



Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017
et
Exposé des motifs et projet de décret sur le Plan stratégique du CHUV 2014-2018

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	3
2	RESUME DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE SANITAIRE 2013-2017.....	3
2.1	Introduction.....	3
2.2	Bilan 2008-2012.....	4
2.3	Tendances 2013 2017.....	4
2.4	La réponse du Conseil d'Etat : 5 lignes directrices et 55 mesures.....	5
3	PLAN STRATEGIQUE CHUV.....	10
3.1	Résumé du rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique CHUV 2009-2013.....	10
3.2	Résumé du plan stratégique CHUV 2014-2018.....	11
3.2.1	<i>Le Plan stratégique CHUV 2014-2018 en image.....</i>	<i>11</i>
3.2.2	<i>Le Plan stratégique CHUV 2014-2018 en bref (résumé).....</i>	<i>12</i>
3.3	Position du Conseil d'Etat.....	15
3.3.1	<i>Introduction.....</i>	<i>15</i>
3.3.2	<i>Commentaires.....</i>	<i>15</i>
3.3.3	<i>Conclusion.....</i>	<i>17</i>
4	CONSEQUENCES.....	17
4.1	Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité).....	17
4.2	Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres).....	17
4.3	Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et éc. 17	
4.4	Personnel.....	17
4.5	Communes.....	17
4.6	Environnement, développement durable et consommation d'énergie.....	17
4.7	Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	18
4.8	Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA 18	
4.9	Découpage territorial (conformité à DecTer).....	18
4.10	Incidences informatiques.....	18
4.11	RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	18
4.12	Simplifications administratives.....	18
4.13	Autres.....	18
5	CONCLUSION.....	18

1 INTRODUCTION

En matière de santé publique, le Conseil d'Etat a deux grands rendez-vous avec le Grand Conseil au début de chaque législature:

- le Rapport sur la politique sanitaire, que le Conseil d'Etat s'est engagé à présenter au Grand Conseil ;
- le Plan stratégique du CHUV, qui est soumis à l'adoption du Grand Conseil conformément à la loi sur les Hospices cantonaux.

Le Conseil d'Etat présente simultanément ces deux objets au Grand Conseil afin de lui offrir une vue d'ensemble pour les années à venir, en cohérence avec son Programme de législature et sa planification financière. Cette vision s'inscrira dans le respect des mécanismes constitutionnels d'allocation des moyens financiers. Dès lors, le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil, d'une part, ses intentions de politique sanitaire et, d'autre part, les objectifs stratégiques relevant spécifiquement du CHUV.

Sur la forme, le présent document ne contient que des résumés, les textes complets figurant en annexe. Il est donc structuré comme il suit:

- La première partie est consacrée au Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017 (résumé sous ch. 2 ci-dessous et rapport complet en annexe).
- La seconde partie, qui porte sur le plan stratégique du CHUV, est subdivisée en trois:
 - a. rapport établi par le CHUV sur la mise en œuvre de son Plan stratégique 2009-2013 (résumé sous ch. 3.1 ci-dessous et évaluation complète en annexe) ;
 - b. Plan stratégique établi par le CHUV pour les années 2014-2018 (résumé sous ch. 3.2 ci-dessous et plan stratégique complet en annexe) ;
 - c. position du Conseil d'Etat sur ce nouveau plan stratégique (ch. 3.3).

2 RESUME DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE SANITAIRE 2013-2017

2.1 Introduction

Le Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017 est un document qui permet de faire le bilan des actions conduites au cours de la précédente législature, d'analyser les principaux changements survenus ou à venir dans le domaine de la santé et de fixer les lignes directrices ainsi que les actions à conduire au cours des cinq prochaines années.

En mars 2004, le Conseil d'Etat présentait au Grand Conseil un Rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2003-2007. Le Conseil d'Etat fondait sa stratégie sur six axes prioritaires qui constituaient le cadre de l'action de l'Etat pour cette période et à partir desquels se déclinaient les principaux objectifs qu'il entendait poursuivre.

Dans le même temps, le Gouvernement annonçait que sa vision, dans ce domaine d'une importance cruciale pour le canton, devrait être réactualisée régulièrement au début de chaque législature. Tel a été le cas en 2008, avec le rapport portant sur la période 2008-2012. Tel est également l'objet du rapport 2013-2017 qui, logiquement, analyse les résultats obtenus au cours de la précédente législature, identifie les tendances lourdes qui s'imposeront au cours des années à venir et enfin énumère les actions prioritaires que le Conseil d'Etat entend conduire dès maintenant pour faire évoluer le système de santé vaudois.

2.2 Bilan 2008-2012

Sur la base du bilan détaillé action par action dressé dans la première partie du rapport en annexe, le Conseil d'Etat qualifie les années 2008-2012 de période de consolidation, d'adaptation et d'anticipation.

La législature précédente a ainsi permis de consolider le système de santé en:

- poursuivant la réorganisation hospitalière (réorganisation des sites existants, projet d'hôpital intercantonal Riviera-Chablais, révision des missions des hôpitaux et travaux des collègues de médecins spécialistes),
- diversifiant la politique médico-sociale (développement des logements protégés et soutien à l'aide informelle et bénévole),
- regroupant les forces de santé publique autour de quelques programmes mobilisateurs (diabète Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCI) Bureaux régionaux d'information et d'orientation (Brios) plan de santé mentale alimentation équilibrée et activité physique prévention des dépendances filière de neuroréhabilitation),
- maintenant la qualité des prestations (harmonisation des approches sanitaire et sociale et surveillance des maladies transmissibles),
- améliorant la gouvernance (partenariat avec la Société vaudoise de médecine, création de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), mise en place de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA) et du Groupe d'experts en addictions (GEA)).

D'autres actions visaient quant à elles à adapter le système :

- aux changements démographiques et à l'augmentation des maladies chroniques (mise à disposition de lits d'hébergement supplémentaires, augmentation des ressources des services d'aide et de soins à domicile et renforcement de la coordination des soins),
- à la pénurie des professionnels de santé (réorganisation de la garde médicale, formation postgraduée des médecins assistants, formation au cabinet du médecin et programmes de réinsertion ou de mise à niveau professionnelle),
- aux nouvelles données fédérales (révisions LAMal sur le financement hospitalier et le financement des soins de longue durée, stratégie eHealth et abandon de la "clause du besoin").

Enfin, sous l'angle de l'anticipation, la législature 2007-2012 a permis de remettre en question l'organisation sanitaire actuelle fondée sur la prise en charge d'affections aiguës. Cette remise en question s'est matérialisée par l'élaboration et la validation de la nouvelle politique cantonale "Vieillesse et santé".

2.3 Tendances 2013 2017

D'un point de vue de santé publique, le fait majeur de la période en cours et à venir est la transition épidémiologique vers les maladies chroniques et dégénératives. Ces maladies sont, principalement, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, le diabète, le cancer, les maladies neuropsychiatriques et les pathologies de l'appareil locomoteur. Les projections épidémiologiques témoignent de l'ampleur de l'augmentation du nombre absolu de personnes affectées par une ou plusieurs de ces maladies. En général, cette augmentation de la fréquence absolue de chaque maladie est plus forte que la croissance démographique.

Cette transition est liée à l'accroissement du nombre de personnes âgées à prendre en charge par le système de santé vaudois. La proportion de personnes âgées et très âgées augmente en effet plus vite que celle des autres classes d'âge.

Toutes les prévisions montrent ainsi un accroissement de la quantité des besoins et de leur diversité, qui est due au fait que la plupart des personnes âgées souffrent simultanément de plusieurs problèmes de santé. Il en résulte une augmentation et un élargissement des soins à fournir. Cette situation, typique d'une population vieillissante, pose des problèmes de prise en charge nouveaux qui nécessitent de renforcer le fonctionnement en réseau et la continuité des soins.

En amont, il convient de réduire la pression qu'exercent les facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, la sédentarité, la mauvaise alimentation, de mauvaises conditions de travail ou la dégradation de l'environnement, afin de limiter l'augmentation du nombre de malades. Une modification des habitudes de vie par la promotion de la santé et la prévention primaire et un dépistage précoce atténuent l'incidence des maladies en améliorant leur pronostic et réduisent la mortalité.

En même temps, le système de santé vaudois doit affronter une pénurie de professionnels de santé. Cette pénurie résulte d'un accroissement du déséquilibre entre les besoins de la demande de soins et une stagnation de l'effectif des professionnels. Cette pénurie touche autant la médecine de premier recours que la distribution des spécialistes et les soins infirmiers.

Ces éléments s'inscrivent dans un contexte caractérisé, d'une part, par des mécanismes de financement LAMal cloisonnés par catégories de prestations, qui n'incitent pas à développer des soins continus et intégrés et, d'autre part, par une volonté politique constante de freiner la hausse des coûts de la santé. L'enjeu est donc de promouvoir une allocation efficiente des ressources financières pour permettre l'adaptation du dispositif aux nouveaux besoins résultant de l'évolution épidémiologique.

2.4 La réponse du Conseil d'Etat : 5 lignes directrices et 55 mesures

Dès lors, les mesures que le Conseil d'Etat entend soutenir durant cette législature s'articulent autour de 5 lignes directrices:

1. Les actions de **prévention des maladies et de promotion de la santé** doivent être **amplifiées**. Le rapport propose une politique volontariste en la matière, afin de limiter l'augmentation du nombre de malades et, par là, de contribuer à la maîtrise des dépenses consacrées aux soins. Les objectifs pour cette législature sont ainsi de renforcer et développer les mesures de prévention et promotion de la santé existantes pour un effet accru sur le long terme ; mettre l'accent sur la prévention des pathologies chroniques ; adapter le système aux populations vulnérables pour diminuer l'effet des inégalités sociales ; optimiser le pilotage et améliorer la coordination entre les différents acteurs pour une efficacité et une efficience accrues ; intégrer la promotion de la santé et la prévention dans le système d'information sanitaire.
2. La **réorganisation des services de santé** doit être **consolidée**, en **assurant une offre suffisante en personnels**. Depuis plusieurs années, le Conseil d'Etat accorde une attention et des moyens particuliers à la réorganisation et au renforcement des services de santé. Cet engagement doit se poursuivre. Les capacités des institutions de soins, d'hébergement et d'accueil médico-social ainsi que des services qui œuvrent en faveur du maintien à domicile doivent être adaptées afin d'accueillir un nombre croissant de malades, atteints de pathologies chroniques et dégénératives en très forte augmentation ; quant aux programmes de santé mentale et de soins palliatifs, ils doivent être consolidés. Ces développements doivent être entrepris dans un contexte de pénurie annoncée de professionnels de la santé. Il est donc indispensable d'intensifier les mesures prises pour la combattre.
3. La **première ligne de prise en charge des patients** doit être **renforcée**. L'efficacité d'un

système de santé dépend en grande partie de la performance et de la qualité de sa première ligne de soins, qui englobe l'ensemble des professionnels (services à domicile, pharmaciens, ...) organisé autour du médecin de famille, du pédiatre ou du psychiatre et qui assure le premier accès aux services de soins. Le contexte de pénurie de médecins généralistes constitue aujourd'hui une entrave au développement d'un dispositif efficace en la matière. Il convient donc d'inciter les médecins assistants à faire le choix de cette profession et de tester de nouveaux modèles organisationnels aptes à répondre aux besoins de la population et aux attentes des professionnels.

4. La **politique cantonale "Vieillissement et santé"** doit être **mise en œuvre**. La précédente législature a vu l'élaboration d'un rapport "Politique cantonale Vieillissement et santé", sous l'égide d'un groupe d'experts. Cette politique doit à présent être mise en œuvre. Le vieillissement de la société vaudoise représente en effet une responsabilité majeure pour l'Etat, qui doit s'assurer que les conditions de vie des personnes âgées, vulnérables ou dépendantes, sont bonnes, prendre en compte leurs besoins et respecter leur dignité. Le système de santé vaudois doit aussi s'adapter à la prédominance des maladies chroniques et aux démences, en partie liées au vieillissement de la population. L'organisation du système de soins doit évoluer vers un modèle centré sur le patient et favorisant la collaboration des acteurs sanitaires et sociaux.
5. Les **instruments de pilotage de la politique sanitaire** doivent être **renforcés**. Au cours de la précédente législature, un effort particulier a porté sur l'adaptation du dispositif législatif, en regard de l'évolution de la législation fédérale. Pour les années à venir, le Conseil d'Etat entend mettre l'accent sur quatre préoccupations que sont la qualité et l'économicité des prestations ; le système d'information sanitaire ; la stratégie de communication ; la répartition des compétences entre canton et régions.

Le Conseil d'Etat a identifié 55 mesures opérationnelles distinctes qui s'inscrivent dans ces lignes directrices et qui précisent les orientations retenues par le programme de législature. Une vue d'ensemble de ces mesures est présentée ci-dessous.

L'ensemble de ces actions prévues pour la période 2013-2017 est ambitieux. Cette ambition est à la mesure des défis qui attendent le système de santé vaudois, invitant tous les acteurs à faire preuve de créativité pour mettre en place des solutions novatrices et à se mobiliser pour permettre leur réalisation. Le Conseil d'Etat s'engage résolument dans cette voie et soutiendra tous les efforts des acteurs dans ce sens, dans le respect de sa planification financière.

Vue d'ensemble des 55 mesures du Rapport sur la politique sanitaire 2013-2017

- Amplifier les actions de **prévention des maladies et de promotion de la santé**
 1. Actualiser le contrat de financement du programme de dépistage du cancer du sein afin d'y intégrer la coordination cantonale et mettre en place une évaluation du programme.
 2. Réaliser et évaluer un projet pilote de dépistage du cancer du côlon.
 3. Evaluer l'indication à conduire un programme de dépistage des mélanomes.
 4. Assurer la couverture cantonale et l'accès aux prestations du programme de dépistage et de lutte contre le diabète.
 5. Actualiser le contrat de financement du programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires afin d'y intégrer la coordination cantonale et mettre en place une évaluation du programme.
 6. Evaluer le projet pilote de dépistage et de lutte contre l'ostéoporose et étendre les

prestations à l'ensemble du canton.

7.Consolider le dispositif de dépistage et de lutte contre la maladie d'Alzheimer et autres démences et le coordonner avec les dispositifs gériatriques et psycho-gériatriques.

8.Identifier les facteurs environnementaux avec une charge de morbidité élevée.

9.Documenter les impacts sur la santé des principaux risques environnementaux et mettre cette information à disposition de la population.

10.D'entente avec les autres départements concernés, établir et proposer des actions concrètes de réductions des expositions aux menaces environnementales.

11.Définir les lignes directrices et la gouvernance d'une politique cantonale de promotion de la santé et de prévention des maladies au travail, plus particulièrement les actions pilotes à conduire dans les PME et au sein de l'administration cantonale.

12.Consolider le programme concernant la petite enfance, en accordant une attention particulière aux populations vulnérables.

13.Poursuivre les activités d'éducation sexuelle en milieu scolaire menées par PROFA, en renforçant les messages sur le respect et la diversité.

14.Renforcer la coordination interdépartementale des actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, en soutenant en particulier les actions contribuant à rompre l'isolement des élèves et à renforcer les liens dans l'établissement qui sont des déterminants communs à plusieurs thèmes de santé (dépendances, santé mentale, harcèlement par les pairs).

15.Poursuivre les programmes de prévention dans les domaines du tabac, de l'alcool, des drogues illégales et des addictions sans substances en veillant à la coordination interservices et à l'intégration des dispositifs mis en place.

16.Evaluer les dispositifs d'orientation et les prestations fournies dans le domaine des dépendances dans la perspective d'améliorer l'allocation de ressources.

17.Adapter le dispositif de lutte contre les maladies nosocomiales aux exigences nouvelles introduites par la législation fédérale.

– Consolider la **réorganisation des services de santé** et assurer une **offre suffisante en personnels**

18.Mettre en place un outil d'aide au pilotage du dispositif de lutte contre la pénurie de personnel soignant sous la forme d'un observatoire des professions de la santé chargé de procéder au recueil des données, à leur analyse et à la formulation de recommandations sur la lutte contre la pénurie.

19.Définir et mettre en œuvre un catalogue d'actions de lutte contre la pénurie de personnel soignant concernant en particulier les places de formation, les places de stage, la révision de la répartition des rôles entre soignants et la reprise de cabinets médicaux.

20.Prévoir dans les conventions de subventionnement, en particulier dans les contrats de prestations avec les hôpitaux, des objectifs à atteindre en matière de formation de personnel soignant (nombre et type de places de stage) ainsi que le financement lié à l'atteinte de ces objectifs.

21.Répartir les prestations hospitalières de soins aigus somatiques et psychiatriques entre hôpitaux et actualiser les mandats de prestations LAMal à l'horizon 2015 en cohérence notamment avec le plan stratégique 2014 -2018 du CHUV.

22.Assurer le suivi de la construction de l'Hôpital Riviera Chablais - Vaud Valais et son intégration dans le dispositif régional de prise en charge.

23. Assurer le suivi de la réorganisation des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv) et leur intégration dans le dispositif régional de prise en charge.
24. Actualiser la planification de l'offre en lits de réadaptation en vue de l'adapter à l'évolution démographique et épidémiologique.
25. Actualiser le statut et les modalités de rémunération des médecins-cadres actifs dans les établissements hospitaliers inscrits sur la liste LAMal, pour tenir compte des changements à venir résultant de la répartition des prestations et de la planification hospitalière.
26. Permettre à la Centrale téléphonique des médecins de garde de faire face à l'élargissement de ses missions d'orientation et accompagner la réflexion autour de la question de la médicalisation de la réponse téléphonique.
27. Mettre en place, évaluer et adapter les dispositifs de prise en charge des urgences pré-hospitalières, intégrés et coordonnés avec les autres partenaires d'urgence (pompiers, police, ambulances de l'Est et du Nord vaudois).
28. Poursuivre le programme d'investissement et de modernisation des EMS.
29. Adapter les capacités des services à domicile et des structures d'accompagnement médico-social (SAMS) pour faire face à l'évolution démographique et à l'augmentation des maladies chroniques.
30. Mettre en œuvre les mesures prévues par la Commission consultative cantonale visant à mieux reconnaître le rôle de proche aidant, à promouvoir les prestations de soutien et à prévenir les difficultés sociales et les problèmes de santé des proches.
31. Mettre en œuvre la filière de psychiatrie adulte pour améliorer l'accessibilité et la qualité de soins.
32. Renforcer la coordination entre les acteurs impliqués dans la mise en place des mesures découlant de la politique de santé mentale et consolider les financements des actions du plan de santé mentale.
33. Evaluer les résultats des programmes mis en œuvre en matière de santé mentale et les adapter si nécessaire.
34. Evaluer les résultats du programme de renforcement des soins palliatifs dans la perspective d'assurer une universalité et une équité d'accès aux prestations dans toutes les régions du canton.
- Renforcer la **première ligne de prise en charge des patients**
35. Soutenir des initiatives émanant de prestataires de soins ou de collectivités visant à mettre à disposition de la population une offre régionale intégrée de soins de premier recours (médecins, services d'aide et de soins à domicile, pharmacies, etc.).
36. Elaborer, mettre en œuvre et évaluer un projet pilote régional visant à assurer la prise en charge des urgences non vitales.
37. Concevoir avec les partenaires concernés (médecins, pharmaciens, assureurs) un modèle d'assurance maladie alternatif de qualité.
38. Organiser le cursus de formation post-graduée des médecins assistants pour les orienter vers la médecine de premier recours.
39. Augmenter le nombre de places d'assistantat au cabinet du médecin de premier recours (généralistes, internistes généralistes et pédiatres) et en garantir le financement, tout en veillant à améliorer la couverture cantonale.
40. Soutenir le développement des cursus de formation postgraduée des médecins de famille

- dans l'ensemble des régions du canton, en lien avec un hôpital.
- Mettre en œuvre la **politique cantonale "Vieillessement et santé"**
 41. Elaborer, déployer et évaluer un programme d'actions de promotion de la santé et de prévention contribuant au maintien de l'autonomie et de l'indépendance des personnes vieillissantes.
 42. Soutenir la mise en place de systèmes de case management des situations de soins complexes et une évaluation partagée des cas grâce à un développement cohérent des mécanismes d'échange d'informations à l'échelle du canton.
 43. Elaborer un cadre de référence cantonal "Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu" et négocier son application, via les contrats de prestations de chaque hôpital, au titre des prestations d'intérêt général.
 44. Inciter les centres de formation (CUS, HESSO) à adapter les enseignements de base des professionnels de la santé pour améliorer les compétences dans les soins aux personnes âgées.
 45. Soutenir l'organisation périodique de symposiums interprofessionnels consacrés à la thématique "Vieillessement et Santé".
 46. Soutenir la mise en place dans les institutions sanitaires de plans de formation continue portant notamment sur la santé des populations vieillissantes.
 - Renforcer les **instruments de pilotage de la politique sanitaire**
 47. Déployer un dispositif et des processus harmonisés permettant d'exercer une surveillance sur l'ensemble des institutions relevant de la responsabilité du DSAS.
 48. Poursuivre le développement du dispositif de contrôle de l'affectation des ressources publiques dans le domaine de la santé.
 49. Contrôler la mise en œuvre par les partenaires tarifaires des dispositions fédérales en matière de contrôle de l'économicité des prestations.
 50. Identifier et valoriser les prestations d'intérêt général (PIG) fournies par les institutions sanitaires, en particulier les hôpitaux, et financées par l'Etat.
 51. Développer le pilotage, le système d'information et les processus d'évaluation des programmes de santé publique et prévention.
 52. Adapter le système d'information du Service de la santé publique à l'évolution des besoins et de l'organisation sanitaire dans la perspective de soutenir la surveillance de l'accès aux prestations, de la qualité, de la sécurité et des coûts de prise en charge ainsi que de documenter l'évolution prévisible de l'offre et de la demande.
 53. Créer un observatoire vaudois de la santé alimenté par la mise en réseau des différents systèmes d'information des partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire de la population, en mettant la priorité sur les personnels de santé, ainsi que sur les outils permettant le pilotage de la politique "Vieillessement et Santé".
 54. Actualiser la stratégie de communication en matière de santé dans le but de soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé, d'informer la population et les professionnels de la santé sur l'évolution du système de santé ainsi que sur son bon fonctionnement, et de les sensibiliser à une utilisation appropriée des services à disposition.
 55. Elaborer un cadre de référence "délégation de compétences" portant sur les conditions à remplir pour assumer un mandat régional de couverture globale des besoins sanitaires de la population, notamment des soins de premier recours, et entamer des négociations en vue de l'attribution d'un tel mandat à une entreprise régionale de santé (réseaux de soins,

établissement de soins intégrés, etc.), en vue de conduire une expérience pilote.

3 PLAN STRATEGIQUE CHUV

3.1 Résumé du rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique CHUV 2009-2013

Le plan stratégique 2009-2013, qui s'inscrivait dans la continuité du précédent, présente un bilan globalement très positif. Ses différents succès bénéficieront au prochain plan stratégique 2014-2018.

Pour n'en citer que quelques uns : le CHUV a posé les bases de son schéma directeur des constructions à réaliser au cours des vingt ans à venir pour prendre en charge une population vaudoise qui pourrait passer le cap des 800000 habitants d'ici 2030. Il l'a établi dans le cadre du Plan d'affectation cantonal (PAC 315).

De même, le CHUV a organisé de nombreux déménagements qui ont permis de libérer des espaces pour les soins dans le bâtiment principal et de regrouper la recherche et les laboratoires au Biopôle à Epalinges.

Dans le domaine de la relève académique, entre 2009 et 2012, 51 professeurs ordinaires médicaux ont été nommés une infirmière a été nommée professeure associée et une seconde a été nommée professeure ordinaire à la FBM ; un infirmier a entamé un parcours de doctorant ; 12 collaborateurs du CHUV ont obtenu un master en sciences infirmières.

Sur le plan des projets, dans le domaine du vieillissement, une unité de soins aigus dédiée aux seniors, qui constitue également un lieu de formation dans le domaine gériatrique a été ouverte, de même qu'une filière qui permet de renforcer les processus d'évaluation et d'orientation des personnes âgées au Service des urgences. Concernant un tout autre groupe d'âge, en 2009, des équipes mobiles qui ont pour but de détecter précocement des troubles psychiatriques chez les adolescents et les jeunes adultes ont été mises sur pied dans les secteurs Ouest et Nord de même un Centre vaudois d'anorexie-boulimie a été ouvert à l'hôpital de Saint-Loup. Un Département des neurosciences cliniques et un Centre de la Mémoire ont été créés. Dans le domaine du cancer, les bases d'un nouveau Département d'oncologie CHUV-UNIL ont été posées ce dernier a été inauguré le 1er janvier 2013 un Centre du sein a ouvert en 2010 et d'autres centres interdisciplinaires (tumeurs thoraciques, prostate) sont en voie de l'être. Parallèlement, le CHUV a développé un programme de lutte contre la douleur et ouvert un Centre d'antalgie, ainsi qu'un Service hospitalier de soins palliatifs dirigé par un chef de service, professeur ordinaire de la FBM.

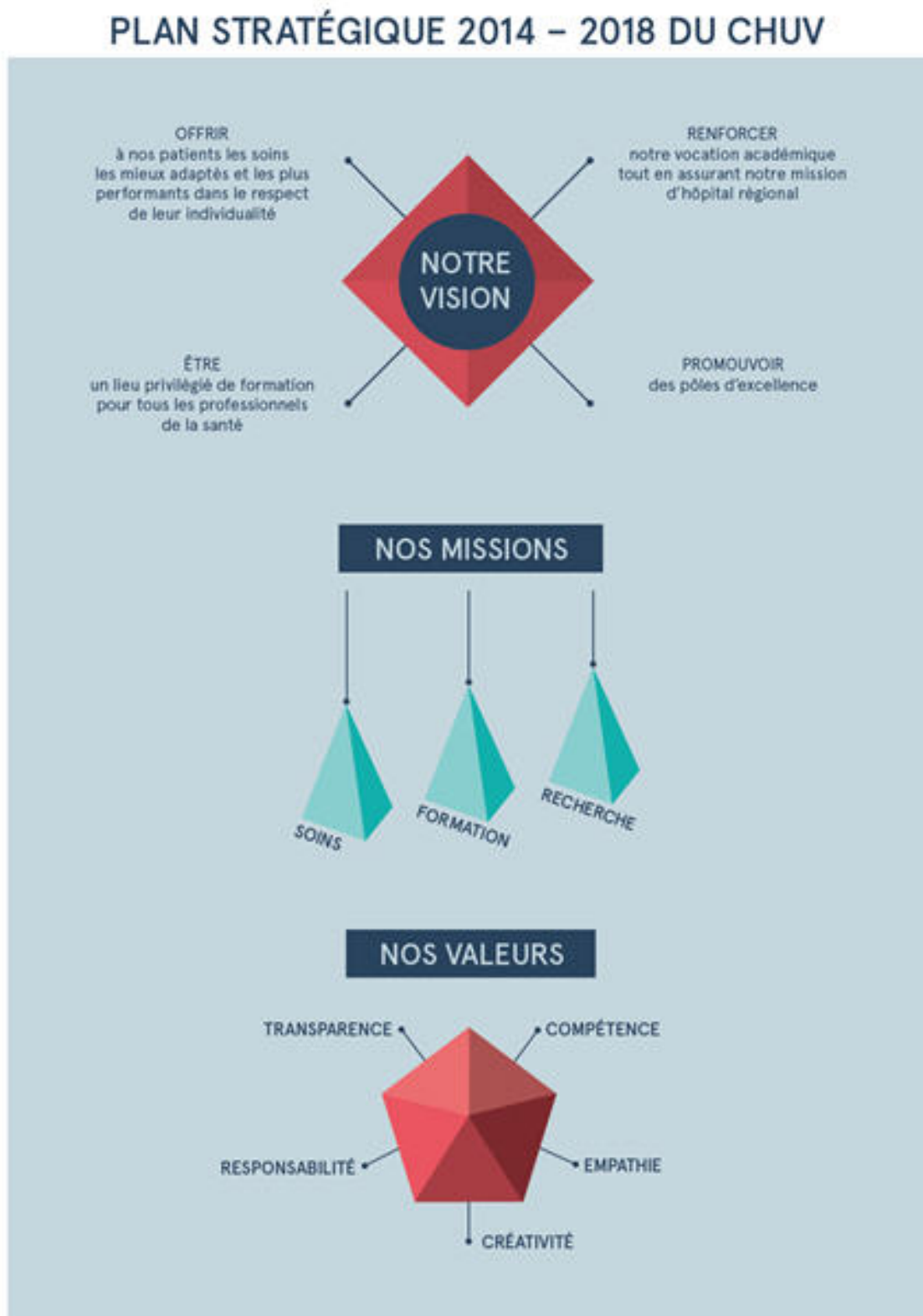
Au total, de 2009 à mars 2013, ce sont 129 projets qui ont démarré, dont 79 sont terminés. Pour suivre la mise en œuvre de ces projets, un dispositif de "Portfolio & Project Management Office" (PPMO) a été mis en place.

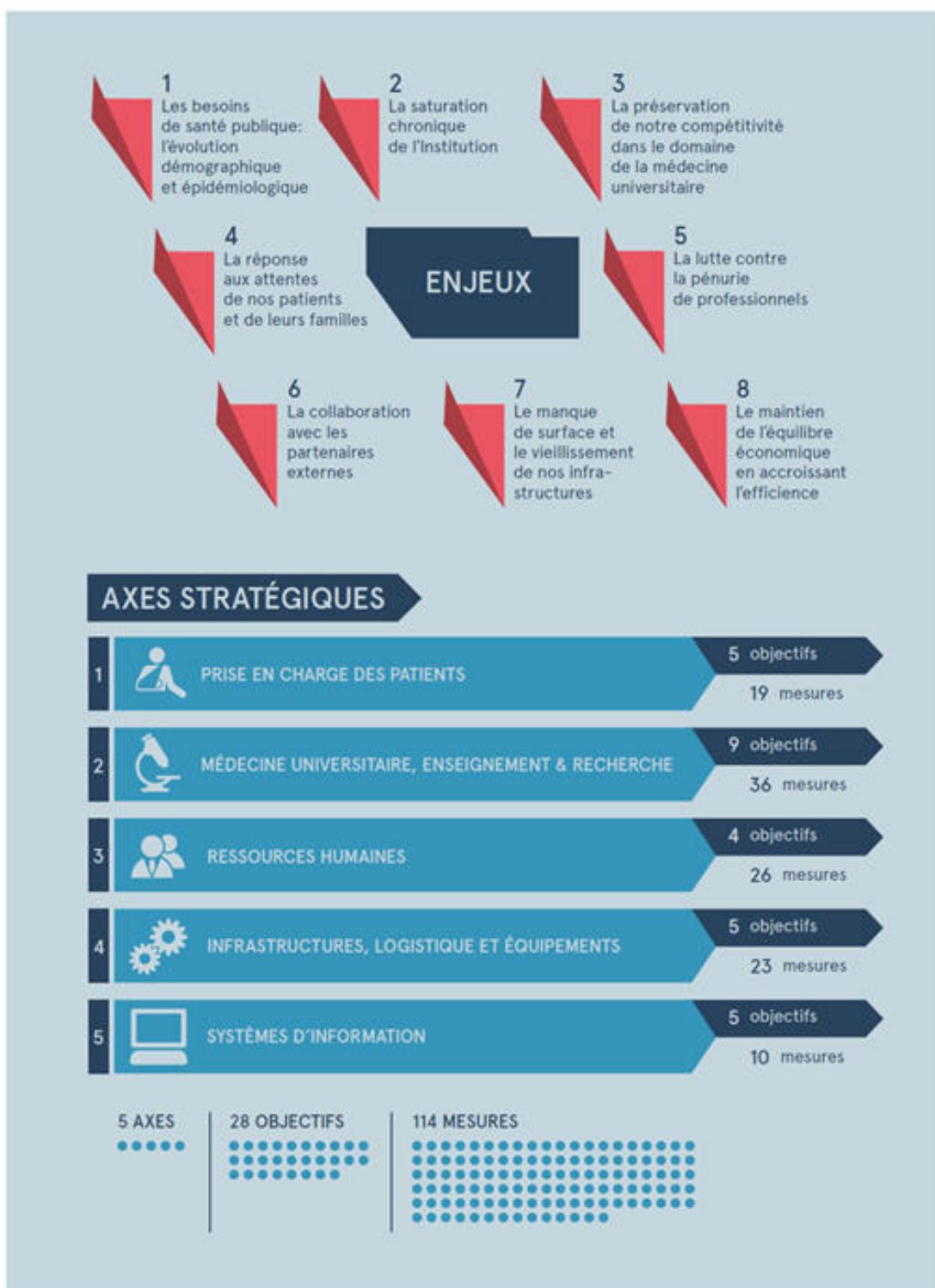
Enfin, dans le domaine de la recherche, le CHUV a inauguré un Centre de recherche clinique en 2012, créé un Centre de production cellulaire et lancé un ambitieux projet de Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL), outil unique et précieux de la recherche translationnelle lémanique.

L'ensemble des réalisations de 2009 à mars 2013 est décrit de manière plus détaillée dans le rapport en annexe.

3.2 Résumé du plan stratégique CHUV 2014-2018

3.2.1 Le Plan stratégique CHUV 2014-2018 en image





3.2.2 Le Plan stratégique CHUV 2014-2018 en bref (résumé)

La feuille de route contenue dans ce plan stratégique se lit comme une carte d'orientation : 5 axes stratégiques qui se déclinent en 28 objectifs prioritaires dont découlent 114 mesures concrètes. Si ce document a été conçu comme un guide, c'est que le contexte dans lequel s'inscrit le CHUV a beaucoup évolué depuis le précédent plan stratégique.

Le CHUV est désormais ancré dans un système sanitaire lui-même soumis à une série de mutations

rapides et profondes qui promettent de s'accroître encore durant la période 2014-2018:

- La médecine et la prise en charge des patients évoluent rapidement (vieillesse de la population, mouvements migratoires, avancées technologiques rapides, information massive disponible aux patients).
- La concurrence entre établissements hospitaliers s'accroît, en particulier dans le domaine de l'activité tertiaire : la dernière révision de la LAMal introduit la liberté de choix de l'hôpital sur le plan suisse. L'introduction du système SwissDRG dès 2012, de même que celle d'indicateurs de mesure de qualité, renforcent cette situation.
- La répartition des compétences entre les cantons et la Confédération, d'une part, et entre les grands centres hospitalo-universitaires, d'autre part, fait l'objet de discussions politiques intenses.
- La capacité de production du CHUV constitue un frein majeur à son développement : notamment son infrastructure en partie vieillissante, combinée aux insuffisances du dispositif en aval. L'engorgement chronique que connaissent ses structures représente un handicap dans la gestion de l'activité qu'elle soit de soins ou de recherche.
- La pression budgétaire reste constante même si ces dernières années l'Etat a mis suffisamment de moyens à la disposition du CHUV pour garantir son bon développement. L'adoption, au niveau national, du système SwissDRG qui permet une comparaison entre hôpitaux universitaires doit conduire le CHUV à porter une attention particulière à l'efficacité de ses prestations.

Des choix à opérer

Avec plus de 7'000 EPT, près de 50'000 patients hospitalisés, 37'000 urgences et 1'200'000 cas-jour-service ambulatoires par année, un budget de 1.35 milliards de francs et une activité de recherche reconnue au niveau international, le CHUV devra, au cours des cinq ans qui se profilent, faire des choix stratégiques déterminants qui auront pour but de le renforcer dans ses missions universitaires tout en lui permettant de continuer à assumer pleinement ses responsabilités d'hôpital de premier recours.

En opérant ces choix, il devra tenir compte bien sûr de ce double mandat, mais outre celui-ci des autres responsabilités qui sont les siennes. En effet, vu sa situation géographique au centre de la Suisse romande, sa position de pointe dans certains secteurs de la médecine hautement spécialisée (centre de transplantation, centre de traumatologie, centre pour grands brûlés, cardiologie, neurochirurgie, oncologie, néonatalogie), sa politique de partenariat avec l'UNIL, l'EPFL, les HUG et les instituts de recherche actifs dans le canton (ISREC, Ludwig), le CHUV assume une mission de centre de soins tertiaires pour la Suisse occidentale et de centre d'excellence pour la formation et la recherche centré sur ses compétences et spécialités particulières.

Une force : des collaborateurs compétents et motivés

Pour s'engager dans cette période de 2014 à 2018, le CHUV dispose d'un atout d'exception : ses collaborateurs. Une des conditions essentielles de sa réussite réside dans la qualification, la motivation et la participation de ses professionnels à tous les niveaux. Cette orientation est motivée par une culture d'excellence clinique, d'interdisciplinarité et de coopération qui demande une fidélisation et une qualification permanente des cadres intermédiaires infirmiers, médicaux, administratifs et logistiques ou techniques.

C'est dans ce contexte que le CHUV s'engage sur trois orientations prioritaires : le renforcement et le

développement des compétences, la valorisation des cadres et des collaborateurs et le renforcement de la gestion des ressources humaines.

Au cours de l'exercice précédent, entre 2009 et 2013, le CHUV a posé des jalons importants : il a créé les conditions nécessaires au renforcement d'une formation pré- et post-graduée de qualité et correspondant au dernier niveau des connaissances scientifiques en vue d'assurer la relève. La création et la mise en place d'une formation par filière ABCDx, qui oriente les jeunes médecins très tôt dans leur formation sur des filières hospitalières, de cabinet ou encore académiques contribuera à assurer une cohérence et permettra d'augmenter le nombre de médecins.

Dans le domaine de la recherche, le CHUV concentre ses moyens institutionnels pour :

- Soutenir les orientations stratégiques médicales du CHUV (oncologie, cardiovasculaire, neurosciences cliniques, médecine réparatrice, infectiologie/immunologie/vaccinologie, métabolisme et nutrition, médecine génomique) et les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV.
- Acquérir les compétences et masses critiques nécessaires.
- Contribuer à l'innovation technologique dans le domaine du bio-engineering.
- Renforcer la capacité d'innovation et accélérer l'introduction de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques en déployant les plateformes nécessaires de production et de recherche clinique.
- Soutenir la recherche en sciences infirmières centrée sur les pratiques de soins, la collaboration interprofessionnelle et les nouveaux modes de prise en charge des patients, ainsi que l'intégration des savoirs dans la pratique.

Le patient au centre

Si les collaborateurs sont sa richesse, les patients constituent bien évidemment le centre des intérêts du CHUV. L'objectif est d'assurer une meilleure continuité dans le traitement entre et pendant les phases de diagnostic et de soin grâce au développement d'itinéraires cliniques et d'autres instruments organisationnels. Cette orientation s'exprime par une intégration des spécialités médico-soignantes autour des besoins du patient et des partenaires, une optimisation de l'accès des patients aux diagnostics et traitements (temps d'attente) ainsi qu'une amélioration continue de la performance médicale, soignante et technique. Afin de faciliter l'atteinte de ces résultats, le CHUV prévoit le développement de la gouvernance clinique, de systèmes d'information performants et flexibles (dont le dossier patient informatisé), ainsi que la modernisation de ses infrastructures par le biais d'un schéma directeur des constructions.

Notre hôpital développe et implémente des modèles de prise en charge spécifiques (sous forme d'itinéraires cliniques, de filières cliniques ou de centres de prise en charge) pour toutes les pathologies qui sont soit très fréquentes soit très complexes. Il cultive une coopération systématique avec les CTR, les EMS, les soins à domicile et les hôpitaux et médecins référents pour améliorer l'efficacité, la continuité et la qualité de la prise en charge des patients.

Le CHUV développe son activité en étroite coopération avec les cantons latins (patients hors canton). L'objectif est de consolider le réseau hospitalier vaudois et romand au sein duquel le CHUV joue un rôle d'hôpital universitaire de référence.

Les moyens financiers

Ce plan stratégique 2014-2018 intègre le fait que la viabilité financière du CHUV doit être assurée à

un coût supportable pour la communauté. Stratégiquement, le CHUV se positionne dans la moyenne des hôpitaux universitaires suisses, tout en recherchant une position de pointe dans la qualité de la prise en charge (outcome médical, continuité des soins). L'efficacité est encouragée par la poursuite des démarches d'optimisation de la durée moyenne de séjour en lien avec l'analyse du "Top 20 des DRG", de la productivité ambulatoire et des pratiques autour de la consommation des biens et services médicaux. Le maintien et le développement de l'appareil de production et l'infrastructure du CHUV privilégient l'utilisation de la plateforme clinique principale du CHUV pour l'activité tertiaire tout en créant des espaces dédiés pour l'activité à intensité moindre (chirurgie ambulatoire, hôtel patients, ...).

Une stratégie au service de valeurs

Ce nouveau plan stratégique est enfin et surtout marqué des valeurs : la compétence, l'empathie, la créativité, la responsabilité et la transparence. C'est dans cet esprit que le CHUV entend échanger avec ses partenaires, qu'ils soient médecins de cabinets, institutions publiques ou privées dans notre canton ou hors de celui-ci, afin qu'ils puissent avoir un accès facilité à ses services mais aussi aux professionnels qui travaillent au CHUV et avec lesquels ils suivent, parfois de concert, un même patient. Le CHUV s'engage à tirer activement profit des nouvelles technologies et notamment de l'internet pour mettre à la disposition de ses utilisateurs des informations de haute qualité, faciles d'accès et régulièrement actualisées.

Le CHUV accorde également une importance particulière à la qualité des liens qu'il entretient avec ses patients et leurs proches. Parce qu'il considère que la qualité de l'accueil fait partie intégrante du traitement, notre hôpital entend professionnaliser encore cette fonction et conserver ainsi, malgré sa taille et l'intensité de ses activités, un certain humanisme dans les soins qu'il prodigue et dans l'écoute qu'il accorde à ses différents interlocuteurs comme à la qualité de l'échange qu'il peut avoir avec eux.

Entretenir une communication transparente, chaque support conçu par le CHUV devrait viser cet objectif : c'est précisément cet esprit qui anime les différents chapitres du plan stratégique qui est décrit de manière plus détaillée en annexe.

3.3 Position du Conseil d'Etat

3.3.1 Introduction

L'article 13b de la loi du 24 avril 2007 modifiant celle du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux prévoit l'adoption du plan stratégique de développement du CHUV par le Grand Conseil. C'est aujourd'hui la deuxième fois que le Conseil d'Etat est amené à appliquer cette nouvelle disposition, la première l'ayant été en 2008. De plus, conformément à l'article 13d de cette même loi, un rapport concernant la mise en œuvre du plan écoulé est transmis simultanément au Grand Conseil.

Ce dernier, résumé au ch. 3.1 ci-dessus, n'appelle pas d'autres commentaires. Quant au plan stratégique pour les années à venir (résumé sous ch. 3.2 ci-dessus), établi par le CHUV en concertation avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM), l'Université de Lausanne, le Service de la santé publique et la Direction générale de l'enseignement supérieur, il définit les principales orientations pour la période 2014 - 2018. Il appartient donc au Conseil d'Etat d'assurer la conformité de ce plan avec son Programme de législature et avec les lignes directrices de son Rapport sur la politique sanitaire.

3.3.2 Commentaires

Le Conseil d'Etat partage l'analyse des enjeux faite par le CHUV, qui est cohérente avec celle du Rapport sur la politique sanitaire. Le CHUV a ainsi en particulier tenu compte de l'évolution démographique et épidémiologique et de la complexification des prises en charge qui en découlent, de la pénurie affectant le personnel soignant et médical et de la collaboration avec l'ensemble de ses partenaires externes, en particulier les médecins de premier recours.

Le Conseil d'Etat estime que la vision du CHUV est pertinente. En particulier, la volonté du CHUV de renforcer sa vocation académique, tout en assurant sa mission d'hôpital régional, est cohérente avec celle affichée par le Conseil d'Etat dans son programme de législature de consolider le positionnement des Hautes Ecoles, dont le CHUV, dans un contexte de concurrence nationale et internationale accrue. Comme le relève le Rapport sur la politique sanitaire, le Conseil d'Etat entend, pour relever ce défi, poursuivre la réorganisation de la répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux, en s'appuyant sur les collèges de médecins spécialistes mis en place depuis 2007.

Sous l'angle de projets plus concrets, le Conseil d'Etat relève que la réalisation du nouvel Hôpital de l'enfant, ainsi que la rénovation et l'agrandissement du site de Cery, prévus par le Plan stratégique du CHUV, figurent également expressément dans le Programme de législature.

Sur le plan académique, le Conseil d'Etat constate que le Plan stratégique du CHUV est en phase avec le Plan stratégique 2012-2017 de l'Université de Lausanne (UNIL) et le Plan de développement 2012-2015 de la Faculté de Biologie et de médecine (FBM):

- Sous l'angle de la **recherche**, le CHUV, en tant qu'hôpital universitaire, promeut les activités de recherche en collaboration avec l'UNIL et la FBM, en particulier dans les domaines clinique et de la recherche translationnelle. Leur objectif commun est de développer les collaborations entre sciences cliniques et sciences fondamentales, par exemple en créant des structures qui les réunissent comme le nouveau département d'oncologie UNIL-CHUV ou en développant des projets ambitieux tels que le centre de recherche clinique.
- En matière de **formation pré-graduée**, le CHUV offre des places de stage dans lesquelles les étudiants sont encadrés par des enseignants qui œuvrent en cohérence avec les exigences pédagogiques fixées par l'UNIL et la FBM. Ces trois entités ont pour but commun d'augmenter encore la capacité d'accueil des étudiants en médecine et d'assurer le développement du master et du doctorat en soins infirmier. Le CHUV est également fortement impliqué dans la **formation post-graduée** et définit l'offre en la matière en étroite collaboration avec l'UNIL. Les deux institutions encouragent la transdisciplinarité, point clé du développement de nouveaux domaines de recherche et de pratique cliniques.
- Quant à la **relève**, comme le Conseil d'Etat l'a relevé ci-dessus (v. ch. 2.3), le système de santé doit relever le défi de garantir une prise en charge de qualité, assumée par des professionnels hautement qualifiés. Le CHUV partage à cet égard avec l'UNIL le but de stimuler et de promouvoir la relève académique en reconnaissant les spécificités cliniques et fondamentales et en créant des conditions de carrière favorables aux femmes, dans la perspective de garantir une représentation équilibrée des sexes à tous les niveaux académiques.
- Le Conseil d'Etat relève encore que le CHUV collabore étroitement tant avec l'UNIL que la FBM dans la réalisation de projets dans de nombreux domaines (neurosciences cliniques, métabolisme et nutrition, e-learning, Biobanque institutionnelle de Lausanne, essais cliniques et recherche en génomique, datawarehouse pour la recherche clinique, ...).

3.3.3 Conclusion

Le Conseil d'Etat recommande d'approuver les objectifs inscrits par le CHUV dans son plan stratégique, dans la mesure où ils sont en phase avec le Programme de législature du Conseil d'Etat, le Rapport sur la politique sanitaire, le Plan stratégique de l'Université de Lausanne et le Plan de développement de la Faculté de Biologie et de Médecine. De plus, ces objectifs marquent une continuité avec les choix faits dans le plan stratégique précédent. Comme le CHUV l'a annoncé, les projets qui concrétiseront les programmes inscrits dans le plan stratégique seront financés dans le cadre de la planification financière du Conseil d'Etat.

4 CONSEQUENCES

4.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Aucune à ce stade. Si des modifications légales devaient s'avérer nécessaires en cours de route, elles feraient l'objet d'EMPL ad hoc. Pour le surplus, les mesures opérationnelles décrites s'inscriront dans le respect des mécanismes constitutionnels d'allocation des moyens financiers de l'Etat et dans la planification financière du Conseil d'Etat

4.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

Les conséquences financières liées à la mise en œuvre du Rapport de politique sanitaire et du Plan stratégique CHUV s'intégreront dans la planification financière et le programme de législature du Conseil d'Etat.

Au demeurant et dans le respect des procédures en vigueur, les projets qui nécessiteraient des réallocations importantes ou des investissements conséquents seront soumis au Conseil d'Etat et au Grand Conseil conformément aux dispositions légales en vigueur.

4.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et éc

Aucune. Si des projets mentionnés dans l'un ou l'autre des documents devait soulever des risques et/ou des incertitudes particuliers, ceux-ci seraient présentés au Conseil d'Etat et au Grand Conseil en même temps que les projets d'EMPD ou EMPL y relatifs qui leur seraient soumis.

4.4 Personnel

Le Rapport sur la politique sanitaire et le Plan stratégique CHUV traitent largement de problématiques liées au personnel. Ils annoncent plusieurs mesures qui visent à atténuer la pénurie de personnel et à assurer la relève, en particulier la relève médicale.

4.5 Communes

Aucune. Comme évoqué sous ch. 4.2 et 4.3 ci-dessus, les éventuelles conséquences pour les communes découlant de projets particuliers seront mises en évidence lors de la présentation des EMPD ou EMPL y relatifs au Conseil d'Etat et au Grand Conseil.

4.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Les mesures proposées ont pour vocation de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la population vaudoise et de consolider ou développer le système de santé. En ce sens, ils contribuent au volet "social" du développement durable. Concernant le volet "environnement", le Rapport sur la politique sanitaire contient trois mesures (mesures 8 à 10) portant sur la lutte contre les risques que font peser certaines menaces environnementales sur la santé.

4.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Comme évoqué ci-dessus, le Rapport sur la politique sanitaire et le Plan stratégique CHUV s'inscrivent dans la droite ligne des intentions exprimées par le Conseil d'Etat dans son Programme de législature. Pour la période 2013-2017, le Conseil d'Etat s'est engagé à assurer un cadre de vie sûr et de qualité aux Vaudoises et aux Vaudois. Le Rapport sur la politique sanitaire et le Plan stratégique CHUV contiennent des mesures visant à mettre en œuvre cet engagement.

4.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA

Néant.

4.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

4.10 Incidences informatiques

Néant.

4.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

4.12 Simplifications administratives

Néant.

4.13 Autres

Néant.

5 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil:

1. d'approuver le Rapport sur la politique sanitaire 2013-2017
2. d'adopter le projet de décret ci-après:



RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT SUR LA POLITIQUE SANITAIRE 2013 - 2017

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
PREMIÈRE PARTIE : RETOUR SUR LA LÉGISLATURE 2008 -2012.....	5
A. Evolution de la politique sanitaire	5
1. Adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en œuvre une politique gériatrique	5
2. Assurer une offre suffisante en personnels de santé.....	10
3. Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires	12
4. Poursuivre la réorganisation hospitalière	16
5. Renforcer le pilotage du système.....	18
B. Activité des institutions subventionnées	22
1. Evolution de la population	22
2. Hospitalisation	23
3. Personnel hospitalier	25
4. Activité ambulatoire	26
5. Hébergement.....	27
6. Aide et soins à domicile.....	28
7. Urgences préhospitalières.....	29
8. Institutions de prévention.....	31
9. Dépenses des services de soins subventionnés	31
10. coûts de la santé : chiffres clefs	32
C. Conclusion : 2008-2012, une période de consolidation, d'adaptation et d'anticipation	35
DEUXIÈME PARTIE : LES CHANGEMENTS À PRENDRE EN COMPTE	36
INTRODUCTION	36
A. Evolution démographique	36
B. Evolution de la morbidité.....	37
1. Maladies chroniques et vieillissement de la population	37
2. Maladies sexuellement transmises, y compris virus de l'immunodéficience humaine.....	39
3. Autres maladies transmissibles	40
C. Evolution des déterminants de l'état de santé	40
1. Tabagisme.....	40
2. Consommation excessive d'alcool	41
3. Cannabis et autres addictions	41
4. Manque d'activité physique (sédentarité).....	42
5. Alimentation déséquilibrée	42
6. Déterminants de l'environnement socioéconomique (inégalités sociales face à la santé)	43
7. Déterminants de l'environnement physique	44
D. Autres enjeux du système de santé	44
1. Démographie des personnels de santé.....	44
2. Système d'information sanitaire	45

TROISIÈME PARTIE : LES INTENTIONS DU CONSEIL D'ETAT POUR LA LÉGISLATURE 2012-2017	46
A. Amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé.....	46
1. Dépistage et lutte contre les maladies chroniques.....	47
2. Lutte contre les risques environnementaux.....	48
3. Promotion de la santé au travail.....	49
4. Prévention en faveur de la petite enfance, en milieu scolaire et éducation sexuelle.....	49
5. Prévention des dépendances.....	50
6. Lutte contre les maladies transmissibles.....	50
B. Consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels.....	50
1. Offre en personnels de santé	51
2. Planification hospitalière.....	53
3. Garde médicale et urgences préhospitalières.....	54
4. Action médico-sociale.....	54
5. Santé mentale	55
6. Soins palliatifs.....	56
C. Renforcer la première ligne de prise en charge des patients.....	56
1. Couverture des besoins.....	57
2. Intéressement des médecins à la médecine de premier recours.....	58
D. Mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillesse et Santé »	58
1. Prévenir pour vieillir en santé	59
2. Coordonner les soins.....	59
3. Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors	60
4. Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors	60
E. Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire.....	61
1. Qualité et économicité des prestations	61
2. Système d'information	62
3. Stratégie de communication	62
4. Répartition des compétences entre canton et régions.....	63
CONCLUSION : VERS UN DISPOSITIF DE SOINS INTÉGRÉS CENTRE SUR LE PATIENT	64
INDEX DES ABREVIATIONS	66

INTRODUCTION

Renforcer la prévention, favoriser le maintien à domicile et développer l'intégration des soins

La validation par les institutions politiques de la stratégie cantonale de santé publique est une nécessité démocratique et un gage de réussite. C'est dans ce sens que le Rapport de politique sanitaire et le Plan stratégique du CHUV qui le complète sont soumis aux députés du Grand Conseil vaudois. Cet échange permet à tous de s'approprier la politique cantonale de santé et ainsi l'accompagner tout au long des cinq années de la législature.

