



*IDENTIFICATION DES
PRESTATIONS
HOSPITALIERES
UNIVERSITAIRES/
TERTIAIRES DANS LE
CANTON DE VAUD*

santé
publique

février 2007

Rapport adopté suite à la consultation finale du
Comité de pilotage

Table des matières

1	LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE	4
2	CONTEXTE.....	5
2.1	FEDERAL.....	5
2.2	VAUDOIS.....	5
2.3	AUTRES CANTONS.....	5
3	OBJECTIF DU PROJET ET MANDAT AU COMITE DE PILOTAGE (COPIL)	6
3.1	OBJECTIF	6
3.2	MANDAT.....	6
3.3	ORGANISATION.....	7
3.4	ATTENTES PREALABLES DES MEMBRES DU COPIL PAR RAPPORT AU PROJET	7
4	OUTIL DE SELECTION DES APDRG ET CAS UNIVERSITAIRES/TERTIAIRES.....	9
4.1	DESCRIPTIF	9
4.1.1	<i>Critères de sélection pouvant être activés ou non.....</i>	<i>10</i>
1.1.1.1	Définition de critères par consensus médical.....	10
1.1.1.1	Définition de critères par l'observation des pratiques	10
4.1.1.1	Critère de coûts	11
4.2	RESULTATS DU SCENARIO RETENU	11
4.2.1	<i>Scénario retenu</i>	<i>11</i>
5	MANDAT DU COPIL AUX GROUPES DE TRAVAIL (GT).....	14
5.1	MANDAT AUX GT.....	14
6	RESULTATS DES TRAVAUX DES GT	16
6.1	PRESTATIONS UNIVERSITAIRES /TERTIAIRES A RETENIR	16
6.1.1	<i>Urologie.....</i>	<i>16</i>
6.1.2	<i>Chirurgie viscérale</i>	<i>17</i>
6.1.3	<i>Chirurgie thoracique et vasculaire</i>	<i>18</i>
6.1.4	<i>ORL.....</i>	<i>19</i>
6.1.5	<i>Orthopédie.....</i>	<i>20</i>
6.1.6	<i>Médecine interne</i>	<i>21</i>
6.1.7	<i>Gastro-entérologie</i>	<i>21</i>
6.1.8	<i>Cardiologie</i>	<i>22</i>
6.1.9	<i>Pneumologie.....</i>	<i>23</i>
6.1.10	<i>Pédiatrie et chirurgie pédiatrique.....</i>	<i>24</i>
6.1.11	<i>Radiologie et médecine nucléaire.....</i>	<i>26</i>
6.1.12	<i>Anesthésiologie</i>	<i>27</i>
6.1.13	<i>Gynécologie et obstétrique.....</i>	<i>27</i>
6.1.14	<i>Autres interventions chirurgicales non traitées par un GT</i>	<i>29</i>

6.1.15	Liste des critères médicaux justifiant un transfert dans un hôpital universitaire/tertiaire de cas ne bénéficiant pas d'une prestation universitaire/tertiaire ou ne correspondant pas à un APDRG totalement ou majoritairement universitaire/tertiaire.....	30
6.2	FORMATION POST-GRADE ET RELEVÉ MÉDICALES.....	30
6.3	COLLABORATION ENTRE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE ET LES AUTRES HÔPITAUX	33
7	CONSTATS DU COPIL SUR LA BASE DU MANDAT DONNÉ AUX GT ET DES RÉSULTATS OBTENUS	35
7.1	DEFINITION DU CHAMP DES PRESTATIONS UNIVERSITAIRES /TERTIAIRES.	35
7.2	RELEVÉ MÉDICAL.....	36
7.3	FORMATION MÉDICALE POST-GRADE.....	36
7.4	RECHERCHE UNIVERSITAIRE	37
7.5	COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX UNIVERSITAIRES ET HÔPITAUX DE SECTEUR	37
7.6	CONCLUSION DU COPIL PAR RAPPORT AUX TRAVAUX RÉALISÉS DANS LES GT	37
8	PROPOSITIONS	39
8.1	MANDAT DES COLLEGES DE MÉDECINS PAR SPÉCIALITÉ	39
9	ANNEXE	40

1 Liste des membres du Comité de pilotage

Marc Diserens	Chef de service SSP (président)
Adrian Griffiths	Chef de division SSP (groupe exécutif)
Dr Pierre Rosset	Médecin responsable SSP (groupe exécutif)
Pierre Hirt	Chef de groupe SSP
Michel Montavon	Chef d'unité SSP (organisation + groupe exécutif)
Bernard Decrauzat	Directeur général Hospices/CHUV
Pascal Rubin	Directeur général adjoint Hospices/CHUV
Dominique Hude	Secrétaire général Hospices/CHUV
Dr Jean-Blaise Wasserfallen	Directeur médical Hospices/CHUV
Robert Meier	Secrétaire général de la FHV
Pierre Loison	Directeur général Hôpital du Chablais
Dr Philippe Saegesser	Médecin Chef Hôpital Riviera
Dr Bertrand Vuilleumier	Médecin Chef Etablissements Hospitaliers du nord vaudois
Dr Benoît Delaloye	Médecin Chef Hôpital du Chablais
Dr Eric Buchser	Médecin Chef Ensemble Hospitalier de la Côte
Dr Georges Dupuis	Chef de service SSP/Valais

2 Contexte

2.1 Fédéral

La planification dite par prestations ressort du projet du Conseil fédéral de révision de la LAMal, qui prévoit le financement à la prestation (par APDRG ou autres systèmes de regroupement de prestations) dans le cadre d'un système concurrentiel de benchmarking. Actuellement, ce projet ainsi que des propositions de modifications sont toujours en discussion au Parlement. Si ce projet est adopté, il y aura lieu de modifier ou adapter le système actuel de planification dit « des infrastructures » afin d'assurer sa compatibilité avec le nouveau système de financement.

Dans l'optique du projet du Conseil fédéral, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a créé un groupe de travail, auquel le SSP-Vaud participe. Ce groupe a été chargé d'établir un mode de planification cohérent avec le financement à la prestation, d'examiner de quelle manière procéder puis de rédiger un «Guide pour une planification liée aux prestations», guide qui a été mis à disposition des cantons en juillet 2005. Ce guide constitue un ensemble de conseils, recommandations et mises en garde pour mettre en place la planification cantonale par prestations.

S'agissant de la planification des prestations hospitalières hautement spécialisées, le Conseil fédéral a demandé aux cantons de se mettre d'accord pour une organisation à l'échelle nationale fixant la répartition de ces prestations entre les différents hôpitaux universitaires. Les discussions ont été menées dans le cadre de la CDS mais le canton de Zürich s'est opposé à l'accord final. Si un accord ne peut être trouvé, le Conseil fédéral établira d'autorité une telle répartition. Dans cette éventualité, l'Office fédéral de la statistique a été chargé de lancer d'ici la fin 2006 une étude dont le but est de déterminer les APDRG qui peuvent être qualifiés d'universitaires ainsi que les prestations hautement spécialisées.

2.2 Vaudois

Dans son rapport au Grand Conseil sur la politique sanitaire de mars 2004, le Conseil d'Etat propose une organisation hospitalière cantonale basée sur 4 centres hospitaliers dont un, le CHUV, qui continuera à assumer, en plus, les prises en charge universitaires / tertiaires.

Le premier centre est prévu pour la région Riviera/Chablais et devrait être fonctionnel d'ici 2012. Une étude qui en propose la taille et traite des aspects économiques, qualitatifs et organisationnels vient d'être terminée. Afin d'assurer la coordination avec le canton du Valais, un représentant de ce canton a été sollicité au sein du comité de pilotage et des groupes de travail mis sur pied dans le cadre du présent projet.

Les premiers travaux de dimensionnement du deuxième centre prévu dans la région du Nord vaudois viennent de démarrer.

Les travaux qui préciseront les missions de ces centres utiliseront les résultats du présent rapport.

2.3 Autres cantons

Une démarche visant à déterminer les prestations universitaires/tertiaires a été réalisée dans le canton de Berne. La liste qui en est résultée a été traduite par le SSP et utilisée dans la présente démarche.

Le canton de Zürich a également entrepris des travaux sur ce sujet.

3 Objectif du projet et mandat au Comité de pilotage (COPIL)

3.1 Objectif

Pour la planification de l'activité hospitalière somatique de soins aigus, le Service de la santé publique souhaite:

- définir le champ des prestations universitaires /tertiaires dans un but de planification à l'aide d'un outil à développer,
- préciser les rôles respectifs de l'hôpital universitaire / hôpitaux spécialisés et des hôpitaux de secteur afin de fixer leurs missions et leur attribuer des mandats spécifiques au sens de l'article 39 de la LAMal.

Ne font pas partie du champ d'investigation, la psychiatrie, la réadaptation et les prestations des cliniques privées.

3.2 Mandat

Pour atteindre cet objectif, le Service de la santé publique a mandaté un groupe partenarial composé de médecins chefs et de directeurs d'hôpitaux représentant les Hospices/Chuv et les établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) (voir ci-dessous les membres du Comité de pilotage). Le mandat du groupe est le suivant:

1. Etablir la typologie ainsi que les critères d'identification médicaux, techniques et économiques des cas universitaires/tertiaires sur la base des informations figurant sur la fiche informatisée de sortie des patients utilisée dans la statistique médicale fédérale. Cette typologie sera basée sur:
 - les informations sur le patient,
 - les codes diagnostiques (CIM-10),
 - les interventions (CHOP).

Afin de réduire et simplifier le volume de cette typologie, il s'agira d'utiliser dans la mesure du possible les systèmes de regroupements utilisés ou en développement (APDRG¹, SwissDRG, voire d'autres systèmes de groupement de prestations plus affinés). Une donnée supplémentaire sur la nature universitaire/tertiaire du patient pourra, cas échéant, être introduite dans le relevé complémentaire cantonal joint à la fiche de sortie.

Les progrès de la médecine exigeront une mise à jour périodique de la typologie.

2. Définir, à partir de la typologie des cas universitaires/tertiaires réalisée ci-dessus, le mandat LAMal avec les missions correspondantes:
 - des hôpitaux de secteur par exclusion des prestations universitaires/tertiaires (liste négative)

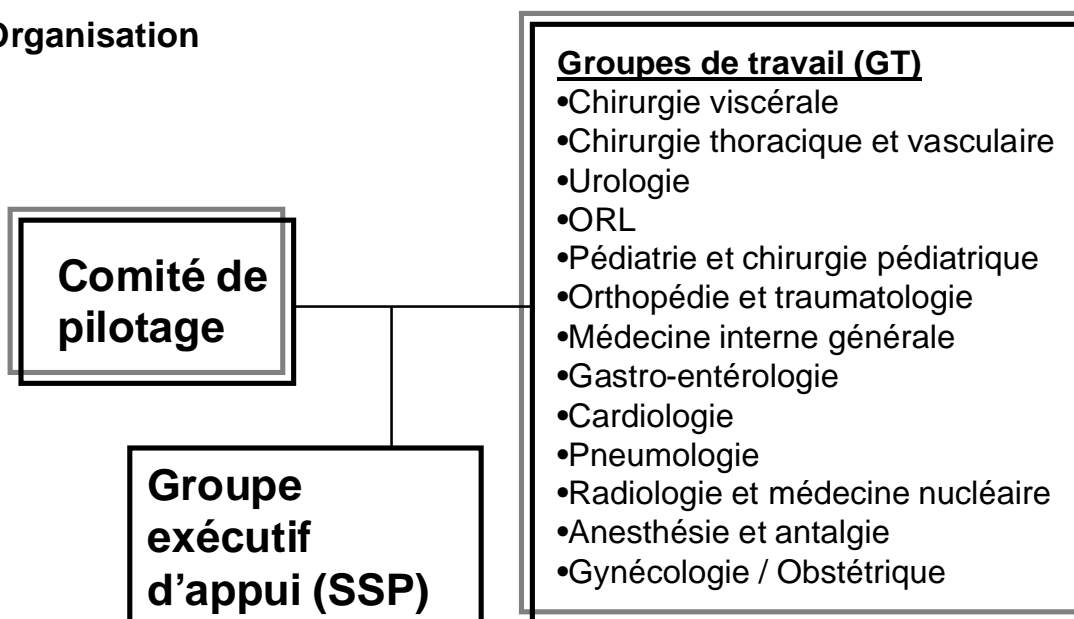
¹ Le lien entre les prestations ou diagnostics et APDRG est établi par un logiciel "groupeur". L'attribution d'un cas à un APDRG par le groupeur est lié à plusieurs paramètres, dont: l'ensemble des prestations fournies au patient (classification des actes CHOP), les diagnostics principal et secondaires (classification des diagnostics CIM), l'âge, les complications, le mode de sortie, etc. Le logiciel étant protégé, le processus de regroupement n'est pas accessible, mais le « manuel des définitions » qui l'accompagne permet d'établir des liens entre les prestations/diagnostics et les APDRG par le biais de codes spécifiques.

