

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT sur la politique sanitaire 2008-2012**

et

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL**

**sur le postulat Philippe Martinet "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé"**

et

**EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET**

**sur le plan stratégique du CHUV 2009-2013**

## **1 INTRODUCTION**

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

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

Jusqu'à présent, ces rendez-vous n'étaient pas simultanés. Aujourd'hui, le Conseil d'Etat entend proposer au Grand Conseil une vue d'ensemble pour les années à venir, en cohérence avec son programme de législature. A cette fin, il lui soumet, d'une part, ses intentions de politique sanitaire et, d'autre part, les objectifs stratégiques relevant spécifiquement du CHUV. Cette volonté se concrétise par la présentation d'un seul exposé des motifs et projet de décret, dans le même esprit que celui présenté pour le domaine de l'enseignement supérieur.

Sur la forme également, le présent EMPD est novateur. Seuls des résumés figurent dans le corps du texte. Les documents proprement dits figurent quant à eux en annexe. Ainsi, le présent EMPD est structuré comme il suit :

- La première partie est consacrée aux rapports du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 et sur le postulat Martinet intitulé "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé" (résumés sous ch. 2 ci-dessous et rapports complets en annexe).
- La seconde partie, qui porte sur le plan stratégique du CHUV, est subdivisée en trois :
  - a. évaluation faite par le CHUV de son plan stratégique 2004-2007 (résumé sous ch. 3.1 ci-dessous et évaluation complète en annexe)
  - b. plan stratégique établi par le CHUV pour les années 2009-2013 (résumé sous ch. 3.2 ci-dessous et plan stratégique complet en annexe)

c. position du Conseil d'Etat.

## **2 RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE SANITAIRE ET DU RAPPORT SUR LE POSTULAT MARTINET**

### **2.1 Rapport sur la politique sanitaire**

**Le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 est un document qui permet de faire le bilan des actions conduites au cours de la précédente législature, d'analyser les principaux changements survenus ou à venir dans le domaine de la santé et de fixer les lignes directrices ainsi que les actions à conduire au cours des cinq prochaines années.**

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

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

#### **Bilan 2003-2007**

Le bilan de la législature écoulée peut être apprécié positivement, compte tenu des ressources nécessairement limitées qui lui ont été affectées dans un contexte d'assainissement des finances cantonales. Les rationalisations introduites dans l'organisation hospitalière, dans les prises en charge médico-sociales ou encore dans le dispositif de prévention rendent ces secteurs incontestablement plus efficaces. L'introduction et la pérennisation de différents programmes de santé publique se sont avérées pertinentes. Certaines évolutions programmées n'ont cependant pas pu avoir lieu comme par exemple celles liées à la révision de la LAMal qui a échoué en 2004 devant les Chambres fédérales, celles qui auraient découlé de la loi cantonale sur les EMS, rejetée en votation en 2005, ou encore celles qui ont été gelées par manque de moyens du fait des contraintes que la situation économique a imposées au budget de l'Etat.

#### **Tendances 2008-2012**

Les principaux changements qu'il faudra prendre en compte durant cette législature sont les suivants :

- l'accélération du vieillissement démographique et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, avec la fragilisation qui leur est liée
- la poursuite du développement de l'offre de technologies nouvelles, notamment pour les personnes atteintes de pathologies dégénératives, et l'accroissement du rôle de la médecine prédictive
- l'évolution des risques sanitaires, qu'ils soient liés à l'environnement en général ou aux nouveaux modes de vie
- la persistance de la pénurie en personnel, aussi bien médical que soignant
- un cadre législatif fédéral mouvant, avec une remise en question du partage des responsabilités entre les cantons et la Confédération.

Ces changements augurent de nouveaux défis pour le système de santé vaudois. Quand bien même la politique conduite au cours des dernières années était fondée sur des prévisions démographiques et épidémiologiques correctes, il y a lieu aujourd'hui de l'adapter en fonction de l'importance du vieillissement de la population et du tableau épidémiologique prévu pour les vingt prochaines années. Au centre de l'évolution à venir se trouve la nécessité de prévenir les maladies chroniques et

d'accélérer l'adaptation du système de santé à leurs spécificités, au profit de toutes les générations. Les conséquences économiques et sociales de ces pathologies affectent en effet l'ensemble de la société. Les défis principaux consistent donc, d'une part, à faire évoluer notre système de soins **vers un véritable système de santé**, c'est à dire à investir davantage pour maintenir la population en bonne santé et atténuer ainsi autant que possible les coûts pour la soigner et, d'autre part, à compléter notre politique médico-sociale, qui a porté ses fruits jusqu'ici, par une **politique gériatrique** seule à même de favoriser la compréhension et la prise en charge des problèmes liés au grand âge. Il faut ajouter que ces défis ne pourront être relevés qu'en s'appuyant sur des **professionnel-le-s de la santé** en nombre suffisant et disposant des compétences adéquates.

### **La réponse du Conseil d'Etat : 5 lignes directrices et 43 actions**

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

1. Les **services de soins** doivent **continuer leur mue** en vue de s'adapter aux **caractéristiques des affections chroniques**. Il s'agira de maintenir l'effort d'expansion et de diversification des capacités médico-sociales, de renforcer les dispositifs de coordination et de se doter des moyens d'amplifier la composante gériatrique et psychogériatrique de la politique sanitaire.
2. Les efforts pour assurer une **offre suffisante en personnels de santé** doivent être renforcés. Ce renforcement se traduira par des actions pour limiter la pénurie de personnels paramédicaux, pour favoriser une nouvelle répartition des tâches entre soignant-e-s et pour soutenir la médecine de premier recours, la relève médicale en milieu hospitalier et la garde médicale.
3. Le dispositif de **promotion de la santé** et de **prévention des maladies**, ainsi que les réponses apportées à **d'autres problèmes de santé dominants** doivent être développés. L'accent sera mis sur la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, la prévention des dépendances en général, la promotion de la santé chez les jeunes, la santé sexuelle et reproductive, le maintien de l'autonomie notamment des personnes âgées, le dépistage du cancer du sein et d'autres formes de cancer, la lutte contre les maladies transmissibles et la mise en œuvre du plan de santé mentale.
4. La **réorganisation hospitalière** doit être poursuivie. En parallèle à la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013 du CHUV, les actions principales porteront sur la construction de l'Hôpital unique Riviera-Chablais, sur la création d'une filière cantonale de neuroréhabilitation, sur le financement des autres projets de réorganisation et d'adaptation dans les hôpitaux régionaux et sur l'actualisation des missions des hôpitaux.
5. Le **pilotage du système** doit être adapté. Cette adaptation concernera le dispositif législatif, en raison des modifications apportées à la législation fédérale – notamment dans le cadre de la révision de la LAMal – et de la volonté d'améliorer les modalités de gouvernance du système de soins. Elle portera également sur le suivi de l'évolution du progrès technologique, les stratégies en faveur de la qualité et le système d'information orienté "patient".

Le Conseil d'Etat a identifié 43 mesures opérationnelles distinctes qui s'inscrivent dans ces lignes directrices et qui précisent les orientations retenues par le programme de législature. Elles sont résumées ci-dessous et la troisième partie du rapport les passe en revue de manière détaillée. L'ensemble de ces actions prévues pour la période 2008-2012 est ambitieux. Cette ambition est à la mesure des défis qui attendent le système de santé suisse et vaudois, contraignant tous les acteurs à faire preuve de créativité pour mettre en place des solutions novatrices et à se mobiliser pour permettre leur réalisation. Le Conseil d'Etat s'engage résolument dans cette voie et soutiendra tous les efforts des acteurs dans ce sens, dans le respect de sa planification financière. L'importance des moyens à investir impliquera donc de poursuivre l'effort de rationalisation et de maîtrise des dépenses réalisé au cours de la dernière décennie. Une partie des ressources supplémentaires nécessaires devra en effet être obtenue

par réallocation des ressources ordinaires existantes. Dans ce même esprit, le Conseil d'Etat s'appuiera chaque fois que possible sur les expériences faites dans d'autres cantons et favorisera la reprise des solutions éprouvées.

### **Vue d'ensemble des 43 actions du rapport sur la politique sanitaire 2008-2012**

- Adapter les services de soins aux **pathologies chroniques** et mettre en œuvre une **politique gériatrique**
  1. Augmenter les capacités d'hébergement de long séjour, achever la mise en conformité aux normes ECA et amorcer la modernisation du réseau existant
  2. Renforcer les capacités des services d'aide et de soins à domicile
  3. Développer les logements protégés et les structures intermédiaires
  4. Soutenir l'aide informelle et bénévole
  5. Finaliser la mise en œuvre de la loi sur les réseaux de soins
  6. Consolider et faire évoluer le programme BRIO
  7. Soutenir la mise en place de cercles de qualité
  8. Soutenir la création et l'extension de filières par pathologie (Projet DIABAIDE, autres projets)
  9. Poursuivre le développement des soins palliatifs
  10. Définir un cadre cantonal de référence pour la politique gériatrique
  11. Mettre en place dans chaque réseau de soins une coordination gériatrique
  12. Valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation
  13. Soutenir les projets locaux conformes à la politique gériatrique cantonale
  14. Assurer le pilotage de la politique gériatrique et le suivi statistique
- Assurer une offre suffisante en **personnels de santé**
  15. Poursuivre les programmes de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s et de mise à niveau des compétences des infirmiers et infirmières assistant-e-s
  16. Soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignant-e-s et à la valorisation de l'image des professions
  17. Poursuivre le projet de formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes, ainsi que les pédiatres, et favoriser l'acquisition de connaissances en matière de managed care
  18. Soutenir le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (Projet ForOm NV)
  19. Développer un système d'information cantonal sur la démographie médicale
  20. Adapter le dispositif de garde afin d'assurer la garde médicale dans toutes les régions du canton
  21. Améliorer la relève médicale par une meilleure coordination de la formation postgraduée
- **Promouvoir la santé**, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires
  22. Poursuivre les actions de prévention des maladies cardiovasculaires et mettre en œuvre le programme "Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux"
  23. Consolider les programmes de prévention des dépendances
  24. Poursuivre la mise en œuvre du "Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents"
  25. Conduire un programme cantonal de vaccination contre le papillomavirus (HPV) chez les jeunes filles
  26. Consolider les prestations du planning familial et adapter l'éducation sexuelle aux nouveaux défis

27. Développer des mesures préventives pour prolonger l'autonomie des personnes âgées
28. Poursuivre le programme de dépistage du cancer du sein et étudier l'opportunité de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon, voire d'autres types de cancer
29. Renforcer le dispositif de surveillance et de prise en charge des maladies transmissibles
30. Conduire les cinq programmes prioritaires retenus par le plan de santé mentale
  - Poursuivre la **réorganisation hospitalière**
31. Construire l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais et mettre en place sa structure de direction
32. Réaliser les infrastructures nécessaires à la mise en place de la filière cantonale de neuroréhabilitation
33. Réaliser les investissements hospitaliers conservatoires et de réorganisation
34. Mettre à jour les missions des hôpitaux pour assurer une répartition efficiente des prestations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux périphériques
  - Renforcer le **pilotage du système**
35. Mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins
36. Etablir un bilan et une veille technologiques
37. Etablir de nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux
38. Réformer les modalités de financement de l'hébergement médico-social
39. Réformer la gouvernance de l'aide et des soins à domicile
40. Réformer la gouvernance de la prévention
41. Renforcer les mesures permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins
42. Faire adopter une stratégie cybersanté conforme aux orientations fédérales et la mettre en œuvre
43. Poursuivre et renforcer les collaborations intercantionales dans le domaine de la santé

## **2.2 Postulat Martinet**

Le 28 août 2007, M. le député Philippe Martinet a déposé un postulat intitulé "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé". Le Conseil d'Etat profite du présent rapport sur la politique sanitaire, en particulier de ses développements consacrés à la prévention et à la promotion de la santé, pour transmettre au Grand Conseil son rapport sur ce postulat.

