Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Rapport d'évaluation des besoins pour la planification hospitalière vaudoise

Réadaptation

Auteure Sylvie Füglister-Dousse, Obsan

Avec la collaboration de Fabienne B. Fischer, Obsan
Direction hôpitaux, Direction générale de la santé, Canton de Vaud
Statistique Vaud, Canton de Vaud

Neuchâtel, janvier 2025

Table des matières

Résumé 3

1 Introduction 5

1.1 Contexte 5
1.1.1 Conditions-cadre du financement des hôpitaux découlant de la révision de la LAMal 6
1.1.2 Les soins en milieu hospitalier en tant qu'objet de planification 7

1.2 Le processus de planification hospitalière 7
1.2.1 Détermination des besoins 8
1.2.2 Détermination de l'offre 8
1.2.3 Garantie de l'offre (établissement de la liste hospitalière) 9
1.2.4 Réexamen de la planification 9
1.2.5 Coordination intercantonale 10

2 Données et méthode 11

2.1 Sources de données 11
2.1.1 Statistique médicale des hôpitaux (MS) 11
2.1.2 Statistique des hôpitaux (KS) 11
2.1.3 Statistique de la population et des ménages (STATPOP) 11
2.1.4 Scénarios de l'évolution de la population de Statistique Vaud 11
2.1.5 Autres bases de données 12

2.2 Critères d'inclusion 12

2.3 Délimitation des types de soins 12

2.4 Groupes de prestations 13

2.5 Calcul de la durée de séjour 14

2.6 Taux d'hospitalisation standardisés 14

2.7 Flux de patients 15

2.8 Modèle de projection 15
2.8.1 Technique de projection 16
2.8.2 Évolution démographique 17
2.8.3 Autres facteurs 18
2.8.4 Les hypothèses de projection, synthèse 20

3 Besoins en soins 21

3.1 Analyse des besoins en soins 21
3.1.1 Recours aux soins 21
3.1.2 Offre de soins 28
3.1.3 Flux de patients 32

3.2 Projection des besoins en soins 37
3.2.1 Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton 38
3.2.2 Projection des besoins par région de domicile 40
3.2.3 Effet isolé de l'évolution démographique 41

4 Conclusion et perspectives 43

5 Bibliographie 44

6 Glossaire 46

7 Annexes 48

7.1 Législation 48

7.2 Évaluation de la situation dans le canton de Vaud 50

7.3 Projection détaillée des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton 51

Résumé

Le présent rapport d'évaluation des besoins dans le domaine de la réadaptation stationnaire coïncide avec celui du domaine de la psychiatrie, tous deux faisant suite à la révision de la planification hospitalière dans le domaine des soins somatiques aigus. Il est constitué de l'analyse des besoins et de la projection des besoins.

Analyse des besoins

Recours et durée moyenne de séjour

Tandis que le nombre d'hospitalisations en réadaptation de patients domiciliés dans le canton de Vaud a enregistré un léger recul sur la période 2012 à 2022 (-1,6%), la population résidante permanente du canton a augmenté de 13,1%. Il en résulte une baisse des taux d'hospitalisation sur cette même période (-13,0%). Le nombre de jours de soins a augmenté de 8,5% et la durée moyenne de séjour de 10,3%. Comparé au taux d'hospitalisation standardisé suisse de 9,8 hospitalisations en réadaptation pour 1000 habitants, le taux standardisé vaudois s'élève à 12,6‰ en 2022. Cet écart est en grande partie dû à la différence entre les taux d'hospitalisation standardisés vaudois et suisse dans le domaine de la réadaptation gériatrique (6,0‰ versus 3,7‰). D'ailleurs, les cas de réadaptation gériatrique dans le canton de Vaud représentent la moitié du total des cas (49,7%), devant la réadaptation musculo-squelettique (19,0%), dont le taux standardisé vaudois s'est rapproché du taux standardisé suisse en 2022 (2,6‰ versus 2,5‰). Contrairement au taux d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour des patients vaudois en réadaptation est légèrement inférieure à la durée moyenne suisse (22,8 versus 24,3 jours).

Offre de soins

La liste hospitalière du canton de Vaud pour le domaine de la réadaptation compte essentiellement des établissements intracantonaux, répartis sur 13 sites. Ces prestaires détiennent l'essentiel du marché (80%), les établissements non répertoriés intra et extracantonaux en réalisant respectivement 9% et 6%. Le site d'Estavayer-le-Lac de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) occupe 4% du marché vaudois et la clinique romande de réadaptation (CRR), située hors canton mais répertoriée par le canton de Vaud, n'en occupe qu'un pourcent à peine, mais se révèle importante pour le domaine de la réadaptation des paraplégies pour lequel elle occupe 52% du marché vaudois. Au final, la liste hospitalière du canton de Vaud en vigueur au moment des calculs permet de couvrir les besoins de la population à plus de 80%, conformément aux recommandations de la CDS, dans quatre domaines : la réadaptation cardio-vasculaire (96%), la réadaptation pulmonaire (94%), la réadaptation gériatrique (92%) et la réadaptation en médecine et oncologie (89%). Dans les autres domaines, les taux de couverture sont inférieurs à 80%.

Flux de patients

Les flux de patients en réadaptation sont assez équilibrés. En 2022, un peu plus d'une hospitalisation sur dix (10,9%) réalisée dans le canton de Vaud concerne des patients extracantonaux, provenant essentiellement du canton de Genève, et aussi dans une moindre mesure d'autres cantons notamment ceux du Valais, de Fribourg et de Neuchâtel. Les 1048 cas importés sont essentiellement dus à l'activité de deux établissements répertoriés (Hôpital de Rolle -GHOL- et clinique La Lignière) et de deux établissements non répertoriés sur la liste hospitalière vaudoise (cliniques Bois-Bougy et Valmont). Au niveau des flux sortants, c'est aussi environ une hospitalisation sur dix (10,8%) réalisée par des personnes domiciliées dans le canton de Vaud qui a lieu hors canton, essentiellement dans les cantons du Valais et de Fribourg, pour un total de 1040 cas exportés. Avec des cas importés et exportés à des niveaux similaires, le flux net est presque nul (+8 cas).

Projection des besoins

Le modèle de projection utilisé considère trois scénarios de projections afin de représenter la fourchette des évolutions possibles : un scénario de base, un scénario minimum et un scénario maximum. Pour la réadaptation, le modèle tient compte de l'évolution démographique du canton de Vaud et des autres facteurs jugés pertinents, notamment le virage ambulatoire. Ce dernier, contrairement à l'évolution démographique, exerce un impact à la baisse sur le nombre de cas. Autrement dit, il compense une partie de l'effet démographique, très influent en réadaptation.

Dans le scénario de base, la projection des besoins à l'horizon 2035 prévoit une augmentation du nombre d'hospitalisations de 23% dans l'ensemble (+2223 unités), tandis que dans les scénarios minimum et maximum, l'augmentation attendue est de respectivement 15% (+1417 unités) et 31% (+3035 unités). Selon le scénario de base, c'est dans le domaine de la réadaptation gériatrique que la progression devrait être la plus forte (+30% soit

+1443 unités) à l'horizon 2035, en lien avec le vieillissement démographique puisque ce domaine de prestations concerne par définition les personnes âgées d'au moins 75 ans.

Enfin, la projection des besoins par région de domicile est une estimation basée sur l'évolution démographique différenciée des régions. Dans les régions « ouest » et « nord » qui connaîtront une plus forte augmentation de leur population âgée, la croissance des hospitalisations à l'horizon 2035 selon le scénario de base sera aussi particulièrement élevée (+30%, respectivement +29%), tandis qu'elle est sera plus modérée dans les régions « centre » et « est » (+18% et +20%).

1 Introduction

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) le 1er janvier 1996 et en vertu de son article 39, les cantons sont tenus d'établir une planification hospitalière qui couvre les besoins en soins hospitaliers de la population et, à partir de cette planification, de publier une liste cantonale fixant les catégories d'établissements hospitaliers en fonction de leurs mandats. Le 21 décembre 2007, en vue de freiner la hausse des coûts, les Chambres fédérales ont approuvé une révision partielle de la LAMal dans le domaine de la planification et du financement hospitaliers. L'élément central de cette révision est l'abandon du financement de l'objet (l'hôpital) au profit d'un financement du sujet, à savoir les prestations de l'hôpital, ce qui revient à passer du principe du remboursement des coûts à un système de tarification par cas (SwissDRG). À la suite de cette révision, les cantons ont dû adapter leur planification hospitalière et leur liste d'établissements hospitaliers aux exigences des nouvelles dispositions. Le canton de Vaud a rempli ce mandat légal en se dotant d'une planification hospitalière pour les soins somatiques aigus de nature stationnaire, la psychiatrie et la réadaptation (Planification hospitalière vaudoise 2012[1]).

Depuis lors, la Direction générale de la santé du canton de Vaud a débuté un processus de révision de sa planification hospitalière, dans un premier temps avec les soins somatiques aigus (Planification hospitalière vaudoise 2024[2]). Un mandat concernant l'analyse des besoins de la population du canton de Vaud avait ainsi été attribué à l'Obsan à cet effet (Füglister-Dousse et al. 2019 et 2022[3]). Le canton de Vaud a désormais démarré les travaux en lien avec la révision de sa planification des soins hospitaliers psychiatriques et de réadaptation.

Nous présentons ici, sur mandat de la Direction générale de la santé du canton de Vaud, les bases statistiques de la planification hospitalière vaudoise pour la réadaptation, la psychiatrie faisant l'objet d'un rapport distinct. Ce rapport est basé sur des données spécifiques au canton de Vaud. En font partie une analyse approfondie du recours aux soins en réadaptation pour la période allant de 2019 à 2022 ainsi que l'établissement des projections des besoins à l'horizon 2035. Les présents résultats se fondent pour l'essentiel sur les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et sur les projections démographiques de Statistique Vaud.

1.1 Contexte

Encadré 1 Bases légales fédérales et cantonales

Bases légales fédérales:

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, RS 832.10 ;
- Ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995, RS 832.102.

Conventions intercantonales :

- Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) ;
- Convention intercantonale du 17 décembre 2008 sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais ;
- Convention intercantonale du 21 août 2013 sur l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) Vaud-Fribourg.

Bases légales du canton de Vaud (liste non exhaustive):

- Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (LSP) ;
- Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)

Liste non exhaustive, voir :

https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/accueil

Le cadre législatif dans lequel les cantons doivent établir leur planification hospitalière est fixé dans la LAMal et précisé dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (voir Encadré 1). A relever encore que parmi les mesures visant à freiner la hausse des

[1] https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Organisation/Hopitaux/111512_Rapport_planificationV2.pdf

[2] https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/fichiers_pdf/Rapport-planification-hospitaliere-soins-aigus_CE.pdf

[3] https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/fichiers_pdf/Planification-GPPH-Analyse-des-besoins-Obsan.pdf et https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/fichiers_pdf/Planification-GPPH-Mise-a-jour-Analyse-besoins.pdf

coûts du volet 1b, entrées en vigueur au 1er janvier 2024, figure le droit de recours pour les fédérations d'assureurs[4]. À l'échelle cantonale, la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) constitue l'une des bases juridiques les plus importantes dans le domaine de la planification hospitalière (voir aussi Encadré 1).

Le présent rapport s'appuie par ailleurs sur les recommandations que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a publiées afin de préciser les dispositions de la LAMal et de l'OAMal. Ces recommandations ne sont pas contraignantes pour les cantons, mais favorisent une vision commune de la tâche cantonale de la planification hospitalière et aide à la coordination intercantonale. Si ces recommandations ont été établies avec comme point de départ la problématique du domaine des soins aigus, elles sont fondamentalement valables pour la planification des prestations de réadaptation également. Il s'agit notamment des Recommandations sur la planification hospitalière (CDS 2022a), des Recommandations relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation (CDS 2019) et des Recommandations sur l'utilisation d'un système de groupes de prestations hospitalières (CDS 2018). La CDS s'est fondée pour ce faire notamment sur la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF) et du Tribunal fédéral (TF)[5]. Par la suite, des recommandations spécifiques à la réadaptation ont également été émises en novembre 2022 (CDS 2022b-d).

1.1.1 Conditions-cadre du financement des hôpitaux découlant de la révision de la LAMal

Un changement de paradigme s'est produit avec la révision partielle du 21 décembre 2007 de la LAMal. Mentionnons en particulier l'abandon du financement des établissements (axé sur l'objet) au profit d'un financement lié aux prestations (axé sur le sujet), ce qui revient à passer du principe du remboursement des coûts à un système de prix. Pour la réadaptation stationnaire, la nouvelle structure tarifaire ST Reha a été introduite au 1er janvier 2022. Elle réglemente la rémunération des prestations de réadaptation hospitalière de manière homogène dans toute la Suisse, sur la base de forfaits liés aux prestations.

Les cantons sont toujours tenus, comme avant la révision de la LAMal, de garantir des soins qui couvrent les besoins et, au moyen de la planification hospitalière, d'en encourager la qualité et de freiner la hausse des coûts. Précisons ici que les planifications hospitalières cantonales ne constituent pas en soi un nouvel instrument, puisqu'elles ont été élaborées à partir de 1996 déjà. Les changements intervenus à la suite de la révision de la LAMal découlent principalement de la modification de l'art. 39, qui prévoit que les cantons coordonnent leurs planifications (al. 2) et que le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (al. 2ter). Les trois critères à respecter sont précisés à l'art. 58b OAMal :

- le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations, en particulier :
  - l'efficience de la fourniture des prestations ;
  - la justification de la qualité nécessaire ;
  - le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies ;
- l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
- la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

La révision de la LAMal a aussi favorisé le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et introduit l'obligation, pour les hôpitaux répertoriés, de prendre en charge dans le cadre de leurs mandats de prestations tous les assurés résidant dans leur canton. La révision de la LAMal a en outre amené d'autres nouveautés, qui ont modifié les dispositions applicables aux planifications hospitalières cantonales. On ne travaille ainsi plus sur la base d'une distinction entre hôpitaux à but lucratif et à but idéal, mais entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux conventionnés, ce qui met sur pied d'égalité ces deux types d'institutions pour ce qui est du financement. Les prestations stationnaires fournies par les hôpitaux répertoriés sont indemnisées au moyen d'un financement dual-fixe, assuré à 55% au minimum par les cantons et à 45% au maximum par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les hôpitaux conventionnés ne sont pas inclus dans ce financement, puisqu'ils ne bénéficient pas de la part cantonale. Les nouveaux instruments introduits lors de la révision de la LAMal doivent notamment stimuler la concurrence tout en garantissant la couverture des soins et en maintenant des prestations de qualité élevée. Dans cet exercice d'équilibre, les pouvoirs publics continuent à assumer une importante fonction de pilotage, qu'ils exercent avant tout à travers les planifications hospitalières cantonales.

[4] « Un droit de recours est introduit pour les fédérations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant la planification des hôpitaux et d'autres institutions. Ce droit garantit que les cantons tiennent compte de manière équilibrée des demandes émanant non seulement des fournisseurs de prestations, mais aussi des assureurs – qui représentent les intérêts des assurés – dans le cadre de la planification.» (https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv/massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-1b.html#-184152472)

[5] Un aperçu des décisions du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral dans le contexte de la planification hospitalière et des listes hospitalières cantonales peut être consulté sur le site internet de la CDS (https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/recueil-des-arrets).

1.1.2 Les soins en milieu hospitalier en tant qu'objet de planification

L'objet de la planification, à savoir les soins hospitaliers couvrant les besoins tels que stipulés à l'art. 39, al. 1, let. d LAMal, est précisé par l'art. 58a, al. 1 OAMal (voir Encadré 2 ci-après et Législation

Annexe 1 à la page 48). En réalisant la planification, le canton garantit à ses habitants le traitement stationnaire à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social (EMS). Bien que l'art. 58a, al. 1 OAMal mentionne la nécessité d'une planification pour assurer les traitements dans ces derniers, il convient de noter que les soins de longue durée ne relèvent pas de la planification hospitalière, mais font l'objet d'une planification séparée qui n'est pas traitée ici. Pour être admis à fournir des prestations à la charge de l'AOS, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent, en vertu de l'art. 39, al. 1 LAMal, correspondre à la planification établie par le canton afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers et, par conséquent, figurer sur la liste hospitalière cantonale. L'art. 39 LAMal oblige donc les cantons à établir une planification hospitalière.

Les exigences concernant le type de planification varient en fonction du domaine de soins (art. 58c OAMal). Pour la réadaptation, la planification doit être liée aux prestations ou aux capacités. Les principaux aspects de la planification cantonale sont décrits à l'art. 58b OAMal, sous le titre « Planification des besoins en soins », notamment parce que ces dispositions ne concernent pas seulement les soins hospitaliers, mais aussi, comme mentionné ci-avant, le traitement en établissement médico-social. Toutefois, le présent rapport n'aborde que les soins stationnaires en réadaptation, c'est pourquoi nous utilisons ci-après également le terme « Planification hospitalière (cantonale) ».

1.2 Le processus de planification hospitalière

En se fondant sur les dispositions de la LAMal et de l'OAMal, il est possible de distinguer les étapes de planification hospitalière cantonale (voir schéma G 1.1). Le canton de Vaud a déjà suivi une fois tout ce processus, avec sa planification hospitalière 2012 et sa planification du domaine de soins somatiques aigus de 2024. La liste hospitalière pour le domaine des soins de réadaptation actuellement valable a été élaborée en 2012.

Tout comme pour les dernières planifications hospitalières de 2012 et de 2024, les travaux actuels sont divisés en trois étapes: (1.) la définition et la détermination des besoins de soins en réadaptation stationnaire pour la population vaudoise, (2.) les travaux nécessaires à l'établissement du rapport de planification hospitalière (détermination de l'offre) et, finalement, (3.) l'établissement de la nouvelle liste hospitalière et l'octroi des mandats de prestations aux établissements hospitaliers (garantie de l'offre).

Le rapport d'évaluation des besoins constitue le point de départ de la planification hospitalière. Il vise en particulier à déterminer les besoins en soins hospitaliers de la population du canton à l'horizon 2035 et pose les bases statistiques nécessaires à la nouvelle planification. Comme une planification hospitalière ne se fait jamais en vase clos, il est judicieux de mettre en lumière les structures de soins existantes. Les flux de patients, qui résultent parfois des offres de soins disponibles, en font également partie.

Encadré 2 L'art. 39 LAMal – Hôpitaux et autres institutions

L'art. 39 LAMal – Hôpitaux et autres institutions (extrait)

[1] Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :

a. garantissent une assistance médicale suffisante ;
b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats ;
f. s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

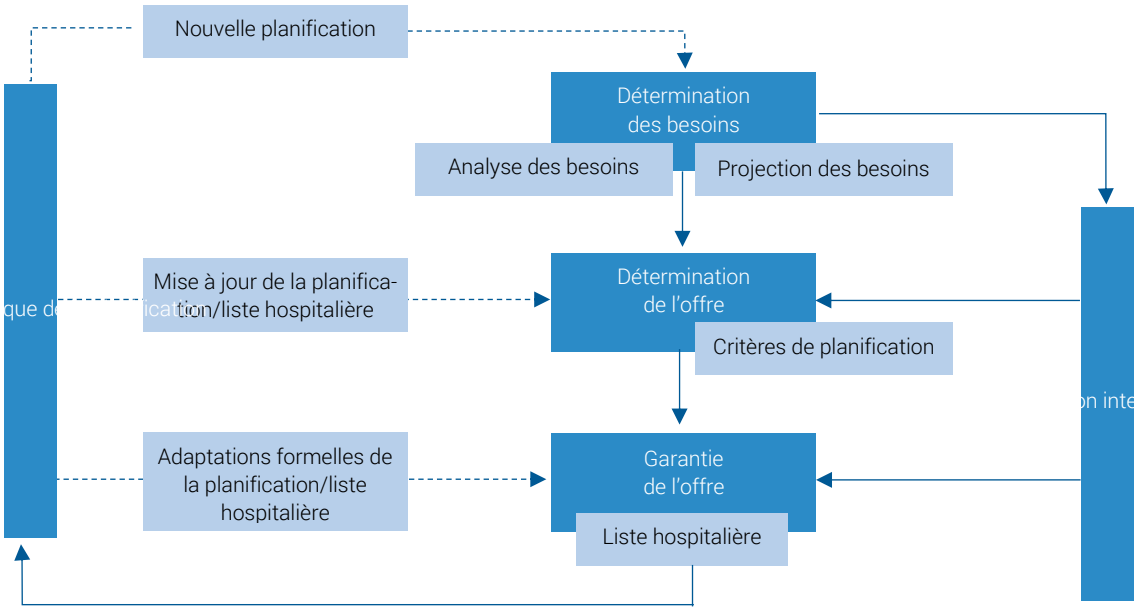
[1bis] Le canton fixe dans le mandat de prestations visé à l'al. 1, let. e, notamment les prestations de formation requises dans le domaine de la formation pratique des infirmiers. Il tient compte à cet égard des critères définis à l'art. 3 de la loi fédérale du 16 décembre 2022 relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers118 et du plan de formation visé à l'art. 4 de ladite loi.

[2] Les cantons coordonnent leurs planifications.

[…]

[2ter] Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

G 1.1 Modèle de processus de planification hospitalière



Source: propre représentation fondée sur la LAMal, l'OAMal et la CDS (2022a) © Obsan 2024

1.2.1 Détermination des besoins

Les cantons déterminent leurs besoins selon une démarche vérifiable. L'art. 58b, al. 1 OAMal stipule qu'ils se fondent pour ce faire sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Les cantons sont tenus, en vertu de l'art. 58b, al. 2 OAMal, de déterminer également l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste hospitalière qu'ils ont arrêtée.

Le processus dans le canton de Vaud

Dans le cadre de sa planification hospitalière 2024, le canton de Vaud a déterminé les besoins en soins somatiques aigus stationnaires et a établi les listes des hôpitaux actuellement en vigueur. Le présent rapport est destiné à faire de même pour le domaine de la réadaptation stationnaire.

1.2.2 Détermination de l'offre

Comme prévu à l'art. 58b, al. 3 OAMal, les cantons déterminent, sur la base de l'analyse des besoins, l'offre qui doit être garantie afin que la couverture des besoins soit assurée. Ils listent les établissements cantonaux et extra-cantonaux permettant de répondre à ces besoins (hôpitaux répertoriés). Lors de l'évaluation et du choix de l'offre – et donc des prestataires –, les cantons prennent notamment en compte les critères de planification inscrits à l'art. 58b, al. 4 OAMal, c'est-à-dire le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations, l'accès des patients au traitement dans un délai utile, ainsi que la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. En ce qui concerne l'évaluation du caractère économique et de la qualité, les dispositions de l'art. 58d OAMal s'appliquent. En vertu de l'art. 58d, al. 4 OAMal, lors de l'évaluation des hôpitaux, les cantons doivent en particulier veiller à la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums des cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins. Enfin, l'art. 39, al. 1, let. d LAMal précise qu'ils sont tenus de prendre en considération de manière adéquate les établissements privés.

