

Rapport d'évaluation des besoins en soins aigus somatiques

Données statistiques comme base de la planification hospitalière 2021-2025 du canton de Vaud

Auteurs Sylvie Füglister-Dousse, Jonathan Zufferey,

Marcel Widmer, Reto Jörg (Obsan),

Pierre-Olivier Barman et l'Unité monitorage du système de santé (Direction générale de la santé, Canton de Vaud) Alexandre Oettli (Statistique Vaud, Canton de Vaud)

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2019

Table des matières

I	Introduction	3
1.1	Contexte	3
1.1.1	Conditions-cadre du financement des hôpitaux découla de la révision de la LAMal	nt 4
1.1.2	Les soins en milieu hospitalier en tant qu'objet de planification	4
1.2	Le processus de planification hospitalière cantonale	5
1.2.2 1.2.3	Détermination des besoins Détermination de l'offre Garantie de l'offre (liste hospitalière)	5 6 6
	Réexamen de la planification Coordination intercantonale	6 7
2	Données et méthode	8
2.1	Sources de données	8
2.2	Critères d'inclusion	8
2.3	Délimitation des types de soins	8
2.4	Regroupement des cas	9
2.5	Calcul de la durée de séjour	9
2.6	Modèle de projection	9
	Évolution démographique Autres facteurs	9 11
3	Besoins en soins	14
3.1	Analyse récente des besoins en soins	15
3.1.2	Recours aux soins Offre de soins Flux de patients	15 19 25
3.2	Projections des besoins en soins	34
	Projections pour la population domiciliée dans le cantor Projections pour les hôpitaux vaudois	n34 41
3.3	Spécificités cantonales	41

	Accouchements et haissances	41
	Néonatologie	42
	Séjours hospitaliers injustifiés	44
3.3.4	Soins palliatifs	45
4	Conclusion	47
5	Bibliographie	48
6	Glossaire et abréviations	49
7	Annexes	51
7.1	Besoins en soins somatiques aigus de la population vaudoise par GPPH	52
7.2	Activité en soins somatiques aigus des hôpitaux du canton de Vaud par GPPH	58

1 Introduction

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) le 1er janvier 1996, les cantons sont tenus, en vertu de l'article 39 LAMal, 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 (Swiss DRG). 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 2012¹).

La planification hospitalière 2012 du canton de Vaud couvre la période actuelle. Le présent rapport d'évaluation des besoins sert de base à planification hospitalière des soins somatiques aigus pour la période 2021-2025. Nous présentons ici, sur mandat de la Direction générale de la santé du Canton de Vaud, les bases statistiques de cette planification. Ce rapport concerne donc uniquement les soins aigus, y compris les soins palliatifs et les maisons de naissance basés sur des données spécifiques au canton de Vaud. En font partie une analyse approfondie du recours aux soins stationnaires aigus pour la période allant de 2013 à 2017 ainsi que l'établissement des projections des besoins à l'horizon 2030. 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

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 E 1). La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS, voir aussi Encadré E 2) vient ensuite compléter ces dispositions. À l'échelle cantonale, c'est en particulier la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) qui concrétise la réglementation de la LAMal et de l'OAMal.

E 1 Bases légales fédérales et cantonales

Bases légales fédérales :

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

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 :

- 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)

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. Il s'agit notamment des Recommandations sur la planification hospitalière (CDS 2018a), des Recommandations sur l'utilisation d'un système de groupes de prestations (CDS 2018b) et des Recommandations sur l'examen de l'économicité (CDS 2018c). La CDS s'est fondée pour ce faire notamment sur la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF) et du Tribunal fédéral (TF) notamment².

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

Le site internet de la CDS propose une vue d'ensemble des principaux arrêts du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral liés aux planifications cantonales et à leur liste hospitalière : https://www.gdk-cds.ch/fr/documents

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. Depuis 2012, tous les hôpitaux de soins somatiques aigus figurant sur la liste hospitalière sont indemnisés au moyen de forfaits par cas liés aux prestations, selon la convention de structure tarifaire SwissDRG.

E 2 Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée

L'art. 39, al. 2bis de la LAMal prévoit explicitement que dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons établissent une planification pour l'ensemble de la Suisse, et que le Conseil fédéral joue un rôle réglementaire subsidiaire. Pour réaliser ce mandat légal, les cantons ont conclu la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Ils se sont par conséquent engagés à planifier et à répartir ensemble les prestations de la médecine hautement spécialisée. En paraphant la CIMHS, ils ont conféré une base légale à l'attribution des prestations, déterminé les mécanismes de prise de décision des organes de la CIMHS et défini les critères que doit remplir un domaine de prestations pour être considéré comme relevant de la médecine hautement spécialisée telle que l'entend la CIMHS. La planification commune de la médecine hautement spécialisée obéit aux principes de la couverture des besoins, de la qualité et du caractère économique. Dans le cadre de l'application de la CIMHS, les cantons ont déjà convenu des attributions de prestations dans divers sous-domaines de la médecine hautement spécialisée. Les décisions de la CIMHS et la liste hospitalière intercantonale de médecine hautement spécialisée adoptée par les organes décisionnels MHS sont publiées sur le site web de la CDS3.

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. Pour ce qui est de ces planifications, 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, pour ce qui est du financement, institutions à but lucratif et institutions à but idéal. Les prestations 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.

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. 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. 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 les soins somatiques aigus ainsi que pour les maisons de naissance, la planification doit être liée aux prestations. Pour la réadaptation et le traitement psychiatrique, la planification doit être liée aux prestations ou aux capacités. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, les bases légales prévoient une planification liée aux

³ Voir <u>http://www.gdk-cds.ch/fr</u>

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-dessus, le traitement en établissement médico-social. Toutefois, étant donné que le présent rapport n'aborde que les soins somatiques aigus en milieu hospitalier, nous utilisons ciaprès le terme « Planification hospitalière (cantonale) », et pas « Planification des besoins en soins ».

E 3 L'art. 39 LAMal - Hôpitaux et autres institutions

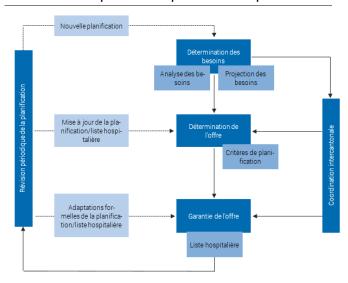
- Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :
 - a. garantissent une assistance médicale suffisante;
 - b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
 - 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.
- ² Les cantons coordonnent leurs planifications.
- ^{2bis} Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.
- 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.
- Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médicosociaux).

1.2 Le processus de planification hospitalière cantonale

En se fondant sur les dispositions de la LAMal et de l'OAMal, il est possible de tracer le modèle du processus de planification hospitalière cantonale (voir la figure G. 1.1). Le canton de Vaud a déjà suivi une fois tout ce processus, avec sa planification hospitalière 2012. Il a aussi réexaminé périodiquement sa liste hospitalière en la mettant à jour.

Le présent rapport de planification sert de référence pour la période 2021-2025 et pose les bases statistiques nécessaires à la nouvelle planification qui interviendra en 2021. Une nouvelle planification passe à nouveau par toutes les 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.

G. 1.1 Modèle de processus de planification hospitalière



Source : Propre représentation fondée sur la LAMal, l'OAMal et la CDS (2019) © Obsan 2019

1.2.1 Détermination des besoins

Les cantons déterminent leurs besoins selon une démarche vérifiable. L'art. 58b, al. 1 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 les prestations 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 2012, 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 servir de base à la planification 2021-2025.

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 par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste (hôpitaux répertoriés) afin que la couverture des besoins soit assurée. 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 OA-Mal, c'est-à-dire le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations ainsi que l'accès des patients au traitement dans un délai utile. En vertu de l'art. 58b, al. 5 OAMal, les cantons doivent notamment prendre en considération, lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, (a) l'efficience de la fourniture de prestations, (b) la justification de la qualité nécessaire et (c) dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies. Enfin, l'art. 39, al. 1, let. d LAMal dispose qu'ils sont tenus de prendre en considération de manière adéquate les établissements privés.

Le processus dans le canton de Vaud

Pour la prochaine période de planification 2021-2025, une procédure de sélection basée sur les exigences du concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) de la Direction de la santé du canton de Zurich est prévue.

1.2.3 Garantie de l'offre (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 de se conformer pour le faire aux dispositions de l'art. 39, al. 1, let. e LA-Mal. Cette dernière disposition ainsi que l'art. 58e, al. 2 OAMal les obligent à définir dans la liste des hôpitaux l'éventail de prestations des fournisseurs de soins cantonaux et extra-cantonaux, sous forme de mandats de prestations classés par catégories.

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 ne sont actuellement pas attribués selon les groupes de prestation pour la planification hospitalière (GPPH).

Conformément aux recommandations de la CDS (2018c), le canton de Vaud prévoit pour sa planification 2021-2025 d'établir sa liste des hôpitaux dans le domaine des soins somatiques aigus en se basant sur un document de la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) qui classe les mandats de prestations des hôpitaux en quelque 130 groupes de prestations (GPPH).

1.2.4 Réexamen de la planification

L'art. 58a, al. 2 OAMal oblige les cantons à réexaminer périodiquement leurs planifications. Comme indiqué dans les recommandations de la CDS (2018, 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 décisions CIMHS ;
- reprises des adaptations des GPPH ainsi que des catalogues CHOP et CIM;
- 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 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, il convient d'examiner, chez les fournisseurs directement concernés par la mise à jour, les critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile. Alors que c'est le cas lors d'une nouvelle planification hospitalière, les hôpitaux déjà répertoriés ne sont pas de nouveau examinés quant à ces critères. Les mandats de prestations des hôpitaux déjà répertoriés ne sont pas non plus remis en question par la demande d'un nouveau candidat dans l'intervalle précédant la planification hospitalière.

L'établissement d'une nouvelle planification : toute nouvelle planification passe par chacune des étapes figurant dans la figure 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, en est partie intégrante (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.

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 psychiatriques⁴. 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.

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 : (a) exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés ; (b) coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins (art. 58d, let. a et b OAMal).

La coordination intercantonale est d'autant plus essentielle que des prestataires d'autres cantons sont potentiellement pertinents pour garantir des soins conformes aux besoins. 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 la couverture des besoins (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 sachent quelle proportion de leur propre population sollicite des

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 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 (2018a), 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 sa planification hospitalière 2012, le canton a exploité les données concernant les flux de patients à destination et en provenance d'autres cantons.

traitements hospitaliers dans d'autres cantons. Ici, le plus important est donc de connaître le flux de patients sortant des frontières cantonales. Pour ce qui est du flux de patients entrants, les cantons ne sont pas tenus de les prendre en considération dans leur analyse des besoins, mais comme ces données sont intéressantes pour exploiter les capacités des hôpitaux situés sur leur territoire, ils devraient tout de même le faire (cf. également Huber 2015).

⁴ La psychiatrie n'est pas dans le périmètre du rapport qui traite uniquement des soins somatiques aigus.

2 Données et méthode

2.1 Sources de données

Les données de la Statistique médicale des hôpitaux (MS) et de la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont à la base des calculs et projections du présent rapport d'évaluation des besoins. La MS fournit chaque année les données individuelles sur les séjours hospitaliers. Chaque clinique, hôpital ou maison de naissance⁵ effectue le relevé qui est obligatoire. La MS collecte des informations socio-démographiques 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. La statistique des hôpitaux (KS) 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.

En plus des statistiques MS et KS, les données de population sont utilisées. Les données de la Statistique de la population et des ménages (STATPOP) permettent de calculer les taux d'hospitalisation standardisés. Pour les projections du nombre de cas vaudois, les perspectives démographiques de Statistique Vaud⁶ établies en 2016 sur la base des données de population 2015 sont utilisées. La définition retenue est la population au sens du domicile légal issue du Registre cantonal des personnes qui comprend la population suisse établie et la population étrangère avec un permis valable au moins un an7. Les trois scénarios (moyen, haut et bas) développés par Statistique Vaud tiennent compte des variations attendues en termes de mortalité et de fécondité et se distinguent par le niveau du solde migratoire, le scénario moyen étant considéré comme le plus vraisemblable. Pour tenir compte de l'évolution des besoins en soins de la population selon les régions, Statistique Vaud a utilisé la proportion de la population vaudoise projetée par région, agrégée au niveau des réseaux sanitaires à

 réseau Centre : districts de Lausanne, Ouest lausannois, Grosde-Vaud et Lavaux-Oron

- réseau Est : districts de Riviera-Pays-d'Enhaut et Aigle
- réseau Ouest : districts de Nyon et Morges
- réseau Nord : districts de Jura-Nord vaudois et Broye-Vully.

2.2 Critères d'inclusion

L'année 2017 est l'année de référence pour les projections. Les tableaux et graphiques fournissent uniquement les cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS)⁸, 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 limitrophes. Toutefois, dans les analyses qui tiennent compte du nombre minimal de cas comme indicateur de l'expertise spécifique d'un prestataire de soins, il n'est pas pertinent de limiter les cas selon l'agent payeur et l'ensemble des cas ont été considérés.

2.3 Délimitation des types de soins

Les types de soins des hôpitaux sont délimités selon les centres de prise en charge des coûts et la typologie des établissements de santé de l'OFS (voir aussi encadré E 4). Pour les analyses des soins aigus, toutes les sorties dans l'année (cas statistiques « A ») sont considérées et comptent comme un cas.

Dans le canton de Vaud toutefois, les données des maisons de naissance sont récoltées par le CHUV, par convention entre les parties (voir section 3.3.1).

⁶ Voir http://www.stat.vd.ch/Default.aspx?DomID=2571

A noter que cette définition était celle utilisée dans le canton de Vaud jusqu'au 31.12.2016. Depuis 2017, la nouvelle définition intègre les personnes en cours de procédure d'asile résidant en Suisse depuis au moins un an et les fonctionnaires d'organisations internationales

³ Variable 1.4.V02=1

E 4 Délimitation des secteurs d'activités

Les secteurs d'activités des hôpitaux sont délimités selon la typologie des établissements de santé et les centres de prise en charge des coûts de L'OFS. Les cas sont attribués aux différents secteurs d'abord sur la base du centre de prise en charge des coûts puis pour les cas restants sur la base de la typologie des hôpitaux, selon les définitions suivantes :

	Soins somatiques aigus ⁴ (y compris gériatrie aiguë) ⁵	Psychiatrie	Réadaptation / Gériatrie
Définition du cas ¹⁾	A	A, C	А
Centre de prise en charge des coûts ²⁾	Tous sauf: M500, M900, M950	M500	M900, M950
Typologie des établissements de santé ³⁾	Tous sauf: K211, K212, K221, K234	K211, K212	K221, K234

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

Source: Obsan © Obsan 2019

2.4 Regroupement des cas

Pour les **soins aigus** (y compris la gériatrie aiguë), les cas sont regroupés par :

- Groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), Direction de la santé du canton de ZH, version du groupeur 6.0, version de la liste des GPPH 2017.2
- SwissDRG Version 6.0

2.5 Calcul de la durée de séjour

Pour les **soins aigus** (y compris la gériatrie aiguë), la définition de la durée de séjour de SwissDRG (2017) est retenue, à savoir :

Date de sortie - date d'entrée - interruptions - jours de congé

Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas et les jours de congé à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital (voir aussi le glossaire en fin de document). De plus, lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès et de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours.

2.6 Modèle de projection

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer⁹, l'Obsan a élaboré en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS) un modèle de projection du nombre de cas et des jours de soins qui

Le modèle utilisé dans le présent rapport est une version révisée du modèle précité. La révision du modèle, en collaboration avec Statistique Vaud, a notamment servi à inclure des hypothèses sur les taux d'hospitalisation, permettant d'introduire des facteurs d'influence supplémentaires outre le développement démographique. À cette fin, une interface a été créée pour intégrer dans les projections cantonales d'éventuelles hypothèses concernant l'évolution épidémiologique et/ou les développements médico-techniques. L'année 2017 est considérée comme l'année de référence et sert de base aux projections. Les projections sont donc basées sur les données médicales 2017 et sur les données démographiques 2017¹⁰. Les projections ont été calculées par Statistique Vaud (Section d'Analyse Statistique). Elles sont disponibles jusqu'en 2040 mais sont présentées ici à l'horizon 2030.

2.6.1 Évolution démographique

La structure démographique de la population se situe au cœur des enjeux politiques, économiques et sociaux de chaque société, notamment en ce qui concerne la mise en place, la réparation et le maintien des prestations sociales. Le vieillissement de la population, qui s'accentue en Suisse année après année, met la pression sur le système de sécurité sociale, et affecte particulièrement le financement des retraites et du système de santé. L'établissement de projections démographiques permet d'offrir des pistes de

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⁾ Les nouveau-nés en bonne santé sont inclus.

⁵⁾ Les cas concernant la gériatrie (M900 ou K234) sont attribués aux soins somatiques aigus s'ils sont facturés selon SwissDRG (variable DRG-Status=1) et en réadaptation dans le cas contraire.

sert de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et alémaniques. Ce modèle permet aussi de calculer les projections des flux entrants (cas importés) et des flux sortants (cas exportés). Des informations complémentaires se trouvent dans un document de travail Obsan (Weaver, F et al., 2009) et un bulletin Obsan (Füglister-Dousse & Widmer, 2016).

⁹ Les forfaits liés aux prestations et basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse ont été introduits dans les nouvelles dispositions régissant le financement hospitalier, dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 2009.

Pour éviter un effet de seuil lié à la différence entre les populations 2017 projetée et effective, la population projetée a été utilisée, même si les données effectives étaient disponibles.

1'200'000 Bilan de la population résidente permanente Scénarios de l'évolution de la population 1'000'000 moven ----- haut Population résidente permanente 800'000 600'000 734'356 784'822 400'000 200'000 870'815 +0.8% bas 905'133 +1.1% moven 939'016

G 2.1 État et évolution de la population résidente permanente dans le canton de Vaud, 2012-2040

Source: OFS – STATPOP, 2012–2016 (pour l'état de la population); Statistique Vaud – Projections démographiques selon 3 scénarios, base 2015 (pour les scénarios de l'évolution de la population) © Obsan 2019

2030

2035

2040

réflexion sur les évolutions possibles de la population. A ce titre, les projections démographiques constituent un outil majeur pour la planification du système de santé et sont intégrées dans le modèle de projection de l'Obsan.

2020

2025

2012

2015

Les projections démographiques ne sont pas des prédictions déterministes mais sont construites à partir de différents scénarios quant à l'évolution démographique possible de la population. Il est important de noter qu'une incertitude demeure sur l'évolution effective que va connaître la population. Les projections de population utilisées dans ce rapport pour l'évaluation des besoins en soins proviennent des modèles développés par Statistique Vaud¹¹ en 2016. Ces modèles sont construits à partir de la méthode des composantes, c'est-à-dire en appliquant, itérativement année après année, à partir de la population au début de la projection, les changements dans la structure de la population (par âge et sexe) induits par les trois composantes démographiques que sont la fécondité, la mortalité et la migration. Les modèles vaudois ont en outre la particularité d'être estimés par district.

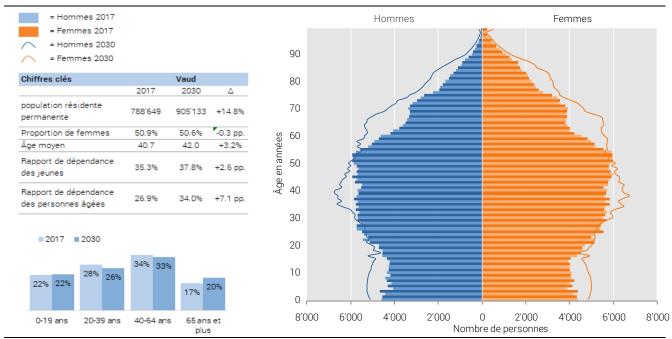
Si les composantes du solde naturel de la population, à savoir la fécondité et la mortalité, connaissent des évolutions temporelles relativement régulières et prévisibles, le solde migratoire est quant à lui bien plus volatile et dépend notamment du contexte économique et politique aux niveaux national et international. Les migrations, en raison de leur ampleur et de leur imprévisibilité, représentent la composante qui exerce la plus grande influence sur les projections cantonales d'aujourd'hui. C'est pour cette raison que les scénarios des projections démographiques établis par Statistique Vaud se distinguent uniquement par des flux migratoires plus ou moins importants. Les scénarios haut et bas tablent

Il est à noter que des projections démographiques pour chaque canton, y compris celui de Vaud, ont été réalisées par l'OFS. Si les tendances entre les analyses vaudoises et fédérales vont dans le même sens, des divergences apparaissent néanmoins. Les méthodes et les objectifs suivis sont en effet propres à chaque entité.

En 2016, la population du canton était de près de 785'000 habitantes et habitants. Selon le scénario moyen établi par Statistique Vaud, la population vaudoise dépasserait 850'000 personnes en 2025 et atteindrait ainsi les 905'000 personnes à l'horizon 2030 (voir G 2.1). Cette augmentation, de quelque 120'000 résidents entre 2017 et 2030, correspond à un taux de croissance annuel de 1,07%. Il s'agit d'un taux inférieur à celui qui a été observé entre 2012 et 2016 (1,68%). Les scénarios bas et haut, qui estiment plus fortement et plus faiblement les flux migratoires, correspondent respectivement à des taux de croissance annuels moyens de la population de 1,33% et 0.81%. Selon ces deux scénarios, la population du canton en 2030 serait de quelque 940'000 résidents en cas de fort dynamisme migratoire et de 870'000 avec des flux migratoires moins marqués. Notons encore que la

sur des flux migratoires forts ou, respectivement, faibles alors que le scénario *moyen* est plus tempéré et est considéré comme plus vraisemblable. Ce dernier anticipe un solde migratoire en diminution mais se stabilisant avant les années 2030.

http://www.scris.vd.ch/ → Statistiques par domaine → 01. Population → Perspectives démographiques



G 2.2 Structure prospective de la population vaudoise, scénario moyen, 2017 et 2030

Source: Statistique Vaud - Projections démographiques selon 3 scénarios, base 2015

© Obsan 2019

croissance estimée dans le canton de Vaud selon le scénario de référence de l'OFS est un peu plus élevée que celle du scénario moyen de Statistique Vaud (1,15% annuel contre 1,07%). Mais dans les deux cas, le dynamisme démographique attendu dans le canton de Vaud est plus fort que dans l'ensemble de la Suisse (taux de croissance annuel de 0,88% selon le scénario de référence de l'OFS).

D'après le scénario moyen de Statistique Vaud, la population vaudoise va profondément évoluer sur la période 2017 à 2030 (G 2.2). Sur le plan quantitatif, la population augmentera de 14,8% mais c'est au niveau de la structure démographique que les changements seront les plus importants. En effet, la pyramide des âges de la population vaudoise de 2017 se caractérise par un bombement de la population en âge d'activité, suivi d'une baisse progressive des effectifs chez les personnes âgées. Cette surreprésentation de la population active s'explique, d'une part, par la hausse de la fécondité qu'a connu la Suisse après la seconde guerre mondiale (génération du baby-boom) et, d'autre part, par le fort dynamisme démographique du canton attirant, par la migration, une population essentiellement active professionnellement. Or, le régime de basse fécondité de ces dernières décennies, combiné au recul progressif de la mortalité aux grands âges et au fait que de nombreuses personnes aujourd'hui en âge d'activité vont atteindre et dépasser l'âge de la retraite d'ici 2030, contribuent à vieillir la population vaudoise. Cet effet du vieillissement est bien visible sur la pyramide des âges par le fort écart entre la population âgée en 2017 et celle projetée de 2030 ; chez les personnes en âges d'activité, l'écart est nettement moins fort mais un nouvel écart apparaît chez les moins de 20 ans.

Bien que la migration soit le moteur de la croissance - et malgré le fait que les migrants soient plutôt jeunes, le vieillissement de la population est inéluctable ; il peut être illustré par guelques chiffres issus des projections (G 2.2). Entre 2017 et 2030, la population de 65 ans et plus va connaître une croissance marquée (+36,8%) alors que le nombre de personnes en âge d'activité va croître de 8,3% seulement et celui des moins de 20 ans de 16,2%. En conséguence, la proportion de personnes de 65 et plus va passer de 17% à 20%. En outre, le rapport de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire le ratio entre le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et le nombre de personnes en âges d'activité (20-64 ans) va passer d'environ quatre actifs pour un retraité (26,9%) à trois pour un (34,0%). Le vieillissement de la population va donc avoir une grande influence sur les enjeux sociétaux et va également affecter les besoins en soins pour une population âgée qui devient toujours plus nombreuse. Ce phénomène n'est évidemment pas propre au canton de Vaud – il se produit de manière analogue en Suisse – et devrait par ailleurs s'accentuer au-delà de 2030.