## **3 PLAN STRATÉGIQUE CHUV**

### **3.1 Résumé de l'évaluation du plan stratégique CHUV 2004-2007**

#### *3.1.1 Bilan*

Au terme des quatre années de réalisation de la stratégie institutionnelle du CHUV 2004 à 2007, le bilan est largement positif si l'on considère les nombreux développements qui ont été réalisés et les résultats tant quantitatifs que qualitatifs que l'on a déjà pu observer dans de nombreux domaines au sein de l'institution.

De nombreux projets ambitieux ont été conduits avec succès. Citons les exemples de la modernisation et consolidation du Centre romand des grands brûlés, la création du Service de transplantation d'organes en partenariat avec les HUG, le développement de l'Unité d'antalgie, la création du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil en partenariat avec le Centre intégratif de génomique Centre intégratif de génomique (CIG) de l'UNIL, la création du Centre d'imagerie biomédicale en partenariat UNIL-EPFL-HUG-CHUV, la création de l'Unité de Médecine des violences ainsi que le développement en cours des pôles d'excellence tels que le Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques (CardioMet) ou la partie clinique du futur Centre du cancer de Lausanne. De nombreuses autres actions ont été menées dans les domaines des ressources humaines, de la formation et de la

recherche. Ce ne sont pas moins de 32 projets et programmes qui ont été lancés durant ces quatre ans. Ces projets ont atteint différents niveaux d'avancement. A l'exception de l'un d'entre eux qui fait l'objet d'une étude détaillée, ils sont actuellement entrés dans la phase de réalisation ou d'exploitation courante. L'avancement de l'ensemble des projets du plan stratégique figurent dans le tableau ci-après. Depuis 2004, de manière générale, le plan stratégique a été largement adopté par les cadres du CHUV qui s'y réfèrent pour assurer les développements et actions mises en place au sein des services. Le plan stratégique a permis de fédérer les cheffes et chefs de projets autour d'une méthodologie de travail commune. Des reportings réguliers destinés à la Direction ont permis de valoriser le travail effectué au sein des services.

En dépit d'un contexte budgétaire particulièrement serré, le CHUV a mis les moyens à disposition sur son enveloppe budgétaire pour développer les projets prioritaires qui y étaient inscrits. Le financement consacré aux développements des projets et programmes du plan stratégique a été progressif au fil des ans (0.9 mio en 2004, 4,4 mios en 2005, 6.2 mios en 2006, 7.5 mios en 2007).

Les difficultés principales rencontrées lors de la mise en œuvre de certains projets ont été les conséquences, parfois sous-estimées, de leur complexité en termes d'engagement de personnel qualifié, de gestion d'équipes hétérogènes travaillant au sein de différents services et de l'apprentissage de l'interdisciplinarité dans un système qui reste fortement cloisonné par service, par unité spécialisée, etc. La gestion des priorités des collaboratrices et collaborateurs - qui n'avaient pas forcément de temps dédié au développement d'un projet - et la résistance au changement ont constitué autant de freins. Les difficultés structurelles dans les développements interinstitutionnels (Centre du cancer, Bioengineering, par exemple) ont, de plus, été des facteurs complexes à gérer et ont de facto empêché un déploiement sans à coup des programmes.

Pour faire face à cet état de fait, une évaluation a priori sur la base de critères de faisabilité et d'utilité sera effectuée dans le cadre de l'identification et de la mise en œuvre des projets du nouveau plan stratégique. La question de la pérennisation des projets, à savoir leur intégration, à terme, dans l'exploitation ordinaire sera également traitée dans cette phase préliminaire.

En résumé, la mise en œuvre du plan stratégique 2004-2007 a permis de réaliser les développements nécessaires pour positionner le CHUV face aux défis actuels et futurs. Le prochain plan stratégique permettra de consolider ces axes, de les développer ou d'en lancer de nouveaux tout en tirant profit de l'expérience acquise.

### 3.1.2 Etat d'avancement des projets

<b>Stratégie I : Assurer le rôle d'hôpital universitaire pour mieux répondre aux besoins de la population lausannoise et cantonale</b>		
<b>Libellé</b>	<b>Rappel de l'objectif global</b>	<b>Etat d'avancement</b>
Permanence de soutien aux victimes de violence et de maltraitance (011102)	Améliorer la qualité des soins dispensés par les Hospices/CHUV aux adultes victimes de violence et offrir à l'ensemble du canton de meilleures prestations médico-légales en matière de prise en charge des victimes. Assurer une politique coordonnée en matière de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) de la violence afin de mieux exploiter les ressources médico-sociales à disposition dans le canton. Développer un axe de recherche en médecine et santé communautaires dans le domaine de la violence.	En exploitation courante
Détection précoce des premiers épisodes psychotiques (010702)	Amélioration du traitement de la phase précoce des troubles psychotiques, diminution de la durée de psychose non traitée, identification des sujets à haut risque et de la phase prodromique et développement d'un pôle de compétence clinique et de recherche dans le domaine de la psychose émergente.	En exploitation courante
Renforcement de l'unité de psychiatrie légale (010702)	Créer un centre d'excellence national dans le domaine de la psychiatrie légale, autant dans le domaine de l'évaluation des situations impliquant la justice (par exemple les expertises psychiatriques, les situations de violence, la dangerosité, etc.) que dans la prise en charge psychiatrique des personnes étant dans un milieu pénitentiaire ou sous le coup d'une mesure de sûreté (par exemple : art. 43 ou 44 du CP) ou d'une mesure de protection (par exemple les privations de liberté à des fins d'assistance -PLAFA).	En cours de réalisation
"Liaison" - renforcement de l'encadrement et des interventions pédopsychiatriques à l'H'opital de l'enfance (HEL)	L'objectif global était de répondre de manière satisfaisante aux demandes d'hospitalisation et diminuer le sentiment de saturation des places d'hospitalisation pour adolescents dans le canton.	En exploitation courante
Renforcement de l'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique destinée aux adolescents, 13-18 ans (UHPA) (010703)	L'extension de l'UHPA a été décidée dans un premier temps en dehors du programme OPTIC et intégrée dans ce programme en complémentarité avec la mise en place de l'Antenne d'intervention dans le milieu pour adolescents (AIMA) dans le cadre plus global de l'amélioration des soins aux adolescents. L'objectif global était de répondre de manière satisfaisante aux demandes d'hospitalisation et diminuer le sentiment de saturation des places d'hospitalisation pour adolescents dans le canton.	En exploitation courante
Programme de psychiatrie communautaire (010703)	Pallier les effets de la désinstitutionnalisation. Réduire la stigmatisation et la marginalisation de personnes souffrant de troubles sévères. Optimiser la coopération avec les soins de première ligne et entre les unités psychiatriques	En cours de réalisation

	hospitalo-ambulatoires. Faciliter l'accès et la sortie des soins spécialisés lorsqu'ils sont requis.	
Psychiatrie et migrants : création d'un programme de liaison, de formation, de monitoring et de soutien aux soins psychiatriques destinés aux migrants	Améliorer l'accès, l'orientation et la qualité des soins prodigués aux personnes migrantes, optimiser l'utilisation des ressources par une meilleure coordination de la chaîne de soins et un renforcement des partenariats, développer et mettre en valeur les compétences requises.	En cours de réalisation
Structure spécialisée dans le traitement des troubles du comportement alimentaire (TCA)	Augmenter et rendre plus efficace l'offre de soins dans le domaine des TCA, développer une consultation ambulatoire au sein du Service de psychiatrie de liaison (SPL), optimiser le suivi des patients hospitalisés dans le Département de Médecine Interne (DMI) du CHUV, mener une réflexion autour de l'ouverture de lits TCA en milieu psychiatrique, renforcer la collaboration entre les différentes structures de soins, créer un lieu de soins ambulatoires réunissant des partenaires psychiatres adultes, pédopsychiatres et somaticiens et développer des modules de formations dans le domaine des TCA.	En cours de réalisation
Prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité état-limite avec comportements suicidaires et para suicidaires	Mettre en place un programme de prise en charge thérapeutique du trouble de personnalité borderline.	En exploitation courante
Renforcement de l'approche multi-disciplinaire pour la prise en charge des personnes âgées	L'objectif global est de définir et d'organiser la prise en charge des personnes âgées dans l'hôpital et de régler les interfaces à l'entrée des patients au Centre interdisciplinaire des urgences (CIU) et à la sortie des patients (EMS, CMS, ...) en tenant compte des spécificités liées à ces patients.	En exploitation courante
Mise en œuvre d'un projet visant à l'amélioration de l'orientation client	Améliorer l'offre pour les patients privés, avec notamment l'identification de la population cible, la définition des activités dont le développement est prioritaire, la stratégie de communication de cette activité.	Etude détaillée en cours
Réorganisation des soins intensifs de médecine et de chirurgie (010601)	Améliorer le modèle de gestion des soins intensifs afin de rendre ces services plus flexibles et plus orientés sur les besoins des patients et des "clients internes" (coût, prix unitaire, délai de production, segmentation des clients internes, etc.).	En exploitation courante
Renforcement des structures du Centre Romand des grands brûlés (010601)	Assurer une prise en charge et des soins de qualité aux grands brûlés et patients assimilés de Suisse romande, développer un réseau romand permettant d'assurer une prise en charge complète des grands brûlés, développer une collaboration avec les autres centres nationaux (adultes et pédiatriques), développer un enseignement et une recherche spécifique sur les brûlés basés sur les critères de l'American Burn Association (ABA).	En cours de réalisation

