatures (dénomination des services, des fonctions, des titres universitaires, par exemple), des règles internes, des cultures administratives et médicales et des organisations.

⁶ HUG = Hôpitaux universitaires de Genève.

C'est pourquoi, il est apparu indispensable de dépasser la stratégie « des petits pas » et d'imaginer d'autres voies de coopération, mieux appropriées et plus efficaces.

5.5 Le mandat d'étude pour la création d'un Réseau hospitalo-universitaire lémanique

Le 12 juin 1995, les Conseils d'Etat vaudois et genevois ont décidé d'étudier la création d'un Réseau hospitalo-universitaire lémanique.

L'objectif était de « créer, dans le cadre des Universités de Lausanne et de Genève, un Réseau hospitalo-universitaire lémanique comprenant une école de médecine et un ensemble hospitalier, communs aux cantons de Vaud et de Genève, capable de compter parmi les centres européens et internationaux de référence dès le début du siècle prochain ».

Le mandat d'étude a été confié au Bureau exécutif de l'Association Vaud-Genève présidé par le professeur Bernard Vittoz, ancien président de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne.

L'organisation proposée par le groupe de travail devait aboutir à la réalisation progressive des objectifs suivants:

- a) Mettre en commun des activités dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la prévention et des services pour promouvoir la qualité des prestations et maîtriser les coûts.
- b) Effectuer, en accord avec les instances fédérales concernées, une réforme commune des études de médecine sous l'autorité d'une instance unique et réaliser une politique commune de recherche.
- c) Garantir des processus de décision efficaces qui engagent les instances politiques, hospitalières et universitaires.

5.6 Le rapport du groupe de travail

Le 31 janvier 1996, le groupe de travail a rendu son rapport aux quatre conseillers d'Etat chargés des départements de l'instruction publique et de la santé des deux cantons.

Ce rapport proposait deux modèles d'organisation fondés sur les principes suivants:

- a) Une séparation claire des pouvoirs entre les autorités politiques et la direction stratégique du Réseau est réalisée;

- b) Le Réseau est fondé sur le principe de la décentralisation de manière que les décisions puissent être prises au niveau où les problèmes se posent;
- c) Le Réseau est responsable de sa gestion et fonctionne sur la base de contrats de prestations fixant les objectifs, les prestations attendues, les critères d'évaluation et les ressources qui lui sont allouées par les deux cantons;
- d) Les deux Facultés de médecine sont réunies mais restent rattachées à leur Université respective;
- e) Les hôpitaux universitaires forment un seul ensemble hospitalier universitaire.

Schématiquement, les deux modèles proposés privilégiaient la cohésion interne sur un mode relativement centralisé. Ils se différenciaient par le fait que le premier accordait la personnalité morale à l'Ensemble hospitalo-universitaire Vaud-Genève, constitué en établissement de droit public, tandis que le deuxième accordait la personnalité juridique à la Faculté d'une part et à l'Hôpital d'autre part, chacune des deux entités étant constituée de façon distincte en établissement de droit public.

5.7 La procédure de consultation

Le rapport du groupe de travail a été adressé à 350 organismes vaudois, genevois et fédéraux. 109 réponses sont parvenues à l'Association Vaud-Genève.

La majorité des réponses adhère au principe de la création du Réseau et exprime la volonté d'y participer. Le besoin d'un rapprochement Vaud-Genève, dans ce domaine comme dans d'autres, traduit l'évolution des mentalités intervenue au cours de ces dernières années.

Aux yeux des organismes consultés les objectifs suivants n'ont pas été suffisamment pris en compte:

- Renforcer le contrôle parlementaire et démocratique du Réseau;
- Maintenir l'appartenance des deux Facultés de médecine à leur Université;
- Assurer une meilleure maîtrise des coûts;
- Conserver et développer l'accès facile aux soins de proximité pour l'ensemble de la population;
- Garantir les droits acquis au personnel du Réseau.

Sur cette base, les deux modèles proposés ont été rejetés et un nouveau mode de fonctionnement du Réseau a été défini.

Les résultats de la consultation ont servi de base à l'élaboration du Concordat sur le Réseau hospitalo-universitaire lémanique, conformément aux décisions prises d'un commun accord par les deux Conseils d'Etat des cantons de Genève et de Vaud, respectivement le 30 septembre et le 2 octobre 1996. Il est présenté simultanément aux Grands Conseils du Canton de Vaud et de la République et canton de Genève.

Le projet de loi et le projet de décret d'adhésion au Concordat sont soumis aux deux Parlements qui se sont entendus pour les examiner selon une nouvelle procédure inspirée du système bicaméral.

Avant de présenter les grandes orientations du Concordat, il est nécessaire de décrire brièvement les choix possibles, compte tenu du contexte décrit précédemment. Trois modèles envisageables sont schématiquement décrits dans le chapitre suivant en termes d'avantages et d'inconvénients, chacun d'eux reposant sur une appréciation différente de la situation actuelle et une vision particulière des potentialités de l'avenir.

6. Les avènements possibles

6.1 Premier modèle: la voie solitaire dans la concurrence raisonnée

Les HUG d'une part, les Hospices d'autre part, décident de se développer de façon indépendante sur la base d'un accord fixant, en termes généraux, les axes prioritaires de développement de chacune des deux communautés. Des collaborations ponctuelles correspondant aux intérêts des deux parties peuvent être mises en œuvre par entente directe, dans le domaine des soins, de la recherche, de la formation et de la logistique. La régulation dans ce modèle repose principalement sur la concurrence.

Avantages:

- structures de coordination légères
- prise en compte étroite des spécificités des deux sites principaux
- maintien de l'appartenance universitaire
- émulation par la concurrence sans contrainte administrative.

- Inconvénients:
- faible exploitation du potentiel de coopération et d'économies internes
 - exploitation insuffisante de la zone d'influence potentielle (autres cantons romands, France voisine et Région Rhône-Alpes)
 - impact Vaud/Genève limité notamment pour les crédits de recherche, subventions ou missions fédérales.

Ce modèle correspond à une discrète amélioration de la situation existante avant 1992. Il prend insuffisamment en compte les effets de la concurrence nationale et internationale et ne correspond pas aux enjeux de l'avenir. Il rend impossible la naissance progressive d'une nouvelle identité hospitalo-universitaire.

6.2 Deuxième modèle: la coopération dans l'autonomie des sites

Il s'agit dans ce modèle de consolider l'approche développée par l'Association Vaud-Genève depuis 1988. La coopération dépend de la capacité de l'Association de faire admettre des choix touchant à la structure des deux ensembles hospitalo-universitaires et à la répartition actuelle des tâches. La régulation repose sur un mélange de coordination et de concurrence.

- Avantages:
- exploitation des structures de coordination existantes
 - prise en compte des spécificités des deux sites principaux
 - maintien de l'appartenance universitaire
 - émulation par la concurrence avec un minimum de contraintes administratives
 - possibilité de représentation extérieure commune par l'Association Vaud/Genève

- Inconvénients:
- possibilité d'enlèvement des mécanismes de coopération
 - impossibilité de mettre en œuvre une coopération structurée
 - exploitation insuffisante du potentiel de coopération et de la zone d'influence
 - impact Vaud/Genève limité

Ce modèle exigerait que l'Association Vaud-Genève trouve un nouveau souffle et une nouvelle légitimité intérieure et extérieure. Il correspond mal aux enjeux de l'avenir et rend improbable la naissance d'une nouvelle identité hospitalo-universitaire.

6.3 Troisième modèle: l'intégration institutionnelle décentralisée

On admet dans ce modèle la nécessité d'une intégration institutionnelle des activités académiques et hospitalières mais aussi la nécessité de maintenir l'appartenance universitaire des deux Facultés. Il s'agit en réalité de repenser les modèles proposés dans le rapport du Groupe Vittoz en renforçant la décentralisation et l'ancrage dans les deux sites hospitaliers et universitaires.

- Avantages:
- prise en compte des spécificités des deux sites
 - maintien de l'appartenance universitaire
 - maintien du rapport de concurrence
 - possibilité d'exploiter le potentiel de coopération et d'économie
 - possibilité d'exploiter la zone d'influence potentielle
 - renforcement de l'impact Vaud-Genève en Suisse.
- Inconvénients:
- nécessité de créer une structure de direction et de coordination.

Le modèle de synthèse tient compte de la plupart des critiques exprimées au cours de la consultation, en particulier des demandes exprimées par les milieux académiques (maintien de l'appartenance universitaire) et politiques (conduite et contrôle, décentralisation de l'organisation et prise en compte des spécificités des sites).

6.4 Le choix proposé

L'examen des modèles décrits schématiquement plus haut a amené les Conseils d'Etat à choisir le troisième modèle qui constitue une voie originale par rapport aux propositions faites dans le rapport du Groupe Vittoz. Sur la base des résultats de la consultation les deux Conseils d'Etat ont défini les orientations que l'organisation proposée dans le Concordat devrait respecter. Ces orientations sont les suivantes:

a) *Modèle décentralisé d'organisation du Réseau*

- Le nouveau modèle doit garantir à la fois la cohésion du Réseau et l'autonomie de chaque entité, qui devient responsable de sa gestion par le biais notamment des contrats de prestations internes.
- Le Réseau est doté de la personnalité juridique.
- L'ensemble hospitalier concentre les activités médicales hautement spécialisées et développe de manière décentralisée des soins de proximité de qualité.
- Les Facultés de médecine fixent les programmes d'enseignement et de recherche communs et gardent leurs liens organiques avec leur Université respective.

b) *Conseil d'administration*

La conduite stratégique du Réseau est assurée par le Conseil d'administration, comprenant les conseillers d'Etat chargés des Départements de la santé et de l'instruction publique des deux cantons concordataires, un conseiller d'Etat d'un autre canton romand, et cinq membres nommés en fonction de leurs compétences et de leur expérience.

c) *Organisation des Facultés de médecine*

- Placées sous la direction générale d'un seul Conseil décanal, les deux Facultés sont coordonnées et restent rattachées à leur Université.
- La coordination au niveau universitaire est garantie par la mise en place d'une convention entre les deux Universités créant un Conseil rectoral qui a les compétences budgétaires et qui préavise les propositions de nomination des professeurs.

d) *Organisation de l'Ensemble hospitalier*

- Les Hospices et les HUG constituent un Ensemble hospitalier doté de la personnalité juridique.
- La conduite opérationnelle de l'Ensemble hospitalier est assurée par une direction générale assistée d'un Conseil hospitalier composé de personnes représentant les groupes parlementaires, la société civile et le personnel.

e) *Intégration du Réseau dans les systèmes de santé cantonaux*

- Le Réseau est intégré dans les politiques sanitaires cantonales, qui mêlent des départements et services de la santé publique.

Dans ce cadre le Réseau peut être appelé à collaborer avec les autres partenaires de la santé. Divers types de relations contractuelles d'affiliation et d'association sont mis en place.

f) *Relations entre les Universités, l'Ensemble hospitalier et les cantons concordataires*

Deux mandats de prestations sont signés entre les deux gouvernements et:

- d'une part, l'Ensemble hospitalier pour les aspects hospitaliers;
- d'autre part, les deux Universités pour les aspects académiques.

Ils comprennent le montant des ressources allouées, les prestations attendues et un système externe d'évaluation annuelle.

Un accord entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier définit leurs relations.

g) *Contrôle parlementaire*

Les parlements cantonaux:

- appliquent une procédure interparlementaire;
- accordent des subventions sur la base de mandats de prestations;
- exercent un contrôle par l'intermédiaire d'une commission mixte;
- sont saisis d'un rapport annuel sur la réalisation des mandats de prestations, les comptes et les budgets.

h) *Statut du personnel*

Les droits acquis sont garantis pour le personnel en place à l'entrée en vigueur du Concordat.

7. Les objectifs du Réseau

Le Réseau proposé vise quatre objectifs complémentaires: un objectif d'excellence, un objectif économique, un objectif universitaire et un objectif organisationnel.

7.1 L'objectif d'excellence

La performance d'un ensemble hospitalo-universitaire dépend principalement des facteurs suivants:

- la qualité de ceux qui fournissent les prestations;
- la pertinence des règles d'organisation qui doivent permettre de choisir les meilleurs collaborateurs possibles, d'arbitrer rapidement, d'assurer la participation aux décisions, de définir des priorités, d'allouer les ressources en conséquence, de récompenser l'excellence et de stimuler l'innovation;

- l'ampleur des ressources disponibles qui permettront non seulement d'assurer les prestations générales et spécialisées d'un ensemble hospitalo-universitaire mais aussi d'investir, parfois de prendre des risques pour occuper une position de référence dans certains domaines de pointe;
- la zone d'influence naturelle qui doit être suffisamment importante pour justifier la mise à disposition de compétences très spécialisées, atteindre des taux d'utilisation élevés pour les équipements de pointe et disposer du nombre de patients nécessaire aux recherches.

L'organisation proposée crée a priori des conditions et un contexte favorables. Si ces conditions sont nécessaires, elles ne sont cependant pas suffisantes. Il faut encore que la nouvelle organisation réussisse dans les faits sa décentralisation, préserve l'autonomie des entités, renove les règles du jeu, définisse des priorités et soit capable de mobiliser ses collaborateurs et de solliciter leur participation par un projet clair et ambitieux.

La problématique de la masse-critique est cruciale pour l'objectif d'excellence et pour celui d'économie, puisque l'augmentation du volume de prestations, du nombre de patients, de clients ou d'usagers permet simultanément de conduire des recherches cliniques avec un nombre plus important de patients, de justifier une expertise très spécialisée pour des pathologies rares, de réaliser des taux d'utilisation plus élevés et de diminuer les prix unitaires.

Cette augmentation est particulièrement importante au moment où les fusions d'hôpitaux universitaires se multiplient dans les pays industrialisés, en particulier en France et en Amérique du Nord, provoquant une élévation du seuil de pertinence ou de rentabilité pour les prestations cliniques spécialisées et pour la recherche qui font l'objet d'une concurrence internationale de plus en plus vive.

C'est toute l'innovation qui sera à terme concernée par la notion de masse-critique; c'est dire que les prestations générales ou la médecine de proximité, dont la vitalité dépend directement de l'innovation, sont directement concernées.

A titre d'exemple, 86 % des hôpitaux américains étaient autonomes en 1980. Ils n'étaient plus que 46 % dans cette situation en 1990, les autres faisant désormais partie d'un réseau de soins. De nombreuses fusions d'hôpitaux ont eu lieu récemment, ou sont actuellement en cours. C'est notamment le cas entre le Boston City Hospital et la Boston University Medical School; à San Francisco, entre le Stanford et le UC San Francisco; à New York, entre la Columbia University et le St Luke's Medical Center. Des fusions de la même ampleur, qui concernent des populations de

plusieurs millions d'habitants, se préparent en particulier à Montréal et à Paris.