2.6.2 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. Ces évolutions peuvent affecter la fréquence des hospitalisations et leur durée. Il est possible d'intégrer de tels facteurs d'influence supplémentaires

dans le modèle de projections des besoins en soins sous la forme de scénarios sur les taux d'hospitalisation.

Évolution de la situation économique

Les incitations économiques peuvent avoir un impact significatif sur l'évolution de l'offre et du recours à certaines prestations. Dans le contexte des soins stationnaires, le transfert vers l'ambulatoire et la réduction de la durée de séjour résultant de l'introduction de tarifs forfaitaires par cas revêtent une importance majeure. Moins la rémunération selon le tarif hospitalier sera intéressante par rapport à celle des services ambulatoires, plus les prestations seront transférées vers le secteur ambulatoire. Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire entraînera donc une réduction du nombre de cas. Toutefois, le transfert vers l'ambulatoire peut aussi être partiel, c'est-à-dire concerner seulement certaines composantes des prestations aux patients hospitalisés. Ainsi, même si le traitement principal reste l'hospitalisation, certains examens et clarifications sont réalisés en ambulatoire (Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Tandis que le transfert global vers l'ambulatoire a un impact sur le nombre de cas et donc sur les taux d'hospitalisation, le transfert partiel influence principalement la durée du séjour hospitalier.

Outre le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, l'introduction d'un montant forfaitaire par cas entraîne une pression économique sur la durée du séjour. Contrairement aux formes de rémunération liées à la durée (telles que les forfaits journaliers) ou aux prestations individuelles (Tarmed), les prestations médicales sont

payées sous forme d'un forfait par cas de traitement, ce qui signifie, du point de vue des prestataires, que le bénéfice est indépendant de la durée du séjour mais que les coûts augmentent lorsque le séjour se prolonge.

Évolutions épidémiologiques

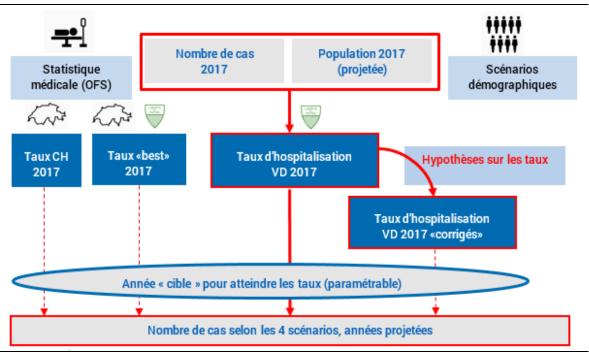
L'épidémiologie traite de la propagation et de l'origine de situations et d'événements qui affectent la santé de la population. Sont étudiés les différents facteurs qui contribuent à la santé et à la maladie des individus et des populations. Les évolutions épidémiologiques comprennent les tendances dans le temps entraînant une modification du besoin de traitements et/ou interventions à l'hôpital. En voici un exemple : en supposant que la proportion d'hommes fumeurs adultes diminue, on peut conclure à une tendance à la baisse des traitements du cancer du poumon dans cette population.

Développements médico-techniques

Peuvent être considérés comme des développements médicotechniques l'introduction et la diffusion de nouvelles technologies pour le diagnostic (par ex. les procédures d'imagerie), la thérapie (par ex. les méthodes de chirurgie « mini-invasive ») ou la prévention (par ex. la vaccination).

Notons que les évolutions de différentes natures (économique, épidémiologique et médico-technique) peuvent avoir des impacts différents, voire opposés, sur le nombre de cas et de jours. Par conséquent, pour projeter les besoins, il convient

G 2.3 Modèle de projection des besoins en soins stationnaires de l'Obsan-Statistique Vaud



Source : Obsan © Obsan 2019

d'établir des hypothèses distinctes pour chaque facteur d'influence. Les hypothèses peuvent, par exemple, être fondées sur des avis d'experts ou sur la littérature scientifique. Le modèle permet d'intégrer ces hypothèses au niveau des codes DRG, GPPH, CIM et/ou CHOP. continue permet aussi la mise à jour des projections du nombre de cas en tenant compte des adaptations des catalogues CHOP et CIM ainsi que du système GPPH.

Scénarios concernant l'évolution des taux d'hospitalisation

Sur la base d'hypothèses, le modèle de l'Obsan-Statistique Vaud permet de modifier les taux d'hospitalisation par GPPH et par classe d'âges, puis de combiner l'effet de ces modifications avec les projections démographiques. Les cinq classes d'âges sont : 0-19, 20-39, 40-64, 65-79 et 80 ans et plus. La figure G 2.3 représente schématiquement le modèle de projection des besoins en soins stationnaires.

Le modèle applique les scénarios suivants :

- Statu quo des taux d'hospitalisation du canton: les taux d'hospitalisation cantonaux par groupe d'âge sont supposés rester constants dans le futur, c'est-à-dire tels qu'à l'année de référence. En d'autres termes, seule l'évolution démographique exerce une influence sur le nombre de cas futurs.
- 2. Taux CH: les taux cantonaux sont systématiquement remplacés par les taux suisses de l'année de référence.
- 3. Taux « best »: les taux cantonaux sont remplacés par les taux suisses uniquement si ces derniers sont inférieurs, et aux conditions que l'écart relatif n'excède pas 30%, qu'il y ait au moins 20 cas dans le canton et 200 cas en Suisse. Sinon, les taux cantonaux sont maintenus (statu quo) et seule la démographie impacte le nombre de cas futurs.
- 4. Taux d'hospitalisation VD « corrigés » : les taux sont modifiés pour tenir compte d'autres facteurs (économiques, épidémiologiques et médicotechniques).

Dans ce rapport, les projections du nombre de cas pour le canton de Vaud ont été calculées pour les trois premiers scénarios. Le canton de Vaud n'a pas utilisé le quatrième scénario de projection des besoins en soins qui intègre des hypothèses sur les taux d'hospitalisation et permet de prendre en compte d'autres facteurs et de quantifier leurs effets en termes de nombre de cas projetés dans le futur. Il a toutefois réalisé une analyse sur le nombre et le type de séjours hospitaliers qui auraient pu être évités grâce à une prise en charge du patient en amont de l'hospitalisation. Ces séjours sont dits « injustifiés » (cf. section 3.3.3). Les résultats présentés doivent donc être interprétés à l'aune de ces compléments.

Monitoring et mise à jour des projections des besoins

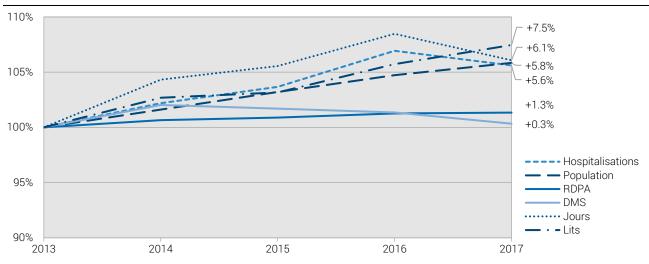
Malgré les différents scénarios d'évolution des taux d'hospitalisation, l'évolution à venir des facteurs d'influence peut être anticipée et répercutée sur la projection des besoins seulement dans une mesure limitée. C'est pourquoi le modèle de projection de l'Obsan-Statistique Vaud permet des mises à jour des projections du nombre de cas au cours d'une période de planification. Ainsi, par exemple, les développements médico-techniques débutants peuvent être inclus dans les projections actualisées. Une surveillance

3 Besoins en soins

Ce troisième chapitre présente l'analyse et les projections des besoins en soins somatiques aigus stationnaires. Selon l'art. 58b, al.1 OAMal, les cantons doivent déterminer leurs besoins en soins selon une démarche vérifiable, en se basant à la fois sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Dans cette planification des besoins, il convient également de déterminer l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur leur liste hospitalière (art. 58b, al. 2 OAMal). Afin d'effectuer la planification des besoins en soins selon les directives de l'art. 58b, OAMal, la section 3.1 propose, sur la période 2013 à 2017, une

analyse du recours aux soins, de l'offre de soins et des flux intercantonaux de patients. La section suivante complète ces analyses par une projection des besoins en soins à l'horizon 2030 (section 3.2) et la section 3.3 propose quelques compléments réalisés par les services du canton de Vaud. Les analyses de besoins en soins aigus stationnaires sont basées sur le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH, cf. aussi encadré E 5). Il s'agit de la version 2017.2 des définitions et exigences du système GPPH¹² valable pour les données de l'année 2017

G 3.1 Indicateurs globaux liés aux soins somatiques aigus stationnaires du canton de Vaud, 2013-2017



	2013	2014	2015	2016	2017	△ 2013-17	TCAM
Hospitalisations (1)	86'885	88'786	90'076	92'907	91'759	+5.6%	+1.4%
Population résidante permanente (2)	749'373	761'446	773'407	784'822	793'129	+5.8%	+1.4%
Rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA) (2)	26.2%	26.4%	26.4%	26.5%	26.5%	+1.3%	+0.3%
Durée moyenne des séjours (DMS) (1)	5.9	6.0	6.0	6.0	5.9	+0.3%	+0.1%
Jours d'hospitalisation (1)	513'992	536'156	542'509	557'519	545'214	+6.1%	+1.5%
Lits (3)	2'225	2'285	2'295	2'352	2'391	+7.5%	+1.8%

TCAM: taux de croissance annuel moyen

Pour les hospitalisations, la durée moyenne des séjours et les jours d'hospitalisation, seuls les cas AOS ont été considérés. Source: OFS – (1) MS, (2) STATPOP, (3) KS 2013–2017

© Obsan 2019

https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen.html#a-content

3.1 Analyse récente des besoins en soins

L'illustration G 3.1 propose une sélection d'indicateurs sur les soins aigus stationnaires dans le canton de Vaud pour la période 2013 à 2017. Le nombre d'hospitalisations somatiques aigues parmi les résidantes et résidants du canton est passé de 86'885 à 91'759 sur ces quatre années. Les hospitalisations ont d'abord fortement augmenté pour atteindre un pic en 2016 puis connaître une baisse de plus de 1000 cas en 2017. Sur l'ensemble de la période, la croissance est de 5,6% et, par année, cela représente un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 1,4%. Cette croissance est du même ordre que l'augmentation de la population, alors qu'avec le vieillissement de la population, on aurait pu s'attendre à une accentuation des besoins. En effet, entre 2013 et 2017, le rapport de dépendance des personnes âgées (RDPA)¹³, c'est-à-dire le rapport entre la proportion de personnes de 65 ans et plus et la proportion de personnes entre 20 et 64 ans, augmente légèrement, passant de 26,2% à 26,5%. Cela signifie que malgré une population tendanciellement plus âgée, le canton parvient actuellement à limiter la hausse des hospitalisations à celle de la population.

Si le nombre d'hospitalisations est en hausse, la durée des séjours reste quasiment stable (+0,3% en quatre ans) à près de 6 jours de moyenne. Le nombre total de jours d'hospitalisation suit à peu près la même courbe que les hospitalisations avec une croissance annuelle moyenne de 1,5% pour passer de 513'992 à 545'214 entre 2013 et 2017. Enfin, signalons encore que le nombre de lits connaît une forte hausse (+7,5% sur quatre ans et +1,8% de croissance annuelle moyenne).

E 5 Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)

Dans le cadre de la planification hospitalière de 2012, la Direction de la santé du canton de Zurich a fait appel à plus de 100 experts pour développer un concept de groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH¹⁴) pour les soins aigus somatiques. Chacun des quelque 130 GPPH existant est clairement défini par des codes de diagnostic (CIM) et de traitement (CHOP). La Direction de la santé du canton de Zurich a en outre émis pour chaque GPPH des exigences sur des prestations spécifiques qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations. Ces exigences s'appliquent par exemple aux médecins spécialistes nécessaires, à la disponibilité des services d'urgences ou sur les unités de soins intensifs.

La CDS recommande l'usage du concept GPPH, mais aussi des exigences sur des prestations spécifiques mais précise que les cantons peuvent s'en écarter.

3.1.1 Recours aux soins

Dans cette section, la demande en soins stationnaires aigus est approchée en fonction du **canton de résidence** des patients indépendamment de la localisation de l'hôpital – qu'il se situe dans le canton de Vaud ou dans un autre canton.

Nombre de cas selon les domaines de prestations

Le tableau T 3.1 présente l'évolution du recours aux soins aigus stationnaires par domaine de prestations (DPPH) pour la population résidant dans le canton de Vaud sur la période 2013-2017. Comme cela a déjà été évoqué précédemment, la croissance annuelle moyenne du nombre d'hospitalisations s'élève à 1,4%, mais elle cache des situations bien diverses selon les domaines de prestations.

Notons en premier lieu que les soins de base¹⁵ et l'obstétrique – qui représentent respectivement 39,9% et 10,5% des hospitalisations – connaissent une croissance annuelle moyenne très modeste (+0.4%). Du côté des domaines en recul, on relèvera la baisse importante pour le domaine du système nerveux et organes des sens avec -11,3% d'hospitalisations pour l'oto-rhino-laryngologie et -7,6% pour la dermatologie. La neurochirurgie qui appartient aussi à ce domaine connaît toutefois une hausse marquée (+8,9%), tout comme la neurologie (+3,4%).

L'hématologie (+9,3%), les nouveau-nés (+5,9%) et la pneumologie (+5,5%) sont autant de domaines de prestations dont la croissance annuelle est élevée et qui représentent un nombre de cas d'hospitalisations relativement importants. Ils ont donc une influence non négligeable sur l'évolution du nombre total d'hospitalisations. Il en va de même pour l'orthopédie et le cœur qui ont des taux de croissance annuels supérieurs à la moyenne (respectivement +2,5% et +3,6%) et qui concernent respectivement 11,3% et 4,0% des hospitalisations en 2017. Bien que le nombre de cas soit relativement peu important (moins de 200 hospitalisations en 2017), relevons encore la très forte augmentation des hospitalisations pour traumatisme grave (+39,3% de croissance annuelle sur les quatre années).

Il a été relevé plus haut que le nombre d'hospitalisations, en hausse sur la période 2013 à 2017, était marqué par une baisse significative entre 2016 et 2017. Cette baisse ponctuelle du nombre d'hospitalisations est due surtout au paquet de base (-478 hospitalisations) à l'obstétrique (-326) à l'orthopédie (-242) et au cœur (-241).

Les chiffres présentés ici diffèrent légèrement de ceux décrits dans la partie sur l'évolution démographique car ces derniers étaient établis à partir du modèle de projection de statistique Vaud et non à partir des données effectives de l'OFS.

¹⁴ De l'allemand «SPLG» pour Spitalplanungs-Leistungsgruppen

Toutes les prestations médicales qui ne font pas partie d'un domaine de prestations explicités dans le tableau sont considérées comme des soins de base, par opposition aux prises en charge spécialisées.

T 3.1 Nombre de cas en soins somatiques aigus de la population du canton de Vaud, par DPPH, 2013-2017

Grands domaines	DPPH	2013	2014	2015	2016	2017	Trend	TCAM	Part en %, 2017
Soins de base	Paquet de base	36'002	36'397	37'055	37'061	36'583	••••	+0.4%	39.9%
Système nerveux	Dermatologie	510	449	354	342	372	****	-7.6%	0.4%
et organes des	Oto-rhino-laryngologie	2'994	2'394	1'777	1'955	1'857	****	-11.3%	2.0%
sens	Neurochirurgie	333	328	298	416	468		+8.9%	0.5%
	Neurologie	2'008	1'944	2'146	2'123	2'294	****	+3.4%	2.5%
	Ophthalmologie	425	411	381	432	423		-0.1%	0.5%
Organes internes	Endocrinologie	297	308	325	334	345	****	+3.8%	0.4%
	Gastroentérologie	1'741	1'853	1'835	2'019	1'954		+2.9%	2.1%
	Chirurgie viscérale	1'288	1'290	1'420	1'467	1'457	****	+3.1%	1.6%
	Hématologie	865	1'162	1'249	1'231	1'236	++++	+9.3%	1.3%
	Vaisseaux	1'527	1'190	1'411	1'423	1'434	****	-1.6%	1.6%
	Cœur	3'188	3'284	3'462	3'917	3'676	****	+3.6%	4.0%
	Néphrologie	508	543	559	567	626	****	+5.4%	0.7%
	Urologie	3'642	3'818	3'867	4'047	3'893	++++	+1.7%	4.2%
	Pneumologie	1'625	2'099	1'679	1'816	2'012	****	+5.5%	2.2%
	Chirurgie thoracique	229	245	229	234	278	4-4-4-4	+5.0%	0.3%
	Transplantations d'organes solides	120	162	54	60	62	4	-15.2%	0.1%
Appareil	Orthopédie	9'429	9'790	10'000	10'633	10'391		+2.5%	11.3%
locomoteur	Rhumatologie	322	357	376	311	300	****	-1.8%	0.3%
Gynécologie &	Gynécologie	2'724	2'747	2'913	2'998	2'836		+1.0%	3.1%
obstétrique	Obstétrique	9'472	9'598	9'554	9'957	9'631	*****	+0.4%	10.5%
	Nouveau-nés	6'765	7'500	8'164	8'529	8'502	++-	+5.9%	9.3%
Autres	(Radio-)oncologie	820	862	894	923	937	****	+3.4%	1.0%
	Traumatismes graves	51	55	74	112	192		+39.3%	0.2%
Total		86'885	88'786	90'076	92'907	91'759	••••	+1.4%	100%

TCAM: taux de croissance annuel moyen

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Source: OFS - MS 2013-2017

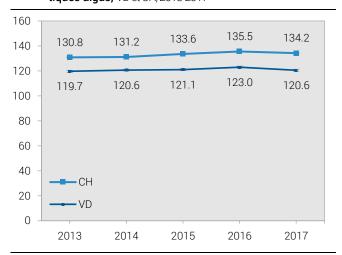
© Obsan 2019

Taux d'hospitalisation

Le graphique G 3.2 montre l'évolution du taux d'hospitalisation sur la période 2013-2017 pour le canton de Vaud en comparaison avec la valeur pour l'ensemble de la Suisse. Puisqu'il s'agit de taux standardisés par âge et sexe (voir encadré E 6), les intensités peuvent être comparées sans que des différences en fonction de la structure par âge des populations viennent interférer dans les résultats. Les résultats présentés dans ce rapport diffèrent d'autres indicateurs publiés du fait que seuls les cas relevant de l'assurance maladie obligatoire (AOS) sont considérés.

Les taux d'hospitalisation vaudois et suisse s'élèvent respectivement à 121 et 134 pour mille en 2017. Ces taux sont relativement stables sur la période 2013 à 2017. Pour les deux courbes, on constate néanmoins une augmentation modeste jusqu'en 2016 pour connaître une légère baisse en 2017.

G 3.2 Taux d'hospitalisation standardisés en soins somatiques aigus, VD et CH, 2013-2017



Taux calculés sur la base des seuls cas AOS. Source: OFS – MS, STATPOP 2013-2017

© Obsan 2019

E 6 Calcul des taux d'hospitalisation standardisés par âge et par sexe

Les taux d'hospitalisation standardisés permettent des comparaisons entre différentes régions ou pays, sans que ces dernières 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 corrigent pour les variations qui existent dans la structure démographique des cantons. Les taux standardisés sont calculés à partir de la méthode indirecte suivante:

$$R_{IS} = R_{CH} \frac{d}{\sum \frac{n_{ij}R_{ij}}{1000}}$$

 R_{IS} = taux pour 1000 habitant-e-s, standardisé par âge et par sexe pour la population étudiée

d= somme des cas dans la population étudiée

 n_{ij} = nombre de personnes dans le groupe d'âge i de sexe j dans la population étudiée

 R_{ij} = taux suisse pour 1000 habitant-e-s du groupe d'âges i et de sexe j

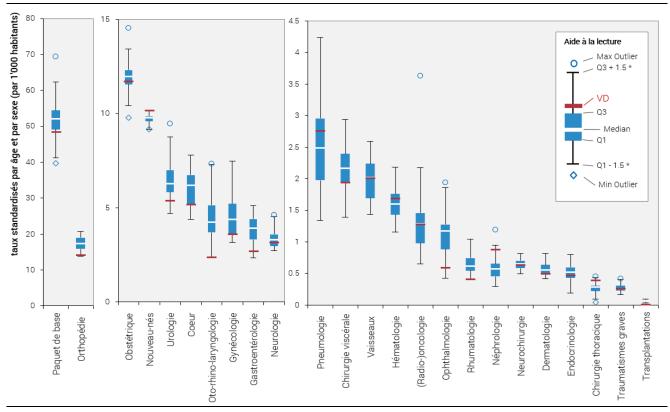
 R_{CH} = taux brut de la population suisse

Les taux sont calculés par canton de domicile et se rapportent à la population résidente permanente. Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés à partir d'une approximation de Poisson de la variance du taux (voir aussi Eurostat, 2013; Boyle et Parkin, 1991). L'intervalle de confiance indique la plage qui inclut l'emplacement réel du paramètre si une expérience aléatoire est répétée à l'infini avec une certaine probabilité (ici de 95%).

La figure G 3.3 va un peu plus loin en proposant, pour chaque DPPH, la distribution des taux d'hospitalisation standardisés entre les cantons suisses. Ce graphique permet à la fois de voir la variabilité des pratiques qu'il existe pour chaque domaine de prestations et de situer Vaud par rapport aux autres cantons.

Le canton de Vaud, qui a l'un des taux standardisés d'hospitalisation le plus bas de Suisse, se retrouve tendanciellement dans le dernier quartile de la distribution des domaines de prestations, c'est-à-dire parmi les 25% de cantons ayant les plus faibles taux d'hospitalisation. Des taux d'hospitalisation relativement élevés en comparaison des autres pratiques cantonales s'observent pour les nouveau-nés (1er rang de Suisse), la pneumologie (9e), l'hématologie (10e), la néphrologie (3e), la chirurgie thoracique (3e) et la transplantation d'organes solides (4e).

G 3.3 Taux d'hospitalisation standardisés en soins somatiques aigus, par domaine de prestations et canton de domicile, 2017



Remarque: sont représentés les taux d'hospitalisation standardisés par âge et par sexe par 1'000 habitants selon le domaine de prestations sur la base des seuls cas AOS (voir aussi Encadré E 6).

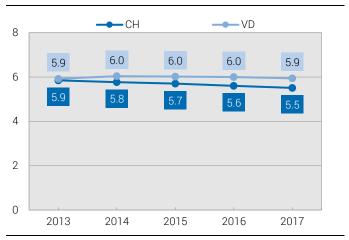
Source: OFS - MS, STATPOP 2017

© Obsan 2019

Durée de séjour

Le graphique G 3.4 montre la durée moyenne des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus (DMS) pour le canton de Vaud et la Suisse entre 2013 et 2017. Si la tendance est à une légère baisse pour la Suisse (passage de 5,9 à 5,5 jours), la durée moyenne de séjour stagne dans le canton de Vaud à 5,9 jours. Pour le canton de Vaud et la Suisse, le tableau T 3.2 détaille la durée de séjour et le nombre de cas traités pour une sélection des dix DRG les plus fréquents de l'année 2017 en Suisse. Ces dix DRG représentent autour 20% de tous les cas d'hospitalisation pour la Suisse (19,6%) et le canton de Vaud (21,8%). Pour l'ensemble de ces cas d'hospitalisation, l'écart de durée de séjour entre le canton de Vaud et la Suisse est inférieur à une demi-journée. C'est en revanche parmi les autres DRG (quelque 80% des hospitalisations) que la durée moyenne de séjour des Vaudois (11,1 jours) est supérieure à la moyenne suisse (10,2 jours).