Réorganisation du bloc opératoire	Réaliser les transformations architecturales nécessaires au bloc opératoire pour assurer un maintien optimal de la qualité des prestations et faire face aux nouveaux besoins grâce à l'agrandissement et à la restructuration des salles d'opération, la réorganisation des locaux pour les soins pré et post-interventionnels et la création d'un magasin central, notamment.	En cours de réalisation
Définition des besoins en termes d'équipements et de surfaces au niveau des plateaux techniques du BH07 (010601)	Examiner le fonctionnement actuel des plateaux techniques impliqués dans des activités interventionnelles du BH 07 et leurs perspectives de développement. En fonction des constats, des solutions de réorganisation sur les plans organisationnel, architectural, des flux financiers et du système d'information seront proposées en vue d'une optimisation et d'une rénovation des plateaux techniques.	En cours de réalisation
Réorganisation du Département médico-chirurgical de pédiatrie (011101)	A la suite des travaux de "Pédiatrie 2010", continuer à améliorer la qualité de la prise en charge et de l'organisation du Département médico-chirurgical de pédiatrie.	En exploitation courante
Finalisation de la mise en œuvre de l'unité d'antalgie (010106)	Finaliser la mise en œuvre d'une unité d'antalgie rattachée au service d'anesthésiologie afin de prendre en charge les diagnostics et les thérapies des syndromes de la douleur au sein d'une équipe multidisciplinaire.	En exploitation courante
Création d'une unité de soins palliatifs (010105)	Création d'une unité de soins palliatifs de dix lits afin de compléter le dispositif cantonal dans un but de formation et de recherche.	En cours de réalisation
Plateforme d'investigation et de recherche sur le sommeil et ses troubles	Mettre en commun les connaissances respectives du CHUV et de l'Université de Lausanne (CIG) dans le domaine clinique et de la recherche en matière de pathologies du sommeil pour créer le Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil et ses troubles.	En exploitation courante

**Stratégie II : Développer un nombre limité de pôles pour concentrer les efforts en médecine de pointe**

<b>Libellé</b>	<b>Rappel de l'objectif global</b>	<b>Etat d'avancement</b>
Cardiovasculaire (021201)	Regrouper des unités cliniques du CHUV et des groupes de recherche des départements de la Faculté de Biologie et de Médecine pour créer un Centre d'excellence à Lausanne dans les domaines cardio-vasculaire et métabolique. Les activités de CardioMet se développent dans les domaines de soins, de la recherche et de la formation.	En cours de réalisation
Oncologie (021002)	Fédérer les services concernés par l'oncologie autour d'objectifs communs, développer l'activité clinique en augmentant l'attractivité du pôle et en favorisant l'introduction de nouvelles modalités thérapeutiques, renforcer les liens entre l'activité clinique et la recherche en développant la recherche translationnelle, gérer le développement du pôle oncologie par la mise en place de structures et de collaborations adaptées selon les propositions	En cours de réalisation

	et recommandations faites par le groupe oncologie du projet OPTIC.	
Transplantations (021207)	Créer puis mettre en œuvre un service hospitalo-universitaire de transplantation (CTO) au CHUV en tenant compte de la répartition des transplantations entre Vaud et Genève et créer puis mettre en œuvre un Centre Universitaire Romand de Transplantation (CURT) entre le CHUV et les HUG.	En exploitation courante
Neurosciences psychiatriques (021210)	Consolider un pôle de médecine de pointe dans le domaine de la schizophrénie au CHUV. Les buts à atteindre à la fin du projet sont notamment la constitution d'une cohorte "schizophrénie" résultant des besoins scientifiques des partenaires du Module thématique de recherche "schizophrénique" (MTR), ce qui suppose, l'ordonnement de la participation des patients aux diverses recherches afin de ne pas les sursolliciter, la mise en place d'une plateforme de coordination et de communication au sein du MTR, le soutien et coordination des requêtes issues du MTR au Fonds national ou à d'autres fonds.	En cours de réalisation
Génie biomédical (Bioengineering)	Favoriser la recherche dans un domaine prometteur et assurer un rôle de diffusion en mettant à profit son aspect stratégique crucial au niveau lémanique et européen.	En cours de réalisation
Imagerie biomédicale	Créer et poursuivre le développement d'une plateforme technologique de pointe qui délivrera des prestations accessibles aux chercheurs et cliniciens afin d'établir les ponts nécessaires contribuant à une démarche de recherche translationnelle.	En exploitation courante
<b>Stratégie III : Renforcer la capacité d'innovation à travers la recherche et la formation</b>		
<b>Libellé</b>	<b>Rappel de l'objectif global</b>	<b>Etat d'avancement</b>
Création d'une Direction commune de la recherche et de la formation	Développer une direction entre la FBM et le CHUV chargée de la gestion des domaines relatifs au savoir : recherche, enseignement et formation. Ceci prend en compte le développement d'une base de données pour la gestion de la recherche et le renforcement de l'encadrement et de la formation.	En exploitation courante
<b>Stratégie IV : Renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé</b>		
<b>Libellé</b>	<b>Rappel de l'objectif global</b>	<b>Etat d'avancement</b>
Création d'un département de l'appareil locomoteur	Créer un nouveau Département et développer la prise en charge globale, médicale et chirurgicale, des patients adultes souffrant de pathologies du système musculo-squelettique, en intégrant l'ensemble des spécialités.	En exploitation courante
<b>Stratégie V : Affronter le contexte de pénurie des professionnels en améliorant la gestion des ressources humaines.</b>		
<b>Libellé</b>	<b>Rappel de l'objectif global</b>	<b>Etat d'avancement</b>

Déploiement de responsables RH au sein des départements (050301)	Renforcer les effectifs en charge des ressources humaines dans les Départements.	En exploitation courante
Développement de services en faveur du personnel (050303)	Affronter la pénurie de personnel en faisant de l'institution une destination professionnelle plus attractive et un lieu de travail plus agréable.	En exploitation courante
Développement d'un programme de lutte contre les abus d'alcool (050302)	Mettre en place un programme de formation et d'information pour lutter contre les abus d'alcool sur le lieu de travail.	En exploitation courante
Etablir une politique des ressources humaines institutionnelle (050302)	Définir, diffuser et faire vivre une politique des ressources humaines au sein de l'institution.	En exploitation courante
<b>Stratégie VI : Rechercher l'efficience et assurer l'équilibre financier de l'institution</b>		
<b>Libellé</b>	<b>Rappel de l'objectif global</b>	<b>Etat d'avancement</b>
Projet OUI	Réduire les coûts liés au manque de productivité, aux ressources d'assistance et à la gestion du volume d'information. Etablir un socle commun à tous les utilisateurs informatiques de l'institution dans le domaine des connaissances de base en informatique (windows en réseau) et de la gestion des documents.	En exploitation courante

### 3.2 Résumé du plan stratégique CHUV 2009 - 2013

#### 3.2.1 Contexte et enjeux

##### Principaux enjeux

L'élaboration du plan stratégique précédent avait permis de prendre conscience d'une série d'enjeux dont plusieurs se révèlent toujours d'une grande actualité :

- **Le profil de la population change significativement** :vieillesse démographique, paupérisation, mouvements migratoires et croissance de la population vaudoise. Si l'espérance de vie augmente, on assiste parallèlement à un accroissement des maladies chroniques et des situations de dépendance, toutes choses qui conditionnent les soins et leur organisation.
- **La population, les patient-e-s et leurs proches ont de nouvelles attentes** :mieux informé-e-s, ils et elles expriment le désir de prendre part aux décisions qui les concernent ; un nouveau partenariat qui implique une adaptation sensible de la formation du personnel. Les patients ont également une autre perception en matière de qualité de vie et de développement durable, évolution dont le CHUV doit tenir compte.
- **La "capacité de production"**(par "capacité de production", il est communément sous-entendu la capacité – ou incapacité – de répondre aux demandes de prise en charge et traitements divers) **du CHUV constitue un frein majeur à son développement** :notamment son infrastructure en partie vieillissante, combinée aux insuffisances du dispositif en aval (EMS). L'engorgement chronique que connaissent ses structures représente un handicap dans la gestion de l'activité courante et dans l'intégration de nouvelles activités qu'elles soient de soins ou de recherche.

- **La collaboration avec d'autres institutions et le travail en réseau (réseau lémanique, académique, hôpitaux régionaux, secteurs dans le domaine de la santé, etc.) sont appelés à se développer** : compte tenu de la pénurie qui frappe et frappera certains secteurs, il est urgent d'améliorer et d'harmoniser les programmes de formation, en particulier de formation post-graduée, pour assurer la relève des professionnel-le-s de santé sur les plans académiques, hospitaliers et ambulatoires.
- **Les débats nationaux sur le financement hospitalier et la répartition des spécialités de la médecine hautement spécialisée (MHS) se poursuivent** : ils auront vraisemblablement des conséquences majeures sur le fonctionnement du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine (FBM) à l'horizon 2012.
- **La mise en concurrence s'accroît** : la dernière révision de la LAMal, adoptée par les Chambres fédérales, introduit la liberté de choix de l'hôpital sur le plan suisse. La concurrence est déjà perceptible avec les cliniques privées vaudoises dans certaines spécialités. Elle sera de fait renforcée par l'introduction du système SwissDRG dès 2012, de même que par l'introduction progressive d'indicateurs de mesure de la qualité qui, à terme, faciliteront les comparaisons entre établissements ("benchmarking").
- **La pression économique reste constante. Les exigences en gestion se sont accrues parallèlement à l'augmentation des coûts et la maîtrise des finances publiques.** Sur le plan clinique, afin de ne pas priver certain-e-s patient-e-s d'un traitement nécessitant des ressources équivalentes (maximisation de l'utilité), il devient d'autant plus essentiel d'identifier les traitements thérapeutiques par leur efficacité démontrée au préalable selon les principes de la médecine fondée sur les preuves ou "Evidence Based Medicine" (EBM).

### Une vision pour le CHUV

*Le CHUV est un centre hospitalier universitaire de référence, accessible à toutes et à tous, ancré dans sa région et au cœur d'un réseau académique d'exception. Il place le bien-être des patient-e-s au centre de ses préoccupations et met à leur service comme à celui de leurs proches la maîtrise des savoirs et des techniques les plus actuels avec l'ambition constante de former les professionnel-le-s de demain.*

Portée par la Direction générale, cette vision représente l'ambition de l'institution. Elle renforce son identité et se traduit par son engagement dans la réalisation du présent plan stratégique et des objectifs et chantiers prioritaires qui en découlent.

### 3.2.2 Synthèse des objectifs et chantiers prioritaires 2009 - 2013

#### Programmes stratégiques transversaux

Ces programmes traitent de problématiques majeures de santé publique et concernent la plupart des départements du CHUV.