Ce rapport présente le bilan des actions de santé publique menées lors de la précédente législature 2008-2012 ainsi que la stratégie du Conseil d'Etat pour les années 2013-2017. Un résumé des défis à venir le complète.

Notre système de santé doit faire face à de constantes évolutions, aussi bien en ce qui concerne l'épidémiologie, la démographie ou le savoir faire des professionnels impliqués. Les années passées ont déjà permis de le faire évoluer afin de le rendre plus performant et plus réactif, mais aussi plus efficient en regard des coûts importants qu'il induit chaque année. Il a ainsi été possible, durant la précédente législature, de contenir l'évolution des coûts à charge des ménages, des assureurs-maladie et des pouvoirs publics.

Le présent rapport, par son bilan et son analyse des défis à venir, montre que nous sommes arrivés à une croisée des chemins. D'un côté, une adaptation permanente de l'offre de soins aux besoins sans cesse croissants, ou de l'autre, une intense et partenariale réflexion autour d'une meilleure utilisation des structures et ressources existantes, des nouvelles filières de prise en charge mais aussi des forces vives présentes dans l'entourage des personnes malades. Il en va de même pour la répartition cantonale et fédérale des prestations hospitalières. Les actions à mener durant cette législature doivent permettre de réorganiser l'offre en renforçant les compétences universitaires au CHUV et en répartissant les prestations de soins aigus dans un réseau d'hôpitaux régionaux qui doivent devenir des centres d'excellence par spécialité.

Face à ces défis, en particulier celui de l'augmentation à venir du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques, le Conseil d'Etat fait le choix de s'engager à trouver, avec ses partenaires du domaine de la santé, des solutions innovantes pour renforcer la prévention et la promotion de la santé, favoriser le maintien des patients dans leur lieu de vie aussi longtemps que possible et développer l'intégration des soins. Pour y parvenir, le rôle des professionnels doit être repensé, de même que celui des institutions de notre canton. Faire face à une hyper spécialisation des professionnels et, en même temps, à une pénurie de soignant n'est pas chose aisée. Là encore, la solution ne passe pas par la seule augmentation des possibilités de formation et du nombre de soignants, mais surtout par une réflexion autour de la répartition des responsabilités entre soignants. Les institutions ne devraient prendre le relais que lorsque les actions de prévention et de promotion de la santé n'auront pas réussi à empêcher la survenance de la maladie et que la lourdeur du cas ne permettra plus le maintien à domicile, malgré l'appui de la première ligne de soins.

Le Conseil d'Etat est conscient de l'importance des changements et adaptations nécessaires pour que notre système de santé puisse assumer à tous les niveaux une prise en charge adéquate et efficiente des personnes malades. Il continuera durant cette législature à s'efforcer d'assurer un soutien et un cadre motivant à toutes celles et tous ceux qui s'impliqueront dans la mise en oeuvre de ces changements.

PREMIERE PARTIE : RETOUR SUR LA LEGISLATURE 2008 -2012

A. Evolution de la politique sanitaire

En juillet 2008, le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil un rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2008-2012. Il fondait sa stratégie sur cinq axes prioritaires qui constituaient le cadre de sa politique pour cette période :

- L'adaptation des services de soins à l'augmentation des malades chroniques grâce au développement de l'offre médico-sociale, au renforcement de la coordination entre les différents professionnels et à la mise en oeuvre d'une politique gériatrique ;
- La réalisation d'actions pour assurer une offre suffisante en personnels de santé ;
- Le renforcement important du dispositif de promotion de la santé et de prévention des maladies en mettant l'accent sur l'alimentation équilibrée et l'activité physique, la prévention des dépendances, le maintien de l'autonomie des personnes âgées, le dépistage de certains cancers, la santé mentale ;
- La poursuite de la réorganisation hospitalière (Hôpital unique Riviera-Chablais, filière cantonale de neuroréhabilitation, actualisation des missions des hôpitaux) ;
- L'actualisation des instruments de pilotage du système de santé et la préparation d'une nouvelle planification hospitalière conformes à la révision de la LAMal tenant compte des offres complémentaires des structures publiques, privées et privées reconnues d'intérêt public.

C'est à partir de ces cinq axes que le gouvernement vaudois a décliné les principales actions qu'il entendait mener. Le présent rapport permet aujourd'hui de rappeler ces objectifs, axe par axe, et d'indiquer les résultats obtenus.

1. Adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en œuvre une politique gériatrique

Capacités de prise en charge modernisées et accrues

Action n°1 : augmenter les capacités d'hébergement de long séjour, achever la mise en conformité aux normes ECA et amorcer la modernisation du réseau existant

Grâce aux projets réalisés, en cours ou prévus, ce sont 1'129 lits qui auront été mis à disposition de 2008 à 2014, permettant de créer 533 lits supplémentaires et d'en moderniser 596. Ces projets ont été réalisés dans le respect des 28 millions de francs pérennes inscrits au Programme de législature 2007 – 2012. Les effets financiers impacteront en totalité le budget de l'Etat uniquement à la fin des travaux, soit en 2014.

Pour la mise en conformité des EMS du canton aux normes de sécurité incendie, un décret a été adopté par le Grand Conseil le 17 décembre 2008 pour un montant total de 30 millions de francs. Grâce à ces moyens financiers, 43 bâtiments ont été mis en conformité entre 2009 et fin mai 2012 et des travaux sont en cours dans 18 autres bâtiments.

Action n°2 : renforcer les capacités des services d'aide et de soins à domicile

La gouvernance de l'aide et des soins à domicile a vécu une profonde mutation avec

l'adoption, le 6 octobre 2009 de la loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) qui abroge celle qui avait créé en 1967 l'Organisme médico-social vaudois (OMSV). Outre la définition des missions de l'AVASAD, centrées sur la mise en œuvre de l'aide et des soins à domicile ainsi que de mesures de promotion de la santé et de prévention, la loi précise l'organisation du dispositif cantonal comprenant l'assemblée des délégués, le conseil d'administration et le comité de direction. Ces instances intègrent les Associations et Fondations régionales d'aide et de soins à domicile, les représentants des associations de communes, les services de l'Etat. L'organe de contrôle est le même pour toute la structure.

L'aide et les soins à domicile sont un élément essentiel du dispositif de soins dans le canton qui évolue dans un contexte soumis à de forts changements. La croissance des besoins, liés au vieillissement de la population, nécessite une adaptation constante de l'organisation et des ressources qui y sont consacrées. Entre 2007 et 2012, l'engagement du canton est passé de 51.1 à 99.2 millions. La contribution des communes s'élevait à 32.8 millions en 2007 et à 73.6 millions en 2012. A noter une augmentation importante de la participation des subventions cantonales et communales en 2008 en raison de l'application de la RPT.

Par ailleurs, les prestations d'aide et de soins à domicile se sont ouvertes à la concurrence du marché, avec l'introduction du Nouveau Régime fédéral pour le Financement des Soins (NRFS) en application depuis 2012. Ainsi, des organisations de soins à domicile privées (OSAD) se sont installées dans le canton, certaines bénéficiant d'un financement résiduel pour les soins de la part de l'Etat.

L'AVASAD s'est dotée d'une charte définissant notamment les droits et devoirs des Centres médico-sociaux (CMS), en particulier le devoir de prise en charge de toute personne nécessitant de l'aide et des soins à domicile. L'AVASAD dispose également depuis 2012 d'un plan stratégique pour répondre à l'évolution des besoins de la clientèle, renforcer les interactions avec les partenaires du système socio-sanitaire et asseoir les ressources financières de l'AVASAD.

Action n° 3 : développer les logements protégés et les structures intermédiaires

Dans le domaine du logement protégé, l'Etat, par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), passe des conventions avec les exploitants dont les logements remplissent des critères architecturaux, comportent un espace de vie communautaire et proposent une commission d'admission ainsi qu'un dispositif d'encadrement. Dans le respect des critères d'octroi, des aides financières sont allouées aux locataires qui en ont besoin. En 2009, on recense 33 sites de logements protégés comprenant 1114 logements (dont 3 sites conventionnés pour 79 logements) ; à la fin 2012, ce sont 34 sites et 1564 appartements qui sont identifiés (dont 17 sites / 527 appartements conventionnés).

Pour la période 2007 - 2012, le Conseil d'Etat relève encore l'actualisation du règlement sur les prêts au logement, la création d'un répertoire des logements protégés, la sortie d'une brochure explicative sur l'habitat protégé et enfin l'organisation d'une enquête de satisfaction qui a donné des résultats très positifs : 93 % des locataires jugent leur habitat excellent ou bon et 90 % d'entre eux recommanderaient ce type de lieu de vie.

Quant aux courts séjours, ils permettent à des personnes vivant à domicile de passer une fois par année jusqu'à 30 jours en EMS afin de faciliter une sortie d'hospitalisation ou d'offrir un répit à des proches aidants. Pour rendre cette offre financièrement accessible, le bénéficiaire paie 60 francs par jour et le solde du coût est assumé par

l'Etat en dehors de la contribution de l'assureur aux coûts des soins. Entre 2007 et 2012, l'engagement du canton est passé de 8.7 à 9.8 millions de francs. En 2011, plus de 3'500 personnes ont dû recourir aux courts séjours. De plus, depuis 2011, le canton reconnaît une prestation unique en Suisse romande : le court séjour pour patients souffrant d'affection psychiatrique.

L'accueil temporaire - une ou plusieurs fois par semaine - s'adresse à des personnes fragilisées qui vivent à domicile et qui souffrent de troubles fonctionnels ou cognitifs ainsi que d'isolement. Encadré par des professionnels, il accorde un répit aux proches. Le canton compte 70 lieux d'accueil offrant ce type de prise en charge. Depuis 2007, plus de 140 nouvelles places ont été créées. Le cadre de prise en charge a été renouvelé, en accord avec les partenaires concernés. Les anciennes unités d'accueil temporaire (UAT) ont cédé leur place aux centres d'accueil temporaire (CAT), qui fournissent des prestations mieux ciblées au profil des usagers, avec un encadrement adapté et un financement simplifié. Pour les usagers, le coût journalier (hors repas) se situe entre 5 et 15 francs par jour, selon l'intensité de l'aide apportée. L'engagement du canton est passé de 7 millions en 2007 à 10 millions en 2012.

A partir de juillet 2012, le terme "structures intermédiaires" n'est plus utilisé. Désormais, toutes ces prestations sont regroupées sous le terme "structures d'accompagnement médico-social ou SAMS", au bénéfice d'une ligne graphique revue et corrigée.

Action n° 4 : soutenir l'aide informelle et bénévole

L'association "Bénévolat Vaud, centre de compétences pour la vie associative" est née le 1^{er} janvier 2011 de la fusion de l'Association des services bénévoles vaudois et de l'Association AVEC. Elle réunit, sous la même bannière, la promotion de l'engagement bénévole, la promotion de l'entraide et le soutien au secteur associatif. De nombreux projets ont vu le jour depuis 2007 : organisation des rendez-vous du bénévolat, lancement d'une campagne pour la promotion du bénévolat en EMS, mise sur pied d'un cours de promotion à l'engagement bénévole ou encore actions au cours de l'année européenne du bénévolat en 2011.

S'agissant du soutien aux proches aidants, le canton de Vaud propose, outre les SAMS, diverses prestations comme la relève à domicile (Alz'amis de l'association Alzheimer Vaud ou PHARE de Pro Infirmis), le soutien aux groupes d'entraide ou encore l'appui psychologique ou psychothérapeutique. Afin de les développer, le DSAS a engagé en 2011 un programme particulier pour renforcer le soutien aux proches qui entourent à domicile des personnes fragiles, atteintes dans leur santé, en situation de handicap ou en fin de vie. Une commission consultative a été mise sur pied avec la tâche de promouvoir l'encadrement social, la santé et la qualité de vie des proches aidants, de prévenir leur épuisement et leur isolement ainsi que d'éviter leur éloignement du marché de l'emploi.

Consolidation des dispositifs de coopération et de coordination

Action n° 5 : finaliser la mise en œuvre de la loi sur les réseaux de soins

Votée en 2007, la loi sur les réseaux de soins fixe les missions des réseaux, les conditions de leur reconnaissance d'intérêt public, les modalités de leur financement ainsi que le périmètre concerné. L'adhésion à l'un des quatre réseaux de soins est obligatoire pour les fournisseurs de soins subventionnés par l'Etat.

Une enquête a été effectuée en 2012 auprès des réseaux de soins, des faïtières et de l'administration cantonale. Ce bilan confirme que les réseaux de soins ont permis d'améliorer la collaboration et la connaissance mutuelle entre prestataires de soins,

mais également de renforcer la coopération régionale et la communication entre partenaires. Ils permettent une meilleure évaluation des besoins régionaux et d'assurer, grâce à une prise en charge mieux coordonnée, une meilleure orientation du patient. Parmi les limites relevées figurent le manque d'implication des médecins de premier recours et des communes, un financement cloisonné par types d'activités, la difficulté d'aller vers une intégration des soins et une mise en œuvre de programmes parfois hétérogènes dans les différentes régions du canton. Les réseaux de soins sont encore peu connus de la population et l'intégration de la dimension sociale dans leur activité demeure limitée.

Action n° 6 : consolider et faire évoluer le programme BRIO

Le programme BRIO (Bureau régional d'information et d'orientation), conçu en 1999 comme une aide à la décision d'orientation médico-sociale, a pour but d'assurer toutes les tâches d'information et d'accompagnement nécessaires à une bonne orientation des patients. Conformément au découpage géographique issu de la planification hospitalière, le canton compte quatre BRIOs. Depuis janvier 2010, en application d'une directive du DSAS, les infirmières de liaison sont regroupées sous la responsabilité du réseau de soins.

Dans le cadre de l'enquête effectuée auprès des réseaux de soins, les acteurs interpellés se sont exprimés en faveur du dispositif mis en place par le programme BRIO. Tous estiment ne plus pouvoir fonctionner sans cet appui. Le travail des infirmières de liaison à la sortie de l'hôpital qui recherchent et proposent des solutions personnalisées de prise en charge est perçu comme précieux et en adéquation avec la demande des patients et de leur entourage.

Action n° 7 : Soutenir la mise en place de cercles de qualité

La mise en place de cercles de qualité médecins - pharmaciens en pratique ambulatoire, portée spontanément par les acteurs selon le vœu du Conseil d'Etat, a passé de 14 cercles opérationnels en 2007 à 21 cercles regroupant 30 pharmaciens animateurs des séances de cercles et 151 médecins participants. Les analyses des coûts par médecin et les consensus de prescription adoptés par eux optimisent la qualité des choix de médication en générant simultanément des économies.

Décidée par le Conseil d'Etat, la mise en place de cercles de qualité dans les établissements médico-sociaux - un pharmacien, le médecin responsable et l'infirmier chef - a démarré en 2008. 13 EMS avaient rejoint en 2009 le projet conduit et financé par le DSAS, 29 étaient inclus en 2012. La mise en œuvre, plus lourde qu'attendu, a modifié la planification initiale. L'objectif d'inclure tous les établissements à fin 2011 est reporté à 2014. Le Conseil d'Etat voit maintenant une dynamique positive des acteurs qui augure d'un développement répondant à ses attentes en termes de qualité et d'économicité.

Action n° 8 : soutenir la création et l'extension de filières par pathologie

Le canton a développé un Programme cantonal Diabète (PcD) dès 2010 et a soutenu plusieurs projets régionaux dans ce domaine. A partir de cette date, il subventionne une partie des activités de l'Association vaudoise du diabète.

Sur le plan régional, diverses actions ont été pérennisées ou mises sur pied. Il en est ainsi du projet Diabaide à l'Ouest du canton, de CapDiab au Nord et de la filière diabéto-pédiatrique pour les enfants et adolescents à l'Est.

Parmi les actions du Programme cantonal Diabète figurent des projets destinés aux patients : le développement des capacités à mobiliser ses propres ressources

(méthode Stanford) et l'ouverture de centres «Diafit» pour l'exercice physique des patients diabétiques. Des actions relatives aux soignants ont été développées, telles que la sensibilisation des professionnels à l'éducation thérapeutique, l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique et des forums régionaux pour les professionnels de la santé. L'engagement de coordinatrices dans les différentes régions du canton a permis de mener des actions de communication destinées aux patients, aux soignants et à la population.

Action n° 9 : poursuivre le développement des soins palliatifs

L'offre en soins palliatifs a été renforcée par la création d'une unité de huit lits d'hospitalisation au CHUV. Un projet pilote a montré la faisabilité d'un accueil, en EMS, de patients jeunes en situation de soins palliatifs stable. Diverses mesures d'appui à l'entourage ont été mises en place, telles que la formation des proches et des bénévoles. La création de l'Espace Pallium a permis d'offrir un lieu d'écoute et de soutien des proches. Les formations en soins palliatifs se sont poursuivies avec une offre de sensibilisation interdisciplinaire pour les EMS et les institutions socio-éducatives. Une formation d'approfondissement en soins palliatifs a été créée au niveau cantonal, ainsi qu'une formation Vaud/Tessin pour les spécialistes en soins palliatifs.

Le programme cantonal se réfère par ailleurs à la stratégie nationale 2010 – 2012. Ainsi, toutes les unités de soins palliatifs et les équipes mobiles sont en train de suivre une démarche qualité afin d'obtenir un label suisse d'ici fin 2013. Il faut enfin mentionner le développement des soins palliatifs en institution socio-éducative pour les personnes en situation de handicap mental.

Développement d'une politique gériatrique (actions no 10 à 14)

Action n° 10 : définir un cadre cantonal de référence pour la politique gériatrique

Action n° 11 : mettre en place dans chaque réseau une coordination gériatrique

Action n° 12 : valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation

Action n° 13 : soutenir les projets locaux conformes à la politique gériatrique

Action n° 14 : assurer le pilotage de la politique gériatrique et le suivi statistique

En décembre 2009, le chef du Département de la santé et de l'action sociale a mandaté un comité d'experts afin d'élaborer la politique gériatrique du canton de Vaud et de définir un cadre de référence pour son développement.

Le rapport « Politique cantonale Vieillesse et Santé », élaboré par un groupe d'experts, avec l'appui de près de 50 acteurs du champ de la personne âgée, a été livré en décembre 2011 et validé par la Commission de politique sanitaire élargie. La stratégie proposée est évolutive, globale et intégrée. Elle doit guider l'adaptation du système de soins vaudois à l'évolution démographique et épidémiologique de ces 20 prochaines années.

En parallèle, plusieurs dispositifs de soins communautaires ont vu le jour et se sont développés au niveau régional, avec comme corollaire une coordination à l'échelon cantonal afin d'assurer la cohérence des prestations offertes à la population. Des projets pilotes favorisant le retour à domicile après une hospitalisation ont en outre été financés par un prélèvement sur les enveloppes hospitalières.

Lié au plan Alzheimer, 4 centres de la mémoire ont progressivement ouvert leurs portes dans les différentes régions du canton (Lausanne, Clarens, Yverdon, Aubonne) assurant à la demande des médecins de premier recours des consultations, mise en place de traitements et accompagnement de situation de personnes atteintes de

pathologies démentielles. Ces centres fonctionnent désormais en relation avec les consultations gériatriques et communautaires. D'autre part, des équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé appuient la première ligne de soins (CMS, EMS).

Enfin, de nombreuses formations ciblées sur les questions du vieillissement se sont développées dans le canton. Depuis 2008, le développement de formations post-grades HES permet ainsi aux professionnels d'acquérir des compétences approfondies pour travailler auprès de la population âgée.

2. Assurer une offre suffisante en personnels de santé

Lutte contre la pénurie de personnels paramédicaux

Action n° 15 : poursuivre les programmes de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômés et de mise à niveau des compétences des infirmiers et infirmières assistants

Le Département de la santé et de l'action sociale et le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture ont renforcé leur collaboration pour lutter contre la pénurie de personnel soignant, notamment par l'intermédiaire du Centre d'information des professions santé-social (CIPS). Ce centre comprend un dispositif de réinsertion professionnelle des infirmières depuis 2004 et assure la promotion des professions de la santé auprès des jeunes. Il est présent au «Salon des métiers» se déroulant annuellement au Palais de Beaulieu à Lausanne.

Sur une période de 8 ans, 570 infirmières auront bénéficié du dispositif de réinsertion professionnelle. 314 exerçaient une activité professionnelle en tant qu'infirmière et 215 étaient en cours de réinsertion au moment de la rédaction de ce rapport. Dans ce cadre, un effort particulier a été apporté pour réinsérer les professionnels dont les filières de formation ont été abandonnées suite à des réformes nationales. D'autre part, 270 autres infirmières assistantes ont acquis le titre d'infirmière diplômée niveau 1 ou ont suivi une formation à la pratique des gestes médico-techniques spécifiques aux métiers d'assistance en soins.

Action n° 16 : soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignants et à la valorisation de l'image des professions

Le bassin de recrutement des professions de la santé s'est élargi lors de la réforme de la loi sur la formation professionnelle. Cette dernière a légitimé une filière de formation de niveau CFC dans le domaine des soins : l'assistant en soins et santé communautaire (ASSC).

Les différents projets d'intégration des ASSC menés à l'Hôpital de la Riviera, au CHUV ainsi qu'à Plein Soleil démontrent que l'organisation des équipes avec ces nouveaux professionnels diffère selon les missions des établissements : tandem avec l'infirmière pour les soins aigus, organisation plus large incluant d'autres professionnels tels que les gestionnaires en intendance (GEI) et les assistants socio-éducatifs (ASE) dans les institutions de réhabilitation et d'hébergement. La mise à l'épreuve de ces modèles s'est heurtée à un nombre insuffisant de certifiés ASSC en regard des besoins du terrain (564 certifiées de 2008 à 2011, passant de 132 certifiées en 2008 à 155 en 2011).

Le DSAS et le DFJC ont pris acte de ce constat et mandaté les Hautes écoles de santé vaudoises (HESAV et Haute école de santé la Source) pour mener une étude sur le devenir des ASSC. Il en est résulté 25 recommandations qui ont fait l'objet d'une

rencontre avec les différents acteurs du monde sanitaire à fin 2011. Cela a abouti à des mesures de promotion de la formation d'ASSC.

Renforcement de la médecine de premier recours et soutien à la garde médicale

Action n° 17 : poursuivre le projet de formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistants généralistes et internistes généralistes ainsi que les pédiatres et favoriser l'acquisition de connaissances en matière de managed care

L'objectif est de lutter contre la diminution du nombre de médecins de premier recours en encourageant les médecins assistants à se former pendant 6 mois dans un cabinet de médecin de famille. Projet pilote entre 2005 et 2007, le projet d'assistantat en cabinet offre, depuis 2008, 12 places de stage par an. Cette mesure a gagné en attractivité en faisant connaître le métier de médecin de famille auprès des étudiants en médecine.

L'instauration d'un financement complémentaire entre l'Etat (80%) et le médecin formateur (20%) a permis de rétribuer le plein salaire des participants (auparavant, le salaire était financé à hauteur de 80%) et encourager ainsi plus d'assistants à rejoindre le cursus. Depuis 2005, 45 médecins assistants ont suivi cette formation, dont 17 ont ouvert un cabinet dans le canton de Vaud. La création en 2008 d'un modèle apparenté met à disposition 2 places annuelles de stage au cabinet du pédiatre. Depuis cette période, 7 médecins assistants ont été formés, parmi lesquels un pédiatre qui s'est installé en région lausannoise. Ces premiers résultats sont encourageants. Parmi les finalistes en vue d'obtenir un diplôme de médecin, 25% étaient intéressés à la médecine interne générale en 2012.

Action n° 18 : soutenir le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois

Un projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (ForOm NV) a démarré en 2009. Il vise à offrir une formation ciblée en médecine de premier recours en proposant aux médecins assistants une place d'assistantat structurée de trois ans dans les différents services et sites géographiques des eHnv. La formation clinique est complétée par un stage de 6 mois en cabinet chez un omnipraticien dans la région du Nord vaudois. Ce stage, conjugué aux contacts établis avec les médecins des hôpitaux, a l'avantage de créer des liens professionnels pour ces médecins assistants pouvant les inciter à installer leur cabinet dans cette région du canton une fois leur formation terminée. Depuis 2010, 12 médecins assistants ont rejoint ForOm NV, dont deux ont terminé leur stage en cabinet. Ce projet novateur évolue favorablement et recueille un avis positif auprès des participants.

Action n° 19 : développer un système d'information cantonal sur la démographie médicale

Au niveau national, le projet du registre fédéral des professions médicales (MEDREG) a été réalisé en 2010 et permet de disposer d'un outil harmonisé et de données standardisées. Il est désormais possible d'obtenir des informations démographiques des médecins exerçant dans les cantons limitrophes, mais également pour toute la Suisse. Les travaux en vue de créer un observatoire cantonal de la profession médicale ont démarré en 2012. Ils visent entre autres à dresser un portrait démographique de l'ensemble des médecins exerçant en cabinet dans le canton, selon les différentes spécialités médicales.

Le projet d'observatoire cantonal de la profession médicale évoluera vers un

observatoire des professionnels de la santé. La partie consacrée aux médecins est développée en collaboration avec la Société vaudoise de médecine (SVM) dans le cadre d'un partenariat public privé mis en place par le DSAS et la SVM dès 2011.

Action n° 20 : adapter le dispositif de garde afin d'assurer la garde médicale dans toutes les régions du canton

La loi sur la santé publique astreint les membres des professions médicales à participer aux dispositifs de garde établis dans le canton. Le DSAS en a confié l'organisation à la SVM. En tenant compte des changements importants liés à la démographie médicale, la SVM a réorganisé la garde cantonale de médecine de premier recours. Dès 2011, le nombre de régions de garde a diminué afin de permettre une répartition des gardes sur un plus grand nombre de médecins. S'agissant de grandes régions comme le Nord vaudois, des adaptations sont encore nécessaires pour organiser la garde médicale, compte tenu de la dimension du territoire à couvrir.

En mai 2012, une première maison de la garde s'est ouverte dans l'Est vaudois dans des locaux jouxtant l'Hôpital Riviera. Les patients se déplacent ainsi au cabinet du médecin pendant la journée, à la Maison de la garde de 17h à 21h puis aux urgences de l'Hôpital Riviera pour le reste de la nuit. Pour les malades non déplaçables, une garde est assurée 24h sur 24 par un groupe de médecins qui se déplacent à domicile. Le DSAS et la SVM travaillent à la mise en place de structures identiques dans les autres régions périphériques du canton.

Soutien à la relève médicale en milieu hospitalier

Action n° 21 : améliorer la relève médicale par une meilleure coordination de la formation postgraduée

Dans le système actuel, les médecins diplômés peuvent organiser leur formation postgraduée à la carte, ce qui débouche sur des durées de formation très variables (en moyenne de 5 à 9 ans). Dans la perspective de maîtriser la durée de cette formation et de mieux répondre aux besoins, le Service de la santé publique et le CHUV ont signé en 2011 une convention de collaboration pour planifier et structurer la formation postgraduée des médecins assistants du CHUV.

Un concept reposant sur quatre filières de formation (académique, besoins hospitaliers, cabinet/clinique, divers) a été introduit pour tous les services du CHUV. Il vise à améliorer la planification des formations pour chaque spécialité médicale. L'information disponible sur le nombre de médecins assistants inscrits par filière permet d'identifier les relèves potentielles.

A l'échelle du canton, la coordination des formations postgraduées assumées par le CHUV et les autres hôpitaux est abordée par les Collèges de médecins spécialistes des hôpitaux vaudois. Ces collèges ont été instaurés par le DSAS pour assurer une meilleure répartition des prestations et des forces de travail entre hôpitaux et garantir ainsi un accès équitable aux soins spécialisés dans toutes les régions du canton.

3. Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires

Alimentation équilibrée et activité physique

Action n° 22 : poursuivre les actions de prévention des maladies cardiovasculaires et mettre en œuvre le programme "ça marche ! Bougez plus, mangez mieux!"

Le programme prioritaire "ça marche ! Bouger plus, manger mieux !" a permis le développement de plusieurs projets qui s'adressent à différents publics (familles, enfants, personnes âgées, population en général), communautés (communes, écoles, crèches, garderies) ou multiplicateurs (médecins, enseignants, éducateurs, pharmaciens...).

Ainsi, le programme «Tutti frutti » offre des conseils sur l'alimentation, le mouvement et le sommeil aux parents d'enfants de 2 à 6 ans et « Youp'la bouge » est un projet intercantonal de formation pour le personnel éducatif des crèches, garderies et jardins d'enfants (entre 2009 et 2011, 40 crèches sur environ 200 au total ont été formées). 30% des structures de la petite enfance ont obtenu le label Fourchette verte, comme environ 90% des cantines scolaires. Enfin, l'offre de cours complémentaires d'activité physique pour les élèves sédentaires a triplé entre 2007 et 2011. Le nombre de projets financés par les établissements en faveur de l'activité physique et de l'alimentation saine a été multiplié par quatre durant la législature.

Le Programme cantonal de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises – PAPAE, conduit par l'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS) avec financement conjoint DSAS-DFJC, a mis à disposition des outils pour les équipes dans les établissements scolaires. Parmi les réalisations, on relève que :

- l'offre de cours complémentaires d'activité physique pour les élèves sédentaires a triplé entre 2007 et 2011 ;
- le nombre de projets par les établissements en faveur de l'activité physique et de l'alimentation saine a été multiplié par quatre durant la législature ;
- la collaboration intercantonale a permis de mettre un site à disposition www.guide-ecole.ch

Le programme «Bilan & Conseils santé» a permis d'effectuer un dépistage des facteurs de risques des maladies cardiovasculaires auprès d'environ 1'500 personnes par année.

Dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique)

Action n° 23 : consolider les programmes de prévention des dépendances

Dans le cadre du programme cantonal de prévention du tabagisme, l'entrée en vigueur le 15 septembre 2009 de la loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics a notablement amélioré la protection contre la fumée passive pour l'ensemble de la population vaudoise.

Pour ce qui est du Plan cantonal d'action alcool, les faits marquants sont la consolidation du dispositif d'indication et de suivi alcoolique (EVITA), son extension à l'ensemble du territoire cantonal ainsi que le renforcement des mesures de prévention.

En matière de toxicodépendance, le dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes (DCIST) a été élaboré, testé puis consolidé dès 2011, permettant d'utiliser au mieux l'offre de prestations en orientant dans le système de santé les personnes dépendantes selon leurs besoins. Quant au programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu, il a mis en place des actions d'information à la population, de formation des professionnels ainsi qu'une hotline. Le soutien cantonal au Centre du jeu excessif a par ailleurs été consolidé.

Le Programme cantonal de prévention des dépendances dans les écoles vaudoises,

conduit par l'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS), a permis une coordination des actions et une collaboration entre les prestataires dans le domaine, ainsi qu'un accompagnement d'établissements ayant permis la clarification des procédures à suivre pour les élèves en difficultés avec la consommation de substances.

Autres programmes de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes

Action n° 24 : poursuivre la mise en œuvre du Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents

La phase de mise en œuvre 2007-2012 a permis de rendre accessible l'ensemble des prestations du programme sur tout le territoire cantonal, à la satisfaction d'un nombre croissant de familles et de professionnels. A relever le taux de recours aux prestations et la notoriété grandissante de celles-ci : conseil en périnatalité, visites et consultations des infirmières « Petite Enfance », information sur la prévention des accidents d'enfants (Pipade's), carnets d'adresses à l'usage des parents et lieux d'accueil enfants/parents.

Un accent a été mis sur les familles en situation de vulnérabilité et la poursuite des mesures de soutien à la parentalité.

Action n° 25 : conduire un programme cantonal de vaccination contre le HPV chez les jeunes filles

Depuis 2008, la vaccination contre le cancer du col de l'utérus a été introduite dans le canton en tant que programme cantonal, selon les directives fédérales. Tous les médecins peuvent prescrire le vaccin. Cette vaccination fait partie du programme habituel de vaccination scolaire en 7^{ème} année, proposé systématiquement aux jeunes filles et administré moyennant un accord parental.

Santé sexuelle et reproductive, éducation sexuelle

Action n° 26 : consolider les prestations du planning familial et adapter l'éducation sexuelle aux nouveaux défis

En 2009, le planning familial a été rebaptisé « Consultation de santé sexuelle » afin de refléter l'évolution de ses missions : une approche globale de la sexualité et une palette de prestations médicales et psychosociales s'adressant aux hommes comme aux femmes (sexualité, prévention des maladies sexuellement transmissibles, choix d'une contraception), avec une offre adaptée issue notamment du programme fédéral « Migration et Intimité ». Il en est d'ores et déjà résulté une augmentation du nombre d'usagers masculins.

L'offre en matière de dépistage, conseil et information sur les infections sexuellement transmissibles (IST) a été renforcée. En 2011, une vaste campagne de sensibilisation destinée au grand public (Check your love life) sur l'importance de se prémunir contre les IST et de préserver sa santé a été relayée à travers le canton par les 8 centres de consultations de santé sexuelle de la Fondation Profa, le CHUV et de nombreuses organisations et associations actives dans le domaine.

Face aux enjeux sociétaux liés à la sexualité, le Service de la santé publique (SSP) et le Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) ont mandaté en 2008 l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) pour analyser l'offre en matière d'éducation sexuelle en milieu scolaire. Les résultats montrent que le programme vaudois est efficace et conforme aux critères internationaux (Fédération internationale pour la planification familiale). Les

recommandations - portant essentiellement sur l'organisation du dispositif et la répartition des activités entre la Fondation Profa et l'école - ont abouti à l'élaboration de lignes directrices. Leur mise en œuvre fait l'objet de travaux interdépartementaux qui se concrétiseront au cours de la prochaine législature, parallèlement à l'introduction du nouveau plan d'études romand (PER).

Autonomie des personnes âgées

Action n° 27 : développer des mesures préventives pour prolonger l'autonomie des personnes âgées

Les mesures développées en la matière l'ont été dans le cadre du développement de la politique gériatrique évoqué ci-dessus (actions 10-14).

Cancer du sein et autres formes de cancer

Action n° 28 : poursuivre le programme de dépistage du cancer du sein et étudier l'opportunité de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon, voire d'autres types de cancer

Le programme de dépistage du cancer du sein a poursuivi son développement, avec comme point saillant le passage à la numérisation des clichés. Parallèlement, le canton, pionnier en Suisse pour la mise en place d'un dépistage expérimental du cancer, a participé à la création de la Fédération suisse des programmes de dépistage. Il a également financé et participé à la phase de conception d'un projet-pilote de dépistage du cancer du côlon, en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique et la Ligue suisse contre le cancer.

Maladies transmissibles (VIH/SIDA, pandémies, etc.)

Action n° 29 : renforcer le dispositif de surveillance et de prise en charge des maladies transmissibles

Le renforcement des compétences et des forces de travail cantonales a été réalisé dès 2010 par la mise à disposition de 2.1 EPT supplémentaires, rattachés en partie au CHUV. Ces ressources sont affectées, d'une part, à la surveillance des maladies transmissibles à déclaration obligatoire et à la centralisation des données y relatives (5 à 6'000 déclarations obligatoires de maladies par année) et, d'autre part, à la mise en place du système d'information du programme HPCI en vue de l'élaboration de recommandations destinées à la pratique ambulatoire et de l'analyse des résultats du programme. De plus, une ressource a été intégrée au programme HPCI pour la surveillance des cabinets dentaires et médicaux en application de l'Ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (retraitements et stérilisation).

Santé mentale

Action n° 30 : conduire les cinq programmes prioritaires retenus par le Plan de santé mentale

Les cinq programmes prioritaires du Plan de santé mentale sont l'amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique, le handicap mental et la psychiatrie, le renforcement de la liaison et de la coordination, la lutte contre les conduites suicidaires et la lutte contre la violence.

Parmi les actions à relever pour la législature figurent l'ouverture, entre 2007 et 2008, de neuf lits de pédopsychiatrie dans les hôpitaux d'Yverdon et d'Aigle et de deux lits de pédopsychiatrie de liaison à l'Hôpital de l'Enfance (2011). Dès 2007, dans le domaine du Handicap mental et à partir de 2009 dans le domaine de la psychiatrie

communautaire, des dispositifs d'équipes mobiles ont été développés et consolidés pour l'ensemble du canton. Les prestations de psychiatrie de liaison ont également été renforcées dès 2008 au sein des hôpitaux somatiques, dans les EMS et les CMS. La formation «Faire face au risque suicidaire» a permis de former, depuis 2008, près de 700 personnes (professionnels de la santé, éducateurs, enseignants, etc.). En 2011, le dispositif de réponse à la détresse psychologique a été clarifié par la promotion du numéro 0848 133 133 permettant de répondre aux appels d'urgences psychiatriques sur l'ensemble du canton via la centrale téléphonique des médecins de garde.

Le déploiement du programme «Maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées » a démarré, courant 2011, avec notamment l'ouverture des Centres de la Mémoire régionaux, au Nord et à l'Est du canton.

De manière générale, l'ensemble des développements réalisés entre 2008 et 2012 ont permis d'améliorer l'accès aux prestations de soins psychiatriques sur l'ensemble du canton, avec l'appui de nombreux partenaires : institutions psychiatriques, réseaux de soins, centres médico-sociaux, médecins installés, Fondation Urgences Santé et diverses associations.

4. Poursuivre la réorganisation hospitalière

Hôpital unique Riviera-Chablais

Action n° 31 : construire l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais et mettre en place sa structure de direction

Le nouveau centre hospitalier comprendra 304 lits de soins aigus, auxquels s'ajouteront 58 lits en réserve sur le site de Rennaz. Deux centres de traitement et de réadaptation (CTR) de 75 lits seront dotés d'une antenne médicochirurgicale pour les petites urgences et d'une unité de 12 postes de dialyse ambulatoire, respectivement au Samaritain (Vevey) et à Monthey. Ces nouvelles installations remplaceront les cinq sites actuels de soins aigus.

Une convention intercantonale, adoptée en mars 2009 par les Grands Conseils vaudois et valaisan, a entériné ce centre hospitalier en créant un établissement autonome de droit public. Les deux législatifs cantonaux ont également décidé début 2009 de garantir un emprunt de 21,5 millions de francs à l'Hôpital Riviera-Chablais pour lui permettre de financer les études détaillées et le concours d'architecture. Le 17 juin 2009, les 9 membres du premier Conseil d'établissement ont été nommés et, le 8 avril 2011, l'équipe pluridisciplinaire Geninasca Delefortrie SA / GROUPE 6 SA, Neuchâtel a remporté le concours d'architecture avec son projet intitulé «soins et grand paysage».

En mai 2012, les Grands Conseils vaudois et valaisan ont accepté de garantir l'emprunt pour le financement de la construction du nouvel hôpital à hauteur de 293,5 millions de francs, soit un total de 315 millions si l'on tient compte des 21,5 millions accordés en 2009. S'agissant de la répartition entre les cantons, le canton de Vaud a contribué à garantir cet emprunt à hauteur de 75% et le Valais de 25%.

Filière cantonale de neuroréhabilitation

Action n° 32 : réaliser les infrastructures nécessaires à la mise en place de la filière cantonale de neuroréhabilitation

En 2008, l'Institution de Lavigny et la Fondation Plein Soleil ont fusionné pour ne constituer qu'une seule entité juridique. L'Institution intègre en 2008 la filière vaudoise de neuroréhabilitation avec le regroupement des activités hospitalières et ambulatoires au CHUV, à Lavigny et à Plein Soleil à Lausanne. Les infrastructures

nécessaires à la mise en place de cette filière concernent les sites de Lavigny et Plein Soleil de l'Institution de Lavigny.

Un nouveau bâtiment du centre d'hébergement spécialisé de Plein Soleil (comprenant 63 lits, un appartement thérapeutique, 10 places de CAT et des ateliers d'occupation) a été inauguré en juin 2012. Un secteur « conscience minimale » de quatre lits est également fonctionnel sur ce site pour accueillir des patients dans un coma profond.

Depuis 2008, des travaux d'assainissement et de modernisation ont en outre été menés sur le site de Lavigny, afin d'anticiper la mise en place finale de la filière. Un projet de transformation et d'agrandissement est prévu. Il s'agit de créer 65 lits de neuroréhabilitation, un plateau technique de pointe, un secteur de consultations spécialisées ainsi que des locaux pour l'encadrement et la recherche. Le concours d'architecture a été lancé au cours du deuxième trimestre 2012.

Autres investissements hospitaliers

Action n° 33 : réaliser les investissements hospitaliers conservatoires et de réorganisation

Durant la période 2008-2011, les investissements conservatoires ont engendré des dépenses de l'ordre de 80 millions de francs. Ils ont permis de réaliser des travaux d'assainissement et de modernisation d'importance dans tous les établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public, excepté les bâtiments exploités par la Fondation de Rive-Neuve. Cette dernière a construit sur ses fonds propres un nouveau bâtiment dédié à l'accueil des soins palliatifs.

Les principales opérations de réorganisation et de développement des sites hospitaliers ont été la réalisation du centre vaudois anorexie boulimie des eHnv sur le site de St-Loup, l'extension et la restructuration des urgences du GHOL sur le site de Nyon, la mise en chantier de l'extension et la restructuration des urgences des eHnv sur le site d'Yverdon et, enfin, les études sur l'extension et la restructuration du plateau technique médical de l'EHC à Morges.

Missions des hôpitaux

Action n° 34 : mettre à jour les missions des hôpitaux pour assurer une répartition efficiente des prestations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux périphériques

En mars 2011, le Conseil d'Etat a adopté un cadre de référence recensant les dispositions fédérales et cantonales qu'un établissement doit remplir pour être admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. C'est sur cette base que la procédure d'admission sur la liste LAMal 2012 a été lancée. En réponse, l'ensemble des établissements hospitaliers vaudois y compris les cliniques privées ont manifesté leur position, soit en demandant leur admission, soit en y renonçant.

En juin 2011, le Conseil d'Etat a publié un rapport de planification hospitalière qui établit les besoins à couvrir et l'offre nécessaire, en prenant en compte les possibilités de collaboration avec les autres cantons.

Au terme de la procédure d'admission et conformément à la planification hospitalière, le Conseil d'Etat, par un arrêté du 29 juin 2011, a édicté la liste LAMal 2012 (modifiée le 07.12.2011) des établissements hospitaliers admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Le DSAS a signé avec chaque établissement retenu un mandat de prestations qui comprend l'éventail des prestations autorisées et les obligations auxquelles l'établissement doit répondre.

La répartition des missions médicales entre les établissements tient compte aussi bien des prestations de la médecine hautement spécialisée que de la répartition et des collaborations possibles avec le CHUV s'agissant des prestations universitaires. Cette répartition a été préparée par les collèges cantonaux des médecins spécialistes évoqués ci-dessus (action 21).

5. Renforcer le pilotage du système

Consolidation du dispositif législatif

Action n° 35 : mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins

L'intention du Conseil d'Etat était de soumettre au Grand Conseil un exposé des motifs et projet de loi visant à mettre en place un dispositif applicable tant aux spécialités médicales qu'aux équipements médicaux pour lesquels il existe un risque de pénurie ou de pléthore.

S'agissant des équipements médicaux, le Conseil d'Etat a toutefois en l'état renoncé à légiférer, au vu notamment des difficultés d'application mises en évidence par le canton du Tessin.

Quant aux spécialités médicales, les travaux menés ont débouché sur la signature d'un partenariat entre le DSAS et la Société vaudoise de médecine en juillet 2010. Ce partenariat a notamment permis de gérer d'entente avec la SVM l'application de la clause du besoin instaurée par la LAMal jusqu'à son abandon fin 2011. Il a également débouché sur l'élaboration d'un avant-projet de modification de la loi sur la santé publique instaurant des mesures de régulation de l'offre médicale, en utilisant au mieux la marge de manœuvre laissée en la matière aux cantons par le droit fédéral. Ce projet a été mis en consultation début 2013, avant d'être soumis au Grand Conseil d'ici la fin de l'année 2013.

Action n° 36 : établir un bilan et une veille technologique

Le Conseil d'Etat estime préférable que la réalisation d'un bilan et l'établissement d'une veille dans le domaine des innovations technologiques se diffusant sur le marché des soins s'effectuent au niveau national. C'est pourquoi il a renoncé à intervenir au seul niveau cantonal. Il a en revanche participé à la mise en place du « Swiss medical board » sous l'égide de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Cette dernière a en effet fondé en février 2011, conjointement avec la FMH et l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), l'association « Medical board » dont l'objectif est de formuler des recommandations sur le recours aux prestations médicales à partir d'avis formulés par des experts indépendants. Le canton de Vaud soutient d'une manière plus générale la mise en place d'un « Health technology assessment » (HTA) par la Confédération.

Action n° 37 : établir de nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux

La révision de la LAMal entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 a introduit des changements concernant la planification et le financement des hôpitaux. Elle a nécessité une adaptation de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) adoptée par le Grand Conseil en 2011.

Selon la nouvelle législation, les cantons ont l'obligation de réaliser une planification de leurs infrastructures hospitalières basée sur les prestations en respectant les critères posés par la Confédération. S'agissant du financement des hôpitaux, une

structure tarifaire unique a été introduite au plan national en 2012 pour les hospitalisations somatiques aiguës. Cette structure tarifaire, nommée SwissDRG, est constituée de forfaits par cas. La nouvelle loi a également modifié les principes de financement des hôpitaux en contraignant les assureurs à participer au financement des coûts des investissements. Enfin, cette révision offre au patient le libre choix parmi tous les hôpitaux suisses répertoriés (retenus au titre de la planification cantonale).

Une nouvelle liste LAMal vaudoise qui recense les hôpitaux et cliniques autorisés à facturer à l'assurance obligatoire des soins (et bénéficiant par conséquent des subventions du canton) a été fixée par le Conseil d'Etat et est entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Conformément aux exigences fédérales, le canton de Vaud a fixé sa part de financement des prestations hospitalières qui est passée de 52% à 55%. Le canton continue à prendre à sa charge la totalité des coûts liés aux prestations d'intérêt général (recherche et formation universitaire, ainsi que maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale).

La stratégie de mise en œuvre de la révision de la LAMal suivie par le Conseil d'Etat a permis de limiter l'impact financier global pour l'Etat de la nouvelle planification des lits de soins aigus à une dizaine de millions de francs au lieu des 70 millions qu'aurait représenté une admission généralisée sur la liste de tous les lits privés existants.

Il faut toutefois relever que l'introduction du libre choix de l'hôpital pour les patients a eu pour conséquence une augmentation de près de 20 millions de francs des dépenses pour les hospitalisations hors du canton de Vaud entre 2011 et 2012, qui résulte d'un transfert des assurances complémentaires vers l'argent public.

D'une manière générale, la stratégie globale conduite par le Conseil d'Etat ces dernières années dans le domaine hospitalier porte aujourd'hui ses fruits. Selon le datenpool de Santésuisse mis à notre disposition par l'Obsan, les coûts nets à charge de l'assurance-maladie pour les séjours hospitaliers ont diminué de 606 francs par assuré vaudois en 2006 à 591 francs en 2011. Par comparaison, les coûts moyens pour l'ensemble de la Suisse ont augmenté de 619 francs en 2006 à 670 francs en 2011. En comparaison intercantonale, le canton de Vaud a ainsi passé en cinq ans de la 18^{ème} à la 13^{ème} place des cantons les moins onéreux dans ce domaine.

Action n° 38 : réformer les modalités de financement de l'hébergement médico-social

La révision de la LAMal sur le financement des soins de longue durée a nécessité des modifications de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES). Adoptée par le Grand Conseil le 17 mai 2011 et en vigueur le 1^{er} octobre 2011, la LPFES prévoit notamment que :

- le Conseil d'Etat est désormais compétent pour octroyer la garantie de l'Etat et la prise en charge du service de la dette pour les emprunts contractés par des EMS privés reconnus d'intérêt public dans le cadre du financement de leurs investissements, cela dans les limites fixées par le Grand Conseil,
- les résidents participent au financement des soins jusqu'au maximum de 10% de la contribution maximale de l'AOS (alors que le droit fédéral permettrait aux cantons d'aller jusqu'à 20%),
- tous les EMS inscrits sur la liste LAMal bénéficient de la prise en charge par l'Etat et les communes de la part des soins non couverte par l'AOS et le patient (report soins).

S'agissant de la surveillance financière des institutions, la LPFES et son règlement d'application a introduit des règles de rémunération des fonctions directoriales et a limité à 25% des charges d'exploitation la proportion des activités des EMS qui peuvent être sous-traitées.

Action n° 39 : réformer la gouvernance de l'aide et des soins à domicile

Cf. action no 2 ci-dessus.

Action n° 40 : réformer la gouvernance de la prévention

La Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA) et le groupe d'experts en matière d'addiction (GEA) ont été mis en place en 2009.

La CPSLA regroupe des représentants des services de l'administration cantonale, des associations intéressées, des communes, des réseaux de soins et des milieux concernés. Elle a pour rôle de fournir une expertise au Conseil d'Etat sur les questions de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre les addictions, de suivre la mise en œuvre de la stratégie cantonale en la matière. Elle préavise sur les demandes de financement de projets par le Fonds pour le développement de la prévention et de la promotion de la santé, le Fonds de la dîme de l'alcool et le Fonds pour la prévention et la lutte contre les addictions. Le GEA l'appuie à cet effet pour le domaine des addictions.

Au cours de la législature, 79 projets ont été soumis pour préavis, dont des projets pionniers et novateurs, comme « ça marche ! Bouger plus, Manger mieux » et « dépistage du cancer du côlon », qui ont permis d'obtenir des financements de la Confédération. Au total, 69 projets ont reçu un financement par l'un des fonds cantonaux pour un total de 8,54 millions de francs.

Stratégies en faveur de la qualité

Action n° 41 : renforcer les mesures permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins

La qualité des soins, le respect des droits des patients et la surveillance des professionnels de la santé et des institutions sanitaires sont restés au centre des préoccupations de l'autorité sanitaire.

Une Autorité de surveillance sanitaire et socio-éducative a été créée au sein du DSAS. Les travaux menés tout au long de la période écoulée en collaboration avec les organismes concernés, notamment l'AVDEMS, la FHV et le CHUV, ont permis de préciser les objectifs, de fixer des priorités et de revoir certains critères d'évaluation pour chaque secteur. Ainsi :

- Les EMS, les divisions C d'hôpitaux et les homes non médicalisés (plus de 160 établissements) inspectés par la CIVEMS bénéficient d'inspections plus courtes, ciblées sur la sécurité et la dignité des résidents, la dotation en personnel et l'application des normes légales concernant les mesures de contention. Un rapprochement a eu lieu entre la CIVEMS et l'OCES (organisme d'inspection des institutions sociales du handicap) dans le but de créer un seul organisme d'inspection : la Coordination interservices de visites dans les établissements sanitaires et sociaux – CIVESS. Le but est de créer des synergies et d'harmoniser les critères de surveillance.
- Les hôpitaux et cliniques de soins aigus somatiques et psychiatriques, les centres de traitement et de réadaptation (CTR) et enfin les établissements médicaux de soins ambulatoires font l'objet de contrôles sur site dans le cadre du

renouvellement de leur autorisation d'exploiter, soit tous les 5 ans, ou dans le cadre d'enquêtes autour des plaintes. Dans le but d'harmoniser les exigences et de rationaliser les ressources, un processus d'autocontrôle a été mis en place, en partenariat avec la FHV et le CHUV, dans tous les hôpitaux de soins aigus somatiques et les CTR reconnus d'intérêt public. L'autocontrôle porte principalement sur le respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène et de prévention de l'infection (programme cantonal HPCI), sur la surveillance de l'organisation de services ou prestations spécifiques (produits thérapeutiques, stockage du sang, etc.) et sur les qualifications professionnelles des responsables de l'exploitation (autorisation de diriger), ainsi que des responsables médicaux et des soins.

- Le dispositif est complété par une représentation d'un membre du SSP dans le comité directeur de l'Agence Nationale pour la qualité (ANQ) et dans les groupes de travail intercantonaux actifs en la matière.
- De son côté, la FHV a mis en place dès 2008, avec le soutien du DSAS, un programme «Sécurité des patients» portant notamment sur la formation de coordinateurs sécurité patient, la prévention des événements indésirables liés aux médicaments, la mise en place d'une check-list chirurgicale et d'un système d'identification des patients.

Concernant les droits des patients, le traitement des plaintes des usagers a été grandement amélioré. La gestion des plaintes est plus rapide et efficace et la coordination entre les différents services et unités du Département a été renforcée. Quant à la Commission des plaintes concernant les résidents d'EMS, elle a vu son activité s'élargir aux droits des personnes handicapées résidant dans les institutions sociales. De même, le Bureau de médiation Santé est devenu le Bureau de médiation Santé Handicap.

Les trois centres de procréation médicalement assistée (PMA) ont été inspectés par un expert durant l'année 2012. Quant aux surveillances de routine visant les pharmacies, drogueries, laboratoires, stérilisations, commerces d'optique, autorisations de cures de substitution pour les personnes toxicodépendantes et mesures sanitaires d'urgence, elles sont maintenues.

Systeme d'information

Action n° 42 : faire adopter une stratégie cybersanté conforme aux orientations fédérales et la mettre en œuvre

Le Service de la santé publique a mis en place une cellule cybersanté cantonale (eHealth). Celle-ci s'appuie sur un comité de pilotage composé des directions opérationnelles et informatiques des prestataires de soins du canton. Un inventaire des besoins a permis de lancer trois projets pilotes mettant en œuvre des échanges électroniques d'informations médicales et médico-sociales entre les hôpitaux, les BRIOs (Bureaux régionaux d'information et d'orientation) et les EMS. Une feuille de route a été établie. Ces échanges d'informations sont rendus possibles par la mise en œuvre des systèmes d'informations propres à chaque domaine : DOPHIN pour l'hôpital, IRIS pour les soins à domicile, BRIOCHE pour les réseaux de soins.