Si les prestations spécialisées et la recherche exigent une certaine centralisation, en revanche les prestations de base et la médecine de proximité ne se conçoivent que fortement décentralisées et géographiquement accessibles. Il est donc indispensable de maintenir et de renforcer l'accessibilité des prestations de base sur les deux sites tout en transférant dans la médecine de proximité l'ensemble des innovations techniques et des connaissances nouvelles. Les services de santé communautaire qui se sont développés sur les deux sites pour mieux faire face aux besoins des populations à risque et des exclus devront pouvoir coordonner leurs actions et étendre leurs prestations. Le transfert de connaissances et de compétences spécialisées concerne tout l'environnement sanitaire du réseau hospitalo-universitaire proposé et représente un enjeu déterminant de santé publique.

S'il est aujourd'hui impossible de fixer des objectifs qualitatifs opérationnels, l'évolution de la qualité des prestations devra être mesurée à travers les indicateurs de résultats. On peut d'ores et déjà établir la liste des indicateurs qui pourront être utilisés en fonction des expériences réalisées (voir annexe 2).

Les principales conditions de réussite qui, dans le cadre du modèle retenu, permettront d'élever le niveau de performance sont les suivantes:

- la capacité d'attirer les individus les plus compétents et de leur offrir un environnement stimulant;
- la mise en œuvre du plan directeur de répartition des activités sur le principe de centralisation de l'activité spécialisée à vocation intercantonale et de décentralisation de l'activité de proximité à vocation locale et urbaine;
- la mise en œuvre d'axes prioritaires pour les activités de recherche et de développement dans le but de regrouper les compétences et de développer des partenariats scientifiques et industriels;
- l'introduction de mécanismes d'allocation incitative des ressources permettant de privilégier les unités les plus inventives.

7.2 L'objectif économique

Avec l'augmentation progressive des rapports concurrentiels dans le domaine de la santé, le Réseau hospitalo-universitaire lémanique devra s'organiser pour réaliser une véritable « gestion de production », disposer d'informations de coûts et de résultats, négocier des tarifs favorables, être

capable de réagir rapidement à des surcoûts pour ne pas mettre en péril l'équilibre financier. Dans le domaine de la recherche et de la formation, des mécanismes de même nature tendent à se généraliser qui feront dépendre l'importance des ressources de la qualité des prestations. C'est dans ce contexte que se pose la question de l'objectif économique.

La mise en œuvre du modèle proposé vise quatre objectifs économiques complémentaires:

- Répartir les ressources équitablement entre les unités du Réseau.
- Stabiliser les subventions des pouvoirs publics.
- Absorber les baisses de recettes résultant de la mise en concurrence des fournisseurs de soins par les assureurs.
- Disposer d'une partie des gains de productivité pour développer la qualité et l'innovation.

L'analyse de l'exploitation des institutions concernées permet en première approximation de mettre en évidence un potentiel d'économies situé entre 5 et 10 %, soit 85 à 170 millions par rapport aux budgets d'exploitation actuels, et ceci à valeur et qualité de prestations égales. Ces chiffres sont fondés principalement sur la réalisation d'économies d'échelle et sur une nouvelle répartition des activités entre les deux sites. Un examen plus détaillé permettra de fixer des cibles correspondant à de véritables engagements et des délais de mise en œuvre. Les mandats de prestations des premières années d'exploitation et le plan directeur seront orientés dans cette perspective.

Si l'on tient compte des économies réalisées sur les deux sites depuis 1993, l'effort est considérable. Toutefois, l'analyse rétrospective du processus et l'exemple d'autres institutions permettent d'affirmer que si l'objectif d'économie est complété par une démarche de recherche de qualité, démarche qui permet de poser le problème de l'opportunité des prestations, de mettre en cause les structures et l'organisation, il est possible de concilier, dans une large mesure, recherche d'économies et amélioration de la qualité.

Les principales conditions de réussite en matière d'économie sont les suivantes:

- affirmation d'une volonté politique interne et externe sur la base d'un engagement de résultats;
- modification des règles d'allocation de ressources pour responsabiliser davantage les prescripteurs et les autres ordonnanceurs de dépenses;

- mise en œuvre du plan directeur de répartition des activités et définition d'axes prioritaires de développement.

7.3 L'objectif universitaire

La future répartition de l'enseignement et de la recherche sur les deux sites devra prendre en compte les objectifs universitaires suivants:

- a) la coordination des nominations professorales;
- b) la simplification des procédures administratives;
- c) la réalisation de la réforme des études de médecine;
- d) la prise en compte des problèmes liés à la démographie médicale;
- e) la complémentarité entre la médecine fondamentale et les activités cliniques et la recherche d'interactions avec les Facultés des sciences et les Ecoles polytechniques.

Ces objectifs ne constituent pas une fin en soi, mais doivent permettre de développer des soins de qualité au service de la population. Ces objectifs doivent être poursuivis par l'établissement d'une double relation:

- un accord entre l'Ensemble hospitalier et les Facultés de médecine qui réglera les modalités de coopération et définira les objectifs communs;
- une relation contractuelle entre les Rectorats et les Facultés de médecine qui allouera les ressources universitaires en fonction d'objectifs et d'engagements de résultats.

Ce contrat s'assortira de procédures de contrôle et d'évaluation des performances et de la qualité spécifiquement universitaires, qui seront définies par les Rectorats et les Facultés de médecine.

Si le projet de Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale se pose d'abord et prioritairement comme une réponse possible à une problématique sanitaire, le rapprochement mené parallèlement par les deux Universités de Genève et de Lausanne est plus global, dans la mesure où il ne se limite pas au seul domaine de la médecine, mais concerne l'ensemble de leurs facultés, écoles et instituts. Il faut, par conséquent, garder à l'esprit que le modèle d'organisation qui découlera, pour l'université, du projet de réseau aura une incidence sur l'ensemble des facultés non encore directement concernées par le rapprochement Genève-Lausanne.

7.4 L'objectif organisationnel

Les organisations, qu'elles soient du secteur public ou du secteur marchand, vieillissent et avec elles leurs règles du jeu. Quand le contexte et les enjeux changent, les principales règles doivent être adaptées. Le changement proposé implique une révision des règles de fonctionnement et leur adaptation chaque fois que les pratiques en vigueur sont en contradiction avec les objectifs de la nouvelle organisation. C'est ainsi que les objectifs d'excellence, d'économie et l'objectif universitaire imposent de modifier les règles d'allocation de ressources. Les règles relatives à la gestion des ressources humaines (titre et classification des fonctions, modalités d'engagement et de licenciement, etc.) devront progressivement être harmonisées et simplifiées pour devenir plus transparentes et plus économiques à appliquer. Il en va de même des règles d'acquisition d'un revenu privé pour les médecins cadres, de la répartition des compétences et des responsabilités qui devra être adaptée à une organisation décentralisée, des procédures de choix des professeurs chefs de service, par exemple. Ces changements progressifs renforceront la coopération entre professions et institutions différentes et stimuleront la responsabilité et la recherche d'efficacité.

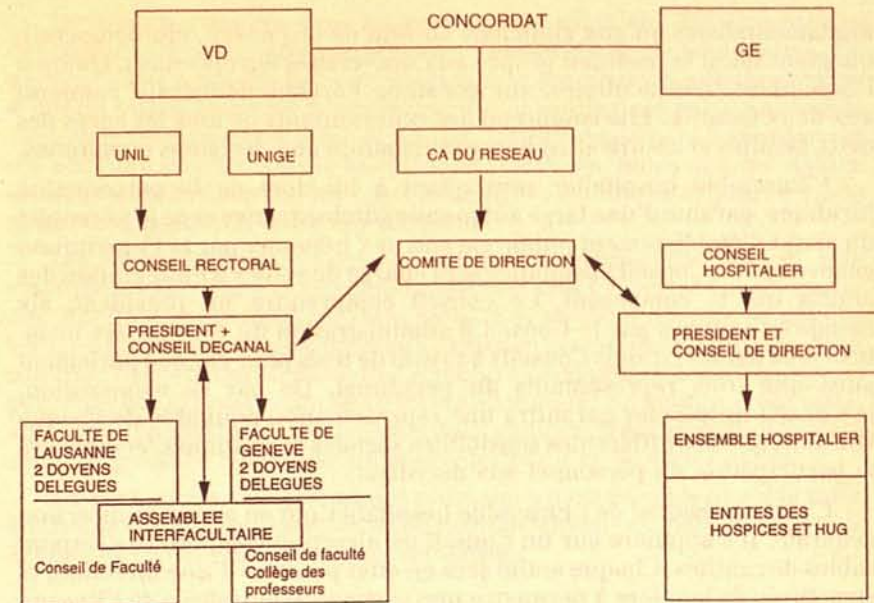
La révision des règles du jeu se fera par la négociation, par l'élaboration de compromis, acceptables par le plus grand nombre. C'est à travers ce processus de négociation qu'apparaîtra progressivement l'identité des nouvelles institutions.

L'organisation mise en place facilitera la réalisation des objectifs d'excellence, d'économie, et l'objectif universitaire.

8. L'organisation proposée

8.1 L'organisation générale

La mise en œuvre progressive du modèle retenu, fondé sur « l'intégration institutionnelle décentralisée » des HUG et des Hospices et des deux Facultés de médecine, dont l'appartenance universitaire doit être sauvegardée, entraîne le choix d'un organigramme caractérisé par une direction stratégique unique et par une large décentralisation opérationnelle, par la séparation institutionnelle des fonctions d'enseignement et de soins et par une représentation équitable des différents sites dans les instances dirigeantes. L'organisation proposée doit être soumise au contrôle démocratique des Parlements et permettre une fructueuse concertation avec le personnel. L'organigramme du Réseau se présente dès lors comme suit :



La conduite stratégique du Réseau, l'approbation budgétaire et les principales nominations incombent au Conseil d'administration, auquel appartiennent de droit les magistrats cantonaux concernés, un conseiller d'Etat d'un autre canton romand, ainsi que cinq personnalités choisies en fonction de leur expérience dans le domaine de la gestion, de la santé, de l'enseignement ou de la recherche. Les votes ont lieu à la majorité qualifiée. La présidence est assurée par un magistrat des cantons concordataires désigné par ses pairs. Un administrateur-délégué forme avec le président du Conseil décanal et celui de l'Ensemble hospitalier un comité de direction, chargé de la préparation et de l'exécution des décisions du conseil d'administration.

Conçus pour la conduite stratégique du Réseau, les organes factuels s'appuient sur un état-major léger. Ils sont dotés de la personnalité juridique.

Sont membres du Réseau les facultés de médecine des Universités de Genève et de Lausanne, ainsi que l'Ensemble hospitalier constitué par la réunion des Hôpitaux Universitaires de Genève et des Hospices Cantonaux Vaudois. Afin de garantir une forte appartenance universitaire aux facultés, celles-ci ne sont ni réunies, ni dotées de la personnalité juridique. En revanche, il est constitué un Conseil décanal et une Assemblée interfacultaire, afin d'assurer leur coordination. Le Conseil décanal comprend cinq membres, soit un président et deux doyens délégués par chaque faculté. De cette manière, une place peut être faite aussi bien aux

fondamentalistes qu'aux cliniciens au sein de ce conseil, élu démocratiquement selon la tradition propre aux universités européennes. Quant à l'Assemblée interfacultaire, elle constitue l'organe délibératif commun aux deux facultés. Elle comprend des représentants de tous les corps des deux facultés et assure ainsi leur participation aux décisions communes.

L'Ensemble hospitalier sera quant à lui doté de la personnalité juridique, garante d'une large autonomie administrative et de la pérennité du statut d'établissement public garanti aux hôpitaux par la Constitution genevoise. Un Conseil hospitalier sera chargé de veiller à l'intégration des entités qui le composent. Ce conseil comprendra un président, six membres nommés par le Conseil d'administration du Réseau, six membres élus par les Grands Conseils à raison de trois pour chaque parlement ainsi que trois représentants du personnel. De par sa composition, le Conseil hospitalier garantira une représentation équitable de chaque site ainsi que des différentes sensibilités sociales et politiques, et assurera la participation du personnel aux décisions.

C'est le président de l'Ensemble hospitalier qui en assure la direction générale. Il s'appuiera sur un Conseil de direction composé des responsables des entités. Chaque entité sera en effet pourvue d'une direction, et structurée de manière à permettre une gestion décentralisée de l'Ensemble.

En plus de ses membres (les Facultés et l'Ensemble hospitalier), le Réseau comprendra des établissements affiliés ou associés. Dans la première catégorie, pourront entrer, s'ils le souhaitent, des établissements tels que l'Hôpital orthopédique de Lausanne, l'Hôpital ophtalmique de Lausanne, la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, le Centre pluridisciplinaire d'oncologie, des établissements médico-sociaux, des écoles. Ils participeront pleinement aux activités du Réseau, et verront leurs budgets et leurs comptes consolidés dans le cadre du Réseau.

Les établissements associés participeront dans une moindre mesure aux activités du Réseau, et seront indemnisés pour les prestations qu'ils fourniront dans ce cadre. La signature des contrats d'association avec des établissements de soins permettra au Réseau de déléguer à des institutions extérieures des activités spécifiques, où celles-ci excellent, et cela dans le cadre de la planification sanitaire voulue par la LAMal. Ces accords contribueront à garantir à l'ensemble de la population des soins de proximité de qualité.

Le Réseau développe des collaborations avec l'ensemble des partenaires de la santé, notamment dans le but de créer des synergies nouvelles et de promouvoir la complémentarité des tâches. Il s'agit d'éviter que le Réseau ne poursuive des activités non essentielles à la réalisation de ses objectifs et qui sont déjà remplies à satisfaction par d'autres établissements sanitaires.

Le Réseau s'intègre dans les systèmes de soins des deux cantons et développe une coopération étroite avec l'ensemble de ses partenaires. En particulier, il noue des liens privilégiés avec les autres hôpitaux publics, d'intérêt public et privés pour réaliser les objectifs fixés par les autorités cantonales compétentes selon la LAMal. Il veille également à coordonner ses activités avec les autres institutions sanitaires, telles que les établissements médico-sociaux, les soins à domicile, les foyers de jour, etc., de manière à assurer le suivi des patients.