PROGRAMMES	OBJECTIFS GLOBAUX	BENEFICES PRINCIPAUX ATTENDUS
<b>Vieillesse et personnes âgées</b>	Développer une culture de la prise en charge de la personne âgée au sein du CHUV et adapter le dispositif organisationnel au phénomène du vieillissement.	Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans les différents lieux de soins. Prévention des maladies par un dépistage précoce des pathologies dégénératives.
<b>Nutrition et troubles du comportement alimentaire (TCA)</b>	Fédérer et développer les expertises existantes au CHUV afin d'optimiser les prises en charge ambulatoires et hospitalières, l'enseignement et	Mise à disposition de la population d'une unité d'hospitalisation et d'un hôpital de jour pour une prise en charge optimale des troubles du comportement alimentaire ("TCA" tels l'anorexie, la boulimie) ainsi que d'une structure pour la

	la recherche.	prévention et la prise en charge de l'obésité infantile. Meilleure intégration de l'Unité de nutrition clinique dans les problèmes de nutrition au sens large.
<b>Santé mentale</b>	Déployer, au sein du nouveau Département de psychiatrie, des projets transversaux sur les trois secteurs Nord, Ouest et Centre en cohérence avec les priorités du plan de santé mentale vaudois.	Meilleure capacité à orienter dans le réseau, à évaluer et soutenir les patient-e-s présentant des troubles et/ou un handicap psychiques. Amélioration de l'adéquation entre la prescription médicamenteuse et la pathologie.
<b>Populations vulnérables</b>	Doter le CHUV de compétences interdisciplinaires et de moyens d'intervention répondant aux besoins des individus cumulant des facteurs de vulnérabilité.	Amélioration de la coordination entre les acteurs impliqués permettant une meilleure orientation des cas dans les infrastructures existantes et une réponse plus adéquate aux besoins peu ou mal couverts.
<b>Formation post-graduée</b>	Structurer la formation post-graduée des personnels de santé dans le but d'assurer la relève en associant étroitement les hôpitaux périphériques et les autres partenaires.	Meilleure attractivité et compétitivité du CHUV et de la FBM dans la formation des médecins assistant-e-s et des autres professionnel-le-s se traduisant par une optimisation de la qualité des formations offertes.

### Centres d'excellence

Ces centres ont pour ambition d'être des centres de référence dans leur domaine au niveau national.

CENTRES	OBJECTIFS GLOBAUX	BENEFICES PRINCIPAUX ATTENDUS
<b>Maladies cardio-vasculaires et métaboliques</b>	Offrir une prise en charge rapide, compétente, coordonnée et optimisée en fonction des pathologies cardio-vasculaires et métaboliques les plus aiguës et les plus fréquentes.	Diminution effective de la mortalité due à une meilleure prise en charge des affections cardio-vasculaires et métaboliques, ainsi que diminution des délais et listes d'attente, et de manière générale, de la durée moyenne de séjour. Meilleure orientation des cas en fonction des pathologies. Augmentation de la visibilité nationale et internationale par une recherche de haute qualité.
<b>Cancer</b>	Regrouper les services du CHUV/UNIL et le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO) afin de développer, au sein d'un Centre du cancer, un programme clinique et un programme de recherche qui rassemblent tous les services et groupes de recherche ayant une thématique oncologique.	Meilleure prise en charge des patient-e-s oncologiques par le biais de mesures visant à améliorer leur qualité de vie. Meilleure intégration entre la clinique et la recherche créant les conditions favorables aux développements liés à la détection précoce des cancers et aux nouveaux moyens thérapeutiques. Augmentation de la visibilité nationale et internationale par une recherche de haute qualité.
<b>Neurosciences cliniques</b>	Créer un centre de neurosciences cliniques pour promouvoir l'excellence des soins, de la recherche	Meilleure coordination de la prise en charge des pathologies aiguës entre les services cliniques concernés.

	et de la formation en étroite collaboration avec l'UNIL, le "Brain and Mind Institute" de l'EPFL et le Centre d'imagerie biomédicale (CIBM).	Introduction de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques dans un but de stabiliser le plus précocement possible les affections neurologiques.
<b>Immunologie et maladies infectieuses</b>	Créer un centre de recherche de rayonnement international dans le domaine de l'immunologie, des maladies infectieuses et de la vaccinologie afin de contribuer au développement de nouveaux agents diagnostiques, thérapeutiques et de vaccins.	Existence à Lausanne d'un pôle de recherche fondamentale et appliquée unique en Europe, sis sur le site d'Epalinges, fédérant l'ensemble des équipes de recherche et de clinique concernées. Au plan international, contribution effective au développement de nouveaux moyens thérapeutiques de lutte contre les maladies inflammatoires, infectieuses et immunologiques.
<b>Bioengineering et ingénierie médicale</b>	Maintenir et renforcer les collaborations existantes en développant prioritairement les techniques de thérapies cellulaires.	Amélioration des infrastructures qui permettront aux chercheurs et chercheuses de réaliser les différentes étapes nécessaires à la validation clinique des projets en cours (greffes de peau, d'os, de vessie, de cornée).

#### Amélioration des conditions cadres : chantiers prioritaires

<b>CHANTIERS</b>	<b>OBJECTIFS GLOBAUX</b>	<b>BENEFICES PRINCIPAUX ATTENDUS</b>
<b>"Ecole de biologie et de médecine"</b>	Regrouper dans une organisation et une gouvernance commune la FBM et le CHUV afin de simplifier et d'optimiser son fonctionnement.	Renforcement du positionnement et du rayonnement de la nouvelle entité au plan national. Renforcement de la collaboration entre clinique et recherche au bénéfice des patient-e-s.
<b>Réseau hospitalier romand</b>	Se positionner au plan national dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Consolider les réseaux hospitaliers vaudois et romand au sein duquel le CHUV joue le rôle d'hôpital de référence.	Réduction des délais d'attente pour les traitements spécialisés au CHUV. Meilleure répartition des patient-e-s entre le CHUV et les hôpitaux périphériques et valorisation des compétences existantes au sein de ces différentes structures.
<b>Prise en charge des patient-e-s</b>	Assurer une meilleure continuité de traitement entre et pendant les phases de diagnostic et de soin, ainsi qu'une meilleure maîtrise de l'ensemble du processus de prise en charge par le biais, notamment, de démarches visant l'amélioration continue.	Prise en charge mieux adaptée aux besoins spécifiques des patient-e-s et évaluée par le biais d'indicateurs de résultats cliniques. Itinéraires cliniques, protocoles et guides de pratique clinique basés sur les principes de la médecine par les preuves en exploitation.
<b>Plateformes de recherche clinique</b>	Recherche clinique : améliorer sa qualité et son efficacité en offrant une infrastructure cohérente. Biobanque : déployer un cadre éthique, légal et administratif des collections de matériels biologiques.	Conduite d'essais cliniques dans des conditions optimales pour les volontaires et les malades étudié-e-s. Maîtrise de l'ensemble des collections et harmonisation des procédures.

<b>Systèmes d'information</b>	Développer un "dossier patient informatisé" en cohérence avec la stratégie e-Health de la Confédération. Favoriser les échanges structurés de données à l'interne et à l'externe.	Amélioration de la qualité des diagnostics médicaux et de la sécurité de la prise en charge des patient-e-s. Amélioration de la capacité à mesurer et maîtriser l'activité.
<b>Ressources humaines</b>	Attirer, motiver et retenir les meilleur-e-s professionnel-le-s en veillant à assurer la relève.	Augmentation de la satisfaction des collaboratrices et collaborateurs et amélioration des capacités de management et de gestion d'équipe des cadres.
<b>Infrastructures</b>	Planifier et construire les espaces pour garantir les missions de soins et de recherche en assurant la cohérence de l'organisation spatiale et fonctionnelle des infrastructures.	Désengorgement de la cité hospitalière et modernisation des infrastructures en adéquation avec les besoins actuels et futurs.
<b>Développement durable</b>	Poursuivre les objectifs prioritaires fixés par le Conseil d'Etat en matière de développement durable en étendant le périmètre à l'ensemble de l'institution.	Application des principes du développement durable par l'ensemble du personnel. Economies réalisées dans la gestion des déchets et la consommation d'énergie.

### 3.3 Position du Conseil d'Etat

#### 3.3.1 Introduction

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

Ce dernier, résumé au ch. 3.1 ci-dessus, n'appelle pas d'autres commentaires. Quant au plan stratégique pour les années à venir (résumé sous ch. 3.2 ci-dessus), établi par le CHUV en concertation avec la Faculté de biologie et de médecine (FBM), il définit les principales orientations pour la période 2009 - 2013. Il appartient donc au Conseil d'Etat d'assurer la conformité de ce plan avec son programme de législature et avec les lignes directrices de son rapport sur la politique sanitaire.

#### 3.3.2 Commentaires

D'une manière générale, les liens entre les objectifs du plan stratégique du CHUV et les actions du rapport sur la politique sanitaire sont nombreux, comme le Conseil d'Etat l'a mis en évidence dans son rapport. Un examen plus détaillé des objectifs et chantiers prioritaires du CHUV permet de préciser ces liens et d'apprécier la pertinence des projets du CHUV.

##### Programmes stratégiques transversaux

**Viellissement et personnes âgées:** Le Conseil d'Etat partage les constats faits par le CHUV. Les objectifs du CHUV sont compatibles avec les actions liées au développement de la politique gériatrique qui figurent dans le rapport sur la politique sanitaire. Parmi les objectifs communs figurent notamment une prise en charge adaptée aux patient-e-s âgé-e-s (orientation, itinéraires cliniques dans l'institution), un travail en réseau avec les autres institutions (continuité des soins) et un renforcement des compétences gériatriques des soignant-e-s (évaluation gériatrique notamment).

**Nutrition et troubles du comportement alimentaire:** Le dépistage de la malnutrition chez les personnes âgées et la promotion d'une alimentation équilibrée constituent des objectifs partagés. Même si elle n'est pas mentionnée explicitement dans son rapport sur la politique sanitaire, le Conseil

d'Etat approuve la création d'une unité spécialisée TCA (Troubles du comportement alimentaire).

**Santé mentale** : Les projets du nouveau Département de psychiatrie, qui sont transversaux aux trois secteurs psychiatriques (Nord, Ouest et Centre) sont en cohérence avec les priorités du plan de santé mentale vaudois. La mise en œuvre du plan de santé mentale constitue une mesure du programme de législation.

**Populations vulnérables** : Les objectifs définis par le CHUV dans le but de mieux répondre aux besoins des populations démunies qui cumulent des facteurs de risque peuvent être mis en relation avec plusieurs actions du rapport sur la politique sanitaire, notamment les actions no 23 "Consolider les programmes de prévention des dépendances", no 24 "Poursuivre la mise en œuvre du Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents" et no 30 "Conduire les cinq programmes prioritaires retenus par le Plan de santé mentale".

**Formation post-graduée** : Cet objectif du CHUV touche l'ensemble des personnels de la santé et son but est d'assurer la relève. Le rapport sur la politique sanitaire prévoit également des actions (nos 17 à 21) qui visent à favoriser la relève médicale, notamment par une meilleure coordination de la formation post-graduée entre hôpitaux universitaires et non universitaires. La volonté du CHUV de mieux répartir les rôles et responsabilités entre soignant-e-s peut aussi être mise en relation avec l'action no 16 du rapport sur la politique sanitaire "Soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignant-e-s et à la valorisation de l'image des professionnel-le-s". L'action no 12 "Valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation" se préoccupe également de la formation post-graduée des professionnel-le-s de la santé concerné-e-s par la prise en charge des personnes âgées.