G 3.4 Durée moyenne de séjour en soins somatiques aigus, VD et CH, 2013-2017



Durée calculée sur la base des seuls cas AOS. Source: OFS – MS 2013-2017

© Obsan 2019

T 3.2 Indicateurs en soins somatiques aigus pour les 10 DRG les plus fréquents, 2017

					СН			VD		
Ran	g сн	DRG	Description	cas	%	DMS	Rang _{VD}	cas	%	DMS
	1.	P67D	Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire, sans ventilation artificielle > 95 heures, sans problème grave, sans autre problème ou un jour d'hospitalisation	75'356	6.5%	3.4	1.	7'290	7.9%	3.5
	2.	060D	Accouchement par voie basse	32'198	2.8%	3.4	2.	3'780	4.1%	3.6
	3.	I46C	Implantation, remplacement ou révision d'une endoprothèse de hanche avec intervention complexe	21'091	1.8%	6.8	3.	1'901	2.1%	7.1
	4.	060C	Accouchement par voie basse avec diagnostic de complication sévère ou moyennement sévère	20'124	1.7%	4.0	4.	1'514	1.6%	4.4
0	5.	143B	Implantation d'une endoprothèse du genou	14'619	1.3%	7.5	5.	1'298	1.4%	7.6
Top 10	6.	G67D	Diverses maladies des organes digestifs ou hémorragie gastro-intesti- nale ou ulcère duodénal	13'546	1.2%	3.4	7.	925	1.0%	3.4
	7.	118B	Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations, âge > 15 ans	13'051	1.1%	2.0	18.	663	0.7%	2.0
	8.	I10C	Autres interventions sur la colonne vertébrale, âge > 15 ans	12'880	1.1%	5.6	8.	925	1.0%	5.6
	9.	H08B	Cholécystectomie laparoscopique sans diagnostic très complexe, sans diagnostic de complication, sans CPRE	12'004	1.0%	3.3	12.	795	0.9%	2.8
	10.	G72B	Autres affections bénignes à modérées des organes digestifs, âge > 2 ans ou douleur abdominale ou adénite mésentérique, âge > 2 ans et âge < 56 ans ou sans CC	11'068	1.0%	3.0	9.	875	1.0%	2.9
otal T	Гор10	DRG		225'937	19.6%			19'966	21.8%	
utres	;			928'842	80.4%	10.2		71'793	78.2%	11.1

Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - MS 2017 © Obsan 2019

3.1.2 Offre de soins

Sur les 31 sites inscrits sur liste hospitalière du canton de Vaud pour les soins aigus¹⁶, dix établissements vaudois sont sur la liste pour l'intégralité de leurs missions médicales, quatre établissements vaudois sont inscrits pour une part de leurs missions médicales et trois établissements hors cantons sont inscrits pour une part de leurs missions médicales. Par ailleurs, sept cliniques privées vaudoises ne sont pas inscrites sur la liste hospitalière du canton.

Nombre de cas et caractéristiques des patients

Le tableau T 3.3 propose une sélection de chiffres-clés pour les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière vaudoise en ce qui concerne les soins somatiques aigus.

Le CHUV est l'établissement le plus fréquenté parmi les Vaudois avec près de 33'000 séjours en 2017. Il est suivi par l'EHC (site de Morges) et l'eHnv (site d'Yverdon-les-Bains) qui ont enregistré respectivement quelque 8'500 et 7'800 cas. Les autres hôpitaux répertoriés dans le canton sont moins sollicités — chacun compte en moyenne moins de 15 sorties par jour en soins somatiques aigus — mais ils cumulent ensemble plus de 35'500 cas en 2017. Les hôpitaux vaudois répertoriés traitent ainsi 92% des hospitalisations des résidents vaudois en 2017. Les établissements répertoriés hors du canton ne représentent que 664 séjours hospitaliers des résidents vaudois alors que les hôpitaux cantonaux non répertoriés sur la liste ont tout de même accueilli 2'255 cas. Les hôpitaux non répertoriés des autres cantons (non présentés dans le tableau 3.3) ont accueilli 4'368 patients vaudois.

Les hôpitaux du canton répertoriés traitent majoritairement des patients résidant dans le canton, à la nuance que les hôpitaux intercantonaux HCR (Hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais) et HIB (Hôpital intercantonal de la Broye) traitent essentiellement des patients vaudois et valaisans, respectivement vaudois et fribourgeois selon le lieu du site. En effet, le HIB site de Payerne traite 58,2% de Vaudois, le HRC site d'Aigle 41,8% et le HRC site de Monthey 41,5%. L'Hôpital Ophtalmique Jules Gonin traite 48,4% de Vaudois et a la particularité d'attirer une patientèle de toute la Suisse. En effet, les patients traités en 2017 résidaient dans 21 cantons différents. Cet hôpital attire aussi un nombre important de patients qui résident à l'étranger mais comme ils ne sont généralement pas soumis à la LAMal, ils ne sont pas visibles dans nos chiffres.

La colonne Case Mix Index (CMI) du tableau T 3.3 indique la pondération moyenne des coûts et représente les ressources en personnel, en temps et en matériel qu'il a fallu mobiliser pour traiter chaque cas. Cet indicateur du degré de gravité économique permet aussi d'évaluer la gravité clinique moyenne des cas traités dans chaque hôpital. Les hôpitaux universitaires ont typiquement affaire à des cas plus graves que la moyenne et ont donc un Case

Mix Index supérieur à 1. En revanche, un hôpital qui n'offrirait que des soins de base aura plutôt un indice inférieur à 1. Ainsi le CHUV (CMI de 1,35), la clinique Cecil (1,39) et la clinique Riviera (1,38), se caractérisent par des patients qui nécessitent des ressources plus importantes que la moyenne¹⁷. En revanche, l'HRC Vevey Samaritain (0,78), l'HRC Aigle (0,56) et l'eHnv La Vallée de Joux (0,73) ont des CMI inférieurs.

Près de 50% de l'ensemble des admissions stationnaires dans des hôpitaux répertoriés du canton ont lieu en urgence. Si pour la Clinique Cecil et l'eHnv La Vallée de Joux, les urgences représentes respectivement 88% et 81% des entrées, la proportion ne dépasse pas les 10% pour la Clinique Bois-Cerf et la Clinique CIC Riviera. À noter que parmi les hôpitaux du canton non répertoriés, la proportion d'urgences est minime (inférieure à 5%).

Bien que l'ensemble des cas présentés dans le tableau renvoient à des prestations LAMAL, il est intéressant de noter qu'il y a de très fortes variations dans les couvertures en assurances complémentaires des patients. Pour les séjours dans des hôpitaux répertoriés du canton, un peu moins de 17,5% des patients bénéficient d'une assurance privée ou semi-privée. Cette proportion est par exemple proche de 10% pour les deux principaux établissements (CHUV et EHC Morges) mais elle dépasse les trois quarts pour la Clinique Bois-Cerf et la Clinique de la Source. Parmi les hôpitaux du canton non répertoriés, c'est la quasi-totalité des patients qui ont une couverture privée ou semi-privée.

Le graphique G 3.5 présente, pour la période 2013 à 2017, l'évolution du nombre de cas vaudois par catégorie d'hôpital. Le nombre de cas dans les hôpitaux répertoriés du canton augmente entre 2013 et 2017 (de 80'418 à 84'472). En proportion de tous les cas vaudois, la part de marché des hôpitaux répertoriés du canton diminue très légèrement (de 92,6% à 92,1%). Cette tendance à la baisse se fait au bénéfice de l'augmentation des parts de marché des hôpitaux non répertoriés situés hors du canton qui connaissent une augmentation sur la période (3'661 cas vaudois en 2013, contre 4'368 en 2017).

https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/lieux-desoins-vaudois/hopitaux-et-cliniques/

Selon notre définition des soins aigus (cf. section 2.3, E. 4), certains cas de l'EHC Gilly sont classés en soins aigus, même si cet établissement est un CTR (Centre de traitement et de réadaptation).

T 3.3 Chiffres-clés des hôpitaux vaudois et des hôpitaux hors canton inscrits sur la liste vaudoise pour les soins somatiques aigus,

A) hôpitaux du canton répertoriés	Cas vaudois	%VD	Ø CMI	%SP/P	%Urgence
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	32 748	89.5%	1.35	9%	51%
EHC Morges	8 456	99.3%	0.87	11%	43%
eHnv Yverdon-les-Bains	7 760	95.2%	0.81	5%	55%
Hôpital de Nyon	5 368	89.5%	0.91	19%	52%
HRC Vevey Samaritain	5 235	89.5%	0.78	10%	56%
Clinique de la Source	3 961	91.1%	1.16	82%	20%
Clinique Cecil	3 816	86.1%	1.39	67%	88%
HIB Payerne	2 910	58.2%	0.83	7%	65%
Clinique Bois-Cerf	2 707	86.8%	1.06	78%	10%
eHnv St. Loup	2 477	96.0%	1.07	5%	55%
HRC Montreux	2 022	88.8%	1.02	13%	42%
HRC Monthey	2 021	41.5%	1.03	7%	67%
HRC Aigle	1 589	41.8%	0.56	3%	51%
Clinique CIC Riviera	773	74.3%	1.38	16%	0%
Hôpital de Rolle	646	79.8%	0.83	12%	6%
Hôpital Ste-Croix RSBJ	500	80.6%	0.80	0%	65%
HRC Mottex	444	88.1%	1.24	5%	4%
Hôpital du Pays d'Enhaut	346	90.3%	0.92	2%	73%
eHnv La Vallée de Joux	335	97.1%	0.73	4%	81%
Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	267	48.4%	0.82	11%	33%
EHC Gilly	91	100.0%	2.13	0%	0%
B) hôpitaux hors canton répertoriés					
HFR Fribourg	380	3.4%	1.07	12%	65%
CHVR - Hôpital de Sion	193	1.3%	1.04	4%	62%
HFR Riaz	43	1.3%	0.89	10%	84%
HFR Meyriez-Murten	42	5.1%	1.14	16%	68%
HFR Tafers	6	0.3%	0.85	18%	81%
C) hôpitaux du canton non répertoriés					
Clinique de Genolier	1 546	84.7%	1.10	99%	0%
Clinique de Montchoisi	436	82.7%	1.00	100%	1%
Clinique La Prairie	264	83.3%	1.09	100%	2%
Biotonus, Clinique Bon-Port	9	33.3%	0.73	93%	4%

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

%VD: Part des patients domiciliés dans le canton de VD

%Urgence: Part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS de tous les cas de l'hôpital. NB: Nous avons constaté que la variable a vraisemblablement été mal renseignée dans certains hôpitaux et cliniques pour l'année 2017.

%SP/P: Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé de tous les cas de l'hôpital

Min estations (tout ou partic

Max

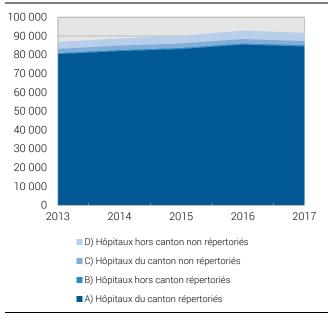
Median

Les hôpitaux répertoriés comprennent tous les établissements qui ont reçu un ou plusieurs mandats de prestations (tout ou partie des missions médicales de l'établissement) de la part du canton de Vaud. Il s'agit des hôpitaux qui sont inscrits sur la liste hospitalière 2017 du canton de Vaud pour les soins somatiques aigus.

Source: OFS - MS 2017 © Obsan 2019

 $[\]emptyset$ CMI: Indice moyen du case mix (CMI) de tous les cas de l'hôpital

G 3.5 Nombre de cas vaudois en soins somatiques aigus, par catégorie d'hôpital, 2013-2017



Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Les hôpitaux répertoriés comprennent tous les établissements qui ont reçu un ou plusieurs mandats de prestations (tout ou partie des missions médicales de l'établissement) de la part du canton de Vaud. Il s'agit des hôpitaux qui sont inscrits sur la liste hospitalière du canton de Vaud pour les soins somatiques aigus.

Source: OFS - MS 2013-2017 © Obsan 2019

Parts de marché des hôpitaux

Selon les recommandations de la CDS, lorsque l'offre est suffisante, les hôpitaux du canton sont considérés comme déterminants pour la couverture des besoins d'un groupe de prestations (GPPH), s'ils ont des parts de marché pour un GPPH d'au moins 5% des traitements stationnaires de patientes et patients domiciliés dans le canton et ont traité au minimum 10 cas du canton. Des exceptions peuvent être envisagées notamment afin d'obtenir une couverture sanitaire décentralisée. Pour les hôpitaux extracantonaux, le seuil pour les parts de marché par GPPH est fixé à 10%.

Le tableau T 3.4 montre pour chaque domaine de prestations (DPPH) la répartition des parts de marché entre hôpitaux pour l'année 2017 pour tous les patientes et les patients en soins somatiques aigus résidant dans le canton de Vaud. Ce tableau est complété par le « cockpit des hôpitaux », délivré séparément sous forme de tableaux Excel et qui propose ces parts de marché par GPPH. Ces tableaux permettent d'une part de relever l'importance relative de chaque prestataire de soins et, d'autre part, d'identifier les hôpitaux qui ont des parts de marché suffisamment élevées

À la lecture du tableau T 3.4, le CHUV obtient des parts de marché massives. Dans l'ensemble, il traite 35,7% des cas mais il a des parts de marché supérieures à 60% dans six DPPH. Parmi les hôpitaux les plus déterminants dans un domaine, on peut citer par ordre d'importance l'hôpital ophtalmique Jules Gonin (53% des parts de marché dans l'ophtalmologie), la clinique Montchoisi (27% de l'ophtalmologie), l'hôpital de Rolle (20% de la pneumologie), la clinique Cecil (19% du cœur) et la clinique Bois-cerf (19% de l'orthopédie). Le tableau T 3.4 – mais cela apparait encore plus précisément dans le « cockpit des hôpitaux » au niveau des GPPH – fait ressortir que le seuil des 5% des parts de marché dans un domaine n'est pas atteint dans de nombreuses situations.

Taux de couverture

Alors que l'analyse des parts de marché permet de déterminer la part relative des patientes et des patients du canton de Vaud dans chaque établissement, le taux de couverture indique la proportion de patientes et patients qui sont traités dans un hôpital qui bénéfice d'un mandat de prestations délivré par le canton. Selon les recommandations de la CDS, une planification hospitalière n'est conforme aux besoins que si au moins un mandat de prestations est attribué à chaque groupe de prestations. En outre, une couverture à 100% des besoins n'étant pas réaliste, les mandats de prestations de la liste hospitalière devraient atteindre 80% des traitements stationnaires de la population du canton dans chaque groupe de prestations¹⁸. Les cantons n'atteignant pas ce seuil doivent en motiver les raisons.

La liste hospitalière par GPPH n'ayant pas encore été établie par le canton, le tableau T 3.4 montre une évaluation par DPPH du taux de couverture de la liste actuelle qui ne fait pas de distinction selon le groupe de prestation. Le « cockpit des hôpitaux » propose quant à lui une évaluation des taux de couvertures par GPPH selon une liste hospitalière fictive dont les critères d'éligibilité sont les recommandations de la CDS (part de marché d'au moins 5% (10% pour les extracantonaux) et au moins 10 cas du canton).

Le taux de couverture de la liste hospitalière actuelle s'élève à 93% (T 3.4). À eux seuls, les hôpitaux répertoriés du canton obtiennent 92% des parts de marché. Au niveau des domaines, il n'y a que dans les transplantations d'organes solides et l'ophtalmologie que le taux de couverture est inférieur à 80% et se situe proche de deux tiers ; pour tous les autres domaines, les taux de couverture des hôpitaux répertoriés du canton se situent entre 83% et 98%. Pour les transplantations, 37% des cas sont effectués dans un hôpital non répertorié d'un autre canton alors que pour l'ophtalmologie, la clinique de Montchoisi (27%) et les hôpitaux non répertoriés hors canton (6%) se partagent les autres parts de marché. Notons encore que 6% de la (radio-)oncologie est effectuée à la clinique Genolier (hôpital non répertorié dans le canton) et que respectivement 10% et 11% de la gynécologie et de la neurochirurgie sont traités hors canton dans des établissements non répertoriés.

pour être déterminants dans la planification dans un domaine ou groupe de prestations.

Dans les cantons de moins de 300'000 habitants, le taux de couverture est fixé à 70%

T 3.4 Parts de marché pour les soins somatiques aigus, par hôpital et DPPH, 2017

Fournisseurs de prestations	BP			ne nerv ies des							Orga	nes int	ernes					Appare		Gynéo	cologie triqu	& obsté- e	Aut	es	Total
	Paquet de base	Dermatologie	Oto-rhino-laryngo- logie	Neurochirurgie	Neurologie	Ophtalmologie	Endocrinologie	Gastroentérologie	Chirurgie viscérale	Hématologie	Vaisseaux	Cœur	Néphrologie	Urologie	Pneumologie	Chirurgie thora- cique	Transplantations d'organes solides	Orthopédie	Rhumatologie	Gynécologie	Obstétrique	Nouveau-nés	(Radio-)oncologie	Traumatismes graves	
A) hôpitaux du canton répertoriés	95%	88%	89%	87%	94%	66%	94%	94%	93%	89%	92%	85%	99%	91%	95%	94%	63%	83%	90%	83%	95%	96%	87%	94%	92%
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	34%	60%	48%	78%	47%	2%	50%	46%	41%	55%	74%	48%	58%	27%	37%	79%	63%	21%	46%	26%	35%	35%	60%	53%	36%
Clinique Bois-Cerf	1%	1%	4%	1%	0%	11%	0%	0%		4%				3%	1%			19%	5%	0%			6%		3%
Clinique CIC Riviera	0%					0%			0%					4%				5%	1%	1%					1%
Clinique Cecil	2%	1%	3%	1%	1%	0%	2%	2%	13%	3%	6%	19%	5%	10%	2%	8%		3%	3%	11%	4%	5%	0%	1%	4%
Clinique de la Source	3%	5%	4%	6%	0%	0%	1%	4%	12%	2%	2%	8%		9%	2%	5%		7%	2%	9%	3%	3%	8%	1%	
EHC Gilly	0%				0%					1%					0%			0%							0%
EHC Morges	9%	4%	7%		7%		5%	7%	4%	4%	9%	4%	6%	10%	8%	0%		4%	6%	10%	16%	16%	1%	7%	9%
HIB Payerne	4%	1%	2%		3%		3%	2%	2%	1%	0%	1%	2%	2%	3%			1%	3%	2%	4%	4%	0%	2%	3%
HRC Aigle	1%	1%	1%		0%		0%	0%			0%			1%	0%			0%	2%	3%	6%	5%		1%	2%
HRC Monthey	4%	1%	1%		3%		4%	6%	4%	3%	0%	1%	5%	1%	3%			2%	2%	0%	0%		2%	5%	2%
HRC Montreux	4%	1%	3%	0%	0%		2%	2%	2%	0%	0%	1%	0%	7%	1%	1%		1%	3%	1%	0%		0%	9%	2%
HRC Mottex	0%	0%		0%														4%	1%	0%					0%
HRC Vevey Samaritain	8%	2%	5%	0%	9%		10%	7%	1%	6%	0%	1%	4%	1%	6%			0%	4%	7%	8%	8%	4%	3%	6%
Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	0%		0%			53%				0%			0%						1%						0%
Hôpital Ste-Croix RSBJ	1%		0%		1%		1%	0%	0%	0%			0%	0%	0%			1%	1%	0%			0%	1%	1%
Hôpital de Nyon	7%	5%	3%		7%		6%	7%	4%	4%	0%	0%	7%	9%	5%	0%		4%	4%	6%	6%	7%	1%	6%	6%
Hôpital de Rolle	1%		0%						0%	0%			0%		20%										1%
Hôpital du Pays d'Enhaut	1%	0%			1%		1%	0%		1%		0%		0%	1%			0%	1%		0%			1%	0%
eHnv La Vallée de Joux	1%	1%	0%		1%		0%	0%	0%	0%		0%		0%	0%			0%		0%	0%		0%	1%	0%
eHnv St. Loup	4%	1%	1%		4%		3%	3%	1%	2%	0%	1%	0%	2%	3%			6%	2%	0%	0%		1%	1%	3%
eHnv Yverdon-les-Bains	10%	4%	8%	0%	9%		6%	7%	7%	4%	0%	1%	10%	6%	3%	0%		5%	5%	8%	12%	11%	2%	4%	8%
B) hôpitaux hors canton répertoriés	1%	1%	1%	1%	2%		1%	1%	1%	1%	2%	1%	0%	0%	1%	2%		0%	2%	0%	0%	0%	3%	1%	1%
CHVR - Hôpital de Sion	0%		0%	0%	1%			0%	0%	0%	0%	0%		0%	0%			0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
HFR Fribourg	0%	1%	1%	1%	1%		1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	2%		0%	2%	0%	0%	0%	3%		0%
HFR Meyriez-Murten	0%				0%			0%			0%			0%									0%		0%
HFR Riaz	0%		0%					0%							0%			0%		0%					0%
HFR Tafers	0%																	0%							0%
C) hôpitaux du canton non répertoriés	2%	3%	3%	1%	0%	28%	1%	1%	2%	3%	2%	5%	0%	3%	1%	1%		7%	3%	6%	0%		6%	2%	2%
Biotonus, Clinique Bon-Port	0%																								0%
Clinique La Prairie	0%		0%		0%	1%		0%	0%					0%				2%	1%	1%					0%
Clinique de Genolier	1%	3%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%	3%	2%	5%	0%	2%	1%	1%		4%	2%	4%	0%		6%		2%
Clinique de Montchoisi	0%	1%	1%			27%			0%	0%	0%	0%		0%	0%			2%		1%				2%	0%
D) hôpitaux hors canton non répertoriés	3%	7%	7%	11%	4%	6%	4%	4%	5%	7%	4%	8%	1%	6%	2%	3%	37%	9%	5%	10%	4%	4%	4%	4%	5%
Divers	3%	7%	7%	11%	4%	6%	4%	4%	5%	7%	4%	8%	1%	6%	2%	3%	37%	9%	5%	10%	4%	4%	4%	4%	5%

Remarque: les hôpitaux répertoriés comprennent tous les établissements qui ont reçu un ou plusieurs mandats de prestations (tout ou partie des missions médicales de l'établissement) de la part du canton de Vaud. Il s'agit des hôpitaux qui sont inscrits sur la liste hospitalière 2017 du canton de Vaud pour les soins somatiques aigus. Les parts de marchés sont calculées sur les seuls cas AOS. Les cellules sont laissées blanches lorsqu'il n'y a aucun cas. Les « 0% » sont issus d'arrondis. Si les couleurs ne correspondent pas aux valeurs (arrondies) des cellules, c'est parce que la couleur est déterminée par la valeur non arrondie.

Légende: ≥ 5% ≥ 10%

20%

Source: OFS - MS 2017 © Obsan 2019

Nombre minimal de cas

D'après l'art. 58b, al. 5, let. c OAMal, pour la planification des besoins en soins, lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération le nombre minimum de cas hospitaliers. Ce nombre minimal de cas sert d'indicateur pour l'expertise des hôpitaux et ne constitue pas une obligation quant au nombre de cas à traiter (CDS 2018a). Un nombre de cas plus bas n'est donc pas un motif de sanction mais peut nécessiter une nouvelle évaluation. Selon la CDS, les exigences définies pour le nombre minimal de cas doivent être appliquées au plan suisse aussi uniformément que possible — les cantons peuvent toutefois s'écarter des exigences portant sur des prestations spécifiques.

Pour la première fois en 2012, dans le cadre de sa planification hospitalière, la direction de la santé du canton de Zurich (GDZH) a défini pour une sélection de GPPH le nombre minimal de cas (NMC) à effectuer (voir GDZH 2011). Cette sélection a par la suite été largement reprise par les autres cantons. Le nombre minimal de cas a ensuite été révisé vers le haut ou vers le bas sur la base d'études scientifiques ou d'expériences faites à l'étranger. Une analyse récente de la GPZH montre un effet positif du NMC sur la qualité et l'économicité des prestations (GDZH 2016). Des études complémentaires montrant que la qualité de la prise en charge peut encore être améliorée en considérant non pas un nombre minimal de cas par hôpital mais par opérateur, la GDZH a ajouté dans sa version 2019, pour une sélection de GPPH, un nombre minimal de cas par opérateur (GDZH 2017).

Le tableau T 3.5 montre les nombres minimaux de cas pour les 21 GPPH définis par la GDZH (version 2017.2). Ce nombre a été fixé à 10 cas à l'exception des néoplasmes malins du système respiratoire (THO1.1; 30 cas) et de la chirurgie coronarienne (HER1.1.1; 100 cas). Dans ce tableau, les établissements ayant un nombre de cas inférieur au nombre minimal de cas défini par la GDZH sont marqués en orange. Par ailleurs, contrairement aux autres résultats présentés dans ce rapport, un patient qui subit pendant son séjour des interventions relevant de plusieurs GPPH est compté ici une fois dans chaque GPPH pour lequel il est traité (GDZH 2017). En revanche dans le reste du rapport, chaque séjour n'est compté qu'une seule fois, indépendamment du nombre d'interventions subies par le patient. De plus, tous les séjours sont pertinents pour le calcul de cet indicateur, quel que soit l'entité qui assume les frais du séjour. Contrairement au reste du rapport, on ne retient donc ici pas uniquement les cas relevant de l'AOS.

En 2017, en se basant sur le seuil fixé par la GDZH, presque aucun établissement répertorié du canton n'a atteint le nombre minimal de cas dans tous les GPPH. On peut même dénombrer 31 situations d'hôpitaux répertoriés où le nombre de cas est égal à un ou deux dans un GPPH pour lequel la GDZH a défini un NMC.