- des hôpitaux universitaires/tertiaires ou spécialisés hormis les prestations hautement spécialisées attribuées à des hôpitaux universitaires ou spécialisés d'autres cantons.

Relevons que des mandats universitaires/tertiaires pourront, cas échéant, être attribués à des hôpitaux de secteur ou à des équipes mobiles spécialisées.

3. Proposer une méthodologie pour le dimensionnement des services universitaires/tertiaires ou spécialisés.

3.3 Organisation



3.4 Attentes préalables des membres du COPIL par rapport au projet

SSP-VD

- 1) Etablir les paquets de prestations constituant les mandats hospitaliers qui devront permettre d'en garantir l'économicité, l'atteinte des masses critiques et l'utilisation optimale des ressources existantes.
- 2) Distinguer au minimum les prestations tertiaires qui impliquent des contraintes ou aménagements particuliers des bâtiments en vue de lancer l'appel d'offre pour rédiger le cahier des charge de l'hôpital Riviera/Chablais.
- 3) Elaborer une liste des prestations tertiaires avec une proposition de répartition entre le centre universitaire et les 3 autres centres hospitaliers, sachant que les mandats pour des prestations tertiaires pourront avoir plusieurs formes possibles:
 - § une équipe mobile intervenant sur plusieurs sites,
 - § des prestations fournies sur la base d'une organisation en réseau avec le CHUV,
 - § une équipe sur un seul site avec l'équipement requis.

SSP-VS

- § Veiller à ce que les missions ou paquets de prestations accordés aux hôpitaux régionaux ou de secteur atteignent les masses critiques du point de vue de la qualité et de l'économicité des prestations.

FHV:

- § Faire en sorte que les hôpitaux régionaux restent attractifs.
- § Maintenir les pôles de compétences développés dans les hôpitaux de zone.
- § Associer les médecins des hôpitaux à la démarche.
- § Garantir une bonne accessibilité sur l'ensemble du territoire cantonal à des prestations de qualité pour chaque habitant.
- § Associer et reconnaître les hôpitaux de la FHV pour la formation médicale et faire en sorte que les personnes formées aient par la suite une bonne perspective d'insertion dans le système.
- § Ne centraliser que les prestations dont la masse critique en terme de qualité et d'économicité est atteinte à l'échelle cantonale uniquement.
- § Eviter que le développement de prestations au niveau du CHUV se fasse au détriment des hôpitaux de zone. Les hôpitaux de zone pourraient également, cas échéant, bénéficier de mandat pour des prestations tertiaires.

Hospices/CHUV:

- § Améliorer les procédures pouvant aboutir à une extension des prestations spécialisées dans les hôpitaux de zone, cela implique d'associer les Hospices/CHUV dans de tels cas de figure.
- § Planifier les prestations tertiaires en fonction des conventions intercantionales existantes et futures.
- § Viser les économies d'échelle.
- § Veiller à ne pas affaiblir le CHUV vis-à-vis des autres centres universitaires suisses.
- § Formaliser les rôles respectifs des Hospices et des autres hôpitaux en matière de formation des médecins.
- § Favoriser et encourager la mobilité des médecins entre le CHUV et les hôpitaux régionaux.

4 Outil de sélection des APDRG et cas universitaires/tertiaires

A notre connaissance et après recherche, nous n'avons pas trouvé d'outils disponibles permettant de sélectionner les APDRG et cas nécessitant une prise en charge de nature universitaire/tertiaire. Nous avons donc développé une application permettant de réaliser cet objectif à partir des données de la statistique médicale des hôpitaux vaudois de soins aigus somatiques reconnus d'intérêt public (RIP). Le présent chapitre décrit l'outil développé et montre les résultats obtenus avec le scénario retenu.

4.1 Descriptif

La précision des rôles respectifs de l'hôpital universitaire / tertiaire et des hôpitaux de secteur afin de fixer leurs missions au sens de l'article 39 de la LAMal (Voir « Mandat du COPIL »), nécessite un outil paramétrable utilisable pour la planification cantonale.

L'outil développé permet de :

- sélectionner les cas universitaires/tertiaires en activant ou non l'un ou plusieurs des 6 critères de sélection décrits ci-dessous. Chaque combinaison de critères activés constitue un scénario. La qualité de la discrimination universitaire/tertiaire de chaque combinaison de critères sera évaluée en fonction du nombre de cas sélectionnés et de la proportion effective des cas hospitalisés en hôpital universitaire /tertiaire par rapport à l'ensemble des hôpitaux;
- établir les listes par spécialité médicale des APDRG sélectionnés à partir des critères activés;
- caractériser chaque APDRG par catégorie d'hôpital (universitaire, de zone et régionaux) par le nombre de cas et les équivalents en journées et en lits nécessaires calculés à partir de la durée moyenne de séjour (DMS) standard attribuée à l'APDRG.

Les données utilisées sont celles de la statistique médicale hospitalière 2003. Le modèle prend en compte l'APDRG dit « statistique » qui pour les cas transférés est celui de l'hôpital universitaire d'accueil du patient. Notons qu'une fois transféré, le patient est enregistré comme un nouveau cas dans l'hôpital universitaire. Toutefois, l'outil ne comptabilise pas deux fois le même cas.

Sachant que les données transmises par les cliniques privées sont actuellement de qualité médiocre une intégration de leurs données n'est pas souhaitable en l'état actuel.

Via son site internet, l'Institut de santé et d'économie (ISE) fournit la version de la liste des APDRG avec leur "cost-weight" et leur durée moyenne de séjour standard.

Pour chaque scénario défini par les critères de sélection activés, l'outil indique :

- le nombre d'APDRG sélectionnés,
- le nombre et le pourcentage de cas appartenant à la sélection choisie et la part de ces cas pris en charge dans les hôpitaux universitaires,
- le cost-weight et la durée moyenne de séjour standard par APDRG de la sélection qui permet ensuite le calcul d'équivalents en journées et lits nécessaires.

L'outil indique également les nombres de cas par discipline médicale (chirurgie, médecine interne, gynécologie/obstétrique, orthopédie, pédiatrie, etc.).

4.1.1 Critères de sélection pouvant être activés ou non

1.1.1.1 Définition de critères par consensus médical

Liste des APDRG universitaires/tertiaires définie par l'ISE (1^{er} critère)

En 2000, lors de l'élaboration du cadre de référence pour la planification cantonale, l'Etat de Vaud a mandaté l'Institut de santé et d'économie (ISE) qui a fait appel à un groupe de consensus de médecins pour définir une liste des APDRG universitaires/tertiaires (cf. annexe). Notons que cette liste peut évoluer dans le temps en fonction l'évolution des pratiques médicales. Elle a notamment été complétée de deux APDRG sur les naissances de très faible poids.

Les 30 APDRG de cette liste qui sont **totalemment universitaires/tertiaires** appartiennent à une des catégories suivantes:

- Craniotomies et interventions majeures de la tête et du cou
- Interventions majeures sur le système nerveux
- Polytraumatismes graves ou sévères
- Interventions ophtalmiques majeures
- Interventions cardiovasculaires majeures
- Leucémies aiguës
- Grands brûlés
- Greffes sur la colonne vertébrale
- Transplantations d'organes
- Grands prématurés

Liste complétée par le SSP (2^{ème} critère)

Partant du constat que l'ensemble des cas appartenant à un des APDRG de la liste de l'ISE ne représentait qu'une très faible partie des cas généralement considérés comme universitaire/tertiaire (1.6% alors qu'il est généralement admis que cette part est supérieure à 10%. Voir chapitre scénario retenu ci-dessous), le SSP a revu la liste ISE sur une base élargie notamment en fonction de la fréquence des cas admis en hôpital universitaire/tertiaire. Cette démarche a permis de rajouter 45 APDRG supplémentaires à la liste des APDRG à considérer comme **totalemment universitaire/tertiaire** (cf. annexe).

1.1.1.1 Définition de critères par l'observation des pratiques

Pourcentage minimum des cas traités en hôpital universitaire par rapport à l'ensemble des cas de chaque APDRG (3^{ème} critère)

Cette définition part de l'hypothèse que la détermination des APDRG universitaires/tertiaires peut être déduite de la pratique observée. Ainsi les APDRG dont les patients sont très majoritairement hospitalisés en hôpital universitaire sont à considérer comme essentiellement universitaires/tertiaires. Concrètement, l'hôpital universitaire (CHUV, Hôpital ophtalmique, Hôpital orthopédique et Hôpital de l'enfance) représente environ le 40% de la capacité totale des hôpitaux de soins généraux du réseau cantonal d'intérêt public (RIP). Il est raisonnable de considérer que les APDRG dont la part des cas hospitalisés en hôpital universitaire dépasse de manière importante ce seuil de 40% sont donc à considérer comme des **APDRG majoritairement universitaires/tertiaires**.

Après quelques tests, il a été convenu qu'on pourrait considérer un APDRG comme majoritairement universitaire/tertiaire à partir du constat que 80% ou plus de ses cas sont hospitalisés à l'hôpital universitaire/tertiaire, c'est-à-dire le double du pourcentage des APDRG susmentionné dont les cas se

répartissent normalement en fonction de la capacité hospitalière mise à disposition. De plus, pour éviter la prise en compte d'APDRG à très faible effectif dont la répartition aléatoire des cas peut faussement indiquer une nature universitaire/tertiaire, les APDRG retenus devaient avoir un minimum de 10 cas (voir annexe).

Cas intracantonaux transférés d'un hôpital non universitaire vers un hôpital universitaire ou un hôpital traitant de tels cas (par exemple : Morges, chirurgie cardiaque) (4^{ème} critère)

Les définitions des APDRG universitaires/tertiaires par appréciation médicale ou par analyse des pratiques ne permet pas de retenir l'ensemble des cas à considérer comme universitaires/tertiaires. En effet, les cas qui ne se retrouvent pas dans les APDRG précédemment définis mais qui doivent être transférés en hôpital universitaire/tertiaire du fait de leur grande sévérité ou des risques encourus importants sont également à intégrer dans les cas universitaires/tertiaires. Ainsi, les cas transférés qui ne sont pas compris dans les APDRG totalement ou majoritairement universitaires/tertiaires sont considérés comme universitaires/tertiaires bien que certains transferts soient liés à des indisponibilités en lits de l'hôpital d'accueil. Ainsi, **ce critère qualifie d'universitaire/tertiaire uniquement le cas mais pas l'APDRG auquel il appartient.**

Cas hors canton transférés à hôpital universitaire (5^{ème} critère)

Les définitions des APDRG universitaires/tertiaires par appréciation médicale ou par observation des pratiques ne permet également pas de retenir l'ensemble des cas en provenance d'autres cantons hospitalisés en hôpital universitaires/tertiaire. Comme pour les cas de transferts intracantonaux, ces cas en provenance d'autres cantons doivent être considérés comme universitaires/tertiaires même si une part en principe très restreinte est liée à des indisponibilités de lits. Comme le précédent, ce critère **qualifie d'universitaire /tertiaire le cas mais pas l'APDRG qui lui correspond.**

4.1.1.1 Critère de coûts

Cost-weight minimum (CW min.) de chaque APDRG (6^{ème} critère)

Ce critère part du principe que les APDRG dont l'indice de coût (cost weight) dépasse une valeur minimum fixée (CW min) peuvent être considérés comme partiellement universitaires/tertiaires. Différentes valeurs de ce critère de référence « cost-weight minimum » ont été testées. Mais vu le manque de discrimination de ce critère, celui-ci n'a pas été activé dans le scénario retenu. En effet, **les APDRG à indice de coût élevé et les cas qu'ils comprennent n'ont pas forcément un caractère universitaire /tertiaire.**

4.2 Résultats du scénario retenu

Parmi les 70 scénarios de combinaison des 6 critères susmentionnés faits, le scénario suivant a été retenu par le COPIL.

4.2.1 Scénario retenu²

A partir des données de la statistique médicale 2003, le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus en activant les 5 premiers critères susmentionnés.

² Les résultats de ce scénario ont été présentés dans le cadre du groupe de la CDS "Planification hospitalière liée aux prestations". Ils figurent en annexe du rapport produit, intitulé "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations" publié en juillet 2005. Toutefois, les résultats figurant dans ce rapport diffèrent légèrement des résultats présentés ci-dessus. En effet, suite aux discussions ultérieures dans les GT et au sein du SSP, les résultats actuels intègrent des adaptations apportées à la liste du SSP et à l'introduction du nombre limite de 10 cas apportée au critère de 80% d'hospitalisation en hôpital universitaire.