Dans un deuxième temps, un large groupe d'experts a été impliqué pour identifier les bénéfices principaux que la cybersanté doit amener au système sanitaire vaudois à savoir : «continuité de la prise en charge», «tableaux de bord pour patients chroniques», «sécurité du patient grâce à un plan de médication partagé» et

« implication du patient dans son traitement ». Sur la base de ces objectifs, une stratégie eHealth VD, comportant un plan de mise en œuvre pragmatique et par étapes, une collaboration avec le canton de Genève et un plan de financement, a été élaborée et sa mise en œuvre a démarré.

Collaborations avec les autres cantons

Action n° 43 : poursuivre et renforcer les collaborations intercantionales dans le domaine de la santé

Une des principales collaborations intercantionales à mettre en évidence pour la législature 2007-2012 est la réalisation de l'Hôpital intercantional Riviera-Chablais avec le canton du Valais (action 33). Dans le même domaine, une convention intercantionale visant à transformer l'Hôpital intercantional de la Broye réunissant les sites de Payerne et d'Estavayer-le-lac en établissement de droit public sera prochainement soumise aux Grands Conseils vaudois et fribourgeois.

Le canton de Vaud a activement participé à de nombreux projets et actions menés, d'une part, au niveau romand sous l'égide du Groupement romand de santé publique (GRSP) et de la Conférence latine des directrices et directeurs des affaires sanitaires et sociales (CLASS) et, d'autre part, au niveau fédéral sous l'égide de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). On citera notamment, au niveau romand, le programme latin de dons d'organes, le projet de formation postgraduée des médecins assistants de premiers recours au cabinet du praticien et les actions menées dans le domaine de la prévention (projet alimentation et activité physique, Fourchette verte, etc.). Au niveau national, on relèvera les décisions de répartition des prestations relevant de la médecine hautement spécialisée prises par l'Organe de décision créé par la Convention intercantionale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), ratifiée par décret du Conseil d'Etat le 4 novembre 2008, à la demande du Grand Conseil vaudois.

B. Activité des institutions subventionnées

Ce chapitre présente l'évolution de l'activité et des coûts des institutions sanitaires publiques et subventionnées, de 2006 à 2011. Une première section rappelle succinctement l'évolution de la démographie vaudoise. Elle met en évidence l'importance de la demande potentielle en services de soins.

1. Evolution de la population

Tableau 1 : Population résidante par classe d'âges, Vaud, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006-2011 (nb pers.)	Ecart 2006-2011 (en %)
Classe d'âges								
0-19 ans	153'051	154'794	157'706	159'221	160'775	162'438	9'387	6.13%
20-64 ans	404'505	410'290	420'933	429'200	435'206	443'895	39'390	9.74%
65-74 ans	50'674	52'215	54'300	56'290	58'263	60'483	9'809	19.36%
75-79 ans	20'248	20'584	20'711	20'942	20'822	20'875	627	3.10%
80-84 ans	16'011	15'926	16'056	16'188	16'573	16'688	677	4.23%
85-89 ans	9'227	9'788	10'246	10'797	11'068	11'164	1'937	20.99%
90 ans et +	4'943	4'984	4'970	5'164	5'470	6'018	1'075	21.75%
En tout	658'659	668'581	684'922	697'802	708'177	721'561	62'902	9.55%

Source : Statistique Vaud

Entre 2006 et 2011, la population vaudoise s'est accrue de près de 63'000 personnes

(+ 9.6%), ce qui est considérable. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 1.84% et explique en bonne partie l'augmentation du recours aux soins.

L'examen par groupe d'âge montre que la population de moins de 80 ans connaît, au cours de la période, une croissance légèrement plus lente (+ 9.4%). A contrario, l'effectif des 80 ans et plus, dont la consommation des prestations est particulièrement élevée, s'accroît de quelque 12.2%. A relever l'augmentation très forte des personnes de 85 ans et plus : + 21% environ.

Pour 2012, la croissance de la population vaudoise semble montrer un certain fléchissement. Cependant, les résultats des précédentes projections démographiques, réalisées par Statistique Vaud ont été revus à la hausse. Cet accroissement est essentiellement dû à l'immigration. Les chiffres les plus récents font état d'une population résidente permanente composée de 729'971 personnes au 31.12.2012, ce qui représente une augmentation annuelle de 8'410 personnes, dont 7'748 en provenance de l'étranger. Le taux d'accroissement entre 2011 et 2012 se situe à 1,2%, soit assez nettement en dessous du taux d'accroissement annuel moyen entre 2006 et 2011 (1.84%). Ce taux d'accroissement n'est que de 0.13% pour la population suisse résidant sur sol vaudois, alors qu'il est de 3.5% pour la population étrangère résidant sur Vaud.

2. Hospitalisation

Le tableau 2 présente l'offre en lits ainsi que l'activité hospitalière du CHUV, des hôpitaux spécialisés, des hôpitaux régionaux et des services de psychiatrie publics et subventionnés. Mettant à disposition quelque 3'049 lits en 2011, ces hôpitaux enregistrent près de 106'000 séjours pour quelque 72'000 patients et un peu plus de 957'000 journées d'hospitalisation.

Globalement, l'activité hospitalière est en nette augmentation puisqu'on dénombre plus de 63'500 journées d'hospitalisation supplémentaires entre 2006 et 2011, soit une progression de 7.11%. Cette évolution s'explique en grande partie par l'accroissement démographique, très marqué sur la même période (+ 9.5%), et par le vieillissement de la population qui influence à la hausse le taux de recours à l'hospitalisation.

Il faut relever qu'à côté de cette activité subventionnée, les cliniques privées contribuent également à la prise en charge hospitalière. Ainsi, d'après les statistiques fédérales à disposition, environ 20'000 séjours ont eu lieu en clinique privée en 2011 dans le canton de Vaud, ce qui représente 16% des hospitalisations vaudoises.

Pour les trois groupes d'âge distingués au tableau 2, le taux d'hospitalisation est relativement stable sur la période, voire même en diminution pour la population de 20 ans et plus. Cette stabilité peut être mise sur le compte d'une légère amélioration de l'état de santé global de la population vaudoise, malgré le vieillissement constaté.

L'examen de l'évolution de l'activité par secteur d'activité – soins somatique aigus, réadaptation, psychiatrie – permet d'affiner ces observations.

Tableau 2 : Activité des hôpitaux publics et subventionnés entre 2006 et 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006- 2011	Ecart 2006- 2011 en %
Hospitalisation (1)								
Lits financés (2), en tout :	2'851	2'902	2'962	3'013	3'085	3'049	198	6.95%
Dont : Soins somatiques aigus	1'949	1'958	1'987	2'038	2'068	2'034	84	4.33%
Réadaptation	488	505	535	542	556	568	80	16.30%
Psychiatrie	414	439	440	433	461	448	34	8.28%
Journées d'hospitalisation en tout :	893'717	909'704	931'253	945'455	968'024	957'268	63'551	7.11%
Dont : Soins somatiques aigus	604'822	607'477	618'207	632'305	641'677	631'019	26'197	4.33%
Réadaptation	160'343	165'795	176'179	178'187	182'684	186'479	26'136	16.30%
Psychiatrie	128'552	136'432	136'867	134'963	143'663	139'770	11'218	8.73%
Séjours en tout :	98'494	99'271	100'081	102'850	103'725	105'929	7'435	7.55%
Dont : Soins somatiques aigus	85'540	85'771	86'091	89'008	89'696	91'197	5'657	6.61%
Réadaptation	7'719	8'298	8'716	8'868	8'729	9'170	1'451	18.80%
Psychiatrie	5'235	5'202	5'274	4'974	5'300	5'562	327	6.25%
Durée moyenne de séjour	9.07	9.16	9.30	9.19	9.33	9.04	-0.03	-0.33%
Soins somatiques aigus	7.07	7.08	7.18	7.10	7.15	6.92	-0.15	-2.13%
Réadaptation	20.77	19.98	20.21	20.09	20.93	20.34	-0.43	-2.09%
Psychiatrie	24.56	26.23	25.95	27.13	27.11	25.13	0.57	2.32%
- Indice de case-mix (3)	0.990	0.999	1.007	1.011	1.023	1.018	0.028	2.83%
Dont : Indice du CHUV	1.324	1.355	1.328	1.316	1.318	1.299	-0.025	-1.89%
Indice des autres hôpitaux	0.801	0.802	0.802	0.806	0.825	0.827	0.026	3.25%
Taux d'hospitalisation, en tout :	14.95%	14.85%	14.61%	14.74%	14.65%	14.68%	-0.27	
- 0-19 ans	11.42%	11.42%	11.24%	11.46%	11.66%	11.81%	0.38	
- 20-64 ans	11.21%	11.01%	10.76%	10.73%	10.54%	10.43%	-0.78	
- 65 ans et plus	35.26%	35.21%	34.88%	35.24%	34.84%	35.11%	-0.15	

Source : Données médicales des hôpitaux subventionnés

(1) Etablissements subventionnés seulement, sans les divisions C, mais y compris les sites extra-cantonaux de Monthey (HdC) et d'Estavayer (HIB)

(2) Lits calculés sur la base des journées d'hospitalisation par application d'un taux d'occupation normatif de 85% pour les soins aigus et de 90% pour la réadaptation. Le tableau ci-dessus comprend les lits A et B des établissements psychiatriques et des sites extra-cantonaux.

(3) Indice de case-mix ou ICM : Nombre de points APDRG/Nbre de cas, le standard suisse valant 1; l'ICM est calculé sur les cas somatiques aigus (version 5.1 des cost-weights jusqu'en 2008 puis version 6 dès 2009).

Soins somatiques aigus : augmentation de l'activité et de la lourdeur des cas, stabilité de la durée moyenne de séjour

Les soins somatiques aigus constituent le secteur d'activité le plus important des hôpitaux vaudois. En 2011, ils représentent 86% des séjours et 66% des journées d'hospitalisation.

Entre 2006 et 2011, l'activité en soins somatiques aigus enregistre 6.6% de séjours supplémentaires. En termes de journées d'hospitalisation, cela représente une augmentation de 4.3%. Pour l'essentiel, cette augmentation de l'activité hospitalière est certainement à mettre sur le compte de la forte croissance démographique du canton.

La durée moyenne de séjour est relativement stable sur l'ensemble de la période, avec une valeur moyenne d'environ 7.1 jours, et cela malgré les progrès technologiques (chirurgie non invasive par exemple). Le nombre de cas traités en ambulatoire étant en augmentation, il est probable que des cas traités précédemment en hospitalisation de un ou deux jours sortent de la statistique hospitalière, ce qui influence à la hausse la durée moyenne de séjour. Notons toutefois une baisse de cette durée pour l'année 2011 (6.92 jours en moyenne), dont l'évolution est à suivre durant les prochaines années.

L'indice de «case mix», qui rend compte de la lourdeur moyenne des cas traités, semble évoluer légèrement à la baisse pour le CHUV, alors qu'il augmente de 3.25% pour l'ensemble des autres hôpitaux vaudois. Cette forte augmentation pour les hôpitaux régionaux est vraisemblablement en bonne partie due à un codage plus rigoureux. Les cas traités par le CHUV, qui a un indice de 1.299 en 2011, restent

cependant en moyenne nettement plus lourds que ceux traités par les hôpitaux régionaux, dont l'indice moyen est de 0.827. Selon les statistiques fédérales à disposition, l'indice du CHUV se situe un peu au-dessus de la moyenne des autres hôpitaux universitaires suisses.

Soins de réadaptation : forte augmentation de l'activité

Avec 9% des séjours et près de 20% des journées en 2011, la réadaptation constitue le 2^{ème} secteur d'activité des hôpitaux publics et subventionnés.

Entre 2006 et 2011, l'activité de réadaptation s'est développée de façon significative avec plus de 26'000 journées supplémentaires correspondant à 1'451 séjours supplémentaires, soit une augmentation de 16.3% et 18.8% respectivement.

La durée moyenne de séjour, d'un peu plus de 20 jours en 2011, est trois fois plus élevée que celle des soins somatiques aigus. Sur la période 2006-2011, cette durée est relativement stable.

Soins psychiatriques : augmentation du nombre de séjours et augmentation de la durée moyenne de séjour

En 2011, l'activité psychiatrique représente un peu plus de 4% des séjours et 15% des journées d'hospitalisation.

En 2006, on dénombre 5'235 séjours. Quatre ans plus tard, en 2011, on compte 327 séjours supplémentaires, ce qui représente une augmentation de 6.25%.

Sur l'ensemble de la période 2006-2011, les soins psychiatriques se caractérisent par une durée moyenne de séjour de 26 jours, nettement supérieure à celle des soins somatiques aigus (7.1 jours) et même de la réadaptation (21 jours). La durée moyenne de séjour de l'activité psychiatrique est en augmentation marquée sur la période 2006-2010 (+ 2.55 jours), ce qui influence directement à la hausse le nombre de journées d'hospitalisation fournies, qui augmente de 15'000 unités sur la période.

3. Personnel hospitalier

Forte augmentation de l'effectif du personnel hospitalier, en particulier dans certains groupes de professions

Globalement, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) des professionnels de la santé en milieu hospitalier augmente de manière significative durant la période observée. Selon les données de la statistique administrative, on dénombre en effet 2'260 ETP supplémentaires en 2011, par rapport à 2006 (+19.75%).

De 2006 à 2009*, cette augmentation est particulièrement significative pour le personnel administratif (+18%) et le personnel soignant non médecin (+17%). Ces chiffres reflètent des pratiques hospitalières qui tendent à renforcer la prise en charge médicale par des mesures administratives ayant pour objectifs une amélioration de la sécurité et la qualité. Le personnel des autres groupes de professions augmente également, mais dans des proportions moindres, allant de seulement +1% pour le personnel technique et de maintenance jusqu'à +5 à 6% pour les médecins et autres universitaires ainsi que pour le personnel hôtelier.

Tableau 3 : Effectif du personnel hospitalier en équivalents temps plein, de 2006 à 2011

	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	Ecart 2006-2009	Ecart 2006-2009 en %
Médecins et autres universitaires	2'085	2'181	2'259	2'194			110	5.25%
Personnel soignant des secteurs de soins	3'925	4'027	4'154	4'594			670	17.06%
Personnel d'autres disciplines médicales	2'347	2'375	2'477	2'448			101	4.29%
Personnel administratif	1'417	1'459	1'563	1'667			251	17.68%
Personnel hôtelier	1'364	1'391	1'447	1'448			84	6.17%
Personnel technique et de maintenance	307	312	313	310			3	1.04%
							Ecart 2006-2011	Ecart 2006-2011 en %
Ensemble du personnel	11'443	11'746	12'212	12'661	13'026	13'703	2'260	19.75%

Source : Données administratives des hôpitaux subventionnés

* La nouvelle statistique administrative, en vigueur dès 2010, propose un découpage par profession différent de celui des années précédentes et ne permet pas, par conséquent, un suivi temporel par groupe de professions pour les deux dernières années (2010-2011)

4. Activité ambulatoire

Bien que l'activité ambulatoire ne fasse pas partie des secteurs subventionnés par l'Etat, elle a sa place dans le présent rapport, d'une part, étant donné son interaction très forte avec l'activité des autres secteurs de soins, telle l'hospitalisation et, d'autre part, en raison de sa forte progression au cours des dernières années.

Le tableau 4 présente l'évolution de l'activité ambulatoire entre 2006 et 2011, tant en hôpital qu'en cabinet de médecin(s).

Les données sont issues du pool de données de Santéuisse. Cette base de données regroupe l'ensemble des factures saisies par les assureurs et couvre 98.7% des assurés vaudois. L'Obsan extrapole ces données pour qu'elles correspondent à 100% des assurés. Les factures payées en partie ou en entier par l'assuré y sont incluses, pour autant qu'elles aient été transmises à l'assureur. L'activité en dessous de la franchise de l'assuré, sans facture transmise, ne figure donc pas dans le tableau 4.

Tableau 4 : Evolution de l'activité ambulatoire par spécialité de 2006 à 2011 (nombre de consultations)

	2006/2007*	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006-2011	Ecart 2006-2011 en %
Médecine de base	1'502'656	1'641'163	1'605'632	1'645'414	1'618'575	115'919	7.71%
Ambulatoire hospitalier	1'054'993	1'189'403	1'236'102	1'306'015	1'356'401	301'409	28.57%
Gynécologie ¹	215'392	235'789	237'452	248'494	250'243	34'852	16.18%
Médecine avec chirurgie ²	383'448	415'320	409'661	415'653	408'724	25'277	6.59%
Médecine sans chirurgie	390'714	409'643	393'426	407'804	394'835	4'121	1.05%
Pédiatrie ³	239'140	260'982	268'135	278'924	277'324	38'184	15.97%
Psychiatrie ⁴	277'036	312'303	297'147	337'601	397'786	120'750	43.59%
Radiologie	30'075	27'957	37'734	41'702	41'623	11'549	38.40%
Autres spécialités	971'239	1'021'448	1'020'820	977'277	968'919	-2'320	-0.24%
Total	5'064'691	5'514'008	5'506'109	5'658'884	5'714'430	649'739	12.83%

Source : pool de données Santéuisse

¹⁾ Femmes uniquement

²⁾ Y compris la chirurgie pédiatrique qui n'inclut que les 0-18 ans.

³⁾ 0-18 ans

⁴⁾ Y compris la psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents qui n'inclut que les 0-18 ans.

* Afin de limiter l'incidence due à l'introduction de la franchise à 2'500 CHF en 2006, c'est une moyenne des consultations 2006-2007 qui est utilisée comme premier résultat dans cette comparaison temporelle.

A eux seuls, la médecine de base et l'ambulatoire hospitalier représentent plus de la moitié (52%) de l'ensemble de l'activité ambulatoire en 2011.

Forte augmentation de l'activité ambulatoire

Globalement, l'activité ambulatoire croît d'environ 13% de 2006 à 2011, ce qui représente 649'739 consultations supplémentaires en 2011, par rapport à 2006.

Distinguées par spécialité, les plus fortes croissances s'observent en psychiatrie (+44%), en radiologie (+38%), en ambulatoire hospitalier (+29%), en gynécologie (+16%) et en pédiatrie (+16%).

5. Hébergement

Le tableau 5 présente l'évolution de l'activité des EMS subventionnés et des divisions C des hôpitaux régionaux. En 2011, ces établissements mettent à disposition 6'354 lits d'hébergement et réalisent près de 2.3 millions de journées d'hébergement. De 2006 à 2011, l'activité globale croît de manière assez significative, puisque le nombre de journées d'hébergement augmente de 7.2%, soit plus de 161'000 journées supplémentaires.

Globalement, on constate un vieillissement de la population lors de l'entrée et de la sortie en établissement, ainsi qu'une diminution de la durée de séjour.

Tableau 5 : Activité des EMS subventionnés et des divisions C entre 2006 et 2011

Hébergement	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006 2011	Ecart 2006 2011 en %
Nombre de lits*	5'869	5'935	5'938	6'024	6'158	6'354	485	8.26%
Nombre de journées*	2'114'404	2'125'068	2'108'043	2'168'914	2'207'259	2'275'554	161'150	7.62%
Taux d'occupation moyen (%)*	98.7	98.1	97.0	98.6	98.2	98.1	-0.6	
Age moyen des pensionnaires au 31.12.*	81.80	81.80	81.90	81.60	81.60	81.80	0.00	0.00%
Durée moyenne de séjour en année**	2.34	2.02	2.03	2.07	2.12	1.90	-0.44	-18.80%
Age moyen à l'entrée**	79.20	79.91	80.21	79.81	79.96	80.08	0.88	1.11%
Age moyen à la sortie**	82.70	83.33	84.15	83.50	84.11	84.07	1.37	1.66%
Durée moyenne de soins requise, en minutes	157.2	157.3	155.5	156.3	158.6	160.2	3.0	1.91%
Taux d'hébergement global (%) :	0.88	0.87	0.84	0.85	0.85	0.86	-0.02	

Source : SOMED et reporting des EMS et divisions C des hôpitaux

* Longs et court séjours (court séjours < 30j.)

** Longs séjours uniquement

Nombre de lits en augmentation et stabilité du taux d'occupation moyen

Pour répondre à la demande croissante d'hébergement en EMS ou en division C d'hôpitaux, l'offre en lits a augmenté de plus de 8% sur la période 2006 à 2011, ce qui correspond à 485 lits supplémentaires. Pour rappel, la population vaudoise de 80 ans et plus a augmenté de 3'689 personnes entre 2006 et 2011.

Durant cette période, le taux d'occupation moyen des lits reste stable, aux environs de 98%.

Age moyen des pensionnaires à l'entrée et à la sortie en progression

L'âge moyen des pensionnaires présents au 31.12 reste stable sur la période étudiée. Il est proche de 82 ans. Cette moyenne est légèrement faussée par la présence d'environ 10% de pensionnaires âgés de moins de 65 ans, hébergés en EMS pour des raisons de handicap ou de maladie.

De 2006 à 2011, l'âge moyen des pensionnaires lors de leur entrée en établissement augmente d'environ 10 mois. L'âge moyen à la sortie, qui correspond généralement au décès, augmente d'une année et 4 mois sur la même période, pour se situer

légèrement en dessus de 84 ans en 2011.

Durée moyenne de séjours en diminution

Toujours sur la même période, on constate une diminution de la durée de séjour qui passe de 2.34 années à 1.9 année, soit une diminution de 5 mois environ. Cette diminution de la durée de séjour s'explique sans doute par une entrée en EMS à un âge toujours plus avancé, liée à un allongement de la durée de vie en bonne santé et à la prise en charge par d'autres structures telles que celle de l'aide et des soins à domicile.

6. Aide et soins à domicile

Le tableau 6 résume l'évolution de l'activité des services d'aide et de soins à domicile rattachés à l'AVASAD. En 2006, ces prestataires de soins à domicile ont servi 24'279 clients, alors qu'ils sont près de 29'000 en 2011.

Tableau 6 : Aide et soins à domicile subventionnés entre 2006 et 2011

Clientèle des soins à domicile	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006-2011	Ecart 2006-2010 en %
Nb de clients annuels ^{a)}	24'279	24'948	26'469	27'140	27'982	28'755	4'476	18.44%
Nb de clients mensuels moyen ^{b)}	12'414	12'836	13'466	13'937	14'574	15'178	2'764	22.26%
dont par classe d'âge: < 65 ans	2'758	2'881	3'160	3'279	3'300	3'458	700	25.39%
65 -74 ans	1'698	1'786	1'869	2'006	2'146	2'257	559	32.95%
75-84 ans	4'001	4'052	4'300	4'332	4'512	4'583	582	14.55%
85 ans et +	3'958	4'117	4'137	4'320	4'616	4'880	922	23.30%
Taux de prise en charge (%) ^{c)}	1.88%	1.92%	1.97%	2.00%	2.06%	2.10%	0.22	
dont par classe d'âge: < 65 ans	0.49%	0.51%	0.55%	0.56%	0.55%	0.57%	0.08	
65 -74 ans	3.35%	3.42%	3.44%	3.56%	3.68%	3.73%	0.38	
75-84 ans	11.03%	11.10%	11.70%	11.67%	12.07%	12.20%	1.17	
85 ans et +	27.93%	27.87%	27.19%	27.07%	27.91%	28.40%	0.47	
Nb d'heures relevées par année ^{d)}	1'230'919	1'287'142	1'351'668	1'385'953	1'450'596	1'507'867	276'948	22.50%
Dont heures pour les soins de base	638'710	671'634	703'455	726'105	757'096	789'300	150'590	23.58%
Nb moyen d'heures par client et par année ^{e)}	50.7	51.6	51.1	51.1	51.8	52.4	1.7	3.43%
Dont nb moyen d'heures pour les soins	26.3	26.9	26.6	26.8	27.1	27.4	1.1	4.34%

Source: Entrepôt de données SCRIS/OMSV-AVASAD

a) En 2006 et 2007, nombre de personnes avec au moins une heure de prestations relevées dans l'année. Pour 2008-2011, clientèle annuelle des centres médico-sociaux avec ou sans prestations

b) En 2006 et 2007, clientèle mensuelle moyenne. En 2008-2011, clientèle prise en charge lors d'un mois-type (novembre)

c) Pourcentage de personnes prises en charges par les soins à domicile par classe d'âge (calculé ainsi: nombre de clients mensuels moyens de la classe d'âge considérée divisée par le nombre de personnes au 31.12 dans cette classe d'âge multiplié par 100)

d) Volume annuel des principales prestations relevées

e) Volume annuel des prestations relevées, par client avec au moins une heure de prestations relevées

Environ 12'400 bénéficiaires en moyenne mensuelle en 2006, et 15'200 en 2011

En 2011, 28'755 personnes (cf. définition a dans le tableau 6) ont bénéficié de prestations d'aide et de soins à domicile. Lors d'un mois typique de l'activité de ces services, cela représente 15'178 bénéficiaires (cf. définition b dans le tableau 6), avec une augmentation annuelle moyenne de 3.4%. S'ajoutent à ces personnes, celles non décomptées qui ne font appel qu'à des services spécifiques tels que la location de moyens auxiliaires, la fourniture de repas ou de systèmes de bio-télévigilance. Parmi ces 15'178 bénéficiaires mensuels, 25% ont moins de 65 ans (suites de traitements) et 33% plus de 85 ans.

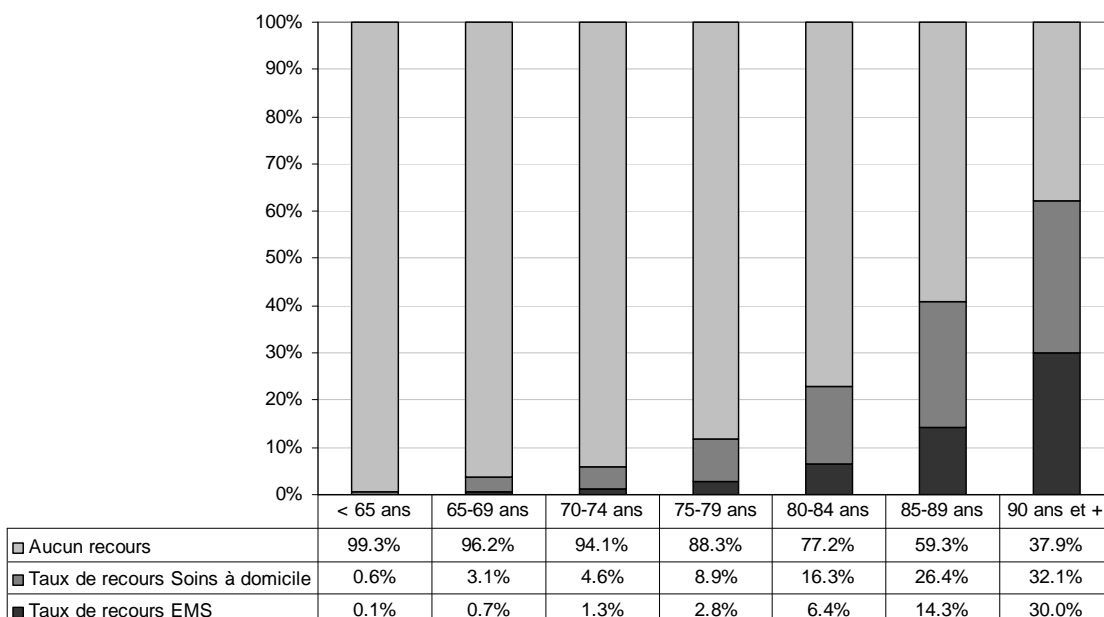
Recours important aux services médico-sociaux depuis l'âge de 85 ans

Jusqu'à l'âge de 74 ans, le taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile est relativement faible. Entre 75 et 84 ans, le taux est de 12%. Il passe à plus de 28% pour les 85 ans et plus. Bien qu'en légère augmentation, surtout en 2011, ces taux de

recours apparaissent relativement stables d'une année à l'autre.

Si l'on tient également compte des personnes hébergées en EMS (graphique 1), on constate qu'à partir de 65 ans, le taux de recours aux prestations médico-sociales, quelles qu'elles soient, augmente de manière exponentielle. Le graphique met également en évidence que plus des deux tiers des 90 ans et plus vivent à domicile, dont plus de la moitié sans aide et soins de la part des centres médico-sociaux subventionnés. Depuis 2006, cette situation n'a que très peu évolué.

Graphique 1 : Taux de recours aux EMS et aux services à domicile subventionnés en 2011



Les soins de base représentent la moitié des heures de prestations

Les heures pour les soins de base représentent plus de la moitié des heures relevées pour les prestations d'aide et soins à domicile. Elles augmentent de 23.6% entre 2006 et 2011 (en moyenne 4.32% par an) et expliquent la majeure partie de l'évolution du volume total des prestations. Le nombre moyen d'heures par client et par année est plus stable, n'augmentant que de 3.43% sur l'ensemble de la période.

7. Urgences préhospitalières

Les prises en charge d'urgences préhospitalières sont de deux types :

- les interventions primaires, qui correspondent à une première prise en charge d'un patient sur le lieu même d'un événement avec, si nécessaire, son transport vers un lieu approprié de soins,
- les interventions secondaires, qui consistent à prendre en charge un patient dans une structure de soins et à assurer son transport vers une autre structure ou vers son domicile.

Au nombre d'environ 42'000 en 2011, les prises en charge d'urgences préhospitalières sont assurées pour deux tiers par des services subventionnés et pour un tiers par des services privés, sans subvention de l'Etat. Les services subventionnés traitent 80% des

interventions primaires annuelles (24'000 sur 30'000) et, parmi celles-ci, 63 % sont des interventions en situations d'urgence et de sauvetage (interventions primaires de priorité¹). Quant aux services d'ambulances non subventionnés, ils gèrent les trois quarts des interventions secondaires (8'500). Le tableau 7 recense uniquement l'activité des services subventionnés.

Tableau 7 : Activité des services d'urgences préhospitalières subventionnés

Services d'urgences préhospitalières	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2008-2011 ¹⁾	Ecart 2008-2011 en %
Total des interventions	23'153	23'733	23'141	24'828	25'848	27'346	4'205	18.17%
Dont: primaires	20'507	21'263	20'532	21'845	23'116	24'070	3'538	17.23%
secondaires	2'646	2'470	2'609	2'983	2'732	3'276	667	25.57%
Urgence et sauvetage^{1) 2)}	16'779	17'106	13'793	13'192	14'357	15'186	1'393	10.10%
Dont: 0-19 ans	1'687	1'772	1'444	1'652	1'733	1'772	328	22.71%
20-64 ans	8'625	8'840	7'213	6'885	7'325	7'711	498	6.90%
65 ans et +	6'467	6'494	5'136	4'655	5'299	5'703	567	11.04%
Taux de recours, toutes interventions confondues	3.52%	3.55%	3.38%	3.56%	3.65%	3.79%	0.41	
Taux de recours, Urgence et sauvetage	2.55%	2.56%	2.01%	1.89%	2.03%	2.10%	0.09	
Dont: 0-19 ans	1.10%	1.14%	0.92%	1.04%	1.08%	1.09%	0.18	
20-64 ans	2.13%	2.15%	1.71%	1.60%	1.68%	1.74%	0.02	
65 ans et +	6.40%	6.27%	4.83%	4.26%	4.72%	4.95%	0.12	
Urgence et sauvetage avec transport de patient-e-s^{1) 3)}	14'396	14'787	12'023	11'488	12'515	13'325	1'302	10.83%
Dont: Indemne (NACA 0)	10	7	9	12	9	9	0	0.00%
Cas légers (NACA 1 à 2)	4'277	4'378	3'529	3'391	3'605	3'988	459	13.01%
Cas moyens (NACA 3)	7'324	7'441	5'867	5'514	6'126	6'669	802	13.67%
Cas lourds (NACA 4 à 7)	2'704	2'961	2'618	2'571	2'775	2'659	41	1.57%

Source: Service de la santé publique - base de données des fiches d'interventions préhospitalières saisies

1) En 2008, l'engagement des interventions "Urgence et sauvetage" (primaire de priorité 1) a été affiné et l'évolution est mise en évidence dans ce tableau avec l'écart du nombre d'interventions "Urgence et sauvetage" entre 2008 et 2011.

2) Sans les missions annulées en route.

3) Sans les missions annulées en route et les interventions sans transport.

75 personnes sont secourues chaque jour en 2011, dont 42 dans un contexte d'urgence et de sauvetage

Les prestations des services d'ambulances subventionnés comptent 27'346 interventions en 2011, qui se répartissent entre 88 % d'interventions primaires et 12 % d'interventions secondaires. Parmi les interventions primaires, 63% d'entre elles sont considérées de priorité 1 (Urgence et sauvetage). Ainsi, chaque jour, 75 personnes sont prises en charge, dont 42 dans un contexte d'urgence et de sauvetage. Entre 2008 et 2011, on constate une augmentation annuelle de 12 interventions par jour.

¹ Priorité 1 : Niveau de priorité défini par la centrale 144 au moment de l'appel. Un niveau de priorité 1 correspond à un cas d'engagement immédiat, signaux prioritaires enclenchés, pour une intervention avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales.

En 2011, sur les quelque 15'200 interventions d'urgence et de sauvetage assurées par les services subventionnés, plus de la moitié concernent des personnes âgées de 20 à 64 ans, le solde se répartissant entre les 0-19 ans (12%) et les personnes de 65 ans et plus (38%). De 2008 à 2011, le pourcentage des interventions en faveur des 0-19 ans a augmenté de 1.2 pt. Celui des personnes de 65 ans et plus est stable alors que la proportion de cas entre 20 et 64 ans diminue de 1.5 pt de pourcentage.

Taux de recours en augmentation, toutes interventions confondues.

Alors que la population vaudoise s'est accrue globalement de 5.3% entre 2008 et 2011, le nombre total d'interventions a augmenté de 18.2%. Cette augmentation est certainement due, pour une bonne part, à l'évolution démographique et, pour une autre part, à l'augmentation du taux de recours (+0.41 pt). Pour les interventions en situation d'urgence et de sauvetage, tout âge confondu, le taux passe de 2.01 % en 2008 à 2.1 % en 2011. Par groupe d'âge, le taux passe de 0.92 % à 1.09 % pour les 0-19 ans, de 1.71% à 1.74% pour les 20-64 ans et de 4.83 % à 4.95 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Lourdeur des cas pratiquement stable depuis 2006

Le degré de gravité est évalué par le personnel des ambulances à l'aide de l'échelle NACA . En 2011, la proportion des cas légers (NACA 0 à 2) est de 30%, celle des cas moyens (NACA 3) est de 50 %. Quant aux cas lourds avec menace vitale (NACA 4 à 7), ils représentent 20% des situations. Ces proportions sont relativement stables tout au long de la période considérée.

8. Institutions de prévention

Tableau 8 : Dépenses des principales institutions de prévention entre 2006 et 2011 (en milliers de francs)

Programme/institution	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006-2011	Ecart 2006-2011 en %
Ligues de la santé	4217	4415	5466	5763	5440	5903	1686	39.98%
Subvention de l'Etat	1405	1405	1576	1860	1936	1976	571	40.64%
Fondation Profa	6609	6835	7465	8857	9405	10883	4274	64.67%
Subvention de l'Etat	4180	5317	6292	7617	8051	8578	4398	105.22%
Fondation vaudoise contre l'alcoolisme	2072	2114	2243	2693	3048	3219	1147	55.36%
Subvention de l'Etat	1266	1266	1387	1844	2145	2373	1107	87.44%
Fondation dépistage cancer du sein	1455	1553	1205	1659	1818	2034	579	39.79%
Subvention de l'Etat	808	908	1008	1023	1241	1407	599	74.13%
Centre d'aide et de prévention (Fondation du Levant)	1115	1054	1053	1067	1075	1074	-41	-3.68%
Subvention de l'Etat	582	582	591	591	595	599	17	2.92%
Association vaudoise du diabète					465	520		
Subvention de l'Etat					50	90		

Source: Service de la Santé Publique et comptes des institutions

L'Etat ne versait pas de subventions à l'Association vaudoise du diabète jusqu'à la fin de l'année 2009. Pour cette raison, les données des années précédentes ne sont pas comparables, et non présentées.

9. Dépenses des services de soins subventionnés

Le tableau 9 présente les dépenses des services de soins subventionnés dont l'activité vient d'être commentée. Il indique également, pour chaque secteur, le coût à charge de l'Etat ainsi que l'engagement financier en faveur des réseaux de soins. Les dépenses pour la prévention mises en évidence au chapitre précédent ne sont pas reprises dans ce tableau.

Tableau 9 : Dépenses 2006-2011 des services de soins subventionnés et des charges de l'Etat (en millions de francs)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006-2011	Ecart 2006-2011 en %
Dépenses hôpitaux	1'651.50	1'716.63	1'915.68	2'013.44	2'098.35	2'184.40	532.90	32.27%
Exploitation	1'566.74	1'634.72	1'821.54	1'917.78	1'997.04	2'070.03	503.29	32.12%
Investissement	84.75	81.91	94.14	95.66	101.31	114.37	29.62	34.94%
Dont à charge de l'Etat ^{a)} *	707.92	694.28	749.28	800.04	831.10	880.59	172.67	24.39%
Dépenses EMS	541.45	549.46	573.38	615.59	616.04	644.83	103.39	19.09%
Exploitation	508.03	524.83	546.21	570.42	592.17	622.70	114.68	22.57%
Investissement**	33.42	24.63	27.17	45.16	23.87	22.13	-11.29	-33.78%
Dont à charge de l'Etat ^{b)}	126.70	119.14	123.80	156.01	140.31	139.99	13.29	10.49%
Dépenses soins à domicile ^{c)}	178.72	191.99	206.21	224.82	245.41	265.65	86.93	48.64%
Dont à charge de l'Etat ^{d)}	50.16	51.10	70.42	76.69	83.65	93.28	43.12	85.96%
Dépenses services d'ambulances ^{e)}	22.75	23.31	23.55	24.30	24.46	25.20	2.45	10.79%
Dont à charge de l'Etat	8.31	9.56	8.87	8.52	9.11	8.50	0.19	2.30%
Total soins subventionnés	2'394.41	2'481.39	2'718.82	2'878.14	2'984.26	3'120.08	725.67	30.31%
Dont à charge de l'Etat	893.09	874.09	952.37	1'041.25	1'064.17	1'122.36	229.27	25.67%
Coûts à charge de l'Etat pour les réseaux de soins	5.60	5.49	5.46	7.11	8.21	9.60	4.00	71.53%
Dont: montants fixes	1.55	1.55	1.55	1.57	2.08	2.35	0.80	51.61%
Soutien à des projets ^{f)}	0.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.26	-100.00%
Financement de programmes cantonaux	3.78	3.94	3.91	5.54	6.13	7.25	3.47	91.61%
Coût total à charge de l'Etat	898.69	879.58	957.82	1'048.36	1'072.38	1'131.96	233.27	25.96%

Sources: Comptes 2011 des établissements subventionnés, Reporting des EMS, Rapport d'activité OMSV/AVASAD, Comptes de l'Etat de Vaud

a) Y compris l'investissement, la formation et les hospitalisations hors canton

b) Y compris l'investissement

c) Pour l'année 2010, le plan comptable a été modifié. Les montants reportés sont légèrement plus élevés que sous l'ancien plan comptable.

d) Construit à partir des comptes de l'Etat de Vaud (SSP et SASH). Dès 2008, modification de la répartition du financement entre la Confédération et le canton

e) Services d'ambulances stricto sensu, sans la centrale 144, la Fondation Urgences-santé, l'école d'ambulanciers, les SMUR et les mesures ORCA.

f) Les projets en eux-mêmes n'existent plus depuis 2006. Ils sont en général intégrés au budget général.

* En 2007, retrait de l'activité ambulatoire de l'enveloppe budgétaire

** En 2009, mise en conformité des bâtiments aux normes ECA

10. Coûts de la santé : les chiffres clés

En 2011, les coûts totaux de la santé dans le canton de Vaud représentent 6.38 milliards de francs. Parmi ces coûts, les dépenses des services de soins vaudois subventionnés représentent 3.12 milliards, dont 1'13 milliard à charge de l'Etat. Ces dépenses se répartissent comme suit :

- 2.18 milliards de francs pour les hôpitaux subventionnés, dont 2.07 milliards concernent l'exploitation et 114 millions l'investissement. L'Etat finance un peu plus de 40% de cette somme, soit 881 millions. Il est important de noter que l'Etat ne finançait normalement que les soins stationnaires, à hauteur de 52%, et les investissements. En effet, les activités ambulatoires, qui sont comprises dans le total des dépenses, ne sont plus subventionnées depuis 2007.
- 645 millions pour les EMS, à raison de 623 millions pour l'exploitation et 22 millions pour l'investissement. L'Etat prend en charge un peu plus du cinquième de cette dépense, soit 140 millions.
- 266 millions pour les soins à domicile, dont 93 millions provenant de l'Etat (cantons et communes), soit 40% du total. Cette part a fortement augmenté ces dernières années.
- 25.2 millions pour les services d'ambulances, dont 8.5 millions (34%) financés par l'Etat.

Dans l'ensemble, l'Etat de Vaud consacre quelque 1'122 million au financement des services de soins publics ou privés reconnus d'intérêt public. Un peu plus des trois quarts de ces dépenses concernent l'hospitalisation (78%).

En plus de ces montants, l'Etat verse 9.6 millions aux réseaux de soins pour soutenir la coopération entre les institutions subventionnées et mettre en oeuvre des programmes cantonaux de santé publique. Cet effort représente le 0.8% des engagements de l'Etat.

Evolution 2006-2011

Entre 2006 et 2011, les dépenses du CHUV, des hôpitaux spécialisés et des hôpitaux régionaux croissent de 32.3%, alors que la participation de l'Etat croît de 24.4%. Les causes principales de l'augmentation plus rapide des dépenses d'exploitation que des contributions de l'Etat sont liées au développement de l'ambulatoire hospitalier (chirurgie d'un jour, par exemple). Le glissement des activités stationnaires vers l'ambulatoire induit une moindre participation de l'Etat, qui ne subventionne en principe pas du tout les activités ambulatoires des hôpitaux.

Pour les EMS subventionnés, l'évolution est également marquée : leurs dépenses augmentent de 19.1% entre 2006 et 2011 pendant que la part à charge de l'Etat augmente de 10.5%. L'augmentation des dépenses des EMS est due pour une bonne part au développement de l'activité consécutive à l'ouverture de nouveaux lits.

Les dépenses des organisations d'aide et de soins à domicile sont en forte croissance. Elles augmentent de plus de 48.6% entre 2006 et 2011, passant de 179 à 266 millions. Durant la même période, la part de l'Etat augmente de 86%. Le vieillissement de la population et une politique cantonale favorable au maintien à domicile sont les causes probables de cette augmentation.

Pour les services d'ambulance subventionnés, les coûts totaux ont augmenté de 10.8%. Quant à la part de l'Etat, elle augmente moins rapidement (2.3%).

Les moyens accordés par l'Etat aux réseaux de soins augmentent de 71.5% au cours de cette période, traduisant ainsi la volonté des pouvoirs publics de renforcer la coopération entre services de soins.

En tout, les charges de l'Etat pour les services de soins subventionnés augmentent de 25.7%, pendant que le coût total de ces services augmente de 30.3%.

Dépenses par habitant

Si l'on rapporte l'évolution des charges de l'Etat à l'évolution du nombre annuel d'habitants, cette progression est beaucoup moins forte. Pour la période 2006-2011, les coûts à charge de l'Etat par habitant pour l'hospitalisation n'augmentent que de 13.6%, alors que ceux de l'hébergement progresse de moins de 1%. Pour l'ensemble des services de soins subventionnés, le coût à charge de l'Etat par habitant passe de CHF 1'356.- en 2006 à CHF 1'555.- en 2011, soit une évolution de 14.7%.

Tableau 10 : coûts à charge de l'Etat, par habitant, des services de soins subventionnés, 2006-2011 (en francs)

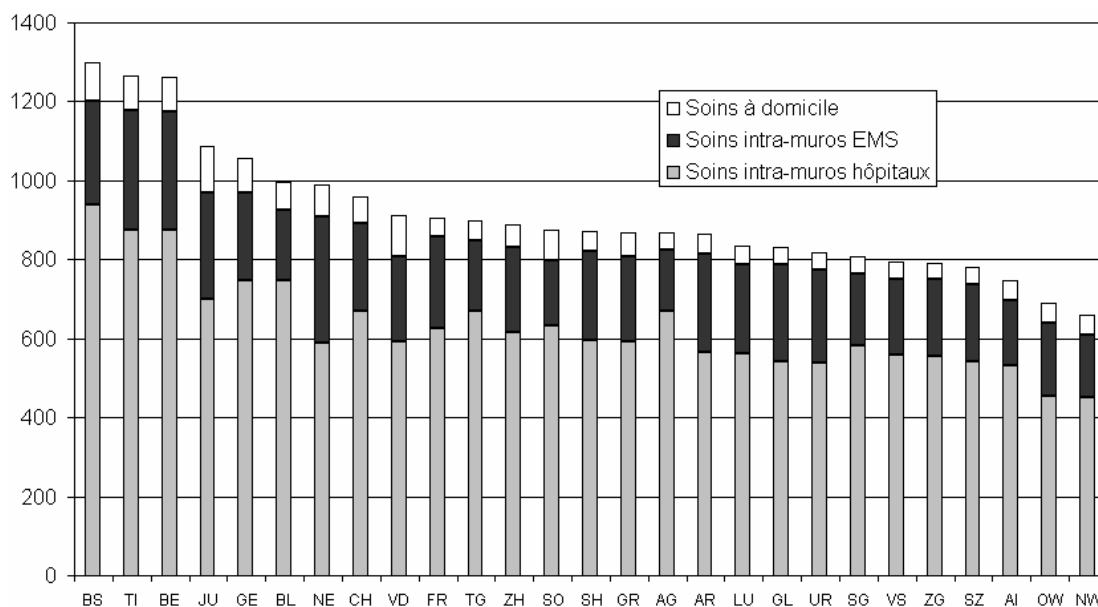
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Ecart 2006-2011	Ecart 2006-2011 en %
Hôpitaux	1075	1038	1094	1147	1174	1220	146	13.55%
EMS	192	178	181	224	198	194	2	0.86%
Soins à domicile	76	76	103	110	118	129	53	69.74%
Ambulances	13	14	13	12	13	12	-1	-6.62%
Total soins subventionnés	1356	1307	1390	1492	1503	1555	200	14.72%

Sources: Statistique Vaud, comptes 2011 des établissements subventionnés, Reporting des EMS, Rapport d'activité OMSV/AVASAD, Comptes de l'Etat de Vaud

Comparaison intercantonale des coûts nets à charge de l'AOS² par assuré pour les régimes subventionnés.

En 2011, les coûts nets à charge de l'AOS par assuré vaudois se montent à CHF 914.- pour l'ensemble des trois principaux régimes subventionnés (soins intra-muros à l'hôpital, en EMS et à domicile). Les coûts vaudois se situent assez nettement en dessous de la moyenne suisse, qui est de CHF 960.- par assuré.

Graphique 2 : comparaison intercantonale des coûts par assuré pour les régimes subventionnés, 2011



Source : Obsan, pool de données de santésuisse, données 2011

Pour les soins intra-muros à l'hôpital uniquement, qui représentent la grande part de l'ensemble des coûts des régimes subventionnés, le canton de Vaud est encore plus nettement en dessous de la moyenne suisse. Les coûts par assuré vaudois sont de

² Les coûts présentés sont des coûts nets par assuré, qui correspondent aux coûts réellement à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ce sont donc des coûts qui ne tiennent pas compte des franchises et participations versées par les assurés.

CHF 591.- en 2011, alors qu'ils se montent à CHF 670.- en moyenne suisse, ce qui situe Vaud au quatorzième rang seulement, par ordre décroissant du plus cher au moins cher.

Cette tendance positive se confirme d'ailleurs, puisque selon les derniers chiffres publiés par l'OFSP, Vaud devient, en 2012 et par assuré, le canton le moins onéreux concernant les coûts à charge de l'AOS du secteur des soins hospitaliers intra-muros.

C. Conclusion : 2008-2012, une période de consolidation, d'adaptation et d'anticipation

Sur la base du bilan dressé ci-dessus action par action, le Conseil d'Etat qualifie les années 2008-2012 de période de consolidation, d'adaptation et d'anticipation.

La législature précédente a ainsi permis de consolider le système de santé en :

- poursuivant la réorganisation hospitalière (réorganisation des sites existants, projet d'hôpital intercantonal Riviera-Chablais, révision des missions des hôpitaux et travaux des collèges de médecins spécialistes),
- diversifiant la politique médico-sociale (développement des logements protégés et soutien à l'aide informelle et bénévole),
- regroupant les forces de santé publique autour de quelques programmes mobilisateurs (diabète, HPCI, Brios, plan de santé mentale, alimentation équilibrée et activité physique, prévention des dépendances et filière de neuroréhabilitation),
- maintenant la qualité des prestations (harmonisation des approches sanitaire et sociale et surveillance des maladies transmissibles),
- améliorant la gouvernance (partenariat avec la SVM, création de l'AVASAD et mise en place de la CPSLA et du GEA).

D'autres actions visaient quant à elles à adapter le système :

- aux changements démographiques et à l'augmentation des maladies chroniques (mise à disposition de lits d'hébergement supplémentaires, augmentation des ressources des services d'aide et de soins à domicile et renforcement de la coordination des soins),
- à la pénurie des professionnels de santé (réorganisation de la garde médicale, formation postgraduée des médecins assistants, formation au cabinet du médecin et programmes de réinsertion ou de mise à niveau professionnelle),
- aux nouvelles données fédérales (révisions LAMal sur le financement hospitalier et le financement des soins de longue durée, stratégie eHealth et abandon de la « clause du besoin »).

Enfin, sous l'angle de l'anticipation, la législature 2007-2012 a permis de remettre en question l'organisation sanitaire actuelle fondée sur la prise en charge d'affections aiguës. Cette remise en question s'est matérialisée par l'élaboration et la validation de la nouvelle politique cantonale « Vieillesse et santé ».

DEUXIEME PARTIE : LES CHANGEMENTS A PRENDRE EN COMPTE

INTRODUCTION

Après avoir dressé le bilan de la politique de santé menée durant la précédente législature et avant de définir les lignes directrices de sa politique pour les cinq prochaines années, le Conseil d'Etat présente les changements dont il faudra tenir compte pour adapter l'organisation sanitaire aux besoins de la population.

A cette fin, le Service de la santé publique a dressé l'inventaire des éléments importants à prendre en compte, issus notamment des réflexions qui ont nourri l'élaboration de la politique cantonale «Vieillesse et santé» (rapport disponible à l'adresse www.vd.ch/vieillesse). L'analyse se fonde également sur un rapport de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive réalisé à la demande du Service de la santé publique.

Dans la continuité des constats qui ressortent du rapport de politique sanitaire 2008-2012, ce chapitre décrit l'évolution future probable des principaux paramètres de santé publique, regroupés en quatre parties: la démographie, la morbidité, les déterminants de l'état de santé et les autres défis à affronter.

D'un point de vue de santé publique, le fait majeur de la période en cours et à venir est la transition épidémiologique vers les maladies chroniques et dégénératives. Ces maladies sont, principalement, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, le diabète, le cancer, les maladies neuropsychiatriques et les pathologies de l'appareil locomoteur. Cette transition est elle-même liée à l'accroissement du nombre de personnes âgées à prendre en charge par le système de santé vaudois à un moment où il doit simultanément faire face à une pénurie annoncée des professionnels de santé.

Ces éléments s'inscrivent dans un contexte caractérisé, d'une part, par des mécanismes de financement LAMal cloisonnés par catégories de prestations, qui n'incitent pas à développer des soins continus et intégrés et, d'autre part, par une volonté politique constante de freiner la hausse des coûts de la santé. L'enjeu est donc de promouvoir une allocation efficiente des ressources financières pour permettre l'adaptation du dispositif aux nouveaux besoins résultant de l'évolution épidémiologique.

A. Evolution démographique

L'évolution démographique en cours est dominée par un accroissement de la longévité des personnes âgées et très âgées, une natalité en dessous du seuil de renouvellement des générations et une forte immigration. Selon les prévisions les plus récentes du SCRIS, la population vaudoise devrait augmenter de 23 % jusqu'en 2030. Quant à l'espérance de vie, elle est supposée également poursuivre sa croissance sous l'effet des progrès médicaux ainsi que de l'amélioration du niveau de formation et des conditions matérielles des personnes âgées. Ce scénario minimise cependant les effets négatifs associés à la présence d'une population immigrante socialement moins protégée.

En matière de santé publique, les principales conséquences sont de deux ordres : l'évolution des besoins de santé liés au vieillissement et la pénurie de personnel soignant.

Les implications du vieillissement de la population sur les besoins de santé ont été analysées. Tous les travaux concluent à une croissance prévisible de la demande de prestations mais aussi de sa diversité, notamment pour les personnes âgées. À cet égard, deux groupes peuvent être mis en évidence : les personnes âgées en bonne santé, indépendantes, socialement actives et consommatrices de prestations essentiellement préventives, et les personnes âgées atteintes de maladies dégénératives - souvent multiples - fortes consommatrices de soins aigus et de longue durée, de soins de réadaptation et de surveillance de récidives.

Concernant les professionnels de la santé, une conséquence de la natalité basse est la diminution du nombre de jeunes adultes indigènes. Sachant que ce groupe d'âge représente aujourd'hui la part prédominante du personnel prenant en charge les malades, cela annonce un recrutement difficile dans les professions soignantes, en concurrence avec d'autres professions, moins contraignantes et mieux rémunérées. Ce déficit de main d'œuvre indigène pourra certes être compensé par l'immigration, comme c'est déjà le cas aujourd'hui. La disponibilité de ces ressources n'est cependant pas assurée, car les bassins traditionnels de recrutement souffrent également de déficit démographique.