#### Centres d'excellence

Le Conseil d'Etat soutient les choix opérés par le CHUV pour les raisons suivantes :

- L'importance des maladies cardio-vasculaires et métaboliques en termes de morbidité, mortalité et consommation de soins, de même que la répartition des greffes décidées entre Lausanne (cœur et poumon) et Genève (foie et pancréas) font qu'il convient de faire de Cardiomet une priorité.
- Le cancer avait été identifié comme pôle de développement prioritaire dans le plan stratégique précédent. Des efforts importants ont déjà été réalisés (extension des surfaces, nouveaux équipements, etc.) et des projets sont en cours. Au vu de la présence à Lausanne de nombreux groupes de recherche dans le domaine oncologique, le Conseil d'Etat encourage la création d'un centre du cancer.
- Suite au développement du Centre de neurosciences psychiatriques à Cery durant ces dernières années, le CHUV veut créer un pôle des neurosciences cliniques englobant également les atteintes cérébrales non psychiatriques. La nécessité d'une coordination et d'une collaboration entre les très nombreux acteurs – clinique et recherche - de ce domaine constitue aux yeux du Conseil d'Etat un argument important en faveur de ce pôle.
- La création d'un centre de recherche dans le domaine de l'immunologie et des maladies infectieuses regroupant l'ensemble des partenaires est logique, compte tenu du nombre d'experts, des connaissances acquises et de l'appui financier privé obtenu par certaines institutions, qui caractérisent la place de Lausanne dans ce domaine. Une opportunité se présente de réunir à Epalinges la plupart des groupes de recherche pour créer des synergies encore inédites.
- La proximité de l'UNIL et de l'EPFL, l'expertise du centre des grands brûlés, le nombre d'experts, la chaire dans le domaine des cellules souches justifient la mise en place d'un pôle de recherche et développement dans le domaine du bioengineering et de l'ingénierie médicale (techniques et thérapies permettant des greffes de peau, d'os, de vessie, etc.).

#### Conditions cadres

**Créer l'"Ecole de biologie et de médecine":** Ce chantier d'une importance considérable correspond à une mesure du programme de législature. Regrouper les activités académiques et hospitalières dans une même entité et les placer sous une même gouvernance permettront de renforcer la collaboration entre soignant-e-s, enseignant-e-s, chercheurs et chercheuses au bénéfice de chacun-e (meilleure continuité des soins, qualité de la formation, etc.). Un premier rapport a été mis en consultation. Sur la base des avis récoltés, un rapport complémentaire sera établi dans le courant de l'été 2008 et fera à nouveau l'objet d'une consultation. La mise en œuvre du projet sera décidée par les instances politiques selon un calendrier dicté par les modifications légales, structurelles et organisationnelles qu'elle implique.

**Consolider les réseaux hospitaliers:** cet objectif peut d'abord être mis en relation avec l'action no 37 "Etablir les nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux", qui découle de l'adoption fin 2007 de la révision de la LAMal. Ainsi, dans le cadre de cette révision, les cantons doivent planifier conjointement et pour l'ensemble du pays le domaine de la "médecine hautement spécialisée" (MHS). La répartition des greffes entre le CHUV et les HUG, de même que la création d'un département de neurochirurgie commun aux deux cantons, ne peut que renforcer la position du CHUV et donc ses chances de pouvoir développer la MHS. La nouvelle loi donnant également aux patient-e-s, à certaines conditions, le libre choix de l'hôpital, le CHUV doit résoudre son problème d'engorgement afin d'être en mesure d'accueillir à l'avenir plus de patient-e-s d'autres cantons. Enfin, à l'échelon cantonal, l'objectif du CHUV est parfaitement compatible avec l'action no 21 déjà mentionnée du rapport sur la politique sanitaire qui a trait à la relève médicale et avec l'action no 34 "Mettre à jour les missions des hôpitaux pour assurer une répartition efficiente des prestations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux périphériques". En effet, la LAMal contraint les cantons à dresser la liste des hôpitaux nécessaires à la couverture des besoins, mais aussi à préciser leurs mandats de prestations. Dans ce but, les médecins du CHUV et des hôpitaux de la FHV participent aux travaux des collègues médicaux cantonaux par spécialité.

**Réorganiser la prise en charge des patient-e-s:** cet objectif renvoie à la notion "d'itinéraires cliniques" pour certaines pathologies, dont les buts sont l'optimisation des processus de traitement et l'amélioration de la continuité des soins et de la satisfaction des patient -e -s. Il est analogue à celui de l'action no 8 du rapport sur la politique sanitaire "Soutenir la création et l'extension de filières par pathologie", à l'instar de la filière DIABAIDE pour les personnes atteintes de diabète. La mise sur pied d'une filière cantonale de neuroréhabilitation, placée sous la direction médicale du CHUV, constitue un autre exemple d'itinéraire clinique (action no 32 du rapport sur la politique sanitaire), qui nécessite la réalisation d'infrastructures dans un but de rationalisation et de masse critique. Cette dernière mesure est également inscrite dans le programme de législature du Conseil d'Etat. L'objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patient-e-s peut être mis en relation avec les actions no 36 "Etablir un bilan et une veille technologiques" et 41 "Renforcer les mesures permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins". Dans le domaine des hôpitaux, cette dernière mesure recouvre plusieurs objectifs que le Conseil d'Etat partage avec le CHUV : promouvoir la sécurité dans la prise en charge des patient-e-s, gérer les risques (incidents critiques) et développer des indicateurs de processus et de résultats.

**Déployer des plateformes de recherche clinique:** Le Conseil d'Etat approuve la création du centre de compétences souhaité par le CHUV pour soutenir la recherche clinique. "L'image de marque", la qualité de la recherche clinique, l'attractivité du CHUV et de la FBM, le financement externe, sont en jeu, notamment. Quant à la biobanque (collection d'échantillons de substances humaines), le chantier identifié par le CHUV est nécessaire pour maîtriser les risques juridiques et éthiques (respect des normes, confidentialité des données).

**Développer les systèmes d'information:** ce chantier tient compte de l'action no 42 de la politique sanitaire "Faire adopter une stratégie cybersanté conforme aux orientations fédérales et la mettre en œuvre". Le projet DOPHIN (Dossier patient informatisé) en particulier, qui vise à faire converger les

systèmes informatiques des institutions subventionnées dans le but de les interconnecter, est commun au CHUV et aux hôpitaux de la FHV. Le projet d'Ecole de biologie et de médecine nécessitera également de repenser le système d'information. Ce dernier contribue de manière importante à plusieurs objectifs tels que l'amélioration de la qualité des soins (développement des itinéraires cliniques notamment) et des processus administratifs.

**Renforcer les ressources humaines:** les améliorations envisagées par le CHUV dans le domaine des ressources humaines permettront entre autres de lutter contre la pénurie de personnels de santé et d'assurer la relève. Ces actions sont en phase avec celles de la ligne directrice "Assurer une offre suffisante en personnels de santé" retenues par le rapport sur la politique sanitaire.

**Développer et moderniser les infrastructures:** Dans son programme de législature, le Conseil d'Etat soutient le développement des infrastructures de l'hôpital universitaire. Les projets qui seront retenus, dans le cadre du Schéma directeur des constructions du CHUV, en cours d'élaboration, suivront les procédures usuelles en matière d'investissements.

**Assurer un développement durable :** les mesures proposées par le CHUV visent à favoriser l'atteinte des quatre objectifs prioritaires de développement durable retenus par le Conseil d'Etat dans son programme de législature. Des économies sont attendues dans les domaines de la gestion des déchets, de la consommation d'énergie, de la gestion du linge et des transports.

### 3.3.3 Conclusion

Le Conseil d'Etat recommande d'approuver les objectifs inscrits par le CHUV dans son plan stratégique, dans la mesure où ils sont en phase avec le programme de législature du Conseil d'Etat et le rapport sur la politique sanitaire. De plus, ces objectifs marquent une continuité avec les choix faits dans le plan stratégique précédent. Comme le CHUV l'a annoncé, les projets qui concrétiseront les programmes inscrits dans le plan stratégique seront financés dans le cadre de l'enveloppe d'exploitation ordinaire du CHUV.

D'une manière générale, le Conseil d'Etat estime fondamental que les bons soins ("Evidence based care"), coordonnés et "centrés sur les patient-e-s", soient donnés en toute sécurité. A la sortie de l'hôpital en particulier et afin de prévenir les complications (réhospitalisations), éviter les erreurs et assurer le suivi du traitement, une bonne coordination des soins est indispensable et l'information donnée aux patient-e-s est cruciale (expliquer le traitement médicamenteux et les effets secondaires par exemple). La gestion des affections chroniques (diabète par exemple), qui touchent en particulier les personnes âgées, lui semble également essentielle. Ainsi que le Conseil d'Etat l'a voulu, ces préoccupations sont bien prises en compte par le plan stratégique du CHUV.

## 4 CONSEQUENCES

### 4.1 Légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Aucune modification légale n'est proposée à ce stade. Par contre, le rapport sur la politique sanitaire annonce plusieurs projets d'EMPL qui seront présentés au Grand Conseil au cours de la législature.

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

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

Au demeurant et dans le respect des procédures en vigueur, les projets qui nécessiteraient, après étude, des réallocations importantes ou des investissements conséquents seront soumis au Grand Conseil.

### **4.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique**

L'évaluation des risques et incertitudes sera présentée au Grand Conseil en même temps que les projets d'EMPD et d'EMPL qui lui seront soumis.

### **4.4 Personnel**

Le rapport sur la politique sanitaire et le plan stratégique CHUV traitent largement de problématiques liées au personnel. Ils annoncent plusieurs mesures qui visent à atténuer la pénurie de personnel paramédical et à assurer la relève médicale.

### **4.5 Communes**

Le rapport sur la politique sanitaire rappelle les nouvelles dispositions légales (Loi sur les réseaux de soins) qui prévoient la participation des communes aux réseaux de soins. Il ne prévoit pas d'autres changements pour les communes. Les éventuelles conséquences liées à des EMPD ou EMPL seront mises en évidence lors de leur présentation au Grand Conseil.

### **4.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie**

Les mesures proposées ont pour vocation de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la population vaudoise et de consolider ou développer le système de santé. En ce sens, ils contribuent au volet "social" du développement durable. Concernant les volets "environnement" et "économie", il n'est pas possible de procéder à une évaluation globale de leurs effets dans un document de cadrage. Les informations seront transmises lorsque les différents objets seront soumis au Grand Conseil.

### **4.7 Programme de législation (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **4.8 Constitution (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **4.9 Plan directeur cantonal (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **4.10 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **4.11 Simplifications administratives**

Néant.

### **4.12 Autres**

Néant.