Les départements et services cantonaux compétents ont un rôle essentiel à jouer dans cette coopération, qui doit s'inscrire dans le cadre des planifications sanitaires cantonales. Ces services devront se donner les moyens d'assurer une politique sanitaire coordonnée entre les deux cantons. Ils mettront en place une structure commune grâce à laquelle ils pourront définir une seule plate-forme en matière de politique sanitaire, applicable aux systèmes de soins des deux cantons. Il est important que ces services puissent constituer un seul interlocuteur face au Réseau.

En effet, une bonne gestion des soins aigus n'est possible que si la prise en charge des patients est assurée de manière globale et coordonnée par le Réseau et les autres institutions sanitaires.

8.2 Le contrôle du Réseau par les autorités politiques

Le contrôle du Réseau s'effectuera à trois niveaux et au moyen d'instruments spécifiques.

Le choix du modèle d'intégration institutionnelle décentralisée s'appuyant sur deux Facultés solidement ancrées à leur Université et sur un Ensemble hospitalier ayant la structure d'un établissement public implique la présence au sein de l'organe de conduite stratégique, soit du Conseil d'administration du Réseau, des magistrats cantonaux concernés. A défaut, la conduite stratégique du Réseau pourrait présenter un déficit d'autorité par rapport aux directions opérationnelles des Facultés et de l'Ensemble hospitalier.

Le premier niveau de présence de l'autorité politique se situe en conséquence au sein même du Conseil d'administration du Réseau.

Le deuxième niveau est constitué par les gouvernements des cantons concordataires, avec lesquels sont passés les mandats de prestations avec les Universités et l'Ensemble hospitalier. Toutes les décisions budgétaires, d'approbation des comptes et de planification du Réseau devront pareillement être soumises aux deux gouvernements, qui nommeront les membres du Conseil d'administration qui n'en font pas partie de droit.

Le troisième niveau est assuré par les Parlements, qui n'effectuent pas seulement un contrôle de gestion classique sur les subventions versées par

les cantons concordataires aux membres du Réseau, mais qui seront appelés à se prononcer sur les subventions découlant des mandats de prestations et à surveiller leur mise en œuvre.

Le contrôle s'effectuera au moyen des instruments spécifiques auxquels il vient d'être fait allusion, soit des mandats de prestations conclus avec les deux Universités et avec l'Ensemble hospitalier, d'un plan directeur destiné à prévoir à long terme le développement du Réseau et de l'évaluation tant quantitative que qualitative des résultats obtenus dans l'exécution des mandats de prestations. Sur le plan parlementaire, cette évaluation sera effectuée par un instrument politique nouveau, soit par une Commission interparlementaire composée de trente députés, dont quinze seront désignés par chaque assemblée. Le respect des souverainetés cantonales implique bien entendu que chaque assemblée se prononce selon les procédures qui lui sont propres sur l'évaluation effectuée par cette commission. L'efficacité du contrôle parlementaire sera encore accrue par l'exigence imposée par le Concordat aux gouvernements de saisir chaque année les Parlements d'un rapport portant sur le budget et sur les comptes du Réseau, ainsi que sur la mise en œuvre des mandats de prestations et du plan directeur du Réseau.

Loin de présenter un déficit démocratique, il n'est donc pas exagéré de dire que le Concordat dotera les Parlements des instruments du renforcement de ce contrôle.

8.3 Mode de financement et d'allocation interne des ressources

Le financement des prestations des institutions vaudoises et genevoises du réseau est réglé actuellement selon des modalités différentes. Les parts des assureurs et des cantons pour les soins ne sont pas équivalentes (respectivement 51 % et 49 % dans le canton de Vaud, et 38 % et 62 % dans le canton de Genève). Les parts des subventions universitaires et des ressources provenant de tiers ne correspondent pas davantage. Les modalités internes de financement (parts des ressources placées sous la responsabilité de l'hôpital et de la faculté par exemple) sont également très différentes. De plus, les coûts des prestations ne sont pas identiques, même en tenant compte des différences de revenus et d'horaires de travail. La cohésion du Réseau exigera une harmonisation progressive, et, à terme, une unification des modes de financement et des prix. Un processus de rapprochement dans la durée sera donc mis en œuvre.

Dans cette perspective, les cantons continueront de financer les institutions situées sur leur territoire, tout en réalisant progressivement la parité de financement entre les assureurs et les Etats. Parallèlement, la réalisation des économies annoncées permettra de rapprocher les coûts unitaires des prestations jusqu'à obtenir des coûts par maladies identi-

ques, sous réserve des disparités des coûts de la main-d'œuvre dans les deux cantons. Dès que ce niveau de rapprochement sera atteint, il sera possible de mettre en commun les contributions forfaitaires des cantons et de les répartir en fonction des besoins des différentes unités de l'Ensemble hospitalier. La contribution des assureurs suivra la même évolution mais probablement plus rapidement. Ce processus pourrait concerner tous les cantons si un financement par pathologie était adopté pour l'ensemble de la Suisse, comme il en est question aujourd'hui.

Il sera également nécessaire de mettre progressivement en œuvre des modalités identiques de financement des activités universitaires de soins et de services, dans la perspective des mandats de prestations.

Dans cette perspective, les ressources hospitalières correspondant à l'activité universitaire seront transférées progressivement dans le budget des universités après évaluation de l'activité, des coûts et des résultats.

C'est ainsi que le transfert de l'allocation « enseignement et recherche » des Hospices cantonaux vaudois à la Faculté de médecine de Lausanne est formellement prévu.

Par ailleurs, les subventions fédérales pour les deux universités seront déterminées comme actuellement par la Confédération et attribuées aux universités en fonction des critères en vigueur.

Le plan directeur

Le plan directeur du Réseau fixe la vision de l'entreprise, ses axes prioritaires de développement et ses objectifs opérationnels assortis d'un calendrier de mise en œuvre.

Le plan directeur contient les objectifs et la stratégie de l'ensemble des entités le composant, intégrés dans une vision globale de développement du Réseau.

Le plan directeur, décidé par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de direction du Réseau, est approuvé par les deux Conseils d'Etat qui veillent, en particulier, à ce qu'il soit compatible avec les politiques sanitaires cantonales.

Les mandats de prestations

Les ressources sont allouées sous la forme d'une subvention fixée en fonction d'objectifs négociés entre le fournisseur de prestations et l'autorité de financement. Cette négociation fait l'objet d'un mandat de prestations qui engage les deux parties. Ce mode de financement implique

l'autonomie du fournisseur de services et la non-intervention de l'organe qui alloue les fonds dans la gestion quotidienne.

Le mandat de prestations responsabilise les collaborateurs qui engagent des dépenses et les incite à atteindre leurs objectifs de manière plus rationnelle. Cette méthode devrait conduire à une maîtrise progressive des coûts, à une plus grande efficacité et à une répartition des ressources basée sur les activités réalisées et les résultats obtenus.

Dans cet esprit, deux mandats de prestations sont négociés par les deux gouvernements, l'un avec le Conseil rectoral qui associe le Conseil décanal à cette démarche, l'autre avec la direction générale de l'Ensemble hospitalier.

La coordination de ces négociations est assurée par le Comité de direction du Réseau. Le Conseil d'administration propose aux Conseils d'Etat la signature des mandats de prestations.

Le suivi et le contrôle de l'exécution des mandats de prestations sont assurés par le Conseil rectoral, le Comité de direction et le Conseil d'administration.

La procédure mise en place doit inciter les Facultés et l'Ensemble hospitalier à remplir leur mission de manière efficace et à améliorer leurs performances. Elle permet au Conseil d'administration du Réseau de fixer et de suivre la stratégie globale, aux deux Conseils d'Etat de contrôler la gestion du Réseau et sa coordination avec les politiques sanitaires cantonales et aux deux Grands Conseils de surveiller le bon fonctionnement de l'ensemble sur la base de données concrètes et mesurables.

8.4 La décentralisation

La décentralisation du Réseau garantira à la fois l'efficacité de sa gestion et des soins de proximité aux patients, la pérennité d'un enseignement de médecine de qualité dans chaque Université et le climat de liberté hors duquel il n'est pas de succès dans la recherche.

Pour les deux Facultés, la décentralisation se caractérisera par le maintien de leur appartenance universitaire. Elle se conjuguera avec l'autonomie de gestion qui leur sera garantie par les Rectorats, et qui permettra leur collaboration dans le cadre du Réseau et avec l'Ensemble hospitalier. Un accord avec celui-ci contribuera à la définition du rôle de chaque établissement membre du Réseau.

Les activités de recherche et d'enseignement effectuées respectivement par les Facultés de médecine et l'Ensemble hospitalier sont précisées dans un accord passé entre ces entités. Les Facultés s'engagent à réaliser

des prestations de recherche et d'enseignement; l'Ensemble hospitalier apporte sa contribution pour la part hospitalière de ces activités.

L'accord est ratifié par le Conseil d'administration du Réseau, qui veille à ce que la répartition des activités précisées dans cet accord ne soit pas en contradiction avec la planification et la stratégie du Réseau.

Au sein de l'Ensemble hospitalier, la décentralisation sera assurée par la mise en place d'une direction et de structures de concertation dans les différentes entités. A l'exemple des filiales d'un « holding », chaque entité sera responsable de ses résultats, définis préalablement par un mandat de prestations interne. Le fonds de réserve de chacune d'entre elles, alimenté notamment par les excédents de revenus, permettra de couvrir les pertes éventuelles. Cette disposition fonde concrètement le principe de la décentralisation, l'autonomie et la responsabilité des entités du Réseau.

8.5 Les différents niveaux de conduite: politique, stratégique et opérationnelle

Le rôle des divers organes du Réseau est clairement défini, de même que leur mode d'intervention dans le processus décisionnel. Le Conseil d'administration conduit la politique globale du Réseau, le Comité de direction est chargé de fixer la stratégie permettant de réaliser cette politique, et les Facultés et l'Ensemble hospitalier assurent la conduite opérationnelle des entités qui les composent.

Pour un bon fonctionnement du Réseau, l'action politique doit se concentrer sur les choix essentiels et avoir une vision du moyen et long terme et la capacité d'anticiper, évaluer et sanctionner les résultats des choix effectués.

Le niveau stratégique vise à créer les conditions favorables à la réalisation des décisions politiques prises, d'assurer la coordination entre les acteurs et de veiller à ce que les objectifs globaux soient compris de tous et mis en œuvre dans une parfaite complémentarité.

Les directions opérationnelles veillent à ce que l'ensemble des entités concourent à réaliser la mission assignée au Réseau. Elles sont organisées sur un mode décentralisé de manière à responsabiliser toutes les unités qui travaillent sur le terrain. Les décisions se prennent ainsi au niveau où les problèmes se posent et où elles sont ensuite appliquées.

Conduite politique

Les deux Conseils d'Etat, avec l'appui des administrations de la santé et de l'instruction publique, fixent les grandes lignes de développement du Réseau. Ils déterminent avec le Conseil d'administration sa mission et arrêtent les modalités d'évaluation de ses résultats sur la base d'indicateurs prénégociés. Ils veillent à ce que les activités du Réseau s'intègrent dans les planifications hospitalières cantonales et à ce que les entités du Réseau développent des complémentarités avec les autres institutions des systèmes de soins cantonaux. La coordination de l'ensemble des institutions vaudoises et genevoises est assurée par les Départements de la santé dans le respect des objectifs fixés par les deux Conseils d'Etat. Sur le plan académique, c'est aux Départements de l'instruction qu'incombe cette tâche. Ils fixent, en concertation avec les rectorats dans le cadre des mandats de prestations, la politique universitaire et les objectifs d'enseignement et de recherche des deux Universités, et notamment des deux Facultés de médecine. Ils s'assurent également que la mission des deux Facultés est compatible avec les options prises par la coordination universitaire suisse.

Conduite stratégique

Le Conseil d'administration assure la planification générale et la conduite stratégique du Réseau. Il approuve le budget et les comptes annuels consolidés du Réseau. Il propose aux deux Conseils d'Etat la signature des mandats de prestations pluriannuels. Il ratifie l'accord entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier. Il signe les contrats d'affiliation. Il soumet le plan directeur à l'approbation des deux gouvernements.

Par le biais de ces outils de gestion, il propose et négocie avec les autorités politiques les grandes orientations de développement du Réseau, ses objectifs et les ressources qui lui sont allouées. Il assure la coordination des négociations des mandats de prestations avec l'appui du Comité de direction, ce qui lui permet de veiller à la cohérence des activités et des développements proposés par les entités du Réseau et de s'assurer que la mission de ce dernier peut être atteinte.

Le Conseil d'administration approuve les conventions tarifaires et les contrats conclus selon la LAMal, s'ils s'appliquent à tout le Réseau. Aussi longtemps que les tarifs restent cantonaux, ou en cas de régime non-conventionnel, cette compétence appartient aux gouvernements cantonaux.

Le Conseil d'administration statue sur les propositions de création et de suppression de postes de professeurs ordinaires de médecine et propose aux deux Conseils d'Etat leur nomination. Il nomme les cadres dirigeants de l'Ensemble hospitalier.

Ces compétences lui permettent, avec l'ensemble de ses cadres, de donner une empreinte dynamique à la politique des ressources humaines. Sur cette base, le Conseil d'administration fixe les orientations nécessaires à la bonne intégration des programmes et projets du Réseau et exerce une surveillance sur les modalités de gestion.

Le Comité de direction est l'organe exécutif du Conseil d'administration, les tâches d'état-major étant assurées par le Secrétariat. C'est au Comité de direction qu'il incombe de veiller à la réalisation de la mission du Réseau selon la stratégie arrêtée et, dans ce cadre, il veille à l'harmonisation des procédures et à la coordination des différentes entités du Réseau. Il joue un rôle déterminant dans l'élaboration du budget et l'allocation des ressources aux établissements membres et affiliés du Réseau. Il organise le contrôle et l'évaluation de l'activité du Réseau.

Le Comité de direction est la plaque tournante du Réseau, puisqu'il est chargé de sa gestion et de son développement. La réalisation des objectifs fixés et la réussite de toute l'opération et sa projection dans l'avenir dépendent de la capacité du Comité de direction à concrétiser les grandes options prises par le Conseil d'administration et approuvées par les deux Conseils d'Etat et les deux Parlements.

Le Comité de direction se réunit aussi souvent que la gestion du Réseau l'exige. Son président, garant de la coordination de toutes les entités, et les deux présidents des Facultés et de l'Ensemble hospitalier ont ainsi la possibilité d'arrêter ensemble les mesures propres à assurer la réalisation des objectifs du Réseau et de les faire mettre en œuvre directement dans leurs institutions respectives. Seul le président du Comité de direction est membre du Conseil d'administration afin de garantir l'indépendance réciproque de ces deux organes factuels, indispensable pour qu'un dialogue fructueux puisse s'engager entre eux.