B. Evolution de la morbidité

1. Maladies chroniques et vieillissement de la population

Entre 2010 et 2030, le principal événement sanitaire prévisible dans le canton est la forte croissance des maladies chroniques dues à la progression du nombre de personnes de plus de 40 ans (estimée à 30%, cf. 1ère ligne du Tableau 1 ci-dessous). Ce même tableau montre l'évolution attendue du nombre de malades (en incidence ou en prévalence) pour quelques pathologies, en supposant leurs fréquences par âge et par sexe stables entre 2010 et 2030. En d'autres termes, ces projections ne concernent que l'impact de la démographie.

Les projections épidémiologiques témoignent de l'ampleur de l'augmentation du nombre absolu de personnes affectées par une ou plusieurs maladies dégénératives et chroniques. En général, cette augmentation de la fréquence absolue de chaque maladie est plus forte que la croissance démographique : cela est dû à l'augmentation de la longévité chez les personnes âgées et très âgées, dont la proportion augmente plus vite que celle des autres classes d'âge. A noter que l'apparition des maladies chroniques s'observe également chez les plus jeunes.

Toutes les prévisions montrent ainsi un accroissement de la quantité des besoins et de leur diversité qui est due au fait que la plupart des personnes âgées souffrent simultanément de plusieurs problèmes de santé. Il en résulte une augmentation et un élargissement des soins à fournir. Cette situation, typique d'une population vieillissante, pose des problèmes nouveaux qui nécessitent de renforcer à la fois le fonctionnement en réseaux de soins et l'usage de recommandations cliniques.

Tableau 1. Maladies chroniques liées au vieillissement: Nombre annuel de cas, situation en 2010 et évolution prévisible jusqu'en 2030, selon le sexe et l'année. Vaud. Source : SCRIS, scénario de base (2011) et diverses sources de données

		2010	2015	2020	2025	2030	Croissance (%) 2010-2030
Vaud, pop. ≥ 40 ans	Total	350'324	377'328	402'656	427'953	455'381	+30
Infarctus du myocarde ²	min	620	669	715	760	809	+30
	max	1'911	2'099	2'310	2'636	2'958	+55
Insuffisance cardiaque ²	min	8'188	9'097	10'284	11'558	13'039	+59
	max	16'268	18'187	20'504	22'962	25'631	+57
Acc. cérébro-vasculaire ¹	min	238	261	281	300	318	+34
	max	1'496	1'684	1'847	2'044	2'333	+56
Diabète ¹		28'226	31'048	34'041	37'119	39'944	+42
Maladie rénale chronique ^{2,3}		46'484	51'375	56'111	61'312	67'086	+44
Cancer du sein ¹		587	635	681	731	781	+33
Cancer du poumon ¹		386	428	477	524	567	+47
Cancer colorectal ¹		408	451	504	560	614	+50
Démences ²	min	7'639	8'599	9'505	10'981	12'901	+68
	max	11'999	13'589	15'388	17'390	19'901	+66
Dépressions ²	min	12'174	12'999	13'847	14'708	15'490	+27
	max	34'868	36'866	38'910	41'063	43'281	+24
Dépendance (activités quotidiennes élémentaires) ²	min	10677	12214	13756	15690	18311	+71
	max	14697	16631	18684	21366	24884	+69

¹ Incidence

² Prévalence

³ Les maladies rénales chroniques sont généralement liées à d'autres maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète).

Il est important de rappeler que l'état de santé des personnes âgées se caractérise non seulement par la maladie chronique et la dépendance fonctionnelle, mais également par la fragilité liée au vieillissement, c'est-à-dire la perte, en dehors d'une maladie, des réserves dont dispose une personne âgée et qui lui permettent de faire face à une situation de stress sans difficulté ou incapacité. Cette fragilité est quelquefois la seule menace pour certaines personnes alors qu'elle est en général présente chez les personnes malades et dépendantes. Egalement associée au risque d'institutionnalisation, elle semble être réversible dans ses premiers stades. Dans le contexte actuel, son monitoring dans la population devient une tâche essentielle de santé publique.

La croissance des besoins sanitaires qui résultent du vieillissement de la population exerce un effet majeur sur la croissance des coûts de la santé. Cette croissance n'est aujourd'hui pas quantifiée. Il est cependant possible de s'en faire une idée grâce à des études originales réalisées par l'Institut d'économie et de management de la santé (IEMS) portant sur l'évolution prévisible des coûts de quatre maladies particulières pour la période 2010-2030 : infarctus du myocarde, accident cérébro-vasculaire, diabète et dépression. Pour chacune de ces maladies, ces études tiennent compte de l'augmentation prévisible du nombre de cas résultant de l'évolution démographique. Fondées sur les données comptables de caisses maladie et sur les statistiques médicales disponibles, elles permettent d'identifier les pathologies simultanément présentes chez un même patient et de considérer la prise en charge ambulatoire ainsi qu'hospitalière. Elles n'enregistrent cependant que les coûts à charge des caisses maladie et ignorent les actes et les médicaments non prescrits ou non remboursés.

Les résultats, qui prennent donc en compte également les surcoûts attribuables aux pathologies associées à la maladie primaire, montrent qu'en une vingtaine d'années les coûts à charge des caisses maladie pour les quatre maladies concernées passeront pour le canton Vaud de quelque 200 millions de francs à un montant de l'ordre de 276 millions, soit une augmentation de 38%. Par maladie, cette croissance des coûts est approximativement de 30% pour la dépression, 40% pour le diabète et 50% pour les deux autres. Cette forte croissance met en évidence l'impact économique du vieillissement puisque, pour cette période et selon les prévisions, la population vaudoise augmentera de 23%. Elle ne saurait être contenue que par la diminution de la fréquence des maladies grâce à plus de prévention primaire et par une réorganisation des soins permettant de réduire le coût annuel moyen de prise en charge.

2. Maladies sexuellement transmises, y compris virus de l'immunodéficience humaine

L'incidence des MST est en augmentation. Il s'agit d'infections généralement sans symptôme, qui ont une transmissibilité élevée et qui augmentent le risque d'infection par le VIH. Les femmes sont à risque pour certaines complications tardives (infertilité et complications durant la grossesse notamment). La promotion du dépistage des MST chez les jeunes vise à diminuer ces complications et la transmission.

Durant la dernière décennie, la Suisse enregistre annuellement de 600 à 700 nouveaux cas d'infection au VIH. Les nouveaux cas surviennent majoritairement chez les hommes ayant des relations homosexuelles. Par rapport à la population atteinte, la part des femmes est stable (32%).

Dans le canton de Vaud, le pic d'incidence a été observé en 2002, suivi par une diminution régulière. En fait, on observe une diminution du nombre de nouveaux cas chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et une augmentation chez

les hommes homosexuels. La part des transmissions hétérosexuelles est stable (56%).

Les nouvelles infections survenant chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne constituent une proportion forte, quoique fluctuante, de l'ensemble des cas. Le nombre de migrants issus de pays à haute endémie VIH est en augmentation. La précarité sociale de ces patients engendre une augmentation des risques (promiscuité, sexualité, utilisation de drogues) et une prise en charge suboptimale.

D'une manière générale, dans le canton de Vaud comme ailleurs en Suisse et dans le monde, l'épidémie d'infection par le VIH est en passe d'être contrôlée. A ce stade, il est essentiel de rester vigilant et de ne pas abandonner les politiques publiques de prévention visant la diminution du risque de contagion.

3. Autres maladies transmissibles

La promotion du dépistage du virus de l'hépatite C dans les groupes à risque par les médecins de premier recours et une prise en charge spécialisée des patients infectés encore asymptomatiques permettent de diminuer les complications tardives. Le renforcement des structures dédiées à cette prise en charge spécifique est nécessaire pour traiter un plus grand nombre de patients atteints par le virus de l'hépatite C.

Concernant les vaccinations en général, il faut maintenir les ressources permettant de vacciner dans le cadre scolaire obligatoire et post-obligatoire, y compris les centres de formation professionnelle et l'Université.

C. Evolution des déterminants de l'état de santé

Ce chapitre présente les principaux déterminants des maladies liées au vieillissement, dont le suivi sera un élément essentiel de la lutte contre les maladies chroniques.

1. Tabagisme

Le tabagisme est une dépendance qui augmente la fréquence et la gravité de nombreuses maladies chroniques et qui péjore la qualité de vie. C'est le principal facteur de risque modifiable. Le tabagisme actif concerne 25% à 30% de la population suisse adulte, le tabagisme passif 30%. Il semble toutefois se dessiner une diminution suite à la mise en place de diverses mesures législatives.

En Suisse, en 2007, le nombre de décès dus au tabac (principalement par affections cardiovasculaires et/ou cancéreuses) a dépassé 9'000, soit 14% des décès. La part des hommes est de 70%, celle des femmes de 30%. Un quart de ces décès survient avant 65 ans. En dix ans, le nombre de décès par cancer dus au tabac a diminué de 5%. Ce recul ne concerne que les hommes. Chez les femmes, ce nombre augmente de 17% avant 65 ans et de 5% après 65 ans.

L'augmentation des taxes sur le tabac, la diminution de l'accessibilité au produit et la limitation de la publicité pour les cigarettes sont les principales interventions préventives structurelles dont l'efficacité a été prouvée. La taxation est une compétence fédérale. Elle n'est donc pas du ressort des cantons, qui ont cependant la possibilité d'intervenir auprès de l'administration fédérale pour proposer une augmentation du prix du tabac. Quant aux autres interventions, comme la limitation des points de vente, la disparition des distributeurs automatiques, la limitation des espaces fumeurs ou de la publicité (directe ou indirecte), elles relèvent des cantons et des communes.

2. Consommation excessive d'alcool

La consommation est dite excessive lorsque l'absorption quotidienne est supérieure à 40g d'alcool (soit cinq doses standard) chez les hommes et 20g chez les femmes. D'autres dimensions sont utilisées, comme le nombre d'alcoolisations sévères survenues le mois précédent. En combinant plusieurs sources suisses, qui définissent différemment l'alcoolisme, le nombre de consommateurs excessifs est estimé entre 6'000 et 50'000 hommes et entre 2'500 et 35'000 femmes.

La consommation d'alcool est source de deux types de problèmes de santé. L'un est lié aux troubles de la vigilance et du comportement induits par l'alcoolisation, à l'origine d'une forte proportion des accidents graves ou mortels. L'autre est lié aux effets à long terme sur le cancer et les autres maladies chroniques. Les problèmes sociaux engendrés par l'abus d'alcool représentent un coût très important pour la société, en partie à cause de la mortalité précoce liée à l'alcool (5% du nombre total de décès chez les hommes et 1.4% chez les femmes).

Il convient de poursuivre les activités de santé publique pour limiter l'impact de ces consommations, aussi bien en termes de décès ou de pathologies précoces dus aux accidents qu'en termes de morbidité tardive liée aux maladies chroniques. La façon la plus efficace de restreindre l'accès au produit est d'augmenter la taxation fédérale, rapidement et substantiellement. A l'instar du tabac, il existe également de nombreuses possibilités d'interventions locales pour limiter l'alcoolisation aiguë et chronique, comme la prévention de la conduite en état d'ivresse ou le changement des cultures alimentaires.

3. Cannabis et autres addictions

Les effets du cannabis se rapprochent de ceux des hallucinogènes. Sa consommation se retrouve majoritairement chez les jeunes de moins de 35 ans, bien que le nombre de consommateurs âgés soit en augmentation. Tout comme pour l'alcool, il existe plusieurs manières de caractériser la consommation de cannabis, ce qui conduit à une grande variabilité des estimations. Globalement, le nombre de consommateurs se stabilise en Suisse. En combinant les résultats de plusieurs enquêtes, le nombre de consommateurs âgés de moins de 20 ans est situé entre 2'400 et 5'600 hommes et entre 800 et 2'800 femmes. La consommation régulière et fréquente réduit la capacité de concentration et d'apprentissage, la mémoire à court terme ainsi que l'aptitude à conduire. A dose élevée et aiguë, les consommateurs sont l'objet d'hallucinations et de réactions de panique. Les symptômes sont aggravés chez les personnes souffrant de problèmes psychiatriques concomitants.

En 2002 et 2007, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) montre, chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, une stabilisation de l'usage du cannabis chez les hommes (37%) et une modeste baisse chez les femmes (de 24% à 22%). Selon les données suisses de l'enquête HBSC/OMS (1986-2010), la prévalence de l'expérience de la consommation de diverses substances psycho-actives (médicaments, ecstasy, cocaïne, opiacés, amphétamines) chez les écoliers et écolières de 15 ans est faible et stable. Seule la cocaïne montre une tendance à la hausse (1% en 1986, 2.7% en 2010).

L'ESS de 2007 montre une légère augmentation de la prévalence de la consommation de drogues dites dures (principalement héroïne et cocaïne) pour les hommes âgés de 15 à 24 ans par rapport à 2002 (5% versus 4%). Chez les femmes, la prévalence est stable (2.8% versus 2.7%). Le nombre de consommateurs de drogues par injection

recrutés dans les centres à bas seuil diminue depuis la fin des années nonante. Ceci correspond à l'arrivée de consommateurs de drogues dures qui n'ont jamais pratiqué l'injection, mais aussi à l'abandon de l'injection chez les consommateurs plus âgés.

En Suisse, les décès liés à la drogue, essentiellement par overdose, ont connu un pic au début des années 90 (376 décès en 1995). La valeur la plus basse a été observée en 2009 (171 décès). La situation est restée stable depuis 2006. Dans le canton de Vaud, le nombre annuel de nouveaux traitements à la méthadone est stable (47 en 1985 et 50 en 2009). La situation sociale des consommateurs de drogues fréquentant les structures à bas seuil demeure précaire.

En ce qui concerne la fréquence de la consommation inadéquate de médicaments, les données sont difficiles à obtenir, en Suisse comme ailleurs. D'une façon générale, il est admis que cette consommation touche un nombre de personnes nettement plus élevé que celui qui a trait aux drogues dures et aux substances illicites. Les estimations disponibles font penser que plusieurs milliers de résidents vaudois présentent une consommation excessive de médicaments. Seule une enquête ad hoc permettrait de fournir une estimation plus précise.

En conclusion, les substances addictives et leur consommation ne vont pas disparaître. D'un point de vue de santé publique, il faut maintenir les stratégies visant à permettre au plus grand nombre possible de consommateurs de réintégrer le circuit normal après un passage par la toxicomanie.

4. Manque d'activité physique (sédentarité)

La sédentarité est un facteur de risque des maladies chroniques. A 30 ans, l'espérance de vie des personnes régulièrement actives est de trois à quatre ans supérieure à celle des personnes inactives. Les recommandations actuelles préconisent 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée cinq jours par semaine ou 20 minutes d'activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine, ou encore une combinaison des deux.

En Suisse, la moitié des personnes interrogées rapportent une activité physique conforme aux recommandations standard. L'activité physique au travail et dans la vie quotidienne représente 50% de l'activité totale, l'exercice physique durant les loisirs 33% et les trajets (à pied ou à vélo) 15%. La sédentarité s'accroît avec l'âge. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Les personnes sans formation post-obligatoire sont moins actives que celles qui en ont bénéficié. Les immigrants font moins d'exercice physique que les Suisses et souffrent plus souvent de surpoids.

Certains déterminants de l'activité physique, comme l'état de santé, l'expérience personnelle, le soutien familial ou social sont liés à l'individu. Les autres déterminants, comme la présence et la proximité d'infrastructures pour les loisirs actifs ou la qualité et la sécurité des équipements, relèvent du cadre de vie et de la collectivité.

Les principaux relais pour la promotion de l'activité physique sont notamment les médecins de premier recours, les écoles, les campagnes de communication envers la population. Les réglementations ou dispositifs urbains sont également des éléments propices à la promotion de l'activité physique.

5. Alimentation déséquilibrée

Une alimentation déséquilibrée relève à la fois de disparités entre l'apport et la

consommation d'énergie et de la composition inadéquate de l'alimentation. Ce déséquilibre favorise de nombreuses pathologies cardiovasculaires, métaboliques et cancéreuses.

La diminution des matières grasses d'origine animale et de la viande rouge a des effets positifs sur la santé. La consommation de fruits et de légumes frais et crus a un effet protecteur, de même que la consommation de graisses d'origine végétale. Selon l'Enquête suisse sur la santé, plus des deux tiers de la population ne respectent pas la recommandation de consommer cinq portions de fruits et de légumes par jour.

La consommation quotidienne de sel de cuisine est spectaculairement élevée (10g chez les hommes, 8g chez les femmes). Les effets délétères de cet excès sont connus, surtout sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande une consommation quotidienne inférieure à 5 g/jour.

6. Déterminants de l'environnement socioéconomique (inégalités sociales face à la santé)

Plusieurs études ont montré l'existence de fortes inégalités sociales de santé en Suisse. Entre 2001 et 2004, le risque de décès d'un ouvrier âgé de 25 à 65 ans était 45% plus élevé que celui d'un cadre du même âge. Dans le canton de Genève (2004), les patientes de classe sociale basse avaient un risque deux fois plus élevé de mourir d'un cancer du sein que les patientes de classe sociale élevée. Dans le canton de Vaud, l'état de santé perçu varie fortement selon le niveau de formation: 30% des personnes avec un faible niveau déclarent un état de santé moyen ou mauvais, contre 7% chez celles jouissant d'un haut niveau de formation. Souffrir d'un problème de santé de longue durée ou de troubles physiques importants est plus fréquent chez les personnes ayant un faible niveau de formation.

Les causes expliquant les inégalités sociales de santé sont nombreuses. Une grande attention a été accordée aux conditions de vie et de travail, aux facteurs psychosociaux comme le stress, aux comportements de santé (styles de vie) et enfin aux problèmes d'accès aux soins et de prise en charge des patients. Une étude conduite dans le canton de Genève a montré qu'en 2008-2009, 14,5% de la population a renoncé à certains soins pour des raisons économiques.

De nombreux rapports indiquent que les migrants récents se conforment plus difficilement à la prévention individuelle (dépistage, vaccinations chez les adultes) et que leurs enfants souffrent plus souvent de caries du biberon que les enfants de personnes établies en Suisse depuis longtemps. Par ailleurs, les maladies infectieuses et la mortalité qui en résulte sont plus importantes chez les immigrés. Les personnes d'origine subsaharienne sont plus fréquemment porteuses du VIH. La mortalité due au cancer de l'estomac est plus élevée de 50% chez les migrants. Les personnes originaires d'Asie du Sud-Est souffrent plus souvent de cancers oropharyngés. L'étude lausannoise CoLaus montre une répartition inégale de la plupart des facteurs de risque cardio-vasculaire entre immigrés et personnes nées dans le pays.

L'ensemble des études soulignent que l'appartenance à un groupe socio-économique est un déterminant de la survenue des maladies, de leur gravité et de leur pronostic. Ces mêmes études signalent aussi que, depuis le début du 20^{ème} siècle, ces inégalités non seulement persistent, mais tendent à augmenter. Cela implique que la lutte contre les inégalités sociales de santé, qu'elles soient en lien avec le statut socio-économique, le niveau de formation, le statut migratoire, l'appartenance à une minorité défavorisée, ou tout autre critère, est un domaine d'intervention de santé publique au même titre

que la lutte contre le tabagisme ou la sédentarité.

7. Déterminants de l'environnement physique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'au niveau mondial, 24% du fardeau des maladies et 23% de la mortalité sont attribuables à l'environnement physique. Parce qu'une grosse part des déterminants environnementaux de la santé concerne des problèmes infectieux ou toxicologiques, la part de mortalité attribuable à l'environnement est moindre en Suisse. L'estimation courante est de 13%, soit 9'500 décès par an.

Dans la situation épidémiologique actuelle, les effets de l'environnement physique sur la santé des individus sont largement masqués par les effets de l'environnement social et des styles de vie. Il convient toutefois de planifier des réponses sanitaires pour les situations de crise (canicule, accidents environnementaux, etc.). Il faut également mesurer systématiquement l'impact sur la santé des projets modifiant l'environnement physique.

D. Autres enjeux du système de santé

1. Démographie des personnels de santé

La pénurie de professionnels de santé est sans doute le problème le plus sérieux qu'aura à affronter le système de santé vaudois. Les personnels de santé constituent la ressource première de l'action sanitaire dans la mesure où prendre soin des patients est et restera la principale réponse à apporter aux problèmes de santé.

La pénurie annoncée résulte d'un accroissement du déséquilibre entre les besoins et la demande de soins d'une part, et une stagnation de l'effectif des professionnels d'autre part. Elle s'exprime d'ores et déjà avec force. La distribution des médecins de 1^{er} recours dans le canton ne correspond pas aux besoins de la population, particulièrement dans les régions périphériques. Quant à la distribution des spécialistes, elle n'est pas homogène, l'offre se concentrant essentiellement dans les villes. La garde médicale, assurée par des praticiens privés de premier recours, est insuffisante dans toutes les régions en dehors de Lausanne. Dans plusieurs régions, la situation est critique en raison du petit nombre de médecins et de la forte densité de population. Concernant les soins infirmiers, la pénurie touche en particulier les établissements médico-sociaux, les soins à domicile ainsi que certains services de soins aigus (anesthésie, salle d'opération, soins intensifs).

Les capacités actuelles de relève en Suisse sont insuffisantes dans toutes les professions soignantes. La Suisse ne forme que la moitié du personnel dont elle a besoin. Actuellement, la proportion de personnels de santé non universitaires de nationalité étrangère est de 30%. La proportion de médecins hospitaliers formés à l'étranger est également de 30%, celle des infirmières et des infirmiers de 22%. Parmi le personnel fournissant des soins aux personnes âgées dépendantes, la proportion de personnel de santé de nationalité étrangère avec un niveau diplôme ou « bachelor » est aussi de 20 à 30 %.

Les interventions pour lutter contre la pénurie concernent simultanément :

- la baisse ou la stabilisation des besoins de santé dans un contexte de vieillissement de la population (en développant la prévention des maladies) ;
- la baisse de la demande de soins fournis par les professionnels (en trouvant des

alternatives du côté des proches aidants) ;

- l'accroissement de l'efficacité de la formation en augmentant le nombre d'années de pratique et en accroissant l'attractivité de ces professions ;
- l'amélioration de la situation des femmes dans la hiérarchie ; la redéfinition du cahier des charges des professionnels de santé pour augmenter la productivité des soins (en améliorant la délégation des tâches) ;
- la redéfinition du cahier des charges des hôpitaux, en encourageant le transfert des soins hospitaliers vers l'ambulatoire.

2. Système d'information sanitaire

La conduite de la politique sanitaire repose sur l'existence d'un système d'information renseignant sur les besoins de santé de la population ainsi que sur la structure et le fonctionnement du système de santé.

La quantité des données présentant un intérêt sanitaire augmente. Un système d'information coordonné et couvrant toutes les dimensions de la santé publique dans le canton est nécessaire pour canaliser ce flux de données et transformer ces dernières en informations utiles aux décisions de santé publique.

La surveillance des besoins de santé se fait notamment par les registres de maladies ainsi que par les enquêtes portant sur la population générale. La surveillance de l'organisation et de l'utilisation du système de santé se fait, quant à elle, notamment grâce aux données médico-administratives des fournisseurs de soins. A cet égard, les données relatives au domaine ambulatoire sont déficientes dans le canton de Vaud (comme partout en Suisse) alors même qu'une part essentielle de l'activité de ce secteur concerne la prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques. Le développement d'un dossier patient partagé entre les structures de soins doit être soutenu, dans le respect de la stratégie nationale en matière de cybersanté (eHealth).

Les outils nécessaires à l'évaluation de la performance des soins (y compris leur qualité) sont à développer, en particulier dans le secteur ambulatoire pour les soins de longue durée. Au vu de l'importance grandissante de la médecine préventive, il faut se doter des outils permettant d'évaluer l'opportunité d'implanter, de maintenir ou d'abandonner les programmes de dépistage de maladies.

La mise en place et la gestion d'un système d'information sanitaire au niveau cantonal sont donc à considérer comme une tâche essentielle de santé publique.

TROISIEME PARTIE : LES INTENTIONS DU CONSEIL D'ETAT POUR LA LEGISLATURE 2012-2017

Cinq lignes directrices pour faire face aux défis de demain

Un Vaudois sur cinq aura plus de 65 ans en 2030. À cette date, la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus aura augmenté de 75%. Notre canton doit se préparer à faire face à ces changements majeurs, dès aujourd'hui, et particulièrement dans le domaine de la santé.

La politique sanitaire à conduire ces prochaines années s'inscrit dans la droite ligne des intentions exprimées par le Conseil d'Etat dans son programme de législature. Pour la période 2013-2017, le gouvernement vaudois s'est engagé à assurer un cadre de vie sûr et de qualité aux Vaudoises et aux Vaudois, en anticipant notamment les besoins en soins et en hébergement, en adaptant le système de santé.

Comme le met en évidence la deuxième partie du rapport, le fait majeur de la période en cours et à venir est une transition épidémiologique vers les maladies chroniques et dégénératives. D'une prédominance des maladies infectieuses, notre société a passé à un poids majoritaire des maladies non transmissibles. Cette transition est elle-même liée à l'accroissement du nombre de personnes âgées que le système de santé vaudois devra prendre en charge à un moment où il doit simultanément faire face à une pénurie annoncée des professionnels de santé qui affaiblit en particulier la première ligne de soins.

La priorité qui sera accordée aux personnes âgées ne signifie bien sûr pas l'abandon des autres classes d'âge ou des autres problématiques de santé. Au contraire, les efforts garantissant un bon état de santé des différentes populations seront intensifiés. Une grande partie des interventions préventives proposées pour lutter contre les maladies liées au vieillissement prennent d'ailleurs place durant l'enfance et perdurent tout au long de la vie adulte. Elles bénéficient à toutes et à tous en prévenant la survenue précoce des maladies et des décès.

Ainsi, le Conseil d'Etat entend articuler son action autour de cinq lignes directrices :

- A. Amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé,
- B. Poursuivre la réorganisation du système de santé et assurer une offre suffisante en personnels,
- C. Renforcer la première ligne de prise en charge des patients,
- D. Mettre en oeuvre une politique cantonale «Vieillesse et santé»,
- E. Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire.

Cette action se traduira, parmi les autres activités du DSAS, par la mise en oeuvre de 55 mesures particulières. Elle se fondera sur une vision de santé publique partagée, la concertation et le dialogue avec les acteurs de la santé.

A. Amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé

Une politique volontariste de prévention des maladies et de promotion de la santé permet de limiter l'augmentation du nombre de malades et, par là, contribue à

freiner l'augmentation des dépenses consacrées aux soins. Elle nécessite une action forte pour réduire la pression qu'exercent les facteurs de risques comme le tabac, l'alcool, la mauvaise alimentation, l'absence d'activités physiques, de mauvaises conditions de travail ou la dégradation de l'environnement.

Une modification des habitudes de vie et un dépistage précoce, la lutte contre les dépendances, la santé au travail, la prise en compte des risques environnementaux ont en effet un impact bénéfique. Ces mesures atténuent l'incidence des maladies en améliorant leur pronostic et réduisent la mortalité.

La politique vaudoise en la matière se réfère à la Charte d'Ottawa signée le 21 novembre 1986 et ratifiée par la Suisse. Ce texte prévoit de donner à la population les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur sa propre santé, de prévenir l'apparition des maladies, d'intervenir précocement sur les risques ou maladies identifiés et de minimiser leurs conséquences. Elle est axée sur le renforcement des actions visant les personnes ou les groupes à risque ainsi que sur le développement de mesures structurelles destinées à coordonner et renforcer l'action des institutions, des services de l'Etat et des professionnels actifs dans le domaine de la prévention. Elle prend en compte les problématiques de santé des populations vulnérables afin de limiter les inégalités sociales observées.

Le «Cadre cantonal de prévention et de promotion de la santé» comprend une série d'actions visant à potentialiser les programmes existants et à fournir un cadre pour développer des actions et programmes permettant de répondre à ces défis. Les objectifs pour la législature 2012-2017 sont de :

- renforcer et développer les mesures de prévention et promotion de la santé existantes pour un effet accru sur le long terme,
- mettre l'accent sur la prévention des pathologies chroniques,
- adapter le système aux populations vulnérables (ex : migration, vieillesse, etc.) pour diminuer l'effet des inégalités sociales,
- optimiser le pilotage de la promotion de la santé et de la prévention et améliorer la coordination des différents acteurs pour une efficacité et une efficience accrue,
- intégrer la promotion de la santé et la prévention dans le système d'information sanitaire.

Les mesures retenues ci-dessous par le Conseil d'Etat visent à faciliter l'atteinte de ces objectifs.

1. Dépistage et lutte contre les maladies chroniques

Les maladies chroniques et dégénératives constituent une menace très importante non seulement pour la santé de la population, mais aussi pour le développement social et économique. Les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les affections respiratoires chroniques et le diabète sont la première cause de mortalité dans le canton de Vaud. Pourtant, ces maladies sont en grande partie évitables en diminuant ou éliminant les facteurs de risque communs comme la sédentarité, la mauvaise alimentation, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool.

C'est en agissant d'abord sur ces comportements qu'une politique de prévention et de promotion de la santé améliore durablement la santé et la qualité de vie de la population dans son ensemble. Les efforts consentis en la matière depuis plusieurs années par le Canton doivent ainsi être poursuivis et faire l'objet d'une

extension sur l'ensemble du territoire cantonal, notamment pour ce qui concerne le programme «diabète». Des programmes concernant d'autres maladies chroniques (par exemple bronchite chronique – BPCO) pourront être développés sur la base des expériences réalisées avec le programme diabète.

D'autres actions visant le dépistage et la lutte contre les cancers doivent être amplifiées, dans le but de surveiller ou traiter des lésions à des stades plus précoces. Face au développement actuel, une attention particulière doit être accordée à la coordination des activités, à l'évaluation des programmes les plus anciens et à l'allègement des organisations mises en place pour les conduire.

Mesures

1. Actualiser le contrat de financement du programme de dépistage du cancer du sein afin d'y intégrer la coordination cantonale et mettre en place une évaluation du programme
2. Réaliser et évaluer un projet pilote de dépistage du cancer du côlon
3. Evaluer l'indication à conduire un programme de dépistage des mélanomes
4. Assurer la couverture cantonale et l'accès aux prestations du programme de dépistage et de lutte contre le diabète
5. Actualiser le contrat de financement du programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires afin d'y intégrer la coordination cantonale et mettre en place une évaluation du programme
6. Evaluer le projet pilote de dépistage et de lutte contre l'ostéoporose et étendre les prestations à l'ensemble du canton
7. Consolider le dispositif de dépistage et de lutte contre la maladie d'Alzheimer et autres démences et le coordonner avec les dispositifs gériatriques et psychogériatriques

2. Lutte contre les risques environnementaux

Dans les régions développées, l'environnement, en tant que déterminant de la santé, est responsable à lui seul de près de 24% des maladies et de 17% des décès. Ses impacts négatifs sur la santé touchent particulièrement les personnes les plus vulnérables : les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les malades chroniques. Un environnement physique préservé constitue ainsi une ressource essentielle pour la santé humaine.

Le Département de la sécurité et de l'environnement détient la responsabilité en matière de gestion de la qualité de l'air, des eaux, du sol. Le Département des finances et des relations extérieures est en charge des questions techniques liées à l'amiante et le Département des infrastructures et des ressources humaines de la thématique du développement durable. Dans ce contexte, la compétence du DSAS dans tous les sujets cités consiste dans l'apport des connaissances épidémiologiques liées aux maladies dues à ces facteurs environnementaux et cela dans un but d'élaborer des politiques publiques favorables à la santé de la population (Health in All Policies).

Un pôle spécifique de traitement des questions liées aux menaces environnementales sur la santé a été créé au sein du Service de la santé publique. Il s'occupe notamment des thèmes suivants : canicule, pollution atmosphérique (ozone, poussières fines, etc.), rayonnements non ionisants (champs électromagnétiques, UV, etc.), amiante, radon,

micropolluants, etc.

Mesures

8. Identifier les facteurs environnementaux avec une charge de morbidité élevée
9. Documenter les impacts sur la santé des principaux risques environnementaux et mettre cette information à disposition de la population
10. D'entente avec les autres départements concernés, établir et proposer des actions concrètes de réductions des expositions aux menaces environnementales

3. Promotion de la santé au travail

En matière de santé au travail, si l'Enquête suisse sur la santé de 2007 montre que les conditions de travail sont bonnes dans l'ensemble, 41% des personnes actives interrogées font état d'une tension psychique ou nerveuse forte ou assez forte à leur travail et 23% déclarent subir des contraintes physiques au travail. Les risques les plus fréquents sont les mouvements répétitifs de la main ou du bras, les positions douloureuses ou fatigantes ainsi que l'élévation et le déplacement de lourdes charges.

Face à cette situation, plusieurs initiatives ont été prises lors de la précédente législature en vue d'orienter les efforts de promotion de la santé au travail vers les PME et l'administration cantonale. Un projet pilote est notamment en cours d'élaboration par les Ligues de la santé.

Ces efforts impliquent l'intervention de plusieurs institutions et services de l'Etat. Leur réussite est aujourd'hui conditionnée par la définition d'une stratégie cantonale et par l'attribution d'une responsabilité de conduite des opérations.

Mesures

11. Définir les lignes directrices et la gouvernance d'une politique cantonale de promotion de la santé et de prévention des maladies au travail, plus particulièrement les actions pilotes à conduire dans les PME et au sein de l'administration cantonale

4. Prévention en faveur de la petite enfance, prévention en milieu scolaire et éducation sexuelle

Grâce aux efforts déployés durant la précédente législature, la prévention en faveur de la petite enfance a atteint un bon niveau de développement sur l'ensemble du canton. De même, les élèves ont pu bénéficier de prestations de promotion de la santé et la prévention en milieu scolaire de qualité, notamment en éducation sexuelle.

Le pilotage interdépartemental DSAS-DFJC de ces activités permet de dégager une vision commune et de réguler en amont les divergences pour que les professionnels en contact avec les enfants, les adolescents, les jeunes et leurs familles puissent oeuvrer en bonne coordination. La création de l'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (Unité PSPS) en est un exemple concret.

Ces activités doivent se poursuivre en prenant en compte le problème majeur que représente le creusement des inégalités face à la santé, associé à la vulnérabilité dont sont victimes les personnes en situation socio-économique précaire et, souvent, les personnes issues de la migration, mais aussi les groupes de personnes discriminées.

Mesures

12. Consolider le programme concernant la petite enfance, en accordant une attention particulière aux populations vulnérables
13. Poursuivre les activités d'éducation sexuelle en milieu scolaire menées par PROFA, en renforçant les messages sur le respect et la diversité
14. Renforcer la coordination interdépartementale des actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, en soutenant en particulier les actions contribuant à rompre l'isolement des élèves et à renforcer les liens dans l'établissement qui sont des déterminants communs à plusieurs thèmes de santé (dépendances, santé mentale, harcèlement par les pairs)

5. Prévention des dépendances

Les taux élevés de morbidité et de mortalité dus à la consommation de tabac et d'alcool requièrent de poursuivre les efforts de prévention dans ces domaines. Par ailleurs, la complexité croissante du paysage des dépendances, avec l'augmentation des comorbidités psychiatriques et de la consommation conjointe de plusieurs substances, nécessite l'adoption de priorités permettant le pilotage et le suivi de ce domaine. Les dépendances sans substance, comme celle liée au jeu excessif, créent également des difficultés au niveau des individus et des groupes.

De plus, si les activités déployées ont atteint un bon niveau de développement sur l'ensemble du canton, leur implantation sur le terrain a nécessité la mise en place de plusieurs dispositifs de pilotage. Cette situation, normale en période de démarrage de nouvelles actions de prévention, peut aujourd'hui céder la place à une intégration des filières.

Mesures

15. Poursuivre les programmes de prévention dans les domaines du tabac, de l'alcool, des drogues illégales et des addictions sans substances en veillant à la coordination interservices et à l'intégration des dispositifs mis en place
16. Evaluer les dispositifs d'orientation et les prestations fournies dans le domaine des dépendances dans la perspective d'améliorer l'allocation de ressources

6. Lutte contre les maladies transmissibles

La nouvelle loi fédérale sur les épidémies entrera en vigueur en 2014 ou 2015. Les développements principaux pour le canton de Vaud concerneront la lutte contre les infections nosocomiales. Les cantons devront prévoir un programme d'action dans ce domaine et des collaborations au niveau national lors de situations exceptionnelles. Les autres aspects de la lutte contre les maladies transmissibles (surveillance, intervention, programmes de vaccinations) sont actuellement couverts par le dispositif vaudois existant. Les stratégies nationales à mettre en œuvre contre la tuberculose et pour l'élimination de la rougeole sont également déployées. Le programme national 2011-2017 «VIH – Infections sexuellement transmissibles» a été pris en compte dans la réorganisation du dispositif vaudois en cours de finalisation.

Mesures

17. Adapter le dispositif de lutte contre les maladies nosocomiales aux exigences nouvelles introduites par la législation fédérale

B. Consolider la réorganisation des services de santé et assurer

une offre suffisante en personnels

Depuis plusieurs années, le Conseil d'Etat accorde une attention et des moyens particuliers à la réorganisation et au renforcement des services de santé. Son engagement résulte de la nécessité de répondre à l'augmentation des besoins liés à l'évolution démographique et aux changements qui interviennent dans le tableau des maladies. Son action s'inscrit, par ailleurs, dans un contexte national en mutation qui contraint les cantons à adapter leur planification, à étendre le champ des prestations qui sont au bénéfice de financements publics et à modifier les règles de financement de l'activité sanitaire.

Cet engagement doit se poursuivre dans la législature en cours. Les capacités des institutions de soins, d'hébergement et d'accueil médico-social ainsi que des services qui oeuvrent en faveur du maintien à domicile doivent être adaptées afin d'accueillir un nombre croissant de malades et faire face à des problématiques nouvelles. De même, les sollicitations de l'aide informelle et du bénévolat sont en croissance : ces formes d'aide nécessitent un appui de la part de l'Etat.

Dans le domaine de l'hospitalisation, les travaux conduits pour définir la liste LAMal 2012 des hôpitaux doivent se poursuivre puisque les cantons ont jusqu'en 2015 pour revoir leur planification et préciser les mandats de prestations attribués à chaque hôpital ou clinique au bénéfice d'un financement des pouvoirs publics et des caisses maladies. En amont de la prise en charge hospitalière, il convient en outre de consolider le dispositif en place dévolu à la garde médicale et aux urgences préhospitalières.

Ces développements devront être entrepris dans un contexte de pénurie annoncée de professionnels de la santé. C'est dire à quel point il est indispensable d'intensifier les mesures prises pour la combattre. L'effort à consentir doit aussi s'accompagner de mesures pour accélérer l'adaptation du système de soins aux changements qu'imposent la prise en charge de maladies chroniques et dégénératives -en très forte augmentation- et la nécessité de repenser l'organisation de la chaîne des services de soins pour en améliorer la performance. A cet égard, lors de la précédente législature, le Conseil d'Etat a soutenu la mise en place d'un plan de santé mentale et le développement des soins palliatifs. Ces deux stratégies doivent maintenant être consolidées.

Cela étant, le Conseil d'Etat considère qu'une attention particulière doit être dédiée à la mise en place d'une politique de prise en charge centrée sur les conséquences du vieillissement de la population et sur la réorganisation de la première ligne de soins. Ces deux préoccupations marqueront en profondeur la politique sanitaire des prochaines législatures. C'est pour cette raison que le Conseil d'Etat a estimé opportun d'y consacrer deux lignes directrices de sa politique sanitaire 2013-2017 (B et C).

1. Offre en personnels de santé

La pénurie de professionnels de santé est un des problèmes majeurs auxquels est confronté le système de santé.

Elle touche tous les secteurs : hôpitaux, soins à domicile, établissements médico-sociaux et pratiques privées, particulièrement celles en médecine générale. Les capacités actuelles de relève sont insuffisantes dans toutes les professions soignantes. La Suisse ne forme environ que la moitié du personnel dont elle a besoin. Quant aux bassins de recrutement dans les autres pays développés, ils sont en voie

d'assèchement. En outre, le recrutement dans les pays les plus pauvres n'est ni durable, ni éthiquement acceptable.

Pour faire face à cette situation, le Conseil d'Etat a déjà mis en œuvre de nombreuses mesures ayant abouti à des résultats concrets (v. bilan des actions n° 15 à 21 ci-dessus). Il entend renforcer son action dans ce domaine durant la présente législature. Ainsi, les politiques qui visent à assurer une relève professionnelle indigène doivent être favorisées par la mise en place de stratégies volontaristes de formation de base et de formation continue ainsi que par des mesures visant à retenir les personnels au sein du système de santé en améliorant les conditions d'exercice.

Sous l'angle de l'attractivité des professions non médicales, les mesures initiées pour attirer des jeunes à la recherche d'une formation ou d'un emploi et celles visant à faciliter la réinsertion de professionnels ayant quitté le monde du travail doivent être consolidées. Concernant la formation des médecins, sur la base des estimations faites au niveau fédéral et cantonal, le canton de Vaud devra accroître sa capacité de formation en médecins de 40% d'ici 2020. Ainsi, le nombre de diplômés de l'Université de Lausanne, qui est déjà passé de 120 à 160 durant la précédente législature, devrait s'élever à 220 d'ici 2018-2020. Selon la même source, afin d'assurer la relève des autres professionnels de la santé, il devra doubler le nombre de certifiés et de diplômés. Le corollaire de cette situation est un accroissement du besoin en places de stage dans les institutions sanitaires. L'un des enjeux consistera donc à développer et augmenter l'attractivité des places de stage dans les soins à domicile et en EMS.

La pénurie des professionnels de la santé impose également d'améliorer la productivité des services de santé. Dans cette perspective, les rôles respectifs des soignants et leur cahier des charges doivent être repensés afin d'opérer des transferts de tâches entre professionnels et d'utiliser au mieux leurs compétences, tout en renforçant la collaboration interprofessionnelle. La formation devra être ciblée en conséquence et faire connaître le métier de chacun.

En parallèle, dans le cadre de l'adaptation générale du système d'information sanitaire (v. lettre E chiffre 2 ci-dessous), un système d'information adéquat sur les personnels de santé doit être mis sur pied, comportant prioritairement la création d'un observatoire de la démographie des personnels de santé qui permette de disposer de données fiables, afin de suivre l'évolution démographique des soignants et d'anticiper les besoins futurs.

Mesures

18. Mettre en place un outil d'aide au pilotage du dispositif de lutte contre la pénurie de personnel soignant sous la forme d'un observatoire des professions de la santé chargé de procéder au recueil des données, à leur analyse et à la formulation de recommandations sur la lutte contre la pénurie
19. Définir et mettre en œuvre un catalogue d'actions de lutte contre la pénurie de personnel soignant concernant en particulier les places de formation, les places de stage, la révision de la répartition des rôles entre soignants et la reprise de cabinets médicaux
20. Prévoir dans les conventions de subventionnement, en particulier dans les contrats de prestations avec les hôpitaux, des objectifs à atteindre en matière de formation de personnel soignant (nombre et type de places de stage) ainsi que le financement lié à l'atteinte de ces objectifs

2. Planification hospitalière

En fin de législature précédente, les Grands conseils vaudois et valaisans ont accepté le projet de création du Centre hospitalier intercantonal pour la Riviera et le Chablais. Il s'agit maintenant de passer à la phase de réalisation de ce nouvel hôpital qui, une fois terminée, scellera l'organisation hospitalière de l'Est lémanique. Le Conseil d'Etat entend à présent se pencher sur la région du Nord vaudois, en optimisant notamment l'organisation des missions médicales au sein des eHnv. Pour ces deux régions, le Conseil d'Etat veillera à ce que les réorganisations entreprises assurent une intégration étroite de ces équipements dans le dispositif régional, afin d'assurer une prise en charge globale des patients sur l'ensemble de la chaîne de soins et d'en améliorer ainsi l'efficacité. Le DSAS veillera à ce que cet objectif et les conditions à respecter soient formalisés au titre des prestations d'intérêt général.

Le CHUV a détaillé dans son plan stratégique 2014 – 2018 les actions qu'il entend mener durant la législature. Ces actions s'intègrent et se coordonnent avec les objectifs décrits dans ce rapport. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat rappelle sa volonté de mettre en œuvre, d'ici 2017-2018, un plan d'investissement de l'ordre de grandeur de quelque 800 millions de francs. Ce plan d'investissement conséquent doit permettre au CHUV de consolider sa position d'hôpital universitaire dont la portée dépasse les frontières cantonales, tout en continuant d'accueillir une population régionale en constante augmentation. Pour relever ce défi, le Conseil d'Etat entend poursuivre la réorganisation de la répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux, en s'appuyant sur les collèges de médecins spécialistes mis en place depuis 2007.

Parallèlement à ces travaux, un nouveau statut de médecins cadres hospitaliers sera défini afin d'harmoniser les conditions d'engagement et de travail des médecins dans tous les hôpitaux qui relèvent de la planification hospitalière, le but étant de permettre une meilleure gestion de la ressource en personnel médical, en facilitant notamment le parcours professionnel des médecins au sein des hôpitaux du canton.

Enfin, s'agissant de l'équipement en lits de réadaptation, le Conseil d'Etat souhaite que les décisions d'investissement nécessaires à l'adaptation de l'offre à l'évolution des besoins soient l'occasion de reconsidérer leur répartition dans les régions du canton pour permettre une meilleure fluidité des patients au sein du réseau hospitalier. Dans ce dossier, il conviendra également de tenir compte des résultats des travaux actuellement en cours au niveau national sur le financement de l'activité hospitalière en matière de réadaptation.

Mesures

21. Répartir les prestations hospitalières de soins aigus somatiques et psychiatriques entre hôpitaux et actualiser les mandats de prestations LAMal à l'horizon 2015 en cohérence notamment avec le plan stratégique 2014 -2018 du CHUV
22. Assurer le suivi de la construction de l'Hôpital Riviera Chablais - Vaud Valais et son intégration dans le dispositif régional de prise en charge
23. Assurer le suivi de la réorganisation des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv) et leur intégration dans le dispositif régional de prise en charge
24. Actualiser la planification de l'offre en lits de réadaptation en vue de l'adapter à l'évolution démographique et épidémiologique
25. Actualiser le statut et les modalités de rémunération des médecins-cadres actifs dans les établissements hospitaliers inscrits sur la liste LAMal, pour tenir

compte des changements à venir résultant de la répartition des prestations et de la planification hospitalière

3. Garde médicale et urgences préhospitalières

Au cours de ces dernières années, la centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) a assumé de nouvelles missions. Ses prestations d'orientation des appels s'étendent aujourd'hui également aux pharmacies, à la psychiatrie et à la pédiatrie. L'extension des activités, de même que la volonté d'améliorer la permanence de la couverture des besoins de base de la population nécessite de consolider le dispositif en place. La question de le soutenir par la présence d'un médecin est à l'examen. Ainsi, la CTMG devra renforcer sa place dans la première ligne d'intervention, facilitant une meilleure intégration et une meilleure coordination entre le système d'urgence, les médecins de premiers recours, les centres médico-sociaux, etc. La contribution de la CTMG sera aussi d'éviter un recours inapproprié aux structures hospitalières.

Les urgences préhospitalières sont quant à elles actuellement dotées de compétences professionnelles et d'équipements de très bon niveau. Les ambulanciers disposent en particulier d'une bonne formation professionnelle. Tout en assurant une cohérence cantonale à ce dispositif, il s'agit maintenant de renforcer son organisation en le régionalisant pour mieux l'intégrer aux acteurs locaux pour la gestion des urgences : hôpital régional, corps de pompiers, polices.

Mesures

26. Permettre à la Centrale téléphonique des médecins de garde de faire face à l'élargissement de ses missions d'orientation et accompagner la réflexion autour de la question de la médicalisation de la réponse téléphonique
27. Mettre en place, évaluer et adapter les dispositifs de prise en charge des urgences pré-hospitalières, intégrés et coordonnés avec les autres partenaires d'urgence (pompiers, police, ambulances de l'Est et du Nord vaudois)

4. Action médico-sociale

Pour assurer la couverture des besoins croissants dans le domaine médico-social, favoriser l'autonomie des personnes âgées et répondre aux attentes en matière de qualité et de continuité des prises en charge, la politique mise en place par l'Etat se fonde sur quatre piliers :

- les services d'aide et de soins à domicile,
- les structures d'accueil médico-sociales,
- l'aide informelle et le bénévolat,
- l'hébergement de long séjour en EMS.

Pour la période 2013-2017, le Conseil d'Etat entend poursuivre le déploiement de cette politique.

La volonté de la majorité de la population de vivre le plus longtemps possible dans son environnement entraîne un accroissement de la demande qui s'adresse aux Centres médico-sociaux (CMS). De la même façon, les hôpitaux, en accueillant de plus en plus de personnes âgées atteintes de maladies chroniques, vont solliciter davantage le système d'aide et de soins à domicile pour éviter les hospitalisations inappropriées ou limiter les durées de séjour. Il en résulte des prises en charge de plus en plus

complexes qui nécessitent d'anticiper et de dépister les événements à risque afin d'éviter des hospitalisations en urgence. Ce renforcement du soutien à domicile doit se faire par des prestations ciblées, en lien étroit avec le médecin traitant. Pour faire face à cette pression, les prestations de l'AVASAD ainsi que l'organisation et la gestion de ses ressources humaines devront être adaptées et les interactions avec les autres maillons de la chaîne de soins renforcées.

Quant aux proches aidants, ils jouent un rôle majeur dans la poursuite de la vie à domicile des personnes fragiles, âgées ou en situation de handicap. Depuis 2010, le DSAS construit une politique globale et ciblée, dessinée conjointement par les professionnels sociaux et sanitaires en accord avec le secteur associatif particulièrement impliqué dans cette thématique. Parmi les actions qu'il est prévu de poursuivre, citons notamment l'organisation de la journée départementale consacrée aux proches aidants - le 30 octobre de chaque année, l'appui à la formation ou encore l'amélioration de l'accès à l'information s'agissant des prestations existantes (comme la relève à domicile, les consultations psychologiques ou les groupes d'entraide).

En ce qui concerne l'hébergement médico-social, une actualisation de l'estimation des besoins en lits de longs séjours effectuée par Statistique Vaud montre que les besoins augmenteront régulièrement de près d'une centaine de lits par an au cours de la prochaine décennie. Le Programme d'investissements de modernisation des EMS (PIMEMS) conduit ces dernières années doit donc être poursuivi afin d'augmenter les capacités d'hébergement et d'accueil en courts séjours ou temporaire. Il en va de même de l'effort consenti pour moderniser les bâtiments les plus vétustes et pour répondre aux normes de sécurité incendie.

Dans le domaine de la prise en charge psychiatrique, une filière de «psychiatrie adulte» doit être mise en œuvre pour améliorer la qualité des prises en charge et l'efficacité des ressources qui y sont consacrées, en particulier dans le domaine de l'hébergement. L'adhésion de l'ensemble des acteurs à un cadre de référence partagé (le modèle du rétablissement), à un dispositif d'orientation commun sont les éléments de base de cette filière.

Mesures

28. Poursuivre le programme d'investissement et de modernisation des EMS
29. Adapter les capacités des services à domicile et des structures d'accompagnement médico-social (SAMS) pour faire face à l'évolution démographique et à l'augmentation des maladies chroniques
30. Mettre en œuvre les mesures prévues par la Commission consultative cantonale visant à mieux reconnaître le rôle de proche aidant, à promouvoir les prestations de soutien et à prévenir les difficultés sociales et les problèmes de santé des proches
31. Mettre en œuvre la filière de psychiatrie adulte pour améliorer l'accessibilité et la qualité de soins

5. Santé mentale

Les troubles mentaux sont une cause importante de morbidité. Le 3e rapport relatif au Monitoring de la santé psychique en Suisse (OBSAN 2012) relève notamment que :

- plus de 4% de la population déclare souffrir de problèmes psychiques importants,
- 20% des personnes interrogées font état de symptômes dépressifs,

- 42% des personnes actives interrogées déclarent subir des tensions psychiques élevées au travail,
- le nombre total de suicide est relativement stable depuis 2003 ; il constitue la principale cause de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans.

Financièrement, les troubles psychiques coûtent en Suisse plus de 11 milliards de francs par an, les coûts indirects (absentéisme, retraites anticipées) en représentant une bonne partie.

Cette situation préoccupante est à l'origine des mesures prises au cours de la précédente législature pour renforcer, dans le cadre d'un plan d'actions, les moyens mis à disposition des services en charge de la maladie mentale. La démarche initiée doit se poursuivre au cours de cette législature et s'étendre à la prévention des maladies psychiatriques. Les modalités de pilotage et de financement doivent être consolidées. Les travaux menés dans ce domaine tiendront compte des développements en cours au niveau fédéral dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale des pathologies de la démence.

Mesures

32. Renforcer la coordination entre les acteurs impliqués dans la mise en place des mesures découlant de la politique de santé mentale et consolider les financements des actions du plan de santé mentale
33. Evaluer les résultats des programmes mis en œuvre en matière de santé mentale et les adapter si nécessaire

6. Soins palliatifs

Le programme de soins palliatifs est en œuvre depuis 10 ans dans le canton. La création d'unités mobiles dans les régions, de lits hospitaliers consacrés aux soins palliatifs ainsi que la mise en place au CHUV d'un service de soins palliatifs disposant d'une capacité de huit lits spécialisés représentent aujourd'hui un dispositif important, en liaison étroite avec les soins à domicile. Les efforts menés en matière de formation auprès des professionnels (formation de sensibilisation et de spécialisation), l'intégration de cette matière dans le plan de formation des étudiants en médecine ainsi que les actions d'informations auprès de la population et des professionnels ont augmenté l'accessibilité aux prestations de soins palliatifs.