## **5 CONCLUSION**

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

1. d'approuver le rapport sur la politique sanitaire 2008-2012
2. d'approuver le rapport sur le postulat Martinet "Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé"
3. d'adopter le projet de décret ci-après :



**Rapport du Conseil d'Etat sur la  
politique sanitaire  
2008 - 2012**

**et**

**Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat  
Martinet intitulé « Davantage d'actions de  
prévention pour davantage d'années de  
vie en bonne santé »**

## Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>Première partie : législation 2002-2007 .....</b>	<b>8</b>
I.1 Evolution de la politique sanitaire .....	8
I.1.1 Organisation et financement des hôpitaux.....	8
I.1.2 Prise en charge médico-sociale et coordination des soins.....	9
I.1.3 Promotion de la santé physique et psychique.....	11
I.1.4 Qualité, accessibilité des soins et information de la population.....	13
I.1.5 Formation et conditions de travail.....	14
I.1.6 Libre pratique et offre ambulatoire.....	15
I.2 Activité des institutions subventionnées .....	16
I.2.1 Evolution de la population.....	16
I.2.2 Hospitalisation.....	16
I.2.3 Hébergement.....	18
I.2.4 Aide et soins à domicile.....	19
I.2.5 Urgences préhospitalières.....	20
I.2.6 Institutions de prévention.....	21
I.2.7 Dépenses des services de soins subventionnés.....	24
<b>Deuxième partie : les changements à prendre en compte .....</b>	<b>26</b>
II.1 Evolution démographique et tableau épidémiologique .....	26
II.2 Evolution des technologies.....	29
II.3 Evolution des risques sanitaires .....	30
II.3.1 Les maladies transmissibles.....	30
II.3.2 Autres risques dominants .....	30
II.4 Démographie des professions de la santé.....	31
II.4.1 Professions médicales.....	31
II.4.2 Personnels paramédicaux.....	31
II.5 Evolution du cadre fédéral.....	33
Conclusion .....	35
<b>Troisième partie : intentions du Conseil d'Etat 2008-2012 .....</b>	<b>36</b>
Orientations politiques.....	36
III.1 Adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en œuvre une politique gériatrique .....	38
III.1.1 Capacités de prises en charge modernisées et accrues.....	38
III.1.2 Consolidation des dispositifs de coopération et de coordination.....	39
III.1.3 Développement d'une politique gériatrique.....	41
III.2 Assurer une offre suffisante en personnels de santé .....	43
III.2.1 Lutte contre la pénurie de personnels paramédicaux.....	43

III.2.2 Renforcement de la médecine de premier recours et soutien à la garde médicale.....	44
III.2.3 Soutien à la relève médicale en milieu hospitalier .....	45
III.3 Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires .....	46
III.3.1 Alimentation équilibrée et activité physique.....	46
III.3.2 Dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique).....	47
III.3.3 Autres programmes de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes.....	47
III.3.4 Santé sexuelle et reproductive ainsi qu'éducation sexuelle.....	48
III.3.5 Autonomie des personnes âgées .....	48
III.3.6 Cancer du sein et autres formes de cancers .....	49
III.3.7 Maladies transmissibles (VIH/SIDA, pandémies, ...) .....	49
III.3.8 Santé mentale .....	50
III.4 Poursuivre la réorganisation hospitalière.....	51
III.4.1 Hôpital unique Riviera-Chablais.....	51
III.4.2 Filière cantonale de neuroréhabilitation.....	52
III.4.3 Autres investissements hospitaliers .....	53
III.4.4 Missions des hôpitaux.....	53
III.5 Renforcer le pilotage du système .....	54
III.5.1 Consolidation du dispositif législatif.....	54
III.5.2 Stratégies en faveur de la qualité.....	55
III.5.3 Système d'information .....	56
III.5.4 Collaborations avec les autres cantons.....	57
Conclusion .....	57
<b>Rapport sur le postulat Martinet.....</b>	<b>58</b>
1. Rappel du postulat .....	58
2. Rapport du Conseil d'Etat.....	59
<b>Table des abréviations.....</b>	<b>61</b>

# Résumé

**Le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 est un document qui permet de faire le bilan des actions conduites au cours de la précédente législature, d'analyser les principaux changements survenus ou à venir dans le domaine de la santé et de fixer les lignes directrices ainsi que les actions à conduire au cours des cinq prochaines années.**

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

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

## **Bilan 2003-2007**

Le bilan de la législature écoulée peut être apprécié positivement, compte tenu des ressources nécessairement limitées qui lui ont été affectées dans un contexte d'assainissement des finances cantonales. Les rationalisations introduites dans l'organisation hospitalière, dans les prises en charge médico-sociales ou encore dans le dispositif de prévention rendent ces secteurs incontestablement plus efficaces. L'introduction ou la pérennisation de différents programmes de santé publique se sont avérées pertinentes. Certaines évolutions programmées n'ont cependant pas pu avoir lieu comme par exemple celles liées à la révision de la LAMal qui a échoué en 2004 devant les Chambres fédérales, celles qui auraient découlé de la loi cantonale sur les EMS, rejetée en votation en 2005, ou encore celles qui ont été gelées par manque de moyens du fait des contraintes que la situation économique a imposées au budget de l'Etat.

## **Tendances 2008-2012**

Les principaux changements qu'il faudra prendre en compte durant cette législature sont les suivants :

- l'accélération du vieillissement démographique et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, avec la fragilisation qui leur est liée ;
- la poursuite du développement de l'offre de technologies nouvelles, notamment pour les personnes atteintes de pathologies dégénératives, et l'accroissement du rôle de la médecine prédictive ;
- l'évolution des risques sanitaires, qu'ils soient liés à l'environnement en général ou aux nouveaux modes de vie ;
- la persistance de la pénurie en personnel, aussi bien médical que soignant ;
- un cadre législatif fédéral mouvant, avec une remise en question du partage des responsabilités entre les cantons et la Confédération.

Ces changements augurent de nouveaux défis pour le système de santé vaudois. Quand bien même la politique conduite au cours des dernières années était fondée sur des prévisions démographiques et épidémiologiques correctes, il y a lieu aujourd'hui de l'adapter en fonction de l'importance du vieillissement de la population et du tableau épidémiologique prévu pour les vingt prochaines années. Au centre de l'évolution à venir se trouve la nécessité de prévenir les maladies chroniques et d'accélérer l'adaptation du système de santé à leurs spécificités, au profit de toutes les générations. Les conséquences économiques et sociales de ces pathologies affectent en effet l'ensemble de la société. Les défis principaux consistent donc, d'une part, à faire évoluer notre système de soins **vers un véritable système de santé**, c'est à dire à investir davantage pour maintenir la population en bonne santé et atténuer ainsi autant que possible les coûts pour la soigner et, d'autre part, à compléter notre politique médico-sociale, qui a porté ses fruits jusqu'ici, par une **politique gériatrique** seule à même de favoriser la compréhension et la prise en charge des problèmes liés au grand âge. Il faut ajouter que ces défis ne pourront être relevés qu'en s'appuyant sur des **professionnel-le-s de la santé** en nombre suffisant et disposant des compétences adéquates.

## La réponse du Conseil d'Etat : 5 lignes directrices et 43 actions

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

- Les **services de soins** doivent **continuer leur mue** en vue de s'adapter aux **caractéristiques des affections chroniques**. Il s'agira de maintenir l'effort d'expansion et de diversification des capacités médico-sociales, de renforcer les dispositifs de coordination et de se doter des moyens d'amplifier la composante gériatrique et psychogériatrique de la politique sanitaire.
- Les efforts pour assurer une **offre suffisante en personnels de santé** doivent être renforcés. Ce renforcement se traduira par des actions pour limiter la pénurie de personnels paramédicaux, pour favoriser une nouvelle répartition des tâches entre soignant-e-s et pour soutenir la médecine de premier recours, la relève médicale en milieu hospitalier et la garde médicale.
- Le dispositif de **promotion de la santé** et de **prévention des maladies**, ainsi que les réponses apportées à **d'autres problèmes de santé dominants** doivent être développés. L'accent sera mis sur la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, la prévention des dépendances en général, la promotion de la santé chez les jeunes, la santé sexuelle et reproductive, le maintien de l'autonomie notamment des personnes âgées, le dépistage du cancer du sein et d'autres formes de cancer, la lutte contre les maladies transmissibles et la mise en œuvre du plan de santé mentale.
- La **réorganisation hospitalière** doit être poursuivie. En parallèle à la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013 du CHUV, les actions principales porteront sur la construction de l'Hôpital unique Riviera-Chablais, sur la création d'une filière cantonale de neuroréhabilitation, sur le financement des autres projets de réorganisation et d'adaptation dans les hôpitaux régionaux et sur l'actualisation des missions des hôpitaux.
- Le **pilotage du système** doit être adapté. Cette adaptation concernera le dispositif législatif, en raison des modifications apportées à la législation fédérale – notamment dans le cadre de la révision LAMal – et de la volonté d'améliorer les modalités de gouvernance du système de soins. Elle portera également sur le suivi de l'évolution du progrès technologique, les stratégies en faveur de la qualité et le système d'information orienté « patient ».

Le Conseil d'Etat a identifié 43 mesures opérationnelles distinctes qui s'inscrivent dans ces lignes directrices et qui précisent les orientations retenues par le programme de législature. Elles sont résumées sur la page suivante et la troisième partie du rapport les passe en revue de manière détaillée. L'ensemble de ces actions prévues pour la période 2008-2012 est ambitieux. Cette ambition est à la mesure des défis qui attendent le système de santé suisse et vaudois, contraignant tous les acteurs à faire preuve de créativité pour mettre en place des solutions novatrices et à se mobiliser pour permettre leur réalisation. Le Conseil d'Etat s'engage résolument dans cette voie et soutiendra tous les efforts des acteurs dans ce sens, dans le respect de sa planification financière. L'importance des moyens à investir impliquera de poursuivre l'effort de rationalisation et de maîtrise des dépenses réalisé au cours de la dernière décennie. Une partie des ressources supplémentaires nécessaires devra en effet être obtenue par réallocation des ressources ordinaires existantes. Dans ce même esprit, le Conseil d'Etat s'appuiera chaque fois que possible sur les expériences faites dans d'autres cantons et favorisera la reprise des solutions éprouvées.