Ainsi, les organes factuels du Réseau poursuivent les négociations avec les autorités politiques afin de définir la mission et le rôle du Réseau dans le contexte sanitaire et universitaire global.

A l'intérieur, ils mènent la direction stratégique des entités du Réseau, mettent en place la coordination nécessaire à la réalisation des objectifs communs et stimulent les synergies internes. Ils veillent à ce que les contrats d'affiliation et les contrats d'association s'inscrivent dans le plan directeur et que les activités ainsi acquises concourent à la réalisation de la mission du Réseau à des conditions plus favorables que si ses propres entités effectuaient ces prestations.

Conduite opérationnelle

La conduite opérationnelle est assurée par le Conseil décanal et la Direction générale de l'Ensemble hospitalier.

a) Le fonctionnement des Facultés

Le Conseil décanal a un pouvoir décisionnel fort qu'il détient de par sa représentativité au sein des deux Facultés. Il est composé d'un président et de quatre doyens délégués. Les doyens sont élus au scrutin indirect par leur Conseil de faculté respectif et sont, dès lors, responsables du bon fonctionnement des deux Facultés. En contrepartie, ils acquièrent l'autonomie nécessaire pour accomplir leur mission et ne doivent plus obtenir l'aval du Conseil de faculté, à Lausanne, et du Collège des professeurs, à Genève, pour toute décision à prendre.

Le Président, qui assure la direction du Conseil décanal, est responsable des relations avec les autres organes du Réseau. Il a la capacité, sous réserve de l'accord du Conseil rectoral, d'engager les Facultés vers l'extérieur, faute de quoi les deux Facultés n'auront pas la force nécessaire d'affirmer leur position et de mener une politique cohérente.

Le Conseil décanal répartit les activités entre les deux Facultés et en assure la coordination. Il propose les grandes lignes de développement en matière de recherche et de formation médicale. Il alloue les ressources en fonction des objectifs et des résultats attendus. En vue des nominations, il coordonne la procédure des commissions de structure paritaires.

Le Conseil décanal veille à ce que les deux Facultés créent progressivement des structures académiques communes aux deux sites qui, grâce à des mandats de prestations internes, deviendront autonomes et seront responsables de leur propre gestion.

Enfin, le Conseil décanal soumet toute proposition de modification de poste et de nomination au Conseil rectoral. Les relations entre ces deux organes permettent d'assurer la cohérence de la politique du Conseil décanal avec les grandes orientations des deux Universités et assurent l'appartenance des deux Facultés à leur Université respective.

Emanation de l'ensemble des corps des deux Conseils de faculté, l'Assemblée interfacultaire joue un rôle intégrateur important dans tout ce processus. Ses membres sont élus. Le corps professoral, le corps intermédiaire, le personnel administratif et technique et les étudiants y sont représentés. Les deux sites y sont représentés paritairement.

La création de cette Assemblée permet de rapprocher les deux Facultés et de donner à chacune d'elles la possibilité de participer à la gestion globale.

b) Le fonctionnement de l'Ensemble hospitalier

Le Conseil hospitalier se prononce sur les grandes options de l'entreprise hospitalière. Il joue un rôle important de réflexion et de surveillance et doit avoir le recul nécessaire pour être un conseiller efficace de la direction générale. Il est aussi une plaque tournante au sein du Réseau, puisque c'est à lui qu'il incombe de soumettre au Conseil d'administration les mandats de prestations, le budget et les comptes.

La Direction générale de l'Ensemble hospitalier assure la coordination opérationnelle des entités qui le composent. Elle propose les grandes orientations de l'entreprise et détermine, en concertation avec le Conseil décanal, les programmes et les projets de développement dans le domaine des soins, des services et de la gestion. Elle propose, d'entente avec le Conseil décanal, l'engagement des professeurs ordinaires et des autres membres du corps enseignant de médecine clinique. Elle nomme les chefs de services hospitaliers et les cadres des différentes entités. Elle adapte les structures et les règles de fonctionnement des différentes entités en fonction des objectifs communs fixés dans le contrat de prestations. Elle organise l'évaluation et le contrôle interne.

Le Conseil de direction est composé du président, des directeurs des différentes entités et des départements de la direction générale. Ainsi, tous les responsables participent à la définition des objectifs opérationnels, qu'ils mettent en œuvre directement dans leurs entités respectives. Ces modalités de fonctionnement facilitent l'exécution des décisions prises par la direction générale.

Le Conseil de direction et son président négocient les mandats de prestations, engagent le personnel, conduisent les négociations avec le personnel, et négocient les conventions tarifaires. Ils devront adapter l'organisation et le fonctionnement de toutes les entités de l'Ensemble hospitalier aux nouvelles conditions de gestion, en particulier, à la souplesse rendue nécessaire par les règles de concurrence introduites par la LAMal.

8.6 La gestion du personnel et les caisses de pension

Les statuts du personnel sont actuellement très différents dans les cantons de Vaud et de Genève. Il est donc illusoire d'envisager l'instauration d'un statut unique lors de la création du Réseau. Concrètement, les deux statuts actuels seront maintenus pour les collaborateurs en place à l'entrée en vigueur du Concordat et un troisième statut sera institué pour les nouveaux collaborateurs. Ce dernier deviendra, avec le temps, le statut unique du Réseau.

S'agissant des statuts actuels, les éléments essentiels du contrat sont garantis, à savoir, la garantie de l'emploi (pour les personnes nommées), le niveau de salaire, les prestations de la prévoyance professionnelle.

Les autres conditions peuvent en revanche être harmonisées progressivement, par exemple les titres des fonctions, les indemnités diverses, la rémunération des heures supplémentaires, etc.

Le statut institué pour les nouveaux collaborateurs doit harmoniser l'ensemble des droits et devoirs des collaborateurs, sauf, éventuellement, en ce qui concerne la rémunération. Par exemple, il n'est pas forcément souhaitable qu'une infirmière genevoise gagne exactement le même salaire qu'une infirmière vaudoise étant donné les différences du coût de la vie, etc. En revanche, une réglementation de ces différences est souhaitable et un examen approfondi des convergences possibles est à réaliser.

Ce nouveau statut serait obligatoire pour tous les nouveaux collaborateurs et laissé au libre choix des collaborateurs actuels. Ainsi, chacun pourrait individuellement décider si ce nouveau statut lui est plus favorable que son statut actuel.

Par ailleurs, l'unification progressive des régimes des deux entités permettrait de faciliter et donc d'augmenter la mobilité entre les sites vaudois et genevois. Actuellement, malgré les efforts réalisés, les procédures sont encore trop complexes et souvent pénalisantes pour le collaborateur.

Ce nouveau statut pourrait très utilement être construit sur la base d'une convention collective. Ainsi, le statut défini permettrait aux établissements sanitaires non-membres du Réseau de se positionner par rapport à cette convention, éventuellement de l'adopter, ce qui faciliterait leur éventuelle intégration au sein du Réseau par la suite.

La pratique privée du corps médical obéit déjà à des règles semblables dans les deux cantons, fondées sur une large délégation de compétences.

Un contentieux qui divise actuellement les HUG et certains bénéficiaires de cette pratique devant le Tribunal fédéral rend également nécessaire l'inscription d'une règle de délégation plus précise dans le Concordat. Il s'agit notamment d'éviter qu'une remise en cause des conditions de la pratique privée ne conduise à la suppression pure et simple de cette pratique, nécessaire au recrutement de cliniciens de haut niveau.

Au sujet des caisses de prévoyance professionnelle, l'enjeu est également d'importance compte tenu de leur situation financière et des montants qu'elles gèrent. Les caisses ont répondu de manière concertée dans le cadre de la consultation. Leur analyse montre qu'une solution doit

et peut être trouvée entre elles. La solution devra à la fois préserver les droits des affiliés et unifier progressivement les prestations offertes.

Lors de la création du Réseau, l'objectif est de préserver les droits acquis essentiels des collaborateurs, ce qui implique le maintien de statuts différents. Cependant, la gestion de multiples statuts ayant un coût non négligeable, il faut travailler à leur rapprochement pour arriver progressivement à un statut unique.

8.7 Les écoles de soins

Les écoles aux professions de la santé ont des statuts différents dans les deux cantons.

Dans le Canton de Vaud, il existe d'une part, des écoles de droit public qui sont parties intégrantes des Hospices cantonaux vaudois, et d'autre part des écoles ayant un statut privé et relevant du Service de la santé publique.

A Genève, l'Ecole de soins infirmiers et de sages-femmes du Bon Secours est une fondation privée placée sous la surveillance du Département de l'instruction publique. Les autres écoles sont réunies dans le Centre d'enseignement des professions de la santé et de la petite enfance (CEPSPE), relevant directement du Département de l'instruction publique.

En 1995, la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) a pris la décision de créer une Haute Ecole spécialisée intercantonale (HES) romande pour les secteurs santé et social. Le concept de cette nouvelle HES est en cours d'élaboration. Le principe de cette HES serait de réunir les écoles concernées sur la base de conditions d'entrée clairement définies. Pourraient bénéficier du statut d'associé du Réseau les Ecoles qui répondent aux exigences fixées par le Conseil d'administration.

8.8 Les droits des patients

Les cantons de Vaud et de Genève figurent parmi les cantons suisses qui ont légiféré en matière de droits des patients. Les droits cantonaux ne sont cependant pas identiques. Plutôt que d'édicter des prescriptions concordataires, il est apparu préférable d'appliquer aux rapports entre membres des professions de la santé et patients les règles en vigueur dans chaque canton. Ces dispositions cantonales seront progressivement harmonisées en favorisant les règles les plus avantageuses pour les patients.

8.9 Les questions de patrimoine

Le régime de propriété des bâtiments hospitaliers est aussi complexe dans le Canton de Vaud que dans le Canton de Genève. Les terrains appartiennent parfois aux Hôpitaux universitaires de Genève ou aux Hospices cantonaux vaudois, parfois aux Cantons. Les constructions récentes ont été, en général, financées par les Cantons.

Les Hôpitaux universitaires de Genève et les Hospices cantonaux vaudois disposent en outre d'un patrimoine immobilier qui n'est pas affecté à l'exploitation médicale, tel que des immeubles locatifs et d'habitation, des vignes, etc.

Le Concordat prévoit de ne pas toucher à ce régime complexe de propriété, mais de mettre à disposition de l'Ensemble hospitalier les immeubles affectés à l'exploitation médicale et hôtelière. Afin de satisfaire aux dispositions de l'article 49 LAMal et de ne pas entraver l'Ensemble hospitalier dans sa capacité concurrentielle, les charges financières et l'amortissement de ces immeubles continueront à être assumés par les Cantons concordataires.

Les biens mobiliers seront, en revanche, transférés à l'Ensemble hospitalier dès l'entrée en vigueur du Concordat et les charges financières assumées par l'Ensemble hospitalier.

8.10 Le contrôle financier

L'expérience a montré qu'à l'instar de toute grande entreprise, un établissement public devait être doté d'un contrôle financier interne, mais aussi d'un organe de révision externe, choisi pour une durée limitée parmi les professionnels de la branche. Une mise au concours régulière prémunit les établissements publics de la routine, qui dans le passé a pu être la cause de la découverte tardive de dysfonctionnements.

A ces contrôles internes et externes s'ajoute le contrôle de gestion institutionnel, exercé tant par le Conseil d'administration du Réseau que par le contrôle financier de chaque canton selon les procédures prévues par les lois cantonales.

8.11 La responsabilité civile

Le fédéralisme a conduit de longue date les cantons à créer des établissements publics intercantonaux. On en trouve dans des domaines aussi variés que ceux de l'énergie, de la formation ou de l'exécution des peines. D'importantes difficultés ont toutefois surgi dans le passé du fait

que les concordats omettaient de préciser le régime de responsabilité civile de ces établissements⁷.

La création d'un établissement public intercantonal de l'importance de l'Ensemble hospitalier universitaire lémanique implique l'édiction par le Concordat lui-même d'un régime clair de responsabilités. Celui-ci s'inspire en l'occurrence des règles en matière de responsabilité de l'Etat des cantons concordataires, en instituant la responsabilité du Réseau lui-même ou de l'Ensemble hospitalier à l'exclusion de toute action directe contre les fonctionnaires ou agents du Réseau. La responsabilité est délictuelle, c'est à dire fondée sur la faute des fonctionnaires ou des agents du Réseau. Dans l'intérêt des usagers du Réseau, il a été prévu un for dans chacun des cantons concordataires, au choix du demandeur.

8.12 Les voies de recours

Les recours administratifs, notamment disciplinaires, s'exerceront devant une Commission de recours concordataire. Cette solution s'est imposée du fait de l'existence d'un important personnel concordataire au sein de l'Ensemble hospitalier, et dans une mesure bien moindre à l'état major du Réseau. La Commission de recours est composée de juges administratifs des cantons concordataires, le président pouvant le cas échéant être désigné en dehors de ces cantons. Afin de ne pas créer une procédure ad hoc, il est fait appel à la procédure administrative fédérale, qui est une loi moderne, répondant à toutes les exigences conventionnelles et jurisprudentielles en la matière.

Afin de ne pas surcharger la Commission de recours, l'Ensemble hospitalier a la faculté d'instituer par règlement interne une procédure préalable d'opposition.

Quant aux litiges entre les assureurs et l'Ensemble hospitalier, il est prévu de les porter devant un tribunal arbitral concordataire, constitué conformément aux exigences de l'article 89 LAMal.

8.13 Contentieux entre les cantons et le Réseau

Le contentieux entre les cantons concordataires, les Universités, le Réseau ou ses établissements membres affiliés ou associés, devra être aplani en premier lieu par la voie de la concertation, à défaut par recours à un tribunal arbitral.

⁷ HÄFELIN, Commentaire ad art. 7 Cst., N^{os} 89 et 90, pp. 27 et 28.

8.14 Dispositions transitoires

Les dispositions transitoires sont importantes, parce qu'elles précisent la manière dont sera constitué l'Ensemble hospitalier, par la réunion des Hôpitaux Universitaires de Genève et des Hospices Cantonaux Vaudois. Elles prévoient également la reprise par l'Ensemble hospitalier de l'intégralité du personnel des HUG et des HCV en droits acquis et définissent le statut applicable au personnel engagé après l'entrée en vigueur du Concordat.