Le processus dans le canton de Vaud

Le canton de Vaud va établir sa nouvelle liste hospitalière pour les soins de réadaptation. Pour cette nouvelle période de planification, une procédure de sélection analogue à celle de l'ancienne planification est prévue. Pour l'évaluation des fournisseurs de prestations, le canton de Vaud va appliquer les critères recommandés par la CDS pour la réadaptation stationnaire. Dans un souci de transparence et pour promouvoir la concurrence, les critères d'évaluation s'appliqueront de manière identique à tous les candidats et incluront la qualité, l'économicité, la disponibilité à l'accueil, l'accessibilité ainsi que de la pertinence des soins. À cet effet, les différents établissements hospitaliers vont être invités à soumettre leurs offres dans le cadre d'un appel d'offres pour les différents domaines et groupes de prestations, respectivement pour une inscription sur la liste hospitalière du domaine de la réadaptation. Après analyse de toutes les offres reçues dans les délais, une proposition d'une liste hospitalière avec l'attribution des différents mandats de prestations va être préparée.

1.2.3 Garantie de l'offre (établissement de la liste hospitalière)

Afin de garantir l'offre selon l'art. 58b, al. 3 OAMal, les cantons sont tenus d'établir une liste des établissements hospitaliers et, pour ce faire, de se conformer aux dispositions de l'art. 39, al. 1, let. e LAMal. Cette dernière disposition ainsi que l'art. 58f, al. 3 OAMal les obligent à définir, dans la liste hospitalière, pour chaque établissement, les groupes de prestations correspondant au mandat de prestations. Selon la nouvelle teneur[6] de l'art. 58f, al. 2 OAMal, si l'établissement a plusieurs sites, le mandat de prestations précise le site. Les recommandations de la CDS (CDS 2022a) laissent toutefois une certaine marge de manœuvre au canton en maintenant que pour les établissements hospitaliers comportant plusieurs sites, la décision de formuler des directives pour chaque site est laissée au canton.

Le processus dans le canton de Vaud

Les établissements qui figurent sur la liste hospitalière cantonale y sont inscrits pour une part ou pour l'intégralité des missions médicales de l'établissement. Les mandats actuels de réadaptation ne sont pas attribués selon les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Conformément aux recommandations de la CDS (2018, 2022b), le canton de Vaud prévoit d'établir sa liste des hôpitaux dans le domaine des soins de réadaptation en se basant essentiellement sur la systématique GPPH de réadaptation de la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) et d'attribuer les mandats de prestations des hôpitaux par domaine de prestations (DPPH), ces derniers regroupant l'ensemble des GPPH. A noter que le canton de Vaud a fait le choix de traiter la « réadaptation gériatrique » et la « réadaptation pédiatrique » comme des domaines de prestations (tous organes confondus) et non comme des domaines transversaux. Ce modèle correspond aux pratiques romandes actuelles. Voir aussi section 2.4 à la page 13.

1.2.4 Réexamen de la planification

L'art. 58a, al. 2 OAMal oblige les cantons à réexaminer périodiquement leur planification. Comme indiqué dans les recommandations de la CDS (2022a, pp. 5 à 8), on distingue plusieurs types de modifications des planifications hospitalières cantonales :

Les modifications de nature formelle : il s'agit là essentiellement de :

- reprises des adaptations des catalogues CHOP et CIM dans les définitions des groupes de prestations ;
- corrections d'erreurs ;
- intégration de modifications formelles telles que des changements de nom de fournisseurs de prestations.

Les mises à jour sans nouvelle planification : tant que la prévision des besoins établie dans la planification hospitalière s'avère correcte et que les autres documents de planification sont eux aussi encore valables, aucune nouvelle planification hospitalière globale n'est nécessaire dans l'intervalle de temps prévu par le canton. Il existe toutefois différentes raisons pour qu'une liste hospitalière existante soit réexaminée et actualisée :

- retrait d'un mandat de prestations (globalement ou pour un ou plusieurs groupes de prestations) ;
- réexamen de mandats de prestations limités dans le temps, à l'expiration de la période de validité ; transformation en mandats de prestations illimités dans le temps ou non-renouvellement du mandat de prestations ;
- résiliation d'un mandat de prestations par un hôpital répertorié ;
- attribution d'un mandat de prestations pour un groupe de prestations supplémentaire dans un domaine de prestations existant pour un hôpital figurant déjà sur la liste hospitalière afin d'étoffer de manière appropriée son portefeuille de prestations ;
- intégration d'un nouvel hôpital sur la liste hospitalière pour combler une insuffisance de la couverture médicale ou atténuer cette insuffisance ;
- adaptations mineures des exigences.

Si une liste hospitalière est actualisée durant l'intervalle de planification prévu par le canton et uniquement en cas d'admission d'un nouvel hôpital répertorié, il convient d'examiner les critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile mais, en règle générale, seulement pour ce qui est des fournisseurs intéressés. Contrairement au processus à suivre lors d'une nouvelle planification hospitalière, les hôpitaux déjà répertoriés ne sont pas à nouveau examinés selon ces critères. Les mandats de prestations des hôpitaux déjà répertoriés ne peuvent pas non plus être remis en question par la demande d'un nouveau candidat.

L'établissement d'une nouvelle planification : toute nouvelle planification passe par chacune des étapes figurant dans le schéma G 1.1: détermination des besoins, détermination de l'offre (y c. évaluation et choix de l'offre) et publication d'une nouvelle liste hospitalière. Le processus d'une planification hospitalière doit suivre les directives de l'OAMal. Un appel d'offres, auquel participent tous les prestataires intéressés, constitue une partie intégrante du processus (cf. arrêt TAF, C-6266/2013). Étant donné que dans le secteur hospitalier, il est essentiel d'octroyer des mandats de prestations à long terme pour assurer la sécurité de la planification et des investissements des prestataires, un renouvellement de la planification incluant une analyse globale des besoins et une mise au concours de tous les mandats de prestations n'est approprié qu'à intervalles temporels importants ou si de grands écarts entre la prévision des besoins et les évolutions réelles sont constatés. Il revient aux cantons de décider de la périodicité des planifications globales incluant de nouvelles mises au concours.

[6] En vigueur depuis le 1er janvier 2022

Le processus dans le canton de Vaud

Durant la période sous revue, la planification 2012 n'a pas été réexaminée dans sa totalité mais des adaptations ponctuelles ont été réalisées en lien avec des besoins avérés. Le Conseil d'Etat a procédé à plusieurs modifications de la Liste LAMal limitées à des problématiques particulières. L'inscription de la Clinique La Métairie pour quelques lits a augmenté la capacité de la région EST en hospitalisations psychiatriques. D'autres modifications ont été induites par des changements de statuts des institutions concernées comme la disparition de la Clinique La Longeraie et la création de l'Hôpital Riviera-Chablais. Enfin, l'introduction au niveau national des DRG palliatifs a nécessité une modification de la liste LAMal pour adapter la reconnaissance des unités de soins palliatifs du canton. Actuellement, aucune modification n'a été apportée à la liste LAMal des soins somatiques aigus de 2024.

1.2.5 Coordination intercantonale

En vertu de l'obligation de coordonner leurs planifications, visée à l'art. 39, al. 2 LAMal, les cantons doivent notamment selon art. 58e, let. a et b OAMal : (a) exploiter les informations nécessaires concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés ; (b) prendre en compte le potentiel de coordination avec d'autres cantons pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

La coordination intercantonale est d'autant plus essentielle que des prestataires d'autres cantons sont potentiellement pertinents pour garantir des soins conformes aux besoins de la population. Les cantons doivent assurer la couverture des besoins, et donc l'offre, au moyen d'une liste hospitalière, en prenant en compte des établissements cantonaux et extracantonaux, dans la mesure où cela est nécessaire pour garantir cette couverture (art. 58b OAMal). Dans le cadre de l'analyse des besoins en soins de la population résidante du canton (art. 58a OAMal), l'établissement d'une liste cantonale des hôpitaux présuppose que les cantons connaissent la proportion de leur propre population ayant recours à des traitements hospitaliers dans d'autres cantons. Pour ce faire, il convient d'analyser tant les flux de patients entrant dans le canton que les flux sortant du canton.

Par ailleurs, la révision de la LAMal concernant le nouveau financement hospitalier, entrée en vigueur le 1er janvier 2012, a notamment introduit le libre choix de l'hôpital. L'objectif visé par le législateur était de supprimer les obstacles à la mobilité afin de stimuler la concurrence entre établissements hospitaliers. Depuis l'introduction du libre choix de l'hôpital, les patients peuvent en principe choisir librement dans quel hôpital ils veulent se faire soigner, que celui-ci se trouve ou non sur le territoire de leur canton de domicile. L'assurance-maladie obligatoire (AOS) et les cantons prennent en charge les frais de traitement dans tout hôpital disposant d'un mandat de prestations d'au moins un canton pour le traitement voulu, mais à concurrence toutefois du tarif de référence du canton de domicile. L'éventuelle différence de tarif reste à la charge des patients ou de leur assurance complémentaire.

Le processus dans le canton de Vaud

Conformément aux recommandations de la CDS (2022a) et à la nouvelle teneur de l'art. 58e OAMal, le canton de Vaud prend en compte au minimum (a) les cantons limitrophes, (b) les cantons dans lesquels sont établis des hôpitaux répertoriés et (c) les cantons dont provient un flux important de patients. La coordination s'est donc surtout faite avec les cantons de Genève, Fribourg, Neuchâtel et Valais.

Dans le cadre de ses planifications hospitalières, le canton de Vaud a toujours exploité les données concernant les flux de patients à destination et en provenance d'autres cantons.

2 Données et méthode

Ce chapitre fournit des informations sur la méthodologie ainsi que sur les bases de données qui ont été utilisées pour l'élaboration de ce rapport. Il explique également le modèle de projection de même que les différents facteurs d'influence et les hypothèses retenues pour calculer les besoins futurs en soins.

2.1 Sources de données

La Statistique médicale des hôpitaux (MS) et la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont à la base des analyses de la situation actuelle et des projections des besoins. Au niveau démographique, ce sont les données de la statistique de la population et des ménages (STATPOP) de l'OFS et de Statistique Vaud qui ont été utilisées.

2.1.1 Statistique médicale des hôpitaux (MS)

La Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS fournit chaque année les données individuelles sur les séjours hospitaliers. Chaque clinique, hôpital ou maison de naissance effectue le relevé qui est obligatoire. La MS collecte des informations sociodémographiques sur les patients comme l'âge, le sexe ou la région de domicile, des données administratives comme les informations sur l'admission et la sortie ou le type d'assurance, des données économiques comme le centre de prise en charge des coûts ainsi que des informations médicales telles que les diagnostics et les traitements.

2.1.2 Statistique des hôpitaux (KS)

La statistique des hôpitaux de l'OFS sert principalement à décrire l'infrastructure et l'activité des hôpitaux et des maisons de naissances en Suisse et fournit des informations sur la typologie des hôpitaux. Elle permet, notamment avec les données de la MS, de classer les cas dans les soins somatiques aigus, la psychiatrie ou la réadaptation. La procédure exacte de délimitation des types de soins est décrite dans l'Encadré 4, à la page 13.

2.1.3 Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

La statistique de la population et des ménages de l'OFS fait partie du système de recensement fédéral de la population. Elle fournit des informations sur l'effectif et la structure de la population résidante à la fin de l'année ainsi que sur les mouvements de population au cours de l'année civile. C'est sur la base de la population résidente permanente selon STATPOP que sont calculés les taux d'hospitalisation standardisés vaudois et suisses dans le cadre de l'analyse des besoins.

Toutefois, les taux par groupe de prestations, par groupe d'âges et par sexe qui servent de base pour les projections des besoins sont calculés à partir de la population résidante telle que publiée par Statistique Vaud, par souci de cohérence avec l'utilisation des projections démographiques de Statistique Vaud (voir ci-après) pour la projection des besoins en soins stationnaires.

2.1.4 Scénarios de l'évolution de la population de Statistique Vaud

Les projections des besoins en soins stationnaires s'appuient sur les projections démographiques de Statistique Vaud qui présentent l'avantage d'être basées sur un ensemble d'hypothèses spécifiques au canton de Vaud et proposent des résultats relatifs aux différentes régions vaudoises. Les scénarios vaudois s'appliquent à la population résidante permanente, comprenant les résidents de nationalité suisse, les fonctionnaires internationaux et leur famille, ainsi que les étrangers pour qui la durée de résidence légale ou la validité du titre de séjour totalise au moins une année. Sont par contre exclus les personnes en cours de procédure d'asile résidant en Suisse depuis moins d'un an ainsi que les étrangers en situation irrégulière ou détenant un permis de court séjour. Cette définition, en vigueur depuis 2017, correspond à celle retenue par l'Office fédéral de la statistique. En raison de différences de sources, les données de la statistique vaudoise de la population peuvent toutefois s'écarter légèrement des chiffres cantonaux de la statistique fédérale STATPOP (Imhof et al., 2021).

Les trois scénarios démographiques possibles pour le canton de Vaud sont le scénario moyen, considéré comme le plus vraisemblable par Statistique Vaud, le scénario haut (contexte économique et politique favorable à l'immigration internationale) et le scénario bas (contexte économique moins favorable). Ces scénarios sont basés sur différentes hypothèses d'évolution future de

la fécondité, de la mortalité et des migrations. Ils diffèrent essentiellement par la dynamique de croissance que pourrait suivre l'économie vaudoise et son influence sur le solde migratoire, facteur prépondérant dans l'évolution de la population du canton.

À noter que ces projections ont été établies en temps de crise, dans un contexte marqué par la pandémie de COVID-19, avec des effets à moyen et long termes liés à la crise sanitaire et économique difficiles à évaluer. Toutefois, aucun scénario catastrophe ou de rupture n'a été envisagé.

Les projections démographiques de Statistique Vaud pour le canton de Vaud sont disponibles par district et permettent de calculer les projections des cas par région de santé (voir Encadré 3). Il convient de préciser que le découpage des régions de santé ne suit pas tout à fait celui des réseaux de soins[7] mais l'utilisation des régions assure une cohérence avec la planification des soins somatiques aigus, puisque les mêmes définitions ont été retenues.

Encadré 3 Districts et régions de santé

Districts	Régions de santé
D7 Morges D8 Nyon	Ouest
D3 Gros-de-Vaud D5 Lausanne D6 Lavaux-Oron D9 Ouest lausannois	Centre
D2 Broye-Vully D4 Jura-Nord vaudois	Nord
D1 Aigle D10 Riviera-Pays-d'Enhaut	Est

2.1.5 Autres bases de données

La liste hospitalière cantonale a été utilisée comme source d'information supplémentaire. Elle sert de base à la classification des fournisseurs de prestations entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux non répertoriés et a permis de calculer les taux de couverture de la liste hospitalière par groupe ou domaine de prestations. Fait référence ici la liste hospitalière vaudoise 2012 pour les prestations de réadaptation, mise à jour le 4 octobre 2023 et entrée en vigueur le 1er janvier 2024.[8]

2.2 Critères d'inclusion

Les données de l'année 2022 font référence pour les projections, même si certains tableaux et graphiques présentent les années dès 2019 voire 2012 pour mettre en évidence d'éventuelles tendances.

Sauf si spécifié autrement, les tableaux et graphiques présentent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)[9], le but du présent rapport étant d'évaluer les besoins en soins de la population vaudoise qui relèvent de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Cela est conforme à la pratique des cantons romands.

2.3 Délimitation des types de soins

Les types de soins dans les hôpitaux sont délimités essentiellement selon les centres de prise en charge des coûts et la typologie des établissements de santé de l'OFS. Les détails se trouvent dans l'Encadré 4, à la page 13.

7 Les régions de santé se basent sur les districts, tandis que les réseaux de soins se basent sur les districts et les adaptations selon la directive du canton de Vaud du 1.4.2019 : https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/Bases_l%C3%A9gales/Directive_Decoupage_Geographique_Reseaux_01.04.2019.pdf

8 Cette mise à jour de la liste hospitalière du 4 octobre 2023, et entrée en vigueur le 1er janvier 2024, concerne, pour la réadaptation, le changement de statut de certains établissements (voir section 1.2.4 à la p. 9)

9 Variable agent payeur MS 1.4.V02=1 (Assurance-maladie (obligatoire) comme principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune.)

Encadré 4 Délimitation des domaines de soins et définition d'un cas

Délimitation des domaines de soins

Les cas de la Statistique médicale des hôpitaux sont attribués aux différents domaines de soins, à savoir les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation à l'aide du type d'hôpital contenu dans la Statistique des hôpitaux (selon la typologie des hôpitaux de l'OFS), du centre de prise en charge des coûts (1.4.V01) et du tarif retenu pour la facturation (4.8.V01). Cela se déroule en cinq étapes :

1. Les cas sont d'abord attribués à la psychiatrie (M500) ou à la réadaptation (M950) sur la base du centre de prise en charge principal des coûts.
2. Sur la base de la typologie des hôpitaux, de nouveaux cas de psychiatrie (K211, K212) et de réadaptation (K221) sont identifiés parmi les cas restants.
3. Les cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts ou les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234) sont attribués aux soins somatiques aigus si le cas est facturé par DRG, sinon à la réadaptation.
4. Les cas qui n'ont pas été répartis entre les domaines de soins au cours des étapes précédentes (1-3) sont attribués aux soins aigus.
5. Finalement, des adaptations sont apportées à l'attribution des cas en fonction de l'hôpital, des résultats d'études de plausibilisation des données, des expériences de l'Obsan dans le cadre d'études précédentes, ainsi que des clarifications avec les cantons concernés, et sont documentées dans un système central (ObsanSITE).

Les définitions utilisées sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Définition du cas[1)]	A	A, C	A, C
Centre de prise en charge des coûts[2)]	autres	M500	M950
Typologie des établissements de santé[3)]	autres	K21	K221
Tarif de facturation[4)] combiné avec le centre de coûts M900	M900 & Tarif=SwissDRG		M900 & Tarif≠SwissDRG
Tarif de facturation[4)] combiné avec le type d'hôpital K234	K234 & Tarif=SwissDRG		K234 & Tarif≠SwissDRG
Adaptations spécifiques aux hôpitaux et aux sites:	oui	oui	oui

1) A: sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: date d'entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant au-delà du 31.12.
2) M500=Psychiatrie et psychothérapie; M900=Gériatrie; M950=Médecine physique et réadaptation
3) K21=Cliniques psychiatriques; K221=Cliniques de réadaptation; K234=Cliniques spécialisées en gériatrie
4) Tarif de facturation=1: le cas est facturé selon SwissDRG

Définition du cas

Un cas correspond à une hospitalisation. Tous les cas qui sortent de l'hôpital durant l'année sont pris en compte (cas A). En psychiatrie et en réadaptation, les cas qui passent toute l'année à l'hôpital sont également pris en compte (cas C). Depuis l'introduction de SwissDRG (2012), TARPSY (2018) ou ST Reha (2022), les cas qui sont réadmis dans les 18 jours sous certaines conditions sont regroupés (regroupement des cas).

Sources: Obsan – ObsanSITE, OFS – Typologie des hôpitaux

© Obsan 2024

2.4 Groupes de prestations

Pour la réadaptation, il n'existe pas un système de planification utilisé par l'ensemble des cantons. Le canton de Vaud s'appuie sur les recommandations de la CDS concernant le système de planification type et les définitions des domaines de réadaptation (CDS, 2022b). Ces recommandations permettent de fonder les planifications cantonales sur des domaines définis de manière uniforme tout en organisant les groupes de prestations, les domaines de prestations ou les domaines transversaux de façon à tenir compte des réalités cantonales. Dans une première étape, les cas de réadaptation ont été regroupés dans des domaines de prestations (DPPH) et groupes de prestations (GPPH) distincts à l'aide du groupeur développé par la Direction de la santé du canton de Zurich (GDZH), dans sa version la plus récente au moment des calculs, à savoir la version *reha-2024.0.41_ger*. Ils ont ensuite été réaménagés en tenant compte des groupes transversaux,

toujours selon les recommandations (CDS, 2022b), et sont présentés dans l'Encadré 5[10]. Lors de la prochaine planification hospitalière pour la réadaptation du canton de Vaud, les mandats de prestations seront attribués par domaine de prestations, la « réadaptation gériatrique » et la « réadaptation pédiatrique » étant traités comme tels (tous organes confondus). À noter que les cas relevant de la gériatrie aiguë, financés dans le cadre de la structure tarifaire DRG, n'appartiennent pas au domaine de la réadaptation du point de vue de la planification, mais des soins somatiques aigus (voir Encadré 4, à la page 13).

Encadré 5 Domaines et groupes de prestations pour la réadaptation

Domaines de prestations (DPPH)	Groupes de prestations (GPPH)
Musculo-squelettique	Musculo-squelettique général
	Rhumatisme inflammatoire
	Polytraumatisme sans lésion cérébrale
	Amputations
	Brûlures
Neurologique	Neurologique général
	Neurologique avec symptômes neuro-psychiatriques sévères
	Sclérose en plaque (stade avancé)
	Parkinson (stade avancé, évaluation)
	Polytraumatisme avec lésion cérébrale
Réadaptation des paraplégies	Paraplégie et syndromes de type paraplégique
Cardio-vasculaire	Cardio-vasculaire général
	Cardio-vasculaire après transplantation cardiaque/cœur artificiel
Pulmonaire	Pulmonaire général
	Hypertension pulmonaire/transplantation pulmonaire
Médecine-oncologie	Médecine
	Oncologie
Réadaptation psychosomatique	Réadaptation psychosomatique
	Réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques
Réadaptation pédiatrique	Réadaptation pédiatrique
Réadaptation gériatrique	Réadaptation gériatrique

[10] Les domaines transversaux restants (non présentés dans l'Encadré 5) sont la « réadaptation pour adultes » et la « réadaptation avec surveillance obligatoire ».