Toutefois, les prestations de soins palliatifs souffrent encore de limitation dans l'accessibilité. Il conviendra donc de veiller particulièrement à les renforcer, en tenant compte des travaux d'élaboration d'une stratégie nationale en matière de soins palliatifs actuellement en cours au niveau fédéral.

Mesures

34. Evaluer les résultats du programme de renforcement des soins palliatifs dans la perspective d'assurer une universalité et une équité d'accès aux prestations dans toutes les régions du canton

C. Renforcer la première ligne de prise en charge des patients

L'efficacité d'un système de santé dépend en grande partie de la performance et de la qualité de sa première ligne de soins appelée à jouer un rôle central dans la prise en charge des malades. Cette première ligne peut se définir comme l'ensemble des professionnels (services à domicile, pharmaciens, etc.) organisé autour du

médecin de famille, du pédiatre ou du psychiatre pour assurer le premier accès aux services de soins. Elle a pour mission de répondre en permanence aux besoins de base des patients dans les domaines préventifs, curatifs et palliatifs, d'assurer la coordination entre les différents intervenants et, si nécessaire, d'orienter les patients vers les services spécialisés. Lorsque cette première ligne est défaillante, les recours directs aux spécialistes et à l'hôpital prédominent, avec le risque d'une utilisation inappropriée des ressources.

Le contexte de pénurie de médecins généralistes constitue aujourd'hui une entrave au développement d'un dispositif efficace. Il est indispensable d'y remédier en incitant les médecins assistants à faire le choix de cette profession et en testant de nouveaux modèles organisationnels aptes à répondre aux attentes des professionnels.

1. Couverture des besoins

Les mesures prises pour former davantage de médecins généralistes ne suffiront pas pour répondre aux besoins de la population et renforcer la première ligne de prise en charge des patients. De nouvelles formes d'organisation doivent être expérimentées, basées sur le renforcement des collaborations entre les professionnels (médecins de premier recours, CMS, pharmaciens, professions médico-thérapeutiques) ; la mise en œuvre localement de structures de type « maison de santé » sera appuyée par le Conseil d'Etat. Une redéfinition de la répartition des rôles professionnels, compte tenu des compétences en présence, devra faciliter le déploiement de ces organisations.

L'efficacité de la chaîne des soins, et notamment la prise en charge efficiente des urgences non vitales, est conditionnée par la force de sa première ligne. Aujourd'hui, la pénurie de personnel qualifié est suffisamment forte pour altérer la qualité de la réponse apportée 24h sur 24h aux situations urgentes adressées aux médecins de premier recours ou aux services à domicile. Cette situation conduit à un afflux injustifié de patients à l'hôpital : ceci devrait pouvoir être évité par un renforcement organisé du dispositif en amont.

Confronté à de nombreuses demandes de moyens supplémentaires par chacun des services de santé concernés, le DSAS entend désormais conditionner l'attribution de ressources dévolues à la réponse 24h/24h, à la mise en place d'un dispositif piloté au plan cantonal et coordonné à l'échelle régionale. A plus long terme, cette prise en charge intégrée au niveau régional ne devrait pas se limiter aux soins de premier recours, mais couvrir l'entier des besoins sanitaires de la population (v. lettre E, chiffre 4, ci-dessous).

Une des conditions-cadres pour le développement de tels soins intégrés est un assouplissement de certains mécanismes de financement. Le financement actuel cloisonné du système de soins prévu par la LAMal ne conduit en effet pas les fournisseurs à adopter des comportements coordonnés. Le Conseil d'Etat entend utiliser la législation pour mener des discussions avec les assureurs maladie dans le but de faciliter la mise en œuvre d'une première ligne de soins coordonnée et efficiente.

Mesures

35. Soutenir des initiatives émanant de prestataires de soins ou de collectivités visant à mettre à disposition de la population une offre régionale intégrée de soins de premier recours (médecins, services d'aide et de soins à domicile, pharmacies, etc.)

36. Elaborer et lancer un projet pilote régional visant à assurer la prise en charge des urgences non vitales
37. Concevoir avec les partenaires concernés (médecins, pharmaciens, assureurs) un modèle d'assurance maladie alternatif de qualité.

2. Intéressement des médecins à la médecine de premier recours

La distribution des médecins dans le canton de Vaud est le reflet d'une meilleure attractivité des soins aigus et spécialisés dans les zones urbaine et périurbaine. Elle a pour corollaire une pénurie alarmante de médecins de premier recours, en particulier dans plusieurs régions périphériques du canton. Au cours de la précédente législature, des dispositions ont été prises pour former davantage de médecins et améliorer leur répartition dans les différentes régions du canton. Cet effort doit se poursuivre. Les mesures mises en place doivent être renforcées.

Mesures

38. Organiser le cursus de formation post-graduée des médecins assistants pour les orienter vers la médecine de premier recours
39. Augmenter le nombre de places d'assistantat au cabinet du médecin de premier recours (généralistes, internistes généralistes et pédiatres) et en garantir le financement, tout en veillant à améliorer la couverture cantonale
40. Soutenir le développement des cursus de formation postgraduée des médecins de famille dans l'ensemble des régions du canton, en lien avec un hôpital

D. Mettre en œuvre la politique cantonale «Vieillesse et Santé»

2012, année de mise en œuvre de la politique cantonale «Vieillesse et Santé», marque symboliquement l'entrée à la retraite des premiers baby boomers. Elle annonce la vague du vieillissement démographique qui culminera en 2030 déjà, lorsqu'un Vaudois sur cinq aura plus de 65 ans.

Le vieillissement de la société vaudoise représente une responsabilité majeure pour l'Etat, qui doit s'assurer que les conditions de vie des personnes âgées, vulnérables ou dépendantes sont bonnes, prendre en compte leurs besoins et respecter leur dignité. Il s'agit aussi de faire face à un enjeu de taille : répondre à l'évolution de la demande sanitaire induite tout en contenant les dépenses et en maintenant la qualité des prestations offertes.

Le système de santé vaudois doit aussi s'adapter à la prédominance des maladies chroniques et aux démences (par exemple maladie d'Alzheimer), en partie liées au vieillissement de la population. C'est un changement de paradigme important : on passe d'une organisation sanitaire centrée sur la prise en charge de pathologies aiguës, où l'hôpital joue un rôle central, à une logique de continuité des soins qui doit permettre de suivre dans le temps les patients et où les intervenants de 1ère ligne jouent un rôle prépondérant. L'organisation du système de soins doit donc évoluer vers un modèle centré sur le patient, favorisant la collaboration des acteurs sanitaires et sociaux, afin de gérer efficacement les problèmes médico-sociaux intriqués qui caractérisent les soins chroniques.

La politique cantonale «Vieillesse et Santé», qui inclut dorénavant le programme Alzheimer, offre un bon cadre de référence à cette profonde mutation. Elle se fonde sur le déploiement des quatre axes stratégiques mentionnés ci-dessous qui ont été validés par la Commission cantonale de politique sanitaire élargie. Chaque axe comprend la mise en évidence d'une action appelée à jouer un rôle moteur dès maintenant.

1. Prévenir pour vieillir en santé

Tout en poursuivant les efforts de promotion de la santé et de prévention dans la population générale, il est nécessaire de développer et mettre en oeuvre des mesures spécifiques à la situation particulière des personnes âgées en vue de maintenir leur état de santé et leur indépendance fonctionnelle. L'objectif visé est d'améliorer la qualité de vie des années restantes en diminuant le temps passé en dépendance. Les interventions proposées se centreront prioritairement sur les facteurs associés à un risque accru de déclin fonctionnel. Elles seront différenciées en fonction des groupes cibles de personnes âgées, de manière à prendre en compte leur état de santé fonctionnel (personnes robustes, vulnérables ou dépendantes). Elles combineront des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Elles ne seront engagées que sur décision autonome et éclairée des personnes concernées.

Mesures

41. Elaborer, déployer et évaluer un programme d'actions de promotion de la santé et de prévention contribuant au maintien de l'autonomie et de l'indépendance des personnes vieillissantes

2. Coordonner les soins

L'itinéraire de la personne âgée dans le système de santé est marqué par une complexité clinique et institutionnelle. Sa prise en charge, lorsqu'elle est atteinte d'affections chroniques, se heurte aux caractéristiques d'une organisation sanitaire relativement spécialisée qui, s'étant développée en référence aux maladies aiguës, est mal préparée pour réaliser une intégration clinique.

La multiplicité des acteurs, la fragmentation des interventions, le cloisonnement entre les institutions, la redondance des évaluations sont autant d'obstacles à des soins coordonnés qui s'inscrivent dans la continuité de l'action préventive et thérapeutique. En réponse à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, aux pathologies multiples, à la pénurie de personnels de santé et à la maîtrise des coûts, cette situation nécessite un renforcement des dispositifs mis en place durant plus d'une décennie pour développer l'intégration des soins.

En priorité, un partage efficace et sécurisé des informations médicales et médico-sociales entre tous les acteurs participant à la prise en charge d'un patient est nécessaire. En conformité avec la stratégie nationale Cybersanté (eHealth), le DSAS a défini, en concertation avec les partenaires concernés, une stratégie vaudoise de mise en oeuvre. Sa ligne directrice est « De meilleures prises en charge (sécurité, qualité, efficacité) grâce à un meilleur accès à l'information dans le respect de la protection des données du patient, offert par des transferts d'informations et un dossier électronique du patient alimentés par les systèmes d'information des prestataires de soins ». Cette stratégie vise à permettre la transmission d'information entre prestataires de soins, dans le respect de la législation sur la protection des données.

Plusieurs conditions sont d'ores et déjà satisfaites pour faciliter les échanges d'informations : les services d'orientation des BRIOs sont informatisés (projet Brioche),

les hôpitaux d'intérêt public déploient actuellement un dossier patient institutionnel électronique (projet DOPHIN), les services d'aide et de soins à domicile également (projet IRIS) et une grande partie des EMS sont informatisés. Pour les médecins, éléments clés de la circulation de l'information concernant le patient, la situation est différente : une grande majorité d'entre eux ne disposent pas encore d'un dossier patient informatisé (DPI). Les efforts d'informatisation sont hétérogènes, essentiellement orientés vers les outils administratifs et de facturation. Il s'agit à l'avenir d'accompagner l'informatisation des cabinets pour permettre au médecin de jouer son rôle de plaque tournante dans le suivi des patients.

Durant la législature, le Conseil d'Etat sera particulièrement attentif au bon déroulement du projet Dophin et à son développement coordonné avec la stratégie eHealth. Il soutiendra les initiatives favorables au travail en réseau visant à l'intégration des soins. Les outils d'échange et de coordination entre les prestataires, qui facilitent la mise en réseau, se baseront sur la stratégie cantonale eHealth.

Mesures

42. Soutenir la mise en place de systèmes de case management des situations de soins complexes et une évaluation partagée des cas grâce à un développement cohérent des mécanismes d'échange d'informations à l'échelle du canton

3. Adapter l'hôpital pour préserver l'indépendance des seniors

Historiquement, l'hôpital a été conçu pour prendre en charge des maladies aiguës, de courte durée. Par définition, sa mission s'adresse à toutes les classes d'âge. Aujourd'hui, sa clientèle est relativement âgée. Il est mal préparé pour prendre en charge des personnes qui cumulent souvent affections aiguës et chroniques. Il est donc impératif qu'il adapte sa façon de soigner pour réduire les effets négatifs de l'hospitalisation sur l'indépendance fonctionnelle des personnes âgées. Dans les faits, l'hôpital doit faire évoluer ses pratiques professionnelles et adopter dès l'admission des processus de soins spécifiques aux besoins des patients âgés, largement basés sur une évaluation gériatrique globale.

Mesures

43. Elaborer un cadre de référence cantonal « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier aigu » et négocier son application, via les contrats de prestations de chaque hôpital, au titre des prestations d'intérêt général

4. Valoriser les compétences pour améliorer les soins aux seniors

La prise en charge sanitaire des patients âgés requiert des professionnels en nombre suffisant et des professionnels au bénéfice d'une formation spécialisée. C'est une des conditions de réussite de la politique cantonale « Vieillesse et Santé ». Il est important à cet effet d'agir sur la formation de base afin de préparer les professionnels de demain aux réels enjeux du vieillissement et aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées. Les effets des modifications des formations de base n'interviendront cependant qu'à moyen terme, alors que les enjeux sont déjà d'actualité. Il est donc nécessaire de renforcer simultanément la formation post-grade et continue pour accélérer l'adaptation des compétences des professionnels travaillant actuellement auprès des aînés. La valorisation de ces compétences spécifiques doit aussi permettre d'attirer et de retenir des professionnels qualifiés dans ce domaine d'activité.

Mesures

44. Inciter les centres de formation (CUS, HESSO) à adapter les enseignements de base des professionnels de la santé pour améliorer les compétences dans les soins aux personnes âgées
45. Soutenir l'organisation périodique de symposiums interprofessionnels consacrés à la thématique «Vieillesse et Santé»
46. Soutenir la mise en place dans les institutions sanitaires de plans de formation continue portant notamment sur la santé des populations vieillissantes

E. Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

La politique sanitaire doit permettre d'assurer une offre suffisante et adaptée à la situation épidémiologique. Elle doit garantir à la population une égalité d'accès à des prestations de qualité, à un coût supportable. L'action de pilotage qui en résulte doit se développer dans le cadre d'un dialogue et d'une large concertation avec les partenaires cantonaux et régionaux de l'Etat. Moyennant le respect d'un cahier des charges portant sur les responsabilités à assumer, elle peut faire l'objet de délégation de compétences.

Au cours de la précédente législature, un effort particulier a porté sur l'actualisation du dispositif législatif, en regard de l'évolution de la législation fédérale. Pour les années à venir, le Conseil d'Etat entend mettre l'accent sur quatre préoccupations dictées par la volonté de renforcer progressivement la mission de pilotage, de surveillance, d'information et d'anticipation que doit assumer le DSAS.

1. Qualité et économicité des prestations

Le DSAS déploie un dispositif de surveillance de la qualité et de la sécurité des prestations délivrées aux personnes prises en charge par les institutions de soins, d'hébergement médico-social et socio-éducatif. Cette surveillance est assurée par un dispositif départemental coordonné. L'objectif est d'assurer et renforcer la sécurité des patients et résidents, de s'assurer du respect de leurs droits, de rendre le niveau de régulation et de surveillance plus homogène et d'être équitable pour l'ensemble des établissements relevant du Département. Cinq axes sont développés : autocontrôles, inspections, gestion des plaintes, surveillance sanitaire et cercles de qualité. Par ailleurs, la volonté est d'appuyer et d'inciter les établissements dans le déploiement de mesures quantifiables.

Concernant l'économicité des prestations, en application de la législation cantonale sur les subventions et de la LAMal, l'effort principal a porté, au cours de la législature précédente, sur la formalisation des contrats de subventionnement et sur la négociation des mandats de prestations avec les hôpitaux et cliniques, de manière à couvrir l'ensemble des financements publics. Cette contractualisation doit maintenant être affinée de manière à préciser les engagements des parties aux différents contrats.

Mesures

47. Déployer un dispositif et des processus harmonisés permettant d'exercer une surveillance sur l'ensemble des institutions relevant de la responsabilité du DSAS
48. Poursuivre le développement du dispositif de contrôle de l'affectation des ressources publiques dans le domaine de la santé
49. Contrôler la mise en œuvre par les partenaires tarifaires des dispositions fédérales en matière de contrôle de l'économicité des prestations

50. Identifier et valoriser les prestations d'intérêt général (PIG) fournies par les institutions sanitaires, en particulier les hôpitaux, et financées par l'Etat
51. Développer le pilotage, le système d'information et les processus d'évaluation des programmes de santé publique et prévention

2. Système d'information

Le système d'information du Service de la santé publique a pour mission de récolter l'information fournie par les prestataires de soins et les offices statistiques, de la traiter, puis de la mettre à disposition des services de l'administration cantonale, des autorités politiques, des partenaires de l'Etat et de la population. Les objectifs principaux du système d'information sont les suivants :

- s'assurer en continu de la disponibilité et de la qualité des données les plus récentes (par exemple en confrontant différentes sources d'information),
- présenter une information exhaustive par domaine et par type d'activité, mais également une information synthétique afin de répondre le mieux possible aux besoins des décideurs,
- suivre l'évolution du système de santé et fournir l'information pour anticiper son développement futur.

Le pilotage d'une politique s'adressant à l'ensemble de la population en vue d'établir une planification adéquate des ressources nécessaires doit reposer sur des données épidémiologiques détaillées. Actuellement, les données produites par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sont insuffisantes, qualitativement et quantitativement. Cette lacune n'est palliée par aucune statistique cantonale. En particulier, l'information disponible ne permet pas de connaître l'état de santé de la population âgée du canton de Vaud, d'estimer ses besoins actuels et futurs, de suivre le déploiement des mesures préconisées et d'en évaluer l'efficacité.

Pour permettre au Service de la santé publique d'assumer sa mission face aux défis auxquels est confronté la politique sanitaire, le système d'information actuellement en place doit être revu. A terme, il doit évoluer vers un véritable observatoire de la santé, à l'instar de celui mis en place par les autorités valaisannes. La création d'un observatoire des personnels de santé (v. lettre B, chiffre 1, ci-dessus) constituera une première étape dans ce sens.

Mesures

52. Adapter le système d'information du Service de la santé publique à l'évolution des besoins et de l'organisation sanitaire dans la perspective de soutenir la surveillance de l'accès aux prestations, de la qualité, de la sécurité et des coûts de prise en charge ainsi que de documenter l'évolution prévisible de l'offre et de la demande
53. Créer un observatoire vaudois de la santé alimenté par la mise en réseau des différents systèmes d'information des partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire de la population, en mettant la priorité sur les personnels de santé, ainsi que sur les outils permettant le pilotage de la politique « Vieillesse et Santé »

3. Stratégie de communication

La communication pour informer la population sur les prestations proposées par le

système de soins doit être considérée comme l'un des outils privilégiés du pilotage de la politique sanitaire. Bien ciblée, en soutien aux programmes de prévention et de promotion de la santé, elle contribue à la modification des comportements vis-à-vis des questions de santé et à un recours adéquat aux services de soins.

Depuis la fin des années nonante, par l'intermédiaire de Sanimédia, le DSAS met à disposition de la population des informations sur des thèmes d'actualité pour améliorer les connaissances en matière de santé. Ces informations favorisent le dialogue, facilitent les choix individuels et contribuent à la régulation du système de soins. Ainsi, de nombreuses actions de communication ont été élaborées et mises en oeuvre, par le DSAS comme par ses nombreux partenaires subventionnés.

Les efforts doivent être poursuivis dans ce sens. La stratégie doit cependant être redéfinie pour renforcer la planification et la coordination de l'information en santé publique et, par là, améliorer la cohérence des actions initiées. Cet objectif sera mis en oeuvre par le DSAS en se fondant sur une vision partagée et en concertation avec les institutions concernées. Une analyse des objectifs cantonaux, de la communication déployée sur le territoire vaudois et des connaissances et besoins des publics cibles permettra de redéfinir les objectifs de la communication et les actions prioritaires. Sans préjuger des résultats d'une telle démarche, il apparaît aujourd'hui important de renforcer la communication avec une modernisation des espaces web du canton, préalable à une présence sur les nouveaux médias sociaux. Une collaboration accrue sera engagée avec les acteurs de terrain, et notamment les réseaux de soins et les partenaires subventionnés, pour accroître la cohérence et la planification des messages.

Mesures

54. Actualiser la stratégie de communication en matière de santé dans le but de soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé, d'informer la population et les professionnels de la santé sur l'évolution du système de santé ainsi que sur son bon fonctionnement, et de les sensibiliser à une utilisation appropriée des services à disposition

4. Répartition des compétences entre canton et régions

Dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de pénurie des professionnels de la santé, le travail de coordination entre prestataires de soins est une nécessité. Cette coordination, dans les quatre régions issues de la planification sanitaire vaudoise, est assurée par les associations des réseaux de soins, conformément à la loi entrée en vigueur en 2007. Cette loi introduit l'obligation pour tous les prestataires de soins subventionnés de s'affilier à l'un des quatre réseaux. Quant aux prestataires non subventionnés (médecins, pharmaciens et autres indépendants), ils adhèrent au réseau sur une base volontaire.

En 2012, le Service de la santé publique a réalisé un bilan des activités des réseaux de soins. Parmi les éléments positifs figurent l'amélioration de l'orientation, de la fluidité et de la liaison entre prestataires, autour du patient. Ce bilan témoigne également d'une meilleure connaissance des missions respectives assumées par chacun des services de santé et d'un passage progressif à une communication standardisée entre prestataires de soins. Comme point faible, le bilan met en évidence un système davantage réactif aux problèmes de santé, éprouvant des difficultés à anticiper et à tenir compte de l'ensemble du parcours du patient. L'analyse plus détaillée montre que

la coordination entre prestataires de soins est plus ou moins avancée selon les régions. Elle est souvent non formalisée, basée sur l'échange d'informations entre acteurs. Pour certaines pathologies, elle fait l'objet de protocoles communs auxquels se réfèrent les spécialistes concernés. Dans les régions les plus avancées, elle est centrée sur le patient, l'intégration clinique relevant de la responsabilité d'un gestionnaire de cas pour les situations les plus consommatrices de ressources. Enfin, parmi les quatre réseaux de soins du canton, deux poursuivent une expérience d'intégration structurelle : il s'agit de l'expérience OSRIC dans le Nord vaudois et les travaux de la Plateforme du Haut Léman à l'Est du canton.

Pour la présente législature, le Conseil d'Etat confirme le rôle attribué aux réseaux de soins dans les domaines de la coordination des soins et de la mise en œuvre de politiques de santé publique. Cela étant, il considère que l'expérience acquise dans certaines régions du canton et le niveau de responsabilité manifesté en regard de l'intégration clinique permet d'envisager une nouvelle étape dans la délégation de certaines compétences cantonales à un réseau de soins ou à une entité qui en fait partie. Dans la perspective d'une responsabilité assumée en matière de couverture globale des besoins et moyennant le respect d'un cahier des charges, cette délégation pourrait aller jusqu'à la compétence de gérer une enveloppe globale de financements publics. Les actions réalisées dans le cadre de la création d'une offre régionale intégrée de soins de premier recours (v. lettre C, chiffre 1, ci-dessus) permettront d'expérimenter ce type de modèle.

Mesures

55. Elaborer un cadre de référence «délégation de compétences» portant sur les conditions à remplir pour assumer un mandat régional de couverture globale des besoins sanitaires de la population, notamment des soins de premier recours, et entamer des négociations en vue de l'attribution d'un tel mandat à une entreprise régionale de santé (réseaux de soins, établissement de soins intégrés, etc.), en vue de conduire une expérience pilote

CONCLUSION : VERS UN DISPOSITIF DE SOINS INTEGRES CENTRE SUR LE PATIENT

Le précédent rapport de politique sanitaire mettait l'accent en 2008 sur les nouveaux défis du système de santé, anticipant sur les problèmes liés au vieillissement de santé, aux changements épidémiologiques, à la gouvernance : des mesures ont été mise en place pour apporter des réponses concrètes. Ces mesures vont dans la bonne direction, mais elles ne suffiront pas à faire face aux besoins sanitaires de la population. Elles doivent donc maintenant être réaffirmées et renforcées.

Pour favoriser le maintien à domicile aussi longtemps que possible, l'accent doit être mis sur le fonctionnement intégré de la première ligne de soins et la prévention des maladies. Il s'agira de mettre autour du patient – et en incluant celui-ci – un système qui permette de rapidement évaluer ses besoins et l'orienter vers la ressource du système de santé la plus adaptée. Il s'agira aussi de mettre l'accent sur le rôle du patient dans la décision et la consommation des soins : l'utilisation généralisée des technologies de communication va faciliter l'émergence de cette responsabilité.

Ces modes de fonctionnement nouveaux vont interroger chaque acteur sur son rôle, sa contribution à l'entier du système de santé. La formation des professionnels sera

affectée par ces changements, de même que les pratiques interprofessionnelles. Le Conseil d'Etat va, dans le cadre de la législature 2013 – 2017, soutenir et évaluer des expériences pilotes propices à généraliser un dispositif de soins intégrant les différents acteurs, centré sur la communauté et les besoins de santé de la population, notamment en matière de soins de premier recours.

INDEX DES ABREVIATIONS

ANQ	Agence Nationale pour la qualité
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASSC	Assistant en soins et santé communautaire
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
AVDEMS	Association Vaudoise d'Établissements Médico-Sociaux
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation
CAT	Centres d'accueil temporaire
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFC	Certificat fédéral de capacité
CHUV	Centre universitaire hospitalier vaudois
CIMHS	Convention intercantonale médecine hautement spécialisée
CIPS	Centre d'information des professions santé social
CIVEMS	Coordination interservices des visites en EMS
CMS	Centre médico-social
CPSLA	Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions
CTMG	Centrale téléphonique des médecins de garde
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
CUS	Conférence universitaire suisse
DCIST	Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes toxicodépendantes
DFJC	Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
DGE	Direction générale de l'environnement
DPI	Dossier patient informatisé
DRG	Diagnosis related group (www.swissdrg.org)
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
ECA	Établissement d'assurance contre l'incendie et les éléments naturels
EES	Enquête Suisse de Santé
EHC	Ensemble hospitalier de la Côte
eHnv	Ensemble hospitalier du Nord vaudois
EIS	Evaluation d'impact sur la santé
EMS	Etablissement médico-social
ETP	Equivalents temps plein
EVITA	Dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
ForOm NV	Formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois
FUS	Fondation Urgences Santé
GEA	Groupe d'experts en matière d'addiction
HES	Hautes écoles spécialisées
HESAV	Haute École de Santé Vaud
HESSO	Haute école spécialisé de Suisse occidentale
HPCI	Hygiène prévention et contrôle de l'infection
IEMS	Institut d'économie et de management de la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles

IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPFES	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public
MedReg	Registre fédéral des professions médicales
MST	Maladie sexuellement transmissible
NRFS	Nouveau Régime fédéral pour le Financement des Soins
OBSAN	Observatoire de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSV	Organisme médico-social vaudois
OSAD	Organisation de soins à domicile privées
PcD	Programme cantonal Diabète
PER	Plan d'études romand
PIMEMS	Programme d'investissements de modernisation des EMS
PIPAD'ES	Programme intercantonal de prévention des accidents d'enfants
PMA	Procréation médicalement assistée
SAMS	Structures d'accompagnement médico-social
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation
SSP	Service de la santé publique
SVM	Société vaudoise de médecine
UAT	Unités d'accueil temporaire
V&S	Politique cantonale Vieillesse et Santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Plan stratégique 2009 – 2013

Rapport final sur la mise en œuvre à mars 2013

24 avril 2013

Version remise au Chef DSAS
pour soumission au CE puis au GC

Table des matières	
Résumé	3
Avant-propos	4
Démarche et contexte	4
Objectifs	4
Elaboration du plan stratégique 2009-2013	4
Mise en œuvre	5
Evaluation des coûts	6
Financements des projets	6
Projets stratégiques	6
Projets qualité	6
Pérennisations	6
Structure de présentation	6
1. Programmes stratégiques transversaux	7
1.1 Vieillesse et personnes âgées	7
1.2 Nutrition et troubles anorexie-boulimie (TAB)	8
1.3 Santé mentale	9
1.4 Populations vulnérables	10
1.5 Formation post-graduée	10
2. Pôles d'excellence	11
2.1 Pôle des maladies cardio-vasculaires et métaboliques (CardioMet)	11
2.2 Pôle du cancer	12
2.3 Pôle des neurosciences cliniques	13
2.4 Pôle d'immunologie et des maladies infectieuses	14
2.5 Bioengineering et ingénierie médicale	14
3. Conditions cadres : chantiers prioritaires	15
3.1 Créer « l'Ecole de biologie et de médecine »	15
3.2 Consolider les réseaux hospitaliers	16
3.3 Réorganiser la prise en charge des patients	17
3.4 Déployer des plateformes de recherche clinique	20
3.5 Développer les systèmes d'information	21
3.6 Renforcer les ressources humaines (RH)	22
3.7 Développer et moderniser les infrastructures	23
3.8 Assurer un développement durable (DD)	24
4. Autres projets stratégiques (non-classés)	25
Conclusions et perspectives	26
Glossaire	27
Annexe 1 : Evolution des portefeuilles de projets (situation mars 2013)	28
Annexe 2 : Coûts des projets (situation mars 2013)	29
Annexe 3 : Pérennisations SSP, UNIL et internes accordées (2009-2013)	30
Annexe 4 : Liste des travaux, délocalisations et rocade principales et EMPDs de 2009 à mars 2013	
Annexe 5 : Liste des projets - Tableau de bord de suivi des projets (TBSP), 2009 à mars 2013	

Rédaction : Collaborateurs du Service POS, sous la direction d'Urs Benz

Résumé

Le plan stratégique 2009-2013, qui s'inscrivait dans la continuité du précédent, présente un **bilan globalement très positif**. Ses différents succès bénéficieront au prochain plan stratégique 2014-2018.

Pour n'en citer que quelques uns : le CHUV a posé les bases de son schéma directeur des constructions à réaliser au cours des vingt ans à venir pour prendre en charge une population vaudoise qui pourrait passer le cap des 800 000 habitants d'ici 2030. Il l'a établi dans le cadre du Plan d'affectation cantonal (PAC 315).

De même, notre Institution a organisé de nombreux déménagements qui ont permis de libérer des espaces pour les soins dans le bâtiment principal et de regrouper la recherche et les laboratoires au Biopôle à Epalinges.

Dans le domaine de la relève académique, entre 2009 et 2012, 51 professeurs ordinaires médicaux ont été nommés ; une infirmière a été nommée professeure associée et une seconde a été nommée professeure ordinaire à la FBM ; un infirmier a entamé un parcours de doctorant ; 12 collaborateurs du CHUV ont obtenu un master en sciences infirmières.

Sur le plan des projets, dans le domaine du vieillissement, une unité de soins aigus dédiée aux seniors, qui constitue également un lieu de formation dans le domaine gériatrique a été ouverte, de même qu'une filière qui permet de renforcer les processus d'évaluation et d'orientation des personnes âgées au Service des urgences. Concernant un tout autre groupe d'âge, en 2009, des équipes mobiles qui ont pour but de détecter précocement des troubles psychiatriques chez les adolescents et les jeunes adultes ont été mises sur pied dans les secteurs Ouest et Nord, de même un Centre vaudois d'anorexie-boulimie a été ouvert à l'hôpital de Saint-Loup. Un Département des neurosciences cliniques et un Centre de la Mémoire ont été créés. Dans le domaine du cancer, les bases d'un nouveau Département d'oncologie CHUV-UNIL ont été posées ; ce dernier a été inauguré le 1^{er} janvier 2013 ; un Centre du sein a ouvert en 2010 et d'autres centres interdisciplinaires (tumeurs thoraciques, prostate) sont en voie de l'être. Parallèlement, le CHUV a développé un programme de lutte contre la douleur et ouvert un Centre d'antalgie, ainsi qu'un Service hospitalier de soins palliatifs dirigé par un chef de service, professeur ordinaire de la FBM.

Enfin, dans le domaine de la recherche, le CHUV a inauguré un Centre de recherche clinique en 2012, créé un Centre de production cellulaire et lancé un ambitieux projet de Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL), outil unique et précieux de la recherche translationnelle lémanique.

L'ensemble des réalisations de 2009 à mars 2013 est décrit dans les chapitres suivants.

Avant-propos

Ce document s'inscrit dans le cadre de l'article 13d de la Loi sur les Hospices cantonaux (LHC) du 16 novembre 1993 et des articles 23 et 25 de son Règlement d'application (RLHC) du 20 mai 2009.

Il est transmis au Département de la santé et de l'action sociale, pour soumission au Conseil d'Etat qui le transmet au Grand Conseil pour adoption, en même temps que le prochain plan stratégique 2014-2018.

Ce rapport final sur la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013, qui se veut complet mais concis, comprend :

- la description de la démarche et du contexte de la mise en œuvre du plan ;
- une évaluation des projets mis en œuvre, ainsi que de leurs coûts ;
- une conclusion.

Démarche et contexte

Objectifs

Le plan stratégique 2009-2013 du CHUV, adopté en février 2009 par le Grand Conseil, repose sur le principe d'un hôpital universitaire de référence, accessible à toutes et tous, ancré dans sa région et au cœur d'un réseau académique d'exception. Il s'inscrit dans la continuité du plan stratégique 2004-2007/8 et reprend nombre de projets qui avaient été lancés dans cette période et qui n'avaient pas pu être terminés ou intégrés dans l'exploitation.

Dans ce plan, le CHUV réaffirme placer le bien-être de ses patients au centre de ses préoccupations et confirme les objectifs prioritaires suivants :

- Le développement de cinq programmes transversaux : vieillissement et personnes âgées, nutrition et troubles du comportement alimentaire, santé mentale, populations vulnérables et formation post-graduée.
- La constitution de cinq pôles d'excellence dans les domaines des maladies cardio-vasculaires et métaboliques, du cancer, des neurosciences cliniques, de l'immunologie et des maladies infectieuses, et enfin du bioengineering et de l'ingénierie médicale.
- La conduite de huit chantiers prioritaires d'amélioration des conditions cadre dont le rapprochement des structures de gouvernance UNIL-CHUV, la réorganisation de la prise en charge des patients (programme Gouvernance clinique), le développement des systèmes d'information (projet DOPHIN).

Elaboration du plan stratégique 2009-2013

Le plan stratégique a été élaboré sur la base des travaux initiés par les besoins en planification académique (programme de relève) de la Faculté de biologie et de médecine (FBM). Courant 2007, l'ensemble des services et départements cliniques et médico-techniques ont défini leurs plans de développement qui ont été présentés et examinés au sein d'une commission mixte émanant du décanat de la FBM et de la direction du CHUV.

En fonction des priorités arrêtées dans le cadre de la dite Commission, la Direction générale du CHUV a constitué et mandaté, courant 2008, quinze Comités de pilotage (COPI) ad hoc, en qualité d'experts des domaines choisis, afin d'approfondir, enrichir et valider les options prises. Cette démarche participative, impliquant plus d'une centaine de cadres médicaux, soignants et administratifs, a permis de légitimer les choix effectués et de favoriser leur appropriation en vue de leur mise en œuvre. Cet important travail a été structuré et synthétisé dans le plan stratégique lui-même par le Service stratégie, qualité et organisation (SQO) en charge de l'ensemble du processus. Entretemps SQO est devenu le Service projet et organisation stratégiques (POS).

Mise en œuvre

Dès validation à l'interne du plan stratégique et de ses objectifs prioritaires en juin 2008, la Direction générale a mandaté à nouveau les COPILs précités afin d'effectuer un travail de cadrage et de planification des déploiements de chacun des programmes sur la base d'un **appel à projets**. Un processus de sélection des projets stratégiques prioritaires par la Direction générale s'en est suivi début 2009.

Les critères de sélection de ces projets ont reposé sur des pondérations de type qualitatif (facteur d'innovation, degré d'adhésion des acteurs, compétences internes, complexité) et quantitatif (coûts financiers globaux, impacts sur les Ressources humaines, sur l'infrastructure, sur les budgets d'exploitation et sur la capacité à pérenniser l'activité concernée).

A l'issue de ces auditions, sur **88** projets stratégiques et demandes de soutien présentés par les différents COPILs, **65** ont été retenus (dont **39** d'entre eux étaient déjà lancés sous l'ancien plan) et validés par la Direction générale du CHUV et le Doyen de la FBM (projets de recherche/enseignement). Ils ont reçu une promesse de financement pour la période 2009-2011.

Après cet appel à projets initial en 2008/2009, en fonction des propositions soumises et des disponibilités budgétaires, de nouveaux projets ont pu être lancés dès 2010.

A noter que nous distinguons deux portefeuilles de projets en fonction de la source de financement : les projets stratégiques (financés par l'enveloppe du plan stratégique) et les projets dits qualité (financés par le Fonds de développement et de restructuration du CHUV). La plupart de ces derniers portent sur la prise en charge des patients qui est le thème du programme 3.3 du plan stratégique.

Par ailleurs, début 2012, les processus de sélection et de suivi des projets stratégiques et ceux des projets qualité ont été harmonisés : les propositions de projets sont soumises pour examen et validation au Bureau Qualité Stratégique (BQS) ; le reporting unifié sur l'avancement des projets est présenté au Comité de direction élargi du CHUV.

C'est pourquoi les projets, les chiffres et les résultats présentés dans ce rapport se réfèrent aux deux portefeuilles de projets.

Ainsi, de 2009 à mars 2013, ce sont **129** projets (93 stratégiques et 36 qualité) qui ont démarrés, dont **79** (52 et 27) sont terminés à mars 2013 (cf. tableau plus détaillé en annexe p.28) :

Portefeuilles STRATEG. + QUALITE	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Projets refusés	23	0	2	2	0	27
Projets démarrés *	89	11	11	17	1	129
Projets terminés	17	31	23	8	0	79
Projets en cours						50

* Inclus 39 projets du plan stratégique 2004-2008 et 24 projets qualité déjà en cours début 2009

Pour se donner les moyens de suivre la mise en œuvre des projets du plan stratégique et plus globalement pour renforcer la gestion par projet au CHUV, un dispositif - constitutif d'un **Portfolio & Project Management Office (PPMO)** - a, en outre, été mis en place par le Service POS. Il repose notamment sur les éléments suivants :

- une directive institutionnelle qui définit le cadre général et les règles principales de la mise en œuvre du plan stratégique (coordination des programmes, sélection, financement, suivi et évaluation des projets; rôles et responsabilités) ;
- un ensemble d'outils méthodologiques d'aide à la gestion de projet élaborés et mis à disposition des chefs de projet et aux Comités de pilotage concernés ;
- un appui concret aux acteurs des projets par les collaborateurs du Service POS ;
- un reporting quadrimestriel pour lequel tous les chefs de projet doivent fournir un Rapport d'avancement de projet (RAP) succinct qui permet l'évaluation des projets en termes d'avancement, des résultats obtenus, d'évaluation des risques et financiers ;
- la consolidation de ces données dans un **Tableau de bord de suivi des projets (TBSP)** qui fait partie du **reporting** au Comité de direction élargi du CHUV ; un exemplaire figure en annexe du présent rapport.

Evaluation des coûts

Financements des projets

Les projets sont développés prioritairement grâce aux ressources propres des services et départements (budget ordinaire, fonds, ...). Subsidiairement certains projets peuvent bénéficier d'un soutien financier temporaire - dans leur phase de mise en œuvre - par des fonds institutionnels dédiés.

Projets stratégiques

Un budget d'un maximum initialement de 10 millions de francs par année, puis de 8 mios dès 2012, a été réservé sur l'enveloppe d'exploitation du CHUV par la Direction générale pour le soutien des projets stratégiques dans leur phase de mise en œuvre. Ce soutien est limité dans le temps, en principe à raison de deux, voire trois ans.

Les soutiens via cette enveloppe du plan stratégique ont été de **8.230 mios frs** en 2009, **8.306 mios** en 2010, **5.320 mios** en 2011 et **5.591 mios** en 2012. Pour 2013, **5.591 mios** ont été budgetés à ce stade, mais ce chiffre est appelé à évoluer compte tenu des décisions qui pourraient être prises en cours d'année.

Projets qualité

En ce qui concerne les projets qualité, **883 mille frs** en 2009, **794 mille** en 2010, **716 mille** en 2011 et **637 mille** en 2012 ont été financés par le Fonds de développement et de restructuration du CHUV. Pour 2013, **635 mille frs** sont budgetés à ce jour.

Pour le détail des financements par programme stratégique, cf. le tableau en annexe p.29.

Pérennisations

De nombreux projets - surtout ceux du portefeuille stratégique - nécessitent des moyens financiers pérennes supplémentaires pour que les acquis du projet puissent être maintenus.

Ainsi, de nombreux projets terminés ont pu être pérennisés et basculés dans l'exploitation grâce à des allocations accordées, soit par le DSAS en vertu notamment de la subvention pour « Tâches de santé publique » et/ou de l'inscription de ces projets dans l'un ou l'autre des programmes cantonaux de santé publique (Santé mentale ou Vieillesse & santé par exemple), soit par l'UNIL, soit encore par des réallocations internes au CHUV. Les montants totaux réalloués sont de **3.195 mios de frs** en 2009, **1.030 mios** en 2010, **3.081 mios** en 2011, **1.884 mios** en 2012 et **0.120 mio** en 2013. De plus **0.452 mio** sont déjà accordés pour 2014.

La pérennisation financière n'est pas toujours obtenue dès la fin du projet. Dans ce cas, en principe, le financement des projets terminés se poursuit par le biais de l'enveloppe du plan stratégique dans l'attente d'une réallocation pérenne.

Pour le détail des projets pérennisés, cf. le tableau en annexe p.30.

Structure de présentation

Ce rapport final se veut succinct. Chaque programme sera présenté dans les pages qui suivent en mettant en lumière les **résultats** d'ores et déjà obtenus, ainsi que les points forts et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des objectifs fixés. En complément, nous invitons le lecteur à se référer au « Plan stratégique 2009-2013, CHUV, Lausanne, juillet 2008 » qui présente ces objectifs en détail. Il est disponible ici : www.chuv.ch/chuv_planstrat0913.pdf.

Pour plus d'informations, le Tableau de bord de suivi des projets (TBSP) annexé permet de se faire une image globale du portefeuille de projets inscrits dans cette démarche. Les fiches détaillées de chacun des projets peuvent être fournies sur demande.

Remarques

- Les projets suivis par le dispositif de reporting institutionnel sont référencés par des numéros ; ils sont indiqués entre parenthèses.
- Le degré d'atteinte des objectifs ou de la réalisation du programme ou du projet est indiqué en marge droite.

1. Programmes stratégiques transversaux

1.1 Vieillesse et personnes âgées

90%

Objectif global

Développer une culture de la prise en charge de la personne âgée au sein du CHUV et adapter le dispositif organisationnel au vieillissement.

Bénéfices

Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans les différents lieux de soins.

Prévention des maladies par un dépistage précoce des pathologies dégénératives.

Réalisations concrètes

- Ouverture en 2009 d'une **Unité de soins aigus aux seniors (Unité SAS)** à l'Hôpital Nestlé, en complément des soins de réhabilitation faits à Sylvana. Elle compte aujourd'hui 28 lits. Ses missions : introduire les pratiques, développer des procédures spécifiques et offrir un lieu de formation dans le domaine gériatrique pour l'ensemble des professions médicales soignantes. (projet 1006) **75%**
- Projet complété par une **filière gériatrique de soins aigus aux seniors (Filière SAS)** qui permet de renforcer le processus d'évaluation et d'orientation au sein du Service des urgences et dans les services d'hospitalisation. (projet 1007) **95%**
- Mise en place du projet **Géri-A-Com**, en collaboration avec ARCOS, qui coordonne la prise en charge des patients âgés vivant dans la communauté, afin de permettre, à terme, une diminution du recours aux hospitalisations urgentes en soins aigus et une meilleure orientation des personnes âgées dans le réseau de soins. (projet 1005)
- Dans le cadre de la stratégie de désengorgement de l'hôpital, du manque de lits B dans le canton et des modifications asséculo-logiques (suppression de l'attente de placement B), mise en place début 2012 d'une équipe mobile de réadaptation gériatrique qui fournit des prestations stationnaires (**REA-GER**) et à domicile (**REA-DOM**) pour faciliter la sortie de l'hospitalisation aigüe.
- Mise en place d'un **Centre d'observation et d'analyse du vieillissement (COAV)** dès 2010 qui étudie, dans une perspective de santé publique, les effets du vieillissement démographique afin d'adapter le système de santé pour l'ensemble des générations. Réalisation de plusieurs mandats pour SSP et Pro Senectute. Le financement du COAV est pérennisé depuis début 2013 par le SSP. (projet 1010) **100%**
- Formation d'une **cohorte Lc65+** visant à suivre et étudier annuellement un large échantillon de la population lausannoise, recruté dès l'âge de 65 ans pour, à terme, fournir les instruments nécessaires à une détection précoce des personnes vulnérables et à l'élaboration d'interventions préventives notamment de la dépendance fonctionnelle. Le financement de la cohorte sera pérennisé dès 2014 par le SSP. (projet 1011) **100%**
- Mise en place d'un modèle optimum de probabilité à 10 ans de survenue de fracture ostéoporotique, projet **FRAXAUS**. L'étude rétrospective est terminée. Le projet est dans sa phase prospective qui va s'étendre sur plusieurs années. (projet 1013)

1.2 Nutrition et troubles anorexie-boulimie (TAB)

60%

Objectif global

Fédérer et développer les expertises existantes au CHUV afin d'optimiser les prises en charge ambulatoires et hospitalières, l'enseignement et la recherche.

Bénéfices

Mise à disposition de la population d'une unité d'hospitalisation et d'un hôpital de jour pour une prise en charge optimale des troubles du comportement alimentaire ainsi que d'une structure pour la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile.

Meilleure intégration de l'Unité de nutrition clinique.

Réalisations concrètes

- Réalisation en cours du projet **Ça Marche PED** qui a pour but de prendre en charge, dans un programme structuré et avec un objectif de baisse de poids, les enfants et adolescents obèses du canton. Le programme rencontre un vif succès avec 15 à 20 nouveaux patients chaque mois. (projet 1015) 80%
- Réalisation du projet **TRACES** qui a pour but de développer et implémenter un programme de transfert de compétences en nutrition clinique au sein du CHUV afin d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés dénutris ou à risque nutritionnel et de standardiser les pratiques. (projet 1130) 25%
- Le projet de **recherche en métabolisme et nutrition** vise à développer un modèle permettant le développement de la recherche fondamentale, de la recherche orientée vers l'humain et de l'enseignement dans le domaine du métabolisme énergétique et de la nutrition. Il a obtenu un accord de financement du CHUV et de l'UNIL. Le démarrage du projet est suspendu dans l'attente d'un accord de l'EPFL pour un financement tripartite ou de son redimensionnement. (projet 1133) 0%
- En 2010-2011, réorganisation et consolidation de l'**Unité d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique** avec renfort des collaborations avec le service adulte. 100%
- En juin 2012, lancement du projet de création d'un **Centre de prise en charge des patients avec diabète et endocrinopathies juvéniles chroniques**, afin d'améliorer la transition du suivi pédiatrique vers le suivi adulte. Permettra de diminuer la morbidité et les comorbidités dues à une diminution des visites médicales. Le projet développera aussi la recherche translationnelle et l'usage de la génétique nécessaire aux diagnostics. (projet 1142) 10%
- Une unité hospitalière de 12 lits spécialisée dans les **troubles du comportement alimentaire (TCA)** a été créée fin 2009 sur le site de Saint-Loup des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), sous la supervision médicale du CHUV : le **Centre vaudois anorexie boulimie - abC**. L'offre ambulatoire également a été renforcée depuis 2010 pour atteindre 4'000 consultations en 2011. L'offre de soins sera complétée par un **centre de jour** qui sera localisé à la Rue du Tunnel à Lausanne (ouverture mi-2013). Vu le nombre élevé de patients hospitaliers hors canton (20%), des collaborations devraient être établies avec d'autres cantons. (projet 1023) 80%

1.3 Santé mentale

90%

Objectif global

Déployer, au sein du nouveau Département de psychiatrie, des projets transversaux sur les trois secteurs (Centre, Ouest et Nord) en cohérence avec les priorités du Plan de santé mentale vaudois.

Bénéfices

Meilleure capacité à orienter dans le réseau, à évaluer et soutenir les patients présentant des troubles et/ou une déficience psychique.

Amélioration de l'adéquation entre la prescription médicamenteuse et la pathologie.

Réalisations concrètes

- Après 4 ans de travaux, les prises en charge et le fonctionnement des trois secteurs psychiatriques (Centre, Ouest et Nord) dépendant du CHUV ont été harmonisés à fin 2011 au sein du Département de psychiatrie du CHUV. (programme **Triptyque**) **100%**
- Les derniers travaux concernant la mise sur pied de l'**Unité d'expertises psychiatrie légale** (projet 1019) se sont terminés en mai 2010. Les moyens investis en 2009 ont été orientés sur l'harmonisation des formations en psychiatrie légale. **100%**
- Création en 2009 d'**équipes mobiles et d'intervention précoce chez l'adolescent et le jeune adulte** dans les secteurs Ouest et Nord sur la base des modèles existant au secteur Centre. Ces équipes mobiles visent à réduire la charge de morbidité des personnes souffrants de troubles psychiatriques débutants. Elles fonctionnent à plein régime et à satisfaction des patients, de leur entourage et des professionnels impliqués. (projet 1025) **90%**
- Le projet **Psychiatrie mobile de l'âge avancé** développé dans les trois secteurs du Département de psychiatrie permet d'assurer un diagnostic précoce et d'éviter des hospitalisations. (projet 1026) **100%**
- Création d'une unité **Psychiatrie et migrants** permettant d'améliorer la prise en charge des patients migrants : hotline, formation des professionnels, intervention en 2^{ème} ligne dans des situations spécifiques. (projet 1028) **100%**
- Mise sur pied d'une **gouvernance et monitoring clinique du Département de psychiatrie** et implantation d'indicateurs de résultats en psychiatrie (HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales). En cours, renforcement du monitoring avec les indicateurs de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) et préparation du déploiement de Soarian (dossier patient informatisé), ainsi que du projet institutionnel RECI (Recueil des événements critiques et indésirables). (projet 1032) **65%**
- En juin 2012, lancement d'un nouveau **Module thématique de recherche (MTR) en addictologie** pour favoriser la recherche clinique et translationnelle (sur le modèle du MTR en schizophrénie, cf. programme 2.3 plus bas). L'incorporation des patients dans la cohorte est en cours sur la base des questionnaires et tests qui ont été finalisés. (projet 1030) **20%**

1.4 Populations vulnérables 70%

Objectif global

Doter le CHUV de compétences interdisciplinaires et de moyens d'intervention répondant aux besoins des individus cumulant des facteurs de vulnérabilité.

Bénéfices

Amélioration de la coordination entre les acteurs impliqués permettant une meilleure orientation des cas dans les infrastructures existantes et une réponse plus adéquate aux besoins peu ou mal couverts.

Réalisations concrètes

- Le projet **Equipe mobile vulnérabilités (EmvS1)** a pour objectif de répondre en 2^{ème} ligne - dans le périmètre du CHUV - aux situations les plus complexes de patients cumulant des facteurs de vulnérabilité sociale et médicale. Ce projet intègre également le développement **Migrant Friendly Hospitals (MFH)**, avec le soutien de l'OFSP, qui vise à mener une auto-évaluation de la qualité de la prise en charge des migrants. (projet 1034) 90%
- En février 2012, lancement du projet **Interprétariat** visant à faire face aux besoins les plus urgents et importants dans le domaine au CHUV et à la PMU. La liste des interprètes volontaires a été mise à jour, ainsi que la directive institutionnelle. Un nouveau service d'interprétariat téléphonique national est en cours d'évaluation. (projet 1132) 50%

1.5 Formation post-graduée 90%

Objectif global

Structurer la formation post-graduée des professionnels de santé dans le but d'assurer la relève en associant étroitement les hôpitaux périphériques et les autres partenaires.

Bénéfices

Meilleure attractivité et compétitivité du CHUV et de la FBM dans la formation des médecins assistants et des autres professionnels se traduisant par une optimisation de la qualité des formations offertes.

Réalisations concrètes

- Création d'une **plateforme internet commune pour les formations** des soins, post-grade médicale et RH en 2011. (projet 1036) 100%
- Création du **Centre des formations** - par le regroupement soins, médical et RH - début 2012 (projet 1036). La politique de formation, élaborée en 2012, est en cours de validation. 100%
- Renouvellement de la **Certification obligatoire EduQua** pour le Centre des formations et mise en œuvre d'un modèle de gestion de la performance dans le secteur de la formation. (projet 0172) 60%
- Création d'une **Ecole de formation post-grade (EFGP) médicale** en étroite collaboration entre la Direction médicale du CHUV, la FBM, l'Institut des Sciences Infirmières, la FMH et la FHV. Prise en compte des problématiques : pénurie, féminisation, équilibre privé-professionnel, plans de carrière. Elle permettra d'assurer la continuité entre les formations pré- et post-graduées par le biais de la mise en place des **filières ABCDx**. 100%
- En complément, pour améliorer l'équilibre vie professionnelle-vie privée des jeunes médecins, mise en place de la **Commission « Médecins de demain »**. 100%
- Mise en place d'un **Observatoire de la démographie médicale du CHUV**. 100%
- Création d'un **master en sciences infirmières** qui s'est ouvert en septembre 2009, en collaboration entre la FBM, les universités de Lausanne (la FBM) et de Genève, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale, les HUG et le CHUV, la Fondation La Source et l'Association suisse des infirmières et des infirmiers (ASI). 100%
- En 2009, mise en place d'un **nouveau programme** de formation post-grade destiné aux médecins assistants qui aborde des thèmes **qui touchent à la relation avec le malade ou la société** : éthique, économie de la santé, prise en charge de la douleur, prescription, culture de l'erreur. 100%

2. Pôles d'excellence

2.1 Pôle des maladies cardio-vasculaires et métaboliques (CardioMet)

90%

Objectif global

Offrir une prise en charge rapide, compétente, coordonnée et optimisée en fonction des pathologies cardio-vasculaires et métaboliques les plus aiguës et les plus fréquentes.

Bénéfices

Diminution effective de la mortalité due à une meilleure prise en charge des affections cardio-vasculaires et métaboliques, ainsi qu'une diminution des délais et liste d'attente, et de manière générale la durée moyenne de séjour.