8.15 Entrée en vigueur et résiliation

Les dispositions finales comprennent des règles sur l'entrée en vigueur du Concordat, fixée au 1^{er} janvier de l'année qui suit l'adhésion des cantons signataires, étant précisé que les Gouvernements cantonaux se verront conférer la faculté de différer ce délai d'une année s'il devait par exemple s'avérer trop bref pour mener à chef les travaux nécessaires en vue de la mise en place du Réseau.

Quant à la résiliation du Concordat, il est prévu que celle-ci n'entraînerait pas *ipso facto* la dissolution de l'Ensemble hospitalier. Une telle dissolution devra le cas échéant être soumise au vote des Grands Conseils, qui auront à ratifier le mode de liquidation et la désignation des liquidateurs.

9. La mise en œuvre du Concordat

La création formelle du réseau est la première condition pour atteindre les objectifs annoncés, mais ce n'est pas une condition suffisante. Il conviendra encore que la mise en œuvre permette à tous les collaborateurs et collaboratrices de s'approprier les nouveaux mécanismes de fonctionnement qui solliciteront davantage leur responsabilité et leur participation. C'est au travers des nouveaux instruments de gestion (mandat de prestations, plan directeur) et des nouvelles règles du jeu (mécanismes incitatifs d'allocation des ressources, principe de décentralisation des compétences et des responsabilités, procédures de nomination, etc.) que se forgeront les institutions du début du siècle prochain, dont on devine qu'elles seront très différentes de celles que nous connaissons aujourd'hui. Les nouvelles instances (Commission interparlementaire, Conseil d'administration, Comité de direction, instances facultaires et hospitalières) devront également orienter et animer ensemble l'effort de modernisation à réaliser. Pour réussir, deux conditions doivent être réunies.

- 1) Il faut pouvoir disposer du temps nécessaire et adopter un rythme de mise en œuvre qui permette de concilier l'exploitation quotidienne des institutions actuelles et leur transformation progressive;
- 2) Il faut mettre en œuvre un dispositif de concertation qui permette de négocier, dans le cadre du Concordat, les principales modalités du nouveau dispositif.

Ces deux conditions sont nécessaires pour faire naître une nouvelle identité et favoriser l'apparition progressive d'un sentiment d'appartenance à une communauté hospitalo-universitaire unique. Cela signifie que l'exploitation des institutions du réseau sera repensée par les nouvelles instances et que le dispositif concordataire sera mis en œuvre progressivement à partir du 1^{er} janvier 1998. La construction d'une identité commune est un processus de longue durée qui va bien au-delà de la mise en œuvre des instances, des instruments de gestion et des règles du jeu de la nouvelle organisation.

Schématiquement, le processus de mise en œuvre se fera en trois étapes. La première étape permettra de désigner les principales instances, leurs responsables et leurs cahiers des charges. La deuxième étape sera consacrée à la définition des nouvelles règles de fonctionnement et à la reprise de l'exploitation par les responsables désignés. La troisième étape verra la mise en application intégrale du nouveau dispositif et son extension progressive.

Première étape – année 1997

Mise en place des principales instances et désignation des principaux responsables:

- nomination des membres de la commission interparlementaire et préparation du règlement interne;
- nomination des membres du Conseil d'administration du Réseau et préparation du règlement interne;
- nomination des membres du Comité de direction du Réseau et préparation du règlement interne;
- nomination des membres du Conseil décanal et préparation du règlement interne;
- nomination du président du Conseil décanal et définition de son cahier des charges;
- nomination des membres de l'Assemblée interfacultaire et préparation de son règlement interne;

- nomination des membres du Conseil hospitalier et préparation du règlement interne;
- nomination du président du Conseil hospitalier et définition de son cahier des charges;
- nomination des membres de la Direction de l'Ensemble hospitalier et préparation de son règlement interne;
- définition des entités de l'Ensemble hospitalier, nomination de leurs responsables et définition de leur cahier des charges;
- nomination des membres du Conseil de direction de l'Ensemble hospitalier et préparation de son règlement interne;
- définition et organisation des fonctions stratégiques communes (information, informatique, finance, achat, contrôle de gestion interne, etc.);
- lancement de l'appel d'offres pour l'organe de révision externe.

Deuxième étape – année 1998

Gestion selon les règles actuelles par les nouvelles instances et préparation de la nouvelle exploitation:

- définition des règles de décentralisation des compétences et des responsabilités;
- concertation sur le statut du personnel;
- définition des procédures de nomination des médecins-cadres de rang professoral;
- définition des mécanismes d'allocation interne des ressources;
- établissement du bilan d'entrée;
- définition du premier mandat de prestations pour l'ensemble hospitalier et les facultés et des engagements économiques;
- préparation de la première version du plan directeur pour les soins, la recherche, l'enseignement et les services;
- négociation de l'accord entre le Conseil décanal et la Direction de l'Ensemble hospitalier;
- négociation du premier programme de constructions;
- conclusion des premiers contrats d'affiliation et d'association;
- harmonisation des tarifs.

Troisième étape – janvier 1999

Exploitation et consolidation du nouveau dispositif

- approfondissement des mandats de prestations, du plan directeur et du programme de constructions
- développement du dispositif d'affiliation et d'association

La liste des opérations ci-dessus exprime une intention de mise en œuvre qui permet de préciser le dispositif d'entrée en vigueur du Concordat.

La mise en œuvre réelle devra être adaptée à la réalité et à l'exigence de participation et de négociation mentionnée plus haut.

Lausanne, le 10 février 1997.

Annexe 1
Service des Hospices cantonaux vaudois (SHC) et Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) – Quelques éléments chiffrés

VAUD		Comptes 1994		GENEVE	
SHC		HUG			
CHUV		HCUG			
Psychiatrie		Belle-Idée			
Institutions		Loëx			
Etabl. thermal de Lavey					
Ecoles					
Elèves	535				
Postes	5021,5	Postes	7685		
Dépenses	682,5 mios	Dépenses	1008,6 mios		
Subventions	205,5 mios	Subventions	592,3 mios		
Recettes	477,0 mios	Recettes	416,3 mios		
Institutions universitaires affiliées		Institut de médecine légale			
Postes	850	Postes	88		
Dépenses	102,0 mios	Dépenses	12,8 mios		
Subventions	22,4 mios				
Recettes	79,6 mios				
		Ecoles			
		Elèves	864		
		Postes	141		
		Dépenses	26,0 mios		
Faculté de médecine		Faculté de médecine			
Etudiants	1120	Etudiants	1084		
Diplômes fédéraux	111	Diplômes fédéraux	125		
Professeurs ordinaires	64	Professeurs ordinaires	70		
Personnel enseignant	219	Personnel enseignant	254		
Dépenses	56,7 mios	Dépenses	76,6 mios		
Total		Total			
Postes	6090,5	Postes	8168		
Dépenses	841,2 mios	Dépenses	1 124,0 mios		
Sites	26	Sites	21		
Totaux		Totaux			
Elèves	1399	Professeurs ordinaires	134		
Etudiants	2204	Postes	14 258,5		
Dipômes fédéraux	236	Dépenses	1 965,2 mios		

Annexe 2 – Indicateurs de résultats

Cette annexe présente une liste d'indicateurs de résultats envisageables dans le cadre des contrats de prestations. Elle est purement illustrative. D'une part, la plupart de ces indicateurs impliquent que l'on dispose d'informations fiables et régulières qui ne sont pas toujours disponibles actuellement. D'autre part, la négociation des contrats de prestations déterminera de cas en cas la pertinence de tel ou tel indicateur et, s'il est retenu, la manière de l'interpréter.

Prise en charge des patients

Indicateurs de qualité et de quantité

- **satisfaction** degré de satisfaction des patients et associations de patients (questionnaires et entretiens qualitatifs)
degré de satisfaction des partenaires sanitaires, médecins de ville, services à domicile, établissements médico-sociaux, hôpitaux (questionnaires et entretiens)
- **certification** pourcentage d'unités certifiées ISO-9000, pondéré en fonction de la taille des unités
- **accréditation** résultat des procédures d'accréditation
- **délai** liste d'attente et temps écoulé entre la demande et la prise en charge, par groupe de patients
- **pertinence** proportion des admissions et des journées justifiées selon une liste pré-établie
- **utilité** morbidité évitée (soins préventifs): réduction de l'incidence ou de prévalence de certaines maladies par des campagnes de vaccination par exemple
souffrances soulagées (soins palliatifs): mesure de la douleur, autonomie dans les activités de la vie quotidienne
survie en bonne santé (soins curatifs)
- **réadmission** proportion de réadmissions dans un délai de 3 mois pour une affection d'un même système (circulatoire, respiratoire, etc.)

- clientèle nombre et provenance de patients, par groupe, en distinguant les patients ambulatoires et hospitalisés, somatiques et psychiatriques

Indicateurs de coûts

- coût direct coût par maladie
durée de séjour par maladie
- coût indirect charges qui ne peuvent pas être réparties par maladie
(frais généraux, investissements)
- charge de travail rapport entre les soins infirmiers requis et le personnel infirmier présent

Prise en charge des étudiants (Faculté de médecine et écoles)

Indicateurs de qualité et de quantité

- certification étendue de la reconnaissance du Centre de formation par les associations professionnelles
- utilité nombre de diplômes octroyés
- satisfaction mesure de la satisfaction des étudiants
(questionnaires et entretiens qualitatifs)
- clientèle nombre et provenance des étudiants

Indicateurs de coûts

- coût coût du diplôme
- charge de travail nombre d'étudiants par enseignant

Prestations de service

Indicateurs de qualité et de quantité

- satisfaction degré de satisfaction des bénéficiaires
(questionnaires et entretiens qualitatifs)
- certification pourcentage d'unités certifiées ISO-9000, pondéré en fonction de la taille des unités
- délai listes d'attente et temps écoulé entre la demande et l'exécution de la prestation de service
- clientèle volume de prestations fournies, par type de services
(pathologie, microbiologie, expertises de médecine légale, de médecine sociale et préventive, de médecine du travail, analyse du dopage, etc.)
et provenance des demandeurs

Indicateurs de coûts

- coût direct coût du point de prestation, par service
- coût indirect charges qui ne peuvent être attribuées sans arbitraire aux prestations

Prestations administratives

Indicateurs de qualité et de quantité

- satisfaction mesure de la satisfaction des employés par profession, par établissement et par association professionnelle
(questionnaires et entretiens qualitatifs)
mesure de la satisfaction de tiers
(services de l'Etat, caisses maladie et assurances)

- certification pourcentage d'unités certifiées ISO-9000, pondéré en fonction de la taille des unités
- obsolescence rapport entre l'âge des équipements et le nombre d'années d'amortissement, par type d'équipement
- pertinence rentabilité des investissements
- délai délai de facturation
(durée entre la sortie du patient et l'émission de la facture)
taux de rotation des stocks
- formation durée et fréquence de la formation continue des professionnels
- clientèle nombre de feuilles de paie
nombre d'écritures comptables
nombre d'ordinateurs personnels à maintenir, etc.

Indicateurs de coûts

- coût direct coût du point de prestation
(coût de la feuille de paie, coût du méga-bytes de mémoire, coût de l'écriture comptable, etc.)
- coût indirect charges qui ne peuvent être attribuées sans arbitraire aux prestations
(développement informatique par exemple)
- absentéisme proportion de journées non travaillées, par cause d'absence
- occupation taux d'occupation des lits
taux d'occupation des salles d'opération

Projets de recherche ou de développement

Indicateurs de qualité et de quantité

- audience nombre de publications scientifiques
(revues référencées dans Medline)
index de citation des publications (Scientific citation index)
montant de la contribution des fonds de recherche expertisés
(Fonds national de recherche scientifique, etc.)
- innovation nombre de projets de recherche
nombre de projets de développement

Indicateurs de coûts

- efficience coût de la citation, par discipline

Projet de décret
autorisant le Conseil d'Etat
à adhérer au Concordat
instituant le Réseau hospitalo-universitaire
de Suisse occidentale

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 7, alinéa 2, et 102, chiffre 7, de la Constitution fédérale du 29 mai 1874

vu l'article 52, alinéa 2, de la Constitution du Canton de Vaud du 1^{er} mars 1885

vu le Concordat instituant le Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale adopté par les Conseils d'Etat du Canton de Vaud et de la République et Canton de Genève le 26 et le 19 février 1997.

vu le projet de décret présenté par le Conseil d'Etat

décète

Article premier. — Le Conseil d'Etat est autorisé à adhérer, au nom du Canton de Vaud, au Concordat instituant le Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale, adopté par les Conseils d'Etat du Canton de Vaud et de la République et Canton de Genève, le 26 et le 19 février 1997.

Art. 2. — Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 27, chiffre 2, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Donné, etc.

Ainsi délibéré et adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 26 février 1997.

Le président:
Ch. Favre

Le chancelier:
D. Freymond

CONCORDAT
Instituant le Réseau hospitalo-universitaire
de Suisse occidentale

Le Canton de Vaud et la République et Canton de Genève;

Vu les art. 7 al. 2 de la Constitution fédérale, 52 de la Constitution du Canton de Vaud, 99 et 171 à 174 de la Constitution de la République et Canton de Genève;

Entendant améliorer leur coopération dans les domaines hospitaliers, de la recherche médicale et de la formation des médecins;

Conviennent par le présent Concordat d'instituer le Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale commun aux deux cantons.

CHAPITRE I

Dispositions générales

Article premier

Champ
d'application

¹ Le Canton de Vaud et la République et Canton de Genève instituent le Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (ci-après « le Réseau »), dont sont membres:

- a) les Facultés de médecine, qui demeurent rattachées aux Universités de Genève et de Lausanne (ci-après « les Facultés »);
- b) l'Ensemble hospitalier universitaire lémanique (ci-après « l'Ensemble hospitalier »).

² D'autres établissements peuvent être affiliés ou associés au Réseau.

³ Est affilié un établissement qui se voit confier pour une durée indéterminée une mission spécifique de soins, d'enseignement, de recherche ou de service, et dont le budget et les comptes sont consolidés dans le cadre du Réseau.

⁴ Est associé un établissement qui fournit au Réseau des prestations définies dans un contrat d'une durée déterminée, passé avec un des membres du Réseau.

Article 2

But

¹ Le Réseau a pour but:

- a) d'assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population;
- b) de dispenser aux médecins une formation tenant compte des progrès les plus récents de la science médicale;
- c) de développer une recherche de haut niveau;
- d) de maîtriser les coûts de la santé en mettant en commun les ressources des cantons concordataires dans les domaines de la formation, de la logistique, de la prévention, de la recherche et des soins;
- e) de garantir des procédures de décision efficaces dans un cadre largement décentralisé;
- f) de préciser dans des mandats de prestations annuels ou pluriannuels les relations des cantons concordataires avec l'Ensemble hospitalier d'une part, et les Universités d'autre part.