Les résultats figurant dans le tableau sont obtenus par l'addition successive de critères activés en partant du haut (Liste ISE) vers le bas (Cas hors cant. univ.). Les valeurs indiquent donc l'effet du critère supplémentaire lorsqu'il est ajouté aux critères activés qui le précèdent. Ainsi, la dernière ligne "Total" porte sur la sélection de l'ensemble des 5 critères activés du scénario.

<u>Critères activés</u>	Nb suppl. d'APDRG concernés / Total APDRG	% des cas concernés / Total des cas	Part des cas en hôp. univ. des APDRG concernés	<i>Pour info !</i> CW moyen /DMS calc /Equivalents en lits
liste ISE des APDRG univ.	30 /620	1.6 %	91%	2.48 / 11 j / 58 lits
+ liste complétée des APDRG univ.	+ 45 /620	+ 3.5 %	+ à 88 %	2.21 / 9.5 j / +105 lits
+ 80 % cas minimum en hôp. univ. (sans APDRG < 10 cas)	+ 21 /620	+ 2.8%	+ à 88 %	1.75 / 8 j / +48 lits
+ cas transférés univ. (APDRG non univ)	+ 268 /620	+1.5 %	+ à 2 %	1.63 / 8 j / + 42 lits
+ cas hors cant. univ. (APDRG non univ)	+ 176 /620	+3.0 %	(+ à 5 %)*	1.50 / 7.8 j / + 74 lits
TOTAL scénario retenu avec les 5 critères activés	540 (96 APDRG univ) /620	12.4 %		1.50 / 7.9 j / 327 lits

APDRG univ./tertiaires
 APDRG majoritairement univ./tertiaires
 APDRG non univ./tertiaires

(*) Il s'agit des cas hors canton par rapport à l'ensemble des cas des hôpitaux vaudois pour les APDRG concernés (APDRG qui présentent des cas hors canton)

On constate que ce scénario retient dans son ensemble 12.4% des cas hospitalisés (~13'000 cas) comme cas universitaires/tertiaires (dernière ligne du tableau). Cette part est bien comprise entre les 10 à 16% des cas généralement constatés³ et retenus par les experts du domaine. Pour un taux d'occupation de 85% et une durée moyenne de séjour calculée de 7.9 jours, ce sont environ 330 lits qui sont nécessaires pour hospitaliser l'ensemble des cas universitaires/tertiaires.

Ainsi la liste ISE qui définit 30 APDRG **totale-ment universitaires/tertiaires** ne concerne que 1.6% des cas hospitalisés dans le canton de Vaud (1^{ère} ligne). Parmi ces 1.6%, 91% étaient hospitalisés à l'hôpital universitaire (CHUV, Hôpital orthopédique, Hôpital ophtalmique et Hôpital de l'enfance), les 9% restant dans les autres hôpitaux du canton. Les cas ainsi sélectionnés avaient un cost weight moyen de 2.48, une durée moyenne de séjour (DMS) de 11 jours et occupaient 58 lits en moyenne sur l'année.

L'addition des 45 APDRG de la liste complétée par le SSP (2^{ème} ligne) rajoute 3.5% de cas **total-ment universitaires/tertiaires** dont 88% sont bien hospitalisés en hôpital universitaire soit un total de 5.1% de cas totalement universitaires/tertiaires. Les cas retenus par ces 45 APDRG avaient un cost weight moyen de 2.21, une DMS de 9.5 jours et occupaient un équivalent de 105 lits sur l'année.

³ Voir rapport SCRIS de mars 1998 "Approche régionale de l'hospitalisation dans les hôpitaux du réseau d'intérêt public de soins aigus du canton de Vaud en 1996"

Le critère, basé sur l'analyse des pratiques (3^{ème} ligne) avec un minimum de 80% de cas en hôpital universitaire pour un minimum de 10 cas⁴, retient 21 APDRG à considérer comme **majoritairement universitaire/tertiaire**, ce qui représente 2.8% supplémentaires de cas universitaires/tertiaires dont 88% sont hospitalisés en hôpital universitaire. Le cost weight de 1.75 de ces 21 APDRG supplémentaires est un peu moins lourd que ceux des deux premiers critères de même qu'est un peu plus courte leur DMS établie à 8 jours. Ces 21 APDRG représentent un équivalent de 48 lits. Ainsi, l'ensemble des cas totalement et majoritairement universitaires/tertiaires, dont la liste figure en annexe, représente 7.9% des cas dont 88% sont bien à l'hôpital universitaire/tertiaire.

Nous avons également constaté que si l'on active uniquement le 3^{ème} critère sans les deux premiers critères, ce sont 84 APDRG qui sont sélectionnés représentant 6.8% des cas hospitalisés dont 92.5% sont bien en hôpital universitaire. Ainsi, ce critère basé uniquement sur l'observation statistique permet à lui seul de sélectionner une grande partie des cas appartenant aux 96 APDRG totalement ou majoritairement universitaires/tertiaires.

L'activation supplémentaire des critères "Cas transférés en hôpital universitaire" et "Cas hors canton hospitalisés en hôpital universitaire" rajoutent respectivement 1.5% et 3.0% de cas considérés comme universitaires/tertiaires mais n'appartenant pas à un APDRG que l'on peut qualifier de totalement ou majoritairement universitaire/tertiaire. Les cas sélectionnés par ces deux critères concernent 444 APDRG (268+176) mais respectivement que 2% et 5% des cas des APDRG concernés hospitalisés dans les hôpitaux vaudois.

⁴ La prise en compte des APDRG sélectionnés mais avec moins de 10 cas ajouterait 20 APDRG mais seulement 67 cas supplémentaires. Des effectifs inférieurs à 10 cas ne permettent pas de confirmer la nature universitaire/tertiaire des APDRG concernés.

5 Mandat du COPIL aux Groupes de travail (GT)

A partir des résultats obtenus avec l'outil décrit ci-dessus, le COPIL convient qu'une précision de leurs champs respectifs définis par interventions (code CHOP) et diagnostics (CIM-10) doit être faite et que, si cela n'est pas possible, un descriptif médical sous forme de texte doit être donné.

Le COPIL retient les spécialités suivantes⁵ qui sont communes aux hôpitaux universitaires et aux hôpitaux de zone ou de secteur:

- Urologie
- Chirurgie viscérale
- Chirurgie thoracique et vasculaire
- ORL
- Orthopédie
- Pédiatrie et chirurgie pédiatrique
- Médecine interne générale
- Gastro-entérologie
- Cardiologie
- Pneumologie
- Radiologie et médecine nucléaire
- Anesthésie et antalgie
- Gynécologie et obstétrique

Chacune de ces spécialités fera l'objet d'un groupe de travail spécifique.

S'agissant des soins intensifs, un groupe est déjà constitué. Il examinera s'il y a lieu de préciser le champ, la taille et l'équipement des unités de soins intensifs des hôpitaux de secteur.

En outre, un groupe "Urgences préhospitalières et hospitalières" sera constitué ultérieurement avec un mandat différent des autres groupes.

Chaque groupe sera constitué d'un représentant du CHUV et de représentants de la FHV des secteurs Ouest, Nord et Est ainsi qu'un représentant du Réseau Santé Valais, tous médecins chefs des hôpitaux des secteurs vaudois et du Chablais valaisan de la spécialité.

5.1 Mandat aux GT

Dans le courrier qu'il a adressé à chaque participant, le COPIL a défini le mandat des groupes de travail comme suit:

"Chaque groupe de travail doit permettre aux spécialistes de chaque domaine médical d'élaborer ensemble un mode de fonctionnement en réseau dynamique et adaptatif, basé sur une répartition claire des prestations dans le domaine des soins et de la formation post-grade et continue.

⁵ Ne sont pas comprises dans la liste ci-dessus les spécialités suivantes qui sont propres à l'hôpital universitaire: neurologie, neurochirurgie, endocrinologie, allergologie, hématologie, dermatologie y compris traitement des grands brûlés, rhumatologie, ophtalmologie, néphrologie, oncologie spécialisée,...

Dans cette perspective, chaque groupe devra répondre aux questions suivantes :

1. Prestations universitaires/tertiaires :

Parmi les diagnostics ou prestations de votre spécialité, regroupés en APDRG, lesquels doivent être pris en charge dans un milieu universitaire/tertiaire ?

2. Evolution de la situation :

Compte tenu de l'intention annoncée dans le rapport de politique sanitaire de rationaliser les soins aigus par un regroupement en trois centres hospitaliers plus le CHUV, la répartition entre diagnostics ou prestations universitaires/tertiaires devra-t-elle être modifiée ou pas ? Si oui, quels sont les diagnostics ou prestations concernés ?

3. Démographie médicale et formation :

Quelle est l'évolution prévisible de votre spécialité et comment envisagez-vous la formation de la relève ?

4. Relations entre l'hôpital universitaire et les centres hospitaliers :

Quelles sont actuellement les relations concernées dans votre spécialité, et quelles sont celles qui devraient être développées ultérieurement pour pouvoir assumer les missions de formations post-grade et continue ? Ces développements ont-ils des répercussions sur la répartition des prestations universitaires/tertiaires évoquées ci-dessus ?"

En outre, une liste des critères de transfert à l'hôpital universitaire/tertiaire devra être établie.

6 Résultats des travaux des GT

Les travaux des GT, pour leur spécialité respective, ont portés sur :

1. les prestations universitaires/tertiaires à retenir ainsi que la liste des critères justifiant le transfert dans un hôpital universitaire/tertiaire de cas ne bénéficiant pas des prestations retenues;
2. le devenir de la formation et de la relève médicales;
3. la collaboration actuelle et future entre l'hôpital universitaire et les autres hôpitaux.

Le tableau ci-dessous porte sur les prestations universitaires/tertiaires à retenir et indique:

- les APDRG totalement ou majoritairement universitaires/tertiaires sélectionnés par l'outil à partir du scénario retenu
- les prestations universitaires figurant sur la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No) et vues par le GT
- l'avis du GT précisant les prestations universitaires/tertiaires à retenir sous forme de texte tiré du procès verbal et validé ultérieurement par le GT

6.1 Prestations universitaires /tertiaires à retenir

6.1.1 Urologie

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
Totalement pas	Changement de sexe /CHOP > 64.43, 64.5, 70.61" Prothèses péniennes /CHOP > 64.95, 64.97" Reconstruction de l'urètre /CHOP > 58.45-58.46	Aucune des prestations urologiques n'est de l'avis général une prestation réellement universitaire, à part éventuellement les rares reconstructions complexes de l'urètre et/ou de la vessie. A noter que les transplantations rénales ne sont pas du ressort des urologues. Un Service cantonal d'Urologie est souhaité. Il permettrait de regrouper les volumes opératoires entre les sites en profitant des compétences individuelles de médecins urologues hospitaliers non concurrents car faisant partie du même Service.

6.1.2 Chirurgie viscérale

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement</p> <p>302/T/ Transplantation rénale</p> <p>480/T/ Transplantation hépatique</p> <p>286/T/ Interventions sur les surrénales et l'hypophyse</p> <p>794/T/ Diagnostics de polytraumatisme grave, avec complication majeure non traumatique</p> <p>805/T/ Transplantation simultanée de rein et de pancréas</p> <p>Majoritairement</p> <p>293/M/ Autres interventions sur le système endocrinien, troubles nutritionnels, métabolisme, sans cc</p> <p>156/M/ Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodenum, < 18 ans</p> <p>153/M/ Interventions sur le gros intestin et l'intestin grêle, sans cc</p> <p>191/M/ Shunt intra-abdominal et interventions sur le pancréas et le foie, avec cc</p> <p>555/M/ Interventions sur le pancréas, le foie, les voies biliaires, sauf transplantation de foie, avec cc majeure</p>	<p>Réssection de l'œsophage /CHOP>42.40-42.69</p> <p>Interventions importantes sur le pancréas, le foie et le complexe vésicule / voies biliaires telles que: hépatectomies majeures. /CHOP> 50.3, 50.4, 52.51-52.59, 52.6, 52.7</p> <p>Transplantation du foie /CHOP > 50.51-50.59</p> <p>Transplantation de reins /CHOP > 55.61-55.69</p> <p>Transplantation de la peau /CHOP > 46.97</p> <p>Transplantation du pancréas /CHOP > 52.81-52.86</p> <p>Transplantation de la rate /CHOP > 41.94</p>	<p>Oesophage : cette chirurgie nécessite un certain volume et surtout des soins intensifs reconnus performants. Certains cas sont plus faciles que d'autres, mais il est reconnu unanimement que la chirurgie du 1/3 supérieure est plutôt universitaire.</p> <p>Chirurgie colorectale : à part éventuellement les colectomies totales avec reconstruction, toute équipe avec un nombre suffisant de cas est habilitée à pratiquer cette chirurgie. Les rares cas de chirurgie de l'incontinence anale avec pose de stimulateurs sont également plutôt universitaires.</p> <p>Chirurgie hépato-biliaire et pancréatique : cette chirurgie dépend beaucoup des équipes en place et tout hôpital avec une bonne expérience et des soins intensifs reconnus est habilité à la pratiquer. L'infrastructure et l'expérience sont cruciales.</p> <p>Chirurgie bariatrique : c'est plus un problème d'équipe et de prise en charge globale que de pur geste technique. La présence d'une équipe pluridisciplinaire est indispensable, et une accréditation par l'OFAS est nécessaire actuellement pour le paiement LAMAL.</p> <p>Chirurgie oncologique « lourde » : les gestes opératoires nécessitant une logistique particulière et/ou une équipe pluridisciplinaire pas toujours présente, comme p.ex. la chirurgie des sarcomes, les perfusions extracorporelles sont plutôt du ressort d'un centre universitaire.</p> <p>La chirurgie des complications : les complications majeures sont souvent universitaires, de même que la chirurgie lourde avec comorbidités majeures. Il s'agit alors plus d'un problème anesthésiologique et de suites opératoires.</p>