T 3.5 Nombre minimum de cas (NMC) par GPPH et nombre de cas traités dans les hôpitaux inscrits sur la liste vaudoise pour les soins somatiques aigus, 2017

				CHUV Centre Hospitalier Universitaire	Clinique Bois-Cerf	Clinique Cecil	Clinique de la Source	EHC Morges	HRC Monthey	HRC Montreux	HRC Vevey Samaritain	Hôpital de Nyon	eHnv La Vallée de Joux	eHnv Yverdon-les-Bains	HIB Payerne	Clinique CIC Riviera	Hôpital Ste-Croix RSBJ	eHnv St. Loup	HRC Mottex	CHVR - Hôpital de Sion	HFR Fribourg	HFR Tafers	HFR Meyriez-Murten	HFR Riaz
DPPH	GPPH		NMCa						Hâ	pitaux	du ca	nton ré	épertor	iés						Hôpi		hors ca ertoriés	anton i s	ré-
Dermatologie	DER1.1	Oncologie dermatologique	10	89	1	1	9	6	1	2	5	1	1							8	12		•	
Neurochirurgie	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	10	14	4	1	4						-	2						2	5			
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	10	53							1	3		1	1					3				
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	10	13																				
Hématologie	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	10	119																	19			
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	10	78																				
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	10	240		26	7	50	1			1								159	45		1	2
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	10 ^b	106		32	5	12	2											74	38			
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	10 ^b	89		5	1	17												38	11			
	GEF3	Chirurgie carotidienne	10°	56		36	2	3												50	26			
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extra- crâniens	10 °	34		2						1												
Cœur	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	100	120		144		5												76				
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	10	4																				
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	10	322		119	1													27	11			
Urologie	UR01.1.1	Prostatectomie radicale	10	13		76	76	12		21		6		6		23		4		25				1
	UR01.1.2	Cystectomie radicale	10	24		6	4	3		17		5								4	5			
	UR01.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	10	54		32	48	2	1	8		4					1			18	2			3
Chirurgie thora- cique	TH01.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	30	153		14	11	1												36	6			
Orthopédie	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	10	31	3	11	12			7								5	2	4	26			
	BEW9	Tumeurs osseuses	10	18	1	1													1		2			
	BEW10	Chirurgie du plexus	10	13	1	1	4		1	1											2			
^a NMC : nombre d	le cas minimu	um, selon "Leistungsspezifische Anforderungen" SPLG	(Version 2	2017.2)				= no	mbre o	de cas	< NMC)												

^b respectivement 20 NMC de GEF2 et ANG2 agrégés

Remarque: la définition du cas diffère ici légèrement de celle utilisée dans le reste du rapport: un patient qui subit pendant son séjour des interventions relevant de plusieurs GPPH est compté une fois dans chaque GPPH pour lequel il est traité (GDZH 2017). De plus, le nombre de cas comprend ici tous les cas et pas uniquement ceux relevant de l'Assurance maladie obligatoire (AOS).

Source: OFS - MS 2017 © Obsan 2019

[°] respectivement 20 NMC de GEF3 et ANG3 agrégés

3.1.3 Flux de patients

L'analyse des flux de patients est une dimension importante de la planification hospitalière puisqu'elle fait appel à la coordination entre les cantons. Le tableau T 3.6 présente différents indicateurs permettant d'illustrer les interdépendances entre les systèmes de soins cantonaux. Pour les établissements intercantonaux, seuls les flux provenant d'autres cantons sont considérés. Ainsi les cas valaisans des hôpitaux Riviera-chablais (HRC) ne sont pas pris en compte dans les flux entrant et aucun flux n'est défini pour le site du HRC Monthey puisqu'il est situé en Valais. Pour le site de Payerne de l'hôpital intercantonal de la Broye, les cas de résidents fribourgeois ne sont pas non plus considérés comme des flux entrant.

En 2017, le canton de Vaud connaît quelque 8500 entrées pour environ 5'000 sorties (voir G 3.6),. En termes relatifs, les flux entrants représentent 9,0% des hospitalisations alors que les flux sortants concernent 5,5% des patients résidant dans le canton. Par conséquent les flux nets sont positifs (+3'499) alors que l'indice d'exportation (0.59) montre que le canton est un importateur

avec 1,7 entrées par sortie du canton. En comparaison intercantonale, Vaud se situe au 7^e rang des cantons ayant les plus faibles indices d'exportation derrière Bâle-Ville, Berne, Genève et Zurich notamment.

Concernant l'évolution temporelle de ces indicateurs, le canton de Vaud se caractérise à la fois par des entrées et des sorties en augmentation. Dans l'absolu, les entrées passent de 7'372 à 8'531 entre 2013 et 2017 (+1'159) ; alors qu'en termes relatifs, leur part augmente de 8,0% à 9,0%. Les sorties quant à elles augmentent un peu moins fortement (de 4'245 à 5'032 entre 2013 et 2017 ; +787) avec une stagnation entre 2016 et 2017. En termes relatifs, les flux sortants passent de 4,9% à 5,5% sur la période d'observation. Les indices de part de marché et de localisation, qui sont la part complémentaire des flux entrants et sortants, sont relativement stables dans le temps. Avec 94,5% en 2017 (95,1% en 2013), on peut relever que la grande majorité des Vaudois se font hospitaliser dans le canton et, avec 91,0% en 2017 (92,0% en 2013), on peut ajouter que les établissements vaudois traitent essentiellement des patients du canton.

T 3.6 Définitions des indicateurs des flux des patients

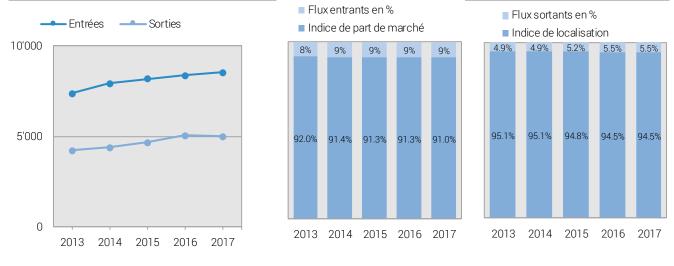
Indicateur	Description	Formule
Entrées	Les entrées indiquent le nombre d'hospitalisations ayant lieu dans un hôpital du canton considéré pour des patients résidant dans un autre canton.	
Flux entrant %	Les flux entrants représentent la proportion d'entrées parmi l'ensemble des hospitalisations du canton considéré.	$FE_k = \frac{Z_k}{H_k}$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $H_k = \text{hospitalisations dans le canton } k$
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.	$MSI_k = \frac{H_k - Z_k}{H_k} = 1 - FE_k$ $Z_k = \text{entrées dans le canton } k$ $H_k = \text{hospitalisations dans le canton } k$
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.	$FS_k \; \frac{A_k}{P_k}$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $P_k = \text{patients résidant dans le canton } k$
Indice de localisa- tion (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.	$IL_k = \frac{P_k - A_k}{P_k} = 1 - FS_k$ $A_k = \text{sorties du canton } k$ $P_k = \text{patients résidant dans le canton } k$
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.	
Indice d'exporta- tion (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.	A_k = sorties du canton k

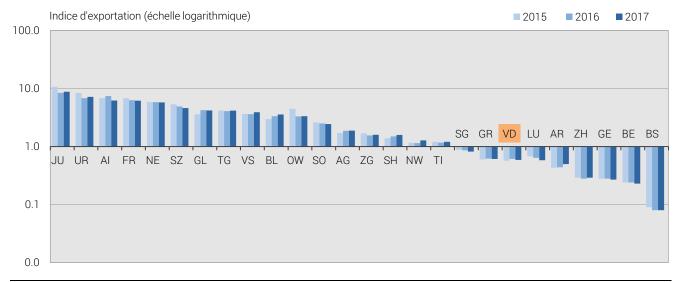
Source: Huber (2015), Pellegrini und Luyet (2012), Matter-Walstra et al. (2006)

© Obsan 2019

G 3.6 Indicateurs de flux de patients en soins somatiques aigus, canton de Vaud, 2013-2017

Indicateur	2013	2014	2015	2016	2017
Entrées	7'372	7'930	8'184	8'379	8'531
Flux entrants en %	8.0%	8.6%	8.7%	8.7%	9.0%
Indice de part de marché	92.0%	91.4%	91.3%	91.3%	91.0%
Sorties	4'245	4'387	4'646	5'071	5'032
Flux sortants en %	4.9%	4.9%	5.2%	5.5%	5.5%
Indice de localisation	95.1%	95.1%	94.8%	94.5%	94.5%
Flux net	3'127	3'543	3'538	3'308	3'499
Indice d'exportation	0.58	0.55	0.57	0.61	0.59
	Entrées Flux entrants en % Indice de part de marché Sorties Flux sortants en % Indice de localisation Flux net	Entrées 7'372 Flux entrants en % 8.0% Indice de part de marché 92.0% Sorties 4'245 Flux sortants en % 4.9% Indice de localisation 95.1% Flux net 3'127	Entrées 7'372 7'930 Flux entrants en % 8.0% 8.6% Indice de part de marché 92.0% 91.4% Sorties 4'245 4'387 Flux sortants en % 4.9% 4.9% Indice de localisation 95.1% 95.1% Flux net 3'127 3'543	Entrées 7'372 7'930 8'184 Flux entrants en % 8.0% 8.6% 8.7% Indice de part de marché 92.0% 91.4% 91.3% Sorties 4'245 4'387 4'646 Flux sortants en % 4.9% 4.9% 5.2% Indice de localisation 95.1% 95.1% 94.8% Flux net 3'127 3'543 3'538	Entrées 7'372 7'930 8'184 8'379 Flux entrants en % 8.0% 8.6% 8.7% 8.7% Indice de part de marché 92.0% 91.4% 91.3% 91.3% Sorties 4'245 4'387 4'646 5'071 Flux sortants en % 4.9% 4.9% 5.2% 5.5% Indice de localisation 95.1% 95.1% 94.8% 94.5% Flux net 3'127 3'543 3'538 3'308





Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS. Pour les hôpitaux intercantonaux, les patients valaisans du HRC et les patients fribourgeois du HIB ne sont pas pris en compte dans les flux entrant. En outre, aucun flux n'est calculé pour le HRC Monthey.

Source: OFS - MS 2013-2017 © Obsan 2019

Canton de domicile du patient 2013 2014 2015 2016 2017 Trend TCAM Part en %, 2017 FR 2'037 2'296 2'421 2'485 2'609 +6.4% 30.6% VS 1'671 1'847 1'958 1'987 2'171 +6.8% 25.4% NE 1'012 1'165 1'202 1'365 1'332 +7.1% 15.6% GE 1'224 1'243 1'265 1'252 1'231 14.4% +0.1% Etranger 552 472 426 433 392 -8.2% 4.6% BE 226 244 260 228 213 -1.5% 2.5% JU 181 166 152 142 1.7% 134 -5.9% ΤI 151 209 191 148 135 1.6% -2.8% ZΗ 109 93 105 108 +0.2% 1.3% 110

T 3.7 Hospitalisations en soins somatiques aigus des patients extra cantonaux dans les hôpitaux vaudois, par canton de domicile, 2013-2017

TCAM: taux de croissance annuel moyen

Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS. Pour les hôpitaux intercantonaux, les patients valaisans du HRC et les patients fribourgeois du HIB ne sont pas pris en compte dans les flux entrant. En outre, aucun flux n'est calculé pour le HRC Monthey sis dans le canton du Valais. Source: OFS - MS 2013-2017

221

8'379

196

8'531

195

7'930

222

8'184

209

7'372

Flux entrants

Autres

Total

Le tableau T 3.7 montre l'origine des flux d'entrées des patients hospitalisés dans le canton de Vaud. Les cantons romands voisins sont les plus grands exportateurs : Fribourg (30,6% des entrées), le Valais (25,4%), Neuchâtel (15,6%) et Genève (14,4%) cumulent 86,1% des 8'531 entrées de 2017. Les trois plus importants flux entrants (FR, VS, NE) en 2017 connaissent une croissance en hausse depuis 2013 avec un TCAM entre 6,4% et 7,1%. Les flux entrants genevois, aussi parmi les plus élevés, restent en revanche stables entre 2013 et 2017. Les flux provenant des autres régions sont quant à eux tendanciellement plutôt à la baisse.

Les flux d'entrées fluctuent par ailleurs fortement en fonction du type d'hospitalisation. Le tableau T 3.8 décrit par domaine de prestations le nombre d'entrées et les flux entrants dans le canton de Vaud entre 2013 et 2017. Si les flux entrants représentent 9,0% de l'ensemble des cas de 2017, cette proportion varie en fait entre 3,6% pour la néphrologie et 50,6% pour les transplantations d'organes solides. Les flux entrants sont également particulièrement élevés pour l'ophtalmologie (45,9%; 338 entrées) et le neurochirurgie (24,4%; 133 entrées), et ils se situent entre 16% et 18% pour la chirurgie thoracique (57 entrées), le cœur (690 entrées), la chirurgie viscérale (283 entrées), l'hématologie (217 entrées) et la dermatologie (65 entrées). Pour quelques-uns des domaines traitant le plus de cas - le paquet de base (2'250 entrées), l'obstétrique (620 entrées) et les nouveau-nés (486 entrées) - les flux entrants se situent autour de 6%. L'orthopédie, quant à elle, importe 13,7% des cas traités (1'490 entrées).

Parmi les hôpitaux du canton répertoriés, c'est le CHUV qui perçoit le plus d'entrées dans l'absolu (3'850 des 8'089 entrées) bien qu'il traite en moyenne une proportion plus faible de patients hors canton que les autres hôpitaux de la liste (G 3.7). Les flux entrants représentent en effet 11% des hospitalisations du CHUV contre 14% en moyenne. L'hôpital ophtalmique Jules Gonin est l'établissement répertorié du canton qui reçoit les flux entrants les plus importants (52%) suivi de la Clinique CIC Riviera (26%), de l'Hôpital de Rolle (20%) et de l'Hôpital Ste-Croix RSBJ (19%). Pour l'hôpital ophtalmique Jules Gonin, les flux sont assez diversifiés : 29% des flux entrants proviennent d'autres cantons, alors que 26% viennent du Valais, 22% de Neuchâtel, 13% de Fribourg et 8% de Genève. À la Clinique CIC Riviera, les flux viennent surtout de Fribourg et du Valais, alors qu'à Rolle, ce sont essentiellement des flux genevois et neuchâtelois et à Ste-Croix des flux neuchâtelois.

-1.6%

+3.7%

2.3%

100.0%

Notons encore dans cette partie sur les flux entrants que les caractéristiques des patients entrants se distinguent de celles des patients intracantonaux (G 3.8). Les flux entrants comprennent davantage de cas complexes ou graves. Le CMI moyen est de 1,07 en 2017 parmi les patients du canton et monte à 1,54 pour les hospitalisations des flux entrants. Les Vaudois se faisant hospitaliser dans le canton passent bien plus souvent par les urgences (51%) que les flux entrants (32%). Enfin, les flux entrants bénéficient plus généralement d'une couverture en assurance complémentaire privée ou semi-privée (27%) que les patients intracantonaux (19%). Soulignons enfin que ces caractéristiques sont relativement stables dans le temps.

T 3.8 Hospitalisations en soins somatiques aigus des patients extra cantonaux dans les hôpitaux vaudois, par DPPH, 2013-2017

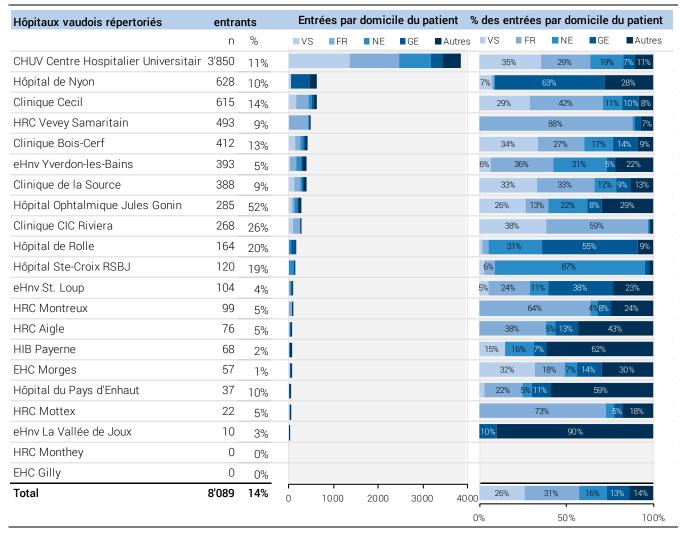
				Nombre d	'entrées			Flux entrants				
Grands domaines	DPPH	2013	2014	2015	2016	2017	Trend	2017				
Soins de base	Paquet de base	2 146	2 172	2 186	2 283	2 250	00000	6.0%				
Système nerveux	Dermatologie	56	67	59	55	65	Contraction of the Contraction o	16.0%				
et organes des	Oto-rhino-laryngologie	286	276	259	222	238	ه کست ه	12.3%				
sens	Neurochirurgie	87	104	99	130	133	00000000	24.4%				
	Neurologie	161	138	178	133	171	Company Company	7.3%				
	Ophthalmologie	369	325	295	350	338	0-0-0-0-0	45.9%				
Organes internes	Endocrinologie	23	17	28	14	25	~/ <i>\</i>	7.1%				
	Gastroentérologie	89	109	141	139	140	00000	7.0%				
	Chirurgie viscérale	193	261	258	222	283	Constitution of the Consti	17.1%				
	Hématologie	201	262	238	254	217		16.0%				
	Vaisseaux	141	180	190	207	173	ONC CHOOS	11.3%				
	Cœur	488	601	574	668	690	consess.	17.2%				
	Néphrologie	25	27	38	20	23	- Congress	3.6%				
	Urologie	277	333	448	344	412	Company of the Company	10.2%				
	Pneumologie	150	151	123	163	177	ه صححت	8.4%				
	Chirurgie thoracique	44	41	29	40	57	c-sometimes	17.6%				
	Transplantations d'organes solides	92	91	41	51	40	C COMMANDOCOMO	50.6%				
Appareil	Orthopédie	1 211	1 326	1 345	1 433	1 490	~~~	13.7%				
locomoteur	Rhumatologie	26	36	44	38	40	ONDARD COM	12.5%				
Gynécologie &	Gynécologie	264	264	306	310	292	دېسون	10.3%				
obstétrique	Obstétrique	573	607	667	630	620	دەسەدە	6.3%				
	Nouveau-nés	327	407	489	498	486	000000	5.6%				
Autres	(Radio-)oncologie	126	118	131	153	142	دمصده	14.1%				
	Traumatismes graves	17	17	18	22	29	c morano	13.7%				
Total		7 372	7 930	8 184	8 379	8 531	0-0000	9.0%				

Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS. Pour les hôpitaux intercantonaux, les patients valaisans du HRC et les patients fribourgeois du HIB ne sont pas pris en compte dans les flux entrant. En outre, aucun flux n'est calculé pour le HRC Monthey sis dans le canton du Valais.

Source: OFS – MS 2013-2017

© Obsan 2019

G 3.7 Hospitalisations en soins somatiques aigus des patients extra cantonaux dans les hôpitaux vaudois répertoriés, par canton de domicile, 2017

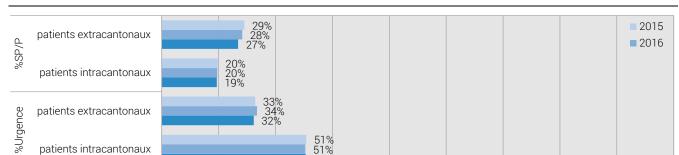


Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS. Pour les hôpitaux intercantonaux, les patients valaisans du HRC et les patients fribourgeois du HIB ne sont pas pris en compte dans les flux entrant. En outre, aucun flux n'est calculé pour le HRC Monthey sis dans le canton du Valais.

Source: OFS – MS 2017

© Obsan 2019

CMI (moyen)



G 3.8 Chiffres-clés des patients extra et intra cantonaux dans les hôpitaux vaudois en soins somatiques aigus, 2015-2017

Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS. Pour les hôpitaux intercantonaux, les patients valaisans du HRC et les patients fribourgeois du HIB ne sont pas pris en compte dans les flux entrant. En outre, aucun flux n'est calculé pour le HRC Monthey sis dans le canton du Valais.

Ø CMI: Indice moyen du case mix (CMI)

patients extracantonaux

patients intracantonaux

%Urgence: Part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS

%SP/P: Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé

Source: OFS - MS 2015-2017 © Obsan 2019

T 3.9 Hospitalisations en soins somatiques aigus des patients vaudois hors canton, par canton, 2013-2017

Canton de l'hôpital	2013	2014	2015	2016	2017	Trend	TCAM	Part en %, 2017
GE	2'094	2'144	2'197	2'273	2'278		+2.1%	45.3%
FR	813	903	918	1'048	1'028	-	+6.0%	20.4%
BE	534	463	604	645	647	~~	+4.9%	12.9%
VS	308	290	345	441	440		+9.3%	8.7%
ZH	153	167	169	183	180	-	+4.1%	3.6%
NE	107	168	164	180	221	مهير	+19.9%	4.4%
TI	52	41	39	44	56	\	+1.9%	1.1%
BS	47	53	66	85	37	-	-5.8%	0.7%
GR	24	27	18	23	25	~~	+1.0%	0.5%
Autres	113	131	126	149	120	~	+1.5%	2.4%
Total	4'245	4'387	4'646	5'071	5'032		+4.3%	100.0%

TCAM: Taux de croissance annuel moyen

Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - MS 2013-2017

© Obsan 2019

Flux sortants

Le tableau T 3.9 illustre la destination des flux de patients résidant dans le canton de Vaud qui se font hospitaliser dans un autre canton. Genève est le canton le plus fréquenté par des patients vaudois (45,3% d'entre eux en 2017) suivi de Fribourg (20,4%) et de Berne (12,9%). Dans l'ensemble, les sorties sont en augmentation

(+4,3% de croissance annuelle) et cette croissance est la plus marquée en Valais (+9,3%) et à Neuchâtel (+19,9%).

1.04 1.05 1.07

Les flux sortants, qui concernent 5,5% des patients vaudois, varient fortement d'un domaine à un autre (T 3.10). Dans l'absolu, ce sont les sorties pour le paquet de base qui sont les plus nombreuses (1'339 cas en 2017) mais, comme il s'agit du domaine de prestations le plus important, il s'avère que seuls 3,7% des résidents vaudois sortent du canton pour se faire hospitaliser pour

des soins de base. L'orthopédie est le second domaine ayant le plus de sorties et se caractérise par une forte croissance du nombre de cas : les sorties passent de 651 à 1'002 entre 2013 et 2017 ; en 2017, près d'un patient vaudois sur 10 se rend dans un autre canton pour se faire hospitaliser en orthopédie. La gynécologie et l'obstétrique comprennent également passablement de sorties vers un autre canton – plus de 1'000 en 2017 pour les trois DDPH que sont la gynécologie, l'obstétrique et les nouveau-nés – mais ce n'est que pour la gynécologie que les flux sortants sont particulièrement élevés et concernent 10,8% des patientes du canton (on est autour de 4,5 pour les deux autres DDPH). Des flux sortants proches de 1 pour 10 patients du canton se retrouvent encore pour le cœur (9,7%; 355 sorties en 2017), la neurochirurgie (12,0%; 56 sorties en 2017) et les transplantations d'organes solides (37,1%; 23 sorties en 2017).

Le graphique G 3.9 montre que les patients vaudois sortant du canton pour se faire hospitaliser se distinguent de ceux qui y restent en fonction de leur couverture d'assurance, de la proportion

de cas en urgence et du case mix index. En effet, les patients vaudois sortant sont davantage couverts par une assurance complémentaire privée ou semi-privée que ceux qui restent dans le canton (38% contre 19% en 2017). La part d'urgence dans les hospitalisations hors du canton est plus faible qu'à l'intérieur (29% contre 51%). Enfin les hospitalisations sortantes nécessitent davantage de ressources que celles restant dans le canton (CMI moyen de 1,21 contre 1,07).