2.5 Calcul de la durée de séjour

De façon générale, les durées de séjour sont calculées conformément aux définitions prévues par les systèmes tarifaires, c'est-à-dire, pour la réadaptation, le système ST Reha (SwissDRG 2021) :

Date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé + 1

Le jour d'entrée et chaque jour d'hospitalisation supplémentaire sont comptés comme jours de soins, exception faite d'un éventuel jour de transfert. Les interruptions sont déduites, elles correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas. Les jours entiers de congé sont également déduits. Le nombre de jours de congé s'obtient par la somme des heures des congés administratifs (minutes comprises) divisée par 24, étant pris en compte uniquement les congés administratifs de minimum 24 heures. Enfin, dans le présent rapport, le nombre de jours par séjour est limité à 365 jours.

2.6 Taux d'hospitalisation standardisés

Les taux d'hospitalisation standardisés permettent des comparaisons entre différentes régions (par ex. cantons), sans que ces dernières ne soient biaisées par la structure démographique des unités spatiales comparées. Les taux présentés dans ce rapport sont standardisés par âge et par sexe : cela signifie que les résultats sont corrigés pour tenir compte des variations qui existent dans la structure démographique des régions analysées. Les taux standardisés sont calculés à partir de la méthode directe suivante :

$$R_{IS} = \frac{\sum(N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

RIS= taux standardisés par âge et par sexe

Nij= nombre de personnes de classe d'âge i de sexe j dans la population standard

rij = taux par âge i et sexe j dans la population étudiée

La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013). Avec la standardisation, on obtient le taux que présenterait la population étudiée si elle avait la même structure par âge et sexe que la population de référence. L'intervalle de confiance est une mesure de la précision de l'estimation. Il définit les limites à l'intérieur desquelles la valeur se trouve avec une probabilité de 95%. L'écart-type et l'intervalle de confiance à 95% ont été calculés sur la base d'une approximation de la variance des taux par la loi Gamma (Tiwari et al., 2006).

2.7 Flux de patients

L'analyse des données de réadaptation comprend une série de tableaux sur les flux de patients. La formule des indicateurs et leur description sont indiquées dans le tableau T 2.1.

2.8 Modèle de projection

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer, l'Obsan a élaboré en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS) un modèle de projection du nombre de cas et de jours de soins qui sert de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et alémaniques. Le dossier de l'Obsan n° 32 (Weaver et al., 2009) contient une documentation détaillée sur le modèle ainsi que sur la méthodologie sous-jacente. Le modèle utilisé actuellement est une version révisée de ce modèle permettant de mieux tenir compte de l'exigence de prendre en compte les divers facteurs d'influence. La figure G 2.1 montre une représentation schématique du modèle de projection. La technique de projection ainsi que les facteurs d'influence déterminants sont expliqués ci-après.

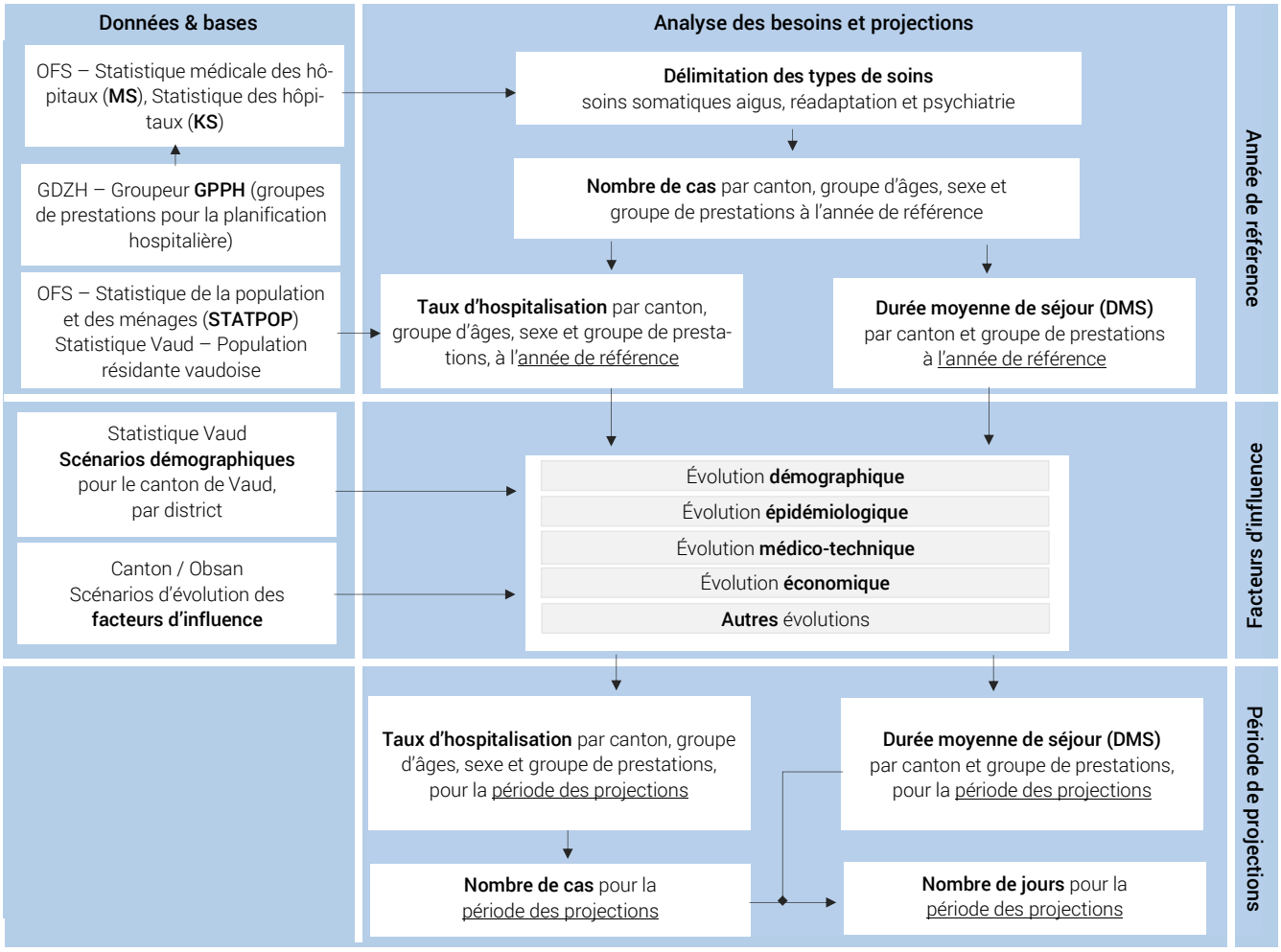
T 2.1 Définitions des indicateurs des flux des patients

Indicateur	Description	Formule
Entrées	Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patients résidant dans un autre canton.	
Flux entrant %	Les flux entrants représentent la proportion d'entrées parmi l'ensemble des hospitalisations du canton considéré.	$FE_k = \frac{Z_k}{H_k}$ Z_k= entrées dans le canton k H_k = hospitalisations dans le canton k
Indice de part de marché (IPM) %	L'indice de part de marché représente la proportion de résidents du canton parmi toutes les hospitalisations ayant eu lieu dans le canton. Il s'agit par conséquent de la proportion d'hospitalisations provenant des résidents du canton.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - FE_k$ Z_k = entrées dans le canton k H_k = hospitalisations dans le canton k
Sorties	Les sorties indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital d'un autre canton pour des patients résidant dans le canton considéré.	
Flux sortant %	Les flux sortants représentent la proportion de sorties parmi les patients résidant dans le canton considéré.	$\mathrm{FS_k}\ \frac{A_k}{P_k}$ A_k = sorties du canton k P_k = patients résidant dans le canton k
Indice de localisation (IL) %	L'indice de localisation représente la proportion de patients résidant dans le canton considéré se faisant hospitaliser dans un hôpital du canton. Il s'agit par conséquent de la proportion de patients qui n'ont pas quitté leur canton.	$IL_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - FS_k$ A_k = sorties du canton k P_k = patients résidant dans le canton k
Flux net	Le flux net – aussi appelé solde absolu par Huber (2015) – illustre la différence entre le nombre d'entrées et de sorties. Une valeur positive indique qu'il y a plus d'entrées dans le canton que de sorties alors qu'une valeur négative indique qu'il y a plus de sorties que d'entrées.	$Flux\ net_k = Z_k - A_k$ Z_k = entrées dans le canton k A_k = sorties du canton k
Indice d'exportation (IE)	L'indice d'exportation représente le rapport entre les sorties et les entrées. Une valeur supérieure à 1 indique un flux net en exportation alors qu'une valeur inférieure à 1 indique un flux net en importation. Par rapport au flux net, l'indice d'exportation permet de comparer la balance des flux entre des cantons ayant des intensités de flux très différentes.	$IE_k = \frac{A_k}{Z_k}$ A_k = sorties du canton k Z_k = entrées dans le canton k

Source: Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012), Matter-Walstra et al. (2006)

© Obsan 2024

G 2.1 Modèle de projection de l'Obsan pour l'évaluation des besoins en soins stationnaires



Source: propre représentation

© Obsan 2024

2.8.1 Technique de projection

Contrairement à ce que l'on appelle l'extrapolation de tendance ou les modèles de séries temporelles, dans lesquels les projections s'effectuent sur la base des tendances observées dans le passé, le modèle de projection de l'Obsan se base uniquement sur une année de référence, généralement l'année de données la plus récente. En effet, l'extrapolation de tendance nécessite des séries temporelles stables. Dans le contexte de la planification hospitalière, cela n'est pas garanti. Les systèmes de classification médicale utilisés pour coder les diagnostics et les traitements - notamment CHOP et CIM - sont adaptés en permanence à l'évolution des conditions. En conséquence, les groupes de prestations sur lesquels se base la planification hospitalière sont également mis à jour chaque année. Ces adaptations sont essentielles, mais elles ont pour conséquence qu'il n'existe pas forcément de séries temporelles stables au niveau des différents groupes de prestations. Par ailleurs, la pandémie de COVID-19 a largement influencé les données récentes, particulièrement l'année 2020 qui relève d'une situation extraordinaire avec de nombreuses hospitalisations en urgence et également un nombre considérable d'annulations et/ou de reports d'interventions électives. Pour toutes ces raisons, il est plus judicieux de se baser sur l'année la plus récente pour les projections, c'est-à-dire l'année 2022. Dans le modèle de projection de l'Obsan, seuls sont intégrés les facteurs d'influence et les évolutions pour lesquels il existe des évidences empiriques ou un large consensus parmi les spécialistes, et uniquement à condition que ces évolutions soient quantifiables.

La procédure d'évaluation des besoins en soins se résume par les étapes suivantes :

1. Identification des prestations pertinentes pour l'évaluation des besoins : la délimitation du domaine de réadaptation parmi les cas de la MS est ici décisive.
2. Calcul du nombre de cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et groupe de prestations pour l'année de référence.

3. Calcul des taux d'hospitalisation durant l'année de référence en rapportant les cas par canton de résidence, groupe d'âge, sexe et groupe de prestations à la population résidante du canton.
4. Estimation des taux d'hospitalisation au cours de la période de projections en tenant compte des évolutions attendues sur les plans économique, épidémiologique et médico-technique (i.e. adaptation des taux d'hospitalisation de référence).
5. Estimation du nombre de cas au cours de la période de projections sur la base des taux d'hospitalisation et des scénarios d'évolution démographique.
6. Calcul de la durée moyenne de séjour (DMS) par groupe de prestations pour l'année de référence.
7. Estimation de la DMS pour la période de projections en tenant compte des évolutions attendues sur les plans économique, épidémiologique et médico-technique.
8. Estimation des journées de soins pour la période de projections à partir du nombre de cas estimé et de la DMS estimée par groupe de prestations.

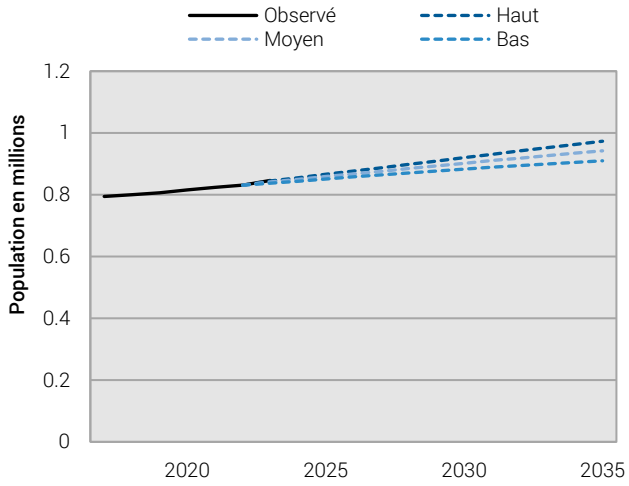
Le modèle de projection permet donc d'estimer les besoins en prestations de la population résidante du canton de planification en termes de nombre de cas et de nombre de journées de soins attendus.

2.8.2 Évolution démographique

Les projections démographiques constituent un outil majeur pour la planification du système de soins et sont intégrées dans le modèle de projection de l'Obsan. À la fin de l'année 2023, la population résidante du canton de Vaud s'élevait à 846 303 personnes (G 2.2).

Avec un taux d'accroissement annuel moyen (TCAM) de la population de 1,1% depuis 2017, le canton a enregistré 51 919 habitants supplémentaires en six ans. Le scénario moyen de Statistique Vaud prévoit que la population résidante du canton de Vaud passe à 942 197 personnes à l'horizon 2035 (+95 894 par rapport à 2023). Les scénarios bas et haut établissent une fourchette allant de 909 891 à 973 274 personnes. Les scénarios bas et moyen prévoient un taux de croissance annuel moyen de la population inférieur à celui de la période 2017-2023 (+0,6%, respectivement +0,9%). Seul le scénario haut présenterait un taux d'accroissement annuel moyen supérieur (+1,2%).

G 2.2 Population résidante et projections démographiques pour le canton de Vaud selon le scénario, 2017–2035



Évolution démographique, 2017-2023

Canton	Population résidante		Δ 2017-2023		
	2017	2023	n	%	TCAM
VD	794 384	846 303	+51 919	+6,5%	+1,1%

Projections démographiques, 2035

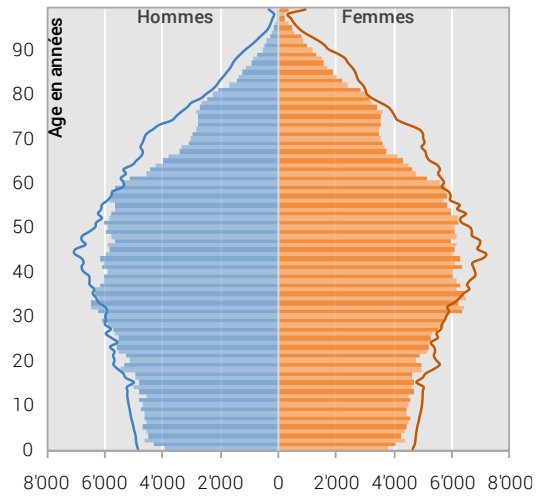
Scénarios	Population résidante	Projections	Δ 2023-2035		
	2023	2035	n	%	TCAM
bas	846 303	909 891	+63 588	+7,5%	+0,6
moyen	846 303	942 197	+95 894	+11,3%	+0,9
haut	846 303	973 274	+126 971	+15,0%	+1,2

Note: dès 2017, la population résidante permanente comprend la population suisse établie et la population étrangère au bénéfice d'une autorisation de résidence d'au moins un an, y compris nouvellement les personnes en cours de procédure d'asile résidant en Suisse depuis au moins un an et les fonctionnaires d'organisations internationales.

Source: Statistique Vaud - Population résidante permanente et projections démographiques

© Obsan 2024

G 2.3 Structure prospective de la population du canton de Vaud, scénario moyen, 2023 et 2035



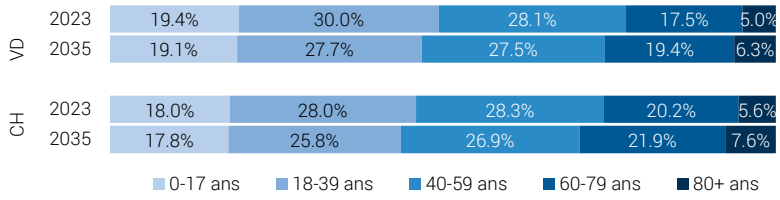
Hommes 2023 =
Projections hommes 2035 (Scénario moyen) =

Femmes 2023 =
Projections femmes 2035 (Scénario moyen) =

Chiffres-clés	VD			CH		
	2023	2035	Δ	2023	2035	Δ
Population	0,85 Mio,	0,94 Mio,	+11%	9,0 Mio,	9,8 Mio,	+9%
Rapport de dépendance des jeunes	35,5%	36,6%	+1 pp,	32,9%	35,1%	+2 pp,
Rapport de dépendance des personnes âgées	27,3%	33,9%	+7 pp,	31,8%	41,8%	+10 pp,

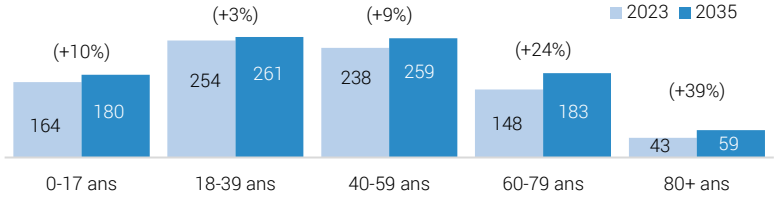
pp. = points de pourcentage, Δ = Différence (Delta)

Parts relatives par classe d'âge VD et CH, 2023-2035



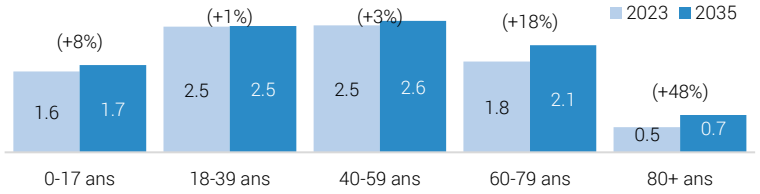
Population résidante (en milliers) par classe d'âge, VD

Taux de croissance en % entre parenthèses



Population résidante (en millions) par classe d'âge, CH

Taux de croissance en % entre parenthèses



Note: rapport de dépendance des jeunes: 0–19 ans / 20–64 ans ; rapport de dépendance des personnes âgées: 65+ ans / 20–64 ans

Sources: Statistique Vaud (pour le canton de Vaud) ; OFS – STATPOP et projections démographiques (pour la Suisse) © Obsan 2024

Au niveau structurel, le canton de Vaud se distingue par un rapport de dépendance des jeunes légèrement supérieur à la moyenne suisse (35,5% vs 32,9%), mais un rapport de dépendance des personnes âgées inférieur (27,3% vs 31,8%) (G 2.3). Les projections prévoient un renforcement de ces rapports de dépendance, en particulier celui des personnes âgées, qui devrait augmenter de 7 points de pourcentage pour atteindre 33,9% en 2035 dans le canton de Vaud. L'augmentation suisse est même de 10 points de pourcentage, pour atteindre 41,8% en 2035. Enfin, selon le scénario moyen, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans devrait augmenter de 39% entre 2023 et 2035 dans le canton de Vaud (Suisse : +48%).

2.8.3 Autres facteurs

Outre l'évolution démographique, d'autres facteurs peuvent influer sur les futurs besoins en soins. Il s'agit en particulier des conditions-cadres économiques, des changements épidémiologiques et des développements médico-techniques. Il se peut aussi que les besoins à l'année de référence (2022), constituant la base des projections, ne soient pas couverts de manière adéquate. Ces évolutions ou besoins différenciés peuvent affecter la fréquence des hospitalisations et leur durée. Il est possible d'intégrer de tels facteurs d'influence supplémentaires dans le modèle de projection des besoins en soins sous la forme de scénarios sur les taux d'hospitalisation et sur les durées moyennes de séjour. Les facteurs pris en compte par le canton de Vaud à cet égard sont décrits ci-dessous.

Attentes de placements B

Le canton de Vaud fait face à un nombre élevé de patients en attente de placement, dont un certain nombre en attente de lits B. Néanmoins, lorsque les patients sont bien reclassés par les établissements hospitaliers (i.e. reclassement du séjour A en séjour B dès que le patient est en attente d'un lit de réadaptation), ceux-ci sont intégrés dans le nombre de cas pris en compte dans l'univers de référence du présent rapport, même si ces patients ne bénéficient pas encore d'une prise en charge adéquate en réadaptation. Dès lors, il est considéré que la base de patients prise en compte pour l'évaluation des besoins tient compte des patients en attente d'un lit B.

Besoins et recours

Comme mentionné à la section 2.8.1, le modèle de projection utilise les taux d'hospitalisation de l'année de référence (par groupe de prestations, canton de résidence, sexe et groupe d'âges) comme base des projections des besoins en soins. Ces taux d'hospitalisation résultent du recours effectif de la population résidante du canton au cours de l'année de référence. Il est tout à fait courant de se baser sur le recours actuel aux prestations de santé pour prévoir les besoins en soins (cf. Carr-Hill et al., 1994). Toutefois cette approche repose sur l'hypothèse de base simplificatrice selon laquelle le besoin légitime de soins se reflète directement dans l'utilisation du système de soins (cf. Schliwen, 2015).

Le taux d'hospitalisation actuel du canton de Vaud (12,6 ‰) est supérieur à la moyenne nationale (9,8 ‰)[11]. Il est le reflet des pratiques cantonales, notamment dans une perspective de maintien à domicile des personnes âgées nécessitant une réadaptation renforcée en amont. Il est dès lors proposé de ne pas appliquer de facteur de variation à l'évaluation des besoins en lien avec le taux d'hospitalisation.

Virage ambulatoire

Un renforcement du virage ambulatoire vaudois est encore possible en réadaptation, comme le démontrent les programmes de réadaptation à domicile actuellement déployés dans le canton de Vaud, en collaboration avec les Centres Médicaux Sociaux (CMS). Ces programmes visent à proposer une réadaptation à domicile à la suite d'une hospitalisation somatique aigue ou une réadaptation à domicile en amont visant à éviter une hospitalisation. Le développement de telles filières prend du temps (identification des patients éligibles, formation du personnel dans les CMS, filières de physiothérapie à domicile à mettre en place, etc.). Dans le cadre de la présente planification, il est dès lors proposé d'adopter des facteurs de modulation des besoins prudents par rapport au potentiel théorique en lien avec un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Ces taux sont de -15% pour le scénario « minimum », -10% pour le scénario de « base » et -5% pour le scénario « maximum ».

Évolutions épidémiologiques

L'évolution épidémiologie en lien avec l'augmentation des maladies chroniques est difficile à chiffrer. Comme les autres cantons ayant eu recours à l'Obsan dans l'évaluation des besoins[12], aucune adaptation des besoins n'est retenue concernant cet axe pour le canton de Vaud.