## Vue d'ensemble des 43 actions du rapport sur la politique sanitaire 2008-2012

- Adapter les services de soins aux **pathologies chroniques** et mettre en œuvre une **politique gériatrique**
  1. Augmenter les capacités d'hébergement de long séjour, achever la mise en conformité aux normes ECA et amorcer la modernisation du réseau existant
  2. Renforcer les capacités des services d'aide et des soins à domicile
  3. Développer les logements protégés et les structures intermédiaires
  4. Soutenir l'aide informelle et bénévole
  5. Finaliser la mise en œuvre de la loi sur les réseaux de soins
  6. Consolider et faire évoluer le programme BRIO
  7. Soutenir la mise en place de cercles de qualité
  8. Soutenir la création et l'extension de filières par pathologie (Projet DIABAIDE, autres projets)
  9. Poursuivre le développement des soins palliatifs
  10. Définir un cadre cantonal de référence pour la politique gériatrique
  11. Mettre en place dans chaque réseau de soins une coordination gériatrique
  12. Valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation
  13. Soutenir les projets locaux conformes à la politique gériatrique cantonale
  14. Assurer le pilotage de la politique gériatrique et le suivi statistique
- Assurer une offre suffisante en **personnels de santé**
  15. Poursuivre les programmes de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s et de mise à niveau des compétences des infirmiers et infirmières assistant-e-s
  16. Soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignant-e-s et à la valorisation des professionnel-le-s
  17. Poursuivre le projet de formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes, ainsi que les pédiatres, et favoriser l'acquisition de connaissances en matière de managed care
  18. Soutenir le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (Projet ForOm NV)
  19. Développer un système d'information cantonal sur la démographie médicale
  20. Adapter le dispositif de garde afin d'assurer la garde médicale dans toutes les régions du canton
  21. Améliorer la relève médicale par une meilleure coordination de la formation postgraduée
- **Promouvoir la santé**, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires
  22. Poursuivre les actions de prévention des maladies cardiovasculaires et mettre en œuvre le programme « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux »
  23. Consolider les programmes de prévention des dépendances
  24. Poursuivre la mise en œuvre du Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents
  25. Conduire un programme cantonal de vaccination contre le HPV chez les jeunes filles
  26. Consolider les prestations du planning familial et adapter l'éducation sexuelle aux nouveaux défis
  27. Développer des mesures préventives pour prolonger l'autonomie des personnes âgées
  28. Poursuivre le programme de dépistage du cancer du sein et étudier l'opportunité de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon, voire d'autres types de cancer
  29. Renforcer le dispositif de surveillance et de prise en charge des maladies transmissibles
  30. Conduire les cinq programmes prioritaires retenus par le Plan de santé mentale
- Poursuivre la **réorganisation hospitalière**
  31. Construire l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais et mettre en place sa structure de direction
  32. Réaliser les infrastructures nécessaires à la mise en place de la filière cantonale de neuroréhabilitation
  33. Réaliser les investissements hospitaliers conservatoires et de réorganisation
  34. Mettre à jour les missions des hôpitaux pour assurer une répartition efficiente des prestations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux périphériques
- Renforcer le **pilotage du système**
  35. Mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins
  36. Établir un bilan et une veille technologiques
  37. Établir de nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux
  38. Réformer les modalités de financement de l'hébergement médico-social
  39. Réformer la gouvernance de l'aide et des soins à domicile
  40. Réformer la gouvernance de la prévention
  41. Renforcer les mesures permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins
  42. Faire adopter une stratégie cybersanté conforme aux orientations fédérales et la mettre en œuvre
  43. Poursuivre et renforcer les collaborations intercantionales dans le domaine de la santé

# Introduction

Le présent rapport est le troisième du genre. Il suit en cela l'engagement pris par le Conseil d'Etat de présenter, en début de chaque législature, un rapport de politique sanitaire.

Deux exigences fondent une telle démarche. D'abord, le besoin de rendre compte des travaux conduits durant la législature précédente, conformément aux objectifs que s'était assignés le Conseil d'Etat ; ensuite, le souci d'orienter le Grand Conseil au sujet des lignes directrices de la politique sanitaire du Gouvernement et qui, avec celles retenues spécifiquement pour l'hôpital universitaire, fixent sa stratégie pour la présente législature. Cette deuxième exigence est d'autant plus importante que la politique sanitaire requiert des investissements conséquents et qu'un tel rapport permet de les contextualiser avant leur soumission formelle au Grand Conseil pour approbation.

Les modifications du cadre légal fédéral, en particulier les révisions successives de la LAMal, les impacts persistants des tendances lourdes que sont l'accroissement de la population et de son vieillissement, l'évolution des données épidémiologiques et l'émergence de certains risques sanitaires, les développements technologiques issus du secteur biomédical, la nécessité de maîtriser les coûts pour qu'ils restent acceptables pour la collectivité, invitent l'autorité sanitaire à reconsidérer périodiquement sa stratégie.

Si le précédent rapport mettait l'accent sur la politique de soins plus que sur celle de la santé, il n'en va pas de même ici. Certes, l'organisation et la planification hospitalière et médico-sociale demeurent des préoccupations centrales. Elles expriment la réponse collective souhaitable, en termes de dispositifs à mobiliser et de soins à prodiguer, face aux pathologies en présence et à la vague de personnes âgées, issues du baby-boom, qui pourrait bien submerger le système de soins à l'horizon 2020 si rien n'était entrepris immédiatement.

Si donc l'adaptation des capacités de prise en charge est indispensable, le défi se joue aussi dans le changement de culture et de processus de coopération, tout au long de la chaîne de soins, entre les divers services de santé. Ceux-ci se doivent, au sein de chacun des réseaux constitués, d'assurer conjointement la continuité des soins, la qualité, l'efficacité et l'économicité des traitements en faveur d'une population vieillissante, de plus en plus aux prises avec des pathologies multiples. Pour fédérer ces efforts et assurer une mise à disposition cohérente des ressources, c'est une véritable politique gériatrique d'ensemble qui doit être mise sur pied.

L'accent porté parallèlement sur les priorités d'actions dans la promotion de la santé et la prévention des maladies ainsi que dans la santé mentale notamment, font des intentions du Conseil d'Etat le socle d'une véritable politique de santé publique pour la présente législature.

Le rapport sur la politique sanitaire s'accompagne de la présentation au Grand Conseil - exigence légale - du plan stratégique du CHUV qui fait l'objet d'un document séparé. Néanmoins, ces deux documents forment un tout cohérent en phase avec le programme de législature du Conseil d'Etat.

# Première partie : législature 2002-2007

## I.1 Evolution de la politique sanitaire

En mars 2004, le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil un rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2003-2007. Le Conseil d'Etat fondait sa stratégie sur six axes prioritaires qui constituaient le cadre de l'action de l'Etat pour cette période et à partir desquels il a décliné les principaux objectifs qu'il entendait poursuivre. Le présent rapport permet aujourd'hui au Conseil d'Etat de rappeler ces objectifs, axe par axe, et d'indiquer les actions réalisées.

### ***I.1.1 Organisation et financement des hôpitaux***

#### ***Mise en œuvre de la révision de la LAMal***

La révision globale de la LAMal proposée par le Conseil fédéral en 2000 a été rejetée en vote final par le Conseil national à la fin de 2004. Le Conseil fédéral a dès lors décidé de scinder la révision en plusieurs volets soumis individuellement aux Chambres fédérales. Certaines de ces révisions ponctuelles ont aujourd'hui abouti ; d'autres sont toujours en cours de discussion au niveau fédéral. De plus amples précisions seront données ci-dessous, sous ch. II.5. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat n'a pas réalisé les actions prévues pour la mise en œuvre de la révision de la LAMal.

#### ***Réorganisation hospitalière***

Suite à la décision prise en 2004 de modifier la mission de l'Hôpital de St-Loup, les services mère-enfant ont été transférés sur le site d'Yverdon-les-Bains des Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv) et le bloc opératoire a été fermé le soir et les week-ends. Des travaux d'agrandissement ont dès lors été réalisés à Yverdon en 2005 pour accueillir ces services, selon décret du Grand Conseil du 15 mars 2005. En outre, le Conseil d'Etat a chargé le DSAS (Département de la santé et de l'action sociale) de mettre en place un suivi de l'impact sanitaire et économique de cette concentration. Le Grand Conseil a été informé par le Conseil d'Etat des mesures prises, dans le cadre de la réponse fournie en automne 2007 à la 2<sup>ème</sup> observation de la Commission de gestion sur l'exercice 2006.

Dans l'Est vaudois, les études menées depuis 2003 ont permis de confirmer que l'option d'un nouveau Centre hospitalier Riviera-Chablais monosite était qualitativement et économiquement la meilleure solution pour fournir les soins hospitaliers somatiques pour la région. A ce futur hôpital de soins aigus, prévu sur le site de Rennaz, s'ajouteront deux centres de suite de traitement avec une antenne médico-chirurgicale, situés respectivement à Vevey (Samaritain) et à Monthey. Les travaux préparatoires ont également permis de définir les principes d'organisation et le programme des locaux de ce centre hospitalier, de prévoir les moyens de transport nécessaires pour y assurer une desserte régulière, de préparer la demande de crédits pour mener les concours et les études en vue de la construction, ainsi que d'élaborer avec le canton du Valais un projet de convention intercantonale afin de créer un nouvel établissement autonome de droit public.

Dans le domaine de la réadaptation, 19 lits B ont été créés à l'Hôpital de Lavaux en 2007 afin de pallier le manque de lits en la matière dans la région lausannoise. S'agissant de la réadaptation neurologique, les études sur la mise en place d'une filière de neuroréhabilitation et sur la réfection de Plein Soleil ont été menées, sur la base du décret adopté par le Grand Conseil en 2006.

Enfin, le Grand Conseil a accordé au Conseil d'Etat, d'abord en 2004, puis en 2006, les crédits-cadres permettant de financer les investissements de la Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique (FHVi) pour les périodes 2004-2005, puis 2006-2007.

#### ***Investissements conservatoires***

En 2005, le Grand Conseil a adopté quatre décrets qui ont permis de réaliser des investissements dans les hôpitaux de Nyon, de la Riviera, de Morges et d'Yverdon-les-Bains. Il s'agissait d'adapter les bâtiments existants aux normes (radioprotection, ventilation, hygiène hospitalière, sécurité), de procéder à des travaux d'entretien lourds et d'adapter les bâtiments et installations médico-techniques à l'augmentation des besoins découlant de l'évolution démographique. Dans chacun des cas, les hôpitaux concernés ont mis à disposition une participation financière substantielle.

## ***Urgences préhospitalières et garde médicale***

En matière d'urgences préhospitalières, le bien-fondé de la démarche de renforcement achevée en 2001 a été confirmé, puisque les mesures prises ont permis d'absorber une forte augmentation d'activité des différents services. Le dispositif préhospitalier a également dû s'adapter aux grandes manifestations qui ont eu lieu durant la législature 2002-2007, comme l'Expo 02 et le G8 en 2003.

La mise en place courant 2006 d'un numéro unique pour la centrale téléphonique des médecins de garde 0848 133 133 a permis de remplacer 26 numéros différents et ainsi, d'améliorer sensiblement l'accès aux médecins de garde.

## ***Soutien à l'hôpital universitaire***

La période écoulée a été marquée en premier lieu par la mise en œuvre par le CHUV du plan stratégique 2004-2007. De nombreux projets ont connu des avancées significatives, tels que la répartition des transplantations entre les HUG et le CHUV et la constitution du Centre d'imagerie BioMédicale (2004), la consolidation et modernisation du Centre des Grand Brûlés, l'inauguration de « CardioMet - Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques » (2005), la mise en place d'une plateforme d'investigation et de recherche sur le sommeil ainsi que la création d'un Département de l'appareil locomoteur (2006-2007) qui a permis l'intégration de l'Hôpital Orthopédique au sein du CHUV.