6.1.3 Chirurgie thoracique et vasculaire

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement</p> <p>795/T /Transplantation pulmonaire</p> <p>103/T /Transplantation cardiaque</p> <p>104/T /Interventions sur les valves cardiaques, avec cathéterisme</p> <p>108/T /Autres interventions sur le coeur et le thorax sans malformations congénitales</p> <p>106/T /Pontage coronaire, avec cathéterisme cardiaque</p> <p>809/T /Autres interventions cardiothoraciques avec anomalie congénitale infantile</p> <p>546/T /Pontage coronaire, avec cc majeure</p> <p>112/T /Interventions cardiovasculaires percutanées</p> <p>538/T /Interventions thoraciques majeure, avec cc majeure</p> <p>545/T /Interventions de valve cardiaque, avec cc majeure</p> <p>547/T /Autres interventions cardiothoraciques, avec cc majeure</p> <p>105/T /Interventions sur les valves cardiaques, sans cathéterisme</p> <p>808/T /Interventions cardiovasculaires percutanées avec infarctus aigu, décompensation cardiaque ou choc</p> <p>550/T /Autres interventions vasculaires, avec cc majeure</p> <p>549/T /Interventions cardiovasculaires majeures, avec cc majeure</p> <p>107/T /Pontage coronaire, sans cathéterisme cardiaque</p> <p>110/T /Interventions cardiovasculaires majeures, avec cc</p> <p>737/T /Révision de shunt ventriculaire, < 18 ans</p>	<p>Interventions importantes au thorax telle la résection pulmonaire (lobectomie /pneumectomie) /CHOP > 32.3-32.9</p> <p>Endoprothèses pulmonaires / implantation de stent /CHOP > 31.93, 33.48-33.49"</p> <p>Transplantation du poumon /CHOP > 33.50-33.52</p> <p>Transplantation cardiaque /CHOP > 33.6, 37.5"</p>	<p>Chirurgie thoracique</p> <p>Le volume opératoire en chirurgie thoracique et vasculaire, sur la base de la statistique hospitalière 2003 et 2004, montre que le nombre d'interventions est assez limité.</p> <p>Dans les hôpitaux de la FHV, la chirurgie thoracique est pratiquée par des chirurgiens généraux formés à cette spécialité dans des hôpitaux de taille appréciable et disposant de Soins Intensifs performants, condition indispensable pour pouvoir faire cette chirurgie. Dans la mesure où il y a une équipe performante et expérimentée, il n'y a pas de raison d'interdire cette chirurgie dans les centres périphériques. Le problème fondamental tient à la formation en chirurgie thoracique, qui s'est radicalement modifiée depuis peu, et le profil de nos nouveaux chirurgiens chefs d'hôpitaux périphériques est celui d'un chirurgien viscéral et général, avec une formation limitée voire inexistante en chirurgie thoracique. Les chirurgiens thoraciques du XXIème siècle seront des chirurgiens spécialistes, et aucun hôpital, même de 350 lits, ne saurait avoir une activité suffisante pour occuper à plein temps un chirurgien thoracique spécialisé. Il est probable qu'après le départ à la retraite des chirurgiens généraux et thoraciques formés à la « vieille école » de la chirurgie générale, cette spécialité sera progressivement centralisée. Cette chirurgie nécessite un certain volume opératoire pour garder la compétence des équipes et assurer la sécurité des patients, en tout cas pour la chirurgie thoracique majeure.</p> <p>Chirurgie vasculaire</p> <p>Il y a de moins en moins d'opérations, de plus en plus d'actes endo-vasculaires faits par des radiologues interventionnels ou par certains chirurgiens vasculaires formés. Il y a de plus en plus de patients très âgés, poly-morbides, diabétiques, dont la durée de séjour est très élevée, et qui ont besoin d'une chirurgie très péri-</p>

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
<p>Majoritairement</p> <p>5 /M /Interventions vasculaires extracrâniennes</p> <p>117 /M /Révision de pacemaker cardiaque excepté remplacement d'appareil</p>		<p>phériques.</p> <p>Comme en chirurgie thoracique, la formation s'est spécialisée, et peu de chirurgiens viscéraux développent une spécialisation supplémentaire en chirurgie vasculaire, cette spécialité devenant exclusive et le profil de nos chirurgiens chefs d'hôpitaux étant quasi exclusivement celui d'un chirurgien viscéral et général.</p> <p>A la différence de la chirurgie thoracique, la chirurgie vasculaire, exception faite de la chirurgie de l'aorte, ne nécessite pas un plateau technique particulier ou des Soins Intensifs performants. Elle pourrait techniquement se faire sans difficulté en périphérie si un chirurgien vasculaire expérimenté est à disposition, même à temps partiel, et si un système de garde pour les complications éventuelles est mis sur pied.</p> <p>En ce qui concerne la chirurgie des veines périphériques (varices), tous les chirurgiens généraux sont actuellement en mesure de fournir des prestations de qualité.</p>

6.1.4 ORL

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement</p> <p>786 /T /Interventions majeures de la tête et du cou pour affections malignes</p> <p>Majoritairement</p> <p>52 /M /Palatoplastie et réparation de fente labiale et palatine</p>	<p>"Reconstruction des lèvres et du palais /CHOP > 27.54-27.59, 27.62-27.63, 27.69"</p> <p>"Interventions importantes dans la région buccale /CHOP > 25.3-25.4, 25.59"</p> <p>Implantation de prothèses de la cochlée /CHOP > 20.96-20.98</p>	<p>Il semble admis sans discussion que certaines prestations devraient être réservées à des centres spécialisés, essentiellement celles qui impliquent une collaboration pluridisciplinaire, comme les reconstructions complexes de la face et certaines rares tumeurs nécessitant un abord intracrânien, comme certains cancers de l'oreille externe et de l'arrière nez.</p>

6.1.5 Orthopédie

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement</p> <p>794 /T /Diagnostics de polytraumatisme grave, avec cc majeure non traumatique</p> <p>793/T /Interventions pour polytraumatisme sévère excepté craniotomie, avec cc majeure non traumatique</p> <p>806 /T /Arthrodèse vertébrale combinée antérieure et postérieure avec cc</p> <p>732 /T /Autres interventions pour polytraumatisme grave</p> <p>Majoritairement</p> <p>807 /M /Arthrodèse vertébrale combinée antérieure et postérieure sans cc</p>	<p>Prothèse de la main (élective) /CHOP > 81.73</p> <p>Arthroscopie de la hanche /CHOP > 80.25</p> <p>Réimplantations (greffes d'articulations ou de membres sectionnés) /CHOP > 84.21, 84.23-84.24, 84.26-84.29"</p> <p>"Interventions sur la colonne vertébrale /CHOP > 80.09, 80.19, 80.39, 80.49, 80.50-80.59, 80.79, 80.89, 80.99, 81.00-81.09, 81.30-81.39, 81.61"</p> <p>Toutes les prestations spécialisées de chirurgie de la main /CHOP > 82.51-82.89</p>	<p>A part quelques cas clairement universitaires et relativement rares, ce sont les compétences locales qui influencent principalement la prise en charge ou les transferts.</p> <p><u>Prestations 100 % universitaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les polytraumatisés graves (i.e. atteinte de 3 systèmes au moins, et qui tous vont aux soins Intensifs) - l'oncologie musculo squelettique, en tous cas indiscutablement pour les tumeurs primaires, mais aussi pour la majorité des tumeurs métastatiques quoique la prise en charge en périphérie des cas simples ne pose pas de problèmes. - Les réimplantations de membres ou de segments de membres. <p><u>Prestations principalement universitaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La chirurgie orthopédique pédiatrique nécessite une équipe dédiée, au vu de la relative rareté des cas et de la nécessité de garder un volume critique suffisant pour maintenir ses compétences. - La traumatologie pédiatrique est un sujet qui a donné lieu à des discussions nourries entre partisans de la centralisation et pragmatiques expliquant que le volume de cette patientèle en périphérie est très important et rend indispensable la prise en charge en périphérie de la traumatologie courante, dans la mesure où l'orthopédiste responsable a acquis une formation spécifique. L'importance d'un réseau structuré est encore une fois mise en évidence. - La chirurgie rachidienne complexe (grandes déformations, rachis dégénératif...) est essentiellement universitaire. Pour la chirurgie du rachis en général, une équipe avec un orthopédiste spécialisé, un neurochirurgien et un excellent service de physiothérapie est indispensable.

6.1.6 Médecine interne

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement</p> <p>576 /T /Leucémie aiguë, avec cc majeure</p> <p>125 /T /Affections circulatoires excepté infarctus du myocarde, avec cathétérisme cardiaque, sans diagnostic complexe</p> <p>577 /T /Maladies myéloprolifératives & néoplasmes peu différenciés, avec cc majeure</p> <p>11 /T /Néoplasmes du système nerveux, sans cc</p> <p>44 /T /Infections aiguës majeures de l'oeil</p> <p>10 /T /Néoplasmes du système nerveux, avec cc</p> <p>403 /T /Lymphome, leucémie non aigue, avec cc</p>	<p>Pas</p>	<p>Peu de maladies sont 100 % universitaires, à part :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les leucémies aiguës - Les patients instables nécessitant des gestes techniques spécialisés - Certaines raretés neurologiques, inflammatoires, hématologiques ou néphrologiques. <p>Les transferts au CHUV en médecine interne concernent essentiellement des patients en soins intensifs, en raison de saturation chronique de ces derniers, ou des cas nécessitant des mesures diagnostiques ou thérapeutiques n'existant pas sur place, comme des actes de radiologie interventionnelle particuliers par exemple.</p>

6.1.7 Gastro-entérologie

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Majoritairement pas</p>	<p>Pas</p>	<p>Peu de « maladies » gastro entérologiques sont à priori « universitaires » à part:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. les insuffisances hépatiques aiguës fulminantes, qui souvent nécessitent une transplantation et qui devraient même être orientées vers Genève b. les complications chez les transplantés du foie ou du pancréas c. les pancréatites graves (Ranson de plus de 4 ou 5), mais ce sont plutôt des cas de soins intensifs <p>En ce qui concerne les prestations gastro-entérologiques, on considère comme universitaires celles qui nécessitent un plateau technique cher et sophistiqué, ainsi que celles qui sont très rares, et qui</p>

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
		<p>nécessitent une certaine masse critique pour optimiser la formation et la qualité. Par exemple :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les endosonographies hautes 2. la photothérapie avec des lasers spéciaux 3. toutes les prestations qui nécessitent de la radiologie interventionnelle 4. certaines prestations rares ou potentiellement dangereuses comme les dilatations des achalasia et de certaines sténoses intestinales. <p>Un cas particulier est celui des ERCP (cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique), c'est une des grosses pierres d'achoppement, car la couverture de cette prestation est loin d'être uniforme, certaines régions (l'Ouest vaudois en particulier) étant nettement mieux pourvue que d'autres.</p>

6.1.8 Cardiologie

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement 125 /T /Affections circulatoires excepté infarctus du myocarde, avec cathétérisme cardiaque, sans diagnostic complexe</p> <p>Majoritairement 124 /M /Affections circulatoires excepté infarctus du myocarde, avec cathétérisme cardiaque, avec diagnostic complexe</p>	<p>pas</p>	<p>La cardiologie s'occupe du diagnostic et du traitement non opératoire des maladies cardio-vasculaires. Cette spécialité est en constante évolution et a connu plusieurs révolutions successives, tant en imagerie diagnostique qu'en traitement plus ou moins invasifs. La vision à 10 ans est impossible, tant sont rapides les changements dans ce domaine.</p> <p>Cardiologie « universitaire »</p> <p>Dans le canton de Vaud, aucune prestation cardiologique invasive n'est effectuée dans les hôpitaux de la FHV, les seules salles de cardiologie invasives étant au CHUV et dans 2 cliniques privées.</p> <p>On considère donc comme universitaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. toute maladie cardio vasculaire nécessitant un acte technique (dilatation,

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
		<p>stent...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. certains infarctus répondant à certains critères (p. ex. résistant à la thrombolyse...) 3. tous les syndromes coronariens aigus nécessitant une angiographie et/ou une dilatation ou un stent 4. les cardiomyopathies réfractaires (ad transplantations ou cellules souches...) 5. les valvulopathies décompensées nécessitant un traitement chirurgical. 6. les troubles de la conduction nécessitant un traitement invasif <p>Dans les futurs hôpitaux de secteur de 300 à 400 lits, la possibilité d'avoir une salle de cardiologie invasive doit être envisagée, mais il n'y a aucune urgence de prendre une telle décision. Un centre de cardiologie invasive, outre un plateau technique de environ 1,5 millions de Fr, nécessite du personnel technique spécialisé difficile à trouver et la rentabilité d'un tel service devra être prise en compte. Il faudra également prendre en compte la saturation chronique des soins intensifs du CHUV, où on doit régulièrement refuser des patients ou en transférer dans d'autres services.</p> <p>La salle de cardiologie invasive du CHUV est ouverte tous les jours, 24h sur 24h, et nécessite une « masse critique » importante pour remplir sa mission de formation et de recherche.</p>

6.1.9 Pneumologie

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
<p>Majoritairement 740 /M /Mucoviscidose</p>		<p>Les maladies pulmonaires qui devraient être centralisées en milieu universitaire ne sont pas nombreuses, et de l'avis général, il s'agit indiscutablement de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tout ce qui tourne autour de la transplantation pulmonaire (centralisée au CHUV pour toute la Suisse romande).