Développements médico-techniques

Certains cantons ont choisi de tenir compte de l'augmentation prévue des révisions de prothèses de hanche et de genou et d'adapter consécutivement leurs besoins en réadaptation. Le canton de Vaud n'a pas tenu compte de cette évolution, considérée comme un épiphénomène parmi d'autres. D'autres développements technologiques n'ont pas été non plus considérés, comme par exemple les implants cérébraux permettant aux patients paraplégiques de retrouver certaines fonctions, mais impliquant également une période de réadaptation. Cela est cohérent avec les travaux réalisés par l'Institut d'économie de la santé de Winterthur dans le cadre de la planification hospitalière zurichoise (GDZH, 2021), basés sur une revue de la littérature et des entretiens d'experts, qui suggèrent que le développement médico-technique est peu susceptible d'influencer les taux d'hospitalisation en réadaptation (Höglinger et al., 2019). En effet, en réadaptation stationnaire, des innovations sont mentionnées (robotique, exosquelette, dispositifs assistés, prothèses électroniques, stimulations électriques, interfaces cerveau-ordinateur, applications de réalité virtuelle et applications de télémédecine) sans qu'il n'en résulte un changement significatif du nombre de cas de réadaptation stationnaire.

Autres développements

Pas d'autres développements attendus en lien avec la réadaptation.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) dans le canton de Vaud est de 22.8 jours contre 24.3 jours pour la moyenne nationale (voir G 3.5 à la page 27). Le canton est donc parmi les cantons avec une des DMS les plus basses. Compte tenu de son organisation, aucune tendance vers une augmentation de la DMS n'est actuellement

[11] Taux standardisés basés sur les données 2022, voir G 3.4, p. 26

[12] Les considérations sont essentiellement basées sur les travaux dans le cadre de la planification hospitalière du canton de Zurich (voir aussi ISPM, 2009 et GDZH, 2021)

envisagée. Il est dès lors proposé de ne pas appliquer de facteur de variation dans l'évaluation des besoins en lien avec la DMS.

2.8.4 Les hypothèses de projection, synthèse

Les facteurs d'influence explicités dans les sections 2.8.2 et 2.8.3 ainsi que les hypothèses retenues pour le canton de Vaud sont résumés au début de la section 3.2 (Encadré 8, p.38), juste avant les résultats des projections. L'Encadré 6 ci-dessous présente la synthèse du canton de Vaud quant aux facteurs d'influence retenus.

Encadré 6 Synthèse du canton de Vaud

Le choix dans la modulation des besoins pour la réadaptation implique d'envisager différents facteurs, qui peuvent avoir une incidence importante dans l'analyse des résultats. Les orientations prises par l'Etat de Vaud les années précédentes, notamment dans le domaine de l'offre ambulatoire dans la Région Centre, sont en cours de développement sur l'ensemble du territoire cantonal et sont prises en compte dans les projections réalisées dans le présent rapport.

3 Besoins en soins

Jusqu'à présent, il n'existe pas dans le droit fédéral de définition de la notion de réadaptation qui serait déterminante pour la planification hospitalière et l'attribution de mandats de prestations. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la réadaptation est définie comme « *une série d'interventions visant à optimiser le fonctionnement et à réduire le handicap des personnes ayant des problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement* »[13]. Pour favoriser une certaine uniformisation et coordination des planifications cantonales de réadaptation, la CDS a émis trois directives en novembre 2022, ayant trait à la définition même de la réadaptation (CDS 2022c), au système de planification type en réadaptation et définition des domaines de réadaptation (CDS 2022b) et aux exigences minimales pour les établissements et concernant des prestations spécifiques (CDS 2022d). En s'appuyant sur ces recommandations, le chapitre 3 traite des besoins en réadaptation stationnaire de la population domiciliée dans le canton de Vaud et comprend l'analyse de la situation actuelle (analyse des besoins en soins, section 3.1 ci-dessous) et future (projection des besoins en soins, section 3.2 dès la page 37). La façon de délimiter la réadaptation est expliquée dans l'Encadré 4, à la page 13. Les résultats sont généralement présentés par domaine de prestations, selon l'Encadré 5 à la page 14. Sauf s'il est spécifié autrement, seules les hospitalisations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont présentées ci-après. Elles représentent 94,6% des hospitalisations en 2022.

3.1 Analyse des besoins en soins

A l'instar du domaine des soins aigus, l'art. 58b, al. 1 OAMal enjoint les cantons à déterminer leurs besoins en soins de réadaptation stationnaires selon une démarche vérifiable, en se basant à la fois sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Il convient également de déterminer l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur leur liste hospitalière (art. 58b, al. 2 OAMal). L'art. 58c let. b OAMal spécifie que pour la réadaptation stationnaire, la planification est liée aux prestations ou aux capacités. La section 3.1 propose, pour la période 2019 à 2022, une analyse du recours aux soins (3.1.1), de l'offre de soins (3.1.2), et des flux intercantonaux de patients (3.1.3).

3.1.1 Recours aux soins

Les indicateurs présentés dans le graphique G 3.1 donnent une vue d'ensemble de l'évolution du recours aux soins hospitaliers stationnaires dans le domaine de la réadaptation. La population a augmenté de 96 075 personnes entre 2012 et 2022 (+13,1%) tandis que le nombre d'hospitalisations a reculé de 157 unités (-1.6%). L'évolution n'est toutefois pas constante : le nombre d'hospitalisations a augmenté considérablement jusqu'en 2017 pour diminuer fortement en 2018 et fluctuer ensuite autour du niveau de 2012. Le taux d'hospitalisation passe ainsi de 13,4 hospitalisations pour 1000 habitants en 2012 à 11,6 en 2022 (-13,0%). Il convient de noter qu'avec l'introduction de ST REHA en 2022, les cas réadmis dans les 18 jours sont, sous certaines conditions, regroupés sous le même numéro de cas. Un cas peut donc être composé de plusieurs hospitalisations, ce qui peut influencer à la baisse le nombre d'hospitalisations et le taux d'hospitalisation calculé dès 2022. En effet, un peu moins de 300 cas ont été regroupés en 2022, réduisant d'autant le nombre d'hospitalisations (voir Encadré 7).

Encadré 7 Effet des regroupements de cas depuis l'introduction de ST Reha

Depuis l'introduction de ST Reha en 2022, les cas sont regroupés dans certaines circonstances (voir Encadré 4, p. 13). Ainsi, les hospitalisations d'une même personne, qui étaient enregistrées comme deux cas distincts sous les règles en vigueur auparavant, sont considérées comme un seul cas sous ST REHA. De ce fait, le nombre de cas a tendance à être légèrement sous-estimé. Cela concerne 292 cas en 2022, soit 3,0% des cas.

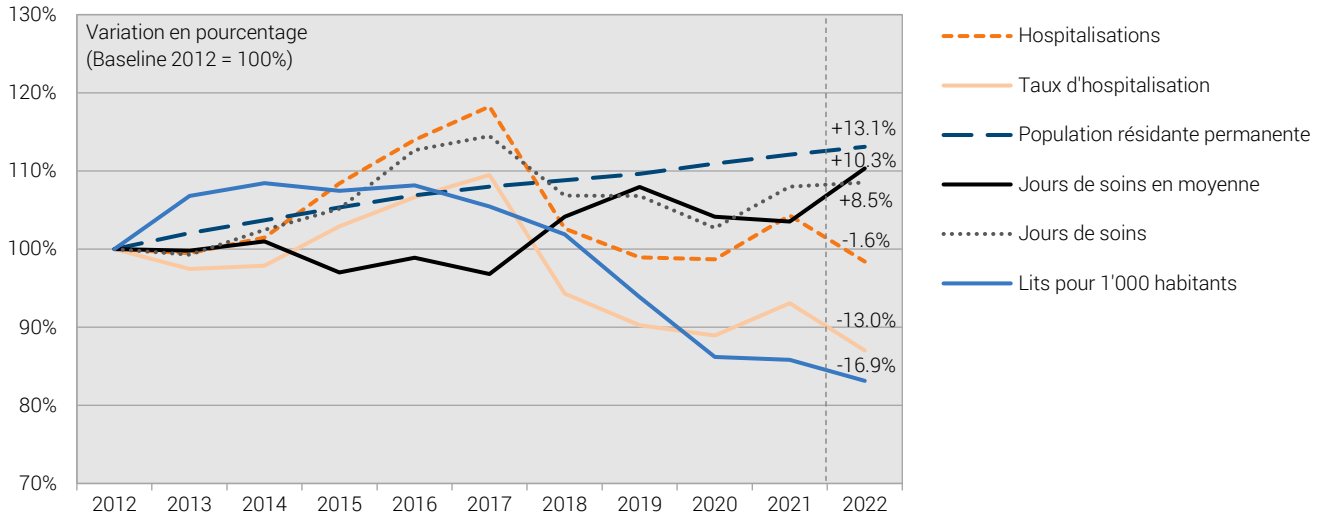
Sans cet effet de définition, on assisterait donc à une baisse plus modérée des hospitalisations et des taux entre 2021 et 2022. Quant au nombre total de journées de soins, il se situe à un niveau supérieur en 2022 (+8,5% par rapport à 2012). La hausse du nombre de jours et la baisse du nombre de cas entrainent une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS), passant de 20,6 jours en 2012 à 22,8 jours en 2022 (+10,3%), bien que l'augmentation se manifeste surtout après 2017. À noter que la DMS est aussi influencée par le regroupement des cas dont les durées sont cumulées (cf. section 2.5, à la page 14). Sans ce changement

[13] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

de définition, l'augmentation de la DMS entre 2021 et 2022 serait également un peu plus modeste. Enfin, le nombre de lits par habitant est également en diminution depuis 2012 (-16,9%), mais son évolution n'est pas non plus constante : en augmentation en début de période, c'est depuis 2017 que le nombre de lits par habitant diminue régulièrement, en nombre absolu également.

L'ensemble des analyses présentées dans le chapitre 3 se limitent aux cas qui relèvent de l'assurance obligatoire des soins (AOS), à l'exception du graphique G 3.2 qui montre la répartition des cas entre les différents agents payeurs sur la période 2019 à 2022. La part des cas relevant de l'AOS s'élève à 94,6%, contre 4,0% pour l'assurance-accident en 2022. Les autres agents payeurs (assurance-invalidité, assurance militaire, autopayeur, autre) enregistrent une part négligeable. Les proportions selon l'agent payeur évoluent peu sur la période 2019 à 2022.

G 3.1 Indicateurs généraux concernant la situation en matière de réadaptation dans le canton de Vaud, 2012-2022



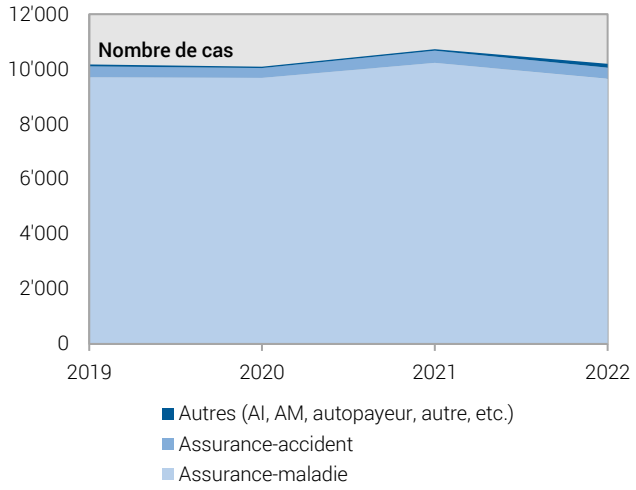
	2012	2022	Δ (n)	Δ (%)	TCAM (%)
Population résidante permanente	734 356	830 431	+96 075	+13,1%	+1,2%
Hospitalisations	9 808	9 651	-157	-1,6%	-0,2%
Hospitalisations pour 1'000 habitants	13,4	11,6	-1,7	-13,0%	-1,4%
Jours de soins en moyenne	20,6	22,8	+2,1	+10,3%	+1,0%
Jours de soins	202 468	219 735	+17 267	+8,5%	+0,8%
Lits pour 1'000 habitants	1,0	0,9	-0	-16,9%	-1,8%

Note: depuis l'introduction de ST Reha (2022), les cas qui sont réadmis dans les 18 jours sous certaines conditions sont regroupés et les durées de séjours cumulées. Cette nouvelle définition doit être prise en compte lors de l'interprétation de l'évolution des hospitalisations et des jours de soins entre 2021 et 2022. La population résidante permanente est recensée dans la STATPOP au 31 décembre de l'année concernée. Le nombre de lits est donné par le nombre de journées-lits d'exploitation dans le domaine "réadaptation" selon la KS divisé par 365. TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Sources: OFS – STATPOP, MS, KS

© Obsan 2024

G 3.2 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de Vaud, par agent payeur, 2019-2022



Agent payeur	2022	
	n	%
Assurance-maladie (obligatoire)	9 651	94,6%
Assurance-accident (AA)	409	4,01%
Assurance-invalidité (AI)	2	0,02%
Assurance militaire (AM)	3	0,03%
Autopayeur	31	0,30%
Autres, inconnu	101	0,99%
Total	**10 197**	**100,0%**

Note: le principal agent payeur (variable 1.4.V02 MS) désigne la principale entité qui assume les frais du séjour hospitalier correspondant à la division commune.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

Hospitalisations

En 2022, 9651 séjours hospitaliers de patients domiciliés dans le canton de Vaud sont enregistrés en réadaptation. Comme le montre le tableau T 3.1, le nombre total de séjours a très faiblement diminué entre 2019 et 2022 (-0,5% ; -53 cas), et la baisse marquée entre 2021 et 2022 (-5,6% ; -577 cas) s'explique en partie par le changement de définition (voir Encadré 7, à la page 21). En ce qui concerne les groupes de prestations, la réadaptation gériatrique représente la moitié des cas en 2022 (49,7%). Les groupes « musculo-squelettique général », « pulmonaire général » et « cardiovasculaire général » sont aussi assez fréquents, avec respectivement 19,0%, 7,0% et 6,6% des séjours. Les évolutions sont contrastées : tandis que la réadaptation gériatrique subit une très forte hausse en termes relatifs et absolus (+71,7% ; +2004 cas), plusieurs groupes enregistrent un recul important entre 2019 et 2022, notamment « musculo-squelettique général » (-31,9% ; -858 cas), « neurologique général » (-51,6% ; -380 cas), « médecine » (-51,5% ; -365 cas) et « cardiovasculaire général » (-29,1% ; -262 cas).

La réadaptation avec surveillance obligatoire (UEB) est un domaine transversal qui vise à traiter les personnes qui, malgré un état médical stabilisé, nécessitent une réadaptation stationnaire et présentent des troubles des fonctions corporelles ainsi que des altérations des activités et de la participation. Chez ces personnes, des paramètres vitaux doivent être surveillés en continu (p. ex. saturation en oxygène, pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire). La réadaptation avec surveillance obligatoire concerne seulement 33 cas vaudois, dont près de la moitié (45%, 15 cas) se trouve dans le groupe de prestations « pulmonaire général ».

T 3.1 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de Vaud, par GPPH, 2019-2022

DPPH	GPPH	2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Part 2022	UEB 2022	
										n	%
Musculo-squelettique	Musculo-squelettique général	2'692	2'564	2'312	1'834		-858	-31.9%	19.0%	2	0.1%
	Rhumatisme inflammatoire	68	42	48	49		-19	-27.9%	0.5%	0	0.0%
	Polytraumatisme sans lésion cérébrale	9	4	5	3		-6	-66.7%	0.0%	0	0.0%
	Amputations	43	47	47	35		-8	-18.6%	0.4%	0	0.0%
	Brûlures	1	1	2	0		-1	-100.0%	0.0%	0	
Neurologique	Neurologique général	737	667	567	357		-380	-51.6%	3.7%	2	0.6%
	Neurologique avec symptômes neuro-psychiatriques sévères	218	202	196	159		-59	-27.1%	1.6%	0	0.0%
	Sclérose en plaque (stade avancé)	54	52	42	55		+1	+1.9%	0.6%	0	0.0%
	Parkinson (stade avancé, évaluation)	30	26	31	40		+10	+33.3%	0.4%	0	0.0%
	Polytraumatisme avec lésion cérébrale	2	6	5	2		0	+0.0%	0.0%	0	0.0%
Réadaptation des paraplégies	Paraplégie et syndromes de type paraplégique	56	57	80	63		+7	+12.5%	0.7%	2	3.2%
Cardio-vasculaire	Cardio-vasculaire général	900	885	814	638		-262	-29.1%	6.6%	1	0.2%
	Cardio-vasculaire après transplantation cardiaque/coeur artificiel	11	8	7	7		-4	-36.4%	0.1%	0	0.0%
Pulmonaire	Pulmonaire général	707	889	751	673		-34	-4.8%	7.0%	15	2.2%
	Hypertension pulmonaire/transplantation pulmonaire	9	6	10	10		+1	+11.1%	0.1%	0	0.0%
Médecine-oncologie	Médecine	709	804	650	344		-365	-51.5%	3.6%	1	0.3%
	Oncologie	453	493	478	358		-95	-21.0%	3.7%	3	0.8%
Réadaptation psychosomatique	Réadaptation psychosomatique	167	187	195	180		+13	+7.8%	1.9%	0	0.0%
	Réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques	11	11	3	11		0	+0.0%	0.1%	0	0.0%
Réadaptation pédiatrique	Réadaptation pédiatrique	5	10	5	3		-2	-40.0%	0.0%	0	0.0%
Réadaptation gériatrique	Réadaptation gériatrique	2'795	2'685	3'946	4'799		+2'004	+71.7%	49.7%	6	0.1%
Prestations non-attribuables	Prestations non-attribuables	27	31	34	31		+4	+14.8%	0.3%	1	3.2%
Total		**9 704**	**9 677**	**10 228**	**9 651**		**-53**	**-0.5%**	**100.0%**	**33**	**0.3%**

Note: UEB = Réadaptation avec surveillance obligatoire (domaine transversal)

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

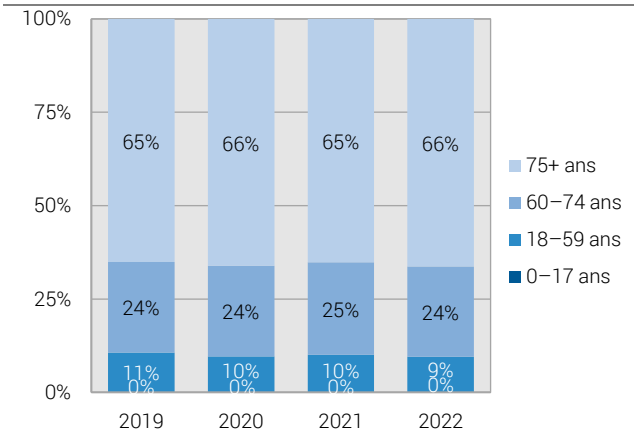
Hospitalisations par classe d'âge

Si la réadaptation peut intervenir à tous les âges, c'est le secteur qui concerne le plus les personnes âgées. En 2022, la grande majorité des séjours (66,3%) sont réalisés par des personnes âgées de 75 ans et plus (voir G 3.3). La part des personnes âgées de 60 à 74 ans représente près d'un quart des cas (24,2%) et celle des personnes de 18 à 59 ans seulement 9,5%, tandis que celle des moins de 18 ans est négligeable. En effet, seuls 3 à 10 cas sont enregistrés annuellement dans cette catégorie entre 2019 et 2022. Malgré la fluctuation du nombre total de cas, leur répartition par classe d'âge est assez stable sur la période analysée.

Taux d'hospitalisation

Le graphique G 3.4 montre les taux d'hospitalisation vaudois comparés aux taux suisses entre 2019 et 2022. Les taux étant standardisés par âge et par sexe (voir chapitre 2.6 à la page 14), il est possible de comparer les résultats sans qu'ils soient faussés par des différences dans la structure par âge ou par sexe de la population. En 2022, le canton de Vaud présente un taux d'hospitalisation standardisé de 12,6 hospitalisations pour 1000 habitants, supérieur à la moyenne suisse (9,8‰). Sur la période allant de 2019 à 2022, les taux suisses standardisés sont restés assez stables (malgré le changement de définition en 2022, voir Encadré 7, p. 21), tandis que ceux du canton de Vaud diminuent plus fortement entre 2021 et 2022. La réadaptation gériatrique contribue essentiellement à ce que les taux vaudois soient supérieurs (Vaud : 6,0‰ ; Suisse 3,7‰ en 2022). En outre, l'écart tend à se creuser dès 2021. La réadaptation musculo-squelettique, la réadaptation cardiovasculaire, la réadaptation pulmonaire et la réadaptation en médecine interne et en oncologie jouent également un rôle, puisqu'elles présentent toutes des taux d'hospitalisation supérieurs aux taux suisses, mais les niveaux sont inférieurs et les écarts ont tendance à s'amenuiser sur l'ensemble de la période.