Flux nets

Les flux nets expriment la différence entre le nombre absolu de flux entrants dans canton de Vaud et ceux sortants du canton. En 2017, avec des flux nets de 3'499 cas, le canton hospitalise davantage de patients d'autres cantons qu'il y a de résidants vaudois allant se faire hospitaliser dans un autre canton. La balance des flux connaît une forte hausse entre 2013 et 2014 (passage de 3'127 à 3'543) puis se stabilise autour de 3'500 cas – bien qu'en

T 3.10 Hospitalisations en soins somatiques aigus des patients vaudois hors canton, par DPPH, 2013-2017

				Nombre	de sortie	s		Flux sortants
Grands domaines	DPPH	2013	2014	2015	2016	2017	Trend	2017
Soins de base	Paquet de base	1'325	1'232	1'283	1'412	1'339	****	3.7%
Système nerveux	Dermatologie	24	28	11	20	31	-	8.3%
et organes des	Oto-rhino-laryngologie	203	160	127	192	153	****	8.2%
sens	Neurochirurgie	53	40	34	42	56		12.0%
	Neurologie	83	98	114	92	118	مهممو	5.1%
	Ophthalmologie	44	36	26	25	25	****	5.9%
Organes internes	Endocrinologie	5	10	10	17	18	-	5.2%
	Gastroentérologie	70	77	77	94	89		4.6%
	Chirurgie viscérale	83	82	73	92	86		5.9%
	Hématologie	61	107	120	128	96	-	7.8%
	Vaisseaux	84	79	85	70	79	****	5.5%
	Cœur	261	307	380	360	355		9.7%
	Néphrologie	5	15	15	9	8	~	1.3%
	Urologie	220	236	235	268	250		6.4%
	Pneumologie	51	72	60	75	70	-	3.5%
	Chirurgie thoracique	8	12	4	9	12	-	4.3%
	Transplantations d'organes solides	26	49	16	16	23	~	37.1%
Appareil	Orthopédie	651	750	861	1'012	1'002		9.6%
locomoteur	Rhumatologie	15	13	20	18	20		6.7%
Gynécologie &	Gynécologie	208	182	201	273	305		10.8%
obstétrique	Obstétrique	426	457	457	431	439	****	4.6%
	Nouveau-nés	282	287	368	337	379		4.5%
Autres	(Radio-)oncologie	56	55	64	67	70		7.5%
	Traumatismes graves	1	3	5	12	9	-	4.7%
Total		4'245	4'387	4'646	5'071	5'032	****	5.5%

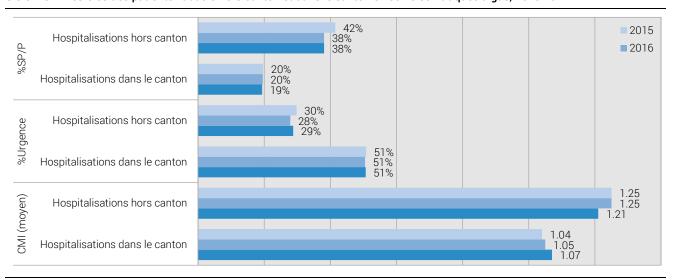
Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Source: OFS - MS 2013-2017

© Obsan 2019

2016 les flux nets étaient sensiblement plus bas (3'308). Le tableau T 3.11 illustre l'évolution temporelle des flux nets par domaine de prestations. En 2017, à l'exception de la gynécologie (-13), la totalité des domaines ont des flux nets positifs. Le paquet de base (+911), l'orthopédie (+488), le cœur (+335) et l'ophtalmologie (+313) sont les quatre domaines ayant les flux nets les plus élevés. Soulignons encore qu'il y passablement de variations

G 3.9 Chiffres-clés des patients vaudois hors canton et dans le canton en soins somatiques aigus, 2015-2017



Indicateurs calculés sur la base des seuls cas AOS.

Ø CMI: Indice moyen du case mix (CMI)

%Urgence: Part d'admissions en urgence selon la variable mode d'admission de la MS

%SP/P: Part des cas en classe de traitement semi-privé ou privé

Source: OFS - MS 2015-2017

d'une année à l'autre quant à l'évolution des flux nets. À titre d'exemple l'oto-rhino-laryngologie passe de 132 cas en 2015 à 30 en 2016 pour remonter à 85 en 2017.

© Obsan 2019

T 3.11 Nombre de cas nets en soins somatiques aigus, par DPPH, 2013-2017

Grands domaines	DPPH	2013	2014	2015	2016	2017	
Soins de base	Paquet de base	821	940	903	871	911	
Système nerveux	Dermatologie	32	39	48	35	34	
et organes des	Oto-rhino-laryngologie	83	116	132	30	85	
sens	Neurochirurgie	34	64	65	88	77	
	Neurologie	78	40	64	41	53)
	Ophthalmologie	325	289	269	325	313	
Organes internes	Endocrinologie	18	7	18	-3	7	
	Gastroentérologie	19	32	64	45	51	1
	Chirurgie viscérale	110	179	185	130	197	
	Hématologie	140	155	118	126	121	
	Vaisseaux	57	101	105	137	94	
	Cœur	227	294	194	308	335	
	Néphrologie	20	12	23	11	15	
	Urologie	57	97	213	76	162	
	Pneumologie	99	79	63	88	107	
	Chirurgie thoracique	36	29	25	31	45)
	Transplantations d'organes solides	66	42	25	35	17	
Appareil	Orthopédie	560	576	484	421	488	
locomoteur	Rhumatologie	11	23	24	20	20	1
Gynécologie &	Gynécologie	56	82	105	37	-13	
obstétrique	Obstétrique	147	150	210	199	181	
	Nouveau-nés	45	120	121	161	107	
Autres	(Radio-)oncologie	70	63	67	86	72	1
	Traumatismes graves	16	14	13	10	20	
Total		3 127	3 543	3 538	3 308	3 499	

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Cas nets = entrées - sorties, c'est-à-dire le nombre de cas non vaudois dans les hôpitaux vaudois moins le nombre de cas vaudois dans les hôpitaux non vaudois.

Pour les hôpitaux intercantonaux, les patients valaisans du HRC et les patients fribourgeois du HIB ne sont pas pris en compte dans les flux entrant. En outre, aucun flux n'est calculé pour le HRC Monthey sis dans le canton du Valais.

Source: OFS - MS 2013-2017 © Obsan 2019

3.2 Projections des besoins en soins

Le but des projections des besoins en soins est d'obtenir une estimation fiable du nombre de cas attendus dans le futur en tenant compte des facteurs d'influence pertinents. Les projections suivantes représentent la base de la planification 2021-2025 du canton de Vaud et sont issues du modèle Obsan-Statistique Vaud décrit à la section 2.6. Le scénario de référence pour le canton de Vaud est celui des taux d'hospitalisation vaudois inchangés (statu quo), combiné avec le scénario démographique moyen.

Dans la vue d'ensemble, nous présentons aussi la combinaison avec les scénarios démographiques bas et haut, ainsi que les variantes minimale et maximale combinant les hypothèses démographiques et celles sur les taux d'hospitalisation afin de fournir une fourchette dans laquelle les projections sont susceptibles d'évoluer (Encadré E 7). Le scénario « taux suisses » combiné avec le scénario démographique haut donne les résultats les plus élevés (Max) puisque les taux d'hospitalisation des patients du canton de Vaud sont inférieurs à la moyenne suisse pour toutes les classes d'âges, à l'exception des moins de 20 ans (T 3.12). En revanche, le scénario « taux best » combiné avec le scénario démographique bas présente les résultats les plus bas (Min).

Dans les analyses plus détaillées, par région et/ou domaine de prestations, seul le scénario des taux d'hospitalisation vaudois inchangés (statu quo) est présenté, d'abord pour l'ensemble de la population vaudoise, puis pour la population vaudoise hospitalisée hors canton. La population vaudoise est différenciée selon les quatre régions: Centre, Nord, Est, Ouest correspondant aux réseaux de soins au service de la population. Enfin figurent les projections des séjours dans les hôpitaux vaudois. Comme les projections ont été calculées par GPPH, elles sont disponibles à ce niveau-là également, dans les tableaux en annexe (T 7.1.1, T 7.1.2, T 7.2.1).

T 3.12 Comparaison des taux d'hospitalisation par groupe d'âges en soins somatiques aigus, VD et CH, 2017

		Cas pour mi	lle habitants
		VD	СН
Groupe d'âges	0-19 ans	92	92
	20-39 ans	72	86
	40-64 ans	82	102
	64-79 ans	236	262
	80+ ans	434	449
Total		116	134

Taux calculés sur la base des seuls cas AOS. Source: OFS – MS. STATPOP 2017

© Obsan 2019

3.2.1 Projections pour la population domiciliée dans le canton

Vue d'ensemble

Le tableau T 3.13 montre l'évolution du nombre de cas entre 2017 et 2030. Quel que soit le scénario retenu, la croissance du nombre de cas est supérieure à celle de la population. Selon le scénario VD-moyen, le nombre de cas augmenterait de 22,6% alors que la population augmenterait de 14,8% entre 2017 et 2030. Cette augmentation supérieure du nombre de cas s'explique par le vieillissement démographique de la population vaudoise. La proportion des plus de 65 ans devrait passer de 17 % à 20 % selon le scénario moyen d'ici 2030 (voir la figure G 2.2). Or, les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge et c'est justement dans la classe d'âges des 65 à 79 ans et plus encore dans celle des 80 ans et plus que les taux d'hospitalisation sont les plus importants (T 3.12). L'évolution du nombre de cas projetés selon les différents scénarios est présentée jusqu'en 2040 (G 3.10). Entre les scénarios théoriques « minimal » et « maximal » se trouvent les combinaisons du scénario de référence (taux d'hospitalisation vaudois inchangés) avec les trois scénarios démographiques de Statistique Vaud (moyen,

Hypothèses	Scénario minimal (Min)	Scénario de référence bas (VD-bas)	Scénario de référence (VD-moyen)	Scénario de référence haut (VD-haut)	Scénario maximal (Max)
Évolution démographique	Statistique Vaud, scé- nario bas		Statistique Vaud, scé- nario moyen		Statistique Vaud, scé- nario haut
	Scénario « best » (taux vaudois remplacés par taux suisses lorsque les taux suisses sont inférieurs)	vaudois inchangés)	'	vaudois inchangés)	Scénario suisse (taux vaudois systématique- ment remplacés par les taux suisses)

T 3.13 Population vaudoise et nombre de cas en soins somatiques aigus selon différents scénarios, 2017-2030

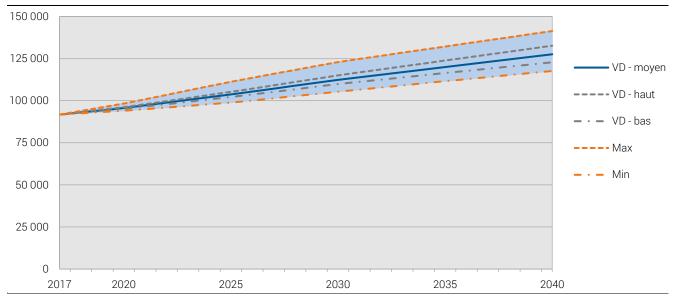
		Min		VD-bas		VD-moyen		VD-haut		
	2017	2030	Evolution	2030	Evolution	2030	Evolution	2030	Evolution	2030
Population	788'649	870'815	+10%	870'815	+10%	905'133	+15%	939'016	+19%	939
Cas	91'759	105'386	+15%	109'921	+20%	112'451	+23%	115'074	+25%	122

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Source: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

@ Ohsan 2019

G 3.10 Nombre de cas projetés pour la population vaudoise en soins somatiques aigus, par scénario, 2017-2040



Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Source: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

© Obsan 2019

bas, haut). L'écart entre le nombre de cas selon le scénario minimal et le scénario de référence bas montre le potentiel de réduction du nombre de cas basé sur une baisse des taux d'hospitalisation, ce qui reste très théorique puisque le canton de Vaud présente globalement déjà des taux d'hospitalisation inférieurs à la Suisse. La zone bleue s'élargit avec le temps, montrant la difficulté croissante à établir des projections sur le long terme et l'augmentation du niveau d'incertitude.

Évolutions plus ou moins marquées selon la région

L'analyse des résultats par région, rendue possible grâce au calcul par Statistique Vaud des scénarios démographiques par district, montre que la population et donc les hospitalisations vont connaître des évolutions plus ou moins prononcées. La région Ouest, qui représente 22,8% de la population en 2017, est celle qui devrait connaître la plus forte croissance à l'horizon 2030 quel que soit le scénario démographique (T 3.14). Avec le scénario moyen, il faut s'attendre à une augmentation de 17% de la population (contre 15% pour la moyenne vaudoise) et de 29% du nombre de cas (contre 23% pour la moyenne vaudoise), reflétant de façon plus

marquée encore le vieillissement démographique dans cette région et nécessitant donc une offre adéquate. La région Nord devrait aussi connaître des croissances supérieures à la moyenne vaudoise : 16% de la population et 24% du nombre de cas. En chiffres absolus toutefois, les augmentations projetées sont de 7'708 cas pour la région Centre, 5'880 cas pour la région Ouest, 3'807 pour la région Nord et 3'299 pour la région Est. Et en pourcentage des cas, la région Centre comptabiliserait le 42% des cas Vaudois en 2030, contre 24% pour la région Ouest, et 17% pour chacune des régions Nord et Est.

DPPH inégalement impactés par le vieillissement démographique

En se concentrant sur les projections basées sur les taux vaudois, l'augmentation des hospitalisations de la population vaudoise entre 2017 et 2030 serait de 23% avec le scénario démographique moyen, de 20% avec le scénario bas et 25 % avec le scénario haut (T 3.15). Partant du scénario moyen, les domaines de prestations davantage affectés par le vieillissement de la population connaîtront une augmentation plus marquée, comme l'ophtalmologie (+31%), les traumatismes graves (+31%), la neurologie

T 3.14 Population vaudoise et nombre de cas en soins somatiques aigus, par région de domicile et scénario, 2017-2030

		2017		2030							
		Moyen	VD-Moyen		VD-b	as	VD-haut				
		Régions en %	Régions en %	Évolution	Régions en %	Évolution	Régions en %	Évolution			
Population	Total	788'649	905'133	+15%	870'815	+10%	939'016	+19%			
	Centre	43.6%	43.2%	+14%	43.1%	+9%	43.3%	+18%			
	Est	16.6%	16.4%	+13%	16.3%	+9%	16.5%	+18%			
	Nord	17.0%	17.3%	+16%	17.2%	+12%	17.2%	+21%			
	Ouest	22.8%	23.2%	+17%	23.4%	+14%	23.0%	+21%			
Cas	Total	91'759	112'451	+23%	109'921	+20%	115'074	+25%			
	Centre	43.2%	42.1%	+19%	42.0%	+17%	42.2%	+23%			
	Est	17.2%	17.0%	+21%	17.0%	+18%	17.0%	+24%			
	Nord	17.2%	17.4%	+24%	17.4%	+21%	17.4%	+27%			
	Ouest	22.4%	23.5%	+29%	23.6%	+26%	23.4%	+31%			

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Source: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

© Obsan 2019

(+29%), le cœur (29%) et la pneumologie (29%), tandis que les augmentations les plus faibles concernent l'obstétrique (+6%), les transplantations d'organes solides¹⁹ (+11%), la gynécologie (+16%), les nouveau-nés (+16%) et l'ORL (+18%), soit des domaines – certains par définition – peu ou pas spécifiques aux personnes âgées. Rappelons que l'évolution projetée de la population dans le même intervalle est de +14,8%. En nombre absolu, c'est le domaine « paquet de base » qui pèse le plus lourd dans l'augmentation projetée du nombre de cas, avec près de 10'000 cas supplémentaires représentant 47% de l'augmentation totale du nombre de cas selon le scénario moyen.

Avec 2'378 cas, le domaine orthopédie représente 11% de l'augmentation totale, suivi des domaines nouveau-nés, cœur et urologie représentant respectivement 1'381, 1'069 et 995 cas, soit 6,7%, 5,2% et 4,8 % de l'augmentation totale.

Au niveau des régions, on retrouve généralement les mêmes domaines qui devraient connaître des augmentations plus ou moins marquées selon l'impact exercé sur eux du vieillissement démographique (T 3.16) selon le scénario VD-moyen. Les hausses les plus fortes auront lieu dans la région ouest, avec 44% pour les traumatismes graves, 42% pour l'ophtalmologie, 39% pour la neurologie, 38% pour la pneumologie et 37% pour le cœur. Dans la région Centre, les hausses pour ces mêmes domaines se situeront entre 25 et 26%, dans la région Est entre 26 et 29 % et dans la région Nord entre 31 et 33%. En chiffres absolus, c'est le paquet de base qui enregistre le plus grand nombre de cas supplémentaires (3'632 pour le Centre soit +23%, 2'801 pour l'Ouest soit +34%, 1'753 pour le Nord soit +28% et 1'570 pour l'Est soit +24%). Enregistrent aussi une augmentation de plus de 350 cas selon la région les domaines suivants : l'orthopédie dans la région Centre (908 soit +21%), les nouveau-nés dans la régions Centre (677 soit +19%), l'orthopédie dans les régions Ouest et Nord (648 soit +27%, respectivement 455 soit +26%), le cœur dans la région Centre (391 soit +25%), l'urologie dans la région Centre (373 soit +23%) et l'orthopédie dans la région Est (366²⁰ soit +20%).

Notons qu'une bonne partie du domaine « transplantations d'organes solides » concerne la médecine hautement spécialisée faisant l'objet d'une planification au niveau national.

²⁰ Un écart avec les chiffres du tableau provient d'arrondis dans ce dernier.

T 3.15 Nombre de cas projetés pour la population vaudoise en soins somatiques aigus, par DPPH et scénario, 2017-2030

		Effectif			Projections	des cas 2030		
Grands domaines	DPPH	2017	VD-moyen	Evolution	VD-bas	Evolution	VD-haut	Evolution
Soins de base	Paquet de base	36'583	46'338	+27%	45'500	+24%	47'193	+29%
Système nerveux et	Dermatologie	372	456	+23%	447	+20%	465	+25%
organes des sens	Oto-rhino-laryngologie	1'857	2'183	+18%	2'125	+14%	2'243	+21%
	Neurochirurgie	468	562	+20%	550	+18%	574	+23%
	Neurologie	2'294	2'965	+29%	2'926	+28%	3'004	+31%
	Ophthalmologie	423	555	+31%	549	+30%	561	+33%
Organes internes	Endocrinologie	345	442	+28%	435	+26%	449	+30%
	Gastroentérologie	1'954	2'505	+28%	2'472	+27%	2'538	+30%
	Chirurgie viscérale	1'457	1'734	+19%	1'695	+16%	1'774	+22%
	Hématologie	1'236	1'571	+27%	1'547	+25%	1'594	+29%
	Vaisseaux	1'434	1'833	+28%	1'811	+26%	1'856	+29%
	Cœur	3'676	4'745	+29%	4'692	+28%	4'796	+30%
	Néphrologie	626	796	+27%	786	+26%	806	+29%
	Urologie	3'893	4'888	+26%	4'816	+24%	4'959	+27%
	Pneumologie	2'012	2'596	+29%	2'562	+27%	2'629	+31%
	Chirurgie thoracique	278	341	+23%	335	+21%	347	+25%
	Transplantations d'organes solides	62	69	+11%	67	+7%	71	+15%
Appareil locomoteur	Orthopédie	10'391	12'769	+23%	12'543	+21%	12'994	+25%
	Rhumatologie	300	372	+24%	364	+21%	380	+27%
Gynécologie &	Gynécologie	2'836	3'281	+16%	3'193	+13%	3'370	+19%
obstétrique	Obstétrique	9'631	10'175	+6%	9'678	+0%	10'737	+11%
	Nouveau-nés	8'502	9'883	+16%	9'462	+11%	10'316	+21%
Autres	(Radio-)oncologie	937	1'140	+22%	1'118	+19%	1'163	+24%
	Traumatismes graves	192	252	+31%	248	+29%	255	+33%
Total		91'759	112'451	+23%	109'921	+20%	115'074	+25%

Source: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

T 3.16 Nombre de cas projetés pour la population vaudoise en soins somatiques aigus, par DPPH et région de domicile, scénario VD-moyen, 2017-2030

			Effectif 2017 Projections 2030													
Grands domaines	DPPH	Centre	Est	Nord	Ouest	Centre	Evolution		Est	Evolu	tion	Nord	Evolution	Ouest	Evolutio	n
Soins de base	Paquet de base	15719	6415	6312	8137	19'351	+23%		7985	+24%		8064	+28%	10938	+34%	
Système nerveux	Dermatologie	159	64	64	84	192	+20%		77	+20%		79	+24%	107	+27%	
et organes des sens	Oto-rhino-laryngologie	801	314	317	424	930	+16%		363	+16%		379	+19%	511	+20%	
	Neurochirurgie	200	81	80	108	237	+19%		95	+18%		98	+23%	133	+23%	
	Neurologie	981	409	396	508	1'225	+25%		518	+27%		517	+31%	705	+39%	
	Ophthalmologie	180	76	73	93	227	+26%		98	+28%		97	+33%	133	+42%	
Organes internes	Endocrinologie	147	61	60	77	183	+24%		77	+26%		77	+30%	105	+36%	
	Gastroentérologie	833	348	337	436	1'036	+24%		436	+25%		437	+30%	596	+37%	
	Chirurgie viscérale	626	249	249	333	734	+17%		291	+17%		301	+21%	408	+23%	
	Hématologie	527	219	213	278	651	+24%		272	+24%		275	+29%	373	+34%	
	Vaisseaux	609	256	247	322	755	+24%		320	+25%		322	+30%	437	+36%	
	Cœur	1556	660	634	826	1946	+25%		831	+26%		834	+32%	1'133	+37%	
	Néphrologie	265	111	108	141	329	+24%		138	+24%		139	+29%	190	+34%	
	Urologie	1650	688	669	885	2'023	+23%		844	+23%		858	+28%	1'163	+31%	
	Pneumologie	858	359	347	447	1'070	+25%		454	+26%		454	+31%	618	+38%	
	Chirurgie thoracique	118	49	48	64	142	+20%		58	+20%		60	+26%	81	+27%	
	Transplantations d'organes solides	27	10	10	14	30	+12%		11	+8%		12	+11%	16	+10%	
Appareil	Orthopédie	4'416	1'814	1783	2'379	5'324	+21%		2'181	+20%		2'238	+26%	3'026	+27%	
ocomoteur	Rhumatologie	129	52	52	67	156	+21%		64	+22%		65	+26%	88	+30%	
Gynécologie &	Gynécologie	1224	477	482	653	1'408	+15%		540	+13%		564	+17%	768	+18%	
obstétrique	Obstétrique	4'521	1'522	1595	1993	4'528	+0%		1641	+8%		1670	+5%	2'336	+17%	
	Nouveau-nés	3'599	1'379	1492	2'031	4'276	+19%		1579	+14%		1783	+19%	2'245	+11%	
Autres	(Radio-)oncologie	399	162	161	215	478	+20%		194	+19%		200	+24%	270	+25%	
	Traumatismes graves	83	34	33	41	104	+26%		44	+29%		43	+31%	60	+44%	
Total		39'627	15'813	15'760	20'559	47'334	+19%		19'112	+21%		19'566	+24%	26'439	+29%	

Source: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

© Obsan 2019

Progression inférieure des hospitalisations hors canton

L'augmentation totale des hospitalisations de la population vaudoise hors canton se situe entre 15 et 21% selon le scénario démographique, avec une hausse de 18% pour le scénario moyen, soit des augmentations inférieures à celles de l'ensemble de la population vaudoise quel que soit le scénario démographique (T 3.17). Cela reflète le fait que les hospitalisons hors canton concerne relativement moins les personnes âgées. En effet, la part d'hospitalisations hors canton des vaudois se situe à 5,5% dans l'ensemble, mais à 2,1% pour les personnes âgées de 80 ans et plus, à 5,2% pour celles âgées de 65 à 79 ans et à 8,1% pour celles âgées de 40 à 64 ans.

Selon le scénario moyen, le domaine de prestations qui enregistre la plus forte augmentation entre 2017 et 2030 est le cœur (+27%) avec une projection de 96 cas supplémentaires. Le domaine des traumatismes graves croît aussi fortement (26%) mais cette augmentation ne se traduit que par deux cas supplémentaires. Le domaine paquet de base présente une hausse de 19% et enregistre le plus grand nombre de cas projetés supplémentaires, à savoir 259. La hausse du paquet de base représente 29% de tous les cas supplémentaires hors cantons. Pour l'orthopédie, les projections sont de 188 cas supplémentaires (soit également une hausse de 19%) ce qui représente 21% de tous les cas supplémentaires projetés. Enfin la plus forte hausse, enregistrée dans le domaine cœur, représente en chiffres absolus 96 cas, soit 11% de tous les cas supplémentaires projetés.