² Le Réseau s'efforce d'accomplir ses tâches à un niveau reconnu à l'échelle internationale.

³ Le respect de la vie et de la dignité humaines, la responsabilité à l'égard de la qualité de l'existence et du devenir de l'être humain et de son environnement ainsi que l'évaluation des retombées des découvertes guident les soins, l'enseignement et la recherche.

Article 3

Collaboration et coordination

¹ Dans l'accomplissement de sa mission, le Réseau collabore avec d'autres établissements de soins, de formation et de recherche, dans les cantons concordataires, en Suisse et à l'étranger.

² Il consacre un effort particulier à l'aide au développement.

³ Il coordonne ses activités avec les universités, les hôpitaux, les instituts de recherche et les services sociaux des cantons concordataires.

CHAPITRE II

Statut et tâches du Réseau

Article 4

Autonomie

¹ Le Réseau est un établissement intercantonal de droit public, doté de la personnalité juridique; il conduit ses affaires de manière autonome par rapport aux pouvoirs publics qui contribuent à son financement.

² L'Ensemble hospitalier est un établissement intercantonal de droit public, doté de la personnalité juridique; les différentes entités qui le composent ne sont pas dotées de la personnalité, mais jouissent d'une large autonomie de gestion.

³ Au sein des Facultés, la liberté d'enseignement et de recherche est garantie.

Article 5

Siège

Le Réseau et l'Ensemble hospitalier ont un siège à Genève et un siège à Lausanne; sauf disposition contraire du présent Concordat, le for juridique est celui de l'ubiquité.

Article 6

Soins

¹ L'Ensemble hospitalier dispense des soins hospitaliers, semi-hospitaliers, médico-sociaux et ambulatoires.

² Il est responsable de la conclusion des conventions tarifaires et des contrats avec les assureurs.

³ L'Ensemble hospitalier est inscrit d'office par les cantons concordataires sur la liste des établissements hospitaliers selon la LAMal, et s'efforce d'obtenir son inscription sur la liste des autres cantons.

Article 7

Enseignement

¹ Les Facultés dispensent la formation prégraduée aux médecins et aux médecins-dentistes.

² Elles assurent également une formation post-graduée et continue aux médecins et aux autres professionnels de la santé.

³ Elles favorisent l'interaction entre la médecine clinique et la médecine fondamentale.

⁴ Elles encouragent l'approche interdisciplinaire, l'initiative individuelle et la volonté de se perfectionner.

Article 8

Recherche

Les établissements membres, affiliés ou associés au Réseau accomplissent leurs tâches de recherche:

- a) en conduisant leurs propres études scientifiques;
- b) en participant à des projets de recherche nationaux et internationaux.

Article 9

Prévention

Le Réseau participe aux efforts de prévention des pouvoirs publics et des organismes privés agissant sur délégation des autorités tant dans son activité hospitalière, que dans l'exécution de sa mission d'enseignement et de recherche.

Article 10

Prestations de service

¹ Les établissements membres ou affiliés au Réseau peuvent accepter des mandats de formation et de recherche et fournir d'autres services, pour autant que ceux-ci demeurent compatibles avec leurs propres tâches dans le domaine de l'enseignement, de la recherche et des soins.

² Ils facturent en règle générale leurs prestations de service de manière à en couvrir au moins le coût effectif.

CHAPITRE III

Organisation

SECTION I

Conseil d'administration du réseau

Article 11

Composition et désignation

¹ Le Conseil d'administration du Réseau (ci-après «le Conseil d'administration») se compose de dix membres.

² En font partie:

- a) les Conseillers d'Etat en charge des départements de la santé des cantons concordataires;
- b) les Conseillers d'Etat en charge des départements de l'instruction publique des cantons concordataires;
- c) un Conseiller d'Etat d'un autre canton romand désigné en concertation par les Conférences romandes des chefs des départements de la santé et de l'instruction publique;
- d) cinq membres nommés en concertation par les Conseils d'Etat des cantons concordataires, et choisis en fonction de leur expérience dans le domaine de la gestion, de la santé, de l'enseignement ou de la recherche.

³ La présidence et la vice-présidence du Conseil d'administration sont assurées par les Conseillers d'Etat des cantons concordataires désignés par leurs pairs.

⁴ Le Conseil d'administration prend ses décisions à la majorité de ses membres; aucune décision ne peut toutefois être adoptée contre l'opposition de la majorité des Conseillers d'Etat des cantons concordataires.

⁵ En règle générale, le Président du Conseil décanal et le Président de l'Ensemble hospitalier assistent aux séances avec voix consultative.

Article 12

Dirige des
fonctions et
révocation

¹ Les fonctions des membres de droit du Conseil d'administration expirent avec la fin de leur mandat électif.

² Lorsqu'un Conseiller d'Etat change de département en cours de législature, il cède immédiatement sa place au sein du Conseil d'administration à son successeur.

³ Les autres membres du Conseil d'administration sont désignés pour une période administrative de quatre ans, la première débutant avec l'entrée en vigueur du Concordat. Leur mandat est renouvelable deux fois. La limite d'âge est fixée à 65 ans.

⁴ Les membres du Conseil d'administration désignés par les gouvernements des cantons concordataires peuvent être révoqués en tout temps, selon la même procédure que celle qui s'applique à leur désignation.

Article 13

Compétences

¹ Le Conseil d'administration du Réseau exerce les compétences suivantes:

- a) il assure la planification générale et la conduite stratégique du Réseau, signe les contrats d'affiliation et soumet son plan directeur à l'approbation des Conseils d'Etat des cantons concordataires;
- b) il soumet à l'approbation des Conseils d'Etat le budget et les comptes annuels consolidés du Réseau;
- c) il propose à la signature des Conseils d'Etat les mandats de prestations et contrôle leur exécution;
- d) il approuve l'accord entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier;
- e) il soumet à l'approbation des Conseils d'Etat le rapport de gestion annuel du Réseau;
- f) il arrête le programme de constructions du Réseau et le soumet à l'approbation des Conseils d'Etat;
- g) il approuve les conventions tarifaires et les contrats conclus selon la LAMal, s'appliquant à l'ensemble du Réseau, par délégation des Conseils d'Etat des cantons concordataires;
- h) il coordonne la politique du personnel;

- i) il nomme le Comité de direction et le secrétaire du Conseil d'administration, et en détermine les attributions;
- j) il ratifie l'élection du président et des membres du Conseil décanal;
- k) il statue sur les propositions de création et de suppression des postes de professeurs ordinaires de médecine;
- l) il soumet à la nomination des Conseils d'Etat les professeurs ordinaires de médecine fondamentale sur proposition du Conseil décanal et du Conseil rectoral, et les professeurs ordinaires de médecine clinique sur proposition du Conseil décanal, du Conseil rectoral et de l'Ensemble hospitalier; il désigne l'Université à laquelle ils sont administrativement rattachés;
- m) il nomme le président ainsi que les membres non élus du Conseil hospitalier, et arrête le montant de leurs indemnités;
- n) il nomme les autres membres de la direction de l'Ensemble hospitalier et définit ses entités;
- o) il désigne l'organe de révision externe et définit son mandat;
- p) il statue sur les demandes de levée du secret de fonction, auquel sont astreints ses membres ainsi que ceux du Conseil décanal et du Conseil hospitalier. Pour les magistrats siégeant au Conseil d'administration, le secret ne s'applique toutefois qu'aux affaires qui ont trait à la sphère privée des personnes, ainsi qu'à celles pour lesquelles le Conseil d'administration s'est expressément astreint au secret;
- q) dans les limites de l'alinéa 2, il adopte tous les règlements nécessaires au bon fonctionnement du Réseau;
- r) il exerce toute autre compétence qui lui est réservée par le présent Concordat ou par les contrats d'affiliation au Réseau.

² Dans l'accomplissement de sa mission, le Conseil d'administration applique notamment les principes de transparence, d'égalité de traitement, de coopération avec les autorités et de subsidiarité propres à la gestion des collectivités publiques; il peut déléguer certaines de ses attributions au Comité de direction ou aux établissements membres du Réseau.

SECTION II

Comité de direction

Article 14

Composition

Le Comité de direction du Réseau se compose de trois membres, à savoir:

- a) un membre du Conseil d'administration qui n'y siège pas de droit, délégué par celui-ci et qui en assume la présidence;
- b) le président du Conseil décanal;
- c) le président de l'Ensemble hospitalier.

Article 15

Compétences

Le Comité de direction du Réseau exerce les compétences suivantes:

- a) il veille à l'harmonisation des procédures et à la coordination des établissements membres, affiliés ou associés au Réseau;
- b) il exécute les décisions du Conseil d'administration du Réseau;
- c) il établit à l'intention du Conseil d'administration le projet de budget et les comptes consolidés du Réseau;
- d) il coordonne la négociation des mandats de prestations et assure leur suivi;
- e) il prépare le plan directeur du Réseau;
- f) il organise le contrôle et l'évaluation de l'activité du Réseau;

- g) il exerce toute autre compétence qui lui est déléguée par le Conseil d'administration du Réseau.

SECTION III

Facultés de médecine des Universités de Genève et de Lausanne

Article 16

Conseil rectoral

¹ La coopération entre les deux Universités est définie dans une convention, soumise à l'approbation des deux Conseils d'Etat.

² La convention fixe la composition et les compétences du Conseil rectoral commun aux deux Universités.

³ Le Conseil rectoral est notamment chargé:

- a) de négocier avec les cantons concordataires et de soumettre à la signature des Universités le mandat de prestations annuel ou pluriannuel définissant les objectifs fixés aux Facultés de médecine, ainsi que les ressources qui leur sont allouées;
- b) d'assurer le suivi et de contrôler l'exécution du mandat de prestations;
- c) d'attribuer aux Facultés de médecine les budgets qui leur reviennent dans le cadre des budgets globaux de chacune des Universités;
- d) d'approuver l'accord définissant globalement et par entité les relations entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier, notamment dans le domaine de la recherche clinique;
- e) de fournir au Conseil d'administration les éléments lui permettant d'établir le budget et les comptes annuels consolidés ainsi que le rapport de gestion du Réseau;
- f) de définir en concertation avec le Comité de direction la nomenclature et les procédures de nomination, de renouvellement et de cessation d'activité des membres du corps enseignant de médecine;
- g) de préavisier la nomination des professeurs ordinaires de médecine;

- h) de nommer les autres membres du corps enseignant de médecine;
- i) d'approuver le règlement d'organisation du Conseil décanal.

Article 17

Conseil décanal

¹ La coordination et la direction générale des deux Facultés est assurée par un Conseil décanal.

² Celui-ci est composé d'un président et de quatre doyens délégués.

³ Deux doyens délégués sont élus par le Conseil de chacune des deux Facultés parmi les professeurs ordinaires de la Faculté.

⁴ Les quatre doyens délégués désignent parmi eux le président du Conseil décanal; la Faculté dont celui-ci est issu élit aussitôt un doyen délégué pour compléter le Conseil décanal.

⁵ Le président du Conseil décanal assure les relations avec le Conseil d'administration du Réseau et avec le Conseil rectoral.

Article 18

Durée des fonctions

Le président du Conseil décanal et les doyens délégués sont élus pour une période administrative de quatre ans, la première débutant avec l'entrée en vigueur du Concordat; leur mandat est renouvelable deux fois. La limite d'âge coïncide avec celle des professeurs ordinaires.

Article 19

Compétences du Conseil décanal

Le Conseil décanal exerce les compétences suivantes:

- a) il répartit les activités et les ressources entre les deux Facultés et en assure la coordination et le contrôle;
- b) il harmonise les programmes d'études;
- c) en accord avec le Conseil rectoral, il approuve les règlements internes des deux Facultés;

- d) il négocie et signe avec la direction de l'Ensemble hospitalier l'accord définissant les relations entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier;
- e) sur rapport d'une commission de structure commune aux deux Facultés et désignée par lui, il soumet au Conseil rectoral les propositions de création et de suppression des postes de professeurs;
- f) il soumet au Conseil rectoral les propositions de nomination des membres du corps enseignant, sur rapport de la Faculté d'affectation, en concertation avec l'autre Faculté et pour le corps enseignant de médecine clinique, avec la direction de l'Ensemble hospitalier;
- g) après accord du Conseil rectoral, il signe les contrats avec les établissements associés;
- h) il conduit les procédures d'évaluation de l'enseignement et de la recherche et transmet ses propositions au Conseil rectoral et au Conseil d'administration du Réseau;
- i) il peut créer toutes commissions permanentes ou temporaires, et les charger de tâches de coordination.

Article 20

Assemblée interfacultaire

¹ Il est institué une Assemblée interfacultaire composée de:

- a) douze membres du corps professoral;
- b) six membres du corps intermédiaire;
- c) six étudiants;
- d) quatre membres du personnel administratif et technique.

² Le corps professoral, le corps intermédiaire, les étudiants et le personnel administratif et technique élisent dans chaque Faculté la moitié des membres de l'Assemblée interfacultaire; à cette fin, ils constituent quatre collèges électoraux, dont chacun élit ses représentants à bulletin secret, selon le système de la représentation proportionnelle appliqué aux élections fédérales pour le Conseil national, à l'exception des dispositions concernant le cumul et la nationalité.

³ Les membres de l'Assemblée interfacultaire qui, en cours d'exercice, cessent d'appartenir au collège qui les a élus, perdent leur mandat; en cas d'épuisement de la liste, il est pourvu à une élection complémentaire.

⁴ Les membres du Conseil décanal ne peuvent appartenir à l'Assemblée interfacultaire; ils assistent à ses séances avec voix consultative.

Article 21

Durée du mandat

¹ Les membres de l'Assemblée interfacultaire sont élus pour une durée de quatre ans; ils sont rééligibles deux fois.

² Le Conseil décanal édicte un règlement électoral qu'il soumet à l'approbation du Conseil rectoral.

Article 22

Compétences

L'Assemblée interfacultaire exerce les compétences suivantes:

- a) elle élit son président et son bureau;
- b) elle préavise le règlement d'études des Facultés, sous réserve de sa ratification par le Conseil rectoral;
- c) elle se prononce sur la gestion du Conseil décanal;
- d) elle préavise les mandats de prestations et les plans directeurs;
- e) elle se donne un règlement;
- f) elle peut nommer en son sein des commissions permanentes et temporaires;
- g) elle peut en outre présenter des recommandations au Conseil décanal sur toute question d'intérêt général.