G 3.3 Nombre de cas de patients domiciliés dans le canton de Vaud, par classe d'âge, 2019-2022

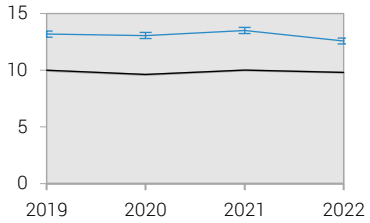
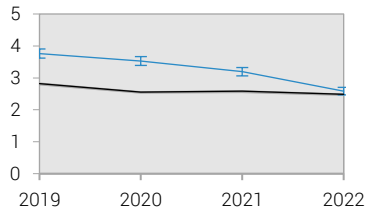
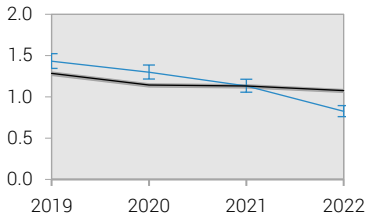
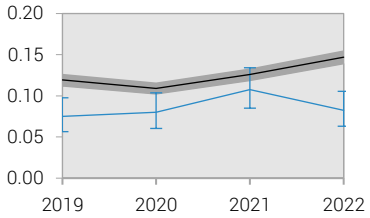
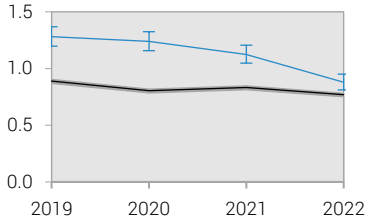
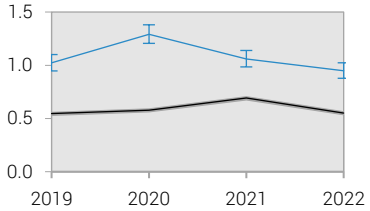
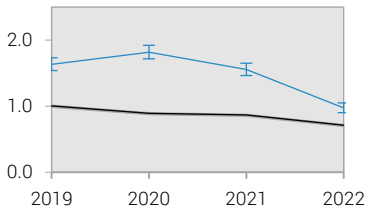


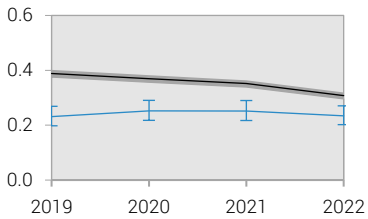
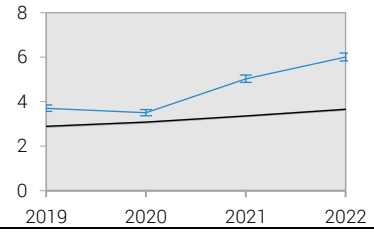
Classe d'âge	2019	2020	2021	2022
0–17 ans	5	10	5	3
18–59 ans	1 028	924	1 025	914
60–74 ans	2 354	2 342	2 533	2 337
75+ ans	6 317	6 401	6 665	6 397
Total	**9 704**	**9 677**	**10 228**	**9 651**

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 3.4 Taux d'hospitalisation standardisés pour 1´000 habitants, par domicile du patient et DPPH, 2019-2022

DPPH	Canton	Cas (n)	Taux standardisés				Trend
		2022	2019	2020	2021	2022	
Total	– CH	88 907	10,0	9,6	10,0	9,8	
	– VD	9 651	13,2	13,1	13,5	12,6	
Musculo-squelettique	– CH	22 292	2,8	2,6	2,6	2,5	
	– VD	1'921	3,8	3,5	3,2	2,6	
Neurologique	– CH	9 458	1,3	1,1	1,1	1,1	
	– VD	613	1,4	1,3	1,1	0,8	
Réadaptation des paraplégies	– CH	1 290	0,1	0,1	0,1	0,1	
	– VD	63	0,1	0,1	0,1	0,1	
Cardio-vasculaire	– CH	6 720	0,9	0,8	0,8	0,8	
	– VD	645	1,3	1,2	1,1	0,9	
Pulmonaire	– CH	4 802	0,5	0,6	0,7	0,6	
	– VD	683	1,0	1,3	1,1	0,9	
Médecine-oncologie	– CH	6 258	1,0	0,9	0,9	0,7	
	– VD	702	1,6	1,8	1,6	1,0	

DPPH	Canton		Cas (n)	Taux standardisés				Trend
			2022	2019	2020	2021	2022	
Réadaptation psychosomatique	–	CH	2 781	0,4	0,4	0,4	0,3	
	–	VD	191	0,2	0,3	0,3	0,2	
Réadaptation gériatrique	–	CH	34 367	2,9	3,1	3,4	3,7	
	–	VD	4'799	3,7	3,5	5,0	6,0	
Réadaptation pédiatrique	–	CH	215	0,0	0,0	0,0	0,0	
	–	VD	3	0,0	0,0	0,0	0,0	
Prestations non-attribuables	–	CH	724	0,0	0,1	0,0	0,1	
	–	VD	31	0,0	0,0	0,0	0,0	

Note: les taux ont été standardisés à l´aide de la méthode directe et de la population standard européenne (cf. Eurostat, 2013). DPPH = domaine de prestations pour la planification hospitalière ; les DPPH enregistrant moins de 30 cas domiciliés dans le canton de Vaud ne sont pas représentés graphiquement.

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP

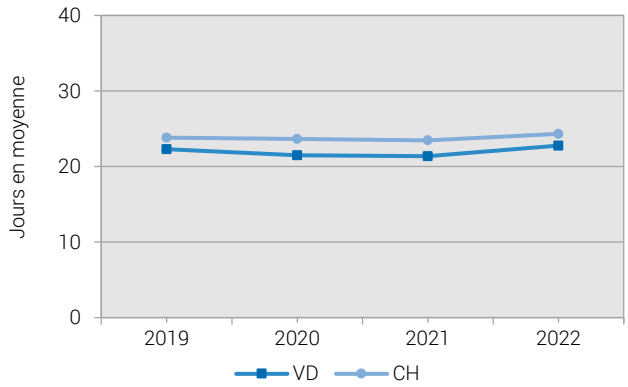
© Obsan 2024

Jours de soins

Le graphique G 3.5 présente la durée moyenne de séjour (DMS) pour le canton de Vaud par rapport à celle de la Suisse entre 2019 et 2022. Contrairement aux taux d'hospitalisation, les DMS ne sont pas très éloignées. En 2022, l'écart est d'environ un jour et demi. La DMS s'élève à 22,8 jours pour le canton de Vaud et à 24,3 pour la Suisse.

La DMS vaudoise peut fortement varier selon le domaine de prestations (voir tableau T 3.2). En 2022, la réadaptation des paraplégies est le domaine avec la DMS la plus élevée (66,1 jours) tandis que la réadaptation pulmonaire enregistre la DMS la plus faible (15,1 jours). La réadaptation gériatrique comptabilise plus de la moitié du total des jours de soins (51,5%), avec une DMS de 23,6 jours, légèrement supérieure à la moyenne de l'ensemble des cas de réadaptation (22,8 jours). La réadaptation musculo-squelettique, quant à elle, représente 17,4% des jours et la réadaptation neurologique 10,0%. Cette dernière a connu une hausse considérable de sa DMS entre 2019 et 2022 (+27,2% ; +7,7 jours), alors que son nombre de cas avait fortement diminué sur la période (voir tableau T 3.1 à la page 24).

G 3.5 Nombre moyen de jours de soins, patients domiciliés dans le canton de Vaud et en Suisse, 2019-2022



	2019	2020	2021	2022
CH	23,8	23,6	23,5	24,3
VD	22,3	21,5	21,4	22,8

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.2 Nombre moyen de jours de soins des patients domiciliés dans le canton de Vaud, par DPPH, 2019-2022

DPPH	2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (n)	Δ (%)	Part jours 2022
Musculo-squelettique	20.7	20.0	19.7	19.9		-0.8	-3.6%	17.4%
Neurologique	28.3	27.0	29.6	36.0		+7.7	+27.2%	10.0%
Réadaptation des paraplégies	67.0	58.3	52.4	66.1		-0.9	-1.3%	1.9%
Cardio-vasculaire	19.7	18.6	19.1	19.8		+0.1	+0.5%	5.8%
Pulmonaire	16.6	15.6	16.3	15.1		-1.5	-9.2%	4.7%
Médecine-oncologie	20.6	19.3	19.3	20.4		-0.1	-0.7%	6.5%
Réadaptation psychosomatique	19.9	20.6	18.6	20.1		+0.3	+1.5%	1.8%
Réadaptation pédiatrique	47.4	46.7	27.6	24.3		-23.1	-48.7%	0.0%
Réadaptation gériatrique	24.0	24.2	22.2	23.6		-0.4	-1.6%	51.5%
Prestations non-attribuables	13.6	15.9	26.2	24.7		+11.1	+81.5%	0.3%
Total	**22.3**	**21.5**	**21.4**	**22.8**		**+0.5**	**+2.2%**	**100.0%**

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

3.1.2 Offre de soins

L'offre de soins a été analysée en termes de nombre d'hospitalisations, de structure de patients et de parts de marché des hôpitaux.

Nombre de cas et structure des patients

La liste hospitalière du canton de Vaud pour le domaine de la réadaptation compte essentiellement des établissements intracantonaux, répartis sur 13 sites. Elle comporte également un site extracantonal d'un établissement intercantonal et deux établissements extracantonaux, dont un n'ayant traité aucun patient en réadaptation en 2022[14]. Le tableau T 3.3 présente une vue d'ensemble des fournisseurs de prestations et des chiffres-clés sélectionnés pour l'année 2022. Parmi les établissements sur la liste hospitalière vaudoise, le CHUV, la clinique La Lignière et les établissements hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) sur le site de Chamblon réalisent le plus grand nombre de séjours (1514, 1263 et 836 respectivement), dont la plupart proviennent de patients vaudois (1509, 1040 et 829 respectivement). Le constat est semblable en termes de quantité de journées de soins fournies, excepté que l'hôpital de Lavaux se place en troisième position, devant la clinique romande de réadaptation (CRR) et les eHnv (site Chamblon). Les patients traités dans les hôpitaux intracantonaux sont très majoritairement vaudois. Parmi les hôpitaux intracantonaux, c'est à l'hôpital de Rolle (GHOL) que le pourcentage de séjours réalisés par des patients vaudois est le moins élevé (67,3%). Sur le site d'Estavayer-le-Lac de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), les séjours de patients vaudois sont également majoritaires (58,4%) Dans la CRR située dans le canton du Valais, ce pourcentage est de 22,1%. En raison de ses activités[15], cette dernière accueille les patients ayant l'âge moyen le plus bas (54,1 ans), tandis que la moyenne d'âge se situe pour tous les autres établissements au-dessus de 65 ans, et le plus souvent autour de 80 ans. Les patients sont généralement traités en chambre commune. Toutefois, dans la clinique La Lignière, l'hôpital de Rolle, l'hôpital de Lavaux et la CRR, un certain pourcentage de patients sont traités en classe privée ou semi-privée (44%, 17%, 15% et 4% respectivement). Dans la majorité des établissements, la part des patients admis en urgence est nulle.

Selon le tableau T 3.4 qui présente l'évolution du nombre de cas traités en réadaptation sur la période 2019 à 2022 dans les hôpitaux répertoriés intracantonaux, le nombre de cas traités dans les établissements a augmenté pour l'hôpital Riviera-Chablais (HRC) sur le site de Vevey (+443 cas ; +162%), l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) sur le site de Gilly (+308 cas ; +86%) et à l'hôpital de Rolle (+84 cas ; +15%). Sur tous les autres sites, le nombre de cas est resté stable ou a diminué, en particulier sur le site de Chamblon (eHnv) (-151 cas ; -15%), au CHUV (-149 cas ; -9%), à Aubonne (EHC) (-127 cas ; -23%) et à Lavigny (-73 cas ; -23%). Bien que situé hors canton, le site d'Estavayer-le-Lac du HIB est également présenté vu qu'il fait partie d'un hôpital intercantonal. Son nombre de cas de réadaptation a également diminué (-151 cas ; -20%).

[14] L'hôpital du Valais, site de Sion, figure sur la liste hospitalière vaudoise, mais ne propose plus de réadaptation stationnaire.

[15] Unique centre de réadaptation en paraplégie de Suisse romande

T 3.3 Nombre de cas et chiffres-clés des hôpitaux répertoriés selon la liste hospitalière du canton de Vaud, 2022

Hôpital		Cas	%VD	%SP/P	% Urgence	Jours de soins Vol.	Ø Age
Hôpital répertorié situé dans le canton							
VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire	1 514	99,7%	0%	0,0%	35 637	80,2
	Clinique la Lignière	1 263	82,3%	44%	0,0%	27 446	72,2
	Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Aubonne	432	99,8%	0%	0,0%	8 254	82,3
	Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Gilly	668	99,9%	0%	0,0%	12 627	82,4
	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Chamblon	836	99,2%	0%	0,0%	18 089	82,3
	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Orbe	500	98,6%	1%	15,6%	9 833	76,8
	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Staint-Loup	1	100,0%	0%	100,0%	35	90,0
	GHOL - Hôpital de Rolle	651	67,3%	17%	0,0%	8 431	69,0
	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Mottex	627	91,1%	0%	0,0%	13 295	80,6
	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Providence	716	93,2%	0%	0,0%	14 571	82,6
	Hôpital de Lavaux	754	99,9%	15%	0,1%	19 778	78,5
	Hôpital du Pays d'Enhaut	82	95,1%	0%	7,3%	1 511	80,9
	Institution de Lavigny	250	98,0%	0%	0,0%	12 909	66,5
Hôpital répertorié situé hors canton							
FR	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	618	58,4%	2%	0,5%	14 648	79,6
VS	Clinique romande de réadaptation (CRR)	371	22,1%	4%	0,0%	18 780	54,1

Note: Cas = nombre de cas traités dans l'hôpital quel que soit le domicile du patient ; SP/P = Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé parmi tous les cas de l'hôpital ; %urgence = part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS de tous les cas de l'hôpital; Jours de soins (maximum 365) des cas A

Sources : OFS – MS, KS, Liste hospitalière vaudoise 2012 pour les prestations de réadaptation, actualisée, en vigueur dès le 1.1.2024 © Obsan 2024

T 3.4 Nombre de cas des hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Vaud, 2019-2022

Hôpital		2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (n)	Δ (%)
VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire	1 663	1 541	1 579	1 514		-149	-9%
	Clinique la Lignière	1 297	1 308	1 303	1 263		-34	-3%
	Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Aubonne	559	660	466	432		-127	-23%
	Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Gilly	360	453	714	668		+308	+86%
	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Chamblon	987	924	1 000	836		-151	-15%
	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Orbe	509	516	487	500		-9	-2%
	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Saint-Loup	0	0	3	1		+1	---
	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Yverdon-les-Bains	0	0	2	0		0	---
	GHOL - Hôpital de Rolle	567	520	572	651		+84	+15%
	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Mottex	670	622	615	627		-43	-6%
	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Providence	273	540	701	716		+443	+162%
	Hôpital de Lavaux	804	838	870	754		-50	-6%
	Hôpital du Pays d'Enhaut	81	61	90	82		+1	+1%
	Institution de Lavigny	323	314	299	250		-73	-23%
FR	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	769	706	718	618		-151	-20%

Sources : OFS – MS, KS, Liste hospitalière vaudoise 2012 pour les prestations de réadaptation, actualisée, en vigueur dès le 1.1.2024 © Obsan 2024

Parts de marché des hôpitaux

Le tableau T 3.5 présente, pour chaque domaine de prestations, la répartition des parts de marché entre hôpitaux pour les séjours en réadaptation des patients résidant dans le canton de Vaud. La part de marché montre donc l'importance des différents fournisseurs de prestations au sein du système de soins autrement dit leur importance pour garantir l'approvisionnement de la population résidente du canton. Dans un premier temps, les hôpitaux sont regroupés en fonction de leur statut (A, B, C ou D), défini d'une part par le fait d'être répertorié ou non sur la liste hospitalière du canton de Vaud et, d'autre part, par le fait d'être situé ou non dans le canton du Vaud :

Statut A : hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Vaud
Statut B : hôpitaux répertoriés situés hors canton
Statut C : hôpitaux non répertoriés situés dans le canton de Vaud
Statut D : hôpitaux non répertoriés situés hors canton.

Sont considérés comme hôpitaux répertoriés les fournisseurs de prestations disposant d'un mandat de prestations du canton de Vaud pour au moins un groupe de prestations. En 2022, les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Vaud affichent des parts de marché cumulées de 80% du total de cas, tandis que les établissements répertoriés hors canton traitant des patients vaudois en détiennent 5%. Les hôpitaux non répertoriés, situés dans et hors canton se partagent le reste du marché, avec des parts respectives de 9% et 6% du total des cas. À noter encore que les hôpitaux non répertoriés situés hors canton se partagent l'essentiel (84%) du relativement petit marché de la réadaptation psychosomatique (180 cas vaudois en 2022, voir T 3.1 à la page 24). La situation a évolué différemment selon les domaines. Pour la réadaptation musculo-squelettique, les hôpitaux situés hors canton ont gagné des parts de marché (+5 points de pourcentage pour les non répertoriés et +1 point pour les répertoriés) au détriment des hôpitaux répertoriés situés dans le canton (-7 points). A noter qu'en 2022, 30% (19%+11%) du marché est détenu par des hôpitaux non répertoriés pour cet important domaine de prestations en termes de nombre de cas (1921 cas soit 20% des cas vaudois, voir T 3.1 à la page 24).

L'analyse détaillée par établissement (T 3.6) montre l'importance de chacun des établissements sur la liste hospitalière vaudoise par rapport au total des cas vaudois et pour chaque groupe de prestations. Ainsi, la clinique La Lignière détient 11% des parts de marché au total, mais 73% des parts de marché pour la réadaptation cardio-vasculaire. L'hôpital de Rolle (GHOL) fournit presque exclusivement des prestations de réadaptation pulmonaire aux patients vaudois, sa part de marché s'élevant à 60% dans ce domaine. Quant à la clinique romande de réadaptation (CRR), elle détient 52% des parts de marché dans le domaine de la réadaptation des paraplégies. Enfin, le marché de la réadaptation gériatrique, qui rappelons-le représente un grand volume (la moitié des cas vaudois), est réparti entre la plupart des établissements sur la liste, les autres hôpitaux non répertoriés se partageant le reste (8%).

T 3.5 Parts de marché pour les patients résidant dans le canton de Vaud, par DPPH et statut de l'hôpital selon la liste hospitalière, 2019-2022

DPPH	Part de marché (%)								Évolution en points de %			
	2019				2022							
	Statut A	Statut B	Statut C	Statut D	Statut A	Statut B	Statut C	Statut D	Statut A	Statut B	Statut C	Statut D
Musculo-squelettique	70%	5%	19%	5%	64%	6%	19%	11%	-7	+1		+5
Neurologique	66%	4%	17%	13%	69%	4%	17%	10%	+2			-3
Réadaptation des paraplégies	14%	48%	5%	32%	14%	52%	2%	32%				
Cardio-vasculaire	92%	2%	4%	2%	94%	2%	1%	3%	+2		-3	+1
Pulmonaire	91%	2%	4%	2%	93%	1%	3%	3%	+2		-2	
Médecine-oncologie	84%	6%	7%	3%	87%	3%	9%	2%	+3	-3	+1	-1
Réadaptation psychosomatique	42%	1%	4%	53%	14%	1%	2%	84%	-29			+31
Réadaptation pédiatrique	20%	40%		40%		33%		67%				
Réadaptation gériatrique	86%	8%	4%	2%	87%	5%	7%	2%	+1	-3	+2	-1
Prestations non-attribuables	59%	15%		26%	65%	3%	3%	29%				
Total	**79%**	**6%**	**10%**	**6%**	**80%**	**5%**	**9%**	**6%**	**+1**	**-1**	**-1**	**+1**

Note: statut selon la liste hospitalière: A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d´analyse; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d´analyse; C = hôpitaux non répertoriés situés dans la région d´analyse; D = hôpitaux non répertoriés situés hors de la région d´analyse. Part de marché: part des cas par rapport au total des hospitalisations des patients provenant du canton analysé. Les colonnes à droite indiquent la variation de la part de marché en points de pourcentage. Seuls les changements pertinents sont indiqués, à savoir les changements de parts de marché qui concernent au moins 10 cas.

Sources: OFS – MS, KS, Liste hospitalière vaudoise 2012 pour les prestations de réadaptation, actualisée, en vigueur dès le 1.1.2024 © Obsan 2024

T 3.6 Parts de marché, par DPPH et hôpital, 2022

	Statut A																Statut B		Statut C et D	
DPPH	CHUV Centre Hospitalier Universitaire	Clinique la Lignière	Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Aubonne	Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Gilly	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Chamblon	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Orbe	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Saint-Loup	Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Yverdon-les-	GHOL - Hôpital de Rolle	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Mottex	Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Providence	Hôpital de Lavaux	Hôpital du Pays d'Enhaut	Institution de Lavigny	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) - Estavayer-le-Lac	Clinique romande de réadaptation (CRR)	Autres hôpitaux	Total des cas
Musculo-squelettique	16%	10%	3%	4%	10%	4%			0%	4%	4%	9%	1%	0%	5%	1%	30%	1 921
Neurologique	17%	7%	1%	1%	4%	3%				3%	2%	2%	0%	27%	1%	2%	28%	613
Réadaptation des paraplégies	5%			2%		2%				2%	3%			2%		52%	33%	63
Cardio-vasculaire	4%	73%	1%	2%	5%	2%				2%	1%	4%	0%		2%		4%	645
Pulmonaire	5%	2%	2%	2%	6%	5%			60%	2%	2%	6%	1%		1%		6%	683
Médecine-oncologie	6%	6%	5%	7%	8%	21%			0%	5%	3%	24%	1%	0%	3%	0%	11%	702
Réadaptation psychosomatique	2%		1%	2%	2%	2%				1%	1%	2%		3%		1%	85%	191
Réadaptation pédiatrique																33%	67%	3
Réadaptation gériatrique	21%	6%	6%	10%	10%	4%	0%		0%	8%	11%	7%	1%	1%	4%	0%	8%	4 799
Prestations non-attribuables	16%	3%	6%	16%	10%	3%					6%			3%	3%		32%	31
Total	**16%**	**11%**	**4%**	**7%**	**9%**	**5%**	**0%**	**0%**	**5%**	**6%**	**7%**	**8%**	**1%**	**3%**	**4%**	**1%**	**15%**	**9 651**

Note: statut selon la liste hospitalière: A = hôpitaux répertoriés situés dans la région d´analyse; B = hôpitaux répertoriés situés hors de la région d´analyse; C = hôpitaux non répertoriés situés dans la région d´analyse; D = hôpitaux non répertoriés situés hors de la région d´analyse. La part de marché représente la part des cas traités par un hôpital et se rapporte à l'ensemble des hospitalisations des patients domiciliés dans le canton de Vaud pour le domaine considéré. Lorsque la part de marché est nulle, la cellule est vide. 0% indique qu'il y a au moins un patient domicilié dans le canton de Vaud, mais que la part de marché est arrondie à 0%.

Sources: OFS – MS, KS, Liste hospitalière vaudoise 2012 pour les prestations de réadaptation, actualisée, en vigueur dès le 1.1.2024 © Obsan 2024

Taux de couverture de la liste hospitalière

Le taux de couverture de la liste hospitalière examine la part d'hospitalisations de personnes domiciliées dans le canton de Vaud prises en charge par les hôpitaux répertoriés par le canton de Vaud pour le domaine de prestations concerné. Comme la liste actuelle mentionne les prestataires, mais ne précise pas le ou les groupes de prestations concernés, des mandats ont été attribués aux prestataires listés pour l'ensemble des groupes. Les résultats sont présentés par domaine de prestations. On peut ici rappeler la recommandation de la CDS d'atteindre un taux de couverture des besoins de sa population de 80%. Dans le canton de Vaud, en réadaptation, cette recommandation est atteinte pour les domaines de réadaptation « cardio-vasculaire » (96%), « pulmonaire » (94%), « gériatrique » (92%) et « médecine-oncologie » (89%). Le domaine de la réadaptation musculosquelettique, qui représente 20% de l'ensemble des cas vaudois, est couvert à 70%. Le taux de couverture global, qui n'est qu'une valeur indicative, est de 85% sur la base des données de l'année 2022 (T 3.7).