T 3.17 Nombre de cas projetés en soins somatiques aigus pour la population vaudoise hors canton, par DPPH et scénario, 2017-2030

		Effectif			Project	ions des cas 203	30		
Grands domaine	es DPPH	2017	VD-moyen	Evolution	VD-bas	Evolution	n VD-hau	: Ev	olution
Soins de base	Paquet de base	1'339	1'598	+19%	1'557	+16%	1'639	+22%	
Système	Dermatologie	31	36	+16%	35	+12%	37	+19%	
nerveux et	Oto-rhino-laryngologie	153	173	+13%	167	+9%	179	+17%	
organes des	Neurochirurgie	56	66	+17%	64	+14%	67	+20%	
sens	Neurologie	118	144	+22%	141	+19%	147	+24%	
	Ophthalmologie	25	30	+22%	30	+19%	31	+24%	
Organes	Endocrinologie	18	22	+20%	21	+17%	22	+23%	
internes	Gastroentérologie	89	107	+20%	104	+17%	109	+23%	
	Chirurgie viscérale	86	99	+15%	97	+12%	102	+19%	
	Hématologie	96	112	+17%	109	+14%	115	+20%	
	Vaisseaux	79	98	+23%	96	+21%	99	+26%	
	Cœur	355	451	+27%	445	+25%	457	+29%	
	Néphrologie	8	10	+21%	10	+20%	10	+23%	
	Urologie	250	303	+21%	297	+19%	309	+24%	
	Pneumologie	70	86	+22%	84	+20%	87	+25%	
	Chirurgie thoracique	12	15	+21%	14	+20%	15	+23%	
	Transplantations d'organes solides	23	25	+10%	24	+6%	26	+13%	
Appareil	Orthopédie	1'002	1'190	+19%	1'164	+16%	1'217	+21%	
locomoteur	Rhumatologie	20	23	+13%	22	+9%	23	+17%	
Gynécologie &	Gynécologie	305	343	+12%	332	+9%	354	+16%	
obstétrique	Obstétrique	439	464	+6%	442	+1%	489	+11%	
	Nouveau-nés	379	441	+16%	422	+11%	460	+21%	
Autres	(Radio-)oncologie	70	84	+20%	82	+18%	86	+22%	
	Traumatismes graves	9	11	+26%	11	+23%	12	+28%	
Total		5'032	5'928	+18%	5'770	+15%	6'092	+21%	

Sources: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

© Obsan 2019

Analysée au niveau régional, la croissance projetée des hospitalisations hors canton est de 16% pour les régions Centre et Est, de 20% pour la région Nord et de 21% pour la région Ouest (T 3.18). Par région aussi, la progression des hospitalisations hors canton est plus faible que celle des hospitalisations de l'ensemble des résidents vaudois (pour rappel 19% pour le Centre, 21% pour l'Est, 24% pour le Nord et 29% pour l'Ouest). La hausse projetée du nombre de cas est la plus importante en chiffres absolus pour le paquet de base, l'orthopédie et le cœur. Dans chacune des quatre régions, l'ensemble de ces trois domaines représente environ 60% du nombre de cas supplémentaires hors canton projetés pour 2030.

L'augmentation des hospitalisations hors canton entre 2017 et 2030 se répartit entre les différentes régions comme suit : 39% pour le Centre, 27% pour l'Ouest, 19% pour le Nord et 15% pour l'Est. Selon les projections 2030, les hospitalisations hors canton représenteront 5,3% de l'ensemble des hospitalisations des résidents vaudois. Calculé non pas par canton mais par région²¹, ce pourcentage varie à peine : 5,3% d'hospitalisations hors canton pour les résidents des régions Centre, Nord et Ouest et de 5,2% pour la région Est.

²¹ Correspond à la part d'hospitalisations hors canton des résidents de la région r par rapport à l'ensemble des hospitalisations des résidents de la région r.

T 3.18 Nombre de cas projetés en soins somatiques aigus pour la population vaudoise hors canton, par DPPH et région de domicile, scénario VD-moyen, 2017-2030

			Effecti	f 2017							Project	tions 203)		
Grands domaine	es DPPH	Centre	Est	Nord	Ouest	Centre	Evolution	า	Est	Evo	oluition	Nord	Evolution	Ouest	Evolution
Soins de base	Paquet de base	577	228	229	305	678	+18%		267	+17%		278	+21%	375	+23%
Système	Dermatologie	13	5	5	7	15	+15%		6	+13%		6	+18%	8	+17%
nerveux et	Oto-rhino-laryngologie	67	25	26	35	75	+12%		28	+11%		30	+14%	40	+15%
organes des	Neurochirurgie	24	10	10	13	28	+16%		11	+15%		11	+20%	15	+20%
sens	Neurologie	51	20	20	26	60	+18%		25	+20%		25	+24%	34	+28%
	Ophthalmologie	11	4	4	6	13	+20%		5	+19%		5	+24%	7	+26%
Organes	Endocrinologie	8	3	3	4	9	+18%		4	+18%		4	+22%	5	+24%
internes	Gastroentérologie	38	15	15	21	45	+19%		18	+17%		19	+22%	25	+22%
	Chirurgie viscérale	37	14	15	20	43	+15%		16	+13%		17	+17%	23	+17%
	Hématologie	41	16	16	23	48	+18%		18	+13%		19	+18%	26	+16%
	Vaisseaux	34	14	14	18	41	+21%		17	+21%		17	+26%	23	+29%
	Cœur	150	63	61	81	186	+24%		78	+24%		79	+30%	108	+33%
	Néphrologie	3	1	1	2	4	+21%		2	+18%		2	+26%	2	+22%
	Urologie	107	43	43	57	127	+19%		51	+19%		53	+24%	72	+25%
	Pneumologie	30	12	12	16	36	+20%		15	+20%		15	+25%	20	+27%
	Chirurgie thoracique	5	2	2	3	6	+21%		2	+18%		3	+26%	3	+22%
	Transplantations d'organes solides	10	4	4	5	11	+12%		4	+6%		4	+10%	6	+8%
Appareil	Orthopédie	427	172	171	232	503	+18%		199	+16%		208	+21%	280	+21%
locomoteur	Rhumatologie	9	3	3	5	10	+12%		4	+11%		4	+15%	5	+15%
Gynécologie &	Gynécologie	133	50	52	70	149	+12%		55	+10%		58	+13%	80	+14%
obstétrique	Obstétrique	206	69	73	91	207	+0%		75	+8%		76	+5%	107	+17%
	Nouveau-nés	160	61	67	91	191	+19%		70	+14%		79	+19%	100	+11%
Autres	(Radio-)oncologie	30	12	12	16	35	+19%		14	+17%		15	+23%	20	+22%
	Traumatismes graves	4	2	2	2	5	+20%		2	+24%		2	+28%	3	+36%
Total		2'173	851	860	1'148	2'523	+16%		987	+16%		1'030	+20%	1'388	+21%

Sources: OFS - MS 2017 ; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

© Obsan 2019

En 2017, les hospitalisations hors canton ont lieu essentiellement dans les hôpitaux et cliniques des cantons de Genève (45%), Fribourg (20%), Berne (13%) et Valais (9%), et ce quelle que soit la région de domicile (T 3.19). Les flux sortants indiquent la part des hospitalisations hors canton parmi l'ensemble des hospitalisations de tous les résidents vaudois. Ils ont tendance à diminuer

légèrement selon les projections 2030, en lien avec le vieillissement démographique qui fait augmenter plus fortement les hospitalisations à l'intérieur du canton que celles qui ont lieu hors canton. La région Centre, qui est la plus peuplée, est celle qui enregistre le plus d'hospitalisations et de flux sortants.

T 3.19 Nombre de cas projetés en soins somatiques aigus pour la population vaudoise hors canton, par région de domicile et canton d'hospitalisation, scénario VD-moyen, 2017-2030

					Effectif	2017				Projections 2030										
		C	as			Flux sortants en %							Cas				Flux so	ortants	s en %	
Canton d'hos- pitalisation	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
GE	2'278	986	382	389	521	2.5%	1.1%	0.4%	0.4%	0.6%	2'644	1'133	436	458	617	2.4%	1.0%	0.4%	0.4%	0.5%
FR	1'028	443	175	176	234	1.1%	0.5%	0.2%	0.2%	0.3%	1'227	519	206	213	288	1.1%	0.5%	0.2%	0.2%	0.3%
BE	647	278	111	111	147	0.7%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%	772	327	130	134	182	0.7%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%
VS	440	189	76	76	100	0.5%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	533	224	90	93	126	0.5%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
NE	221	97	37	38	50	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	251	109	41	43	58	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
ZH	180	78	31	31	41	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	213	90	36	37	50	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
Autres	238	103	41	41	54	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	287	121	48	50	67	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
Total	5'032	2'173	851	860	1'148	5.5%	2.4%	0.9%	0.9%	1.3%	5'928	2'523	987	1'030	1'388	5.3%	2.2%	0.9%	0.9%	1.2%

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Sources: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

3.2.2 Projections pour les hôpitaux vaudois

Le canton de Vaud, avec son hôpital universitaire, est plutôt un canton importateur de patients. Cette dernière section montre un aperçu des projections de cas à l'horizon 2030 dans les hôpitaux et cliniques vaudois (T 3.20). L'augmentation du nombre de cas, selon le scénario, est comprise entre 20 et 25%, avec une hausse de 23% pour le scénario VD-moyen. Ce résultat est le reflet de

ceux présentés pour l'ensemble de la population vaudoise, cette dernière étant largement soignée dans son propre canton. Aussi, les domaines de prestations qui connaîtront la plus forte croissance entre 2017 et 2030 sont l'ophtalmologie (30%), les traumatismes graves, la neurologie et le cœur (29% chacun). En volume, le paquet de base enregistrera le plus grand nombre de cas supplémentaires (9'933), suivi de l'orthopédie (2'508) et des nouveaunés (1'395), du cœur (1'160) et de l'urologie (1'030).

T 3.20 Nombre de cas projetés en soins somatiques aigus dans les hôpitaux du canton de Vaud, cas par DPPH et scénario, 2017-2030

		Effectif			Projec	tions des cas 2030		
Grands domaine	es DPPH	2017	VD-moyen	Evolution	VD-bas	Evolution	VD-haut	Evolution
Soins de base	Paquet de base	37'494	47'427	+26%	46'627	+24%	48'244	+29%
Système	Dermatologie	406	500	+23%	491	+21%	509	+25%
nerveux et	Oto-rhino-laryngologie	1'942	2'285	+18%	2'233	+15%	2'340	+20%
organes des	Neurochirurgie	545	655	+20%	644	+18%	666	+22%
sens	Neurologie	2'347	3'034	+29%	2'998	+28%	3'070	+31%
	Ophthalmologie	736	959	+30%	954	+30%	965	+31%
Organes	Endocrinologie	352	450	+28%	444	+26%	457	+30%
nternes	Gastroentérologie	2'005	2'572	+28%	2'541	+27%	2'602	+30%
	Chirurgie viscérale	1'654	1'971	+19%	1'935	+17%	2'009	+21%
	Hématologie	1'357	1'712	+26%	1'691	+25%	1'733	+28%
Va Co	Vaisseaux	1'528	1'955	+28%	1'934	+27%	1'976	+29%
	Cœur	4'011	5'171	+29%	5'124	+28%	5'217	+30%
	Néphrologie	641	815	+27%	805	+26%	825	+29%
	Urologie	4'055	5'085	+25%	5'020	+24%	5'151	+27%
	Pneumologie	2'119	2'722	+28%	2'690	+27%	2'754	+30%
	Chirurgie thoracique	323	396	+23%	391	+21%	402	+24%
	Transplantations d'organes solides	79	89	+12%	87	+10%	90	+14%
Appareil	Orthopédie	10'879	13'387	+23%	13'187	+21%	13'589	+25%
ocomoteur	Rhumatologie	320	395	+23%	388	+21%	403	+26%
Gynécologie &	Gynécologie	2'823	3'268	+16%	3'190	+13%	3'347	+19%
obstétrique	Obstétrique	9'812	10'371	+6%	9'893	+1%	10'912	+11%
	Nouveau-nés	8'609	10'004	+16%	9'600	+12%	10'418	+21%
Autres	(Radio-)oncologie	1'009	1'224	+21%	1'203	+19%	1'246	+23%
	Traumatismes graves		274	+29%	271	+28%	278	+31%
Total	tal		116'723	+23%	114'340	+20%	119'201	+25%

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS.

Sources: OFS - MS 2017 ; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

© Obsan 2019

3.3 Spécificités cantonales

Le périmètre du présent rapport, essentiellement réalisé par l'Obsan, concerne l'analyse des besoins actuels et à venir dans le domaine de l'hospitalisation en soins aigus.

Dans ce contexte, le canton de Vaud a souhaité compléter l'analyse de base réalisée par l'Obsan en intégrant quelques réflexions et analyses spécifiques dans les domaines suivants :

- Accouchements et naissances
- Néonatologie
- Séjours hospitaliers injustifiés
- Soins palliatifs

3.3.1 Accouchements et naissances

Contexte

Aujourd'hui, dans le canton de Vaud comme ailleurs, la très grande majorité des accouchements et des naissances a lieu à l'hôpital (plus de 95%). Cependant, depuis une vingtaine d'années, certaines femmes souhaitent accoucher dans un environnement non médicalisé. Cette tendance, bien que relativement marginale, a vu au fil du temps émerger quelques maisons de naissance dans le canton, ainsi que la pratique d'accouchements à domicile supervisés par des sages-femmes indépendantes. Cette section entend aborder le sujet dans sa globalité, c'est-à-dire en incluant également cette tendance dans l'analyse. Notons à ce sujet la situation

particulière du canton de Vaud dont les séjours en maison de naissance, structures non inscrites sur la liste LAMal 2012, ne sont pas relevés dans la Statistique médicale des hôpitaux.

Accouchements et naissances à l'hôpital

En 2017, 8'409 parturientes domiciliées dans le canton de Vaud ont accouché à hôpital. Alors que 8'009 d'entre-elles ont été prises en charge dans un hôpital vaudois, 400 ont accouché dans un hôpital non vaudois, principalement à Genève (260), Fribourg (72), Berne (29) et Neuchâtel (22). L'ensemble de ces accouchements a donné lieu à 8'534 naissances vivantes. L'âge moyen de la mère était de 31,7 ans.

En 2017 toujours, d'après la Statistique médicale des hôpitaux, l'ensemble des hôpitaux vaudois a réalisé 9'418 accouchements. Sur ce nombre, 1'409 parturientes étaient domiciliées hors-canton, principalement en provenance du Valais (751) et de Fribourg (490), du fait de l'existence des hôpitaux intercantonaux (Hôpital Riviera-Chablais, site d'Aigle et Hôpital Intercantonal de la Broye, site de Payerne).

Accouchements et naissances extrahospitaliers

Bien que ne figurant pas sur la liste hospitalière cantonale, des maisons de naissances ont obtenu des autorisations d'exploiter. Le canton comptait cinq maisons de naissance en 2017, dont une a ouvert en fin d'année (un seul accouchement cette année-là) et une autre a fermé en 2018. La principale maison de naissance, située sur le site d'Aigle de l'hôpital Riviera-Chablais, a traité 98 cas. Les autres maisons de naissance ont pris en charge respectivement 40, 23, 21 et 1 accouchements. L'ensemble des 183 cas pris en charge a donné lieu à 152 naissances, les autres naissances ayant eu lieu à l'hôpital après transfert de la mère. L'âge moyen de la parturiente était de 33 ans, tout comme l'âge médian. La plus jeune avait 20 ans et la plus âgée 45. Pour un tiers d'entreelles, il s'agissait d'une première grossesse alors que pour la majorité, l'expérience de l'accouchement avait déjà été vécue, parfois de nombreuses fois. (Source: CHUV, statistique sur les maisons de naissance).

Il n'existe pas de statistiques précises pour les accouchements à domicile. Selon les données de l'association des sagesfemmes indépendantes, on en dénombrerait environ 80 pour l'année 2017.

Enjeux futurs dans le domaine des accouchements en milieu extrahospitalier

Selon une étude menée par l'IUMSP sur les besoins en obstétrique en 2016 (collection « Raison de santé » N° 257), la tendance semble aller vers une légère augmentation de la demande et un intérêt croissant pour des accouchements dits naturels ou physiologiques, à savoir les accouchements à domicile, en maisons de naissance ou dans des salles d'accouchements dédiées en milieu hospitalier. Cette activité reste par ailleurs très minoritaire.

L'enjeu pour le canton consiste à offrir aux parturientes le choix d'un mode d'accouchement correspondant à leur sensibilité, compatible avec un bon déroulement de la grossesse et garantissant leur sécurité, celle de l'enfant à naître, mais aussi celle des professionnels de la santé.

3.3.2 Néonatologie

Contexte

La Société suisse de néonatologie (SSN) édicte des standards pour des niveaux de soins néonataux utilisés comme références pour certifier les maternités (Standards for levels of neonatal care in Switzerland). Ces standards se basent sur plusieurs critères notamment le volume des accouchements et le volume des besoins en prise en charge néonatologique nécessitant une compétence ou un plateau technique néonatologique particulier.

La classification GPPH prévoit des types de maternité et des exigences qui diffèrent en partie des standards de la SSN. De plus, dans le canton de Vaud, une partie des maternités actuelles correspond à un niveau de prise en charge (IIA) qui n'a pas d'équivalence dans le modèle GPPH. À contrario, le système vaudois n'a pas d'équivalent au groupe de prestations NEO1.1.1 du modèle de classification par GPPH. Le canton de Vaud a ainsi décidé de considérer, dans sa planification, les besoins dans le domaine de la néonatologie en fonction des niveaux standards de la SSN. Une analyse ad-hoc, basée sur ces standards et les GPPHs relatifs à la néonatologie, a donc été effectuée et ses résultats reportés cidessous.

L'entier des standards for levels of neonatal care in Switzerland sont publiés sur le site de la SSN: https://www.neonet.ch/unit-accreditation/unit-accreditation-canu. Les standards révisés au 14 mars 2019 sont considérés ici. Les standards of levels de la SSN prévoient 4 niveaux de prise en charge: Basic neonatal care (niveau II), Neonatal Special Care Unit (niveau IIA), Neonatal Intermediate Care Unit (niveau IIB) et Neonatal Intensive Care Unit (niveau III).

À mentionner dans ce domaine, un rapport publié par l'IUMSP en 2016 (Collection « Raison de santé » N°257- « Estimation du nombre de naissances et structuration de l'offre vaudoise dans le domaine de l'obstétrique, horizons 2020-2030 ») qui conclut entre autres à une augmentation en comparaison plus importante des besoins de prises en charge spécialisées par rapport aux prises en charge moins spécialisées dans le futur.

Méthodologie

À partir des données de la statistique médicale des hôpitaux (2012-2017), il est possible de repérer le nombre de nouveau-nés, nés à l'hôpital, en les catégorisant selon les recommandations de la Société suisse de néonatologie (Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland, version 14.3.2019). Les catégories considérées sont les suivantes:

T 3.21 Séjours concernant les nouveau-nés dans le canton de Vaud par niveau, 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Level I	6'404	7'408	7'978	7'942	8'270	8'036
Level IIA	108	139	115	121	117	127
Level IIB	38	53	62	70	47	63
Level III	54	123	119	140	102	99
Manquant	1'599	1'138	932	1'039	1'095	1'119
Tout	8'203	8'861	9'206	9'312	9'631	9'444

Source: OFS - MS 2012-2017 © Canton de Vaud 2019

- Level I : durée de la grossesse²² supérieure à 35 semaines, et nouveau-nés de plus de 2'000 g.
- Level IIA: durée de la grossesse supérieure à 34 semaines, et nouveau-nés de plus de 1'500 g.
- Level IIB: durée de la grossesse supérieure à 32 semaines, et nouveau-nés de plus de 1'250 g.
- Level III : durée de la grossesse inférieure à 32 semaines, ou nouveau-nés de moins de 1'250 g.

Les autres critères énumérés (maladie, convalescence, nutrition parentérale, ...) ne sont pas considérés, car plus difficiles à mesurer dans la statistique²³. En raison des limitations dans les données (impossibilité de mesurer la durée de grossesse et le poids à la naissance des nouveau-nés transférés), les transferts de nouveau-nés pour suite de convalescence dans des maternités de niveaux moins élevés, comme ceci est prévu dans les standards de la SSN, n'ont pas été pris en compte.

Résultats

En 2017, 88.3% des 9'444 séjours concernant des nouveau-nés ont pu être classés avec ces critères (données manquantes dans

les autres cas). La très grande majorité (95%) des séjours classés sont du level I. On retrouve entre 1 et 2% de nouveau-nés du level IIA au CHUV, dans les grands hôpitaux régionaux (GHOL, eHnv, EHC, HRC) ainsi que dans la clinique Hirslanden. En revanche, les séjours du level IIB ou III se retrouvent presque exclusivement au CHUV. Les séjours présentés ici (T 3.21) sont ceux des nouveau-nés pris en charge par les hôpitaux vaudois. Les séjours des nouveau-nés vaudois (quel que soit leur hôpital de prise en charge en Suisse) sont légèrement moins nombreux (8'434 séjours), mais leur classement dans les différents levels de la SSN se fait dans des proportions très proches.

En comparant les régions de domicile des nouveau-nés et la région de l'hôpital, on constate que l'essentiel des naissances a lieu dans les hôpitaux de la région de domicile de la mère (T 3.22). On trouve néanmoins un certain nombre de nouveau-nés de la région Centre qui naissent dans des hôpitaux de la région Ouest. De même, les hôpitaux de la région Centre (notamment le CHUV) accueillent plus de nouveau-nés, en particulier ceux du level III. Les hôpitaux du canton de Vaud accueillent également des nouveau-nés en provenance d'autres cantons, en particulier dans les hôpitaux intercantonaux. Excepté pour une part dans la région Ouest,

T 3.22 Flux entre régions de domicile et de traitement concernant les nouveau-nés dans le canton de Vaud, 2017

				Région hôpital		
		Hôpital hors Vaud	Région Centre	Région Est	Région Nord	Région Ouest
	Patient hors canton		242	813	305	65
	Région Centre	41	2'986	127	102	506
Région patient	Région Est	34	159	1'009	1	7
	Région Nord	94	240	4	1'201	81
	Région Ouest	246	288	2	18	1'288

Source: OFS - MS 2017

© Canton de Vaud 2019

²² Il y a, dans la statistique, deux mesures de la durée de la grossesse: la durée d'aménorrhée et la durée mesurée par ultrasons. La première contenant moins de valeurs manquantes, c'est celle qui est utilisée ici. En 2017, l'ensemble des valeurs manquantes pour la durée de la grossesse en semaine d'aménorrhée sont répertoriées au CHUV.

Sont exclus de l'analyse les grossesses de 42 semaines et plus, et les nouveau-nés de plus de 10 kg, probablement des erreurs dans les données.

les nouveau-nés vaudois sont peu pris en charge dans les hôpitaux d'autres cantons.

Pour la période de planification à venir, le canton se basera sur cette analyse par niveau standard de la SSN pour déterminer le degré de centralisation de la prise en charges des soins néonataux.

3.3.3 Séjours hospitaliers injustifiés

Contexte

Dans le contexte de l'analyse des besoins pour la planification hospitalière, le canton de Vaud s'est intéressé au problème des hospitalisations pouvant être évitées. Le canton a mandaté un expert pour estimer le nombre de séjours pouvant être considérés comme injustifiés. Il s'agit de cas qui auraient pu être pris en charge par d'autres prestataires de soins tels qu'un médecin de famille, une garde médicale mobile, l'aide et les soins à domicile, ou toute autre forme de prise en charge communautaire permettant d'éviter une hospitalisation en soins aigus.

Méthodologie

Pour identifier ce type de séjours, les données 2017 de la Statistique médicale des hôpitaux ont été utilisées. Une hospitalisation est considérée comme injustifiée si le séjour ne comporte aucun diagnostic nécessitant une hospitalisation et s'il ne remplit aucun des critères suivants :

- a) plus de deux insuffisances d'organes vitaux, parmi les systèmes suivants : respiratoire, cérébral, cardiaque, hépatique, sanguin ou rénal ; ou en cas d'arythmie avec insuffisance cardiaque ;
- b) hallucinations ou délirium, sauf si le patient réside en EMS;
- c) pneumonies chez les enfants (< 7 ans) en présence de comorbidités significatives.

L'analyse porte essentiellement sur les séjours de médecine et de pédiatrie. Les hospitalisations pour une intervention chirurgicale justifiant le recours au bloc opératoire, pour des chimio- et des radiothérapies, pour un sevrage alcoolique planifié, et d'obstétrique sont exclus de la population éligible, de même que les patients transférés vers un autre hôpital ou admis et sortis le même jour ou encore admis après 18h et sortis le lendemain.

À noter que certains séjours injustifiés ne peuvent pas être évités du fait qu'il faut un certain temps pour exclure les diagnostics plus graves.

Résultats

Sur 91'979 séjours de soins aigus analysés via l'outil SQLape©, 4'508 sont identifiés comme étant injustifiés, soit 4.9%. Le tableau T 3.23 présente les séjours injustifiés classés par ordre décroissant de fréguence.

Comme énoncé en début de chapitre, le but de cette analyse consiste à déterminer quels types de pathologies pourraient être pris en charge en amont de l'hospitalisation et faire ainsi diminuer le nombre de séjours en soins aigus.