Meilleure orientation des cas en fonction des pathologies.

Augmentation de la visibilité nationale et internationale par une recherche de haute qualité.

Réalisations concrètes

- Un **audit par des experts étrangers** a été réalisé en octobre 2010 couvrant les projets menés de 2006 à 2009. Les experts ont conclu que **CardioMet est une réussite** dans son objectif d'améliorer l'interaction entre les services concernés, ainsi que de consolider une entité clinique et scientifique logique.
- Des postes médicaux ont été engagés dans le Service de cardiologie pour renforcer les activités de **greffe et insuffisance cardiaque** en lien notamment avec le rôle du CHUV au niveau de la transplantation cardiaque. (projet 1039) **100%**
- Vu son importance, le projet permettant de traiter efficacement l'**hyperglycémie** en milieu aigu a pris une dimension institutionnelle sous l'impulsion de la direction du CHUV. Coordination faite avec le projet cantonal Diabète. (projet 1041) **50%**
- **Carences nutritionnelles après chirurgie bariatrique** : ce projet a permis de définir les dosages adéquats en vitamines et oligo-éléments à prescrire aux patients en surcharge pondérale qui ont bénéficié d'un by-pass gastrique. (projet 1042) **100%**
- Création d'une **consultation de prévention** destinée à des patients hospitalisés avec des maladies cardio-vasculaires. Résultats supérieurs aux attentes : arrêt du tabac, compliance médicamenteuse, baisse du taux de réadmission. (projet 1043) **100%**
- Création d'une **consultation de lymphologie** pour traiter le lymphœdème. Il y a plus de 500 traitements ambulatoires spécialisés de physiothérapie par année. (projet 1044) **100%**
- Un **Centre de résonance magnétique cardiaque** (CRMC) a été inauguré en janvier 2010 et a connu une forte croissance depuis son ouverture. (projet 1048) **100%**
- Création d'une **plateforme de recherche métabolique du rongeur (MEF)** qui propose des analyses métaboliques pointues et des dosages sanguins à des groupes de recherche du CHUV et de l'UNIL mais également à d'autres centres de recherche externes. Cette plateforme est opérationnelle, mais un financement pérenne doit encore être trouvé. (projet 1053) **95%**
- Création d'un **centre de compétences en thérapies cellulaires**. Ces développements visent à proposer à terme des alternatives à la transplantation cardiaque par des thérapies cellulaires de remplacement. (projet 1063) **65%**
- Développement d'un **programme doctoral** cardio-vasculaire et métabolique suivi par une trentaine de doctorants en moyenne. (projet 1064) **100%**
- CardioMet a lancé sur plusieurs années des appels à des projets. **Près de 30 projets de recherche** ont été soutenus et ont abouti à 25 articles publiés à l'automne 2010. A cette date, des experts étrangers mandatés pour un audit ont relevé la qualité des projets qui ont permis de lancer de jeunes chercheurs et l'obtention de fonds supplémentaires dont certains provenant du Fonds national suisse de la recherche (FNS). **100%**
- Engagement du **Prof. Prêtre** au 1^{er} août 2012 pour reprendre et développer la **chirurgie cardiaque**. **100%**
- Début 2013, création de la **Division de chirurgie vasculaire** (Prof. Corpataux) au sein du Service de chirurgie thoracique et vasculaire. Elle est chargée de la prise en charge de toute la chirurgie vasculaire, y compris en urgence, à l'exclusion de la chirurgie des gros vaisseaux thoraciques qui reste l'apanage du Service de cardiochirurgie. Ce dernier a été réorienté avec l'arrivée du Prof. Prêtre. Il est prévu, à terme, après évaluation et obtention d'une reconnaissance FMH de la spécialité, que cette division soit transformée en service. **100%**

2.2 Pôle du cancer

70%

Objectif global

Regrouper les services du CHUV/UNIL et le CePO afin de développer, au sein d'un pôle du cancer, un programme clinique et un programme de recherche qui rassemblent tous les services et groupes de recherche ayant une thématique oncologique.

Bénéfices

Meilleure prise en charge des patients oncologiques par le biais de mesures visant à améliorer leur qualité de vie.

Meilleure intégration entre la clinique et la recherche créant les conditions favorables aux développements liés à la détection précoce des cancers et aux nouveaux moyens thérapeutiques.

Augmentation de la visibilité nationale et internationale par une recherche de haute qualité.

Réalisations concrètes

- Le projet de fédérer au sein d'un « Centre du cancer » les cliniciens et chercheurs a évolué vers la création d'un **Département d'oncologie CHUV-UNIL** qui a vu le jour le 1^{er} janvier 2013. Il comprend les services d'oncologie médicale (CePO+UTO), de radio-oncologie et d'hématologie, les plateformes interdisciplinaires et transversales (unité d'investigations cliniques, centre du sein, des tumeurs thoraciques, etc.), ainsi que l'Institut de recherche du cancer LICR (Ludwig Institute for Cancer Research) rattaché à l'UNIL. La mise en œuvre et la consolidation du département se poursuivra sur plusieurs années dans le cadre du prochain plan stratégique.
- Engagement du chef de département **Prof. Coukos** au 1^{er} août 2012.
- Dès 2006, élaboration avec la participation des patients, puis mise en place du programme « **Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer** » (soins de support en oncologie) par le biais de mesures éprouvées, centrées sur les besoins spécifiques et mises en œuvre dès les premières étapes de l'itinéraire de soins. Déploiement progressif dans les services cliniques jusqu'en 2015. (projet 1070) 50%
- Les **centres interdisciplinaires en oncologie** ont pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients atteints d'une pathologie maligne au CHUV (diminution des délais de prises en charge et fluidification). Ce sont des structures transversales qui rassemblent différents services partenaires et divers professionnels de santé, avec une porte d'entrée unique permettant de faciliter l'orientation des patients et autres usagers dans le dispositif de soins. La prise en charge des patients est organisée a) de manière interdisciplinaire, b) sur la base de recommandations de bonnes pratiques cliniques partagées, c) selon des itinéraires cliniques depuis le diagnostic jusqu'au suivi post-traitement et d) en intégrant les soins de support. Plusieurs projets ont été réalisés ou sont en cours :
 - En 2010, ouverture du **Centre du sein**. (projet 1074) 100%
 - Projet de création d'un **Centre de la prostate** qui devrait ouvrir fin 2013. (projet 1124) 90%
 - Lancement début 2012 du projet **Centre des tumeurs thoraciques** qui devrait être opérationnel fin 2014. (projet 1125) 15%
- Soutien du développement d'une **biobanque en oncologie** depuis 2004. Dès 2007, constitution de collections de tissus tumoraux et de sang. Ouverture progressive aux chercheurs dès 2010. Depuis début 2013, elle a été intégrée au nouveau Département d'oncologie pour le financement et sa spécificité et elle est en lien avec le projet de création d'une Biobanque institutionnelle de Lausanne (cf. programme 3.4, projet 1145) lancé début 2013. (projet 1071) 100%
- Soutien de la recherche du nouveau chef du Service d'ORL, Prof. Simon, arrivé en février 2012, en finançant un poste de technicien en ORL pendant 24 mois (2012-2014) via l'enveloppe du plan stratégique. (projet 1135) 50%

2.3 Pôle des neurosciences cliniques

90%

Objectif global

Créer un pôle de neurosciences cliniques pour promouvoir l'excellence des soins, de la recherche et de la formation en étroite collaboration avec l'UNIL, le « Brain and Mind Institute » de l'EPFL et le Centre d'imagerie biomédicale (CIBM).

Bénéfices

Meilleure coordination de la prise en charge des pathologies aiguës entre les services cliniques concernés. Introduction de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques dans un but de stabiliser le plus précocement possible les affections neurologiques.

Réalisations concrètes

- **Prof. Frackowiak** engagé début 2009. 100%
- **Département des neurosciences cliniques** constitué et opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2011. Il est composé des 3 services : Neurologie, Neurochirurgie et Neuropsychologie et neuroréhabilitation. (projet 1076) 100%
- Dans le cadre de la **Filière cantonale de neuroréhabilitation** (projet SUN) :
 - a) **Itinéraires cliniques AVC et TCC** (accident vasculaire cérébral ; traumatisme crânio-cérébral) pour patients B du CHUV et Lavigny développés et opérationnels ; couvre 80% des patients. (projet 1078) 100%
 - b) **Transfert des lits B** « non aigus » du CHUV à Lavigny prévu en 2014. L'EMPD a été accepté ; construction Lavigny en cours. Organisation médico-soignante à l'étude. (projet 1141) 20%
- Création d'une **Unité mobile de neurorééducation précoce avec surveillance intensive (NPSI)**, opérationnelle dès 2010. Début 2012, ouverture de 2 lits NPSI en Neurologie et achat d'un robot Erigo d'aide aux mouvements. (projet 1079) 100%
- Création du **Centre Leenaards de la mémoire (CLM)** qui fait partie du dispositif cantonal Alzheimer. Le chef du CLM, **Prof. Démonet** a été engagé en septembre 2011. Le CLM a ouvert ses portes début 2013 à Mont-Paisible 16, bâtiment dans lequel ont aussi emménagé le Centre de gériatrie ambulatoire et communautaire, le Centre ambulatoire et unité de liaison de psychiatrie de l'âge avancé et le Laboratoire de recherche en neuroimagerie. (projet 1080) 100%
- **CLM et Programme Alzheimer** : collaboration rapprochée avec et entre les consultations mémoires régionales existantes ou créées en 2011-2012, afin d'harmoniser les pratiques et outils. Très bonne dynamique. Une **convention de collaboration** a été signée en 2012 entre le Centre Leenaards de la mémoire du CHUV, les 3 centres mémoires régionaux, les réseaux Nord, Ouest et Est, et la FBM. (projet 1080)
- Création d'un **Module thématique de recherche (MTR) en schizophrénie**, rattaché au Centre des neurosciences psychiatriques, pour favoriser la recherche clinique et translationnelle. Le modèle est un grand succès. Au lancement, cofinancé par CHUV-UNIL-EPFL. Dès 2010, reconnaissance et financement national en tant que « National Center of Competence in Research (NCCR) » dans le domaine des « Neuro - Neural Plasticity and Repair ». (projet 1077) 100%
- Soutien d'un projet de **recherche en imagerie médicale** en collaboration Département de radiologie - EPFL, sous la direction de Prof. Thiran. (projet 1122) 65%

2.4 Pôle d'immunologie et des maladies infectieuses

20%

Objectif global

Créer un pôle de recherche de rayonnement international dans le domaine de l'immunologie, des maladies infectieuses et de la vaccinologie afin de contribuer au développement de nouveaux agents diagnostiques, thérapeutiques et de vaccins.

Bénéfices

Existence à Lausanne d'un pôle de recherche fondamentale et appliquée unique en Europe, sis sur le site d'Epalinges, fédérant l'ensemble des équipes de chercheurs et de cliniciens concernés. Au plan international, contribution effective au développement de nouveaux moyens thérapeutiques de lutte contre les maladies inflammatoires, infectieuses et immunologiques.

Réalisations concrètes

- Projet « **Vaccinâge** » en cours avec pour objectif l'évaluation de la réponse aux vaccins d'une population âgée en vue d'établir des recommandations vaccinales pour cette population. Près de 90 patients de 4 EMS lausannois ont été incorporés dans l'étude durant l'hiver 2012-2013. L'analyse des résultats devant aboutir à des recommandations sur les pratiques médicales est en cours. (projet 1083) 80%
- **Obtention d'un soutien** de 100'000.- USD de la Fondation Bill & Melinda Gates pour un projet de recherche innovateur en vue de l'éradication du VIH.
- Le développement de ce programme sera poursuivi lorsque les groupes de recherche concernés seront regroupés au sein du **Centre des laboratoires d'Epalinges (CLE)** vers fin 2013.

2.5 Bioengineering et ingénierie médicale

90%

Objectif global

Maintenir et renforcer les collaborations existantes en développant prioritairement les techniques de thérapies cellulaires.

Bénéfices

Amélioration des infrastructures qui permettront aux chercheurs de réaliser les différentes étapes nécessaires à la validation clinique des projets en cours (greffes de peau, d'os, de vessie, de cornée).

Réalisations concrètes

- L'étude de faisabilité (rapport du 30 juin 2010) pour la mise en conformité et l'agrandissement de la **plateforme d'expérimentation sur grands animaux** (veaux, moutons, porcs, lapins) recommande la construction d'une nouvelle plateforme, seulement possible en partenariat avec l'EPFL/UNIL compte tenu des investissements grossièrement évalués à CHF 25 millions. Le projet a été suspendu à ce stade faute d'avoir trouvé un partenariat. (projet 1086) Non réa-
lisé
- Création de la plateforme expérimentale de microchirurgie (**Experimental Microsurgery Facility / EMIF**), opérationnelle depuis 2010, en complément à la plateforme de phénotypage cardiovasculaire du rongeur existante (Cardiovascular Assessment Facility / CAF). Sont proposés un ensemble de techniques d'investigation cardiovasculaire et de microchirurgie à l'ensemble de la communauté des chercheurs lausannois ainsi qu'aux scientifiques suisses (institutions publiques ou privées); elle offre aussi des formations pour étudiants et médecins se spécialisant en microchirurgie. (projet 1052) 100%
- Création d'un **Centre de production cellulaire (CPC)** aux normes GMP afin de répondre aux exigences légales et offrir des espaces à la recherche clinique. Le projet a été opérationnalisé au 1^{er} janvier 2012 : organisation, financement pérenne CHUV, structure transférée au Département des laboratoires. Les travaux à l'EPCR devraient se terminer en été 2013, en parallèle avec l'installation des équipements, suivi de la qualification de ces derniers, ce qui permettra un transfert complet des activités vers octobre 2013. (projet 1085) 70%

3. Conditions cadres : chantiers prioritaires

3.1 Créer « l'Ecole de biologie et de médecine »

Non
réa-
lisé

Objectif global

Regrouper dans une organisation et une gouvernance commune la FBM et le CHUV afin de simplifier et d'optimiser son fonctionnement.

Bénéfices

Renforcement du positionnement et du rayonnement national de la nouvelle entité.
Renforcement de la collaboration entre cliniciens et chercheurs.

Réalisations concrètes

- L'objectif poursuivi est d'assurer une gouvernance commune du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine sous l'égide de l'UNIL. Les instruments légaux pour permettre la création de cette nouvelle institution, provisoirement appelée « **MEDUNIL** » ont été finalisés en 2011. L'avant-projet d'organisation mis en consultation large par le Conseil d'Etat en automne 2011 a recueilli des avis contrastés. Suite à cette consultation, après examen d'une Proposition au Conseil d'Etat (PCE) par la Délégation du Conseil d'Etat aux affaires hospitalo-universitaires, et en accord avec les directions de l'UNIL et du CHUV, le Conseil d'Etat a suspendu le projet MEDUNIL début décembre 2012, en demandant néanmoins au Conseil de direction UNIL-CHUV de prévoir, sans modification légale, une filière académique spécifique pour les cliniciens. (projet 1088)

3.2 Consolider les réseaux hospitaliers

Objectif global

Se positionner au plan national dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS). Consolider les réseaux hospitaliers vaudois et romand au sein duquel le CHUV joue le rôle d'hôpital de référence.

Bénéfices

Réduction des délais d'attente pour les traitements spécialisés au CHUV.
Meilleure répartition des patients entre le CHUV et les hôpitaux périphériques et valorisation des compétences existantes au sein de ces différentes structures.

Réalisations concrètes

- Les rapports du CHUV avec ses partenaires établissements sanitaires romands se sont consolidés. La priorité est accordée aux collaborations qui permettent de faire face aux situations d'engorgement du CHUV, ainsi qu'à celles liées à la formation médicale post-graduée ou au renforcement de la coordination de soins spécialisés. Exemples de réalisations :
 - Plusieurs **structures de préparation à l'hébergement en long séjour (SPAH)** au Mont-sur-Lausanne, en partenariat avec les EMS La Pensée et La Paix du Soir.
 - **Collaboration avec trois cliniques privées** lausannoises (La Source, Cecil, Bois-Cerf) pour transférer depuis les Urgences du CHUV des patients sans assurance complémentaire.
 - **Collaboration avec les hôpitaux de la FHV** pour faciliter le transfert de patients n'ayant plus besoin du plateau technique du CHUV ou pour des transferts directs depuis les urgences du CHUV.
 - Renforcement des **collaborations entre les autres hôpitaux romands** et le CHUV en tant que centre de référence dans plusieurs spécialités.
 - Création de la **Permanence du Flon** pour les urgences médicales ambulatoires en collaboration avec la PMU pour décharger les Urgences du CHUV et offrir un lieu de formation aux médecins-assistants.
 - Création d'un **Centre de chirurgie robotique vaudois** en collaboration avec la Clinique La Source.
 - Ouverture d'une **antenne IRM** à la Rue Grand-Chêne 8bis à Lausanne en partenariat avec le Centre d'imagerie diagnostique (CID).
 - Partenariat public-privé avec MV Santé et la Fondation de l'hôpital orthopédique pour la création d'un **Centre de chirurgie ambulatoire** à Beaumont 26, dont l'ouverture est prévue au 1^{er} décembre 2013.

3.3 Réorganiser la prise en charge des patients

Réalisations concrètes

- Sous l'égide de la Direction médicale et de la Direction des soins, un programme de « **Gouvernance clinique** » a été défini et est en train de se déployer. Il comporte 5 axes : 1) information et participation des patients aux soins ; 2) continuité de la prise en charge ; 3) assurance qualité par la gestion des risques ; 4) efficience des prestations ; 5) pérennisation des compétences cliniques.
Citons, à titre d'exemple, comme projets en cours inscrits dans cette démarche : l'instauration de manière généralisée du **consentement éclairé** pour toutes les interventions électives ; la mise en place d'un processus de **gestion proactive des séjours (GPS)** ; le déploiement d'un système intégré de **gestion des risques** : le Recueil d'événements indésirables et critiques (**RECI**) ; la mise en place d'**itinéraires cliniques (IC)**, de **filières de soins** et la création de **centres de référence** pour des pathologies spécifiques (Centre d'antalgie, Centre du sein, Centre de la prostate, IC du fémur proximal, filière AVC...).

3.3 a) Itinéraires cliniques

Bénéfices

Itinéraires cliniques et protocoles et guides de pratique clinique basés sur les principes de la médecine par les preuves en exploitation.

Réalisations concrètes

- La **fracture du fémur proximal** (per trochantérienne et du col) intéresse principalement la personne en âge avancé. Bien que les techniques chirurgicales aient bien progressées, les durées d'hospitalisation restent longues (12,45 jours en moyenne en 2009). Il a donc été décidé de mettre en place un **itinéraire clinique** dont l'objectif est la prise en charge globale, interdisciplinaire, basée sur la littérature, des patients souffrant de fractures. Des formations ont été mises sur pied, des documents pour le personnel du Département de l'appareil locomoteur ainsi qu'une brochure d'information destinée aux patients ont été rédigés. (projet 0157) **100%**
- Un **itinéraire clinique cérébro-vasculaire aigu** permettant d'améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge de patients avec atteinte cérébro-vasculaire a été mis en place. Il est sous responsabilité de l'Unité Cérébro-Vasculaire (UCV). Il s'agit, dans son périmètre d'influence, d'utiliser au maximum les ressources disponibles, d'identifier des mesures superflues et des besoins non-satisfaits et de raccourcir la durée de séjour. Elle vise à une prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de pathologies cardiovasculaires au CHUV. Cette unité, via le CHUV, a reçu un mandat le 20 mai 2011 de la Convention Intercantonale de la Médecine Hautement Spécialisée (MHS) de la Conférence Suisse des Directeurs de la santé afin de fournir les prestations MHS pour l'AVC (Stroke Unit). 27 protocoles de prise en charge ont été rédigés, un site intranet créé. Des travaux ont eu lieu au sein du Service de neurologie afin d'instituer géographiquement l'UCV. L'utilité de cet itinéraire ayant été démontrée, 1,5 EPT ont été pérennisés. (projet 0158) **100%**
- Le Centre romand des brûlés du CHUV est un des deux centres nationaux qui traite notamment les grands brûlés. Une nouvelle **filière de soins des patients brûlés adultes et enfants** est opérationnelle depuis 2012 et assure une prise en charge optimale entre les services de l'hôpital et les acteurs externes (HEL, SUVA, CTR, CMS). Parmi d'autres, les thématiques de la formation des intervenants, de la documentation (y compris externe à l'hôpital) ainsi que de la facturation ont été traitées. Relié à ce projet de filière, dans le cadre de la MHS, un registre interne a été mis en œuvre. (projet 0169) **100%**
- Amélioration de la prise en charge coordonnée des maladies du dos, par la mise en place d'**itinéraires cliniques des maladies du dos** (porte d'entrée unique virtuelle pour ces maladies) pour les nouveaux cas non chroniques. Une première étape (mai 2012-avril 2013), portant sur le périmètre PMU et les services de Rhumatologie et de Neurochirurgie du CHUV, a permis la formalisation du triage des patients et des critères d'orientation et de prises en charge (guidelines et itinéraires cliniques). Le projet a permis aussi d'améliorer la formation spécialisée médico-chirurgicale, l'utilisation du registre international Spine Tango et s'inscrit dans la nouvelle prise en charge de l'AI qui promeut la détection précoce (une convention a été signée). Une seconde étape a été décidée en Direction générale et consistera, d'ici avril 2014, à consolider les filières mises en place et pérenniser l'ensemble, en particulier la voie rapide du dos avec la consultation Rhumatologie/PMU. (projet 0171) **50%**

3.3 b) Qualité des soins et sécurité des patients

Bénéfices

Prise en charge mieux adaptée aux besoins spécifiques des patients et évaluée par le biais d'indicateurs de résultats cliniques.

Réalisations concrètes

- **Programme institutionnel Douleur.** Partant de résultats inquiétants d'enquête de satisfaction auprès des patients au CHUV en 2007 (environ 20% de prises en charge insuffisante de la douleur), un projet institutionnel a été établi. 4 réglottes ont été créées en commun avec les HUG, un site intranet a été mis en ligne, une formation développée en collaboration avec le Centre des formations du CHUV, un forum a eu lieu en mai 2011 et plus de 800 collaborateurs y ont participé. Au 1^{er} janvier 2011, le projet rejoint le Centre d'antalgie afin de centraliser les compétences. (projet 0141) **100%**
- Le programme **PRECEPT (PREvention des Chutes En milieu hosPiTaliER)** a été mis en place dans l'unité de médecine interne MIBH dès fin 2009 (phase pilote) et est pérennisé depuis le 1^{er} mars 2010. Une formation/sensibilisation du personnel soignant a vu le jour, des collaborations (HUG) ont été établies, des indicateurs et outils de mesure ont été mis en place. (projet 0150) **100%**
- Un projet pour coordonner institutionnellement la **prévention et la prise en charge des plaies** a vu le jour en 2008. Ses objectifs sont d'offrir une expertise et un soutien aux équipes médicales et infirmières par des recommandations de bonnes pratiques et des offres de consultations et de formations spécialisées. Toutefois, celui-ci s'est finalement concentré sur l'amélioration de la prise en charge des escarres : c'est le plan d'action institutionnel « **Objectif zéro escarre** ». 1 EPT d'infirmière spécialisée en plaies et cicatrisation a été pérennisé et transféré au budget d'exploitation de la Direction des soins début 2011. Le projet est terminé. (projet 0151) **100%**
- Une **unité d'éthique** a été créée le 1^{er} janvier 2009. Elle contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients en mettant ses compétences à disposition des collaborateurs sous forme d'analyses et de conseils et en favorisant l'intégration progressive de ces compétences dans les procédures de prise en charge. Elle se détermine aussi sur les études cliniques et de recherche translationnelle. **100%**
- Le projet **TraumaCare** CHUV a vu le jour en juin 2010 afin d'identifier des points faibles du système de prise en charge actuel des patients traumatisés via l'analyse des indicateurs de performance. Mise sur pied d'une instance multidisciplinaire de contrôle de qualité pour la prise en charge des patients traumatisés ayant le mandat d'établir un processus d'amélioration continue. Ce projet a évolué vers le TraumaCare Romandie, collaboration entre Lausanne, Genève et Sion. Thèmes majeurs : participation à l'élaboration du Traumaregistre national avec la Société suisse de chirurgie, nouvelle procédure d'obtention des rapports d'autopsies des patients trauma décédés, etc. Le projet prenant de l'ampleur au niveau Romand, 3 personnes ont été engagées début 2013 au CHUV afin de renforcer l'équipe et libérer la cheffe de projet pour la coordination romande. (projet 0161) **30%**
- En 2011, ouverture d'une nouvelle **unité d'hospitalisation** de 8 lits dans le **Service des soins palliatifs**, suite à l'arrivée de Prof. Borasio, nouveau chef de service. **100%**
- Dès 2011, introduction des recommandations du programme **ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)** qui a pour but l'amélioration de la prise en charge globale des patients dans la période pré-, per- et post-opératoire. Une approche multidisciplinaire est mise en avant, impliquant la chirurgie, l'anesthésie, la nutrition clinique, la physiothérapie et le personnel infirmier. Elle permet une amélioration du bien-être du patient et une diminution des complications (pour certaines interventions jusqu'à 50%). **100%**
- Le **Service de médecine nucléaire** souhaite obtenir le label **certification** au niveau suisse et l'accréditation au niveau européen. La législation suisse changera dès 2014-2015. Cette certification/accréditation permettra en outre l'augmentation de la crédibilité du service auprès des patients et des médecins prescripteurs, auprès des tiers, en vue de l'octroi de fonds, ou du remboursement des prestations et auprès d'institutions extérieures pour la mise en place de collaborations. Augmentation du nombre d'exams, réduction des coûts, gain de temps. L'audit de certification par SQS est prévu fin novembre 2013. (projet 0168) **75%**
- Le projet **Accueil** a été initié en 2007 afin de professionnaliser l'accueil des usagers, tout au long du séjour du patient, en amenant progressivement tous les collaborateurs à partager les mêmes valeurs et concept de l'accueil : empathie, respect, écoute, information adaptée, professionnalisme, volonté de rendre service. **100%**
Les activités menées dans le cadre de ce projet sont : focus groups avec les collaborateurs de

l'accueil, audit d'ergonomie des postes d'accueil, mise à disposition d'un package « Ressources humaines », mise à disposition d'un dispositif de formation relatif à la qualité de l'accueil, des indicateurs de la qualité de l'accueil téléphonique, une enquête patient mystère menée par un organisme externe, mise à disposition des bonnes pratiques en matière d'accueil, un portefeuille de lettres types de convocation pour les patients ambulatoires. En février 2012, la DG a mis un terme au projet en tant que tel. (projet 0131)

- Une **veille « Accueil »** a été mise en place. L'Ecole hôtelière de Lausanne a été mandatée afin de proposer des mesures d'amélioration de l'accueil au CHUV. A sa suite, la Direction générale a décidé d'engager un professionnel de l'accueil. Dans cette attente, une deuxième enquête patients mystères a été réalisée. Dans l'ensemble les résultats sont satisfaisants. Cependant, dans certains secteurs, il existe encore des potentiels d'amélioration. (projet 0173) **20%**
- Le projet **Information au patient** a été initié en 2007 afin de répondre aux exigences légales en matière d'information aux patients. La directive portant sur l'**information** et le **consentement** (interventions électives), élaborée en 2007, a été remise à jour suite au changement du cadre légal. A l'heure actuelle, la grande majorité des services cliniques de l'Institution dispose des documents d'information et de consentement patient. Un indicateur relatif au consentement permet aux services cliniques de suivre leur performance en tant réel. Son intégration aux tableaux de bords hospitaliers (TBH) CHUV est en cours. Depuis début 2013, le dossier patient informatisé permet de générer une lettre d'information au patient à destination du domicile. L'indicateur y relatif, en cours de consolidation, fera également partie du TBH. (projet 0132) **100%**

3.4 Déployer des plateformes de recherche clinique

Objectif global

- a) Centre de recherche clinique (améliorer la qualité et l'efficacité en offrant une infrastructure cohérente)
- b) Biobanques (déployer un cadre éthique, légal et administratif des collections de matériels biologiques)

Bénéfices

Conduite d'essais cliniques dans des conditions optimales pour les volontaires et les malades étudiés.

Maîtrise de l'ensemble des collections et harmonisation des procédures.

Réalisations concrètes

- Inauguration en mai 2012 d'un **Centre de recherche clinique (CRC)** offrant un soutien et des prestations à l'ensemble des chercheurs (locaux, formation, méthodologie, statistiques...). En 2012, le CRC a soutenu activement 56 études. Il gère également la formation aux investigateurs rendue obligatoire par Swissmedic depuis 2010. (projet 1092) **100%**
- Dès 2009, lancement d'un projet **Biobanques institutionnelles** qui a pour objectif la définition d'un cadre organisationnel (éthique, légal et administratif) autour des collections de matériel biologique humain aussi différentes soient-elles (projet 1072). Début 2013, ce projet a été intégré dans le projet BIL décrit ci-dessous. **100%**
- Un projet ambitieux de **Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL)** avec un périmètre élargi incluant toutes les biobanques existantes ou à venir du CHUV et qui deviendra un outil unique pour la recherche translationnelle sur l'Arc lémanique a été présenté par Prof. Mooser dès mars 2012. Ce projet nécessite une infrastructure solide et une équipe structurée. Les réflexions avant décision ont porté sur les axes suivants : a) l'impact sur la mission de soins et d'enseignement du CHUV, b) l'évaluation des risques pour le CHUV, c) la gouvernance du projet et le consentement général, d) les synergies au niveau institutionnelle, cantonal, national et international. Le Conseil de direction UNIL-CHUV du 4 juillet 2012 a accepté le projet. Il est soutenu paritairement par le CHUV et l'UNIL pour un total de 1.4 Mfrs/an sur 2013 et 2014. La pérennisation dès 2015 devrait aussi être paritaire. (projet 1145) **15%**

3.5 Développer les systèmes d'information

Objectif global

Développer un « dossier patient informatisé » en cohérence avec la stratégie e-Health de la Confédération. Favoriser les échanges structurés de données à l'interne et à l'externe.

Bénéfices

Amélioration de la qualité des diagnostics médicaux et de la sécurité de la prise en charge des patients.

Amélioration de la capacité à mesurer et maîtriser l'activité.

Réalisations concrètes

- En coordination avec la FHV, mise en place du **dossier informatisé du patient** par le biais du logiciel SOARIAN. Ce projet progresse à un rythme soutenu. L'appropriation par les utilisateurs médecins et soignants de ce nouvel outil se révèle globalement bonne. La documentation clinique est déployée à 90%. Ce projet va s'étendre jusqu'en 2015 avec la mise à disposition progressive d'un ensemble de fonctionnalités complémentaires, notamment la prescription connectée et les plans de soins. (projet 1111) **80%**
- Mise en place d'un système de **gestion des identités, des rôles et des accès** au sein de toutes les entreprises du groupe CHUV partageant le même système d'information, afin de faciliter la gestion des mutations et garantir la confidentialité des données. La gestion des médecins-assistants et chefs de clinique est en place. La consolidation et l'extension aux autres métiers sont en cours. (projet 1119) **30%**
- Fin 2011, une nouvelle **salle informatique de secours** consacrée à la sécurité, 24 heures sur 24, de toutes les données et applications sensibles de l'hôpital a été ouverte. Elle se trouve dans les locaux de la Direction informatique de l'Etat de Vaud. **100%**
- En parallèle, un **plan de secours informatique** a été élaboré. Il précise les responsabilités et les actions nécessaires pour démarrer les applications critiques dans la salle de secours dans un délai de moins de 24 heures après un sinistre majeur dans la salle informatique principale du CHUV. **100%**
- L'introduction des **SwissDRG** en 2012 a nécessité de grosses adaptations de plusieurs applications du système d'information du CHUV, mais aussi de certains processus de saisie des données et de codage médical. **100%**
- Le **système informatique de gestion de laboratoire** MOLIS est utilisé au CHUV depuis plus d'une dizaine d'années. En 2012, une mise à jour majeure de ce logiciel a été effectuée dans le cadre du plan global d'amélioration de la qualité de la médecine de laboratoire au CHUV. La nouvelle version améliore les flux et procédures de travail, ainsi que la mise à disposition des résultats de laboratoires et des statistiques ; elle est totalement intégrée avec le dossier informatisé SOARIAN au niveau des ordres électroniques et de l'affichage des résultats. **100%**

3.6 Renforcer les ressources humaines (RH)

Objectif global

Attirer, motiver et retenir les meilleurs professionnels en veillant à assurer la relève.

Bénéfices

Augmentation de la satisfaction des collaborateurs et amélioration des capacités de management et de gestion d'équipe des cadres.

Réalisations concrètes

- Dans la perspective de renforcer les **compétences des cadres**, une **offre de coaching** s'est bien développée, en particulier auprès des médecins. En fonction des situations, les coachings sont réalisés en interne ou confiés à des mandataires externes inscrits dans un réseau piloté par la DRH. Dans la même optique, un premier document de base d'un **Référentiel des compétences des cadres** a été élaboré et une structure de projet a été lancée. Les actions concrètes qui en découlent se déploieront au cours de la prochaine période 2014-2018.
- Des outils de **formation spécifiques** au **recrutement** et au **management des absences** (courte durée) ont été mis sur pied. Ceux-ci seront réactivés de manière régulière.
- Grâce à la création d'un service de communication, les actions de **communication interne** se sont considérablement renforcées.
- Les résultats des **enquêtes périodiques de satisfaction** - globalement bons et stables - ont été systématiquement évalués en 2009 et 2011 et des plans d'action ont été mis en œuvre dans les différents départements.
- Le niveau de **compétences des responsables RH** s'est clairement renforcé durant cette période ; une unité RH est désormais active dans tous les départements ce qui permettra de formaliser leur positionnement durant la période du prochain plan stratégique.
- Une **Commission « Médecins de demain »** a été créée conjointement par la Direction des RH et la Direction médicale afin de traiter des questions d'organisation du travail, de formation et des conditions de travail des médecins, en tenant compte de la forte féminisation de la profession.
- A la suite d'un **audit global** de la fonction RH, la Direction du CHUV a demandé à la Direction des ressources humaines un plan d'actions visant à remettre à niveau et moderniser la fonction RH de l'Institution. Cette demande n'a pas été suivie d'effet jusqu'à la démission du directeur RH précédent.
- **Engagement** du nouveau directeur RH, M. Racciatti, au 1^{er} juin 2012.
- La **politique RH** définie par la précédente direction RH a servi de base à la réflexion de son successeur qui a développé un projet propre. Un **plan d'actions** global doit être proposé.
- Une série d'**actions** a déjà été lancée par le nouveau directeur RH, soit :
 1. Autonomie de gestion du Système d'information RH (SIRH).
 2. Définition du projet de modernisation du SIRH (en attente du démarrage).
 3. Lancement du projet de numérisation des dossiers du personnel et automatisation de leur gestion.
 4. Lancement et finalisation du projet de tableaux de bord sociaux communs à toute la fonction RH.
 5. Simplification des processus d'entrée et de sortie du personnel et de la prise en charge des personnes en incapacité de travail (case management).
 6. Simplification du processus de gestion de Polypoint : suppression de l'envoi mensuel de la fiche de timbrage à la DRH.
- Priorité 2012-2013 : lancer la première phase de la **réorganisation RH**, en priorité **l'informatisation des processus**.
- Un nouveau **schéma directeur** du système d'information RH du CHUV est en cours de validation et de simplification.
- Mise en place d'une **plateforme e-learning** sur Moodle courant 2011 (projet SIFOR n°1120).
- En 2012, dans le Département de gynécologie obstétrique et génétique médicale, démarrage du projet pour l'obtention du **label UND « Famille & Profession »** qui permet d'être reconnu comme une organisation qui favorise la conciliation travail et famille, ainsi que l'égalité entre femmes et hommes. L'objectif est d'être plus attractif et de fidéliser les collaborateurs. Le projet est fait en partenariat avec le Bureau Médecins de demain et la DRH.

3.7 Développer et moderniser les infrastructures

Objectif global

Planifier et construire les espaces pour garantir les missions de soins et de recherche en assurant la cohérence de l'organisation spatiale et fonctionnelle des infrastructures.

Bénéfices

Désengorgement de la cité hospitalière et modernisation des infrastructures en adéquation avec les besoins actuels et futurs.

Réalisations concrètes

- Depuis dix ans, le CHUV connaît une augmentation permanente de son activité. Cela se traduit par une hausse constante de ses patients, mais également de son personnel. Parallèlement, un certain nombre de ses infrastructures commencent à porter le poids des ans. Inauguré il y a 30 ans, le bâtiment hospitalier, bien que régulièrement rénové, n'est plus entièrement adapté aux normes actuelles d'une médecine de pointe. C'est pourquoi, depuis plusieurs années, la Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité (CITS) a initié un nombre importants de travaux dans le triple but de :
 - moderniser les infrastructures en les adaptant aux nouvelles normes de qualité et de sécurité ;
 - désengorger la cité hospitalière du Bugnon en créant de nouveaux espaces ;
 - apporter de l'efficacité dans l'organisation spatiale de la cité hospitalière et des sites périphériques.

Cf. annexe pour :

- la liste des délocalisations et roades principales
- la liste des travaux effectués et en cours
- la liste des EMPDs en cours et décrétés

portant sur la période 2009 à mars 2013.

- Afin d'adapter les capacités du CHUV à l'évolution démographique et permettre d'ici à 2030 la réalisation de projets de développement et de modernisation, un nouveau **Plan d'affectation cantonal (PAC 315)** de la cité hospitalière du Bugnon a été mis à l'enquête publique en juin 2011. Il a été élaboré par le CHUV avec le soutien de la Ville de Lausanne et les différents Services de l'Etat. Le processus de validation politique est en cours.

3.8 Assurer un développement durable (DD)

80%

Objectif global

Poursuivre les objectifs prioritaires fixés par le Conseil d'Etat en matière de développement durable en étendant le périmètre à l'ensemble de l'Institution.

Bénéfices

Application des principes du développement durable par l'ensemble des collaborateurs.
Economies réalisées dans la gestion des déchets et la consommation d'énergie.

Réalisations concrètes

- Création d'une **structure de suivi** (Commission de coordination CP2D, coordinateur et groupe de travail GT2D).
- Acquisition et mise en place de l'**outil de gestion OKpilot®** et ses check-lists spécifiques DD (EcoEntreprise®, Mobilité durable, etc.) permettant une évaluation de l'organisation DD et du respect des exigences légales du CHUV. Cet outil est aussi utilisé par l'Unité développement durable (UDD) du canton de Vaud. **Résultat de l'évaluation** (cité hospitalière) : global bon (63% de conformité). 24 critères sur 181 ont été évalués à moins de 40% et pour lesquels des actions d'amélioration sont en cours. **100%**
- Au niveau **communication**, des pages intranet ont été créés dès 2009. Un site spécifique sur la mobilité a été créé par le Département de la logistique hospitalière. Un site intranet DD unique est prévu dans le courant de l'été 2013. Des informations sur les projets sont diffusés régulièrement via l'intranet, le mensuel d'information et par des événements comme la semaine de la mobilité. Le thème DD a été introduit dans les matinées de bienvenue des collaborateurs dès 2009 et dans les rapports annuels institutionnels dès 2011.
- **Plusieurs projets DD** ont été réalisés depuis 2009 par les diverses directions transversales de l'Institution. Un tableau de bord des principaux projets DD CHUV a été créé et il est mis régulièrement à jour.
- **Collaborations externes** : le CHUV est membre de la Plateforme CO2 de l'UDD qui réunit, entre autres, l'EPFL et l'UNIL. Nous avons des échanges réguliers avec les HUG. Le CHUV collabore avec Espace Compétences et la FHV à l'intégration du DD dans les formations de la santé. Le CHUV et la FHV collaborent au développement d'un référentiel DD pour le domaine de la santé.
- La mise en œuvre du **plan de mobilité** Cery et Cité hospitalière (Guichet mobilité + logiciel Logam avec principaux avantages) est terminée. Le déploiement du plan sur les autres sites est en cours (fin attendue courant 2014). (projet 1121) **85%**
- Diminution de la pression des centrales de prétraitement de l'air pulsé (**PTair**) dans 2 centrales terminée. Economie d'énergie équivalente à la consommation de 111 ménages, Retour sur investissement sur 2 ans. Objectif 100% atteint. (projet 1128) **100%**
- Le projet **Hibernatus** d'allumage et d'extinction programmables des PCs a terminé la phase de test. Le déploiement est en cours et se terminera courant de l'été 2013. Permet de réduire la consommation d'énergie et une meilleure disponibilité des PC. (projet 1129) **80%**
- L'**Agenda 21 CHUV** est en cours de validation ; il est inscrit dans le prochain Plan stratégique 2014-2018. **90%**

4. Autres projets stratégiques (non-classés)

- Dès 2002, mise en place d'une **Unité d'antalgie** multidisciplinaire afin de soulager les patients et de mieux prendre en compte la douleur. (projet 1100) **100%**
- Compte tenu des résultats obtenus, ainsi que de la mise en place du projet institutionnel Douleur (cf. supra), un **Centre d'antalgie** a été créé dès 2010 afin de devenir une référence et notamment faciliter le déploiement d'une politique cantonale de lutte contre la douleur. Un projet de formation post-graduée CAS universitaire « Les douleurs » est en cours de planification. Une formation e-learning pour les infirmières est en cours de déploiement, ainsi qu'une nouvelle brochure pour les patients. Une nouvelle version du consentement éclairé est en phase finale d'élaboration. (projet 1117) **60%**
- Le DSAS et le DFJC ont décidé d'agir afin de palier la pénurie prochaine en personnel de santé. Dès lors, deux expositions « **Viens travailler dans la santé** » ont été organisées dans le cadre du Comptoir suisse. En 2010, elle avait pour thème le bloc opératoire et en 2011 les urgences. Ces 2 expositions ont rencontré un vif succès et ont comptabilisé au total 90'000 visiteurs. (projets 1118 & 1123) **100%**
- Un **Espace Patient & Proches (EPP)** a ouvert ses portes le 2 avril 2012 afin que toute personne souhaitant témoigner de son expérience avec le CHUV ou relater un problème puisse rencontrer un interlocuteur pour en faire librement état. 1.7 EPT ont été engagés à cet effet. La satisfaction tant du côté des collaborateurs que des patients est élevée. Après un an d'activité, environ 300 personnes ont été reçues par les professionnels de l'espace. Dans un quart des situations, l'écoute seule a suffi. Dans les mêmes proportions, l'EPP a permis une remise en lien du patient ou de ses proches avec le service désigné. Dans les autres cas, l'EPP a aidé les patients à se réorienter ou à obtenir l'information qu'ils cherchaient. La pérennisation financière de l'EPP est prévue pour 2015. (projet 1131) **95%**
- Dès avril 2012, projet de création du **Centre de la main** au CHUV (porte d'entrée unique) selon décisions des directions CHUV et DSAS. Ce Centre reprendra (partiellement) les activités de la main et des nerfs périphériques de l'actuelle Clinique chirurgicale et permanence de Longeraie (CCPL), dont les collaborateurs qui le souhaitent sont aussi repris par le CHUV. L'ouverture est prévue au 1^{er} décembre 2013. Une incertitude demeure quant à l'activité réellement déplacée du CCPL au CHUV, en raison d'une possible concurrence du secteur privé qui pourrait se mettre en place. (projet 1143) **40%**
- Dès novembre 2012, soutien institutionnel au projet visant un meilleur **Pronostic des chances de réveil des patients comateux**. Les objectifs sont d'implémenter les résultats de recherches prometteuses, dans la phase aiguë du coma (premiers jours), dans la clinique en vue d'une automatisation et, par ailleurs, de faciliter une éventuelle commercialisation du brevet via le PACTT. D'autres financements supplémentaires ont été levés auprès de plusieurs départements en faisant un projet inter-départemental qui devrait aboutir en octobre 2013. (projet 1144) **10%**

Conclusions et perspectives

Ce rapport final 2009-2013 démontre que des résultats tangibles et réjouissants ont été obtenus durant la période concernée. L'engagement et la motivation des équipes, le soutien de la Direction générale et sa volonté d'inscrire son action dans le fil rouge que constitue le plan stratégique sont à relever.

La plupart des objectifs stratégiques fixés ont été atteints (ou sont proches de l'être) : p.ex. santé mentale, formation post-graduée, cardio-vasculaire, bioengineering et ingénierie biomédicale, vieillissement. Certaines orientations devront cependant être poursuivies et de nouvelles impulsions vont être données par la Direction générale dans le cadre du prochain plan stratégique 2014-2018, en particulier pour faire face aux nouveaux défis d'un environnement qui a grandement évolué au cours des cinq dernières années.

La mise en œuvre des projets et leur suivi ont été maîtrisés grâce à la mise en place du dispositif de reporting et d'appui aux projets.

Le principe d'un appel à projets fin 2008 a été bénéfique au lancement du plan 2009-2013. Il a induit un important financement, surtout au cours des deux premières années (plus de 8 millions de francs par an), ainsi que des demandes de réallocations pérennes substantielles. Pour modérer ces deux effets, deux ajustements sont introduits pour le prochain plan stratégique 2014-2018. D'une part, aucun autre appel à projets ne sera lancé ; en effet la dynamique est déjà bien lancée, de nombreux projets sont encore en cours et des objectifs précis ont été définis dans le prochain plan. D'autre part, les développements devront être davantage financés par des ressources propres des services et départements.

Glossaire

abC	anorexie boulimie Centre vaudois
AVC.....	Accident vasculaire-cérébral
BMI.....	Brain and Mind Institute de l'EPFL
BQS	Bureau qualité stratégique
CHUV.....	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIRS	Critical Incident Reporting System
CM	Centre de la mémoire
COPIL	Comité de pilotage
CPC2	Centre de production cellulaire du CHUV
Dpt	Département
DMS.....	Durée moyenne de séjour
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
EPCR.....	Epalinges-Croisettes 22
FBM	Faculté de biologie et de médecine
GMP.....	Good Manufacturing Practice
IC	Itinéraire clinique
MedUnil....	Nom du projet de gouvernance clinique commune CHUV/FBM
MTR	Module thématique de recherche
NCCR.....	National Center of Competence in Research
NPSI.....	Neurorééducation précoce avec surveillance intensive
POS	Service projets et organisation stratégiques du CHUV
PPMO	Portfolio & Project Management Office
RAP.....	Rapport d'avancement de projet
SAS.....	Soins Aigus aux Seniors
SQO	Service stratégie, qualité et organisation
SSP.....	Service de la santé publique
TAB.....	Troubles anorexie-boulimie
TBSP.....	Tableau de bord de suivi des projets
TCC.....	Traumatismes crânio-cérébral
UNIL.....	Université de Lausanne

Annexe 1 : Evolution des portefeuilles de projets (situation mars 2013)

De 2009 à mars 2013 :

- **129** projets démarrés (93 stratégiques et 36 qualité)
- **79** projets terminés (52 et 27)
- **26** projets soumis refusés (26 et 1)

En mars 2013 : **50** projets encore en cours.

Portefeuille PLAN STRATEGIQUE	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Projets refusés	23	0	2	1	0	26
Projets démarrés *	65	6	7	14	1	93
Projets terminés	10	23	13	6	0	52
Projets en cours						41

* Inclus 39 projets du plan stratégique 2004-2008 déjà en cours début 2009

Portefeuille QUALITE	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Projets refusés	0	0	0	1	0	1
Projets démarrés *	24	5	4	3	0	36
Projets terminés	7	8	10	2	0	27
Projets en cours						9

* Inclus 24 projets qualité déjà en cours début 2009

Portefeuilles STRATEG. + QUALITE	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Projets refusés	23	0	2	2	0	27
Projets démarrés *	89	11	11	17	1	129
Projets terminés	17	31	23	8	0	79
Projets en cours						50

* Inclus 39 projets du plan stratégique 2004-2008 et 24 projets qualité déjà en cours début 2009

Annexe 2 : Coûts des projets (situation mars 2013)

Plusieurs sources de financement pour les projets :

- ressources propres des services et départements (budget ordinaire, fonds, ...);
- enveloppe du plan stratégique, qui est prélevée sur le budget ordinaire;
- fonds institutionnels dédiés (notamment le Fonds de développement et de restructuration du CHUV).

Les coûts indiqués ci-dessous sont ceux des rubriques **b** et **c** ci-dessus.