T 3.7 Taux de couverture de la liste hospitalière du canton de Vaud, par DPPH, 2022

DPPH	Cas VD	Taux de couverture
Musculo-squelettique	1 921	70%
Neurologique	613	72%
Réadaptation des paraplégies	63	67%
Cardio-vasculaire	645	96%
Pulmonaire	683	94%
Médecine-oncologie	702	89%
Réadaptation psychosomatique	191	15%
Réadaptation pédiatrique	3	33%
Réadaptation gériatrique	4 799	92%
Total	**9 620**	**85%**

Note: le taux de couverture représente la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Vaud traités dans un hôpital disposant d'un mandat de prestations du canton pour le domaine concerné. Les domaines dont le taux de couverture est inférieur à 80% sont mis en évidence. Les 31 cas non attribuables ne sont pas représentés dans ce tableau.

Sources : OFS – MS, KS, Liste hospitalière vaudoise 2012 pour les prestations de réadaptation, actualisée, en vigueur dès le 1.1.2024 © Obsan 2024

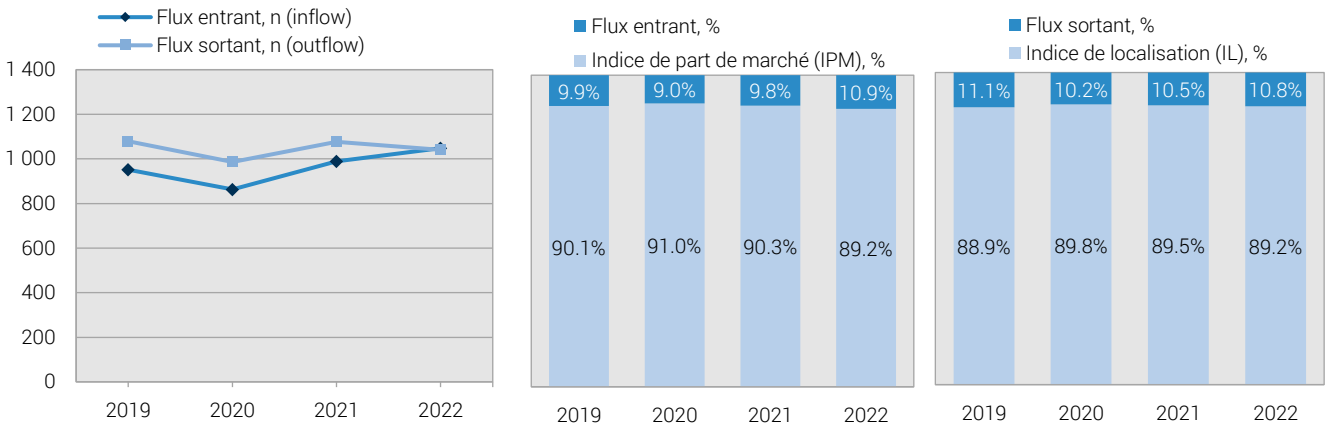
3.1.3 Flux de patients

Afin de saisir les besoins de coordination entre les cantons, il importe de connaître les flux de patients dans le domaine de la réadaptation (pour la définition des indicateurs, voir section 2.7 à la page 15, et tableau T 2.1 à la page 15). Comme le montre le graphique G 3.6, la plupart des patients vaudois se font hospitaliser dans un établissement du canton entre 2019 et 2022. L'indice de localisation se situe à 89,2 en 2022 et est resté stable sur la période. Par ailleurs, les établissements vaudois ont traité essentiellement des patients du canton sur toute la période d'analyse, avec un indice de part de marché stable lui aussi, s'élevant à 89,2% en 2022. Les hospitalisations de patients provenant d'un autre canton ont augmenté sur la période (excepté en 2020), passant de 951 en 2019 à 1048 en 2022 (+97 cas ; +10,2%). Le nombre d'hospitalisations de patients vaudois hors canton est quant à lui resté assez stable. Il s'élève à 1040 cas en 2022, soit au même niveau que le flux entrant, à 8 unités près. Le flux net est donc positif (+8) pour la première fois en 2022, alors qu'il s'élevait à -128 en 2019. Cela signifie que pour la réadaptation, le canton de Vaud est passé d'un canton présentant un léger surplus de flux sortant entre 2019 et 2021, à un canton quasiment neutre en 2022. Pour comparer le canton de Vaud aux autres cantons suisses, qui ont des intensités de flux différentes, l'indice d'exportation (IE), donnant le rapport entre les sorties et les entrées, est un indicateur adapté. Il s'élève à 0,99 pour le canton de Vaud en 2022, faisant de ce dernier celui pour lequel la balance des patients est la plus équilibrée (G 3.7).

.

G 3.6 Indicateurs de flux de patients pour le canton de Vaud, 2019-2022

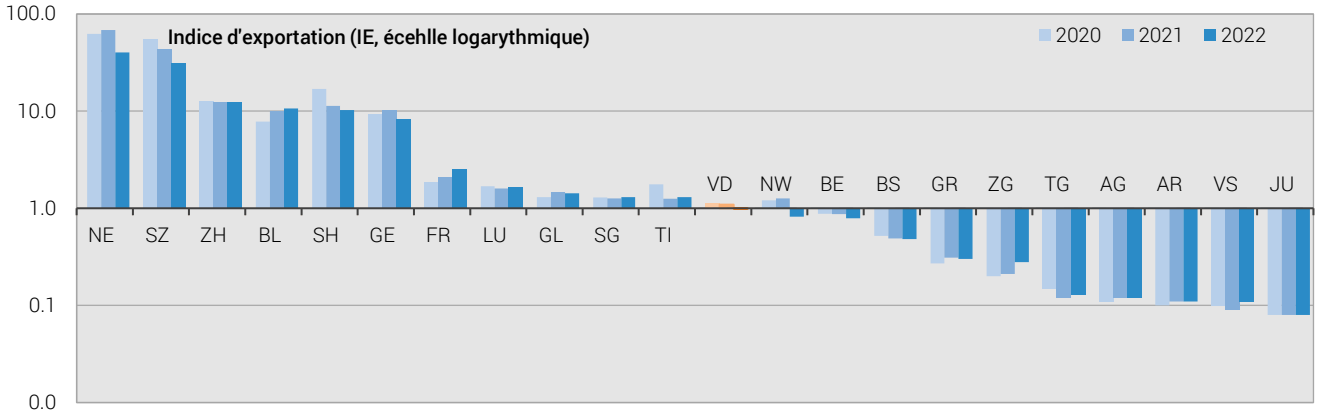
	Indicateur	2019	2020	2021	2022
Import	Flux entrant, n (inflow)	951	863	989	1 048
	Flux entrant, %	9,9%	9,0%	9,8%	10,9%
Export	Flux sortant, n (outflow)	1 079	986	1 076	1 040
	Flux sortant, %	11,1%	10,2%	10,5%	10,8%
Rapport import/export	Indice de localisation (IL), %	88,9%	89,8%	89,5%	89,2%
	Indice de part de marché (IPM), %	90,1%	91,0%	90,3%	89,2%
	Flux net	- 128	- 123	- 87	8
	Indice d'exportation (IE)	1,13	1,14	1,09	0,99



Source: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 3.7 Indice d'exportation par canton, 2020-2022



Note: les cantons (OW, SO, UR) pour lesquels le flux entrant est nul en 2022 ne sont pas représentés car l'IE ne peut être calculé.

Source: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

Flux entrant

En 2022, les hôpitaux du canton de Vaud enregistrent 1048 hospitalisations de patients hors canton en réadaptation (T 3.8). Le flux entrant en pourcent représente la part d'hospitalisations de patients hors canton parmi l'ensemble des hospitalisations réalisées dans le canton de Vaud. Il s'élève à 10,8% au total. Autrement dit, pour 100 hospitalisations dans les hôpitaux vaudois, près de 11 sont réalisées par des patients hors canton. Avec 305 entrées (16,1% en termes relatifs), le domaine de la réadaptation musculo-squelettique représente pas loin du tiers du total des entrées. Les entrées sont également nombreuses dans le domaine de la réadaptation gériatrique (303) et ont plus que doublé depuis 2019 (+126%). Rapporté au nombre total d'hospitalisations dans le canton de Vaud dans ce domaine, le flux entrant est toutefois modéré en 2022 (6,3%) et inférieur à la moyenne de 10,8%. En effet, les patients gériatriques sont habituellement hospitalisés non loin de leur lieu de domicile. La réadaptation pulmonaire enregistre également un flux entrant important, et même le plus important de tous les domaines en termes relatifs (219 entrées ; 25,1%). Enfin, la réadaptation cardio-vasculaire présente un flux entrant de 85 (12,2%), en hausse de 33% depuis 2019.

Selon le graphique G 3.8, les patients extra-cantonaux et intracantonaux présentent des caractéristiques plus ou moins différentes selon l'indicateur. En ce qui concerne les hospitalisations en urgence, elles sont très peu nombreuses, il y en a à peine, que les patients soient intracantonaux ou extracantonaux (au maximum 1%) entre 2020 et 2022. Pour les cas traités en classe privée ou semi-privée par contre, leur part est plus fréquente pour les patients extracantonaux (66%) que pour les patients intracantonaux (16%) en 2022 et cela n'a que peu changé depuis 2020.

Comme le montre le tableau T 3.9, sur les 1048 entrées en 2022, plus de la moitié (54%) proviennent de patients domiciliés dans le canton de Genève même si le nombre d'entrées de ce canton a fortement baissé en 2020 et est remonté sans retrouver son niveau de 2019 (-7% sur la période 2019-2022). Un bon nombre d'entrées proviennent également de patients domiciliés dans les cantons du Valais (18%), de Fribourg (11%) et de Neuchâtel (8%). Notons encore que les entrées de patients valaisans ont presque doublé sur la période 2019 à 2022 (+95%), enregistrant une hausse chaque année, mais en particulier entre 2021 et 2022.

Au niveau des établissements, ce sont la clinique Bois-Bougy[16], l'hôpital de Rolle (GHOL), la clinique Valmont[17] et la clinique La Lignière, qui prennent en charge les plus grandes proportions de cas hors canton (T 3.10). Ces derniers enregistrent un flux entrant respectif de 39,2%, 32,7%, 32,2% et 17,7% (correspondant à 202, 213, 274 et 223 entrées, soit 87% du total des entrées). Les quatre établissements précités attirent essentiellement des patients provenant du canton de Genève (jusqu'à 91% pour la clinique Bois-Bougy), bien que pour la clinique Valmont, la patientèle soit plus équitablement des différents cantons romands (Genève 31%, Fribourg 23%, Valais 22% et Neuchâtel 16%).

[16] non répertoriée sur la liste hospitalière vaudoise de réadaptation

[17] également non répertoriée

T 3.8 Flux entrant dans le canton de Vaud, par DPPH, 2019-2022

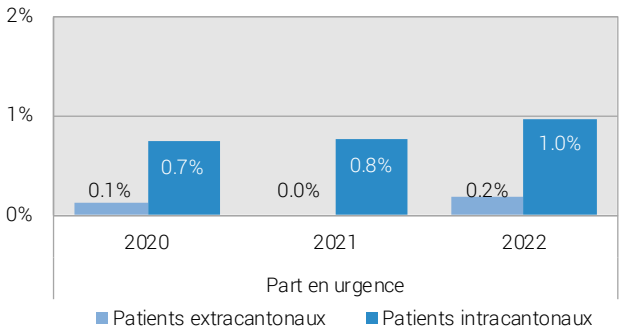
DPPH	2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (%)	Flux entrant %, 2022
Musculo-squelettique	369	305	350	305		-17%	16.1%
Neurologique	114	99	103	74		-35%	12.3%
Réadaptation des paraplégies	0	0	1	1		---	* *
Cardio-vasculaire	64	63	87	85		33%	12.2%
Pulmonaire	182	195	199	219		20%	25.1%
Médecine-oncologie	79	60	64	57		-28%	7.9%
Réadaptation psychosomatique	6	6	5	2		-67%	6.5%
Réadaptation pédiatrique	0	0	2	0		---	* *
Réadaptation gériatrique	134	134	172	303		126%	6.3%
Prestations non-attribuables	3	1	6	2		-33%	8.7%
Total	**951**	**863**	**989**	**1 048**		**10%**	**10.8%**

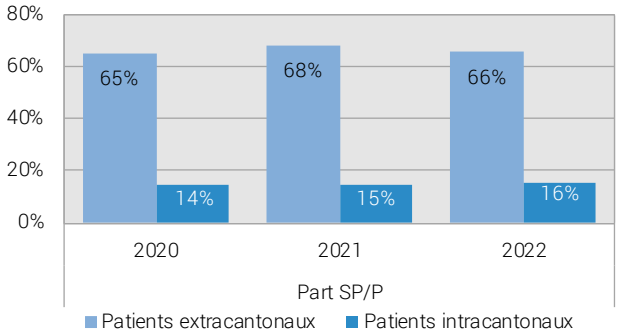
Note: le flux entrant en % décrit la part d'hospitalisations de patients extracantonaux dans l'ensemble des hôpitaux du canton de Vaud. Pour les DPPH avec moins de 20 hospitalisations dans les hôpitaux du canton de Vaud, le flux entrant en pourcent n'est pas indiqué (*).

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 3.8 Structure des patients hospitalisés dans le canton de Vaud, selon la provenance du patient, 2020-2022





Note: SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.9 Flux entrant dans le canton de Vaud, par canton de domicile du patient, 2019-2022

Canton de domicile	2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (%)	% 2022
GE	603	465	551	562		-7%	54%
VS	95	117	126	185		+95%	18%
FR	87	91	117	111		+28%	11%
NE	70	80	88	81		+16%	8%
Etranger	64	62	63	63		-2%	6%
BE	10	15	22	16		+60%	2%
TI	9	5	8	10		+11%	1%
JU	6	11	8	9		+50%	1%
ZH	2	3	1	5		+150%	0%
Autres	5	14	5	6		+20%	1%
Total	**951**	**863**	**989**	**1 048**		**+10%**	**100%**

Note: la catégorie "Autres" comprend d'autres cantons suisses alémaniques.

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.10 Flux entrant dans le canton de Vaud, par hôpital et provenance du patient, 2022

Hôpital	Flux entrant, %	Flux entrant (n) selon la provenance du patient												
		Entrées							%					
		GE	VS	FR	NE	XY	Autres	Total	GE	VS	FR	NE	XY	Autres
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	0.3%	1	1	1	2	0	0	5	20%	20%	20%	40%	0%	0%
Clinique Bois-Bougy	39.2%	183	8	0	1	8	2	202	91%	4%	0%	0%	4%	1%
Clinique Valmont	32.2%	86	60	63	44	4	17	274	31%	22%	23%	16%	1%	6%
Clinique la Lignière	17.7%	155	18	17	4	26	3	223	70%	8%	8%	2%	12%	1%
Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Aubonne	0.2%	0	0	0	0	0	1	1	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) - Gilly	0.1%	0	0	0	0	0	1	1	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Chamblon	0.8%	0	0	2	2	3	0	7	0%	0%	29%	29%	43%	0%
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) - Orbe	1.4%	0	0	5	0	2	0	7	0%	0%	71%	0%	29%	0%
GHOL - Hôpital de Rolle	32.7%	133	2	19	28	10	21	213	62%	1%	9%	13%	5%	10%
Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Mottex	8.9%	0	49	3	0	4	0	56	0%	88%	5%	0%	7%	0%
Hôpital Riviera-Chablais (HRC) Vaud-Valais - Vevey Providence	6.8%	1	45	0	0	2	1	49	2%	92%	0%	0%	4%	2%
Hôpital de Lavaux	0.1%	0	1	0	0	0	0	1	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Hôpital du Pays d'Enhaut	4.9%	3	0	1	0	0	0	4	75%	0%	25%	0%	0%	0%
Institution de Lavigny	2.0%	0	1	0	0	4	0	5	0%	20%	0%	0%	80%	0%
Total	**10.8%**	**562**	**185**	**111**	**81**	**63**	**46**	**1 048**	**54%**	**18%**	**11%**	**8%**	**6%**	**4%**

Note: Le flux entrant en % indique la part d'hospitalisations de patients extracantonaux par rapport au total des cas traités par hôpital. Le flux entrant (n), quant àllui, ne tient compte que des patients extracantonaux. Les principales provenances des patients sont mises en évidence en orange pour les nombres absolus et en gris pour la part relative. XY = étranger

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

Flux sortant

Le flux de patients vaudois vers d'autres cantons pour la période allant de 2019 à 2022 est présenté par domaine de prestations dans le tableau T 3.11. En 2022, 1040 hospitalisations de patients vaudois sont enregistrées au total dans d'autres cantons. Le flux sortant en pourcent indique la part des hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Vaud qui a lieu hors canton. C'est dans les domaines de la réadaptation psychosomatique et de la réadaptation des paraplégies que les flux sortants en pourcent sont les plus importants (84,8% soit 162 cas, respectivement 84,1% soit 53 cas). Cela signifie que dans ces deux domaines, la grande majorité des hospitalisations ont lieu hors canton. Pour la réadaptation musculo-squelettique et la réadaptation gériatrique, les flux sortants sont moindres (17,1% et 6,3% respectivement), même si en termes absolus, les sorties sont les plus nombreuses (328 et 304 sorties respectivement).

Le graphique G 3.9 permet de caractériser les hospitalisations de patients vaudois hors canton en comparaison avec les hospitalisations effectuées au sein des hôpitaux du canton du Vaud. Que le séjour ait lieu hors canton ou pas, la part de personnes admises en urgence est très faible, généralement en dessous ou autour de 1%. Concernant les séjours traités en classe privée et semi-privée, leur part semble en légère augmentation depuis 2020 quel que soit le lieu d'hospitalisation, et est un peu plus importante pour les hospitalisations dans le canton (15,7%, contre 10,7% pour les hospitalisations hors canton en 2022).

Les flux de patients vaudois vers d'autres cantons pour la période de 2019 à 2022 sont présentés dans le tableau T 3.12. En 2022, les patients se dirigent en premier lieu vers le canton du Valais (496 hospitalisations, 48% des sorties), suivi du canton de Fribourg (382 hospitalisations, 37% des sorties) puis du canton Jura (48 hospitalisations, 5% des sorties).

T 3.11 Flux sortant du canton de Vaud, par DPPH, 2019-2022

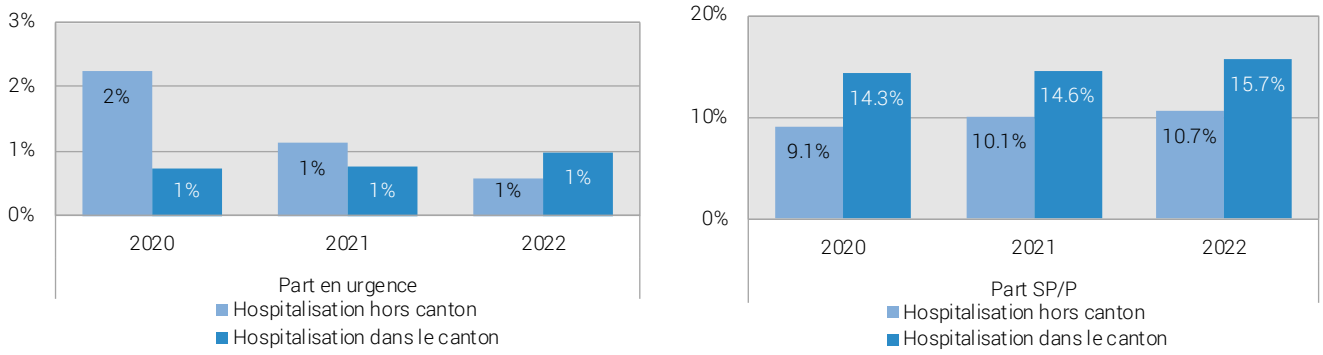
DPPH	2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (%)	Flux sortant %, 2022
Musculo-squelettique	298	296	385	328		10%	17.1%
Neurologique	178	95	93	85		-52%	13.9%
Réadaptation des paraplégies	45	41	49	53		18%	84.1%
Cardio-vasculaire	37	43	44	32		-14%	5.0%
Pulmonaire	33	38	28	30		-9%	4.4%
Médecine-oncologie	101	80	66	33		-67%	4.7%
Réadaptation psychosomatique	96	118	134	162		69%	84.8%
Réadaptation pédiatrique	4	4	3	3		-25%	* *
Réadaptation gériatrique	276	270	273	304		10%	6.3%
Prestations non-attribuables	11	1	1	10		-9%	32.3%
Total	**1'079**	**986**	**1'076**	**1'040**		**-4%**	**10.8%**

Note: le flux sortant en % décrit la part des hospitalisations hors canton des patients domiciliés dans le canton de Vaud. Pour les DPPH avec moins de 20 hospitalisations de patients domiciliés dans le canton de Vaud, le flux sortant en pourcent n'est pas indiqué (*).

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

G 3.9 Structure des patients domiciliés dans le canton de Vaud, selon le lieu d'hospitalisation (dans le canton vs hors canton), 2020-2022



Note: SP/P = classe de traitement semi-privée ou privée

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

T 3.12 Flux sortant de patients domiciliés dans le canton de Vaud, par canton d'hospitalisation, 2019-2022

Canton d'hospitalisation	2019	2020	2021	2022	Trend	Δ (%)	% 2022
VS	483	402	494	496		+3%	48%
FR	472	464	443	382		-19%	37%
JU	27	38	30	48		+78%	5%
BE	25	24	33	37		+48%	4%
LU	22	24	29	22		+0%	2%
GE	26	21	26	16		-38%	2%
AG	7	3	9	9		+29%	1%
BS	7	1	5	8		+14%	1%
Autres	10	9	7	22		+120%	2%
Total	**1'079**	**986**	**1'076**	**1'040**		**-4%**	**100%**

Note: la catégorie "Autres" comprend d'autres cantons suisses (BL, GR, ZH, NW, TG).

Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

Flux nets

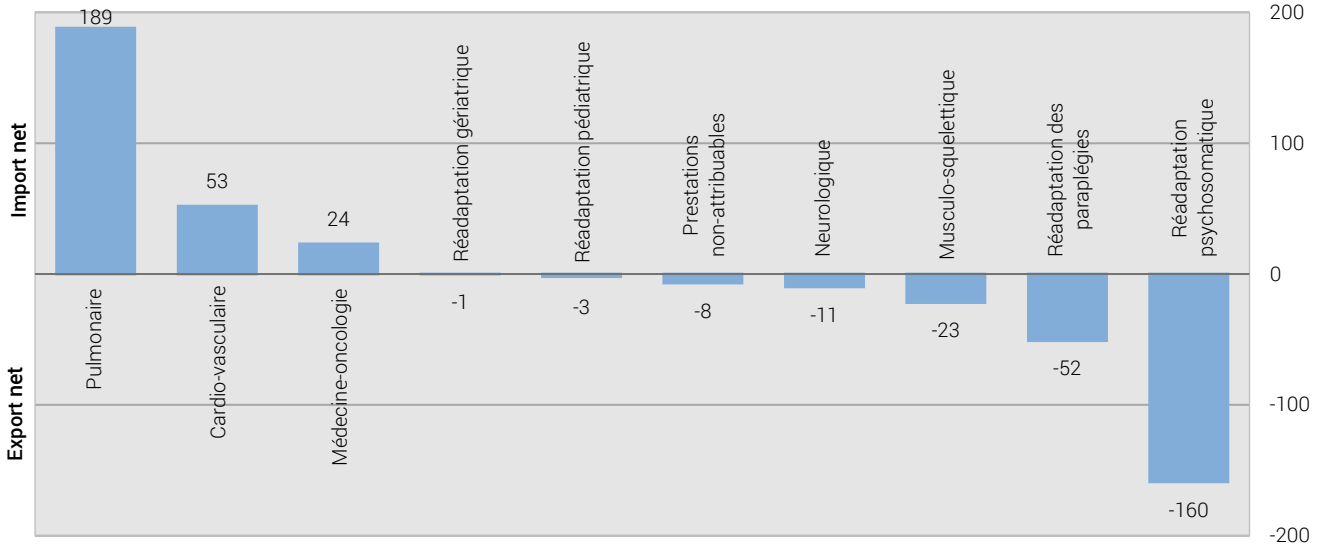
Le flux net est défini comme la différence entre les entrées et les sorties. Un flux net positif signifie que le canton est plutôt importateur, tandis qu'un flux net négatif indique que le canton exporte plus de cas qu'il n'en importe. Comme déjà mentionné, le canton de Vaud a globalement une balance de flux très équilibrée, avec une flux net total de seulement 8 unités. Le graphique G 3.10G 3.9 permet une analyse plus en détail des flux nets, par domaine de prestations. En 2022, le domaine de réadaptation pulmonaire enregistre le flux net positif le plus important (+189 unités), suivi de celui de la réadaptation cardio-vasculaire (+53 unités). C'est l'inverse pour les domaines de la réadaptation psychosomatique et de la réadaptation des paraplégies, qui enregistrent les flux négatifs les plus marqués (-160, respectivement -52 unités).

3.2 Projection des besoins en soins

Le chapitre 3.2 contient la projection des besoins nécessaires dans le domaine de la réadaptation stationnaire à l'horizon 2035. Conformément à la mission légale des cantons énoncée à l'art. 58a, al. 1 OAMal, les projections concernent la population résidant dans le canton de Vaud. L'objectif est d'obtenir une estimation fiable du besoin en prestations futures. À cette fin, le canton se base sur des données statistiquement justifiées et prend en compte les facteurs d'influence pertinents, comme le prévoit l'article 58b, alinéa 1 OAMal.

Le chapitre 2 (dès la page 11) du présent rapport décrit en détail les sources de données utilisées (2.1, page 11), le modèle de projection (2.8, page 15) et les facteurs d'influence déterminants pour l'estimation des besoins futurs (2.8.2 -2.8.4, dès la page 17). Les facteurs d'influence sont pris en compte dans l'estimation des besoins sous la forme de trois scénarios de projections et résumés dans l'Encadré 8 ci-après. Les données de l'année de référence, à savoir l'année 2022, servent de point de départ. Les projections s'étendent jusqu'en 2035 (horizon temporel). Chaque scénario considère différents facteurs d'influence avec des hypothèses spécifiques pour chacun. Le scénario « minimal » présente une combinaison d'hypothèses conduisant à l'estimation la plus faible des besoins, tandis que le scénario « maximal » indique la limite supérieure. Ces deux scénarios représentent la fourchette des évolutions possibles, tandis que le scénario de « base », considéré comme le plus plausible, est au centre de la projection des besoins.

G 3.10 Flux net pour le canton de Vaud, par DPPH, 2022



Sources: OFS – MS, KS

© Obsan 2024

Encadré 8 Facteurs d'influence et hypothèses pour les projections des besoins en réadaptation

		3 SCENARIOS			
		MINIMUM	BASE	MAXIMUM	
Facteurs d'influence	Démographie	Scénario bas selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	Scénario moyen selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	Scénario haut selon les scénarios démographiques de Statistique Vaud	CAS
	Convergence vers les taux d'hospitalisations suisses	Pas de convergence*	Pas de convergence*	Pas de convergence*	CAS
	Transfert vers l'ambulatoire	-15% sur taux d'hospitalisation	-10% sur taux d'hospitalisation	-5% sur taux d'hospitalisation	CAS
	Epidemiologie	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	CAS
	Médico-technique	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	Aucune évolution attendue	CAS
	Réduction de la durée moyenne de séjour (DMS)	Aucune**	Aucune**	Aucune**	JOURS

* La convergence intervient uniquement si le nombre de cas dans un groupe de prestations est inférieur à 5.
** La durée moyenne de séjour par GPPH de la population du canton constitue la base pour les projections.

3.2.1 Projection des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton

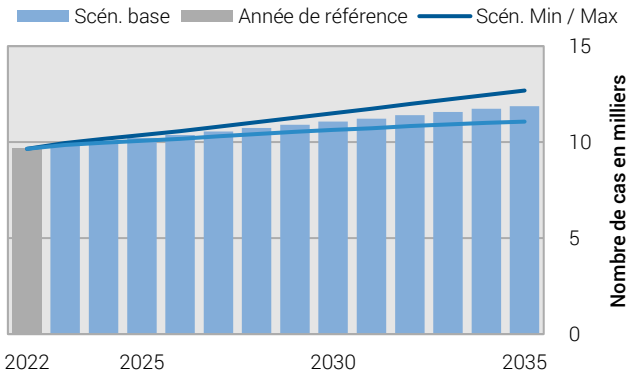
Cette section présente les besoins en soins de réadaptation projetés à l'année 2035 pour la population domiciliée dans le canton de Vaud. Il s'agit des besoins tenant compte simultanément de l'ensemble des facteurs d'influence. Après analyse de la situation pour la réadaptation, le canton de Vaud s'attend à un impact pour le facteur démographique et le virage ambulatoire. Les besoins sont également établis par région de domicile dans la section 3.2.2 à la page 40, tandis que les effets isolés de l'évolution démographique sont décrits dans la section 3.2.3 dès la page 41. Les projections sont présentées de manière synthétique dans cette section, par domaine de prestations. Les résultats détaillés par groupe de prestations, par région de domicile et par période de cinq ans sont disponibles en annexe pour le scénario de « base » (voir section 7.3, dès la page 51). Les évolutions dans les catégories avec un très faible nombre de cas doivent être interprétées avec prudence.

Projections des hospitalisations 2035

Le graphique G 3.11 montre les évolutions attendues des besoins en soins liés aux différents scénarios de projections. Selon le scénario de « base », une croissance de 23% du nombre d'hospitalisations est attendue sur la période 2022-2035, correspondant à une croissance annuelle moyenne de 1,6%. Ce scénario prévoit donc que le nombre de cas hospitaliers passe de 9651 à 11 874 entre 2022 et 2035, soit 2223 cas supplémentaires. Les scénarios minimum et maximum prévoient également une hausse des hospitalisations, allant de 15% à 31% (avec +1417, respectivement +3035 hospitalisations).

Selon le tableau T 3.13, la plus forte croissance des hospitalisations à l'horizon 2035 selon le scénario de base se fera sentir dans le domaine de la réadaptation gériatrique, en termes relatifs et absolus (+30% ; +1443 cas). Tous les autres domaines augmenteront aussi, mais dans une moins grande mesure, le domaine « musculo-squelettique » présentant la deuxième plus forte hausse (+18% ; +343 cas).

G 3.11 Évolution des hospitalisations, par scénario, 2022-2035



Scénario	2022	2035	Δ (%)	TCAM (%)
Base	9 651	11 874	+23%	+1,6%
Max	9 651	12 686	+31%	+2,1%
Min	9 651	11 068	+15%	+1,1%

Note: TCAM = taux de croissance annuel moyen

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud–- projections démographiques (2023-2035)

© Obsan 2024

T 3.13 Hospitalisations projetées, par scénario et DPPH, 2035

DPPH	2022	Min 2035	Min Δ (%)	Base 2035	Base Δ (%)	Max 2035	Max Δ (%)
Musculo-squelettique	1 921	2 112	+10%	2 264	+18%	2 417	+26%
Neurologique	613	643	+5%	693	+13%	742	+21%
Réadaptation des paraplégies	63	62	-2%	67	+6%	72	+14%
Cardio-vasculaire	645	685	+6%	736	+14%	788	+22%
Pulmonaire	683	734	+7%	788	+15%	842	+23%
Médecine-oncologie	702	771	+10%	827	+18%	884	+26%
Réadaptation psychosomatique	191	182	-5%	198	+4%	213	+12%
Réadaptation pédiatrique	3	23	-	24	-	26	-
Réadaptation gériatrique	4 799	5 824	+21%	6 242	+30%	6 664	+39%
Prestations non attribuables	31	32	+3%	35	+13%	37	+19%
Total	**9 651**	**11 068**	**+15%**	**11 874**	**+23%**	**12 686**	**+31%**

Note: le total peut ne pas correspondre exactement à la somme des composants en raison des arrondis ; L'évolution des hospitalisations n'est pas indiquée lorsque le nombre d'hospitalisation(s) par domaine est inférieur à 5.

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – projections démographiques (2035) © Obsan 2024

Projections des jours de soins 2035

La croissance en pourcentage des jours de soins se comporte de façon assez similaire à celle des hospitalisations, étant donné qu'aucune hypothèse n'a été formulée concernant l'évolution de la durée moyenne de séjour, déjà inférieure à la durée moyenne suisse. Comme le montre le tableau T 3.14, le nombre de jours devrait passer de 219 735 jours en 2022 à 271 040 en 2035 (+51 305) selon le scénario de « base » (+32 858 selon le scénario « minimum » et +69 869 selon le scénario « maximum »). L'augmentation du nombre de jours sera également la plus importante pour le domaine de la réadaptation gériatrique (+34 025), suivie de celle du domaine « musculo-squelettique » (+6995).

T 3.14 Jours de soins projetés, par scénario et DPPH, 2035

DPPH	2022	Min 2035	Min Δ (%)	Base 2035	Base Δ (%)	Max 2035	Max Δ (%)
Musculo-squelettique	38 264	42 218	+10%	45 259	+18%	48 309	+26%
Neurologique	22 053	23 102	+5%	24 888	+13%	26 674	+21%
Réadaptation des paraplégies	4 162	4 106	-1%	4 444	+7%	4 782	+15%
Cardio-vasculaire	12 764	13 548	+6%	14 573	+14%	15 600	+22%
Pulmonaire	10 315	11 088	+7%	11 897	+15%	12 708	+23%
Médecine-oncologie	14 344	15 738	+10%	16 893	+18%	18 050	+26%
Réadaptation psychosomatique	3 846	3 670	-5%	3 981	+4%	4 293	+12%
Réadaptation pédiatrique	73	1 010	-	1 075	-	1 146	-
Réadaptation gériatrique	113 147	137 315	+21%	147 172	+30%	157 120	+39%
Prestations non attribuables	767	796	+4%	859	+12%	922	+20%
Total	**219 735**	**252 593**	**+15%**	**271 040**	**+23%**	**289 604**	**+32%**

Note: le total peut ne pas correspondre exactement à la somme des composants en raison des arrondis ; l'évolution des jours n'est pas indiquée lorsque le nombre d'hospitalisation(s) par domaine est inférieur à 5.

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – projections démographiques (2035) © Obsan 2024

3.2.2 Projection des besoins par région de domicile

La projection des besoins par région de domicile est une estimation approximative basée sur l'évolution démographique différenciée des régions. Les cas projetés pour le canton de Vaud sont attribués aux quatre régions selon la répartition de la population régionale par classe d'âge et par sexe, sous l'hypothèse que toutes les régions présentent le même taux d'hospitalisation, à savoir le taux vaudois. Cela est conforme à la méthode utilisée pour les soins aigus.

Le tableau T 3.15 présente, par région de domicile, l'évolution des personnes qui résident dans le canton de Vaud, des hospitalisations et des jours de soins entre 2022 et 2035. Quel que soit le scénario, la population devrait augmenter plus fortement dans les régions « ouest » et « nord » (entre +11% et +19% selon le scénario) et plus modérément dans les régions « centre » et « est » (entre +8% et +16% selon le scénario). Les taux d'hospitalisation étant supérieurs aux âges élevés (voir G 7.1 en annexe à la page 50), la croissance des hospitalisations est supérieure à celle de la population de façon générale. Selon la structure démographique de la région, la croissance des hospitalisations peut être plus ou moins marquée. En effet, dans les régions « ouest » et « nord » qui verront leur population âgée augmenter fortement (voir T 7.1 en annexe à la page 51), la croissance des hospitalisations est particulièrement forte (entre +20% et +38% selon le scénario), tandis qu'elle est plus modérée dans les régions « centre » et « est » (entre +11% et +29% selon le scénario). Enfin, les jours de soins connaissent une évolution similaire à celle des hospitalisations, bien que selon la répartition des cas par groupe de prestations et leur durée moyenne de séjour, le nombre total de jours peut aussi évoluer différemment mais les écarts sont mineurs.

Le domaine de la réadaptation gériatrique connaîtra une forte croissance en particulier dans les régions « ouest » et « nord » (+37% et +40% respectivement), contre +29% dans la région « est » et +23% dans la région « centre » selon le scénario de « base » (T 3.16). Cela s'explique également par une augmentation prévue plus forte du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans dans les régions « ouest » et « nord » (+59% et +55% respectivement) par rapport aux régions « est » (+44%) et « centre » (+34%), voir tableau T 7.1 en annexe à la page 51. A noter qu'en raison des volumes importants dans la région « centre », c'est cette région qui verra son nombre d'hospitalisations augmenter le plus fortement (+748, dont +470 pour la réadaptation gériatrique), devant la région « ouest » (+640 ; +388), puis la région « nord » (+477 ; +322) et enfin la région « est » (+357 ; +262). Enfin, l'évolution des jours de soins par région connaîtra une évolution très similaire à celle des hospitalisations en termes relatifs (T 3.17).

T 3.15 Population, hospitalisations et jours de soins projetés, par scénario et région de domicile, 2035

			Min		Base		Max	
		2022	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Population	Total	830 791	909 892	+10%	942 196	+13%	973 273	+17%
	Ouest	192 539	214 416	+11%	221 531	+15%	228 082	+18%
	Centre	362 915	394 228	+9%	408 290	+13%	422 156	+16%
	Nord	140 543	156 201	+11%	161 281	+15%	166 564	+19%
	Est	134 794	145 047	+8%	151 094	+12%	156 471	+16%
Hospitalisations	Total	9 652	11 068	+15%	11 874	+23%	12 685	+31%
	Ouest	2 167	2 618	+21%	2 807	+30%	2 992	+38%
	Centre	4 050	4 477	+11%	4 798	+18%	5 127	+27%
	Nord	1 668	2 004	+20%	2 145	+29%	2 293	+37%
	Est	1 767	1 969	+11%	2 124	+20%	2 273	+29%
Jours de soins	Total	219 736	252 593	+15%	271 040	+23%	289 604	+32%
	Ouest	49 330	59 712	+21%	64 024	+30%	68 266	+38%
	Centre	92 294	102 260	+11%	109 629	+19%	117 156	+27%
	Nord	37 942	45 715	+20%	48 934	+29%	52 323	+38%
	Est	40 170	44 906	+12%	48 453	+21%	51 859	+29%

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud - projections démographiques (2035)

© Obsan 2024

T 3.16 Hospitalisations projetées, par DPPH et région de domicile, selon le scénario de base, 2035

DPPH	2022				Projections 2035, selon scénario de base							
	Ouest	Centre	Nord	Est	Ouest		Centre		Nord		Est	
					2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Musculo-squelettique	434	800	338	349	545	+26%	919	+15%	407	+20%	393	+13%
Neurologique	140	259	107	106	167	+19%	288	+11%	123	+15%	115	+8%
Réadaptation des paraplégies	14	27	11	11	16	+14%	29	+7%	12	+9%	11	0%
Cardio-vasculaire	147	271	113	113	177	+20%	304	+12%	132	+17%	124	+10%
Pulmonaire	156	284	121	122	190	+22%	321	+13%	142	+17%	134	+10%
Médecine-oncologie	160	291	124	126	200	+25%	337	+16%	149	+20%	142	+13%
Réadaptation psychosomatique	44	84	32	31	47	+7%	86	+2%	34	+6%	32	+3%
Réadaptation pédiatrique	1	1	1	0	6	-	10	-	4	-	4	-
Réadaptation gériatrique	1 063	2 019	815	902	1 451	+37%	2 489	+23%	1 137	+40%	1 164	+29%
Prestations non attribuables	7	13	5	5	8	+14%	14	+8%	6	+20%	6	+20%
Total	**2 167**	**4 050**	**1 668**	**1 767**	**2 807**	**+30%**	**4 798**	**+18%**	**2 145**	**+29%**	**2 124**	**+20%**

Note: le total peut ne pas correspondre exactement à la somme des composants en raison des arrondis ; L'évolution des hospitalisations n'est pas indiquée lorsque le nombre d'hospitalisation(s) par domaine et région est inférieur à 5.

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – projections démographiques (2035) © Obsan 2024

T 3.17 Jours de soins projetés, par DPPH et région de domicile, selon le scénario de base, 2035

DPPH	2022				Projections 2035, selon scénario de base							
	Ouest	Centre	Nord	Est	Ouest		Centre		Nord		Est	
					2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Musculo-squelettique	8 652	15 934	6 731	6 947	10 890	+26%	18 380	+15%	8 134	+21%	7 855	+13%
Neurologique	5 053	9 311	3 868	3 821	6 005	+19%	10 375	+11%	4 405	+14%	4 104	+7%
Réadaptation des paraplégies	955	1 792	715	700	1 060	+11%	1 892	+6%	773	+8%	719	+3%
Cardio-vasculaire	2 917	5 364	2 245	2 237	3 501	+20%	6 015	+12%	2 610	+16%	2 447	+9%
Pulmonaire	2 355	4 285	1 827	1 848	2 876	+22%	4 855	+13%	2 140	+17%	2 026	+10%
Médecine-oncologie	3 270	5 957	2 538	2 580	4 076	+25%	6 879	+15%	3 042	+20%	2 895	+12%
Réadaptation psychosomatique	881	1 687	645	633	937	+6%	1 727	+2%	678	+5%	639	+1%
Réadaptation pédiatrique	18	31	13	12	258	-	458	-	188	-	171	-
Réadaptation gériatrique	25 054	47 613	19 223	21 258	34 213	+37%	58 694	+23%	26 811	+39%	27 453	+29%
Prestations non attribuables	175	321	136	135	207	+18%	354	+10%	154	+13%	144	+7%
Total	**49 330**	**92 294**	**37 942**	**40 170**	**64 024**	**+30%**	**109 629**	**+19%**	**48 934**	**+29%**	**48 453**	**+21%**

Note: le total peut ne pas correspondre exactement à la somme des composants en raison des arrondis ; L'évolution des jours n'est pas indiquée lorsque le nombre d'hospitalisation(s) par domaine et région est inférieur à 5.

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – projections démographiques (2035) © Obsan 2024

3.2.3 Effet isolé de l'évolution démographique

Dans cette section, il s'agit d'examiner uniquement l'effet de l'évolution démographique, ce qui revient à laisser de côté les autres facteurs d'influence mentionnés dans l'Encadré 8 à la page 38. L'évolution démographique constitue un facteur d'évolution majeur des projections pour les trois scénarios, et c'est dans ce secteur que son rôle est le plus marqué, étant donné que la réadaptation concerne majoritairement les personnes âgées (voir G 3.3, à la page 25). Il en résulte des taux d'hospitalisation supérieurs dans les classes d'âge élevées (voir G 7.1 en annexe, à la page 50). En conséquence, pour tous les trois scénarios, l'effet démographique est particulièrement important, en particulier pour le domaine de la réadaptation gériatrique, qui concerne par définition uniquement les personnes âgées d'au moins 75 ans. La croissance des hospitalisations dans ce domaine (entre +43% et +46% selon le scénario, voir T 3.18) reflète la hausse de la population dans la classe d'âge des personnes âgées de 80 ans et plus (voir T 7.1 en annexe à la page 51). A noter que la différence entre le scénario minimum et maximum n'est pas très grande, car quel que soit le scénario, l'impact du vieillissement est inéluctable. Si

on compare les projections finales (T 3.14 à la page 39) tenant compte de tous les facteurs d'influence selon l'Encadré 8 (page 38) aux projections basées ici uniquement sur l'effet démographique, logiquement, les écarts sont les plus forts pour le scénario « minimum » dans lequel les taux d'hospitalisation sont les plus abaissés (-15%) et les plus faibles dans le scénario « maximum » pour lequel la réduction des taux est la plus faible (-5%). Dans le scénario de base, les projections finales enregistrent une hausse des cas de 23%, tandis que la hausse aurait été de 36% en ne tenant compte que de l'effet démographique. Pour les scénarios « minimum » et « maximum », les projections affectées uniquement par l'effet démographique (+35% et +38% respectivement) sont également supérieures aux projections finales (+15% et +31% respectivement, voir T 3.14 à la page 39). La prise en compte du virage ambulatoire compense donc une partie de l'effet démographique, très influent en réadaptation, et donc exerce un effet conséquent sur les résultats des projections finales.