La classification GPPH, dans sa dernière version valable à partir du 1.1.2019, dénombre 141 groupes de prestations de soins. L'outil qui est utilisé pour détecter les séjours injustifiés se base sur sa propre répartition des cas (cf. tableau ci-dessus : colonnes Catégorie SQLape® et Libellé SQLape®). Une correspondance a été établie entre la catégorisation SQLape® et celle par GPPH, afin de présenter les résultats selon cette double catégorisation.

Les résultats montrent que les 4'508 séjours injustifiés se répartissent dans de nombreuses catégories SQLape®. Seules les 9 premières catégories de pathologies dénombrent plus de 100 séjours injustifiés. Ensuite, les résultats s'égrènent jusqu'à ne compter que quelques séjours injustifiés par catégorie, puis uniquement un séjour par catégorie pour les 125 dernières (non visibles dans le tableau de résultats). Par ailleurs, on peut relever que sur les 30 catégories SQLape® ayant le plus de séjours injustifiés, 29 font partie du paquet de base (BP) de la classification par GPPH.

La ventilation des séjours injustifiés dans de nombreux types de pathologies et surtout le fait qu'il n'est pas prévu de limiter l'activité hospitalière correspondant à des prestations du paquet de base dans l'exercice de planification, ont motivé la décision de ne pas prendre en compte les séjours injustifiés dans l'analyse et la projection des besoins dans le présent rapport.

Il est cependant important de relever ici que, dans un souci d'efficience et de qualité des soins délivrés à la population, le canton de Vaud souhaite renforcer les perspectives de prise en charge en amont de l'hôpital via des dispositifs de soins communautaires notamment. Plusieurs projets sont actuellement menés dans ce sens. Dès lors, l'évolution des séjours injustifiés est un indicateur déterminant qui, au fil des ans, fera l'objet d'une observation attentive pouvant avoir à terme un impact sur la planification hospitalière.

T 3.23 Liste des séjours hospitaliers injustifiés (30 catégories les plus fréquentes), par GPPH et catégorie SQLape©, Vaud, 2017

GPPH	Category SQLape	Libellé SQLape	Nombre
BP	R-iZ	Grippe ou bronchite aiguë	387
BP	C-fV	Hypertension non sévère	328
BP	Z-zD	Douleur	270
BP	Z-zZ	Troubles divers	247
BP	R-iB	Bronchite chronique et asthme	209
BP	P-zZ	Autre trouble psychique	200
BP	N-zS	Trouble cérébral	129
BP	P-tD	Dépression	123
BP	C-zS	Autres troubles circulatoires	103
BP	L-fV	Dorsalgie	98
BP	0-i0	Autre infection ORL	97
BP	L-tL	Autre traumatisme locomoteur	90
BP	Z-iZ	Infection non classée ailleurs	88
3P	N-fE	Épilepsie	71
3P	E-dD	Diabète sans complication	69
BP	T-tS	Blessure superficielle	69
NEU	N-fE	Épilepsie	68
BP	T-iS	Infection localisée de la peau	67
3P	N-oR	Compression radiculaire	52
BP	0-zV	Vertige et surdité	51
3P	R-zR	Autre trouble respiratoire	48
3P	H-oB	Obstruction biliaire non compliquée	45
3P	D-iI	Gastro-entérite ou ulcère gastro-intestinal non compliqué	43
3P	BRA2	Réduction fermée de fracture du membre supérieur	41
3P	D-fZ	Trouble digestif fonctionnel	38
3P	C-sA	Trouble des artères coronaires	37
3P	N-fM	Migraine	36
3P	H-ich	Hépatite ou abcès du foie	32
3P	L-tB	Traumatisme du bras ou de l'avant-bras	32
3P	Z-mM	Métastase non osseuse	32
		Autres	1'308
		Total	4′508

Source: Dr Yves Eggli; Analyse et conclusion

© Canton de Vaud 2019

3.3.4 Soins palliatifs

Contexte

Les soins palliatifs qui s'adressent aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives visent à éviter la souffrance et les complications. Les soins palliatifs comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel en fin de vie (Source : OFSP).

Le canton de Vaud a développé les soins palliatifs avec l'objectif d'offrir une prise en charge de qualité dans tous les lieux de vie et de soins, indépendamment de l'âge des patients et de leurs pathologies. Un accent particulier a été mis sur la formation des professionnels en EMS, en CMS et dans les établissements socioéducatifs, ainsi que sur le soutien par des équipes mobiles. En outre, en complément des résidences palliatives, des unités hospitalières spécialisées ont été créées pour accueillir les situations les plus complexes, notamment en termes de gestion des symptômes.

Pour la présente analyse des besoins en soins aigus hospitaliers, le périmètre retenu est celui des *unités hospitalières spéciali*sées en soins palliatifs. Il s'agit de structures fonctionnant au sein des hôpitaux et vers lesquelles les patients sont transférés, dans la majeure partie des cas, pour être accompagnés le mieux possible dans leur fin de vie.

Estimation des besoins

Aujourd'hui, les besoins réels en capacité de soins aigus palliatifs sont difficiles à estimer. Dans un souci d'équité de traitement, le canton de Vaud souhaite cependant que chaque région dispose d'une unité hospitalière spécialisée pour ce type de prise en charge.

En 2017, soit avant l'entrée en vigueur de la distinction entre soins palliatifs spécialisés et résidence palliative, 802 séjours ont été enregistrés dans une unité de soins palliatifs. L'âge moyen des patients était de 72 ans. 75% d'entre eux disposaient d'un diagnostic oncologique et 67% sont décédés lors de leur séjour, soit 540 personnes. La durée moyenne de séjour était de 23 jours selon la Statistique médicale des hôpitaux.

À partir de ces données, il est néanmoins possible d'estimer, pour une année, les besoins en capacité des unités de soins palliatifs.

- Nombre de journées réalisées = nombre de cas * durée moyenne de séjour.
- Capacité d'accueil =nombre de journée/365 * taux d'occupation normé de 0.85 (taux généralement admis pour les soins aigus)
- En chiffres: 802*23/365*0.85 = 43

À partir de ce calcul, on peut donc raisonnablement conclure qu'une capacité d'accueil d'un peu plus d'une quarantaine de cas, soit 10-12 cas en moyenne par région, est nécessaire au quotidien.

Évolution pour 2021-2025.

Selon Statistique Vaud, « le nombre de décès varie peu dans le canton; il est proche de 5000 depuis les années septante. Ce nombre dépend tant de l'effectif des personnes âgées, en augmentation, que du niveau de la mortalité, en diminution ».

Outre l'évolution démographique et épidémiologique (évolution des maladies chroniques notamment), les besoins futurs de prises en charge en unités hospitalières de soins palliatifs dépendront de choix politiques et sociétaux face aux différents types de prise en charge possibles pour accompagner la fin de vie.

Pour l'instant, il convient donc de se baser sur un besoin actuel de d'un peu plus de 800 cas annuellement et d'envisager une réévaluation de ce besoin en cours de période de planification 2021-2025. Les différences de densité populationnelle entre les régions seront prises en compte dans la répartition de la capacité d'accueil sur le territoire cantonal.

4 Conclusion

Ce rapport, basé sur les données médicales de l'année 2017, montre les besoins de la population vaudoise en 2017 en ce qui concerne les soins aigus somatiques. Il présente également les besoins stationnaires 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 2021-2025 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, le canton de Vaud a ajouté des compléments spécifiques aux naissances, notamment extra hospitalières, à la prise en charge des nouveau-nés, aux séjours injustifiés ainsi qu'à la prise en charge en unités hospitalières spécialisées dans les soins palliatifs, dans le but de ne pas perdre de vue les développements en cours sur ces différentes thématiques et pour pouvoir 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

- Boyle P., Parkin D.M. (1991). Statistical methods for registries. In Jensen O.M., Parkin D.M., MacLennan R., Muir C.S., Skeet R.G. (eds). *Cancer Registration: Principles and Methods,* Lyon: international Agency for Research on Cancer.
- CDS (2018a). Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 1.1.2018.

 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, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 25.5.2018
- CDS (2018b). 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.
- CDS (2018c) Recommandations sur l'examen de l'économicité: Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49 al. 1 LAMal approuvée par le Comité directeur de la CDS le 1er mars 2018. Berne : Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- GDZH (2011). Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. www.gd.zh.ch.
- GDZH (2016). *Gesundheitsversorgungsbericht 2016*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. <u>www.gd.zh.ch</u>.
- GDZH (2017). *Gesundheitsversorgungsbericht 2017*. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. <u>www.gd.zh.ch</u>.
- Felder, S.; Kägi, W.; Lobsiger, M.; Tondelli T.; Pfinninger T. (2014). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Basel. www.fmh.ch
- Füglister-Dousse, S., Widmer, M. (2016). *Inanspruchnahme stationärer Spitalversorgung: Neuere Entwicklung und zukünftiger Bedarf (Obsan Bulletin 10/2016)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Huber, K. (2015). Entwicklung der interkantonalen Patienten-ströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Liechti, L. et Künzi, K. (2019). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Berne: Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

- Matter-Walstra, K.; Widmer, M.; Busato, A. (2006). Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland, *BMC Health Services Research*, (6), p. 119, https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-119.
- 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.
- SwissDRG (2017). SwissDRG AG, Grouper-Dokumentation, 7. Juli 2017. https://grouper.swissdrg.org/grouper-doku-de.pdf
- Weaver, F.; Cerboni, S.; Oettli, A.; Andenmatten, P.; Widmer, M. (2009). *Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung (document de travail 32*). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betrefend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter Swiss-DRG. Polynomics et Helsana sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

6 Glossaire et abréviations

et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances s ciales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la san et en est à sa 10° version (CIMHS) Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir encadré E2) DPPH Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (v. GDZH 2017) Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) = date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC : Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (v. GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 1	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 s ciales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la san et en est à sa 10° version (CIM-10). CIMHS Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir encadré E2) DPPH Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vo GDZH 2017) Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) - date de sortie - date d'entrée - interruptions - jours de congé Sont comptes dans la durée de sigour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif forsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de l'heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour	BP	Paquet de base
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CIM La classification internationale des maladies est une classification médicale codifiée classifiant les maladie et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances so ciales et causes extremes de blessuers ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la san et en est à sa 10° version (CIM-10). CIMHS Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir encadré E2) DPPH Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vo GDZH 2017) Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) = date de sorite = date d'entrée = interruptions = jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission alans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direc	CC	Complications et/ou comorbidités
CIM La classification internationale des maladies est une classification médicale codifiée classifiant les maladie et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances se ciales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la san et en est à sa 10° version (CIM-10). CIMHS Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir encadré E2) DPPH Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vor GDZH 2017) Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) = date de sortie = date d'entrée = interruptions = jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC : Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vo GDZH 2017) Hôpital conventionn	СНОР	Classification suisse des opérations
et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances s ciales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la san et en est à sa 10° version (CIMHS) Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir encadré E2) DPPH Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (w. GDZH 2017) Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) = date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (vertansfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC : Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour hopitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (v. GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 1 e	CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
DPPH Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vo GDZH 2017) Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) = date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vo GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 1 et 2 LAMal. Le hôpital répertorie Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations a la la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal). KS Statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique Liste publiée par le canton dans laq	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).
Durée de séjour La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017): Durée de séjour (en jours) = date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (ve GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis de l'assureur et du canton conformément à la LAMal (art	CIMHS	Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (voir encadré E2)
Durée de séjour (en jours) = date de sortie – date d'entrée – interruptions – jours de congé Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (ve GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpitaux conventionnés n'ont pas droit à une contribution cantonale selon l'art. 49a al. 1 et 2 LAMal. Le hôpitaux conventionnés n'ont pas droit à une contribution cantonale selon l'art. 49a al. 1 et 2 LAMal. Hôpital répertorié KS Statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique Liste hospitalière Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont	DPPH	Domaine de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (voir GDZH 2017)
Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentair exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (ve GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le 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 prestation al. l'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 statist	Durée de séjour	La durée de séjour pour les soins aigus est calculée selon la définition de SwissDRG (2017):
exception faite du jour de transfert ou de sortie. Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lo d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC: Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (v. GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital répertorié Hôpital répertorié Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 Liste hospitalière Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de		Durée de séjour (en jours) = date de sortie — date d'entrée — interruptions — jours de congé
d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnost principal (MDC : Major Diagnostic Category). Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 2 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (vo GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital répertorié Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 Liste hospitalière Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)		Sont comptés dans la durée de séjour, le jour d'entrée ainsi que chaque jour d'hospitalisation supplémentaire, exception faite du jour de transfert ou de sortie.
heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale de congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour ho pitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas. Lorsque l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, la durée de séjour est ramenée à 1 en cas de décès ou de transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (ver GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital répertorié Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 l'assureur de fournisseurs de l'assureur de fournisseurs de l'assureur ét en canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de l'assureur de fournisseurs de l'assureur ét du canton conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal).		Les interruptions correspondent aux jours hors de l'hôpital en cas de regroupement de cas, par exemple lors d'une réadmission suite à un transfert (retransfert) ou d'une réadmission dans le même groupe de diagnostic principal (MDC: Major Diagnostic Category).
transfert dans un autre hôpital. La durée est limitée à 365 jours. Durée moyenne des La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients séjours (DMS) GPONT Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (von GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital répertorié Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)		Les jours de congé correspondent à un congé administratif lorsqu'un patient quitte l'hôpital pour plus de 24 heures. Les jours entiers de congé ne comptent pas non plus dans la durée de séjour. La durée totale des congés pris en compte pour un cas se calcule par la somme des heures des congés pris durant le séjour hospitalier divisée par 24 et arrondie vers le bas.
GPPH Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (von GDZH 2017) Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital répertorie Hôpital qui figure sur la liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 la canton conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal)		
Hôpital conventionné Hôpital sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière. Conformément à l'a 49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le hôpital x 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 répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération vis- 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		La durée moyenne de séjour représente la moyenne des durées des séjours des patients
49a al. 4 LAMal, les assureurs peuvent conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournie au titre de l'AOS. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a al. 2 LAMal. Le 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 répertor a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération visvis 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 l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)	GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière selon la direction de la santé du canton de Zurich (voir GDZH 2017)
a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération vis- 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	Hôpital conventionné	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
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 la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertories de la canton dans	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-àvis de l'assureur et du canton conformément à la LAMal (art. 49a al. 1 et 2 LAMal).
Liste hospitalière Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de la canton dans la can	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)
de prestations.	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 (2018a), 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).
	Les conventions ou contrats de prestations sont 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
NMC	Nombre minimal de cas
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 d'hospitalisations dans un établissement en proportion de l'ensemble des hospitalisations des patients d'un canton
Population résidante permanente	La population résidante permanente comprend les Suisses ayant leur domicile principal en Suisse et les étrangers au bénéfice d'une autorisation de résidence d'une durée minimale de 12 mois ou séjournant en Suisse depuis au moins 12 mois (livrets B/C/L/F ou N ou livret du DFAE, à savoir les fonctionnaires internationaux, les diplomates ainsi que les membres de leur famille).
Rapport de dépen- dance 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 hospita- lières 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 hospita- lière	Proportion de patientes et patients du canton de Vaud qui sont traités dans un hôpital qui bénéfice d'un mandat de prestations délivré par le canton (voir aussi CDS (2018a) 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 le croissance annuelle d'une quantité x entre plusieurs années (t_0 et t) à un taux constant. Il se définit formellement par : $TCAM(t_0,t) = \left(\frac{x(t)}{x(t_0)}\right)^{\frac{1}{t-t_0}} -1$
Urgence	Dans la MS, le mode d'admission (V1.2.V03) différencie 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 Besoins en soins somatiques aigus de la population vaudoise par GPPH

Cette section présente, par GPPH, l'ensemble des besoins en soins somatiques aigus de la population domiciliée dans le canton de Vaud, que l'hospitalisation ait lieu dans le canton ou hors du canton, jusqu'à l'horizon 2030 sur la base du scénario démographique moyen de Statistique Vaud. Le tableau T 7.1.1 présente les cas de la population domiciliée dans le canton de Vaud par GPPH et par région de domicile entre 2017 et 2030. Il est le pendant du tableau T 3.16 qui présente ces mêmes résultats par DPPH.

T 7.1.1 Nombre de cas projetés pour la population vaudoise en soins somatiques aigus, par GPPH et région de domicile, scénario VD-moyen, 2017-2030

				2017					2020					2025					2030		
		VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
Total		91'759	39'627	15'813	15'760	20'559	95'682	41'145	16'411	16'471	21'656	103'733	44'195	17'673	17'976	23'886	112'451	47'334	19'112	19'566	26'439
Paquet de base	BP	36'583	15'719	6'415	6'312	8'137	38'229	16'357	6'670	6'587	8'616	42'087	17'824	7'279	7'286	9'697	46'338	19'351	7'985	8'064	10'938
	DER1	212	92	36	36	48	221	95	37	38	50	237	102	40	41	55	255	108	43	44	60
Dame et ala esta	DER1.1	106	45	19	18	24	111	47	19	19	26	121	50	21	21	28	132	55	23	23	31
Dermatologie	DER1.2	6	3	1	1	1	6	3	1	1	1	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2
	DER2	48	20	9	8	11	50	21	9	9	11	56	23	10	10	13	62	26	11	11	15
	HNO1	633	275	107	108	143	658	285	110	113	150	702	302	117	122	161	745	318	124	129	174
	HN01.1	336	144	58	58	77	351	149	60	60	81	376	159	63	65	87	403	170	68	70	95
	HN01.1.1	36	15	6	6	8	38	16	7	7	9	41	17	7	7	9	44	18	8	8	10
	HN01.2	292	127	49	50	67	303	131	51	52	70	320	138	53	55	74	337	144	55	58	79
Oto-rhino-laryngolo-	HN01.2.1	12	5	2	2	3	12	5	2	2	3	13	6	2	2	3	14	6	2	2	3
gie	HN01.3	110	48	18	19	25	114	50	19	19	26	120	52	20	21	28	125	54	21	22	29
	HN01.3.1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	6	2	1	1	1	6	3	1	1	1
	HN01.3.2	10	4	2	2	2	10	5	2	2	2	11	5	2	2	2	11	5	2	2	3
	HNO2	351	150	60	60	81	366	156	62	63	85	388	166	65	67	91	411	175	68	71	96
	KIE1	72	31	12	12	16	75	32	13	13	17	81	35	14	14	19	87	37	15	15	20
	NCH1	313	133	54	54	72	327	139	56	56	76	351	148	60	61	82	377	158	64	66	89
	NCH1.1	18	8	3	3	4	19	8	3	3	4	20	9	3	3	4	21	9	3	3	5
	NCH1.1.1	80	34	14	14	18	83	36	14	14	19	89	38	15	15	21	95	40	16	17	22
N	NCH1.1.1.1	15	6	3	3	3	16		3	3	4	17	7	3	3	4	18	8	3	3	4
Neurochirurgie	NCH1.1.2	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2	8	3	1	1	2	9	4	2	2	2
	NCH1.1.3	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1
	NCH2	10	4	2	2	2	10	4	2	2	2	11	5	2	2	3	12	5	2	2	3
	NCH2.1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1
	NCH3	16	7	3	3	4	17	7	3	3	4	18	8	3	3	4	20	8	3	4	5
	NEU1	541	233	93	93	123	564	242	96	97	129	607	259	102	105	140	652	276	110	113	153
	NEU2	92	39	16	16	21	96	41	17	17	22	105	44	18	18	25	114	48	20	20	27
	NEU2.1	106	45	19	18	24	111	47	20	19	26	121	50	21	21	28	133	55	23	23	32
Neurologie	NEU3	1'394	595	254	241	304	1'465	621	265	252	327	1'648	687	295	285	381	1'862	762	331	324	445
. tou. o.og.c	NEU3.1	82	35	15	14	18	86	36	16	15	19	97	40	17	17	22	109	45	19	19	26
	NEU4	57	24	10	10	13	59	25	10	10	14	64	27	11	11	15	69	29	12	12	16
	NEU4.1	10	4	2	2	2	10		2	2	2	11	5	2	2	3	12	5	2	2	3
	NEU4.2	12	6	2	2	3	12		2	2	3	13	6	2	2	3	13	6	2	2	3
	AUG1	127	54	23	22	28	133		24	23	30	147	62	26	26	34	164	67	29	29	39
	AUG1.1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1
Ophtalmologie	AUG1.2	17	7	3	3	4	18	8	3	3	4	19	8	3	3	5	21	9	4	4	5
- p.namiologic	AUG1.3	81	34	15	14	18	85	36	15	15	19	95	39	17	16	22	106	43	19	19	25
I	AUG1.4	103	44	19	18	22	108	46	20	19	24	123	51	22	21	28	140	57	25	25	34
	AUG1.5	92	39	17	16	20	97	41	17	17	22	107	45	19	19	25	120	49	21	21	29

				2017					2020					2025					2030		
		VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
Endocrinologie	END1	345	147	61	60	77	361	153	64	63	82	399	167	70	69	92	442	183	77	77	105
Gastroentérologie	GAE1	1'560	666	278	269	347	1'635	694	290	281	370	1'806	757	317	313	419	2'004	829	349	349	477
Cucirocinterologic	GAE1.1	394	167	70	68	89	413	175	73	71	94	454	190	79	79	106	501	208	87	87	119
	VIS1	898	383	156	154	205	939	399	162	162	216	1'013	428	174	176	236	1'098	460	187	192	260
	VIS1.1	59	25	10	10	14	62	26	10	11	15	66	28	11	11	16	70	30	12	12	17
	VIS1.2	57	24	10	10	13	60	25	10	10	14	64	27	11	11	15	69	29	12	12	16
Chirurgie viscérale	VIS1.3	32	13	6	5	7	34	14	6	6	8	36	15	6	6	8	39	16	7	7	9
	VIS1.4	307	136	50	52	70	317	140	51	53	72	328	145	53	55	76	335	148	53	56	77
	VIS1.4.1	54	23	9	9	13	56	24	9	9	13	58	25	9	10	14	60	26	10	10	14
	VIS1.5	50	21	9	9	12	52	22	9	9	12	57	24	10	10	13	63	26	11	11	15
	HAE1	223	95	38	39	51	232	99	39	40	54	251	107	42	44	58	270	114	45	47	63
	HAE1.1	79	35	13	13	18	82	36	13	14	18	85	37	14	15	20	88	38	14	15	20
Hématologie	HAE2	730	310	131	126	163	767	324	137	132	174	850	354	150	148	197	949	390	167	166	227
-	HAE3	143	61	26	25	31	150	63	27	26	34	170	70	31	29	39	193	78	34	34	46
	HAE4	36	15	6	6	9	38	16	6	6	9	40	17	7	7	9	42	18	7	7	10
	HAE5	25	11	4	4	6	26	11	4	4	6	27	12	4	5	6	28	12	5	5	7
	GEF1	323	137	58	56	72	340	143	61	59	77	377	156	67	66	88	422	172	75	74	101
	ANG1	319	135	58 22	55	71	336	141	61	58	76	375	155	67 24	65	87	422	172	75	74	101
Vaianany	GEF2 ANG2	124 315	53 134	56	21 54	28 71	130	55 140	23	22 57	30 75	140 362	59 151	64	24 63	33 84	153 400	64 165	26 70	27	36 95
Vaisseaux		107	45	19	18	24	330 112	47	58 20	19	26	124	51	22	22	29	138	56	24	70	33
	GEF3 ANG3	36	15	6	6	8	38	16	6	6	9	40	17	7	7	10	44	18	7	8	10
	RAD1	210	89	36	36	48	220	93	38	38	51	236	100	40	41	55	255	107	43	44	60
	HER1	25	11	4	4	6	26	11	4	4	6	28	12	5	5	7	30	13	5	5	7
	HER1.1	47	20	8	8	11	49	21	8	8	11	53	22	9	9	12	57	24	10	10	13
	HER1.1.1	205	86	37	35	47	216	90	38	37	50	235	97	41	41	55	259	106	45	46	62
	HER1.1.2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
	HER1.1.3	58	24	10	10	13	61	25	11	11	14	66	27	12	12	16	73	30	13	13	17
	HER1.1.4	198	83	35	34	45	208	87	37	36	48	226	94	40	40	53	249	102	43	44	59
Cœur	HER1.1.5	93	39	16	16	21	97	41	17	17	22	106	44	18	18	25	116	48	20	20	28
	KAR1	300	128	56	52	64	316	134	58	54	69	361	150	66	62	83	414	168	75	72	99
	KAR1.1	2'172	917	390	375	490	2'283	958	407	395	522	2'518	1'045	445	440	588	2'804	1'149	491	493	670
	KAR1.1.1	317	135	57	55	71	332	141	59	57	75	367	154	65	64	85	408	169	71	71	97
	KAR1.2	134	57	24	23	30	140	60	25	24	32	154	65	27	27	36	169	70	29	29	40
	KAR1.3	126	53	23	22	28	133	56	24	23	30	147	61	26	26	34	165	67	29	29	40
Néphrologie	NEP1	626	265	111	108	141	657	277	116	113	150	721	301	126	125	168	796	329	138	139	190
	UR01	3'112	1'320	552	535	705	3'263	1'376	574	564	749	3'569	1'492	623	622	833	3'931	1'625	681	690	936
	UR01.1	316	135	55	54	72	330	140	57	57	76	356	150	61	62	83	384	161	65	67	91
	UR01.1.1	204	85	36	35	48	214	89	38	37	51	231	95	40	41	55	252	104	43	45	60
	UR01.1.2	48	20	9	8	11	51	21	9	9	12	56	23	10	10	13	62	25	11	11	15
Urologio	UR01.1.3	120	51	21	21	28	126	53	22	22	29	137	57	24	24	32	150	62	26	26	36
Urologie	UR01.1.4	30	13	5	5	7	31	13	5	5	7	33	14	5	6	8	35	15	6	6	8
	UR01.1.5	26	11	4	4	6	27	12	5	5	6	29	12	5	5	7	30	13	5	5	7
	UR01.1.6	18	8	3	3	4	19	8	3	3	4	20	9	3	3	4	20	9	3	4	5
	UR01.1.7	10	4	2	2	2	10	4	2	2	2	11	5	2	2	3	12	5	2	2	3
	UR01.1.8	9	4	2	2	2	9	4	2	2	2	10	4	2	2	2	11	5	2	2	3
Pneumologie	PNE1	1'832	781	329	316	406	1'922	814	343	332	434	2'132	891	377	371	494	2'379	978	418	417	567
cumorogic	PNE1.1	44	19	8	8	10	46	20	8	8	10	51	21	9	9	12	57	23	10	10	14