Charges nettes au 01.03.2013 Budgets au 20.03.2013	Charges nettes 2009 [kFrs] 21.04.10	Charges nettes 2010 [kFrs] 08.03.11	Charges nettes 2011 [kFrs] 06.03.12	Charges nettes 2012 [kFrs] 01.03.13	Budget charges 2013 [kFrs] 21.03.13	Budget charges 2014 [kFrs] 20.03.13	Budget charges 2015 [kFrs] 30.06.11
Portefeuille Plan stratégique 2009-2013	8'230	8'306	5'320	5'591	6'650	2'625	820
Coordination portefeuille PS 2009-2013	0	0	0	0	0	0	0
1. Programmes transversaux	2'411	3'783	2'016	2'351	2'898	850	386
1.1 Vieillesse et personnes âgées	498	871	814	1'058	1'206	0	0
1.2 Nutrition et Troubles Anorexie - Boulimie	0	0	197	562	908	676	386
1.3 Santé mentale	1'457	2'375	456	321	374	174	0
1.4 Populations vulnérables	383	399	399	410	410	0	0
1.5 Formation postgraduée	73	138	150	0	0	0	0
2. Pôles d'excellence	4'172	3'856	2'482	2'090	2'535	1'475	434
2.1 Pôle des maladies cardiovasculaires et métaboliques (CardioMet)	1'624	1'105	571	664	797	552	0
2.2 Pôle du Cancer	1'734	1'326	1'055	1'125	1'598	923	434
2.3 Pôle des neurosciences cliniques	289	749	91	54	55	0	0
2.4 Pôle d'immunologie et des maladies infectieuses	38	100	100	88	0	0	0
2.5 Bioengineering et ingénierie médicale	487	575	665	159	85	0	0
3. Conditions cadres : Chantiers prioritaires	1'342	419	422	535	280	0	0
3.1 Créer l'Ecole de Biologie et de Médecine	0	0	0	0	0	0	0
3.2 Consolider les réseaux hospitaliers	0	0	0	0	0	0	0
3.3 Réorganiser la prise en charge des patients	0	0	0	0	0	0	0
3.4 Déployer des plateformes de recherche clinique	250	399	394	308	250	0	0
3.5 Développer les systèmes d'information	1'000	0	0	0	0	0	0
3.6 Renforcer les Ressources Humaines	78	0	0	0	0	0	0
3.7 Développer et moderniser les infrastructures	0	0	0	0	0	0	0
3.8 Assurer un développement durable	14	20	28	227	30	0	0
4. Autres projets stratégiques (y compris solde OPTIC)	305	248	400	615	937	300	0
Fin portefeuille projets stratégiques							
Portefeuille projets QUALITE	883	794	716	637	635	33	0
Coordination du portefeuille Qualité	0	0	0	0	0	0	0
Processus et Systèmes de management	421	259	258	127	241	0	0
Certifications & accréditations obligatoires	0	0	46	68	35	0	0
Gouvernance clinique	404	434	412	414	260	0	0
Support	58	101	0	28	99	33	0
Fin portefeuille projets Qualité							

Annexe 3 : Pérennisations SSP, UNIL et internes accordées (2009-2013)

Pérennisations accordées dès 1.1.2009		Fin de projet	Réalloc 2009 SSP [kFrs]	Réalloc 2009 UNIL [kFrs]	Réalloc 2009 Internes [kFrs]	Réalloc 2009 Totales [kFrs]
* Projets OPTIC (plan stratégique 2004-2008)						
Total réallocations externes (SSP & UNIL) et internes			3'195	0	0	3'195
		2008	407	-	-	407
	Psychoses débutantes *	2008	321	-	-	321
	Programme de psychiatrie communautaire *	2008	646	-	-	646
	Liaison pédopsychiatrique *	2008	250	-	-	250
	Unité de médecine des violences *	2008	847	-	-	847
	Centre romand des grands brûlés *	2008	724	-	-	724
	Pôle transplantations *	2008				

Pérennisations accordées dès 1.1.2010		Fin de projet	Réalloc 2010 SSP [kFrs]	Réalloc 2010 UNIL [kFrs]	Réalloc 2010 Internes [kFrs]	Réalloc 2010 Totales [kFrs]
* Projets OPTIC (plan stratégique 2004-2008)						
Total réallocations externes (SSP & UNIL) et internes			655	0	375	1'030
1.1 Vieillesse	1004	2009	83	-	-	83
	Renforcement personnel gériatrique (SUPAA) *					
1.3 Santé mentale	1021	2009	152	-	-	152
	Développement Unité d'hospitalisation pour adolescents (UHPA) *					
1.3 Santé mentale	1022	2009	120	-	-	120
	Dévelop. Antenne intervention dans le milieu pour adolescents (AIMA) *					
1.3 Santé mentale	1023	2009	300	-	-	300
	Consultation spéc. relative aux troubles du comportement alimentaire *					
2.1 CardioMet	1044	2009	-	-	50	50
	Consultation de lymphologie *					
2.2 Cancer	1074	2011	-	-	325	325
	Centre du Sein					

Pérennisations accordées dès 1.1.2011		Fin de projet	Réalloc 2011 SSP [kFrs]	Réalloc 2011 UNIL [kFrs]	Réalloc 2011 Internes [kFrs]	Réalloc 2011 Totales [kFrs]
* Projets OPTIC (plan stratégique 2004-2008)						
** Financement UNIL conjoncturel 2011						
Total réallocations externes (SSP & UNIL) et internes			2'453	257	371	3'081
1.1 Vieillesse	1004	2009	161	-	-	161
	Renforcement personnel gériatrique (Sylvana) *					
1.3 Santé mentale	1025	2010	1'002	-	-	1'002
	Psy mobile et intervention précoce jeune adulte (extension Nord et Ouest)					
1.3 Santé mentale	1026	2010	765	-	-	765
	Psy équipes mobiles : soins dans la communauté (âge avancé)					
2.1 CardioMet	1039	2005	-	-	371	371
	Renforcement greffe et insuffisance cardiaque					
2.1 CardioMet	1043	2010	90	-	-	90
	Consultation de prévention cardio-vasculaire					
2.1 CardioMet	1064	2010	-	20	-	20
	Programme doctoral romand cardiovasculaire et métabolique					
2.2 Cancer	1070	2015	143	-	-	143
	Programme d'amélioration de la qualité de vie des patients					
2.2 Cancer	1071	2011	-	237	-	237
	Biobanque oncologie de Lausanne **					
2.3 Neurosc. clin.	1079	2010	292	-	-	292
	Neuro-rééducation précoce avec surveillance intensive (NPSI)					

Pérennisations accordées dès 1.1.2012		Fin de projet	Réalloc 2012 SSP [kFrs]	Réalloc 2012 UNIL [kFrs]	Réalloc 2012 Internes [kFrs]	Réalloc 2012 Totales [kFrs]
** Financement UNIL conjoncturel 2012						
*** Pérennisation partielle						
Total réallocations externes (SSP & UNIL) et internes			682	322	880	1'884
1.3 Santé mentale	1028	2011	325	-	-	325
	PsyMigrants					
1.3 Santé mentale	1025	2010	257	-	-	257
	PsyMobAduAdo					
1.5 Form. postgr.	1036	2011	100	-	-	100
	PF_Formation ***					
2.2 Cancer	1071	2011	-	237	-	237
	Biobanque oncologie de Lausanne **					
2.5 Bioingénieur.	1052	2011	-	85	-	85
	Plateforme cardio-vasculaire du rongeur ***					
2.5 Bioingénieur.	1085	2011	-	-	880	880
	Centre de production cellulaire (CPC)					

Pérennisations accordées dès 1.1.2013		Fin de projet	Réalloc 2013 SSP [kFrs]	Réalloc 2013 UNIL [kFrs]	Réalloc 2013 Internes [kFrs]	Réalloc 2013 Totales [kFrs]
Total réallocations externes (SSP & UNIL) et internes			120	0	0	120
1.1 Vieillesse	1010	2011	120	-	-	120
	COAV					

Pérennisations déjà accordées dès 1.1.2014		Fin de projet	Réalloc 2014 SSP [kFrs]	Réalloc 2014 UNIL [kFrs]	Réalloc 2014 Internes [kFrs]	Réalloc 2014 Totales [kFrs]
Total réallocations externes (SSP & UNIL) et internes			452	0	0	452
1.1 Vieillesse	1011	2013	452	-	-	452
	Lc65+					
						0

Annexe au point 3.7 du PS 2009-2013

Liste des travaux, délocalisations principales et EMPDs de 2009 à mars 2013

Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité (CIT-S)

<i>Responsable</i>	Catherine Borghini Polier
<i>Adresse</i>	rue du Bugnon, 21
<i>Date</i>	25 mars 2013

Travaux effectués et en cours de 2009-2013

- MAT 08 : Ouverture de l'extension de la Néonatalogie
- BH06/07 : Extension avec apport de lumière naturelle au service de radio-oncologie
- BH05 : Transformation du centre des Brûlés
- BU7/9 : Transformation des bâtiments pour aménagement des laboratoires et création d'une animalerie pour la faculté de Biologie et de médecine
- BH08 : Transformation pour des locaux administratifs et consultation du Service de Neurochirurgie
- BH07 : Transformation pour installation d'un nouvel ultrason en radiologie
- BH 03 : Rénovation du groupe de secours
- MAT : Unité de provocation à la maternité
- Sylvana : Réaménagement du niveau 07 pour la création de 12 lits C
- BH 06 : Travaux d'agrandissement et de transformation de la Radio-oncologie
- Prangins : Bâtiment Hêtre (nouvelle construction) pour l'Hôpital psychiatrique
- BH 05 : Transformation des soins intensifs de pédiatrie (Etape 1)
- MAT02 : Transformation des locaux pour mise en place du Gamaknife pour le Service de Neurochirurgie
- MP18 : Transformation et assainissement des bureaux
- BH14 : Transformation des chambres pour le Service d'urologie
- Flon : Aménagement pour la permanence médicale
- BU 27 : Transformation pour aménagement de laboratoires au rez
- BH 07 : Transformation pour installation de nouveaux équipements de radiologie (angio+ultrasons).
- Esplanade de la maternité : Transformation
- BH16 : Transformation des soins continus de cardiologie
- BH12 : Transformation des locaux pour le Service de la chirurgie sceptique
- BH11 : Transformation de la pharmacie pour ouverture de 2 lits de soins continus pédiatriques
- BH11 : Rénovation et aménagement de la terrasse pour le Service de pédiatrie



- BH07 : Transformation des locaux de la médecine nucléaire (PET_CET)
- BH07 : Transformation pour installations de 2 nouveaux IRM au Service de radiologie
- BH06 : Transformation pour mise aux normes des laboratoires de radio-pharmaceutique
- BH05 : Transformation de la centrale des lits et de l'atelier de maintenance biomédicale
- BH04 : Transformation pour installation de nouveaux tunnels de lavage pour le Service restauration
- NES 05 : Transformation et réaménagement pour le Service de Neuro-réhabilitation (projet SUN)
- NES 01 : Création de nouvelles chambres froides pour le Service restauration
- BT 05 : Création de l'Hôpital de jour et rénovation des chambres pour le Service de Dermatologie
- MAT 05 : Rénovation de 3 chambres postnatales à la maternité
- MAT : Implantation et adaptations des structures modulaires pour création de bureaux devant la maternité
- MP18 : Assainissement et transformation pour création de locaux administratifs
- BU27 : Transformation pour l'EPFL et la génétique médicale
- BU21 : Transformation pour regroupement des directions de Départements
- BU17 : Transformation pour le Service de Néphrologie
- CERY : Rénovation de la toiture et des façades de la "petite ferme"
- HEL : Diverses transformations, local pharmacie, salle radiologie, installation d'une chaise dentiste et rénovation des couloirs au rez
- REC 40 : Transformation pour le Service de psychiatrie (centre de consultation les Boréales) à l'avenue Recordon 40 à Lausanne
- SYL : Transformation de chambre au niveau 7 (lits B) de l'Hôpital Sylvana
- PR82 : Transformation des locaux pour le déménagement de différents Services (GAP, GEF, INH) à l'avenue de Provence 82 à Lausanne
- Prangins : Nouveau bâtiment pour la psycho-gériatrie et transformation des bâtiments existants pour la psychiatrie adulte
- BH 08- Préparatoire et lancement restaurant
- BH 07 - Préparatoire et lancement CCO
- BH 16 sud - Soins continus de cardiologie
- BH 12 – lancement des travaux pour les soins continus d'ORL
- BH 07 - Transformation pour équipements au service de radiologie
- BH 04 – Stérilisation
- BH18 et 19 divers travaux pour les laboratoires
- BH - Etudes SIP, SIA, Déchoc
- BU 27 : Finalisation du 1er étage du centre du cancer
- CLE : Lancement des travaux des laboratoires
- EPCR - CPC2 : Préparation et lancement
- VUI4 - Préparatoire et lancement des travaux CURML
- MAT - Réfection des chambres
- Prangins : Extension et transformation pour la psychiatrie
- MP 16 - Centre de la mémoire
- MP16 création d'un IRM de recherche, lancement des travaux



- Cery - Les Cèdres - Réaménagement des locaux et distributions techniques
- BU17 - Mise en service de la dialyse
- BU25 - transformation des laboratoires pour la pathologie
- BH04 remplacement du stérilisateur
- HO lancement des travaux pour le centre de la main
- BH07 remplacement uroscopie et salle de préparation pour scanner
- Cery études pour la délocalisation des neurosciences
- BU44 transformation des urgences
- Etudes pour l'hôtel patient
- Lauréat du concours du projet AGORA
- Lancement du concours de l'hôpital des enfants
- Légalisation du sol pour le projet de Cery
- Lancement du PPA pour Sylvana
- Etudes pour l'optimisation des toitures de Sylvana

Délocalisations et rocares principales 2009- 2013

- BIO1 - MVT 2 Biopôle : IST
- BIO2 - Déménagement IUMSP
- BIO3 - Déménagement pour les travaux du CLE
- PE - MVT 2 Avenue de Provence : finances et RH
- LVBC – Vennes 3 délocalisation de la DSI
- Etudes pour la création des consultations pour l'obésité à ST-Martin 3

EMPD en cours et acceptés 2009-2013

EMPD en cours :		Montants (SFr)
Hôpital de Cery, études et travaux		
	études - 24.04.2007	6'400'000.00
	études - 09.12.2008	588'000.00
	ouvrage	106'600'000.00
Hôpital unique de l'enfant		
	ouvrage	170'000'000.00
BH05 -Bloc opératoire		
	études - 26.08.2008	2'400'000.00
	ouvrage	104'900'000.00

EMPD décrétés :

Soins continus et intensifs + chambres BH	ouvrage - 29.05.2012	47'060'000.00
Bugnon 17, Dialyse	ouvrage -08.12.2009	6'590'000.00
BH05, restructuration du Centre des brûlés	ouvrage - 26.08.2008	4'937'000.00
	ouvrage - 29.05.2012	1'450'000.00
Extension du CCO	ouvrage - 01.11.2011	16'990'000.00
Entretien technique	ouvrage - 04.05.2010	30'070'000.00
Extension restaurant et bureaux	ouvrage - 01.11.2011	16'860'000.00
Travaux liés à l'activité du CHUV dans locaux tiers	ouvrage - 04.10.2011	12'240'000.00
Crédit cadre des laboratoires	ouvrage - 08.12.2009	30'000'000.00

Tableau de bord de suivi des projets (TBSP) • Projets stratégiques et qualité

Type item	No item	Libellé court	#	Chef de projet / Coordin. progr.	Statut projet	Phase projet	Début projet	Fin projet	2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016	2013R1 POS RAP reçu	2013R1 POS RAP date récept.	2013R1 POS Eval. glob. POS	2013R1 RAP Eval. généra le	2013R1 RAP Résult ats	2013R1 RAP Délais	2013R1 RAP Financ es	2013R1 RAP Resso urces	2013R1 RAP Avanc. global %	CGRB	Charges nettes cumul. à fin 2012 [kFrs]	Charges nettes 2013 [kFrs] 01.03.13	Budget charges 2013 [kFrs] 21.03.13	Budget charges 2014 [kFrs] 20.03.13	Budget charges 2015 [kFrs] 30.06.11	Budget charges 2016 [kFrs] 12.03.13	Projets liés (dépend ance)	Dpts/Dir. concernés (suivi financier)	Répon dants POS
Projet	0173	Accueil_2	-	Yeganeh-Rad N	en cours	étude	01.02.12	31.03.13		O	exemplé	X	X	X	X	X	X	X	28921	43	0	76	-	-	-	0131	DIR-CHUV	UB
Support			3																	187	10	99	33	0	0			
Projet	0155	QualiWeb1	-	Goumaz P	terminé	terminé	01.10.08	31.12.09		-	-	-	-	-	-	-	-	-	25615*	0	-	-	-	-	-	0156	DIR	CV
Projet	0156	QualiWeb2_intern	-	Liechli N, Lehmann	terminé	terminé	01.11.08	31.12.11		-	-	-	-	-	-	-	-	-	25615*	159	-	-	-	-	-	0167	DIR: DG+DSI	CV
Projet	0167	QualiWeb3_intran	-	Liechli N, Lehmann	en cours	réalisation	01.06.10	30.06.13		V	08.03.13	X	O	O	O	V	V	55 %	28917	28	10	99	33	-	-	0156	DIR: DG+DSI	CV

Fin portefeuille projets Qualité

Page réservée pour l'annexe:
@http://dofst.etat-de-vaud.ch:80/siefstsv/antilopeFST/annexes/41631.pdf#41 @



Plan stratégique

2014 – 2018

« Le savoir au service du patient »

27 mai 2013

Version remise au Chef DSAS
pour validation par le CE et le GC

PLAN STRATÉGIQUE 2014 – 2018 DU CHUV

OFFRIR
à nos patients les soins
les mieux adaptés et les plus
performants dans le respect
de leur individualité

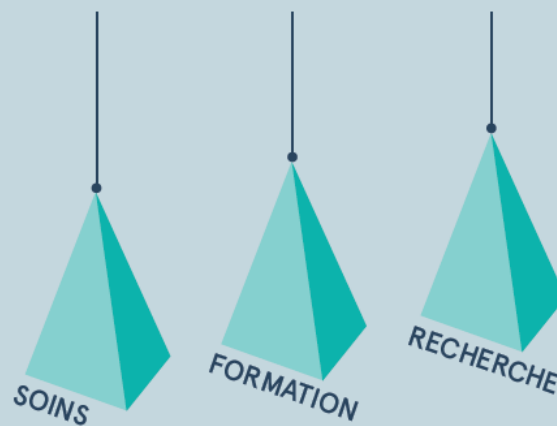
RENFORCER
notre vocation académique
tout en assurant notre mission
d'hôpital régional

ÊTRE
un lieu privilégié de formation
pour tous les professionnels
de la santé

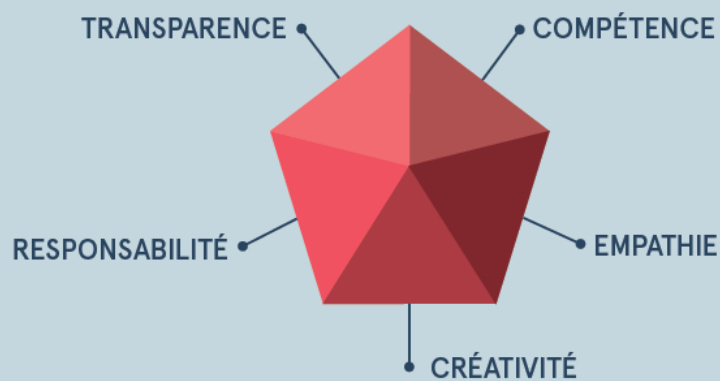
PROMOUVOIR
des pôles d'excellence

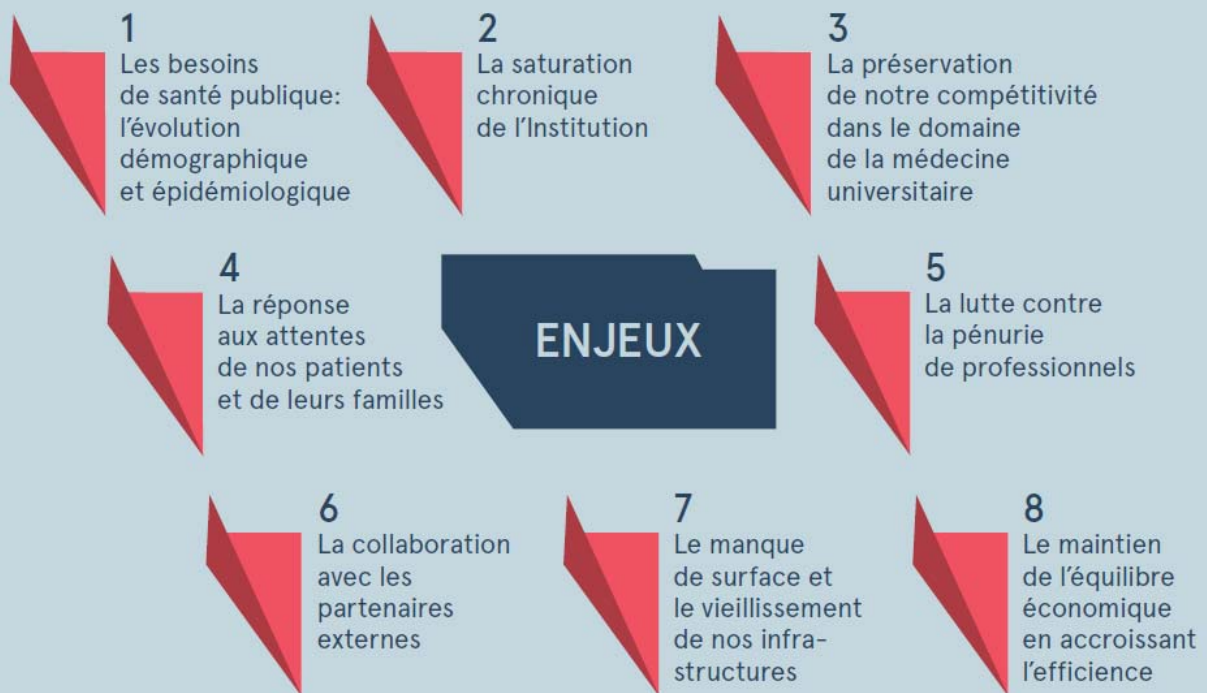


NOS MISSIONS



NOS VALEURS





AXES STRATÉGIQUES



5 AXES



28 OBJECTIFS



114 MESURES



Table des matières

Le plan stratégique 2014-2018 en image	2
Table des matières	4
Le plan stratégique 2014-2018 en bref (résumé).....	6
Introduction	9
Un contexte en mutation	10
Nos missions	13
Nos valeurs	14
Notre vision	14
Le CHUV en bref	15
Les enjeux	17
Enjeu 1 : Les besoins de santé publique : l'évolution démographique et épidémiologique	17
Enjeu 2 : La saturation chronique de l'Institution	18
Enjeu 3 : La préservation de notre compétitivité dans le domaine de la médecine universitaire	18
Enjeu 4 : La réponse aux attentes de nos patients et de leurs familles	19
Enjeu 5 : La lutte contre la pénurie de professionnels.....	19
Enjeu 6 : La collaboration avec les partenaires externes	20
Enjeu 7 : Le manque de surface et le vieillissement de nos infrastructures.....	20
Enjeu 8 : Le maintien de l'équilibre économique en accroissant l'efficience	21
Le plan stratégique en 5 axes	22
Axe 1 : Prise en charge des patients.....	22
Objectif 1.1 Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et de leurs proches ..	22
Objectif 1.2 Développer l'attractivité du CHUV pour les patients, les proches et les partenaires du système de soins.....	22
Objectif 1.3 Améliorer et accélérer les procédures de sortie des patients qui n'ont plus besoin du plateau technique et des lits du CHUV	23
Objectif 1.4 Participer aux programmes de santé publique.....	23
Objectif 1.5 Développer des activités de niche spécifiques	23
Axe 2 : Médecine universitaire, enseignement & recherche.....	24
Objectif 2.1 Poursuivre le développement de l'oncologie.....	24
Objectif 2.2 Poursuivre le développement du domaine cardiovasculaire.....	24
Objectif 2.3 Poursuivre le développement des neurosciences cliniques	25
Objectif 2.4 Développer l'infectiologie, l'immunologie et la vaccinologie	25
Objectif 2.5 Poursuivre le développement dans le domaine du métabolisme et de la nutrition.....	25
Objectif 2.6 Poursuivre et consolider les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV.....	25
Objectif 2.7 Développer la médecine génomique.....	26
Objectif 2.8 Favoriser les interactions entre la recherche et la clinique	26
Objectif 2.9 Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement	26
Axe 3 : Ressources humaines	27
Objectif 3.1 Climat et culture institutionnels : améliorer la satisfaction et le bien-être des collaborateurs et développer un sentiment d'appartenance	27
Objectif 3.2 Gestion prévisionnelle : planifier et anticiper les besoins en ressources humaines et en compétences	27
Objectif 3.3 Qualité de notre capital humain : augmenter l'attractivité du CHUV en tant qu'employeur ; recruter, gérer, développer, retenir et assurer la relève de nos talents	28
Objectif 3.4 Fonction RH stratégique et créatrice de valeurs : développer le périmètre, la capacité d'action et de responsabilité de la fonction RH ; moderniser ses outils de gestion	28
Axe 4 : Infrastructures, logistique et équipements.....	29
Objectif 4.1 Mettre en œuvre les projets de constructions prioritaires pour renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche	29
Objectif 4.2 Mettre en œuvre les projets prioritaires pour répondre à la croissance de l'activité et à la saturation, tant au niveau des soins que de la recherche.....	29
Objectif 4.3 Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques	29

Objectif 4.4 Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques30

Objectif 4.5 Prolonger au CHUV l'engagement du Conseil d'Etat en matière de développement durable30

Axe 5 : Systèmes d'information	31
Objectif 5.1 Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique.....	31
Objectif 5.2 Améliorer et développer le soutien à la recherche clinique et translationelle	31
Objectif 5.3 Poursuivre la fiabilisation du système d'information	31
Objectif 5.4 Développer la collaboration et les échanges de données avec nos partenaires.....	31
Objectif 5.5 Développer l'accessibilité et la mobilité.....	31
Cadre organisationnel et financier de la mise en œuvre	32
Glossaire	33
Annexe 1 : Organigramme du CHUV au 1^{er} janvier 2013	35
Annexe 2 : Couverture des enjeux par les objectifs stratégiques.....	36

Le plan stratégique 2014-2018 en bref (résumé)

La feuille de route contenue dans ce plan stratégique se lit comme une carte d'orientation : 5 axes stratégiques qui se déclinent en 28 objectifs prioritaires dont découlent 114 mesures concrètes. Si nous avons conçu ce document comme un guide, c'est que le contexte dans lequel s'inscrit notre Institution a beaucoup évolué depuis le précédent plan stratégique.

Le CHUV est désormais ancré dans un système sanitaire lui-même soumis à une série de mutations rapides et profondes qui promettent de s'accroître encore durant la période 2014-2018, comme le Rapport sur la politique sanitaire le met en évidence :

- La médecine et la prise en charge des patients évoluent rapidement (vieillesse de la population, mouvements migratoires, avancées technologiques rapides, information massive disponible aux patients).
- La concurrence entre établissements hospitaliers s'accroît, en particulier dans le domaine de l'activité tertiaire : la dernière révision de la LAMal introduit la liberté de choix de l'hôpital sur le plan Suisse. L'introduction du système SwissDRG dès 2012, de même que celle d'indicateurs de mesure de qualité, renforcent cette situation.
- La répartition des compétences entre les cantons et la Confédération, entre les grands centres hospitalo-universitaires et au sein même des hôpitaux du canton fait l'objet d'une discussion politique intense.
- La capacité de production du CHUV constitue un frein majeur à son développement : notamment son infrastructure en partie vieillissante, combinée aux insuffisances du dispositif en aval. L'engorgement chronique que connaissent ses structures représente un handicap dans la gestion de l'activité qu'elle soit de soins ou de recherche.
- La pression budgétaire reste constante même si ces dernières années l'Etat a mis suffisamment de moyens à la disposition du CHUV pour garantir son bon développement. L'adoption, au niveau national, du système SwissDRG qui permet une comparaison entre hôpitaux universitaires doit conduire notre Institution à porter une attention particulière à l'efficacité de ses prestations.

Des choix à opérer

Avec plus de 7'000 EPT, près de 50'000 patients hospitalisés, 37'000 urgences et 1'200'000 cas-jour-service ambulatoires par année, un budget de 1.35 milliards de francs et une activité de recherche reconnue au niveau international, le CHUV devra, au cours des cinq ans qui se profilent, faire des choix stratégiques déterminants qui auront pour but de le renforcer dans ses missions universitaires tout en lui permettant de continuer à assumer pleinement ses responsabilités d'hôpital de premier recours.

En opérant ces choix, il devra tenir compte bien sûr de ce double mandat, mais outre celui-ci des autres responsabilités qui sont les siennes. En effet, vu sa situation géographique au centre de la Suisse romande, sa position de pointe dans certains secteurs de la médecine hautement spécialisée (centre de transplantation, centre de traumatologie, centre pour grands brûlés, cardiologie, neurochirurgie, oncologie, néonatalogie), sa politique de partenariat avec l'UNIL, l'EPFL, les HUG et les instituts de recherche actifs dans le canton (ISREC, Ludwig), notre Institution assume une mission de centre de soins tertiaires pour la Suisse occidentale et de centre d'excellence pour la formation et la recherche centré sur ses compétences et spécialités particulières.

Plan stratégique 2009-2013: un bilan positif

Ce plan stratégique s'inscrit dans la continuité du précédent et bénéficie de son élan et des différents succès obtenus entre 2009 et 2013. Pour n'en citer que quelques uns : le CHUV a posé les bases de son schéma directeur des constructions à réaliser au cours des vingt ans à venir pour prendre en charge une population vaudoise qui pourrait passer le cap des 800 000 habitants d'ici 2030. Il l'a établi dans le cadre du Plan d'affectation cantonal (PAC 315).

De même, notre Institution a organisé de nombreux déménagements qui ont permis de libérer des espaces pour les soins dans le bâtiment principal et de regrouper la recherche et les laboratoires au Biopôle à Epalinges.

Dans le domaine de la relève académique, entre 2009 et 2012, 51 professeurs ordinaires médicaux ont été nommés ; une infirmière a été nommée professeure associée et une seconde a été nommée professeure ordinaire à la FBM ; un infirmier a entamé un parcours de doctorant ; 12 collaborateurs du CHUV ont obtenu un master en sciences infirmières.

Sur le plan des projets, dans le domaine du vieillissement, une unité de soins aigus dédiée aux seniors, qui constitue également un lieu de formation dans le domaine gériatrique a été ouverte, de même qu'une filière

qui permet de renforcer les processus d'évaluation et d'orientation des personnes âgées au Service des urgences. Concernant un tout autre groupe d'âge, en 2009, des équipes mobiles qui ont pour but de détecter précocement des troubles psychiatriques chez les adolescents et les jeunes adultes ont été mises sur pied dans les secteurs Ouest et Nord, de même un Centre vaudois d'anorexie-boulimie a été ouvert à l'hôpital de Saint-Loup. Un Département des neurosciences cliniques et un Centre de la Mémoire ont été créés. Dans le domaine du cancer, les bases d'un nouveau Département d'oncologie CHUV-UNIL ont été posées ; ce dernier a été inauguré le 1^{er} janvier 2013 ; un Centre du sein a ouvert en 2010 et d'autres centres interdisciplinaires (tumeurs thoraciques, prostate) sont en voie de l'être. Parallèlement, le CHUV a développé un programme de lutte contre la douleur et ouvert un Centre d'antalgie, ainsi qu'un Service hospitalier de soins palliatifs dirigé par un chef de service, professeur ordinaire de la FBM.

Enfin, dans le domaine de la recherche, le CHUV a inauguré un Centre de recherche clinique en 2012, créé un Centre de production cellulaire et lancé un ambitieux projet de Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL), outil unique et précieux de la recherche translationnelle lémanique.

L'ensemble des réalisations est décrit dans le rapport final sur la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013.

Une force : des collaborateurs compétents et motivés

Pour s'engager dans cette période de 2014 à 2018, le CHUV dispose d'un atout d'exception : ses collaborateurs. Une des conditions essentielles de la réussite de notre hôpital réside dans la qualification, la motivation et la participation de ses professionnels à tous les niveaux. Cette orientation est motivée par une culture d'excellence clinique, d'interdisciplinarité et de coopération qui demande une fidélisation et une qualification permanente des cadres intermédiaires infirmiers, médicaux, administratifs et logistiques ou techniques.

C'est dans ce contexte que le CHUV s'engage sur trois orientations prioritaires : le renforcement et le développement des compétences, la valorisation des cadres et des collaborateurs et le renforcement de la gestion des ressources humaines.

Au cours de l'exercice précédent, entre 2009 et 2013, le CHUV a posé des jalons importants : il a créé les conditions nécessaires au renforcement d'une formation pré- et post-graduée de qualité et correspondant au dernier niveau des connaissances scientifiques en vue d'assurer la relève. La création et la mise en place d'une formation par filière ABCDx, qui oriente les jeunes médecins très tôt dans leur formation sur des filières hospitalières, de cabinet ou encore académiques contribuera à assurer une cohérence et permettra d'augmenter le nombre de médecins.

Dans le domaine de la recherche, le CHUV concentre ses moyens institutionnels pour :

- Soutenir les orientations stratégiques médicales du CHUV (oncologie, cardiovasculaire, neurosciences cliniques, médecine réparatrice, infectiologie/immunologie/vaccinologie, métabolisme et nutrition, médecine génomique) et les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV.
- Acquérir les compétences et masses critiques nécessaires.
- Contribuer à l'innovation technologique dans le domaine du bio-engineering.
- Renforcer la capacité d'innovation et accélérer l'introduction de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques en déployant les plateformes nécessaires de production et de recherche clinique.
- Soutenir la recherche en sciences infirmières centrée sur les pratiques de soins, la collaboration interprofessionnelle et les nouveaux modes de prise en charge des patients, ainsi que l'intégration des savoirs dans la pratique.

Le patient au centre

Si les collaborateurs sont sa richesse, les patients constituent bien évidemment le centre des intérêts du CHUV. Notre objectif est d'assurer une meilleure continuité dans le traitement entre et pendant les phases de diagnostic et de soin grâce au développement d'itinéraires cliniques et d'autres instruments organisationnels. Cette orientation s'exprime par une intégration des spécialités médico-soignantes autour des besoins du patient et des partenaires, une optimisation de l'accès des patients aux diagnostics et traitements (temps d'attente) ainsi qu'une amélioration continue de la performance médicale, soignante et technique. Afin de faciliter l'atteinte de ces résultats, le CHUV prévoit le développement de la gouvernance clinique, de systèmes d'information performants et flexibles (dont le dossier patient informatisé), ainsi que la modernisation de ses infrastructures par le biais d'un schéma directeur des constructions.

Notre hôpital développe et implémente des modèles de prise en charge spécifiques (sous forme d'itinéraires cliniques, de filières cliniques ou de centres de prise en charge) pour toutes les pathologies qui sont soit très fréquentes soit très complexes. Il cultive une coopération systématique avec les CTR, les EMS, les soins à

domicile et les hôpitaux et médecins référents pour améliorer l'efficacité, la continuité et la qualité de la prise en charge des patients.

Le CHUV développe son activité en étroite coopération avec les cantons latins (patients hors canton). L'objectif est de consolider le rôle d'hôpital universitaire de référence du CHUV au sein du réseau hospitalier vaudois et romand.

Les moyens financiers

Ce plan stratégique 2014-2018 intègre le fait que la viabilité financière du CHUV doit être assurée à un coût supportable pour la communauté. Stratégiquement, le CHUV se positionne dans la moyenne des hôpitaux universitaires suisses, tout en recherchant une position de pointe dans la qualité de la prise en charge (outcome médical, continuité des soins). L'efficacité est encouragée par la poursuite des démarches d'optimisation de la durée moyenne de séjour en lien avec l'analyse du « Top 20 des DRG », de la productivité ambulatoire et des pratiques autour de la consommation des biens et services médicaux. Le maintien et le développement de l'appareil de production et l'infrastructure du CHUV privilégient l'utilisation de la plateforme clinique principale du CHUV pour l'activité tertiaire tout en créant des espaces dédiés pour l'activité à intensité moindre (chirurgie ambulatoire, hôtel patients, ...).

Une stratégie au service de valeurs

Ce nouveau plan stratégique est enfin et surtout marqué des valeurs qui sont les nôtres : la compétence, l'empathie, la créativité, la responsabilité et la transparence. C'est dans cet esprit que nous entendons échanger avec nos partenaires qu'ils soient médecins de cabinets, institutions publiques ou privées dans notre canton ou hors de celui-ci, afin qu'ils puissent avoir un accès facilité à nos services ; mais aussi aux professionnels qui travaillent au CHUV et avec lesquels ils suivent, parfois de concert, un même patient. Le CHUV s'engage à tirer activement profit des nouvelles technologies et notamment de l'internet pour mettre à la disposition de ses utilisateurs des informations de haute qualité, faciles d'accès et régulièrement actualisées.

Notre hôpital accorde également une importance particulière à la qualité des liens qu'il entretient avec ses patients et leurs proches. Parce qu'il considère que la qualité de l'accueil fait partie intégrante du traitement, notre hôpital entend professionnaliser encore cette fonction et conserver ainsi, malgré sa taille et l'intensité de ses activités, un certain humanisme dans les soins qu'il prodigue et dans l'écoute qu'il accorde à ses différents interlocuteurs comme à la qualité de l'échange qu'il peut avoir avec eux.

Entretenir une communication transparente, chaque support conçu par le CHUV devrait viser cet objectif : c'est précisément cet esprit qui anime les différents chapitres de ce plan stratégique que vous découvrirez en détail dans les pages suivantes.

Introduction

Dans une institution comme le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), un plan stratégique remplit un rôle fondamental. Il est bien plus qu'une réponse à une obligation légale : il est la colonne vertébrale de notre établissement, le garant de sa cohérence et le guide de ses actions. Véritable outil de pilotage, il constitue un document de référence pour les cadres et l'ensemble des collaborateurs, la feuille de route qui déterminera les actions individuelles et collectives de ces prochaines années. Il précise les orientations principales et les actions prioritaires que le CHUV s'engage à mener dans le cadre de ses missions respectives de soins, d'enseignement et de recherche. Il sert de cadre aux plans de développement des départements et services.

La rédaction de ce plan stratégique a été fortement influencée par les différentes mutations qu'a connues l'environnement dans lequel le CHUV est ancré. Pour prendre la pleine mesure de ces changements, il suffit de considérer par exemple l'évolution récente du système de financement hospitalier (voir chapitre suivant). Les perspectives démographiques comme l'émergence de nouveaux types de problématiques cliniques influent également fortement sur le cours des activités du CHUV.

Ce plan stratégique 2014-2018 a aussi été réfléchi de manière à être cohérent avec :

- les plans stratégiques du CHUV précédents, en particulier le plan stratégique 2009-2013,
- le plan stratégique 2012-2017 de l'UNIL et le plan de développement 2012-2015 de la FBM,
- le programme de législature 2012-2017 du gouvernement vaudois et son Rapport sur la politique sanitaire 2013-2017.

Ce plan stratégique résulte d'une démarche participative conduite par la Direction générale. Dans un premier temps le Comité de direction du CHUV, dont le précédent Doyen de la Faculté de biologie et de médecine (FBM), a posé les grandes lignes de l'analyse des enjeux, ainsi que les premières orientations stratégiques. Dans un deuxième temps, les chefs des départements cliniques et médico-techniques, le président du Collège des chefs de service et la nouvelle Doyenne de la FBM ont été associés à la réflexion. Enfin, l'ensemble des chefs de service clinique ont été consultés, ainsi que les responsables des différentes directions transversales.

Ce plan stratégique a été construit de la manière suivante :

- Rappel des **missions** confiées au CHUV par l'Etat.
- Affirmation des **valeurs** qui fondent l'action du CHUV.
- Formulation de la **vision** sur la base des missions, des valeurs et des orientations stratégiques retenues.
- Analyse du contexte politique, social, sanitaire et économique du CHUV ; évaluation des forces, marges de progressions, menaces et opportunités ; ce qui a amené à l'identification des **enjeux** majeurs.
- Identification et choix des **axes stratégiques** et **objectifs prioritaires** pour répondre aux enjeux.
- Détermination de **mesures** concrètes pour chaque objectif prioritaire.

En conformité avec l'article 21 du Règlement d'application de la Loi sur le Hospices cantonaux (RLHC) du 20 mai 2009, ce plan stratégique, après concertation avec le Service de la santé publique, l'Université de Lausanne et la Direction générale de l'enseignement supérieur, est transmis au Département de la santé et de l'action sociale, pour soumission au Conseil d'Etat qui le transmet au Grand Conseil pour adoption.

Les résultats de la mise en œuvre du plan stratégique précédent 2009-2013 sont présentés dans le rapport final ad hoc qui est transmis aux instances politiques en même temps que le présent plan stratégique.

Un contexte en mutation

L'environnement du CHUV a grandement évolué durant les cinq dernières années qui nous séparent de l'élaboration du plan stratégique précédent. Les changements sont de différents ordres :

Financiers : Les SwissDRG ont été introduits, les frontières inter-cantoniales ont été ouvertes permettant à des patients de notre canton d'aller se faire hospitaliser dans d'autres régions du pays. Enfin, le benchmarking entre hôpitaux universitaires est devenu possible depuis que des statistiques comparables sont disponibles. Il en résulte une augmentation de la concurrence inter-hospitalière et donc de la pression financière.

Scientifiques : Les mutations qu'ont également connus les différents domaines de la médecine, en particulier technologique, pharmacologique, diagnostique ; si ces évolutions permettent de progresser grandement sur le plan scientifique, leurs conséquences financières appellent une priorisation des investissements.

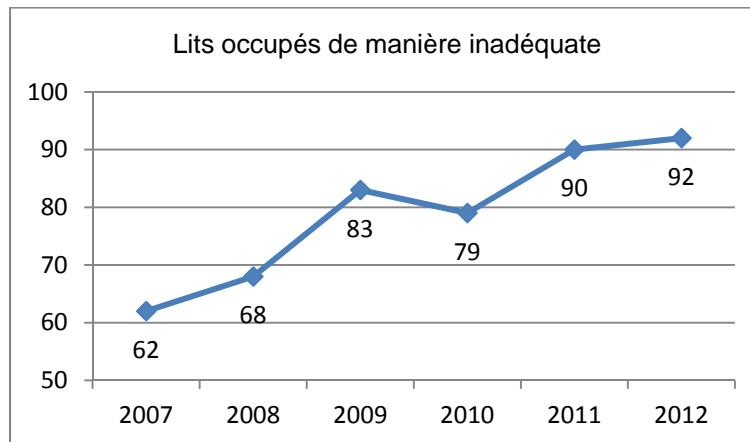
Organisationnels : Le CHUV subit aussi une pénurie de professionnels toujours plus forte, ainsi qu'une saturation chronique de toute la chaîne des soins.

Formation : Les compétences cliniques à disposition pour répondre aux besoins de santé de la population ont évolué elles aussi, qu'il s'agisse par exemple des nouveaux plans de formation post-grade dans le domaine médical, du cursus de formation supérieure (master et doctorat) désormais complet pour les sciences infirmières ou encore de l'essor des formations de niveau CFC en matière d'assistance aux soins. Dans les faits, les frontières des rôles professionnels se déplacent. Du fait de son attitude proactive vis-à-vis de ces développements récents, le CHUV a réuni les conditions dans lesquelles peuvent être conçus puis mis en œuvre les modèles d'organisation des soins et de prise en charge clinique de demain.

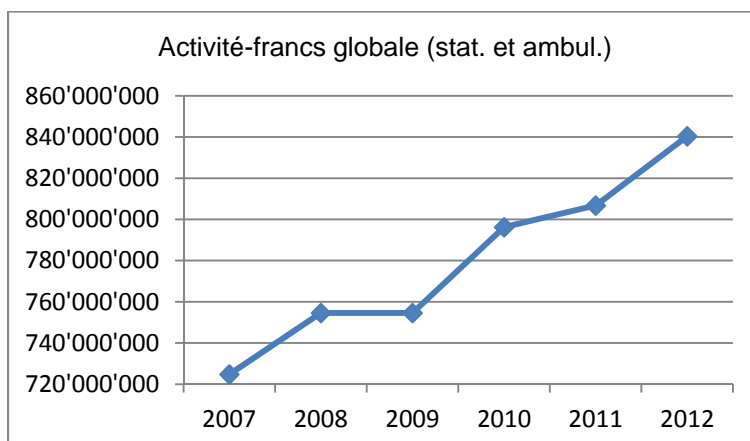
Faire face à la saturation

Parallèlement à ces différentes évolution, le CHUV est saturé de manière systématique durant les mois d'hiver, et ceci malgré des efforts conséquents de la cellule de gestion des flux et du Service de la santé publique. Les raisons essentielles sont les suivantes :

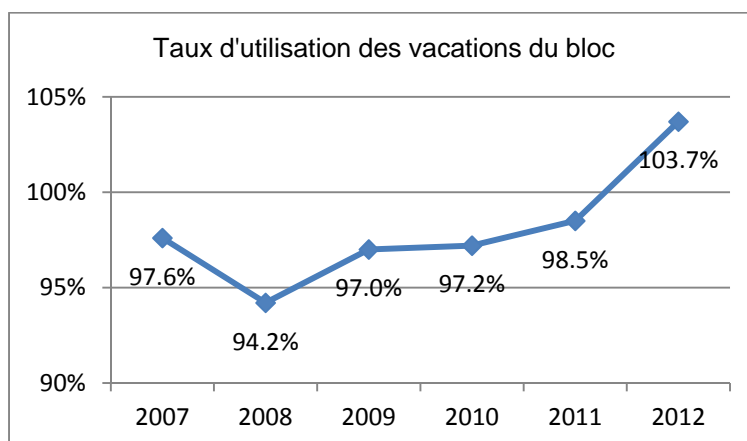
1. Le nombre de lits occupés de manière inadéquate par des patients en attente de placement B ou C continue d'augmenter :



2. L'activité stationnaire et ambulatoire (due à la croissance de la population et au vieillissement de la population du Canton de Vaud) augmente :



3. Finalement, les capacités de notre bloc opératoire et de nos soins intensifs ont été optimisées au maximum dans les espaces actuellement disponibles :



Pour être en mesure de lutter efficacement contre cette situation, le CHUV, avec le soutien du DSAS et du Service de la santé publique, a développé une série de projets qui visent à accroître ses capacités (voir Axe stratégique 4, p. 29).

Cependant, ces différents projets ne seront pas réalisés avant trois à cinq ans. Raison pour laquelle, dans l'intervalle, d'autres solutions doivent être mises en œuvre pour lutter à court terme contre la saturation. Il est ainsi prévu de renforcer la cellule de gestion des flux de l'hôpital et les transferts vers les lits reconnus d'intérêt public des cliniques et des hôpitaux de la FHV durant les périodes de sur-occupation du CHUV ; de prolonger de façon ciblée les heures d'ouvertures de certaines salles du bloc opératoire pour augmenter leur capacité, notamment pour les opérations longues et complexes ; de transférer toutes les activités administratives possibles, ainsi que les activités de recherche, à l'extérieur de la cité hospitalière pour libérer des surfaces cliniques ; d'augmenter - dans la mesure des espaces disponibles et des possibilités de recrutement des collaborateurs - la capacité en soins intensifs adultes, pédiatriques et de néonatalogie ; parallèlement, des études sont en cours pour optimiser l'utilisation des capacités aux soins intensifs et des lits d'hospitalisation en diminuant encore les durées de séjour ; et enfin, de créer une vingtaine de lits somatiques aigus supplémentaires à l'Hôpital Beaumont.

Coordonner missions de premier recours et ambitions universitaires

Pour ces cinq prochaines années, le CHUV opte pour une stratégie qui lui permettra tout à la fois d'assumer ses missions d'hôpital de premier recours et de développer ses activités d'hôpital universitaire.

La mission d'hôpital de proximité que le CHUV remplit en effet pour l'agglomération lausannoise mobilise une part importante de ses moyens (locaux, ressources humaines et finances). Elle a pour conséquence de limiter sa possibilité d'étendre son activité universitaire dans toutes les disciplines.

Or, un hôpital universitaire doit pouvoir prendre en charge des malades aux pathologies complexes, nécessitant des compétences spécialisées, voire très spécialisées. Il a en outre pour particularité de disposer d'un plateau technique que l'on ne trouve pas ailleurs dans le réseau sanitaire.

Pour assurer cette mission médicale de centre de référence et maintenir le meilleur niveau d'expertise, l'hôpital universitaire doit non seulement investir dans des infrastructures et des équipements sophistiqués, mais également favoriser le développement d'une recherche de pointe dans ses domaines d'excellence. Cela suppose des moyens financiers et des infrastructures (locaux, plateaux techniques) adaptés, des ressources humaines de qualité et des programmes de formation professionnelle exigeants.

Le renforcement du poids de la *médecine universitaire*¹ au CHUV relativement à la médecine de premier recours est d'autant plus nécessaire qu'au niveau national et régional (romand), la répartition au niveau suisse de la médecine hautement spécialisée (MHS) s'impose comme une nécessité financière et fonctionnelle. En garantissant une masse critique suffisante, elle permet d'assurer une sécurité et une qualité compétitive dans les domaines très spécialisés.

En conséquence de ce qui précède, le CHUV doit notamment répondre aux questions suivantes :

1. Quelle stratégie mettre en œuvre pour développer la médecine universitaire sans péjorer la médecine de premier recours ?
2. Quelle part de ses moyens doit-il consacrer (RH, infrastructures, équipements, système d'information, finances...) à des développements cliniques et académiques dans des domaines de médecine hautement spécialisée pour être compétitif au niveau national et international ?
3. Quelles mesures et orientations doit-il prendre pour faire face à la pénurie croissante des professionnels ?
4. Quelles mesures peut-il prendre, en collaboration avec ses partenaires et au niveau régional, pour éviter la saturation chronique généralisée ?
5. Quels sont les domaines de médecine universitaire qu'il doit abandonner et quelles alliances conclure (avec quels partenaires) pour assurer la prise en charge des patients qui lui sont confiés dans ces domaines ?
6. Quelle part doit-il consacrer à la médecine non-universitaire pour assurer sa mission d'hôpital de dernier recours dans le réseau cantonal ?

Les axes stratégiques, objectifs prioritaires et mesures concrètes décrits dans les pages suivantes apportent la réponse à ces questions.

Il convient de focaliser les orientations du CHUV sur des compétences qui permettront des développements significatifs. Il s'agit également d'identifier, au sein du CHUV, des activités de niche très pointues, où la concurrence des autres hôpitaux universitaires est faible et où il existe un besoin avéré et un potentiel de croissance.

En conclusion, le plan stratégique 2014-2018 doit énoncer ces choix, proposer une feuille de route cohérente qui tienne compte tout à la fois des contraintes de l'environnement, des missions du CHUV et de ses domaines d'excellence reconnus, ainsi que des moyens mis à sa disposition.

¹ Le CHUV est un des cinq hôpitaux universitaires de Suisse et a donc un volet académique reconnu. Afin d'identifier les activités liées, dépendantes ou nécessaires au volet universitaire nous utiliserons dans ce plan stratégique la notion de « **médecine universitaire** ». Celle-ci fait référence à toute la médecine qui doit se faire dans un environnement académique, hautement spécialisé avec des équipements de pointe, que ce soit pour développer la prévention, soigner les patients, former les médecins et soignants ou fournir des bassins de recrutement pour la recherche. On y inclut donc les soins tertiaires, mais aussi certains pans des soins secondaires, primaires (dont les urgences), communautaires et de la prévention nécessaires pour « nourrir » le volet académique.

Nos missions

Trois missions de base sont confiées au CHUV par les pouvoirs publics : **soins, formation et recherche.**

Les soins

Dans le domaine des soins, le CHUV assure les traitements dans toutes les spécialités médicales, y compris la psychiatrie. Il répond aux besoins de la population de l'agglomération lausannoise en tant qu'hôpital de premier recours. Il est l'hôpital de référence du canton et d'une grande partie de la Suisse romande, pour les patients qui nécessitent des soins spécialisés et ultra-spécialisés. Il joue un rôle pionnier sur le plan suisse et européen, voire international dans des domaines d'excellence reconnus.

Le CHUV assure aussi des missions de médecine et santé communautaires et soutient les efforts en matière de prévention et de santé publique.

La formation

En tant qu'hôpital universitaire, le CHUV participe à l'enseignement pré- et post-gradué des médecins, des soignants et des autres professionnels de la santé, en collaboration étroite avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL), les sociétés académiques et les Hautes écoles de santé. Le CHUV contribue aussi à la formation dispensée par les écoles supérieures en accueillant les étudiants pour des stages pratiques et propose des places d'apprentissage menant au CFC, à l'AFP ou à la maturité professionnelle.

La recherche

Le CHUV s'investit dans des activités de recherche clinique, translationnelle et fondamentale en collaboration prioritaire avec l'UNIL et sa Faculté de biologie et de médecine. Le CHUV développe également des partenariats de recherche avec l'EPFL, les Hautes Ecoles, les institutions de recherche suisses et d'autres institutions internationales.

Nos valeurs

Cinq valeurs alimentent notre action, motive nos décisions et sont véhiculées par le plan stratégique : **compétence, empathie, créativité, responsabilité et transparence.**

La compétence

Les compétences du personnel du CHUV permettent une prise en charge attentive, efficace et adéquate de chaque patient afin de lui garantir les soins les meilleurs tout en assurant son bien-être. Au-delà de ces buts fondamentaux – de soulager la souffrance du patient et l'inquiétude des proches en luttant contre les atteintes à la santé, maladies et accidents – les compétences concentrées au CHUV sont au service de la formation des professionnels et de la création des savoirs et pratiques de demain.

L'empathie

Le patient et ses proches sont au centre des préoccupations et des objectifs du CHUV. L'empathie se vit par l'accueil, l'écoute et le respect de leurs valeurs.

La créativité

Le monde de la santé est un monde d'incertitude dans lequel les connaissances évoluent rapidement. Le CHUV et la FBM visent l'excellence clinique et académique au service du patient et de la communauté. Cette ambition implique un regard critique sur les pratiques actuelles, un souci d'amélioration continue de la part de chacun des collaborateurs et une capacité d'imaginer et de réaliser des solutions nouvelles.

La responsabilité

L'accomplissement des missions du CHUV implique, de la part des collaborateurs, un sens aigu de la responsabilité vis-à-vis du patient, de l'Institution et de l'ensemble de la société, notamment en matière d'équité de traitement et d'économicité des moyens.

La transparence

Le CHUV s'engage à informer ses patients, ses collaborateurs et ses partenaires de manière transparente et complète sur son fonctionnement et ses pratiques dans l'accomplissement de chacune de ses missions de soins, de formation et de recherche.

Dans le domaine des soins, les patients ou leurs répondants sont informés aussi complètement que possible sur leur état de santé et les différentes options de traitements qui s'offrent à eux, sur les risques et conséquences associés à chacune de ces options et sur le déroulement et le résultat des prestations diagnostiques et thérapeutiques.

Notre vision

Le CHUV affirme sa vocation académique et ambitionne de la renforcer tout en assurant sa mission régionale de soins à la population lausannoise et vaudoise.

Il entend promouvoir, encore plus qu'aujourd'hui, des pôles d'excellence dans des domaines ciblés et jouer, dans ceux-ci, un rôle de premier plan tant sur le plan national qu'europpéen.

Notre Institution se veut également un lieu privilégié de formation, reconnu comme tel, pour tous les professionnels de la santé. Son ambition est d'attirer, former, motiver et garder les meilleurs étudiants, les meilleurs enseignants et les meilleurs chercheurs afin d'offrir les meilleurs soins.

Le CHUV, hôpital maîtrisant les technologies les plus avancées, se donne pour responsabilité d'offrir à ses patients les soins les mieux adaptés et les plus performants dans le respect de leur individualité, en toute transparence et dans le cadre des moyens financiers alloués.

Le CHUV en bref

Caractéristiques, positionnement et développement

Le CHUV est un centre hospitalier d'envergure européenne. Il est l'un des cinq hôpitaux universitaires suisses, avec Genève, Berne, Bâle et Zurich. Il comprend les soins somatiques et psychiatriques. Il est entouré d'hôpitaux régionaux face auxquels il assume un rôle d'hôpital de référence.

Il comprend 13 départements cliniques, médico-techniques et académiques, et un EMS psychogériatrique à Gimel (voir organigramme en annexe).

Il est étroitement lié à la Faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL) afin d'assurer la formation pré-graduée, post-graduée et continue des médecins, ainsi que la formation universitaire du corps infirmier. A travers le Conseil de direction UNIL-CHUV, les directions de l'UNIL et du CHUV prennent les décisions concernant les missions académiques du CHUV.

Le CHUV collabore avec les autres institutions universitaires lémaniques (UNIL, EPFL, HUG, UNIGE), les Hautes écoles de santé, et d'autres hôpitaux, cliniques, établissements de soins ou institutions (Fédération des hôpitaux vaudois, Société vaudoise de médecine, ...).

Sur le plan administratif, le CHUV est un service de l'Etat de Vaud rattaché au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et disposant d'une large autonomie de gestion définie dans une loi spécifique, la Loi sur les Hospices cantonaux (LHC). Un contrat annuel de prestations entre le CHUV et le DSAS fixe notamment les objectifs assignés au CHUV ainsi que ses engagements en matière de quantité, de qualité et de coût des prestations cliniques et de santé publique fournies, et sert de base au calcul de la participation financière de l'Etat. Ce contrat inclut aussi les établissements affiliés au CHUV suivants : la Policlinique médicale universitaire (PMU), l'Institut universitaire romand du travail (IST) et l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin (HOJG).

Le CHUV s'est considérablement développé ces 15 dernières années. D'une part il s'est adapté à l'augmentation de la population, de la demande et de l'offre en soins ; d'autre part il a grandi en intégrant l'activité de plusieurs établissements : CUTR Cevey-Sylvana (2000), Etablissements psychiatriques de trois secteurs (2003), Hôpital de l'enfance (2004), Hôpital orthopédique (2008), Centre pluridisciplinaire d'oncologie (2013) et Clinique de Longeraie (prévu fin 2013).

En 1982, lorsque son bâtiment hospitalier principal au Bugnon a été inauguré, le CHUV comptait 4'500 collaborateurs au service d'une population du canton de Vaud de 523'000 personnes. Aujourd'hui, le CHUV compte plus de 9'000 employés au service d'un canton de 721'000 habitants. En 30 ans, tout en tenant compte de l'élargissement de son périmètre, le CHUV a vu ses hospitalisations augmenter de 70% et ses consultations ambulatoires multipliées par 7,8.