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
		<p>2. la mucoviscidose pour l'essentiel, même s'il est bien sûr admis que des services équipés en périphérie peuvent aussi traiter occasionnellement des surinfections.</p> <p>3. les hypertensions artérielles pulmonaires sévères.</p> <p>4. la tuberculose multi résistante.</p> <p>5. certaines maladies interstitielles.</p> <p>Certaines prestations pneumologiques devraient également être centralisées, en tenant compte des compétences individuelles et de la nécessité d'avoir un plateau technique particulier et lourd. Il s'agit naturellement d'avoir une vision souple, des techniques lourdes et chères (comme les bronchoscopies interventionnelles guidées par échographie trans bronchique, ou utilisant des lasers sophistiqués) seront éventuellement « démocratisées » dans quelques années. Certains centres de compétences et d'excellence existent en dehors des centres universitaires, ils sont liés à des raisons locales historiques, comme, par exemple, le Centre valaisan de pneumologie pour les thoracosopies.</p> <p>Il faut noter aussi que certaines prestations pneumologiques sont faites parfois par d'autre spécialistes pour des raisons historiques locales (les ORL au CHUV p.ex. pour des prestations sur l'arbre respiratoire supérieur)</p>

6.1.10 Pédiatrie et chirurgie pédiatrique

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	Avis du GT (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement</p> <p>602/T /Nouveau-nés, poids à la naissance < 750 g, sortis vivant d'hôpital</p> <p>603/T /Nouveau-nés, poids à la naissance < 750 g, morts</p> <p>606/T /Nouveau-nés, poids 1 - 1, 49 kg, avec interventions significatives,</p>	<p>Syndromes liés à des malformations importantes /CIM ></p> <p>âge =<28 jours</p> <p>Q00-Q07, Q11, Q18, Q20-Q21, Q24-Q26, Q39, Q41-Q42, Q76.0</p> <p>Nouveaux-nés nécessitant une prise en charge médicale intensive /CIM ></p>	<p>1. Néonatalogie : les nouveaux-nés de moins de 32 semaines ou nécessitant des soins intensifs ou des mesures thérapeutiques particulières</p> <p>2. Tous les patients nécessitant des soins intensifs de pédiatrie</p> <p>3. Oncologie : essentiellement universitaire, même si certains traitements peuvent parfaitement être suivis en pé-</p>

APDRG sélectionnés par l'outil	Prestations de la liste bernoise	Avis du GT
No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	(intitulé /CIM ou CHOP > No	(tiré de la fiche PV)
<p>vivant</p> <p>615/T /Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, avec interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples</p> <p>622/T /Nouveau-nés, poids > 2, 49 kg, avec interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples</p> <p>623/T /Nouveau-nés, poids > 2, 49 kg, avec interventions significatives, sans problèmes majeurs multiples</p> <p>604/T /Nouveau-nés, poids à la naissance 750-999 g, sortis vivant d'hôpital</p> <p>607/T /Nouveau-nés, poids 1 - 1, 49 kg, sans interventions significatives, vivant</p> <p>624/T /Nouveau-nés, poids > 2, 49 kg, avec interventions abdominales mineures</p> <p>611/T /Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples</p> <p>617/T /Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, sans interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples</p> <p>612/T /Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur</p> <p>626/T /Nouveau-nés, poids > 2, 49 kg, sans interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples</p> <p>613/T /Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec problème mineur</p> <p>614/T /Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec autres problèmes</p> <p>618/T /Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur</p> <p>737/T /Révision de shunt ventriculaire, < 18 ans</p> <p>609/T /Nouveau-nés, 1.5-1.99 kg, avec interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples</p> <p>610/T /Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, avec interventions significatives,</p>	<p>âge=< 7 jours</p> <p>P03, P05, P07, P10, P20-22, P28-29, P36, P52, P55, P57, P60, P80, P91</p>	<p>riphérie</p> <p>4. Néphrologie : les dialyses pédiatriques sont universitaires.</p> <p>5. Cardiologie : tout ce qui nécessite de la cardiologie interventionnelle, certaines arythmies</p> <p>6. Pneumologie</p>

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
<p>sans problèmes majeurs multiples</p> <p>616/T /Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, avec interventions significatives, sans problèmes majeurs multiples</p> <p>Majoritairement</p> <p>780 /M /Leucémie aiguë sans intervention chirurgicale majeure, < 18 ans, avec cc</p> <p>608 /M /Nouveau-nés, poids 1 - 1, 49 kg, morts</p> <p>633 /M /Anomalies congénitales, multiples, autres et non spécifiées, avec cc majeure</p> <p>634 /M /Anomalies congénitales, multiples, autres et non spécifiées, sans cc majeure</p> <p>637 /M /Nouveau-nés, décédés durant les 2 premiers jours de vie, nés à l'hôpital</p> <p>638 /M /Nouveau-nés, décédés durant les 2 premiers jours de vie, nés ailleurs</p> <p>156 /M /Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodenum, < 18 ans</p>		

6.1.11 Radiologie et médecine nucléaire

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
<p>Majoritairement</p> <p>112/M /Interventions cardiovasculaires percutanées</p> <p>409/M /Radiothérapie</p>	<p>Neuroradiologie interventionnelle /CHOP > 39.72, 39.79, 87.02, 92.30"</p> <p>Tomographie par émission de positrons (PET) /CHOP > 92.11</p> <p>Thérapies protoniques ou par rayonnement /CHOP > 92.33</p>	<p>Aucune prestation radiologique n'est a priori tertiaire, sauf celles qui nécessitent un matériel particulièrement coûteux (angioplasties, cardiologie invasive)</p>

6.1.12 Anesthésiologie

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
		<p>Dans la mesure où le plateau technique est aux normes et que des cas "lourds" sont opérés, il y aura de bons anesthésistes qui pourront maintenir leurs compétences.</p> <p>Il n'y a pas réellement de cas universitaires en soi, tout dépend des équipes en place et des compétences locales.</p>

6.1.13 Gynécologie et obstétrique

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
<p>Totalement 650/T /Césarienne à haut risque, avec cc majeure</p> <p>Majoritairement 652/M /Accouchement vaginal à haut risque avec stérilisation, et/ou dilatation et curetage</p>	<p>Accouchement à haut risque (vaginal ou césarienne) naissance < 34 semaines, poids nouveau-né < 2 Kg /CIM > O15</p> <p>Accouchement planifié de naissances multiples (3 et plus nouveaux-nés) /CIM > O30.1-O30.2, O30.8-O30.9, O31"</p> <p>Autres opérations d'aide à l'accouchement /CHOP > 75.2, 75.32, 75.39"</p>	<p>Obstétrique</p> <p>Les Nouveaux nés de moins de 2 Kg et/ou de moins de 34 semaines (qui ont 50 % de risques de développer une détresse respiratoire et/ou une hypoglycémie, et qui ont des DMS de plus de 16 jours) sont dans le contexte actuel et de l'avis général plutôt du ressort de centres spécialisés de néonatalogie, mais il s'agit plus d'un problème de pédiatres que d'un problème d'obstétriciens.</p> <p>Les grossesses à haut risque (grossesses multi-fœtales, prééclampsies sévères 34 à 36 semaines) sont aussi plutôt du ressort du CHUV.</p> <p>La radiologie interventionnelle en obstétrique (p.ex. embolisations en cas d'hémorragie massive) est également plutôt du ressort du CHUV.</p> <p>Gynécologie</p> <p>Certaines raretés impliquant des équipes pluri-disciplinaires devraient être centralisées, p. ex pour les malformations urogénitales complexes et les reconstructions complexes, et il semble que le volume d'une telle activité soit si faible qu'un seul Centre sur toute la Suisse pourrait suffire si on veut assurer la quali-</p>

APDRG sélectionnés par l'outil No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	Prestations de la liste bernoise (intitulé /CIM ou CHOP > No	<u>Avis du GT</u> (tiré de la fiche PV)
		<p>té liée à l'expertise et aux volumes critiques.</p> <p>En ce qui concerne l'oncologie, il est clair que la qualité des résultats dépend des compétences individuelles et d'une masse critique, et certaines interventions nécessitent parfois une approche multi disciplinaire.</p> <p>Le CHUV estime que l'oncologie devrait être centralisée, dans les mains d'une équipe qui a de la routine et du volume, seule la chirurgie du cancer du sein a une masse critique plus facile à atteindre. Les cancers de la vulve et du col devraient être centralisés, de même que ceux de l'ovaire et de l'endomètre, où il faut parfois la collaboration des chirurgiens viscéraux ou des urologues. Par centralisation, il entend la constitution d'une équipe compétente qui peut être constituée de médecins du CHUV et de spécialistes venant des hôpitaux périphériques.</p> <p>Cet avis n'est pas du tout partagé par les autres représentants, qui pensent que certaines compétences peuvent être apportées dans les hôpitaux périphériques par des spécialistes travaillant dans plusieurs centres ou par des collègues de disciplines différentes, telles que des chirurgiens viscéraux ayant des compétences particulières en oncologie.</p>

6.1.14 Autres interventions chirurgicales non traitées par un GT

APDRG sélectionnés par l'outil	Prestations de la liste bernoise	
No / T ou M (totalement ou majoritairement univ./tert.) /intitulé	(intitulé /CIM ou CHOP > No	

Grands brûlés

Totalement		
472/T /Brûlures étendues avec interventions chirurgicales	Grands brûlés /CIM > T29.2-T29.3	Compris dans la liste ISE d'APDRG totalement universitaires/tertiaires
457/T /Brûlures étendues sans interventions chirurgicales	T29.6-T29.7	
459/M/ Brûlures non étendues, avec débridement de plaie ou autres interventions	T30.2-T30.3 T30.6-T30.7	

Neuroendocrinologie

Totalement		
286/T/ Interventions sur les surrénales et l'hypophyse	Chirurgie neuroendocrinienne /CHOP > 07.13-07.15, 07.17, 07.51-07.79"	Compris dans la liste complétée par le SSP d'APDRG totalement universitaires/tertiaires

Greffes de moelle

Totalement		
904/T /Allogreffe de moelle osseuse [donneur non géno-identique]	Transfusion autologue et allogène de cellules de moelle osseuse, transplantations osseuses /CHOP > 41.00-41.09	Compris dans la liste complétée par le SSP d'APDRG totalement universitaires/tertiaires
905/T /Transplantation autologue de moelle osseuse [Phase a: prélèvement]		
906/T /Transplantation autologue de moelle osseuse [Phase b: transplantation]		

Ophthalmologie

Totalement		
36/T /Interventions sur la rétine	Toutes les prestations spécialisées en ophtalmologie /CHOP > 08.61-08.74, 09.71-09.73, 11.61-11.69, 14.00-14.02, 14.26-14.27, 14.71-14.79 , 16.01-16.09, 16.1, 16.3-16.69, 16.82"	Compris dans la liste complétée par le SSP d'APDRG totalement universitaires/tertiaires
42/T /Interventions intraoculaires excepté rétine, iris, cristallin		
37/T /Interventions sur l'orbite		
Majoritairement		
41 /M /Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite, < 18 ans		
40 /M /Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite, > 17 ans		
45 /M /Affections neurologiques de l'oeil		

6.1.15 Liste des critères médicaux justifiant un transfert dans un hôpital universitaire/tertiaire de cas ne bénéficiant pas d'une prestation universitaire/tertiaire ou ne correspondant pas à un APDRG totalement ou majoritairement universitaire/tertiaire

La liste retenue a été soumise à l'ensemble des GT. Elle constituera la référence justifiant le transfert d'un cas à considérer comme universitaire/tertiaire qui a priori ne bénéficiera pas de prestation universitaire/tertiaire ou ne devrait pas être attribué à un APDRG retenu comme totalement ou majoritairement universitaire/tertiaire. Ainsi, tout APDRG non universitaire/tertiaire peut potentiellement intégrer un cas universitaire/tertiaire.