				2017					2020					2025					2030		
		VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
	PNE1.2	45	19	8	8	11	47	20	8	8	11	49	21	8	8	12	51	22	8	9	12
	PNE1.3	35	16	6	6	8	36	16	6	6	8	37	17	6	6	8	38	17	6	6	9
	PNE2	56	24	10	10	13	59	25	10	10	14	64	27	11	11	15	70	29	12	12	
	TH01	68	29	12	12	15	71	31	12	12	16	76	32	13	13	17	81	34	14	14	
Chirurgie thoracique	TH01.1	163	68	29	28	38	171	72	30	30	40	186	77	32	33	44	204	84	35	36	
	TH01.2	47	20	8	8	11	49	21	8	8	11	52	22	9	9	12	56	24	9		
	TPL1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	6	2		1	
Transplantations	TPL2	3	1	0	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	
d'organes solides	TPL3	14	6	2	2	3	14	6	2	2	3	15	/	2	3	4	15	7	2		
	TPL4	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	- 1	1	1	4	2	1	1	
	TPL5	36	16	6	6	8	37	16	6	6	9	39	17	6	7	9	40	18	6	7	9
	BEW1	1'751	749	302	300	400	1'828	780	313	315	421	1'966	834	334	341	457	2'120	892	358	369	500
	BEW2	900	383	157	154	206	941	399 114	163 46	162	217	1'018 288	429	175	177 50	237	1'105 311	462	188	193 54	262 74
	BEW3 BEW4	256 53	109	44	44	59 12	268 55	24	46	46	62 13	288 58	121 25	49 10	10	67 14	61	130 26	53 10	11	14
	BEW5	1'138	494	189	194	261	1'181	512	195	202	272	1'242	538	203	214	287	1'297	560	212	224	
	BEW6	927	393	160	159	216	969	410	166	167	227	1'036	437	176	180	243	1'112	468	187	194	263
Orthopédie	BEW7	3'513	1'478	628	605	802	3'692	1'544	654	640	853	4'035	1'672	709	708	946	4'460	1'829	777	789	1'066
	BEW8	1'729	734	304	297	394	1'811	765	317	312	417	1'968	825	341	342	460	2'153	894	370	377	511
	BEW8.1	89	38	16	15	20	93	40	16	16	21	100	42	17	17	23	109	46	19	19	
	BEW9	16	7	3	3	4	17	7	3	3	4	18	8	3	3	4	19	8	3	3	
	BEW10	18	8	3	3	4	19	8	3	3	4	20	8	3	3	5	21	9	4	4	
	BEW11	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
51	RHE1	241	103	42	42	54	252	108	43	43	57	274	116	47	48	63	299	125	51	52	
Rhumatologie	RHE2	59	25	10	10	13	62	26	11	11	14	67	28	12	12	15	73	30	13	13	17
	GYN1	1'667	728	275	282	382	1'727	753	284	293	398	1'805	786	294	307	418	1'870	814	303	318	435
	GYN1.1	22	9	4	4	5	23	10	4	4	5	26	11	5	4	6	29	12	5	5	7
	GYN1.2	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	
Gynécologie	GYN1.3	79	33	14	14	18	83	35	15	14	19	91	38	16	16	21	100	41	17	17	
	GYN1.4	80	33	14	14	19	84	35	14	15	20	89	37	15	16	21	96	40	16	17	
	GYN2	970	411	168	166	225	1'013	429	174	174	237	1'086	459	184	188	255	1'167	492	196	203	
	PLC1	14	6	2	2	3	14	7	2	2	3	15	7	2	2	3	15	7	2	2	_
	GEB1	9'455	4'439	1'494	1'565	1'956	9'698	4'499	1'542	1'610	2'046	9'912	4'496	1'590	1'643	2'184	9'988	4'445	1'611	1'640	2'293
Obstétrique	GEB1.1	113	53	18	19	23	116	54	18	19	25	119	54	19	20	26	120	53	19	20	
	GEB1.1.1	63	29	10	10	13	65	30	10	11	14	66	30	11	11	15	67	30	11	11	15
	NEO1	7'854	3'325	1'274	1'379	1'876	8'135	3'473	1'307	1'444	1'910	8'680	3'747	1'379	1'568	1'986	9'130	3'950	1'459	1'647	2'074
Nouveau-nés	NE01.1	175	74	28	31	42	181	77	29	32	43	193	83	31	35	44	203	88	32	37	46
	NE01.1.1	458 15	194	74	80	109	474 16	203	76	84	111	506 17	219	80	91	116	532 17	230	85	96 3	
	NE01.1.1.1				3			- '	2	-			240	-			635		107		
(Radio-)oncologie	ONK1 RAO1	526 268	224 113	91 47	90 46	121	550 281	233	94	95 48	127 65	590 306	249 128	100 53	103 53	138 72	335	266 139	107 58	112 59	
(naulo-)olicologie	NUK1	143	62	24	24	32	149	64	25	25	34	159	68	27	27	37	170	72	28	29	
	UNF1	45	20	8	8	10	47	20	25	8	11	50	22	8	9	12	54	23	9		
Traumatismes	UNF1.1	138	60	25	24	29	145	62	26	25	32	165	69	30	28	38	188	77	33	32	
graves	UNF2	9	4	23	24	29	9	4	20	23	2	103	4	2	20	2	100	4	2		
On a continue d'In â mit a l		1 1 1 2 1 2 1 2	- '		۷	۷	9	4	۷	2	2	10	4	۷	۷	۷	10	4			

Cas: sortie d'hôpital (stationnaire). Uniquement les cas AOS. Sources: OFS - Statistique médicale des hôpitaux (MS), Statistique Vaud - Projections démographiques

Le tableau T 7.1.2 présente les hospitalisations hors canton issues de la population domiciliée dans le canton de Vaud par GPPH et par région de domicile entre 2017 et 2030. Il est le pendant du tableau T 3.18 qui présente ces mêmes résultats par DPPH.

T 7.1.2 Annexe 2: Nombre de cas projetés pour la population vaudoise hors canton en soins somatiques aigus, par GPPH et région de domicile, scénario VD-moyen, 2017-2030

				2017					2020					2025					2030		
		VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
Total		5'032	2'173	851	860	1'148	5'237	2'255	881	900	1'201	5'576	2'389	932	965	1'290	5'928	2'523	987	1'030	1'388
Paquet de base	BP	1'339	577	228	229	305	1'394	599	236	240	320	1'494	639	251	259	346	1'598	678	267	278	375
	DER1	12	5	2	2	3	12	5	2	2	3	13	6	2	2	3	13	6	2	2	
Dermatologie	DER1.1	15	6	3	3	4	16	7	3	3	4	17	7	3	3	4	18	7	3	3	
Dermatologic	DER1.2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
	DER2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1
	HN01	39	17	6	7	9	40	18	7	7	9	42	18	7	7	10	44	19	7	8	
	HN01.1	11	5	2	2	2	11	5	2	2	3	12	5	2	2	3	12	5	2		
	HN01.2	38	17	6	6	9	39	17	6	7	9	41	18	7	7	10	43	19	7	7	
Oto-rhino-laryngo-	HN01.2.1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0		
logie	HN01.3	15	6	2	3	4	16	7	3	3	4	16	7	3	3	4	17	7	3		
	HN01.3.2	10	4	2	2	2	10	5	2	2	2	11	5	2	2	2	11	5	2	2	
	HNO2	29	12	5	5	7	30	13	5	5	7	32	14	5	5	7	33	14	5	6	
	KIE1	10	4	2	2	2	10	4	2	2	2	11	5	2	2	3	11	5	2		
	NCH1	27	12	5	5	6	28	12	5	5	7	30	13	5	5	7	32	14	5		
	NCH1.1	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0		
	NCH1.1.1	13	6	2	2	3	14	6	2	2	3	14	6	2	2	3	15	6	2	3	
Neurochirurgie	NCH1.1.1.1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	6	2	1	1	
	NCH1.1.2	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	3	1	0		
	NCH1.1.3	4	2	1	1	1	4	2	1	- 1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	
	NCH2	2	1	0	0	0	2	- 1	0	0	0	2	- 1	0	0	- 1	2	0	0	0	
	NCH2.1 NEU1	19	0 8	3	3	4	20	0	0	3	4	21	0	4	0	5	23	10	4	4	
	NEU2	2	1	0	0	0	20	1	0	0	0	21	1	0	0	3	23	10	0		
	NEU2.1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	5	2	1	1	1
Neurologie	NEU3	70	30	12	12	16	73	31	13	13	17	80	34	14	14	19	88	36	15		· ·
Neurologie	NEU3.1	5	2	1	12	1	5	2	13	13	17	6	2	1	1	19	6	2	13	13	
	NEU4	6	3	1	1	1	6	3	1	1	1	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2
	NEU4.2	12	6	2	2	3	12	6	2	2	3	13	6	2	2	3	13	6	2	2	
	AUG1	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0		
	AUG1.1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	2	1	1	
	AUG1.2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
Ophtalmologie	AUG1.3	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	6	2	1	1	1	6	3	1	1	1
	AUG1.4	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	
	AUG1.5	11	5	2	2	3	11	5	2	2	3	12	5	2	2	3	13	5	2		
Endocrinologie	END1	18	8	3	3	4	19	8	3	3	4	20	9	3	4	5	22	9	4	4	5
	GAE1	73	31	13	13	17	76	32	13	13	18	82	35	14	14	19	88	37	15	15	
Gastroentérologie	GAE1.1	16	7	3	3	4	17	7	3	3	4	18	7	3	3	4	19	8	3		
	VIS1	55	24	9	9	13	57	24	10	10	13	61	26	10	10	14	64	27	11	11	
	VIS1.1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	
Chirurgie viscérale		2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0		
	VIS1.3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1
	VIS1.4	18	8	3	3	4	19	8	3	3	4	19	8	3	3	4	20	9	3	3	

				2017					2020					2025					2030		
		VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
	VIS1.4.1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1
	VIS1.5	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0		
	HAE1	26	11	4	4	6	27	12	5	5	6	29	12	5	5	7	30	13	5	5	
Hématologie	HAE2	29	12	5	5	7	30	13	5	5	7	33	14	6	6	8	35		6		
Tiematologie	HAE3	16		3	3		17	7	3	3	4	18	7	3	3	4	18		3		
	HAE5	25		4	4	6	26	11	4	4	6	27	12	4	5	6	28		5	5	
	GEF1	17		3	3		18	8	3	3	4	20	8	3	3	5	22		4		
	ANG1	15		3	3	3	16	7	3	3	4	17	7	3	3	4	19		3		
	GEF2	6		1	1	1	6	3	1	1	1	7	3	1	1	2	7	-	1	1	
Vaisseaux	ANG2	17	7	3	3		18	8	3	3	4	19	8	3	3	4	21		4		
	GEF3	8		1	1	2	8	4	1	1	2	9	4	2	2	2	10		2	2	2
	ANG3	3		0	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3		1	1	
	RAD1	13		2	2		14	6	2	2	3	14	6	2	2	3	15	6	3	_	
	HER1	1		0	0		1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	- 1	0	_	
	HER1.1	4		1	1		4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	5		1	1	
	HER1.1.1	15		3	3	4	16	7	3	3	4	17	7	3	3	4	19		3		
	HER1.1.3	3		1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4		1	1	
	HER1.1.4	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	5		1	1	
Cœur	HER1.1.5	9		2	2		9	4	2	2	2	11	4	2	2	2	12	_	2		
	KAR1	14	6	3	2	3	15	6	3	3	3	17	7	3	3	4	19	8	3	3	
	KAR1.1	252	106	45	43		264	111	47	46	61	289	121	51	50	68	319		55		
	KAR1.1.1	34	14	6	6		36	15	6	6	8	39	16	7	7	9	43		8		
Néphrologie	KAR1.2	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2	8	3	1	1	2	9		2		
	KAR1.3	12	5	2	2		13	5	2	2	3	14	6	2	2	3	15		3		
Néphrologie	NEP1	8		1	1	2	8	3	1	1	2	9	4	2	2	2	10		2		
	UR01	176	75	31	30	40	184	78	32	32	42	199	84	34	35	46	216		37	38	
	UR01.1	36	16	6	6	8	37	16	6	6	9	39	17	6	7	9	41	18	7	7	
	UR01.1.1	21	9	4	4	5	22	9	4	4	5	24	10	4	4	6	26		4	_	
	UR01.1.3	4		1	1	1	4	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5		1	1	
Urologie	UR01.1.4	2		0	0		2	1	0	0	1	2	1	0	0	1	2		0		
	UR01.1.5	2		0	0		2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2		0		
	UR01.1.6	3		0	1		3	1	0	1	1	3	1	1	1	1	3		1		
	UR01.1.7	2		0	0		2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	3		0		
	UR01.1.8	4		1	1		4	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5		1	1	
	PNE1	53		9	9		55	24	10	10	13	60	25	10	10	14	65		11	11	
	PNE1.1	11	5	2	2		12	5	2	2	3	12	5	2	2	3	14		2		
Pneumologie	PNE1.2	1	0	0	0		1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	_	
	PNE1.3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	_	
	PNE2	4		1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	5		1	1	
Chirurgie thora-	TH01	2		0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2		0		
cique	TH01.1	6		1	1	1	6	3	1	1	1	7	3	1	1	2	7	-	1	1	
	TH01.2	4		1	1		4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	5		1	1	
_	TPL2	1	0	0	0		1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	0		
Transplantations	TPL3	14		2	2	3	14	6	2	2	3	15	7	2	3	4	15		2		
d'organes solides	TPL4	4		1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4		1	1	
	TPL5	4		1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	_	1	1	
Orthopédie	BEW1	164	71	28	28		170	74	28	29	39	181	78	30	31	42	191	82	32	33	
	BEW2	71	30	12	12	16	74	32	12	13	17	79	34	13	14	18	84	36	14	14	20

				2017					2020					2025					2030		
		VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest	VD	Centre	Est	Nord	Ouest
	BEW3	34	14	6	6	8	36	15	6	6	8	38	16	7	7	9	41	17	7	7	10
	BEW4	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2	8	3	1	1	2
	BEW5	120	52	20	20	28	124	54	20	21	29	131	57	21	22	30	136	59	22	23	32
	BEW6	96	41	16	16	23	100	42	17	17	24	107	45	18	19	25	114	48	19	20	27
	BEW7	251	106	44	43	58	263	110	46	46	61	284	118	49	50	67	309	128	53	55	74
	BEW8	233	99	40	40	54	243	103	41	42	57	259	110	44	45	61	277	117	46	48	65
	BEW8.1	25	10	4	4	6	26	11	5	5	6	28	12	5	5	7	30	13	5	5	7
	BEW9	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Rhumatologie	RHE1	14	6	2	2	3	14	6	2	2	3	15	7	2	3	3	16	7	3	3	4
	RHE2	6	3	1	1	1	6	3	1	1	1	7	3	1	1	2	7	3	1	1	2
	GYN1	217	95	35	37	50	224	98	37	38	52	233	102	38	39	54	240	105	38	41	56
Gynécologie	GYN1.3	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	1	2	1	0	0	1
o,	GYN1.4	9	4	2	2	2	9	4	2	2	2	10	4	2	2	2	11	4	2	2	3
	GYN2	77	33	13	13		80	34	13	14	19	85	36	14	15	20	90	38	15	16	21
	GEB1	425	199	67	70	88	436	202	69	72	92	446	202	71	74	98	449	200	72	74	103
Obstétrique	GEB1.1	10	5	2	2	2	10	5	2	2	2	11	5	2	2	2	11	5	2	2	2
	GEB1.1.1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1
	NEO1	361	153	59	63	86	374	160	60	66	88	399	172	63	72	91	420	182	67	76	95
Nouveau-nés	NE01.1	10	4	2	2	2	10	4	2	2	2	11	5	2	2	3	12	5	2	2	3
	NE01.1.1	8	3	1	1	2	8	4	1	1	2	9	4	1	2	2	9	4	1	2	2
	ONK1	28	12	5	5	7	29	12	5	5	7	32	13	5	6	7	34	14	6	6	8
(Radio-)oncologie	RA01	21	9	4	4	5	22	9	4	4	5	24	10	4	4	6	25	11	4	4	6
	NUK1	21	9	4	4	5	22	9	4	4	5	23	10	4	4	5	25	10	4	4	6
Traumatismes	UNF1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1	6	2	1	1	1	6	3	1	1	1
graves	UNF1.1	4	2	1	1	1	4	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5	2	1	1	1

Sources: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios

7.2 Activité en soins somatiques aigus des hôpitaux du canton de Vaud par GPPH

Cette section présente par GPPH l'ensemble des hospitalisations en soins somatiques aigus dans les hôpitaux du canton de Vaud, qu'elles émanent de personnes résidant dans le canton ou non, jusqu'à l'horizon 2030 sur la base du scénario démographique moyen de Statistique Vaud.

Le tableau T 7.2.1 présente les séjours dans les hôpitaux du canton de Vaud issus de la population domiciliée dans et hors canton, par GPPH et par région de domicile entre 2017 et 2030. Il est le pendant du tableau T 3.20 qui présente ces mêmes résultats par DPPH.

T 7.2.1 Nombre de cas projetés dans les hôpitaux du canton de Vaud en soins somatiques aigus, par GPPH, scénario VD-moyen, 2017-2030

		2017	2020	2025	2030
		VD	VD	VD	VD
Total		95'258	99'338	107'682	116'723
Paquet de base	BP	37'494	39'174	43'100	47'427
	DER1	228	238	257	276
B	DER1.1	119	125	135	148
Dermatologie	DER1.2	7	7	8	8
	DER2	52	55	60	67
	HN01	662	688	734	780
	HN01.1	368	384	411	440
	HN01.1.1	46	48	52	56
	HN01.2	308	320	337	355
Oto-rhino-laryngologie	HN01.2.1	15	16	17	18
	HN01.3	118	123	130	136
	HN01.3.1	7	7	8	8
	HNO2	344	358	380	403
	KIE1	74	77	83	89
	NCH1	367	383	411	441
	NCH1.1	25	26	27	29
	NCH1.1.1	86	90	97	104
	NCH1.1.1.1	15	16	17	18
Neurochirurgie	NCH1.1.2	10	10	11	12
	NCH1.1.3	2	2	2	2
	NCH2	12	12	13	14
	NCH2.1	4	4	4	4
	NCH3	24	25	27	30
	NEU1	559	582	627	674
	NEU2	95	100	108	118
	NEU2.1	116	122	132	144
Neurologie	NEU3	1'412	1'484	1'669	1'886
	NEU3.1	97	102	115	130
	NEU4	58	60	65	70
	NEU4.1	10	10	11	12
	AUG1	222	234	260	291
	AUG1.1	1	1	1	1
Ophtalmologie	AUG1.2	27	28	30	33
	AUG1.3	137	144	160	180
	AUG1.4	123	130	146	165
	AUG1.5	226	237	261	289
Endocrinologie	END1	352	369	407	450
Gastroentérologie	GAE1	1'603	1'681	1'856	2'060
	GAE1.1	402	422	463	511

		2017	2020	2025	2030
		VD	VD	VD	VD
	VIS1	1'014	1'060	1'144	1'240
	VIS1.1	82	86	92	99
	VIS1.2	80	84	90	97
Chirurgie viscérale	VIS1.3	41	43	46	50
	VIS1.4	325	335	347	354
	VIS1.4.1	54	56	58	60
	VIS1.5	58	61	66	72
	HAE1	238	248	267	287
	HAE1.1	118	122	128	133
Hématologie	HAE2	790	829	916	1'020
	HAE3	133	140	159	182
	HAE4	78	81	86	90
	GEF1	326	343	381	427
	ANG1	328	345	385	432
	GEF2	133	139	151	165
Vaisseaux	ANG2	341	358	392	433
	GEF3	112	118	131	147
	ANG3	47	49	54	58
	RAD1	241	252	272	294
	HER1	29	30	33	36
	HER1.1	64	67	72	77
	HER1.1.1	266	280	307	339
	HER1.1.2	3	3	3	3
	HER1.1.3	66	69	75	83
Conur	HER1.1.4	265	279	305	336
Cœur	HER1.1.5	135	141	153	167
	KAR1	311	327	372	426
	KAR1.1	2'134	2'242	2'471	2'748
	KAR1.1.1	448	472	525	586
	KAR1.2	159	166	181	197
	KAR1.3	131	138	153	171
Néphrologie	NEP1	641	672	738	815
	UR01	3'178	3'333	3'643	4'010
	UR01.1	337	352	380	412
	UR01.1.1	231	243	262	287
	UR01.1.2	55	58	64	72
Urologie	UR01.1.3	146	153	166	180
Orologie	UR01.1.4	33	34	36	38
	UR01.1.5	35	36	39	41
	UR01.1.6	22	23	24	25
	UR01.1.7	11	12	12	13
	UR01.1.8	7	7	8	8
	PNE1	1'906	2'000	2'215	2'469
	PNE1.1	35	37	41	46
Pneumologie	PNE1.2	63	66	69	72
	PNE1.3	44	45	47	48
	PNE2	71	74	80	87
	TH01	82	86	92	98
Chirurgie thoracique	TH01.1	181	190	206	226
	TH01.2	60	63	67	72
	TPL1	10	10		11
Transplantations d'or-	TPL2	16	16		17
ganes solides	TPL5	53	55		61
		00		1 30	01

		2017	2020	2025	2030
		VD	VD	VD	VD
	BEW1	1'888	1'971	2'121	2'286
	BEW2	944	987	1'067	1'158
	BEW3	270	283	305	330
	BEW4	51	53	56	59
	BEW5	1'148	1'191	1'253	1'310
Orthopédie	BEW6	947	990	1'059	1'136
Orthopedie	BEW7	3'779	3'973	4'344	4'799
	BEW8	1'730	1'814	1'974	2'163
	BEW8.1	80	84	90	98
	BEW9	20	21	22	23
	BEW10	21	22	23	25
	BEW11	1	1	1	1
Rhumatologie	RHE1	259	270	294	319
Milumatologie	RHE2	61	64	69	76
	GYN1	1'603	1'661	1'736	1'800
	GYN1.1	23	24	27	30
	GYN1.2	6	6	7	7
Gynécologie	GYN1.3	80	84	92	102
	GYN1.4	82	86	92	99
	GYN2	996	1'041	1'115	1'196
	PLC1	33	34	34	35
	GEB1	9'605	9'853	10'072	10'152
Obstétrique	GEB1.1	129	132	135	136
	GEB1.1.1	78	80	82	83
	NEO1	7'897	8'176	8'724	9'178
Nouveau-nés	NE01.1	174	180	192	202
Nouveau-nes	NE01.1.1	520	538	573	603
	NE01.1.1.1	18	19	20	21
	ONK1	579	604	648	696
(Radio-)oncologie	RA01	274	287	313	342
	NUK1	156	163	174	186
	UNF1	49	51	55	58
Traumatismes graves	UNF1.1	143	150	170	193
	UNF2	20	21	22	23

Sources: OFS - MS 2017; Statistique Vaud - projections démographiques 2017-2030 (base 2015) selon 3 scénarios