SECTION IV

Ensemble hospitalier universitaire lémanique

Article 23

Conseil hospitalier

¹ Il est institué un Conseil hospitalier de seize membres, comprenant:

- a) un président, nommé par le Conseil d'administration du Réseau;
- b) six membres nommés par le Conseil d'administration du Réseau en fonction de leur expérience dans le domaine de la gestion, de la santé, de la médecine clinique ou des assurances sociales et représentant, dans la mesure du possible, les diverses tendances de la vie économique, sociale et politique des cantons concordataires;
- c) trois membres élus par le Grand Conseil du Canton de Vaud;
- d) trois membres élus par le Grand Conseil de la République et canton de Genève;
- e) trois membres du personnel désignés selon des modalités définies par le Conseil d'administration du Réseau.

Article 24

Durée des fonctions et révocation

¹ Les membres du Conseil hospitalier sont désignés pour une période de quatre ans, la première période administrative débutant avec l'entrée en vigueur du Concordat; leur mandat est renouvelable deux fois. La limite d'âge est fixée à 65 ans.

² Les membres du Conseil hospitalier désignés par le Conseil d'administration du Réseau peuvent être révoqués en tout temps, selon la même procédure que celle qui s'applique à leur désignation.

Article 25

Compétences

Le Conseil hospitalier exerce les compétences suivantes:

- a) il veille à l'intégration des entités qui composent l'Ensemble hospitalier;
- b) il préavise à l'intention du Conseil d'administration du Réseau le mandat de prestations et le plan directeur;
- c) il approuve le règlement d'organisation interne de l'Ensemble hospitalier;
- d) il approuve l'accord définissant les relations entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier;

- e) il préavise à l'intention du Conseil d'administration du Réseau le budget et les comptes annuels de l'Ensemble hospitalier;
- f) il se prononce sur le rapport de gestion annuel de la direction et le transmet au Conseil d'administration du Réseau;
- g) il approuve la politique tarifaire qui ne relève pas de la LAMal;
- h) il approuve le statut et les règlements du personnel et ratifie les accords conclus avec ses représentants;
- i) il préavise le programme de constructions hospitalières à l'intention du Conseil d'administration du Réseau.

Article 26

Direction

¹ La direction de l'Ensemble hospitalier est assurée par le président du Conseil hospitalier, qui s'appuie sur un conseil de direction qui lui est subordonné, composé notamment des responsables des entités.

Article 27

Compétences

La direction de l'Ensemble hospitalier exerce les compétences suivantes:

- a) elle assure la direction générale et la coordination opérationnelle de l'Ensemble hospitalier;
- b) elle négocie le mandat de prestations et le signe après avoir obtenu l'autorisation du Conseil d'administration du Réseau;
- c) elle négocie et signe avec le Conseil décanal l'accord définissant les relations entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier;
- d) elle conduit les négociations et signe les accords avec les représentants du personnel, sous réserve de l'approbation du Conseil hospitalier; dans la mesure où les négociations concernent une seule entité, elles peuvent toutefois être déléguées à la direction de cette entité;
- e) elle négocie et signe les conventions tarifaires et les contrats selon la LAMal;
- f) elle définit l'organisation des entités et nomme leur direction;

- g) elle organise l'évaluation et le contrôle interne de l'Ensemble hospitalier;
- h) elle propose la nomination des professeurs ordinaires de médecine clinique en concertation avec le Conseil décanal au Conseil rectoral et au Conseil d'administration du Réseau;
- i) elle propose au Conseil rectoral la nomination des autres membres du corps enseignant de médecine clinique en concertation avec le Conseil décanal;
- j) elle soumet au Conseil hospitalier le budget et les comptes annuels de l'Ensemble hospitalier;
- k) elle exerce toute compétence qui ne relève pas du Conseil d'administration du Réseau, du Comité de direction ou du Conseil hospitalier.

Article 28

Principe de décentralisation

¹ L'Ensemble hospitalier est organisé selon le principe de la gestion décentralisée de ses entités.

² Chaque entité est pourvue d'une direction, jouissant d'une large autonomie sur le plan opérationnel.

³ Un mandat de prestations interne conclu entre la direction de chaque entité et celle de l'Ensemble hospitalier détermine les ressources allouées à l'entité.

⁴ Un excédent de revenus alimente le fonds de réserve de l'entité; un excédent de charges dépassant le montant des réserves doit être compensé selon des modalités fixées par la direction de l'Ensemble hospitalier.

⁵ La composition, les compétences et les responsabilités des directions des entités, sont précisées par un règlement de l'Ensemble hospitalier.

SECTION V

Etablissement affilié

Article 29

Définition

Un établissement peut être affilié au Réseau aux conditions suivantes:

- a) obtenir l'accord des Conseils d'Etat des cantons concordataires;
- b) figurer, s'il dispense des soins, sur les listes des établissements hospitaliers ou des établissements médico-sociaux dressées par les cantons concordataires en vertu de l'art. 39 LAMal;
- c) être juridiquement indépendant de l'Ensemble hospitalier;
- d) avoir été reconnu d'utilité publique par le canton de son siège;
- e) participer aux activités de soins, d'enseignement, de recherche ou de service du Réseau;
- f) s'être vu confier une mission spécifique par le Conseil d'administration du Réseau.

Article 30

Modalités

¹ L'établissement affilié signe avec le Conseil d'administration du Réseau un contrat d'une durée indéterminée, dont l'opportunité et les modalités sont soumises à l'approbation du canton de son siège, sous réserve d'un droit de veto des cantons concordataires.

² Le contrat d'affiliation contient:

- a) la mission confiée à l'établissement par le Réseau;
- b) des dispositions sur le cadre général et les modalités de versement des subventions allouées à l'établissement par le truchement du Réseau;
- c) la participation de l'établissement aux objectifs dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche fixés dans les mandats de prestations conclus par les cantons concordataires avec les Universités et avec l'Ensemble hospitalier;
- d) des règles sur l'évaluation périodique des résultats obtenus;
- e) la liste des règlements que l'établissement doit observer, ainsi que des décisions et des nominations qu'il doit soumettre au Conseil d'administration par analogie avec les règles applicables aux établissements membres du Réseau;
- f) des règles sur la consolidation du budget et des comptes;

- g) les perspectives de développement de l'établissement, qui doivent s'inscrire dans le cadre du plan directeur du Réseau;
- h) des dispositions sur la résiliation de l'affiliation en cas d'inobservation du contrat ou d'évaluation négative des résultats obtenus;
- i) la reconnaissance par l'établissement de la compétence du Tribunal arbitral institué par le chapitre XII.

SECTION VI

Etablissement associé

Article 31

Définition

Un établissement peut être associé au Réseau aux conditions suivantes:

- a) obtenir l'accord des Conseils d'Etat des cantons concordataires;
- b) figurer, s'il dispense des soins, sur les listes des établissements hospitaliers ou des établissements médico-sociaux dressées par les cantons concordataires en vertu de l'art. 39 LAMal;
- c) être juridiquement indépendant de l'Ensemble hospitalier;
- d) exercer pour le compte d'un établissement membre du Réseau une activité approuvée par le Conseil d'administration.

Article 32

Modalités

¹ L'établissement associé signe avec l'Ensemble hospitalier ou avec le Conseil décanal un contrat d'association d'une durée déterminée, dont l'opportunité et les modalités sont soumises à l'approbation du canton de son siège, sous réserve d'un droit de veto des cantons concordataires.

² Le contrat d'association contient:

- a) la description des prestations commandées ou fournies à l'établissement par l'Ensemble hospitalier ou par le Conseil décanal;

- b) les modalités d'indemnisation de ces prestations;
- c) l'obligation pour l'établissement associé d'harmoniser ses règles internes avec celles de son co-contractant, dans la mesure où cela est nécessaire au bon fonctionnement du Réseau;
- d) l'indication de la durée pour laquelle il est conclu, et des modalités de sa reconduction;
- e) la reconnaissance par l'établissement de la compétence du Tribunal arbitral institué par le chapitre XII.

³ L'existence du contrat d'association est mentionnée dans le plan directeur du Réseau et dans les contrats de prestations, sans toutefois en faire partie intégrante.

CHAPITRE IV

Droits et devoirs du personnel

Article 33

Des structures de concertation avec le personnel sont mises en place tant au niveau des établissements membres du Réseau que de leurs entités.

Article 34

¹ Tout membre du personnel du Réseau et de l'Ensemble hospitalier qui viole ses devoirs de service, soit intentionnellement, soit par négligence, est passible de sanctions disciplinaires.

² L'action disciplinaire ne déploie pas d'effet sur la responsabilité civile et sur la responsabilité pénale du membre du personnel contre lequel elle est dirigée.

³ Les sanctions disciplinaires sont celles prévues par le statut des fonctionnaires de l'administration fédérale.

⁴ Elles sont prononcées en fonction de la gravité de la faute commise, des mobiles de son auteur et de ses antécédents selon la procédure et par les instances définies par le statut du personnel.

Structures de concertation

Droit disciplinaire

⁵ Les voies de recours sont celles instituées par le Chapitre XI du présent Concordat.

Article 35

Pratique privée

¹ L'acte de nomination des professeurs fixe les conditions de la pratique privée. Les bénéficiaires de la pratique privée participent aux charges d'exploitation de l'Ensemble hospitalier à raison d'un montant s'élevant à 40 % au plus des honoraires encaissés.

² Du solde des honoraires encaissés, l'Ensemble hospitalier peut prélever un montant supplémentaire, affecté au soutien et au développement de ses activités médicales et de recherche, ainsi qu'à la rétribution d'activités cliniques particulières. Il peut constituer à cette fin des fonds gérés de façon décentralisée dans ses entités.

³ L'affectation d'une partie des recettes de la pratique privée et des activités visées à l'alinéa 2 s'effectue pour chaque période annuelle selon un taux progressif calculé par tranche d'honoraires encaissés. Ce taux, qui ne doit pas dépasser au départ 10 %, peut atteindre, par tranche de Fr. 100 000.—, 80 % au maximum pour la tranche d'honoraires supérieure à Fr. 700 000.—.

⁴ L'autorisation de pratique privée est personnelle et intransmissible; elle est révocable en tout temps.

⁵ Le Conseil d'administration du Réseau édicte un règlement fixant les conditions de la pratique privée.

Article 36

Incompatibilité

¹ Les autres membres du personnel de l'Ensemble hospitalier ne peuvent exercer aucune activité rémunérée sans l'autorisation de l'instance définie par le statut du personnel.

² L'autorisation est refusée lorsque l'activité envisagée est incompatible avec la fonction de l'intéressé ou susceptible de porter préjudice à l'accomplissement des devoirs de service.

³ Une réduction de traitement peut être opérée lorsque l'activité accessoire empiète sur l'activité professionnelle.

Article 37

Secret

¹ Le personnel de l'Ensemble hospitalier est soumis au secret, conformément aux articles 320, 321 et 321 bis du Code pénal suisse.

² Les membres du personnel de l'Ensemble hospitalier cités à comparaître dans un procès civil, pénal ou administratif, pour être entendus comme témoins sur les constatations qu'ils ont pu faire en raison de leurs fonctions ou au cours de leur service, doivent donner sans retard connaissance de la citation à la direction, en demandant l'autorisation de témoigner.

³ Ils ne peuvent témoigner que dans le cadre de l'autorisation reçue.

⁴ L'obligation de dénoncer les crimes et les délits instituée par les lois de procédure pénale est réservée.

Article 38

Caisse de pensions et d'allocations familiales

Sous réserve de l'approbation des Conseils d'Etat des cantons concordataires le Conseil d'administration du Réseau peut autoriser les établissements membres ou affiliés au Réseau à établir leur propre caisse de pensions et d'allocations familiales.

CHAPITRE V

Droits des patients

Article 39

Droit applicable

Les établissements membres ou affiliés au Réseau appliquent aux rapports entre membres des professions de la santé et patients:

- a) le droit du canton de domicile lorsque celui-ci est situé dans un des cantons concordataires;
- b) le droit du canton où est situé l'établissement aux autres patients.

CHAPITRE VI

Patrimoine et ressources du Réseau

Article 40

Immeubles

¹ Les immeubles affectés à l'exploitation médicale ou hôtelière des Hôpitaux Universitaires de Genève et des Hospices Cantonaux Vaudois sont mis à la disposition de l'Ensemble hospitalier dès l'entrée en vigueur du présent Concordat.

² La gestion des immeubles d'exploitation est déléguée à l'Ensemble hospitalier par convention conclue avec le canton, l'établissement public ou la fondation qui en reste propriétaire; cette convention est soumise à l'approbation des Conseils d'Etat des cantons concordataires.

Article 41

Biens mobiliers

¹ La propriété des biens mobiliers affectés à l'exploitation médicale ou hôtelière des Hôpitaux Universitaires de Genève et des Hospices Cantonaux Vaudois est transférée de plein droit à l'Ensemble hospitalier le jour de l'entrée en vigueur du présent Concordat.

² Ce transfert est dispensé de droits d'enregistrement par les cantons concordataires.

Article 42

Nouvelles constructions

¹ Les nouvelles constructions, dont la réalisation est confiée à l'Ensemble hospitalier, sont financées conformément au programme approuvé par les Conseils d'Etat des cantons concordataires.

² Le régime de propriété des nouveaux immeubles est défini en concertation par les Conseils d'Etat.

Article 43

Charges financières et amortissement

¹ L'Ensemble hospitalier pourvoit aux charges financières et à l'amortissement des biens dont il est propriétaire.

² Les charges financières et l'amortissement des immeubles incombent à leur propriétaire.

Article 44

Entretien

¹ L'entretien courant des immeubles mis à la disposition de l'Ensemble hospitalier incombe à celui-ci.

² Des rénovations importantes ne peuvent toutefois être entreprises que dans le cadre du programme de constructions arrêté par le Conseil d'administration du Réseau.

Article 45

Mandats de prestations

¹ Un mandat de prestations annuel ou pluriannuel précise les relations entre les cantons concordataires et les Universités dans le domaine de l'enseignement et de la recherche en médecine fondamentale et clinique; il en va de même des relations entre les cantons concordataires et l'Ensemble hospitalier.

² Ces mandats de prestations déterminent les ressources allouées aux Facultés par les Universités et à l'Ensemble hospitalier par les cantons concordataires, en fonction des objectifs fixés et des résultats atteints.