- 1. Multipathologie dont les risques pour le patient ou la complexité de la prise en charge exige un transfert**
- 2. Risques particuliers liés à la conjugaison d'autres facteurs**
- 3. Cas particulièrement lourd et complexe**
- 4. Cas rare nécessitant une prise en charge spécifique**

Remarques :

- La saturation d'un service n'est pas considérée comme un critère médical.
- Le médecin ayant demandé le transfert est compétent pour sa justification à partir des présents critères de transfert.

6.2 Formation post-grade et relève médicales

Le tableau ci-dessous regroupe les réponses de chaque GT demandé par le COPIL sur les perspectives de formation et de relève médicales de la spécialité avec leur appréciation du risque de pénurie en médecins de la spécialité.

Réponses des GT et probabilité de pénurie à moyen et long terme de médecins formés de la spécialité (o = oui, n = non; très probable: oo; probable: o; incertaine. o/n; improbable: n; très improbable: nn).

Spécialité	Avis du GT (tiré de la fiche PV)	Probabilité de pénurie
Urologie	L'avenir semble assez sombre à moyen terme. Dans cette spécialité, les vocations sont peu nombreuses notamment du fait de la rémunération insuffisante des prestations.	oo
Chirurgie viscérale	Cette spécialité semble aller vers une pénurie. La présence d'un réseau structuré faciliterait grandement la rotation et la formation des spécialistes.	o/n
Chirurgie thoracique et vasculaire	Tant la chirurgie thoracique que la chirurgie vasculaire sont devenues depuis quelques années des spécialités à part entière, exigeant un long cursus, et peu de chirurgiens généraux ou viscéraux sont en mesure de consacrer le temps nécessaire à une formation complète supplémentaire dans une de ces 2 spécialités. Le profil type des chirurgiens chefs d'hôpital périphérique actuellement est	o

Spécialité	Avis du GT (tiré de la fiche PV)	Probabilité de pénurie
	celui d'un chirurgien général ou viscéral.	
ORL	La masse critique pour la formation des spécialistes, même pour les gestes « banaux » en ORL est souvent limitée, et un fonctionnement en réseau avec des assistants en formation mobiles et avec l'ensemble des médecins ORL hospitaliers du canton faisant partie du même Service cantonal d'ORL multi-sites serait la meilleure solution pour garantir une ORL de proximité et de qualité, en exploitant au mieux les compétences de chacun.	o
Orthopédie	<p>Il y a un grand intérêt pour cette spécialité, offrant une vaste palette de prestations techniques, mais il est clair que la relève dépend essentiellement de la qualité de la formation. A Lausanne, il n'y a aucun problème de recrutement.</p> <p>Il faut noter qu'il y a un réel danger à établir des règles pour le secteur public et pas pour le secteur privé, en raison du risque majeur de fuite des chefs de clinique vers le secteur privé, dû également aux conditions salariales du secteur public, qui incite les cadres des services universitaires à se spécialiser et à chercher de meilleures conditions de vie et de salaire dans le privé.</p> <p>Un réseau avec des échanges de compétences et d'assistants est indispensable.</p>	nn
Pédiatrie et chirurgie pédiatrique	<p>Cette spécialité semble aller vers une pénurie. Il faudrait 1 pédiatre pour 2500 enfants, on en a en Suisse 1 pour 2300, mais ces chiffres ne correspondent pas à la réalité, car plus de 80 % des pédiatres sont des femmes, dont beaucoup ne travaillent pas à 100 %.</p> <p>La FMH prévoit pour la pédiatrie 3 voies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pédiatrie « de cabinet » - spécialité particulière - pédiatrie hospitalière 	o/n
Médecine interne générale	<p>Quarante à cinquante assistants sont engagés annuellement dans le Département de Médecine interne du CHUV. Une partie de ces assistants sont de passage dans un programme de formation en médecine générale et la grande majorité vise une formation en médecine interne pure (FMH médecine interne) et/ou spécialités proches (FMH cardiologie, pneumologie, néphrologie, etc...)</p> <p>Le danger relevé par les participants sont les modifications récentes de la FHM. En effet, certaines spécialités (cardiologie, gastro-entérologie..) imposent qu'un nombre limité d'années de médecine interne pour favoriser une entrée plus rapide dans la spécificité de la spécialité. Ceci est un bouleversement dans les plans de formation. Avant l'introduction de ces nouveaux règlements, tous les spécialistes étaient issus d'un tronc commun (FMH en médecine interne avec au minimum 5 ans de formation postgrade) et une sous-spécialité (2-3 ans par exemple pour l'endocrinologie, cardiologie etc...). Ces changements auront un impact certain d'ici quelques années car l'ensemble des spécialistes qui n'auront dès lors plus ou peu de médecine interne dans leur formation initiale seront probablement plus capables de gérer des cas polymorbides qui représentent la grande majorité des patients hospitalisés. Ceci devrait susciter un effort de l'ensemble des hôpitaux périphériques et universitaires pour préserver fortement ce plan de formation en médecine interne générale au risque de voir se développer une médecine universitaire qui représenterait qu'une succession de spécialistes, sans aucune coordination interne, sans vision globale. Pour rappel, la mission universitaire est d'assurer une formation et une relève pour l'ensemble du canton : omnipraticiens, généralistes, internistes et spécialistes, y compris médecins chefs des hôpitaux périphériques qui doivent formellement avoir et maintenir une vision générale du patient.</p>	o
Gastro-entérologie	Il y a un gros intérêt pour cette spécialité, offrant une vaste palette de prestations diagnostiques et thérapeutiques, mais le goulet majeur, c'est la formation. La FMH exige que les futurs spécialistes passent par 2 centres de formation différents. Un réseau structuré pourrait permettre aux assistants en formation de	nn

Spécialité	Avis du GT (tiré de la fiche PV)	Probabilité de pénurie
	tourner dans les divers hôpitaux du réseau.	
Cardiologie	Il semble de l'avis général qu'on aille vers une pénurie de cardiologues. Il faudrait 32 cardiologues par million d'habitants, mais le nombre de places de formation est insuffisant. Il y a une forte demande en cardiologues « non invasifs ».	o
Pneumologie	<p>Il n'y a pas de pénurie de pneumologues en vue, cette spécialité est attractive, elle offre au spécialiste une vaste palette allant des tests diagnostiques simples à des prestations techniques hautement spécialisées, et les statistiques ainsi que les prévisions laissent augurer une augmentation des maladies pulmonaires chroniques.</p> <p>Le service universitaire, responsable de la formation pré-graduée, a également un rôle prépondérant dans la formation post-graduée des assistants et chefs de clinique de la spécialité. Cette responsabilité nécessite d'avoir un bassin de population important pour offrir l'occasion aux futurs pneumologues d'effectuer un nombre de gestes suffisants, une solution pourrait être la constitution de liens structurés entre les centres de formation, pour pouvoir faire des rotations d'assistants sur les sites où certains gestes sont fréquents.</p>	nn
Radiologie et médecine nucléaire	<p>Pas de pénurie à court et moyen terme, mais à long terme une pénurie pourrait se profiler.</p> <p>Notons que les radiologues tentent de développer de plus en plus d'actes dévolus à d'autres disciplines (coloscopies virtuelles, cardiologie fonctionnelle par scanner /IRM, développement de nouvelles prestations liées à l'amélioration constantes des appareillages de radiologie).</p>	o/n
Anesthésie et antalgie	Cette spécialité est attirante pour les assistants et le passage aux 50 heures par semaine a nécessité l'engagement de nombreux assistants supplémentaires. Il n'y a pas de pénurie à attendre, en tous cas à un horizon 2015-2020.	n
Gynécologie et obstétrique	L'avenir semble sombre, avec une probable situation de pénurie à moyen terme dans cette spécialité. En effet, les vocations pour cette spécialité risquent de diminuer de façon importante comme on le voit dans les pays voisins, notamment du fait des exigences en matière de disponibilité.	o

6.3 Collaboration entre l'hôpital universitaire et les autres hôpitaux

Le tableau ci-dessous regroupe les réponses de chaque GT demandé par le COPIL sur la collaboration actuelle et future de la spécialité entre l'hôpital universitaire et les autres hôpitaux et la perspective d'une organisation en réseau.

Réponses des GT et approbation ou non d'un fonctionnement en réseau des hôpitaux pour la spécialité concernée (o = oui, n =non; approbation unanime: oo; approbation majoritaire: o; incertain. o/n; désapprobation majoritaire: n; désapprobation unanime: nn).

Spécialité	Avis du GT (tiré de la fiche PV)	Approbation réseau
Urologie	L'Urologie gagnerait en efficacité et en qualité, et c'est un discours unanime, à fonctionner en réseau, avec un service cantonal d'Urologie, permettant de regrouper les volumes opératoires entre les sites en profitant des compétences individuelles de médecins urologues hospitaliers non concurrents car faisant partie du même service.	oo
Chirurgie viscérale	Un réseau structuré des chirurgiens viscéraux vaudois permettrait d'exploiter au mieux certaines compétences particulières et d'améliorer la qualité globale du système.	oo
Chirurgie thoracique et vasculaire	La création et l'institutionnalisation d'un réseau hospitalier de chirurgie vasculaire et d'un réseau de chirurgie thoracique permettraient d'optimiser la prise en charge des patients en évitant de surcharger le CHUV de patients qui pourraient être traités en périphérie et en laissant le plus possible ces patients, souvent âgés, près de leur famille.	o
ORL	Un fonctionnement en réseau avec des assistants en formation mobiles et l'ensemble des médecins ORL hospitaliers du Canton faisant partie du même Service cantonal d'ORL multi-sites serait la meilleure solution pour garantir une ORL de proximité et de qualité, en exploitant au mieux les compétences de chacun.	oo
Orthopédie	Un collège cantonal devrait organiser la spécialité ainsi que la formation et la relève. Ce sont les orthopédistes "généralistes" qui devraient aller comme chefs dans les hôpitaux périphériques, avec un plan de carrière mis en place tôt.	o
Pédiatrie et chirurgie pédiatrique	Un réseau existe déjà, mal structuré, mais fonctionnant très bien pour les cas de néonatalogie et de soins intensifs. Il serait utile de savoir combien de spécialistes il faudrait en pédiatrie, sous-spécialité par sous-spécialité, et que le Centre universitaire pourrait mettre à disposition du réseau, et il ne faut pas oublier que les besoins et les populations changent.	o
Médecine interne générale	Un collège cantonal devrait organiser la spécialité ainsi que la formation et la relève, et faire des échanges d'assistants.	oo
Gastro-entérologie	La garde de gastro-entérologie fonctionne déjà en « réseau » puisqu'il n'y a que 3 régions de garde cantonale : Ouest, Est et Nord, et que 30 % des gastro-entérologues du Canton sont médecins adjoint au CHUV. L'instauration d'une garde cantonale de gastro-entérologie ou au moins d'un piquet d'ERCP (cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique) est une idée à explorer, cela permettrait d'améliorer la qualité globale du système en minimisant les transferts et en exploitant au mieux les compétences de certains membres du réseau formés dans cette discipline, minimisant les frustrations et le gaspillage des compétences acquises.	oo