Le CHUV en quelques chiffres²

Ressources

- 1.4 milliards de francs suisses de budget
- 9'353 collaborateurs au 31 décembre 2012 (pour 7'846 EPT) et 114 nationalités représentées
 - dont 69% de femmes
 - dont 4'167 EPT soignants, dont les ¾ sont des infirmiers
 - dont 1'355 EPT médecins, dont pour les médecins assistants 63% de nationalité suisse (75% en 2007)
- 468'900 m2 de surfaces exploitables, dont
 - 254'500 m2 propriétaire dans 54 bâtiments sur la cité hospitalière,
 - 118'800 m2 propriétaire hors cité hospitalière et
 - 95'600 m2 tiers

Activité clinique

- 45'712 patients hospitalisés
- 471'718 journées d'hospitalisation
- 1'468 lits exploités
- 83.7% de taux d'occupation moyen des lits (dès 2012, nouvelle méthode de calcul SwissDRG)
- 7.3 jours de durée moyenne de séjour en soins somatiques aigus

- 2'779 naissances
- 37'203 urgences

- 1'291'416 cas-jour-service (passages d'un patient ambulatoire un jour donné, dans un service donné)
- 241'575'624 points ambulatoires facturés, dont 159'507'806 points de prestations médicales Tarmed

Formation des soignants

- 637 professionnels soignants accueillis au sein du programme d'intégration des nouveaux collaborateurs
- 30'390 jours de stages effectués par des étudiants HES des filières suivantes: soins infirmiers, sage-femme, physiothérapie, ergothérapie, technique en radiologie médicale, nutrition et diététique et travail social
- 45 étudiants inscrits en master en sciences infirmières

Formation médicale

- 482 enseignants en sciences cliniques
- 1'343 étudiants en médecine (FBM)
- 157 diplômés en médecine (FBM)
- 22'204 heures d'enseignement pré-grade fournies par la Section des sciences cliniques (SSC) de la FBM, soit le CHUV et ses Affiliés PMU, IST, CePO, HOJG (en 2011)

Recherche

- 8 doctorants inscrits en sciences infirmières
- 261 doctorants inscrits en médecine
- 40 doctorats en médecine en moyenne par année
- 53'860'048 francs suisses de budget sur fonds externes (EU/FNRS/CTI/Autres) levés par les chercheurs de la FBM-SSC
- 1'117 publications CHUV (SSC) avec impact factor

Des données plus complètes sont disponibles dans le rapport annuel accessible en ligne sur le site internet du CHUV.

Les enjeux

Les enjeux décrivent les situations contextuelles majeures - présentes et futures - dont l'impact sur le fonctionnement et le développement du CHUV est important. Ces enjeux correspondent en large partie à ceux auxquels le système de santé vaudois en général doit faire face, tels que mis en évidence par le Rapport sur la politique sanitaire. Les réponses que le CHUV entend donner à ces différents enjeux sont détaillées sous la forme d'axes et d'objectifs stratégiques dans le chapitre suivant.

Huit enjeux majeurs ont été identifiés :

- Enjeu 1 : Les besoins de santé publique : l'évolution démographique et épidémiologique
- Enjeu 2 : La saturation chronique de l'Institution
- Enjeu 3 : La préservation de notre compétitivité dans le domaine de la médecine universitaire
- Enjeu 4 : La réponse aux attentes de nos patients et de leurs familles
- Enjeu 5 : La lutte contre la pénurie de professionnels
- Enjeu 6 : La collaboration avec les partenaires externes
- Enjeu 7 : Le manque de surface et le vieillissement de nos infrastructures
- Enjeu 8 : Le maintien de l'équilibre économique en accroissant l'efficacité

Enjeu 1 : Les besoins de santé publique : l'évolution démographique et épidémiologique

Le contexte

L'augmentation de la population vaudoise est l'une des plus fortes de Suisse. Parallèlement à sa croissance, le profil de la population change également. D'une part, son vieillissement se poursuit, entraînant une augmentation de la prévalence de maladies chroniques, des polymorbidités et des situations de dépendances ; d'autre part, la paupérisation et les flux migratoires modifient la demande en soins.

Les conséquences pour le CHUV

Adapter les prises en charge

De nouveaux modes d'organisation des prises en charge s'avèrent nécessaires afin de favoriser notamment : une détection précoce des besoins des patients dès leur entrée dans l'hôpital, une orientation des bénéficiaires de soins vers les services et prestations les plus pertinents, une transition du stationnaire vers l'ambulatoire qui évite les réhospitalisations et prend en compte les ressources propres aux patients ; enfin, une collaboration interprofessionnelle apte à garantir que les compétences les plus appropriées et efficaces soient mobilisées.

Miser sur la formation

Pour s'adapter, se développer et anticiper les évolutions, l'hôpital universitaire a besoin de professionnels qui maîtrisent leur environnement de travail, dotés d'expertise clinique, de la capacité d'innover, d'implanter le changement, de diriger des équipes et de gérer des services. Par conséquent, le CHUV devra renforcer son engagement en faveur d'une formation à haute valeur ajoutée et facilement accessible aux professionnels de l'Institution.

Développer les cohortes

Ces dernières années, le CHUV a lancé ou contribué au développement de plusieurs cohortes de patients (notamment CoLaus - cohorte lausannoise ; Lc65+ - observation du vieillissement, de la santé et de la fragilisation ; cohorte VIH ; cohorte suisse hépatite C ; cohorte en alcoologie ; cohorte IBD des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) dans une perspective de santé publique. Elles constituent des instruments d'intérêt général pour répondre aux nombreuses questions soulevées par la nécessaire transformation du système de santé face au vieillissement démographique et aux pathologies nouvelles ou épidémiques. Les cohortes participent au système d'information sanitaire, visant au monitoring d'un problème de santé publique. Elles permettent aussi la recherche de mesures préventives, voire thérapeutiques. Le maintien de ces cohortes nécessite des moyens financiers substantiels que le CHUV ne peut pas supporter seul et appelle donc un soutien du Service de la santé publique.

Favoriser la recherche translationnelle

Enfin, le CHUV, avec le soutien de la FBM, a développé plusieurs plateformes favorisant les recherches cliniques et translationnelles. Il s'agit notamment du Centre de recherche clinique (CRC), du Centre de production cellulaire (CPC), de la Plateforme de phénotypage cardiovasculaire du rongeur (CAF), de la Plateforme de microchirurgie expérimentale (EMIF) en complément de la CAF et de la Plateforme de phénotypage métabolique du rongeur (MEF). Ces structures sont fonctionnelles et remportent un vif succès. A plus long terme, elles représentent aussi un enjeu de santé publique. Notre hôpital devra consolider, voire pérenniser une partie de ces plateformes, en adéquation avec les axes stratégiques identifiés par la FBM dans son Plan de développement 2012-2015, et ce par un financement mixte CHUV-UNIL, voire en partenariat avec l'EPFL.

Enjeu 2 : La saturation chronique de l'Institution**Le contexte**

L'évolution des soins et les progrès technologiques induisent une augmentation de l'espérance de vie et une complexification des prises en charge, par exemple aux soins intensifs ou dans l'ambulatoire spécialisé. Ces changements, combinés à l'évolution démographique et épidémiologique (enjeu 1), entraînent une augmentation de la demande et donc, une saturation des structures de soins ; celle-ci s'est progressivement aggravée ces dernières années pour devenir chronique et généralisée (urgences - soins intensifs - soins aigus - réadaptation - CMS - EMS). La gestion des différents effets liés à la saturation, notamment les délais d'attente - mobilise des ressources importantes au détriment des soins.

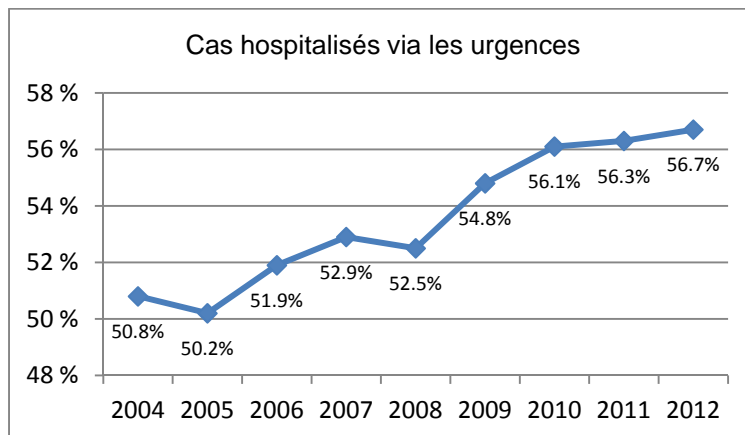
Les conséquences pour le CHUV

Le CHUV devra adapter son offre de soins et ses infrastructures en tenant compte des limites des moyens financiers, optimiser les flux de patients et jouer la complémentarité avec le réseau, et développer des partenariats.

Enjeu 3 : La préservation de notre compétitivité dans le domaine de la médecine universitaire**Le contexte**

Différents éléments tels que la répartition de la MHS, l'introduction des SwissDRG ou les changements législatifs qui autorisent désormais les patients à se faire soigner dans des cliniques privées ou dans des établissements hors de leur canton ont accru la concurrence entre hôpitaux universitaires.

Or, plus de 56% (depuis 2010) de nos patients hospitalisés entrent par les urgences. La majorité de ces cas correspond à notre mission d'hôpital de proximité. L'augmentation régulière de cette activité de soins de premier recours limite notre capacité à renforcer de manière ciblée des activités universitaires en y consacrant des ressources opératoires, des locaux ou des infrastructures dédiées.

**Les conséquences pour le CHUV**

Jusqu'à présent, le CHUV a pu maintenir une casemix élevé, en particulier grâce à son activité universitaire élective, ce qui signifie que le CHUV accueille des cas très complexes dans un éventail d'activités large. Toutefois, l'augmentation de l'activité de proximité risque de rendre encore plus difficile, voire impossible, le développement de l'activité clinique universitaire.

Il est donc nécessaire d'anticiper ce risque en, d'une part délocalisant des activités dites de proximité auprès des établissements partenaires du CHUV. D'autre part, la concentration et répartition des activités universitaires en Suisse, démarches auxquelles le CHUV participe, aura également un impact sur le casemix du CHUV. Certaines spécialités devront donc être développées et d'autres réorientées, voire abandonnées. Le CHUV aura à accroître son attractivité universitaire, notamment auprès de patients issus d'autres cantons, dans les spécialités qui présentent un potentiel de développement. Il aura également pour tâche de mieux valoriser les aspects académiques de ces activités cliniques, en parfaite adéquation avec les objectifs de relève identifiés par la FBM dans son plan de développement 2012-2015.

L'activité de recherche fondamentale, mais aussi translationnelle et clinique, a un impact majeur sur le développement et le positionnement de la médecine tertiaire. Elle devra être soutenue notamment par la création de départements mixtes clinique-académique qui permettent de mieux intégrer les chercheurs fondamentaux dans la pratique clinique. Les synergies avec d'autres institutions, notamment les institutions académiques telles que la FBM, l'UNIL et l'EPFL, mais aussi le développement de partenariats public-privé (par exemple le bâtiment AGORA) permettront de renforcer la capacité de recherche.

En outre, l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS), ouvert en 2008 au sein de la FBM grâce à des partenariats romands, positionne Lausanne comme unique pôle académique romand de référence pour les sciences infirmières et bénéficie déjà d'une visibilité internationale dans la francophonie. Ses domaines de recherche prioritaires sont en phase avec les orientations du CHUV - vieillissement, santé mentale, situations de soins critiques - et les productions scientifiques des étudiants, doctorants et chercheurs sont orientées vers les problématiques émergeant des milieux cliniques. Il s'agit dès lors de poursuivre un étroit partenariat entre l'IUFRS et le CHUV de manière à faire bénéficier ses services cliniques des possibilités d'amélioration des pratiques de soins, d'essor du travail en interdisciplinarité et de développement de nouveaux modes de prises en charge des patients.

Enfin, le renforcement de collaborations avec d'autres prestataires de soins et le développement de solutions innovantes de partenariats pour la médecine de routine permettrait de transférer une partie de la médecine non-universitaire.

Enjeu 4 : La réponse aux attentes de nos patients et de leurs familles

Le contexte

Les patients et leurs proches ont davantage d'attentes face aux soins qui leur sont prodigués, à la communication avec les soignants, et à la qualité de l'information reçue. Mieux informés, ils demandent à être plus impliqués dans leurs traitements.

Les conséquences pour le CHUV

Le CHUV devra porter une attention accrue à la qualité de l'information et de la communication patient-soignant s'il souhaite accroître la satisfaction de ses usagers. Il devra donc témoigner d'un effort soutenu en continuant de développer une stratégie d'information et de communication transparente et proactive, notamment en se dotant de nouveaux instruments d'information envers ses partenaires, ses patients et leurs proches.

Enjeu 5 : La lutte contre la pénurie de professionnels

Le contexte

La pénurie de personnel soignant et médical s'accroît. Dans certaines spécialités, elle devient même très critique. Elle est influencée par plusieurs facteurs: le départ à la retraite de nombreux professionnels de la génération des baby-boomers, le nombre insuffisant de personnes formées, la pénibilité du travail dans certains secteurs, la plus grande attention à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et parfois un manque de perspectives de carrière.

De plus, cette pénurie accroît pour les professionnels de la santé les sollicitations et les possibilités de trouver des conditions de travail jugées plus attractives (moins de contraintes de garde), par exemple dans des cliniques ou des cabinets privés.

Les conséquences pour le CHUV

La capacité de l'hôpital à attirer, garder ou même réinsérer les professionnels compétents est déterminante dans un contexte de raréfaction des ressources humaines et de mobilité accrue des professionnels. L'offre du Centre des formations et l'accompagnement pédagogique fourni au sein des services du CHUV constituent un atout : ce dispositif intègre les collaborateurs et soutient leur progression professionnelle dans la durée. Organisée à l'interne ou en partenariat avec d'autres institutions, la formation doit continuer à faire l'objet de développements calqués sur les besoins, y compris en matière d'offre de stages.

La pénurie doit aussi être prévenue en améliorant l'attrait des métiers de la santé aux yeux des jeunes étudiants et en favorisant, dès le niveau pré-gradué, une orientation sur des spécialités où le manque de personnel soignant est particulièrement manifeste. Au niveau post-gradué, les nouveaux plans de formation médicale par filières (ABCDx) permettront d'orienter les carrières en fonction des besoins identifiés pour chaque spécialité. Le développement des filières post-grades dans le domaine santé-social poursuivra les mêmes objectifs. Pour le personnel d'assistance dans le domaine des soins, un programme institutionnel de formation fédérera les professionnels autour d'un noyau dur de compétences communes.

En conclusion, les efforts pour attirer et retenir les collaborateurs doivent porter sur plusieurs tableaux : une politique RH adéquate (formation, conditions, flexibilité), un environnement de travail adapté et agréable, une organisation performante, une recherche proactive des compétences RH, ainsi que des outils de production modernes (infrastructure, équipements, système d'information).

Enjeu 6 : La collaboration avec les partenaires externes

Le contexte

Au cours de ces dernières années, les soins intégrés en réseau se sont fortement développés tout comme les collaborations avec des partenaires publics et privés. La communication et la collaboration avec les médecins de premier recours, qui nous adressent les patients, sont primordiales. Dans le domaine de la recherche, l'industrie privée est de plus en plus intéressée à travailler en partenariat, afin d'avoir accès aux patients et leurs données (biobanques).

Les conséquences pour le CHUV

Ces différentes évolutions impliquent de maintenir l'attractivité de notre Institution aux yeux de nos partenaires : les médecins de ville, les hôpitaux régionaux, les cliniques, les autres cantons. Il s'agit aussi d'assurer, pour la part qui nous revient, l'indispensable coordination de l'ensemble et la continuité de la prise en charge des patients avec son corollaire, la disponibilité des informations cliniques. Le CHUV se doit d'être compétitif et attractif aussi pour des partenariats dans la recherche.

Enjeu 7 : Le manque de surface et le vieillissement de nos infrastructures

Le contexte

Une partie des bâtiments et des plateaux techniques n'est plus adaptée aux exigences actuelles. C'est notamment le cas du bâtiment hospitalier principal du CHUV, ouvert en 1982.

Le CHUV est à l'étroit dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche. Malgré quelques réalisations nouvelles et les délocalisations rendues possibles grâce à l'augmentation de surfaces louées, il manque encore 5'000 m² à la Cité hospitalière. Les prévisions tablaient sur une augmentation de 1% par an des besoins en locaux; or, la croissance de l'activité, elle, est plus élevée : en 2012, l'activité hospitalière a augmenté de 3%, tandis que l'ambulatoire a progressé de 6%. A ce rythme, le déficit en locaux s'aggrave, malgré les constructions planifiées.

L'augmentation de notre activité de base entraîne aussi des besoins en prestations administratives, logistiques et d'exploitation. Jusqu'ici, cette évolution a pu être absorbée par une optimisation des processus de travail et par la mutualisation de fonctions avec d'autres établissements (centrale d'achats, ingénierie biomédicale). Cependant, compliquant la bonne marche des activités, certaines équipes sont réparties sur plusieurs sites, rendant plus difficiles les collaborations et les synergies.

Enfin, nous assistons à une explosion de nouvelles technologies dans les domaines des sciences biomédicales, que ce soit au niveau diagnostique (imagerie, technologies de l'information et de la communication, automation des analyses biomédicales, technologies de séquençage génomique, etc.) et thérapeutique (chirurgie mini-invasive, etc.).

Les conséquences pour le CHUV

De nombreux équipements et plateaux techniques doivent être adaptés aux standards et normes en constante évolution. C'est le cas notamment des blocs opératoires et du plateau technique du BH07. De nouvelles constructions et extensions importantes doivent être planifiées et réalisées pour répondre au manque de surfaces.

Les services de logistiques, administratifs et de support en général doivent répondre à un double enjeu : d'une part, maintenir les niveaux de service pendant les rénovations et les adaptations de l'infrastructure ; d'autre part, étendre les prestations aux nouvelles constructions en visant des gains globaux d'efficacité pour limiter les augmentations des dotations.

Il s'agira par ailleurs de renforcer une veille technologique qui permette, le cas échéant, d'adopter les nouvelles technologies qui nous sont nécessaires. Vu la rapidité avec laquelle ces équipements évoluent, leurs coûts, la formation et l'adaptation des processus de travail qu'ils exigent, un réel travail de priorisation doit être fait, afin de proposer une prise en charge des patients optimale.

Enjeu 8 : Le maintien de l'équilibre économique en accroissant l'efficacité

Le contexte

Les effets du nouveau mode de financement dès 2012 (SwissDRG, ouverture des frontières cantonales et inscription des cliniques sur les listes LAMal), parallèlement à l'accroissement de la concurrence et à la mise en place progressive de benchmarkings entraînent un accroissement de la pression sur les coûts de production, ainsi que sur la capacité d'investissement du CHUV dans un contexte où les moyens financiers sont limités.

Les conséquences pour le CHUV

Les améliorations apportées à l'organisation des soins et aux procédures de prise en charge (centres dédiés, filières) ont pour but d'accroître de façon continue l'efficacité de nos prestations. Ces efforts vont être poursuivis de même que ceux portés sur le développement des indicateurs de performance clinique.

Le plan stratégique en 5 axes

L'analyse des enjeux a conduit à fixer **5 axes** stratégiques qui se déclinent en **28 objectifs** stratégiques prioritaires dont découlent **114 mesures** concrètes. Ceux-ci constituent les solutions que le CHUV entend développer pour répondre aux enjeux décrits dans le chapitre précédent.

Axe 1 : Prise en charge des patients

L'application des nouvelles connaissances médicales et de soins, mais aussi la recherche de nouveaux concepts de prise en charge constituent des éléments centraux pour améliorer en continu la prise en charge des patients.

Objectif 1.1 Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et de leurs proches

Mesures:

- 1.1.1 Poursuivre la mise en œuvre du plan de gouvernance clinique
 - Celle-ci se décline en 5 thèmes :
 - L'information et la participation des patients aux soins
 - La continuité des prises en charge des patients (projets GPS, ERAS)
 - Une assurance qualité par la gestion des risques
 - L'efficacité des prestations
 - Le développement et la pérennisation des compétences cliniques
- 1.1.2 Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique, en veillant à suivre leur impact sur la sécurité et la qualité des soins
- 1.1.3 Poursuivre le développement des prises en charge structurées et des programmes cliniques transversaux
 - Prises en charge structurées : itinéraires cliniques, filières de soins, centres interdisciplinaires.
 - Programmes cliniques transversaux : douleur, escarres, hyperglycémie.
- 1.1.4 Poursuivre le développement des indicateurs cliniques et des tableaux de bord hospitaliers
- 1.1.5 Développer et évaluer de nouveaux modes d'organisation des soins notamment en lien avec la pratique infirmière avancée et favoriser la collaboration interprofessionnelle
- 1.1.6 Intégrer et exploiter les travaux académiques de nature à améliorer les pratiques soignantes en systématisant l'identification et la transmission des problématiques récurrentes de soin à l'IUFRS/UNIL et autres universités / hautes écoles pertinentes.

Objectif 1.2 Développer l'attractivité du CHUV pour les patients, les proches et les partenaires du système de soins

Mesures:

- 1.2.1 Développer une politique et une culture d'accueil des patients et des proches
- 1.2.2 Publier de manière intelligible et transparente pour le grand public des indicateurs cliniques
- 1.2.3 Développer, en collaboration avec la cellule eHealth cantonale, une plateforme informatique qui permette une bonne communication avec les partenaires de soins du réseau

Objectif 1.3 Améliorer et accélérer les procédures de sortie des patients qui n'ont plus besoin du plateau technique et des lits du CHUV

Mesures:

- 1.3.1 Renforcer la collaboration avec le réseau des hôpitaux romands dans le domaine de la médecine primaire, spécialité par spécialité
- 1.3.2 Développer la chirurgie ambulatoire
- 1.3.3 Créer un hôtel patients

Objectif 1.4 Participer aux programmes de santé publique

Mesures:

- 1.4.1 Renforcer les compétences institutionnelles en matière de soins aigus aux seniors
- 1.4.2 Poursuivre les développements en santé mentale
- 1.4.3 Poursuivre les développements dans la prise en charge des populations vulnérables
- 1.4.4 Participer aux programmes cantonaux (diabète, obésité, Alzheimer, Vieillesse & Santé, ...) comme centre expert
- 1.4.5 Développer la prise en charge somatique et psychiatrique des détenus (centres de soins en prison)

Objectif 1.5 Développer des activités de niche spécifiques

Mesures:

- 1.5.1 Créer le Centre de la main
- 1.5.2 Poursuivre et développer les compétences en chirurgie robotique

Axe 2 : Médecine universitaire, enseignement & recherche

Cet axe, cohérent avec le Plan de développement 2012-2015 de la FBM, comprend deux types d'objectifs stratégiques pour renforcer le poids de la médecine universitaire :

- a) Poursuite du développement de pôles prioritaires où des investissements ont déjà été consentis, afin d'affirmer l'excellence et un leadership de la médecine universitaire au niveau suisse.
- b) Développements dans des activités de niche où il existe un besoin avéré et où la concurrence est faible.

Objectif 2.1 Poursuivre le développement de l'oncologie

Mesures:

- 2.1.1 Mettre en œuvre le Département d'oncologie UNIL-CHUV
- 2.1.2 Fédérer et coordonner l'activité oncologique du CHUV autour du Département d'oncologie en favorisant les approches multidisciplinaires (Centres du sein, de la prostate, des tumeurs thoraciques, neuro-oncologiques, ...)
- 2.1.3 Développer l'onco-génétique dans le cadre de la Chaire de génétique
- 2.1.4 Créer un Centre de protonthérapie (sous réserve des décisions de la MHS)
- 2.1.5 Créer les conditions pour le développement de pratiques diagnostiques et thérapeutiques innovantes
 - Laboratoire GMP en oncologie
 - Biobanque oncologique
 - Financement des études cliniques phases I et II
 - Unité de dermato-oncologie
 - Plateforme de radiologie interventionnelle mini-invasive
 - Développement d'une radiochimie diagnostique et thérapeutique
- 2.1.6 Participer à la construction du bâtiment de recherche translationnelle (Agora) qui abritera le Centre suisse du cancer - Lausanne (CHUV, UNIL, EPFL, Fondation ISREC)

Objectif 2.2 Poursuivre le développement du domaine cardiovasculaire

Mesures:

- 2.2.1 Développer la cardiologie pédiatrique
- 2.2.2 Mutualiser l'activité hospitalière cardiologie-cardiologie
- 2.2.3 Créer un Service de chirurgie vasculaire au sein du Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA)
- 2.2.4 Unifier la prise en charge interdisciplinaire des pathologies vasculaires
 - Consultation interdisciplinaire
 - Centre des vaisseaux
- 2.2.5 Consolider la filière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde (STEMI)
- 2.2.6 Développer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale et de la transplantation cardiaque

Objectif 2.3 Poursuivre le développement des neurosciences cliniques

Mesures:

- 2.3.1 Participer au Human Brain Project (HBP)
- 2.3.2 Consolider le Centre Leenaards de la mémoire dans le cadre du Plan cantonal Alzheimer, y compris l'implémentation de l'IRM de recherche
- 2.3.3 Consolider les filières AVC et TCC des urgences à la réhabilitation en collaboration avec l'Institution de Lavigny (projet SUN)
- 2.3.4 Participer au projet de création d'une plateforme de recherche à Lavigny avec le Centre de neuroprothétique de l'EPFL
- 2.3.5 Créer une chaire d'autisme
- 2.3.6 Soutenir le Pôle de recherche national (NCCR) SYNAPSY (mécanismes synaptiques de maladies mentales)

Objectif 2.4 Développer l'infectiologie, l'immunologie et la vaccinologie

Mesures:

- 2.4.1 Développer un Centre de référence en chirurgie septique
- 2.4.2 Créer un Centre en infectiologie de l'hôte immunocompromis
 - Plateforme d'immuno-monitoring clinique
 - Evaluation de la diversité biologique de la réponse immunitaire et de la réponse vaccinale chez les seniors, dans les infections virales, dans les thérapies immunosuppressives et chez les patients transplantés

Objectif 2.5 Poursuivre le développement dans le domaine du métabolisme et de la nutrition

Mesures:

- 2.5.1 Développer le programme de prévention primaire et secondaire du diabète dans le cadre du programme cantonal
- 2.5.2 Consolider la filière de prise en charge de l'obésité adulte et infantile, y compris la chirurgie bariatrique dans le cadre du programme cantonal
- 2.5.3 Créer un Centre translationnel des pathologies métaboliques UNIL-CHUV

Objectif 2.6 Poursuivre et consolider les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV

- Transplantations, traumatologie, brûlures graves, cardiologie (STEMI, ...), neurochirurgie (AVC, ...), oncologie, néonatalogie, etc.

Mesures:

- 2.6.1 Soutenir la relève académique dans ces domaines en encourageant les formations internationales
- 2.6.2 Développer les compétences en soins spécialisés pour soutenir ces activités
- 2.6.3 Soutenir les projets de recherche clinique auprès de la FBM et des instances nationales de recherche

Objectif 2.7 Développer la médecine génomique

Mesures:

- 2.7.1 Développer et consolider la Biobanque institutionnelle de Lausanne UNIL-CHUV (BIL)
- Développer les outils analytiques et informatiques nécessaires en collaboration avec l'UNIL et l'EPFL (digital medicine center)
 - Développer une plateforme de séquençage à haut débit
 - En collaboration avec l'UNIL et la société civile, développer les aspects éthiques, juridiques et sociétaux

Objectif 2.8 Favoriser les interactions entre la recherche et la clinique

Les mesures ci-dessous sont cohérentes avec le contenu du Plan de développement 2012-2015 de la FBM. Les axes prioritaires de ce dernier ont pour objectif de mutualiser l'excellence entre sciences cliniques et sciences fondamentales et de faciliter, valoriser et pérenniser plus spécifiquement la recherche clinique.

Mesures:

- 2.8.1 Favoriser la création de structures réunissant les sciences fondamentales et les sciences cliniques (départements mixtes UNIL-CHUV du type oncologie)
- 2.8.2 Développer les synergies CHUV – IUFERS/FBM dans le domaine des soins et de la collaboration interprofessionnelle en matière de recherche et de pratique clinique
- 2.8.3 Assurer la pérennisation et le développement du Centre de recherche clinique (CRC) à moyen et long terme
- 2.8.4 Renforcer la formation des jeunes chercheurs MD/PhD et introduire une formation en recherche clinique
- 2.8.5 Acquérir un scanner hybride PET/IRM en PPP afin de soutenir le développement clinique et la recherche en oncologie, cardiovasculaire, métabolisme et neurosciences

Objectif 2.9 Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement

Mesures:

- 2.9.1 Soutenir les actions de l'UNIL dans l'augmentation des capacités de formation pré-graduée des médecins
- 2.9.2 Améliorer la qualité et l'organisation des cursus de formation post-graduée médicale
- 2.9.3 Développer les nouvelles technologies en matière d'acquisition de compétences, dont l'e-learning, notamment pour les compétences génériques en matière de soins
- 2.9.4 Participer au projet de création d'un Centre coordonné de compétences cliniques (C⁴), qui se développe dans le cadre du Campus Santé vaudois, en partenariat avec la Haute école de santé Vaud (HESAV), la Haute école de santé La Source (HEdS - La Source), la FBM de l'UNIL et la Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES).

Axe 3 : Ressources humaines

Nos collaborateurs sont, par leurs compétences, leurs qualités et leur esprit d'entreprise, les moteurs de notre succès. C'est avec eux, en les valorisant au moyen d'actions et en investissant dans le domaine de la gestion des ressources humaines que nous construisons l'avenir de notre Institution.

Notre ambition est ainsi de développer et mettre en œuvre une politique de ressources humaines forte qui permette de répondre à l'enjeu de la pénurie de professionnels. L'amélioration et l'optimisation globale de la gestion RH dans tous ses domaines permettra aussi une meilleure valorisation des compétences existantes, d'attirer les meilleurs talents, de les conserver et d'en assurer la relève.

Objectif 3.1 Climat et culture institutionnels : améliorer la satisfaction et le bien-être des collaborateurs et développer un sentiment d'appartenance

Mesures:

- 3.1.1 Développer les trois modèles d'organisation du travail que sont le job sharing, le temps partiel et le télétravail
- 3.1.2 Aménager des modèles d'organisation du temps de travail favorisant le retour à l'emploi après un congé maternité, durant une période d'allaitement ou après une longue absence
- 3.1.3 Augmenter et offrir des places en crèche et garderie correspondant à la demande interne. Proposer une offre de garde d'enfants compatible avec les contraintes d'horaires et de travail de l'Institution
- 3.1.4 Mettre en place une structure de médiation pour les collaborateurs à l'interne
- 3.1.5 Former l'encadrement à la prévention des situations de mobbing et de harcèlement, ainsi que dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail
- 3.1.6 Expliquer les objectifs institutionnels et communiquer régulièrement sur leur degré de réalisation

Objectif 3.2 Gestion prévisionnelle : planifier et anticiper les besoins en ressources humaines et en compétences

Mesures:

- 3.2.1 Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)
- 3.2.2 Identifier les postes, les fonctions, les personnes et les compétences clés de l'Institution et développer un plan de relève. Assurer et planifier la succession des cadres dirigeants, de l'encadrement de proximité et des collaborateurs hautement spécialisés
- 3.2.3 Planifier et orienter les formations médicales post-graduées en fonction des besoins et des orientations fournies par l'Observatoire cantonal de la démographie médicale
- 3.2.4 Développer des programmes de formation dans toutes les filières métiers de l'Institution, afin d'attirer, intégrer et retenir les jeunes collaborateurs et préparer la relève soignante, scientifique et technique. Promouvoir la formation post-grade pour toutes les professions du domaine des soins.

Objectif 3.3 Qualité de notre capital humain : augmenter l'attractivité du CHUV en tant qu'employeur ; recruter, gérer, développer, retenir et assurer la relève de nos talents

Mesures:

- 3.3.1 Augmenter la visibilité du CHUV comme employeur de référence par des actions de marketing RH ciblées, par une présence dans les médias, les réseaux sociaux et les Hautes écoles.
- 3.3.2 Professionnaliser le processus de recrutement et développer un outil de e-recrutement
- 3.3.3 Professionnaliser le processus d'accueil (e-accueil) des nouveaux collaborateurs et introduire un plan d'intégration obligatoire sur les 3 premiers mois. Offrir dans ce cadre des prestations de mentoring
- 3.3.4 Définir et clarifier, par filière de métier, des chemins de carrière ou des plans de carrière et rendre plus visibles ou accessibles les possibilités de mobilité interne et de développement
- 3.3.5 Introduire dans le nouvel outil d'évaluation du personnel (EPI) un chapitre recensant les besoins en mobilité et en développement professionnel. En assurer le suivi tous les 3 ans
- 3.3.6 Identifier les hauts potentiels de l'Institution, les intégrer dans un processus d'assessment, de développement de carrière et le cas échéant dans le plan de relève des cadres
- 3.3.7 Mettre en œuvre la politique cantonale en matière d'égalité femmes et hommes. Evaluer tous les 3 ans via l'outil Logib l'égalité salariale entre femmes et hommes
- 3.3.8 Augmenter le nombre de femmes dans toutes les fonctions d'encadrement, et notamment en promouvant avec le concours de la FBM/UNIL les carrières académiques des femmes médecins notamment au niveau professoral. Augmenter le taux de médecins cadres femmes à 30%, soit 110 femmes d'ici 2018 (2012: 83 femmes sur 366 = 23%)
- 3.3.9 Augmenter les places d'apprentissage hors périmètre des métiers des soins et passer de 185 places d'apprentissage (en 2012) à au moins 250 places en 2018
- 3.3.10 Mettre en œuvre le référentiel de compétence pour l'encadrement et mettre en place un programme de développement et de formation des cadres par filière métier

Objectif 3.4 Fonction RH stratégique et créatrice de valeurs : développer le périmètre, la capacité d'action et de responsabilité de la fonction RH ; moderniser ses outils de gestion

Mesures:

- 3.4.1 Implémenter le nouveau Système d'information et de gestion intégrée des ressources humaines (SIRH)
 - En coordination avec l'UNIL pour assurer la cohérence du paramétrage des fonctions académiques
- 3.4.2 Simplifier les processus RH clés et les automatiser sur la base du nouveau SIRH
- 3.4.3 Numériser les dossiers du personnel et centraliser leur gestion
- 3.4.4 Simplifier la gestion du système du contrôle des temps et implémenter le prochain outil de gestion des temps et de planification des ressources
- 3.4.5 Mettre en place des tableaux de bord RH et mesurer la performance des actions RH
- 3.4.6 Mettre en place une coordination de la gestion des absences, améliorer la qualité et accélérer la prise en charge des personnes en incapacité de travail. Mettre en place un outil de suivi

Axe 4 : Infrastructures, logistique et équipements

Cet axe permettra de répondre à de nombreux enjeux, principalement à celui de la croissance des activités de soins, de formation et de recherche, ainsi qu'au vieillissement des infrastructures et des équipements. Il limitera la saturation chronique du CHUV, favorisera la qualité de la prise en charge des patients, et améliorera les conditions et l'organisation de travail des professionnels de la médecine universitaire. Les constructions ci-dessous font partie du schéma directeur des constructions 2010-2030. Elles nécessiteront d'adapter l'exploitation des bâtiments voisins.

Objectif 4.1 Mettre en œuvre les projets de constructions prioritaires pour renforcer la qualité et l'efficacité des soins et de la recherche

Mesures:

- 4.1.1 Créer le nouvel Hôpital de l'enfant
- 4.1.2 Agrandir le CUTR Sylvana (lits B/C)
- 4.1.3 Participer à la création du bâtiment de recherche translationnelle sur le cancer (Agora)
- 4.1.4 En collaboration avec l'UNIL, créer sur le site du Bugnon des capacités de locaux d'enseignement supplémentaires

Objectif 4.2 Mettre en œuvre les projets prioritaires pour répondre à la croissance de l'activité et à la saturation, tant au niveau des soins que de la recherche

Mesures:

- 4.2.1 Agrandir le Centre coordonné d'oncologie
- 4.2.2 Créer un hôtel patients
- 4.2.3 Déplacer la chirurgie ambulatoire dans le Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont 26, afin d'augmenter les capacités du bloc opératoire principal BH05 en chirurgie lourde
- 4.2.4 Agrandir le bâtiment de l'Hôpital orthopédique
- 4.2.5 Rénover et agrandir l'Hôpital de Cery
- 4.2.6 Aménager une unité d'hospitalisation individualisée au BH19 Sud
- 4.2.7 Poursuivre les regroupements géographiques des pôles d'activités (cliniques, laboratoires de recherche, administration, ...)

Objectif 4.3 Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques

Mesures:

- 4.3.1 Réaliser les travaux aux soins continus, soins intensifs et déchocage
- 4.3.2 Rénover le bloc opératoire du BH05 et construire le bloc opératoire provisoire
- 4.3.3 Reconstruire le bloc opératoire de l'Hôpital orthopédique
- 4.3.4 Robotiser les analyses en microbiologie et fournir des prestations rapides et délocalisées

Objectif 4.4 Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques

Mesures:

- 4.4.1 Terminer l'agrandissement du restaurant du personnel du BH
- 4.4.2 Réaménager les restaurants, cafétérias et snackings en fonction des évolutions de fréquentations afin de contribuer aux indices de satisfaction des patients et des collaborateurs
- 4.4.3 Créer une cuisine primaire, en dehors de la cité hospitalière (préparation, garde-manger, boucherie, sandwicherie, boulangerie, pâtisserie)
- 4.4.4 Augmenter la capacité des cuisines de finition de la cité hospitalière et de celle de Cery dans les surfaces actuelles
- 4.4.5 Robotiser le stock de la pharmacie centrale et automatiser la livraison des médicaments dans les unités de soins
- 4.4.6 Optimiser et tracer les prestations des unités de support
 - Transport de sang et d'échantillons
 - Livraison de marchandises
 - Accompagnements patients
 - Chaîne du froid,
 - etc.
- 4.4.7 Etudier l'opportunité de créer une plateforme logistique commune entre le CHUV et les HUG

Objectif 4.5 Prolonger au CHUV l'engagement du Conseil d'Etat en matière de développement durable

Mesures:

- 4.5.1 Mettre en œuvre les objectifs prioritaires de l'Agenda 21 CHUV
 - Institution respectueuse de l'environnement
 - Optimisation de la consommation des ressources naturelles et énergétiques
 - Pratiques de soins responsables et actions de santé publique
 - Conditions de travail responsables

Axe 5 : Systèmes d'information

Pour la période 2014-2018, le CHUV va poursuivre sa mutation vers un hôpital numérique, dans la droite ligne du schéma directeur des systèmes d'information actuel (2009-2013).

Le CHUV ambitionne de devenir un hôpital « sans papier », soit notamment de disposer d'un dossier patient complètement informatisé et de standards d'échange électronique de données (niveau 7 du modèle d'adoption de technologies élaboré par HIMSS).

Objectif 5.1 Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique

Mesures:

- 5.1.1 Poursuivre et terminer l'implémentation du dossier patient informatisé
- 5.1.2 Intégrer les prescriptions (laboratoires, radiologie, médicaments) et étoffer la documentation clinique (dossiers de spécialités, images non radiologiques, ECG, ...) dans le dossier patient informatisé
- 5.1.3 Créer un entrepôt de données (datawarehouse) de gestion clinique

Objectif 5.2 Améliorer et développer le soutien à la recherche clinique et translationnelle

Mesures:

- 5.2.1 Soutenir le projet de Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL)
- 5.2.2 Créer un datawarehouse pour la recherche clinique

Objectif 5.3 Poursuivre la fiabilisation du système d'information

Mesures:

- 5.3.1 Augmenter la disponibilité et la sécurité du système informatique
- 5.3.2 Assurer la gestion commune et partagée des données de référence (annuaires)

Objectif 5.4 Développer la collaboration et les échanges de données avec nos partenaires

Mesures:

- 5.4.1 Soutenir la stratégie eHealth cantonale et ouvrir le système d'information du CHUV aux partenaires externes et aux patients, dans le respect de la protection des données

Objectif 5.5 Développer l'accessibilité et la mobilité

Mesures:

- 5.5.1 Généraliser les moyens d'accès distants aux ressources informatiques du CHUV (p.ex. accès à l'ensemble informations cliniques du CHUV depuis le domicile d'un médecin de garde)
- 5.5.2 Développer la mise à disposition d'équipements mobiles (tablettes,...) dans les domaines cliniques et logistiques

Cadre organisationnel et financier de la mise en œuvre

Principe de mise en œuvre

La mise en œuvre du plan stratégique reposera principalement sur les services et départements qui devront présenter leurs projets en lien avec les objectifs et les mesures définis dans ce document.

Tous les services cliniques et médico-techniques sont invités à élaborer leur **plan de développement de service** (PDS) pour mi-2013 en fonction des objectifs du plan stratégique institutionnel.

Financement des développements

Ces développements devront prioritairement être mis en œuvre grâce aux ressources propres des services et départements qui devront réorienter leurs activités dans le cadre du plan stratégique.

Subsidiairement, certains projets pourront bénéficier d'un soutien financier temporaire par des fonds institutionnels dédiés.

Soumission et suivi des projets

Les projets de mise en œuvre du plan stratégique seront intégrés dès leur soumission au dispositif de validation, d'évaluation, puis de suivi et de reporting périodique assuré par le Portfolio & Project Management Office (PPMO) Institutionnel du CHUV.

Réallocations et investissements importants

Finalement, les projets qui nécessiteraient, après étude, des réallocations importantes ou des investissements conséquents seront soumis aux décisions respectives du Conseil d'Etat et du Grand Conseil selon les procédures en vigueur.

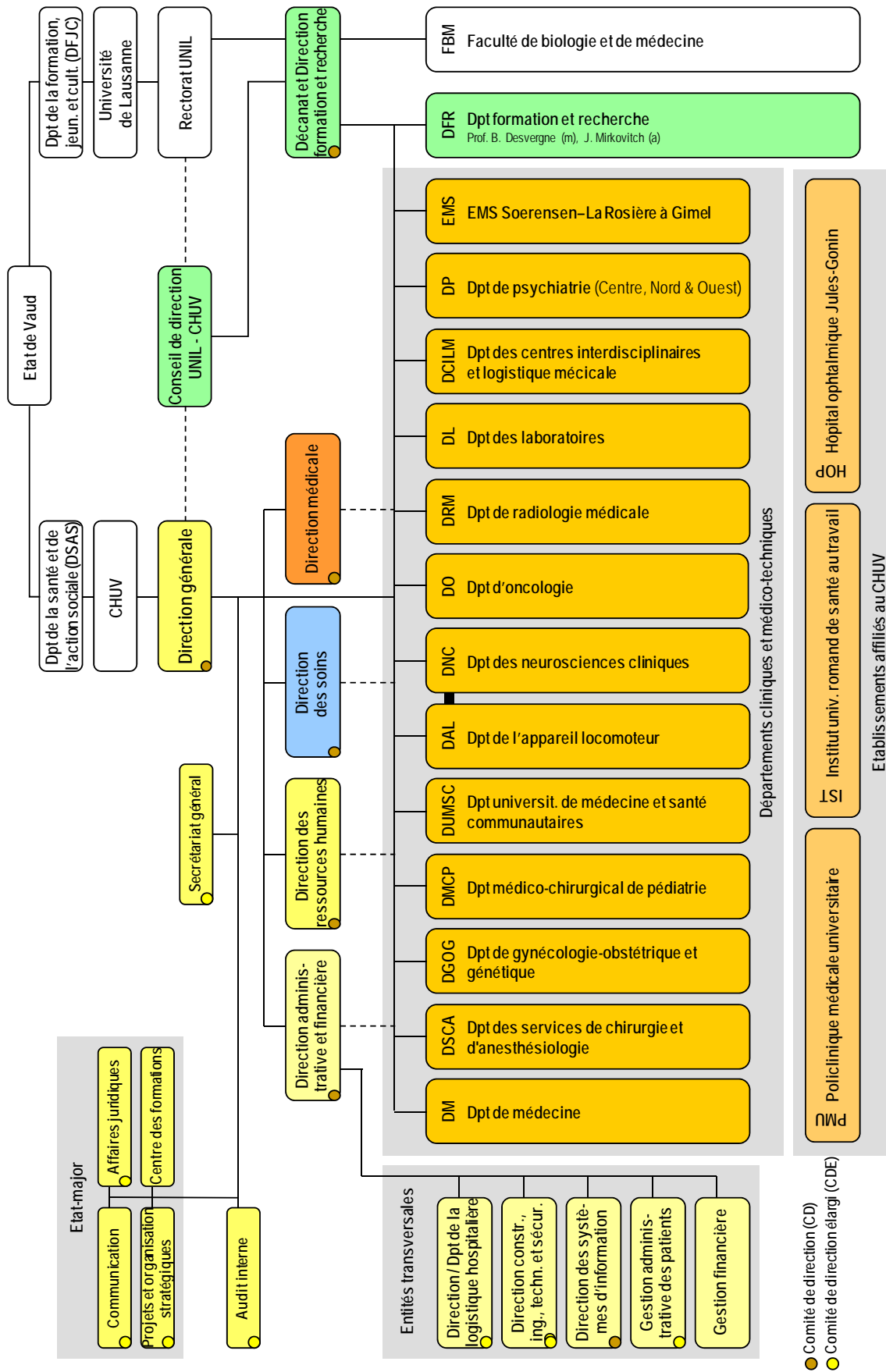
Glossaire

AFP.....	Attestation fédérale de formation professionnelle
ANQ.....	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS.....	Assurance obligatoire des soins
AVC.....	Accident-vasculaire cérébral
BH.....	Bâtiment hospitalier principal du CHUV
BIL.....	Biobanque institutionnelle de Lausanne UNIL-CHUV
BMI.....	Brain and Mind Institute de l'EPFL
C ⁴	Centre coordonné de compétences cliniques
CAF.....	Cardiovascular Assessment Facility – Plateforme de phénotypage cardiovasculaire du rongeur
CFC.....	Certificat fédéral de capacité
CLE.....	Centre des laboratoires d'Epalinges
CMS.....	Centre médico-social
CoLaus	Cohorte lausannoise
CPC.....	Centre de production cellulaire
CRC.....	Centre de recherche clinique du CHUV
CTR.....	Centre de traitement et de réadaptation
CUTR.....	Centre universitaire de traitement et de réadaptation
DD.....	Développement durable
DFJC.....	Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
DGES.....	Direction générale de l'enseignement supérieur
DOPHIN...	Dossier patients hospitalier informatisé, le nom du projet de déploiement du dossier patient informatisé
DRG.....	Diagnosis Related Groups
DSAS.....	Département de la santé et de l'action sociale
DSCA.....	Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie
EMIF.....	Experimental Microsurgery Facility – Plateforme de microchirurgie expérimentale
EMR.....	Electronic Medical Record
EMS.....	Etablissement médico-social
EPFL.....	Ecole polytechnique fédérale de Lausanne
EPI.....	Entretien périodique individuel
EPT.....	Equivalent plein temps
FBM.....	Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL
FHV.....	Fédération des hôpitaux vaudois
FNS.....	Fonds national suisse de la recherche scientifique
GPEC.....	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH.....	Gestion des ressources humaines
HBP.....	Human Brain Project
HES.....	Haute école spécialisée
HESAV.....	Haute Ecole de Santé Vaud
HIMSS.....	Healthcare Information and Management Systems Society
HOJG.....	Hôpital ophtalmique Jules-Gonin
HRM.....	Human Resources Management
HTA.....	Health Technology Assessment
HUG.....	Hôpitaux universitaires de Genève
IC.....	Itinéraire clinique
IRM.....	Imagerie par résonance magnétique
ISREC.....	Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer
IUFRS.....	Institut universitaire de formation et de recherche en soins de la FBM / UNIL
IST.....	Institut universitaire romand du travail

LAMal..... Loi sur l'assurance maladie
Lc65+ Cohorte pour l'observation du vieillissement, de la santé et de la fragilisation
LHC..... Loi sur les Hospices cantonaux
LREN Laboratoire de recherche en neuroimagerie
MAS Master of Advanced Studies
MD Medical Doctor
MEF Mouse Metabolic Facility – Plateforme de recherche métabolique du rongeur
MHS..... Médecine hautement spécialisée
NCCR..... National Centres of Competence in Research, soutenus par le FNS (= Pôle de recherche national (PRN))
OFS..... Office fédéral de la statistique
OFSP Office fédéral de la santé publique
OPAS..... Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PDS..... Plan de développement de service lié au plan stratégique
PEC..... Prise en charge
PhD..... Philosophiæ Doctor (diplôme de doctorat)
PMU Policlinique médicale universitaire
POCT..... Point-of-care testing
PPMO Portfolio & Project Management Office Institutionnel du CHUV
PPP..... Partenariat public-privé
PS Plan stratégique
RH..... Ressources humaines
RLHC Règlement d'application de la Loi sur les Hospices cantonaux
SI..... Système d'information
SIRH Système d'information et de gestion intégrée des ressources humaines
SSC..... Section des sciences cliniques de la FBM (= départements CHUV)
SSF Section des sciences fondamentales de la FBM
STEMI Infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST (ECG)
SUN Service universitaire de neuroréhabilitation (projet)
TCC..... Traumatisme crânio-cérébral
UNIGE Université de Genève
UNIL..... Université de Lausanne

Annexe 1 : Organigramme du CHUV au 1^{er} janvier 2013

Organigramme fonctionnel du CHUV au 1^{er} janvier 2013



CHUV/POS / Version 7.3a du 26.02.2013

Annexe 2 : Couverture des enjeux par les objectifs stratégiques

Le tableau ci-dessous décrit à quel(s) enjeu(x) répond chaque objectif stratégique fixé par le CHUV.

ENJEUX								OBJECTIFS STRATEGIQUES
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
1. Les besoins de santé publique : l'évolution démographique et épidémiologique								
2. La saturation chronique de l'Institution								
3. La préservation de notre compétitivité dans le domaine de la médecine universitaire								
4. La réponse aux attentes de nos patients et de leurs familles								
5. La lutte contre la pénurie de professionnels								
6. La collaboration avec les partenaires externes								
7. Le manque de surface et le vieillissement de nos infrastructures								
8. Le maintien de l'équilibre économique en accroissant l'efficacité								
1. Axe « Prise en charge des patients »								
++	++	++	++	++	++	++	++	1.1 Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et de leurs proches
+	++	+	++	++			++	1.2 Développer l'attractivité du CHUV pour les patients, les proches et les partenaires du système de soins
		+	++		++			1.3 Améliorer et accélérer les procédures de sortie des patients qui n'ont plus besoin du plateau technique et des lits du CHUV
	++	++	+		++	++	++	1.4 Participer aux programmes de santé publique
++	+	+						1.5 Développer des activités de niche spécifiques
+		++					++	
2. Axe « Médecine universitaire, enseignement & recherche »								
++		++	+	+	++			2.1 Poursuivre le développement de l'oncologie
+		++	+					2.2 Poursuivre le développement du domaine cardiovasculaire
+		++	+		++			2.3 Poursuivre le développement des neurosciences cliniques
+		++						2.4 Développer l'infectiologie, l'immunologie et la vaccinologie
++		++	+		++			2.5 Poursuivre le dévelop. dans le domaine du métabolisme et de la nutrition
+		++	+	+		+	+	2.6 Poursuivre et consolider les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV
+		++			+			2.7 Développer la médecine génomique
++		++		+	++			2.8 Favoriser les interactions entre la recherche et la clinique
		++		+	+			2.9 Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement
3. Axe « Ressources humaines »								
		++		++			++	3.1 Climat et culture institutionnels : améliorer la satisfaction et le bien-être des collaborateurs et développer un sentiment d'appartenance
		++		++			+	3.2 Gestion prévisionnelle : planifier et anticiper les besoins en ressources humaines et en compétences
		+		++			++	3.3 Qualité de notre capital humain : augmenter l'attractivité du CHUV en tant qu'employeur ; recruter, gérer, développer, retenir et assurer la relève de nos talents
							++	3.4 Fonction RH stratégique et créatrice de valeurs : développer le périmètre, la capacité d'action et de responsabilité de la fonction RH ; moderniser ses outils de gestion
4. Axe « Infrastructures, logistique et équipements »								
+	++	++	++	++	++	++	++	4.1 Mettre en œuvre les projets de constructions prioritaires pour renforcer la qualité et l'efficacité des soins et de la recherche
+	++	++	+		+	++	++	4.2 Mettre en œuvre les projets prioritaires pour répondre à la croissance de l'activité et à la saturation, tant au niveau des soins que de la recherche
+	++		+	+	++	++	++	4.3 Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques
		++	++	+	+	++	+	4.4 Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques
	+			+		++	++	4.5 Prolonger au CHUV l'engagement du Conseil d'Etat en matière de développement durable
			+	+	+		++	
5. Axe « Systèmes d'information »								
++		++	++	++	++	+	++	5.1 Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique
+		++	++	+	+		+	5.2 Améliorer et développer le soutien à la recherche clinique et translat.
++		++		+			+	5.3 Poursuivre la fiabilisation du système d'information
++		+	+	+	++		++	5.4 Développer la collab. et les échanges de données avec nos partenaires
+						+	++	5.5 Développer l'accessibilité et la mobilité

Légende :



Contribution forte



Contribution partielle



Aucune contribution

Page réservée pour l'annexe:

@<http://dafst.etat-de-vaud.ch:80/sielfstrsv/antilopeFST/annexes/41632.pdf#37>@

PROJET DE DÉCRET

sur le Plan stratégique CHUV 2014-2018

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Art. 1

¹ Le plan stratégique CHUV 2014-2018 est adopté. Il fera l'objet d'un suivi conformément à la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux.

Art. 2

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte, conformément à l'article 84, alinéa 1^{er}, lettre a), de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le .