Article 46

Accord entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier

¹ Un accord définit globalement et par entité les relations entre les Facultés et l'Ensemble hospitalier.

² Cet accord précise en particulier l'activité des Facultés dans le domaine de la recherche clinique et l'appui apporté par l'Ensemble hospitalier à l'enseignement et à la recherche universitaire.

Article 47

Ressources

Les ressources du Réseau et de ses établissements membres se composent:

- a) du produit de la facturation de leurs prestations;
- b) des revenus de leur patrimoine;
- c) des subventions des cantons concordataires, fixées le cas échéant dans le cadre des mandats de prestations;

- d) des subventions d'autres collectivités publiques;
- e) des financements fournis par des fonds privés ou par d'autres institutions locales, nationales ou internationales;
- f) de dons et de legs.

Article 48

Subventions

¹ Les subventions sont fixées par les cantons concordataires de manière à assurer notamment la couverture de la part des frais de l'Ensemble hospitalier qui ne sont pas imputables à la charge de l'assurance-maladie conformément à l'article 49 LAMal; il en est de même pour les conventions conclues en vertu de la LAA, de la LAI, de la LAMF, ainsi que d'accords internationaux signés par la Confédération.

² Dans la mesure où les forfaits hospitaliers ne couvrent pas le 50 % des coûts imputables dans un canton concordataire au moment de l'entrée en vigueur du présent Concordat, il en est tenu compte dans la fixation de la part des subventions incombant à ce canton.

Article 49

Exonération fiscale

Les établissements publics constituant le Réseau sont exonérés de tout impôt cantonal ou communal.

CHAPITRE VII

Contrôle financier

Article 50

Organe de révision

Le Conseil d'administration du Réseau nomme, après un appel d'offres approprié, un organe de révision, choisi parmi les professionnels de la révision.

Article 51

Contrôle de gestion

¹ Le Conseil d'administration reçoit avant le 15 avril de chaque année le rapport de gestion pour l'exercice précédent des établissements membres, affiliés ou associés au Réseau.

² Il peut faire contrôler en tout temps leur comptabilité et leur gestion.

³ Les règles des cantons concordataires sur le contrôle financier s'appliquent également au Réseau, ainsi qu'à ses établissements membres, affiliés ou associés.

CHAPITRE VIII

Décisions nécessitant l'approbation des Conseils d'Etat

Article 52

Approbation des
Conseils d'Etat

Sont soumis à l'approbation des Conseils d'Etat des cantons concordataires:

- a) le budget et les comptes annuels consolidés du Réseau;
- b) le rapport de gestion annuel du Réseau comprenant les rapports de ses établissements affiliés et associés;
- c) les adaptations de subventions prévues par les mandats de prestations;
- d) le plan directeur du Réseau;
- e) le programme de constructions du Réseau;
- f) l'affiliation ou l'association d'un établissement au Réseau;
- g) l'acquisition à titre onéreux d'immeubles ou d'autres droits réels immobiliers dont la valeur ne dépasse pas Fr. 2 000 000.—;
- h) les emprunts contractés par le Réseau ou par ses établissements membres ou affiliés;
- i) la convention de délégation de gestion à l'Ensemble hospitalier des immeubles d'exploitation mis à sa disposition;

- j) la création d'une caisse de pensions ou d'allocations familiales propre aux établissements membres ou affiliés au Réseau.

Article 53

Nominations

Les Conseils d'Etat des cantons concordataires nomment après concertation préalable:

- a) les membres du Conseil d'administration du Réseau qui n'en sont pas membres de droit;
- b) les professeurs ordinaires de médecine sur proposition du Conseil d'administration du Réseau.

Article 54

Signature des
mandats de
prestations

Les mandats de prestations sont signés par les Conseils d'Etat des cantons concordataires.

CHAPITRE IX

Contrôle parlementaire

Article 55

Approbation des
Grands Conseils

¹ Sont soumis à l'approbation des Grands Conseils des cantons concordataires, conformément aux procédures budgétaires:

- a) les montants des subventions incombant au canton concerné pour chaque exercice du mandat de prestations;
- b) les modifications de ces subventions.

² Sont également soumises à l'approbation des Grands Conseils:

- a) l'acquisition à titre onéreux d'immeubles ou d'autres droits réels immobiliers par le Réseau ou par l'Ensemble hospitalier dont la valeur dépasse Fr. 2 000 000.—.
- b) toute aliénation par le Réseau ou par l'Ensemble hospitalier d'immeubles ou d'autres droits réels immobiliers.

Article 56

Rapport annuel aux
Grands Conseils

¹ Les Grands Conseils des cantons concordataires sont saisis chaque année par les gouvernements d'un rapport portant sur:

- a) le budget annuel du Réseau;
- b) le rapport de gestion et les comptes annuels consolidés du Réseau;
- c) la mise en œuvre des mandats de prestations et du plan directeur.

² Ce rapport est examiné par une commission interparlementaire, composée de 30 députés, dont 15 sont désignés par chaque Assemblée, conformément à la procédure qui lui est propre.

³ Les décisions sont prises en deux collèges, dont chacun fait rapport à son Assemblée.

Article 57

Elections

La commission interparlementaire préavise l'élection des membres du Conseil hospitalier, dans la mesure où elle incombe aux Grands Conseils.

CHAPITRE X

Responsabilité civile

Article 58

Responsabilité des
magistrats

La responsabilité civile des magistrats siégeant au Conseil d'administration du Réseau pour les actes licites et illicites commis dans l'exercice de leurs fonctions est régie par les lois cantonales sur la responsabilité de l'Etat.

Article 59

Responsabilité
pour actes illicites

¹ Les cantons concordataires répondent solidairement du dommage résultant pour des tiers d'actes illicites commis soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence par des membres du Conseil d'administration autres que les magistrats, des fonctionnaires ou des agents du Réseau dans l'accomplissement de leur travail.

² Les lésés n'ont aucune action directe envers les membres du Conseil d'administration, fonctionnaires ou agents du Réseau.

Article 60

Action récursoire

Lorsque le dommage a été causé intentionnellement ou par négligence grave, les cantons concordataires disposent, même après la fin du mandat ou des rapports de service, d'une action récursoire contre les membres du Conseil d'administration, fonctionnaires ou agents du Réseau.

Article 61

Responsabilité
pour actes licites

Les cantons concordataires ne sont tenus de réparer le dommage résultant pour des tiers d'actes licites commis par des membres du Conseil d'administration, des fonctionnaires ou des agents du Réseau dans l'exercice de leur fonction ou dans l'accomplissement de leur travail que si l'équité l'exige.

Article 62

Renvoi au Code
civil suisse

Les dispositions précédentes sont soumises aux règles générales du Code civil suisse appliquées à titre de droit concordataire supplétif.

Article 63

For

L'action en responsabilité peut être portée au choix du demandeur devant le Tribunal compétent de l'un ou l'autre des cantons concordataires.

Article 64

Ensemble
hospitalier

Les dispositions du présent chapitre sont également applicables à l'Ensemble hospitalier.

CHAPITRE XI

Voies de recours

Article 65

Commission
de recours
concordataire

¹ Les décisions prises dans des cas d'espèce par le Réseau ou par l'Ensemble hospitalier et touchant les personnes dans leurs droits et obligations, notamment en matière de statut du personnel, y compris les sanctions disciplinaires autres que le blâme ou l'avertissement, peuvent faire l'objet d'un recours devant une commission; les compétences du tribunal arbitral concordataire sont réservées.

² La commission de recours concordataire se compose de trois juges et de trois suppléants, désignés pour quatre ans de la manière suivante:

- a) un juge du Tribunal administratif du canton de Vaud, désigné par celui-ci parmi ses magistrats professionnels;
- b) un juge du Tribunal administratif de la République et canton de Genève, désigné par celui-ci parmi ses magistrats professionnels,
- c) un président, choisi parmi les juges administratifs professionnels d'un canton concordataire ou non concordataire par le Conseil d'administration du Réseau.

³ Les trois suppléants sont désignés selon la même procédure.

⁴ Le mandat des juges et de leurs suppléants est renouvelable.

⁵ La loi fédérale sur la procédure administrative s'applique à titre de droit concordataire supplétif aux délais et à la procédure de recours, ainsi qu'à la récusation des magistrats.

Article 66

Opposition

¹ Le statut du personnel du Réseau ou de l'Ensemble hospitalier peut prévoir qu'un recours selon le présent chapitre doit être précédé d'une opposition auprès de l'autorité qui a pris la décision litigieuse dans les 30 jours de son prononcé.

² Dans ce cas, c'est la décision sur opposition qui peut être portée devant la commission de recours concordataire.

Article 67

Actions pécuniaires

¹ Les contestations pécuniaires entre les membres du personnel et le Réseau ou l'Ensemble hospitalier peuvent faire l'objet d'une action judiciaire, pour autant qu'elles ne tendent pas à la modification d'une situation découlant d'une décision qui pouvait faire l'objet d'un recours en application des dispositions du présent chapitre.

² La commission de recours concordataire est compétente pour connaître de ces actions pécuniaires.

Article 68

Tribunal arbitral
selon
l'art. 89 LAMal

¹ Les litiges entre les assureurs et l'Ensemble hospitalier au sens de l'article 89 LAMal sont portés devant un tribunal arbitral désigné pour quatre ans en concertation par les Conseils d'Etat des cantons concordataires; le mandat du tribunal arbitral est renouvelable.

² Le siège de l'arbitrage est défini librement par le Tribunal arbitral.

³ La procédure applicable est celle du canton de ce siège.

CHAPITRE XII

Dispositions diverses

Article 69

Publications

Les publications concernant les règlements et les décisions de portée générale prises par le Réseau et par ses membres sont faites dans la Feuille des avis officiels des cantons concordataires.

Article 70

Tribunal arbitral
concordataire

¹ Tout différend entre les cantons concordataires, les Universités, le Réseau ou ses établissements membres, affiliés ou associés et portant sur l'interprétation ou l'application du présent Concordat qui ne pourrait être réglé par la voie de la concertation sera soumis à un tribunal arbitral composé de trois arbitres.

² La procédure d'arbitrage est ouverte à la demande de la partie la plus diligente, chaque partie disposant dès réception de la requête par l'autre partie de 30 jours pour la nomination d'un arbitre.

³ Les deux arbitres désignés par les parties disposent à leur tour de 30 jours pour s'entendre sur le choix du président; à défaut d'accord sur le choix du président, sa désignation incombe au président du Tribunal fédéral.

⁴ En règle générale, le Tribunal arbitral siège alternativement dans chacun des cantons concordataires.

⁵ Les causes de récusation sont celles prévues par la loi fédérale d'organisation judiciaire.

⁶ La procédure est régie pour le surplus par la loi fédérale sur la procédure administrative applicable à titre de droit concordataire supplétif.

Article 71

Réclamation de
droit public

Les cantons concordataires conviennent de considérer comme définitive la sentence motivée du tribunal arbitral rendue dans un litige où ils étaient parties, dans la mesure où elle n'est pas déférée au Tribunal fédéral par la voie de la réclamation de droit public dans les 30 jours de sa notification aux parties.

CHAPITRE XIII

Dispositions transitoires et finales

Article 72

Constitution de
l'Ensemble
hospitalier

¹ L'Ensemble hospitalier est constitué par la réunion des Hôpitaux Universitaires de Genève et des Hospices cantonaux vaudois tels qu'ils existent au jour de l'entrée en vigueur du présent Concordat.

² Le Conseil d'Etat du canton de Vaud est cependant habilité, même après l'entrée en vigueur du Concordat, à exclure du Réseau les institutions de psychiatrie non universitaires et les écoles de formation en soins infirmiers et médico-techniques des Hospices cantonaux vaudois

Article 73

Bilan d'entrée

Le Conseil d'administration du Réseau fait dresser un bilan d'entrée au jour de l'entrée en vigueur du présent Concordat.

Article 74

Transfert des
droits et
obligations

Sous réserve des droits patrimoniaux, qui sont régis par le chapitre VI, tous les droits et obligations des cantons concordataires relatifs à l'Ensemble hospitalier passent de plein droit à cet Etablissement au moment de l'entrée en vigueur du présent Concordat.

Article 75

Personnel

¹ Le personnel travaillant au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève et des Hospices cantonaux vaudois au moment de l'entrée en vigueur du présent Concordat est transféré de plein droit à l'Ensemble hospitalier, avec les droits et les conditions de travail acquis au moment du transfert; il reste notamment soumis aux règles disciplinaires applicables avant le transfert.

² Le Conseil d'administration du Réseau détermine le statut auquel est soumis le personnel engagé ou nommé ultérieurement, aussi longtemps que l'Ensemble hospitalier n'a pas approuvé son propre statut du personnel.

³ Le personnel transféré à l'Ensemble hospitalier en vertu de la présente disposition reste affilié à sa caisse de prévoyance aussi longtemps que cet établissement n'a pas créé sa propre caisse. Sous la même réserve, le Conseil d'administration du Réseau détermine la caisse de prévoyance à laquelle sera affilié le personnel engagé ultérieurement.

Article 76

Adhésion et dénonciation

¹ Les déclarations d'adhésion des cantons concordataires sont remises au Département fédéral de justice et police, à l'intention du Conseil fédéral.

² Le canton qui veut dénoncer le Concordat doit en faire la déclaration au Département fédéral de justice et police, à l'intention du Conseil fédéral. La dénonciation ne produit son effet qu'à la fin de la deuxième année civile qui suit l'année au cours de laquelle elle a été notifiée.

Article 77

Liquidation des biens

¹ La dénonciation du Concordat n'entraîne pas automatiquement la dissolution de l'Ensemble hospitalier à son échéance.

² La dissolution de l'Ensemble hospitalier, son mode de liquidation et la désignation des liquidateurs doivent être soumis par les gouvernements à la ratification des Grands Conseils des cantons concordataires.

³ Le produit net de liquidation est réparti entre les cantons concordataires sur proposition des liquidateurs.

⁴ Tout différend relatif à la liquidation peut être soumis par les cantons concordataires au Tribunal arbitral institué par le Chapitre XII.

Article 78

Entrée en vigueur

¹ Le Concordat entre en vigueur le 1^{er} janvier de l'année qui suit l'adhésion des deux cantons signataires; les gouvernements cantonaux peuvent toutefois différer ce délai d'une année au plus.

² Après son approbation par le Conseil fédéral, le Concordat est publié au Recueil officiel des lois fédérales.

Article 79

Clause abrogatoire

Le présent Concordat abroge dès son entrée en vigueur toute disposition législative contraire des cantons concordataires.