Spécialité	Avis du GT (tiré de la fiche PV)	Approbation réseau
	Une étude sur le financement d'un tel service devra toutefois être entreprise.	
Cardiologie	<p>Une réponse à cette réflexion pourrait être de structurer le réseau existant, avec des cardiologues formés en cardiologie invasive et travaillant en périphérie partageant avec ceux du CHUV une garde cantonale centralisée. Un tel réseau permettrait d'exploiter au mieux les compétences individuelles de chacun améliorant la qualité générale en minimisant les frustrations et le gaspillage des compétences acquises.</p> <p>Certains cantons fonctionnent actuellement en réseau avec des hôpitaux universitaires (Neuchâtel, Fribourg, Valais) et ont renoncé pour certains et pour des raisons économiques et de qualité à offrir les prestations invasives sur leur territoire.</p>	oo
Pneumologie	Ce réseau existe déjà, mais il devrait être structuré. Un réseau est une structure « vivante » qui doit être souple, s'adaptant aux compétences et aux personnalités particulières de ses membres. Le réseau est constitué, outre des structures institutionnelles liées entre elles (CHUV, HUG, Centre valaisan de Pneumologie, Hôpital de Rolle), de tous les pneumologues formés par ces institutions, et qui partagent un savoir-faire et une culture médicale communs.	oo
Radiologie et médecine nucléaire	<p>Un renforcement des liens entre les hôpitaux de zone et le CHUV est souhaité sous la forme d'échanges de radiologues entre hôpitaux du réseau d'intérêt public ou sous la forme d'échanges / consultations d'images digitalisées via un réseau informatique ad hoc.</p> <p>Une plateforme de discussion entre médecins du CHUV et hôpitaux de la FHV est sollicitée et devra être développée.</p>	o
Anesthésie et antalgie	Un collège cantonal devrait organiser la spécialité ainsi que la formation et la relève, et faire des échanges d'assistants, mais le besoin ne semble pas très évident pour les participants, qui estiment que le réseau existant de collègues issus de la même école de formation suffit.	o/n
Gynécologie et obstétrique	<p>En ce qui concerne l'oncologie, il est clair que la qualité des résultats dépend des compétences individuelles et d'une masse critique, et certaines interventions nécessitent parfois une approche multi disciplinaire.</p> <p>Le CHUV estime que l'oncologie devrait être centralisée, dans les mains d'une équipe qui a de la routine et du volume, seule la chirurgie du cancer du sein a une masse critique plus facile à atteindre. Les cancers de la vulve et du col devraient être centralisés, de même que ceux de l'ovaire et de l'endomètre, où il faut parfois la collaboration des chirurgiens viscéraux ou des urologues. Par centralisation, il entend la constitution d'une équipe compétente qui peut être constituée de médecins du CHUV et de spécialistes venant des hôpitaux périphériques.</p> <p>Cet avis n'est pas du tout partagé par les autres représentants, qui pensent que certaines compétences peuvent être apportées dans les hôpitaux périphériques par des spécialistes travaillant dans plusieurs centres ou par des collègues de disciplines différentes, telles que des chirurgiens viscéraux ayant des compétences particulières en oncologie.</p>	o/n

7 Constats du COPIL sur la base du mandat donné aux GT et des résultats obtenus

Les travaux des groupes de travail se sont bien déroulés et les avis donnés par les médecins des hôpitaux de la FHV et les professeurs du CHUV ont montré une plus grande convergence que prévue initialement. Chaque groupe a pour sa discipline respective:

- défini le champ des prestations qu'il considère comme universitaires/tertiaires par un descriptif médical des cas retenus,
- examiné les perspectives de relève médicale à moyen voire long terme,
- proposé une organisation pour la formation médicale post-grade de la spécialité.

7.1 Définition du champ des prestations universitaires /tertiaires.

Un consensus a généralement pu être trouvé entre les spécialistes du CHUV et des hôpitaux de zone. Pour chaque spécialité, le champ des prestations a pu être précisé. Ainsi, le champ global des prestations universitaires /tertiaires pourra être décrit par les divers systèmes de groupement ou de description des prestations suivants:

- les APDRG totalement et majoritairement universitaires /tertiaires,
- les interventions (CHOP) et les diagnostics (CIM 10) en principe universitaires/tertiaires,
- les descriptifs médicaux des cas universitaires/tertiaires,
- la liste des risques particuliers entraînant une prise en charge universitaire /tertiaire.

Toutefois, l'utilisation adéquate de ces divers systèmes sera fonction des différentes tâches dévolues soit à l'Etat, à l'hôpital ou au médecin accueillant le patient (voir tableau ci-dessous).

Par exemple, pour les tâches de planification étatique, les outils de groupements de cas seront utilisés préférentiellement, alors que pour l'orientation des patients, c'est le descriptif médical établi par les groupes de travail qui convient le mieux.

Adéquation des systèmes de description et de regroupement des cas (+++,,+,+,-,-,--,-)						
Tâches	Responsable	Groupements de cas (APDRG, G-DRG, ...)	Interventions (CHOP, ICD9-CM)	Diagnostics (CIM 10)	Descriptif médical donné par les GT	Remarques
Planification globale des lits universitaires/tertiaires	Etat	++	+/-	+/-	+/-	La planification doit se baser sur un système de regroupement de cas avec des effectifs suffisants par regroupement. Les ~ 3600 interventions et 16'000 diagnostics sont donc inadéquats pour la planification.
Fixation des missions détaillées par hôpital	Etat	+/-	++	++	++	Les descriptions détaillées des missions devront faire appel à plusieurs systèmes
Organisation des hospitalisations et interventions universitaires/tertiaires	Hôpital - service médical	-	+++	+++	++	L'hôpital doit se baser sur une typologie plus pointue de description de sa clientèle pour son organisation interne et sa gestion.
Orientation des patients vers une prise en charge universitaire/tertiaire	Médecin	- -	++	++	+++	L'orientation des cas non programmés ne peut se faire que sur une évaluation médicale fixant un diagnostic et proposant, cas échéant, des interventions.

Le COPIL a également pris acte de la difficulté d'établir des liens fiables entre prestations (diagnostics ou interventions) et APDRG qui les concernent dans le sens des prestations aux APDRG, mais également dans le sens inverse. En effet:

- la logique du programme utilisé pour l'attribution d'un patient à un APDRG donné (groupeur) n'est pas toujours compréhensible du point de vue médical. Des tests ont montré que des diagnostics secondaires pouvaient changer notablement l'imputation dans certains APDRG;
- l'homogénéité médicale des prestations regroupées dans un APDRG n'est atteinte qu'avec les APDRG dont l'intitulé correspond à une prestation voire à une famille de prestations similaires et clairement identifiables et pas avec les APDRG dont l'intitulé correspond à un regroupement de prestations insuffisamment définies et généralement hétérogènes;
- pour une part importante d'APDRG, leur intitulé ne permet de connaître que très mal l'ensemble des prestations ou diagnostics qui les concerne directement.

Cette difficulté concerne peu les APDRG totalement universitaires/tertiaires qui semblent assez homogènes et dont le lien avec les prestations est généralement évident. Pour ces APDRG, la nature universitaire/tertiaire des prestations qui les composent est généralement évidente. En revanche, pour certains APDRG majoritairement universitaires/tertiaires dont l'intitulé est assez large donc moins homogène au niveau des prestations concernées, seules une part des prestations ou des combinaisons de prestations peuvent être vraisemblablement qualifiées d'universitaires /tertiaires.

En outre, les APDRG n'utilisent pas d'échelle de gravité ou d'intensité de la prise en charge qui peu faire qu'un cas doit être considéré comme universitaire/tertiaire ou pas. A ce sujet, notons que l'association Swiss-DRG a adopté le système German-DRG dont la logique des regroupements faits sera accessible directement aux utilisateurs et intégrera des facteurs de gravité pour certains regroupements.

En conclusion, le COPIL retient qu'une planification des prestations universitaires/tertiaires ne peut actuellement se référer à une liste fermée des prestations à considérer comme universitaire /tertiaire mais à des tableaux évolutifs (présentés au point 6) combinant appréciations médicales et observations statistiques de fréquentations des hôpitaux universitaires/tertiaires et établissant des liens entre APDRG universitaires/tertiaires et descriptif médical du champ des prestations concernées pour chaque spécialité.

7.2 Relève médicale

Un nombre inquiétant de spécialités prévoient une pénurie de médecins avec les compétences nécessaires pour assurer la fourniture des prestations hospitalières (ORL, gynécologie, urologie, cardiologie, chirurgie viscérale, pédiatrie) alors que d'autres n'en prévoient pas (gastro-entérologie, pneumologie). Notons que ces prévisions sont largement tributaires des conséquences de la libre circulation des médecins à l'échelle européenne et de la palette des compétences que les médecins migrants pourront apporter. Par ailleurs, les différences de statut des médecins selon les disciplines (agrés ou salariés) peuvent avoir un effet notable sur la relève des médecins hospitaliers.

7.3 Formation médicale post-grade

Dans la plupart des spécialités, les participants soulignent la difficulté à former des spécialistes à même de traiter un éventail de cas comparable à celui assuré par les médecins actuellement en place. Cette difficulté est liée notamment à la spécialisation de plus en plus grande de la nouvelle génération de médecins qui veut limiter son temps de formation, ses horaires, ses gardes, etc. Les groupes espèrent que les futurs réseaux permettront également de mieux organiser la formation spécialisée et d'offrir des perspectives intéressantes aux futurs spécialistes. Une collaboration étroite entre les hôpitaux de zone, le CHUV et la faculté est sollicitée.

7.4 Recherche universitaire

La recherche fondamentale restera entièrement liée au centre universitaire. Toutefois, la question de l'organisation de la recherche clinique, qui ne peut être dissociée du traitement, nécessitera une réponse proposant une solution particulière adaptée aux réseaux de prise en charge universitaire /tertiaire.

7.5 Collaboration entre hôpitaux universitaires et hôpitaux de secteur

La prise en charge des cas universitaires/tertiaires exige par ordre décroissant d'importance:

- une équipe de prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire ;
- un plateau technique ou des équipements particuliers;
- des compétences spécialisées qui ne peuvent être développées que par un nombre très restreint de spécialistes.

Pour ce type de prise en charge, les GT s'entendent pour une organisation en réseau entre les différents hôpitaux de zone ou futurs centres hospitaliers et le CHUV qui conservera un rôle central plus ou moins important selon les spécialités. Ces organisations par discipline ou groupe de disciplines seront placées sous la responsabilité de collèges de médecins regroupant le CHUV et les hôpitaux vaudois voire de cantons voisins. Elles auront pour tâche de fixer leur mode de fonctionnement à partir de critères de sécurité, de qualité, de compétences médicales et en fonction des équipements disponibles, cas échéant, à acquérir.

Le COPIL retient également la notion d'équipes mobiles spécialisées nécessitant une collaboration multidisciplinaire centrée sur l'hôpital universitaire mais pouvant intervenir dans d'autres hôpitaux lorsque le déplacement du patient présente des risques inacceptables et qu'il est plus rationnel de déplacer l'équipe médicale. Du point de vue des médecins, la nomadisation est la contrepartie de la possibilité de conserver voire d'améliorer des spécialisations pointues voire rares.

Le but de cette organisation en réseaux est d'optimiser la prise en charge en terme de masse critique, de maintien de la compétence médicale et d'utilisation des plateaux techniques. Il s'agira également de tenir compte de l'évolution technique de chaque spécialité et de la spécialisation de plus en plus grande des médecins. Le fonctionnement en réseau est plus une question d'organisation de médecins spécialistes que de planification d'infrastructures par spécialité. Il implique donc un changement des mentalités. Des critères limitatifs en terme de coûts et de rationalité économique devront, en outre, être pris en compte par ces organisations.

Une telle organisation doit s'inscrire dans le cadre de la politique sanitaire retenue par le Conseil d'Etat à savoir une distribution entre 4 centres hospitaliers de soins aigus (Centre, Nord, Est et Ouest) avec une mission universitaire/tertiaire supplémentaire pour le centre.

7.6 Conclusion du COPIL par rapport aux travaux réalisés dans les GT

Le COPIL considère donc que le mandat donné aux GT a globalement été rempli. Il prend acte que :

- Un peu moins d'une centaine d'APDRG peuvent être considérés comme totalement (75) ou majoritairement (21) universitaires/tertiaires. Mais le champ des prestations nécessite d'être précisé à l'aide des diagnostics, des interventions et, cas échéant, du descriptif médical.

- L'organisation en réseaux par spécialité est une idée forte et largement partagée. Dès lors, il s'agit d'initier leur création en formalisant leurs objectifs et éléments constitutifs pour ensuite les communiquer à l'ensemble du corps médical.
- La fourniture des prestations universitaires/tertiaires doit s'organiser à partir des compétences médicales, des équipes de prise en charge, des équipements et des volumes critiques. Peu de prestations universitaires/tertiaires nécessitent un équipement spécifique au CHUV.
- Les problèmes liés à la relève iront en s'amplifiant. Les réseaux devront s'y atteler et proposer des solutions et, cas échéant, appliquer les solutions retenues. Une planification par spécialité devra être faite.

Par ailleurs, le COPIL relève qu'actuellement un certain nombre de collaborations entre le CHUV et les autres hôpitaux qui s'inscrivent dans une convention cadre sont actuellement réalisées. L'ensemble de ces conventions découlent de la nécessité de concentrer les compétences médicales afin d'assurer des prestations de qualité lorsque le collectif de patients exige:

- un savoir faire hautement spécialisé ou pluridisciplinaire,
- un plateau technique coûteux.