T 3.18 Effet de l'évolution démographique sur les hospitalisations projetées, par scénario et DPPH, 2022-2035

		Min		Base		Max	
DPPH	**2022**	**2035**	**Δ (%)**	**2035**	**Δ (%)**	**2035**	**Δ (%)**
Musculo-squelettique	1 921	2 478	+29%	2 510	+31%	2 538	+32%
Neurologique	613	751	+23%	764	+25%	776	+27%
Réadaptation des paraplégies	63	73	+16%	75	+19%	76	+21%
Cardio-vasculaire	645	805	+25%	818	+27%	830	+29%
Pulmonaire	683	864	+27%	875	+28%	886	+30%
Médecine-oncologie	702	907	+29%	919	+31%	931	+33%
Réadaptation psychosomatique	191	215	+13%	220	+15%	225	+18%
Réadaptation pédiatrique	3	3	0%	3	0%	4	+33%
Réadaptation gériatrique	4 799	6 852	+43%	6 936	+45%	7 015	+46%
Prestations non-attribuables	31	38	+23%	39	+26%	39	+26%
Total	**9 651**	**12 986**	**+35%**	**13 159**	**+36%**	**13 319**	**+38%**

Note: le total peut ne pas correspondre exactement à la somme des composants en raison des arrondis ;

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – projections démographiques (2035)

© Obsan 2024

4 Conclusion et perspectives

Ce rapport, basé sur les données médicales de l'année 2022, montre les besoins de la population vaudoise en 2022 en ce qui concerne les soins de réadaptation. Il présente également les besoins futurs, considérablement influencés par les évolutions démographiques, en particulier par le vieillissement de la population vaudoise. Ce rapport constitue la première étape de la nouvelle planification hospitalière, à un horizon allant jusqu'en 2035, dont la liste sera basée, pour la première fois dans le canton de Vaud, sur le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière. Ainsi, ce système a été décrit et les résultats ont été calculés par GPPH et présentés par domaines de prestations pour la planification hospitalière.

Par ailleurs, la présente analyse tient compte de la volonté du canton de Vaud de développer des filières de réadaptation ambulatoires à domicile. Celles-ci font partie des développements en cours avec les acteurs concernés et doivent permettre de répondre dans le futur aux besoins et aux attentes de la population vaudoise de manière efficiente. L'inclusion de ces éléments dans l'analyse montre l'importance de considérer les besoins dans leur ensemble et ouvre des pistes de réflexion sur l'évolution du système de santé vaudois dans sa globalité.

5 Bibliographie

Canton de Vaud (2011). *Planification hospitalière vaudoise 2012*. https://www.vd.ch

Canton de Vaud (2023). *Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière des soins somatiques aigus du 4.10.2023*. https://www.vd.ch

Carr-Hill, R., T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock & G. Hardman (1994). *Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services.* British Medical Journal, 309(6961), 1046– 1049. https://doi.org/10.1136/bmj.309.6961.1046

CDS (2018). *Utilisation d'un système de groupes de prestations hospitalières dans le cadre de la planification hospitalière cantonale : Recommandation de la CDS. Décision de l'Assemblée plénière de la CDS du 25 mai 2018.* Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_f.pdf

CDS (2019). *Recommandations relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation : Compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficients au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, concernant la psychiatrie et la réadaptation approuvées par le Comité directeur de la CDS le 27 juin 2019.* Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_Psy_Reha_V2.0_20190627_def_f.pdf

CDS (2022a). *Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007, la révision de l'OAMal sur les critères de planification du 23.6.2021 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 31.12.2021*. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Version révisée des recommandations adoptée par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009 et le 25.5.2018, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 20.5.2022. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM-Spitalplanung_revidiert_20220520_def._f.pdf

CDS (2022b). *Recommandation de la CDS : Système de planification type en réadaptation et définition des domaines de réadaptation du 24 novembre 2022*. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/Rehabilitation/Empfehlungen/EM_Musterplanungssystematik-Definitionen_20221124_def_f.pdf

CDS (2022c). *Recommandation de la CDS : Compréhension supracantonale commune de la notion de « réadaptation » du 24 novembre 2022*. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/Rehabilitation/Empfehlungen/EM_gem.Verst._Rehabilitation_20221124_def_f.pdf

CDS (2022d). *Recommandation de la CDS : Exigences minimales de qualité pour les établissements et services de réadaptation et exigences minimales portant sur des prestations spécifiques pour les domaines de réadaptation du système de planification type du 204 novembre 2022*. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/Rehabilitation/Empfehlungen/EM_Qualitaetsanforderungen_20221124_def_f.pdf

Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population, eurostat methodologies and working papers*, Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat

Füglister-Dousse, S., Zufferey, J., Widmer, M., Jörg, R., Barman, P.-O., Oettli, A. (2019). *Rapport d'évaluation des besoins en soins aigus somatiques. Données statistiques comme base de la planification hospitalière 2021-2025 du canton de Vaud.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. https://www.vd.ch

Füglister-Dousse, S., Tuch, A., Jörg, R., Oettli, A. (2022). *Mise à jour des tableaux du rapport d'évaluation des besoins en soins aigus somatiques. Données statistiques comme base de la planification hospitalière 2021-2025 du canton de Vaud.* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. https://www.vd.ch

GDZH (2021). *Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht.* Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021. https://www.zh.ch

Höglinger, M., Huber, A. & Eichler, K. (2019). *Entwicklung Medizintechnik 2019 bis 2030: Stationäre Rehabilitation & stationäre Psychiatrie. Literatur-Review und Expertenbefragung zu erwarteten Entwicklungen in der Medizintechnik und Auswirkungen auf die Fallzahlen im Bereich der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich.* Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). https://digitalcollection.zhaw.ch

Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang Huber, K. (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis*

2013 (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch.

ISPM (2009). *Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung.* Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.

Pellegrini, S.; Luyet, S. (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch

Imhof, G., Schumacher, R., Moreau, A. & Lacroix, J. (2021). *Perspectives démographiques pour le Canton de Vaud. Scénarios cantonaux 2021-2050. Scénarios régionaux 2021-2040.* Lausanne : Statistique Vaud

SwissDRG (2021). *Règles et définitions pour la facturation des cas selon ST Reha (Version mai 2021). Applicable à partir du 1.1.2022.* https://www.swissdrg.org/download_file/view/3787/1460

Tiwari, R. C., Clegg, L. X., & Zou, Z. (2006). *Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates.* Statistical methods in medical research, 15(6), 547-569. doi:10.1177/0962280206070621

Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière (document de travail 32).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch

6 Glossaire

AOS	Assurance obligatoire des soins
CHOP	Classification suisse des opérations
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIM	La classification internationale des maladies est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la santé et en est à sa 10e version (CIM-10).
DPPH	Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH)
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH)
Hôpital conventionné	Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'art. 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Les hôpitaux conventionnés n'ont pas droit à une contribution cantonale selon l'art. 49a al. 1 et 2 LAMal.
Hôpital répertorié	Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertorié a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération vis-à-vis de l'assureur et du canton conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal).
KS	Statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)
Liste hospitalière	Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de prestations selon la législation sur l'assurance-maladie. La liste hospitalière représente la somme des mandats de prestations.
Mandat de prestations	D'après la CDS (2022a), un mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal est fondé sur la planification de la prise en charge selon l'art. 58b OAMal, adapté aux besoins et constitue une garantie de l'offre d'un hôpital figurant sur la liste hospitalière au sens de l'art. 58b al. 3 OAMal. Il contient l'éventail des prestations attribué sous certaines obligations et conditions. Le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal n'est pas un mandat au sens du Code des obligations mais une obligation de prise en charge imposée par le canton ainsi qu'un droit à rémunération correspondante de l'hôpital vis-à-vis de l'assureur et du canton dans la mesure définie, conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal). Une convention de prestations ou un contrat de prestations est un contrat entre le canton et un hôpital répertorié qui peut régler plus précisément, conformément aux prescriptions légales et au mandat de prestations, les prestations devant être fournies par l'hôpital (type, quantité), les rapports et données que celui-ci doit transmettre, la rémunération à verser par le mandant ainsi que les conséquences du non-respect des obligations contractuelles.
MS	Statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 Juin 1995 (RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
Parts de marché des hôpitaux	Part des hospitalisations dans un établissement en proportion de l'ensemble des hospitalisations des patients d'un canton

Population résidante permanente (OFS)	La population résidante permanente comprend toutes les personnes de nationalité suisse ayant leur domicile principal en Suisse, les personnes de nationalité étrangère titulaires d'une autorisation de séjour ou d'établissement d'une durée minimale de 12 mois (livret B ou C ou carte de légitimation du DFAE, à savoir les fonctionnaires internationaux, les diplomates ainsi que les membres de leur famille), les personnes de nationalité étrangère titulaires d'une autorisation de séjour de courte durée (livret L) pour une durée cumulée minimale de 12 mois ainsi que les personnes dans le processus d'asile (livret F, N ou S) totalisant au moins douze mois de résidence en Suisse. Source: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/definitions.html#definition-app-p
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)	Rapport entre l'effectif de la population aux âges avancés généralement inactifs (65 ans ou plus) et l'effectif de la population en âge de travailler (20-64 ans). Le résultat s'exprime en nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans.
RS	Recueil systématique du droit fédéral
STATPOP	Statistique de la population et des ménages de l'Office fédéral de la statistique
SwissDRG	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la LAMal.
Taux de couverture de la liste hospitalière	Proportion de patientes et patients du canton traités dans un hôpital qui bénéficie d'un mandat de prestations délivré par ledit canton (voir aussi CDS (2022a) pp. 8-10)
Taux de croissance annuel moyen (TCAM)	Le taux de croissance annuel moyen, aussi appelé taux de croissance annuel composé (en anglais Compound Annual Growth Rate, CAGR), représente la croissance annuelle d'une quantité *x* entre plusieurs années (t_0 et t) à un taux constant. Il se définit formellement par : $\mathrm{TCAM}\ (t_0,t)=\left(\frac{x(t)}{x(t_0)}\right)^{t-t_0}-1$
Urgence	Dans le domaine stationnaire, la MS différencie le mode d'admission (V1.2.V03) entre: (1) Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures), (2) Annoncé, planifié, (3) Naissance (enfant né intra-muros), (4) Transfert interne, (5) Transfert dans les 24 heures, (8) Autre et (9) Inconnu.

7 Annexes

7.1 Législation

Annexe 1 OAMal Section 11 Critères de planification (État au 1er juillet 2024)

Art. 58a Principe

1 La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.

2 Elle est réexaminée périodiquement.

Art. 58b Planification des besoins en soins

1 Les cantons déterminent les besoins en soins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons et prennent en compte notamment les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins.

2 Ils déterminent l'offre utilisée dans les établissements qui ne figurent pas sur la liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal qu'ils ont arrêtée.

3 Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription sur la liste d'établissements situés dans le canton et d'établissements situés hors du canton afin d'assurer la couverture des besoins. Ils déduisent à cet effet l'offre déterminée conformément à l'al. 2 des besoins déterminés conformément à l'al. 1.

4 Afin de déterminer l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:

a. le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations;
b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

Art. 58c Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante:

a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aigues, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations;
b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités;
c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

Art. 58d Évaluation du caractère économique et de la qualité

1 L'évaluation du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance s'effectue notamment grâce à des comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités. Pour les établissements médico-sociaux, le caractère économique des prestations fournies doit être pris en considération de manière appropriée.

2 L'évaluation de la qualité des établissements consiste notamment à examiner si l'ensemble de l'établissement remplit les exigences suivantes:

a. disposer du personnel nécessaire qualifié;
b. disposer d'un système de gestion de la qualité approprié;
c. disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe;
d. disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité;
e. disposer de l'équipement garantissant la sécurité de la médication, notamment grâce à l'enregistrement électronique des médicaments prescrits et délivrés.

3 Les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale peuvent être utilisés comme critères de sélection des établissements.

4 L'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins.

5 L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur des évaluations réalisées par d'autres cantons, pour autant qu'elles ne soient pas dépassées.

Art. 58e Coordination intercantonale des planifications

1 Pour coordonner leurs planifications conformément à l'art. 39, al. 2, LAMal, les cantons doivent notamment:
   a. exploiter les informations nécessaires concernant les flux de patients et échanger ces informations avec les cantons concernés;
   b. prendre en compte le potentiel de coordination avec d'autres cantons pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des prestations fournies à l'hôpital;

2 Chaque canton se coordonne notamment:
   1. avec les cantons dans lesquels sont situés un ou plusieurs établissements qui figurent sur sa liste ou qu'il prévoit d'y faire figurer,
   2. avec les cantons qui ont inscrit sur leur liste ou qui prévoient d'inscrire sur leur liste un ou plusieurs établissements situés sur son territoire,
   3. avec les cantons où sont situés des établissements dans lesquels un nombre important d'assurés provenant de son territoire se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter,
   4. avec les cantons dont un nombre important d'assurés se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter dans des établissements situés sur son territoire,
   5. avec d'autres cantons, si cette coordination permet de renforcer le caractère économique et la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

Art. 58f Listes et mandats de prestations

1 La liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal répertorie les établissements situés dans le canton et les établissements situés hors du canton qui sont nécessaires pour garantir l'offre de soins déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.

2 Un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal est attribué à chaque établissement figurant sur la liste. Si l'établissement a plusieurs sites, le mandat de prestations précise le site.

3 Les listes spécifient pour chaque hôpital les groupes de prestations correspondant au mandat de prestations.

4 Les cantons déterminent les charges que les mandats de prestations attribués aux hôpitaux et aux maisons de naissance doivent contenir. Pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, ils peuvent notamment prévoir les charges suivantes:
   a. la disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie;
   b. la disponibilité et la qualification des médecins spécialistes;
   c. la disponibilité du service des urgences et le niveau d'exigences auquel il doit satisfaire;
   d. la disponibilité de l'unité de soins intensifs ou du service de surveillance et le niveau d'exigences auquel il doit satisfaire;
   e. les groupes de prestations liés en interne ou en coopération avec d'autres hôpitaux;
   f. les nombres minimums de cas.

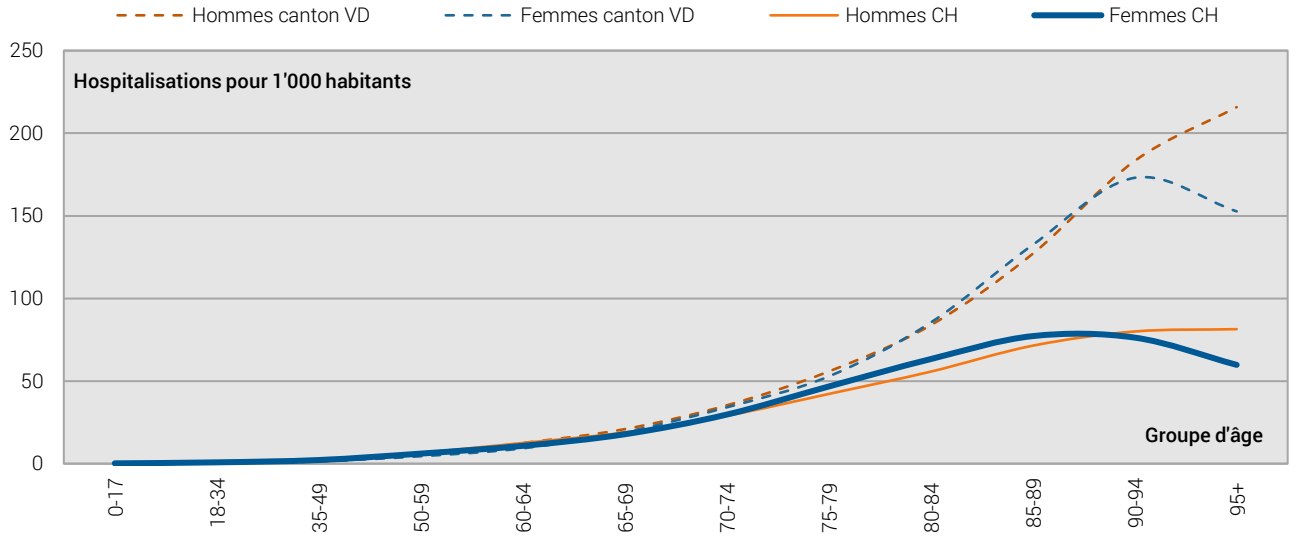
5 Ils peuvent prévoir que les mandats de prestations des établissements médicosociaux contiennent des charges à remplir.

6 Ils peuvent prévoir que les mandats de prestations contiennent notamment les charges suivantes, pour autant qu'elles ne figent pas les structures et qu'elles n'empêchent pas toute concurrence:
   a. pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal ou les volumes de prestations maximaux;
   b. pour les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de réadaptation, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal, les volumes de prestations maximaux ou les capacités maximales;
   c. pour les établissements médico-sociaux, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal ou les capacités maximales.

7 Ils prévoient que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou permettant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal.

7.2 Évaluation de la situation dans le canton de Vaud

G 7.1 Taux d'hospitalisation en réadaptation, par sexe et groupe d'âge, 2022



Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – Population Vaud; OFS, STATPOP - Population autres cantons

© Obsan 2024

7.3 Projection détaillée des besoins en soins de la population domiciliée dans le canton

T 7.1 Population du canton de Vaud, par scénario, région de domicile et groupe d'âge, 2035

			Bas		Moyen		Haut	
		2022	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)	2035	Δ (%)
Total	Total	830 791	909 891	+10%	942 197	+13%	973 274	+17%
	Ouest	192 539	214 416	+11%	221 531	+15%	228 082	+18%
	Centre	362 915	394 228	+9%	408 290	+13%	422 156	+16%
	Nord	140 543	156 201	+11%	161 281	+15%	166 564	+19%
	Est	134 794	145 047	+8%	151 094	+12%	156 471	+16%
0-17	Total	161 597	170 250	+5%	179 783	+11%	190 472	+18%
	Ouest	39 692	41 080	+3%	43 232	+9%	45 578	+15%
	Centre	67 527	72 428	+7%	76 566	+13%	81 283	+20%
	Nord	28 940	29 817	+3%	31 400	+9%	33 231	+15%
	Est	25 438	26 926	+6%	28 585	+12%	30 381	+19%
18-64	Total	530 264	554 275	+5%	574 897	+8%	593 313	+12%
	Ouest	121 580	128 910	+6%	133 380	+10%	137 198	+13%
	Centre	238 331	247 727	+4%	256 877	+8%	265 237	+11%
	Nord	86 813	92 323	+6%	95 509	+10%	98 572	+14%
	Est	83 540	85 315	+2%	89 131	+7%	92 305	+10%
65-79	Total	98 110	126 981	+29%	128 429	+31%	129 738	+32%
	Ouest	22 491	30 599	+36%	30 936	+38%	31 195	+39%
	Centre	39 560	50 915	+29%	51 438	+30%	51 965	+31%
	Nord	18 027	23 712	+32%	23 919	+33%	24 179	+34%
	Est	18 032	21 755	+21%	22 136	+23%	22 399	+24%
80+	Total	40 820	58 386	+43%	59 087	+45%	59 751	+46%
	Ouest	8 776	13 827	+58%	13 983	+59%	14 111	+61%
	Centre	17 497	23 159	+32%	23 409	+34%	23 671	+35%
	Nord	6 763	10 349	+53%	10 453	+55%	10 582	+56%
	Est	7 784	11 051	+42%	11 242	+44%	11 387	+46%

Sources: Statistique Vaud – données de population (2022) et projections démographiques (2035)

© Obsan 2024

T 7.2 Hospitalisations par GPPH et région de domicile, scénario de base, 2022-2035

DPPH	GPPH	2022					2025					2030					2035				
		VD	Ouest	Centre	Nord	Est	VD	Ouest	Centre	Nord	Est	VD	Ouest	Centre	Nord	Est	VD	Ouest	Centre	Nord	Est
Musculo-squelettique	Musculo-squelettique général	1 834	414	764	323	334	1 891	435	780	334	342	2 027	479	825	362	360	2 160	520	876	388	376
	Rhumatisme inflammatoire	49	11	21	8	8	51	12	21	9	9	53	13	22	9	9	54	13	23	9	9
	Polytraumatisme sans lésion cérébrale	3	1	1	1	1	4	1	2	1	1	6	1	2	1	1	8	2	3	1	1
	Amputations	35	8	14	6	6	37	9	15	7	7	40	10	16	7	7	42	10	17	8	7
	Brûlures	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Neurologique	Neurologique général	357	82	151	62	62	367	85	154	64	63	388	92	162	69	66	405	97	168	72	68
	Neurologique avec symptômes neuro-psychiatriques sévères	159	37	67	28	27	162	38	68	29	27	170	41	71	30	28	176	43	74	31	29
	Sclérose en plaque (stade avancé)	55	13	24	9	9	57	13	24	10	9	58	14	25	10	9	58	14	25	10	9
	Parkinson (stade avancé, évaluation)	40	9	16	7	7	41	10	17	7	7	44	11	18	8	8	47	12	19	9	8
	Polytraumatisme avec lésion cérébrale	2	0	1	0	0	3	1	1	0	0	5	1	2	1	1	7	2	3	1	1
Réadaptation des paraplégies	Paraplégie et syndromes de type paraplégique	63	14	27	11	11	65	15	28	11	11	67	16	29	12	11	67	16	29	12	11
Cardio-vasculaire	Cardio-vasculaire général	638	146	268	112	112	658	153	275	116	114	696	165	288	124	119	729	175	301	131	123
	Cardio-vasculaire après transplantation cardiaque/cœur artificiel	7	2	3	1	1	7	2	3	1	1	7	2	3	1	1	7	2	3	1	1
Pulmonaire	Pulmonaire général	673	154	279	119	121	696	162	287	124	124	740	176	302	133	129	777	188	317	140	132
	Hypertension pulmonaire/transplantation pulmonaire	10	2	4	2	2	10	2	4	2	2	10	2	4	2	2	10	2	4	2	2
Médecine-oncologie	Médecine	344	78	142	61	62	358	83	147	64	64	386	92	157	69	68	411	99	167	74	71
	Oncologie	358	82	149	63	64	370	86	153	66	66	396	94	162	71	69	416	100	170	75	71
Réadaptation psychosomatique	Réadaptation psychosomatique	180	41	79	30	30	182	42	80	31	30	185	43	80	31	30	187	44	81	32	30
	Réadaptation des troubles somatoformes et des douleurs chroniques	11	3	5	2	2	11	3	5	2	2	11	3	5	2	2	11	3	5	2	2
Réadaptation pédiatrique	Réadaptation pédiatrique	3	1	1	1	0	8	2	3	1	1	16	4	7	3	2	24	6	10	4	4
Réadaptation gériatrique	Réadaptation gériatrique	4 799	1 063	2 019	815	902	5 210	1 186	2 145	897	982	5 727	1 327	2 310	1 014	1 075	6 242	1 451	2 489	1 137	1 164
Prestations non-attribuables	Prestations non-attribuables	31	7	13	5	5	33	8	14	6	6	34	8	14	6	6	35	8	14	6	6
Total		**9 651**	**2 167**	**4 050**	**1 668**	**1 767**	**10 218**	**2 344**	**4 226**	**1 782**	**1 867**	**11 067**	**2 592**	**4 505**	**1 965**	**2 004**	**11 874**	**2 807**	**4 798**	**2 145**	**2 124**

Note: le total peut ne pas correspondre exactement à la somme des composants en raison des arrondis.

Sources: OFS – MS, KS; Statistique Vaud – projections démographiques (2035)

© Obsan 2024