Deux autres types de collaborations sont envisagées lorsque les prestations sont fournies:

1. par un spécialiste du CHUV dans un hôpital périphérique en collaboration avec les médecins et soignants de celui-ci,
2. par un spécialiste reconnu par le CHUV dans son hôpital ou un autre hôpital périphérique désigné.

8 Propositions

Lors de sa dernière séance, le COPIL a convenu que le mandat qui lui avait été donné a été rempli, ce qui a été confirmé et approuvé ultérieurement par le SSP.

8.1 Mandat des collèges de médecins par spécialité

A l'occasion d'une séance d'information interne de mars 2006 sur les travaux accomplis par le COPIL et les GT, le Chef du Département a soutenu la proposition de créer et de formaliser les collèges de médecins par discipline sachant que leur forme reste à définir.

Les tâches qui seront dévolues à ces collèges sont:

1. de préavisier les types de cas devant être pris en charge dans le cadre d'une organisation universitaire /tertiaire en tenant compte de l'évolution médicale et des structures mises en oeuvre;
2. d'organiser la prise en charge de ces cas en fonction des compétences médicales existantes, des équipes en place et des équipements disponibles en répondant à d'éventuels critères de bonne pratique ou de garantie de la qualité.
3. de soutenir la coordination de la formation post-graduée des spécialistes de la discipline afin d'assurer la relève dans les établissements d'intérêt public.
4. de préavisier la création de postes de médecins spécialistes dans les hôpitaux.

Ces collèges de médecins par discipline seront les interlocuteurs médicaux pour aider les autorités cantonales à assumer leurs responsabilités de planification, notamment à l'occasion d'adaptations de la liste des hôpitaux liées à la mise en application de réformes de la LAMal.

Par ailleurs, sachant qu'un certain nombre d'accords de collaboration bi ou multi-latéraux entre hôpitaux sont déjà en vigueur, les collèges pourraient servir de plateformes de discussion en vue d'accords futurs.

Les collèges de médecins par spécialité devraient réunir les médecins en charge de la spécialité des hôpitaux de zone et des Hospices/CHUV.

Vu ce qui précède, le Chef du Département va demander aux médecins des hôpitaux du réseau d'intérêt public de constituer les collèges de médecins avec le mandat décrit ci-dessus par un courrier adressé à la FHV et Hospices/CHUV. Relevons que le collège des chirurgiens viscéraux s'est déjà constitué entre-temps et qu'il s'est déjà réuni.

9 Annexe

Liste des APDRG totalement universitaires/tertiaires (liste ISE complétée + liste complétée par SSP) et des APDRG majoritairement universitaires/tertiaires (taux d'hospitalisation en hôpital universitaire/tertiaire supérieur à 80%)

Note: Les effectifs des cas sont tirés de la stat. médicale 2004

No APDRG	Liste ISE complétée	Liste complétée par SSP	%age en hôp. univ.	No MDC	MDC	Intitulé de l'APDRG	Cas totaux
302	x	x	100.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation rénale	27
480	x	x	100.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation hépatique	14
103	x	x	100.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation cardiaque	9
738	x	x	100.0%	1	Affections du système nerveux	Craniotomie, < 18 ans, avec cc	6
739	x	x	100.0%	1	Affections du système nerveux	Craniotomie, < 18 ans, sans cc	15
804	x	x	100.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation autologue de moelle osseuse [Phases a et b]	71
730	x	x	100.0%	25	Polytraumatismes sévères	Craniotomie pour polytraumatisme sévère	10
472	x	x	100.0%	22	Brûlures	Brûlures étendues avec interventions chirurgicales	2
795	x	x	100.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation pulmonaire	5
457	x	x	100.0%	22	Brûlures	Brûlures étendues sans interventions chirurgicales	1
802	x	x	100.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids à la naissance < 750 g, sortis vivant d'hôpital	9
803	x	x	100.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids à la naissance < 750 g, morts	4
576	x	x	100.0%	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs peu différenciées	Leucémie aigue, avec cc majeure	18
42	x	x	98.3%	2	Affections des yeux	Interventions intraoculaires excepté rétine, iris, cristallin	578
530	x	x	97.4%	1	Affections du système nerveux	Craniotomie avec cc majeure	39
37	x	x	93.4%	2	Affections des yeux	Interventions sur l'orbite	76
2	x	x	92.7%	1	Affections du système nerveux	Craniotomie, > 18 ans & +, pour traumatisme	55
1	x	x	92.6%	1	Affections du système nerveux	Craniotomie, > 18 ans & +, excepté pour traumatisme	243
808	x	x	87.1%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions cardiovasculaires percutanées avec infarctus aigu, décompensation cardiaque ou choc	201
794	x	x	80.0%	25	Polytraumatismes sévères	Diagnostics de polytraumatisme grave, avec cc majeure non traumatique	5
531	x	x	76.5%	1	Affections du système nerveux	Interventions sur le système nerveux, sauf craniotomie, avec cc majeure	17
786	x	x	75.7%	3	Affections des oreilles, du nez, de la bouche et de la gorge	Interventions majeures de la tête et du cou pour affections malignes	37
806	x	x	75.0%	8	Affections de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	Arthroïdèse vertébrale combinée antérieure et postérieure avec cc	4
793	x	x	75.0%	25	Polytraumatismes sévères	Interventions pour polytraumatisme sévère excepté craniotomie, avec cc majeure non traumatique	8
44	x	x	69.6%	2	Affections des yeux	Infections aiguës majeures de l'oeil	23
732	x	x	57.9%	25	Polytraumatismes sévères	Autre interventions pour polytraumatisme grave	76
805	x	x	0.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation simultanée de rein et de pancréas	0
737	x	x	0.0%	1	Affections du système nerveux	Révision de shunt ventriculaire, < 18 ans	0
792	x	x	0.0%	25	Polytraumatismes sévères	Craniotomie pour polytraumatisme sévère, avec cc maj. non traumatique	0
731	x		52.9%	25	Polytraumatismes sévères	Interventions sur la colonne, la hanche, un membre pour polytraumatisme grave	68
104	x		100.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions sur les valves cardiaques, avec cathétérisme	42
108		x	100.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Autres interventions sur le coeur et le thorax sans malformations congénitales	83
106		x	100.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Pontage coronaire, avec cathétérisme cardiaque	24
809		x	100.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Autres interventions cardiothoraciques avec anomalie congénitale infantile	21
546		x	100.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Pontage coronaire, avec cc majeure	36
806		x	100.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids 1 - 1,49 kg, avec interventions significatives, vivant	1
815		x	100.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids 2 - 2,49 kg, avec interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples	2
36		x	98.9%	2	Affections des yeux	Interventions sur la rétine	533
125		x	98.5%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Affections circulatoires excepté infarctus du myocarde, avec cathétérisme cardiaque, sans diagnostic complexe	390
112		x	98.3%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions cardiovasculaires percutanées	726
409		x	96.8%	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs peu différenciées	Radiothérapie	94
822		x	95.8%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids > 2,49 kg, avec interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples	24
823		x	95.5%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids > 2,49 kg, avec interventions significatives, sans problèmes majeurs multiples	22
804		x	95.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids à la naissance 750-999 g, sortis vivant d'hôpital	20
545		x	94.1%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions de valve cardiaque, avec cc majeure	51
807		x	94.1%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids 1 - 1,49 kg, sans interventions significatives, vivant	34
547		x	93.9%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Autres interventions cardiothoraciques, avec cc majeure	33
286		x	90.0%	10	Affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Interventions sur les surrénales et l'hypophyse	30

Identification des prestations universitaires/tertiaires dans le canton de Vaud – Rapport final / février 2007

No APDRG	Liste ISE complétée	Liste complétée par SSP	%age en n°p. univ.	No MDC	MDC	Intitulé de l'APDRG	Cas totaux
105	x		89.3%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions sur les valves cardiaques, sans cathétérisme	169
624	x		88.9%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids > 2, 49 kg, avec interventions abdominales mineures	9
577	x		86.5%	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs peu différenciées	Maladies myéloprolifératives & néoplasmes peu différenciés, avec cc majeure	104
611	x		86.5%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples	37
550	x		85.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Autres interventions vasculaires, avec cc majeure	240
549	x		77.9%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions cardiovasculaires majeures, avec cc majeure	68
107	x		76.0%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Pontage coronaire, sans cathétérisme cardiaque	121
617	x		72.7%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, sans interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples	22
110	x		72.6%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Interventions cardiovasculaires majeures, avec cc	113
11	x		71.6%	1	Affections du système nerveux	Néoplasmes du système nerveux, sans cc	81
612	x		70.8%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur	24
400	x		65.9%	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs peu différenciées	Lymphome et leucémie avec interventions chirurgicales majeures	82
538	x		64.2%	4	Affections de l'appareil respiratoire	Interventions thoraciques majeure, avec cc majeure	53
626	x		61.7%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids > 2, 49 kg, sans interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples	188
10	x		60.7%	1	Affections du système nerveux	Néoplasmes du système nerveux, avec cc	56
403	x		53.0%	17	Affections myéloprolifératives et tumeurs peu différenciées	Lymphome, leucémie non aigue, avec cc	83
613	x		50.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec problème mineur	2
650	x		47.6%	14	Grossesses, accouchements et post-partum	Césarienne à haut risque, avec cc majeure	21
614	x		40.9%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, sans interventions significatives, avec autres problèmes	22
618	x		40.4%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, sans interventions significatives, avec problème majeur	47
904	x		0.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Allogreffe de moelle osseuse [donneur non géno-identique]	0
905	x		0.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation autologue de moelle osseuse [Phase a: prélèvement]	0
906	x		0.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Transplantation autologue de moelle osseuse [Phase b: transplantation]	0
609	x		0.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, avec interventions significatives, avec problèmes majeurs multiples	0
610	x		0.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, 1, 5-1, 99 kg, avec interventions significatives, sans problèmes majeurs multiples	0
616	x		0.0%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, poids 2 - 2, 49 kg, avec interventions significatives, sans problèmes majeurs multiples	0
803	x		0.0%	26	Trachéostomies et transplantations	Allogreffe de moelle osseuse [donneur géno-identique]	0
41			93.7%	2	Affections des yeux	Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite, < 18 ans	315
5			92.8%	1	Affections du système nerveux	Interventions vasculaires extracrâniennes	83
468			92.2%	28	Hospitalisations non facturables	Interventions chirurgicales importantes sans relation avec le diagnostic principal	296
124			91.7%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Affections circulatoires excepté infarctus du myocarde, avec cathétérisme cardiaque, avec diagnostic complexe	252
459			91.4%	22	Brûlures	Brûlures non étendues, avec débridement de plaie ou autres interventions	35
748			91.0%	20	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool et les drogues	Abus ou dépendance de cocaïne ou autres drogues, sans cc	278
477			90.2%	28	Hospitalisations non facturables	Interventions moins importantes non liées au diagnostic principal	102
156			90.0%	6	Affections de l'appareil digestif	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodenum, < 18 ans	20
740			88.5%	10	Affections endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Mucoviscidose	52
40			88.4%	2	Affections des yeux	Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite, > 17 ans	509
200			87.8%	7	Affections du foie, des voies biliaires et du pancréas	Techniques diagnostiques hépatobiliaires, pour affections bénignes	41
52			87.5%	3	Affections des oreilles, du nez, de la bouche et de la gorge	Palatoplastie et réparation de fente labiale et palatine	40
439			84.2%	21	Traumatismes, empoisonnements et effets toxiques de drogues	Greffes cutanées pour traumatisme	19
153			83.8%	6	Affections de l'appareil digestif	Interventions mineures sur le gros intestin et l'intestin grêle, sans cc	74
191			83.7%	7	Affections du foie, des voies biliaires et du pancréas	Shunt intra-abdominal et interventions sur le pancréas et le foie, avec cc	43
637			83.3%	15	Nouveau-nés	Nouveau-nés, décédés durant les 2 premiers jours de vie, nés à l'hôpital	24
4			81.5%	1	Affections du système nerveux	Interventions sur la colonne vertébrale et la moelle épinière	27
117			81.3%	5	Affections de l'appareil circulatoire	Révision de pacemaker cardiaque excepté remplacement d'appareil	16
555			81.0%	7	Affections du foie, des voies biliaires et du pancréas	Interventions sur le pancréas, le foie, les voies biliaires, sauf transplantation de foie, avec cc majeure	21
461			80.8%	23	Facteurs influençant la santé et autres contacts avec les services	Interventions chirurgicales pour autre contact avec services de santé	613
45			80.0%	2	Affections des yeux	Affections neurologiques de l'oeil	30

Nb:	30	45	
		75	➤ Nombre d'APDRG totalement universitaire/tertiaire
		21	➤ Nombre d'APDRG majoritairement universitaire/tertiaire
		96	➤ Nombre d'APDRG totalement et majoritairement universitaire/tertiaire