Les infrastructures du CHUV ont en outre été modernisées et adaptées pour lui permettre d'accomplir ses missions. On signalera ainsi les crédits d'ouvrage accordés par le Grand Conseil en novembre 2005 pour augmenter les capacités de la Division de néonatalogie et en mars 2006 pour restructurer le Service de radio-oncologie, ainsi que le crédit d'investissement adopté en avril 2007 pour effectuer des travaux sur le site de l'hôpital de Prangins.

Le cadre légal régissant le CHUV a également été revu et adopté par le Grand Conseil en juillet 2007. Cette révision a, notamment, redéfini le rôle respectif des instruments que sont le plan stratégique et le contrat de prestations, ainsi que fixé plus précisément les conditions de travail du personnel médical. Cette dernière modification a permis au Conseil d'Etat d'adopter, début 2008, un nouveau règlement sur les médecins cadres.

Enfin, les années écoulées ont permis de renforcer encore le lien entre le CHUV et l'Université de Lausanne et sa Faculté de biologie et de médecine (FBM). Ce renforcement s'est traduit notamment par l'adoption par le Conseil d'Etat, en novembre 2005, d'un règlement sur la gestion du domaine de l'enseignement et de la recherche en biologie et en médecine et par la création d'un département de l'Enseignement et de la recherche commun à la FBM et à la direction du CHUV.

## ***1.1.2 Prise en charge médico-sociale et coordination des soins***

### ***Aide et soins à domicile***

Le dispositif de l'aide et des soins à domicile a été renforcé pour faire face aux besoins induits par la pression démographique et par la politique de réduction des durées de séjour à l'hôpital. Il comprend ainsi aujourd'hui 45 centres médico-sociaux, répartis sur tout le territoire pour desservir en 2006, en moyenne mensuelle, environ 12'400 bénéficiaires qui, suite à une évaluation globale, reçoivent principalement des soins de base, des soins infirmiers, des repas et de l'aide au ménage. En parallèle, les organisations de soins à domicile (OSAD) privées se sont développées.

### ***Logements protégés***

Les logements protégés pour personnes âgées constituent le troisième pilier de la politique médico-sociale. Leur architecture adaptée permet l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées. Ces logements sont équipés d'un système d'alarme et un encadrement approprié doit être prévu pour garantir la sécurité des locataires 24h sur 24. Ils comprennent en général deux ou trois pièces et la mise à disposition, dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, d'un espace communautaire permettant des échanges, des animations et des manifestations diverses. Lorsque l'état de santé des locataires le nécessite, les soins doivent pouvoir être assurés par un centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile. D'autres prestations comme les repas et le ménage doivent pouvoir être fournies sur demande.

En avril 2007, les services de la Santé publique, des Assurances sociales et de l'hébergement, ainsi que de l'Economie, du logement et du tourisme ont édité une brochure à l'intention des personnes ou institutions souhaitant investir dans la construction de logements protégés. Le document décrit de façon synthétique les conditions requises pour obtenir un appui financier et technique de l'Etat à la conception d'un tel projet.

Les logements protégés ne sont pas soumis à la planification sanitaire. L'Etat peut apporter une aide financière à l'investissement, conformément aux modifications à la loi sur le logement adoptées par le Grand

Conseil en mars 2006. Cette aide consiste en un système de prêt sans intérêts, remboursable, à concurrence de 20% de l'investissement. Sous certaines conditions, une aide individuelle pour financer les prestations spécifiques aux logements protégés peut être octroyée au titre de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS), adoptée par le Grand Conseil en janvier 2006.

Une enquête effectuée en 1999-2000 a permis d'estimer le parc des logements de ce type à environ 1'000 appartements, avec une capacité d'environ 1'500 places. Depuis lors, la capacité d'accueil a été augmentée d'environ 240 logements.

### ***Hébergement médico-social***

Sur la période 2003-2007, le Conseil d'Etat a poursuivi ses efforts pour augmenter l'offre d'hébergement. Une centaine de lits supplémentaires ont ainsi été mobilisés dans des EMS existants. Quant à la construction de nouveaux EMS (programme PIMEMS), elle a été fortement retardée par l'échec en votation populaire, au printemps 2005, de la loi sur les EMS (LEMS), qui avait été adoptée par le Grand Conseil le 7 décembre 2004. Cette loi prévoyait en particulier un nouveau système uniforme de financement des infrastructures des EMS, en transférant sur les résident-e-s de manière contrôlée la charge économique y relative. Elle introduisait en outre des mesures de contrôle de la sécurité et de la qualité des prestations tout en assurant une maîtrise des coûts. Dans ce contexte, seuls deux EMS, La Clairière à Mies et Silo à Echichens, ont pu être modernisés et agrandis dès 2005, conformément aux décrets adoptés par le Grand Conseil en juin 2005.

Pour réaliser la suite du programme PIMEMS et afin de répondre au postulat déposé par le député Payot, le Conseil d'Etat a mené avec les partenaires du domaine médico-social des travaux destinés à trouver des solutions de financement. Ces travaux ont débouché sur l'adoption par le Grand Conseil, en novembre 2006, d'une modification de la LPFES qui a permis de reporter sur les tarifs socio-hôtelières la part des charges d'entretien et mobilières assumée auparavant par l'Etat, l'économie qu'il réalise étant réallouée à sa participation au financement des nouveaux EMS. Le Grand Conseil a simultanément adopté 5 décrets octroyant la garantie financière de l'Etat en faveur de la construction de 5 nouveaux EMS. La réalisation de ces 5 EMS, de même que la suite du programme ont toutefois encore été retardées par les recours formés par l'Association Résid'EMS à l'encontre de la modification de la LPFES et des 5 décrets. Ces recours ayant finalement été rejetés, les travaux de construction ont pu reprendre à la fin de 2007.

En parallèle, toujours suite au refus de la LEMS, le Grand Conseil a accepté en 2006 une seconde modification de la LPFES portant sur le renforcement des moyens de contrôle et d'intervention de l'Etat dans la gestion des établissements sanitaires privés subventionnés, ainsi que sur la possibilité de verser aux EMS une subvention directe à l'exploitation dans certains cas.

Il faut également signaler que les travaux de mise en conformité ECA aux normes de sécurité incendie de l'Association des établissements d'assurance incendie (AEAI) se sont poursuivis. Ainsi, entre 2003 et 2007, 31 établissements ont été mis en conformité et des travaux sont actuellement en cours dans 19 établissements.

### ***Coordination des soins***

Suite au postulat et à l'initiative législative déposés par le député Delacour en 2004, une nouvelle loi sur les réseaux de soins a été adoptée par le Grand Conseil en janvier 2007, en tant que contre-projet à ladite initiative. Cette loi permet d'assurer la pérennité des réseaux de soins, en y intégrant les communes. Les nouvelles règles ont pour objectif de renforcer la coordination des soins et l'orientation des patient-e-s dans les services de santé, ainsi que de promouvoir la collaboration interinstitutionnelle au niveau régional. Elles doivent aussi permettre de consolider les mesures prises au cours de la législature précédente dans ce domaine.

Pour améliorer la continuité des prises en charge, le DSAS avait lancé en 1999 le programme cantonal BRIO (Bureau régional d'information et d'orientation) et, pour l'implanter, avait conditionné la reconnaissance d'intérêt public de chaque réseau de soins à l'existence d'un tel dispositif. Le programme fixait les exigences minimales à remplir :

- centraliser et gérer les disponibilités en lits C de long séjour,
- centraliser et gérer les demandes d'hébergement en long séjour,
- assurer l'orientation de patient-e-s en utilisant les outils mis à disposition par le DSAS,
- fournir les informations statistiques nécessaires à l'évaluation.

A ce jour, des BRIOs sont implantés dans chacun des 5 réseaux de soins. Cependant, leur développement est inégal tant au niveau de leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, qu'à celui du panier des prestations offertes. Certains BRIOs ont en effet judicieusement complété leur mission initiale en intégrant

les professionnel-le-s de la « liaison » dont l'activité consiste à orienter les patient-e-s et à organiser leur transfert, alors que d'autres sont restés aux prestations de base. Malgré ces différences, les BRIOs ont acquis une expérience précieuse, largement reconnue. Ils sont devenus progressivement l'espace régional où l'ensemble des demandes médico-sociales de prises en charge est confronté aux places disponibles.

Outre les BRIOs, les réseaux de soins ont également contribué à la mise en œuvre des programmes cantonaux d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections (HPCI) et de développement des soins palliatifs.

### **Soins palliatifs**

Suite aux postulats Glardon et consorts de 1994 et de 1999, un décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs a été accepté par le Grand Conseil en juin 2002, pour un démarrage au 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Ce programme a pour but de garantir à toutes et tous un accès égal aux soins palliatifs de qualité, indépendamment de l'âge, de la pathologie, du lieu de vie ou d'autres caractéristiques socio-économiques. Les principaux objectifs définis en 2002 sont les suivants :

- améliorer l'offre de soins palliatifs de manière à assurer la couverture des besoins de la population vaudoise,
- assurer à tout soignant professionnel une formation lui permettant d'identifier les besoins en soins palliatifs et d'assurer une orientation appropriée des patient-e-s,
- améliorer, dans le cadre des réseaux de soins, la continuité des soins par une collaboration accrue des partenaires professionnel-le-s et institutionnels.

Le programme a permis de créer un réseau étroit de collaboration entre les institutions, les personnes et les divers projets. Le bilan 2002-2007 est satisfaisant. Quatre équipes mobiles extra-hospitalières adultes couvrent l'ensemble du canton, et une équipe mobile spécialisée en soins palliatifs pédiatriques a été développée. Les lits B de soins palliatifs ont pu être renforcés sur le site de l'hôpital de Lavaux. Une chaire de soins palliatifs a été créée début 2006, ce qui permet le développement de la formation et la recherche.

## ***1.1.3 Promotion de la santé physique et psychique***

### ***Renforcement des programmes de prévention***

La volonté en 2004 de renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies est à l'origine de la décision de créer, au Service de la santé publique, une division spécifiquement consacrée à cette problématique. Elle s'est traduite ensuite par la pérennisation du financement de plusieurs projets ou programmes, ainsi que d'institutions devenues centres de références, comme le CIPRET pour la prévention du tabagisme. Parmi les projets ou programmes dont le financement a été pérennisé, mentionnons :

- Strada – lutte contre le trafic de drogues,
- Départ – dépistage, évaluation et parrainage d'adolescents à risque de toxicomanie,
- le programme d'échange de matériel stérile chez les toxicomanes,
- la reconnaissance des prestations des Infirmiers et Infirmières Petite Enfance (IPE),
- la généralisation sur tout le territoire cantonal du Conseil de périnatalité,
- Fourchette verte – label décerné aux cantines qui proposent des repas équilibrés.

Une telle intégration au budget régulier de l'Etat des programmes ayant fait leurs preuves a permis de libérer des fonds pouvant être affectés à des soutiens ponctuels et au lancement de projets pilotes.

Dans ce contexte, les actions suivantes ont été lancées ou renforcées :

- Le « Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) - parents », conjointement élaboré et conduit par le Service de la santé publique et le Service de protection de la jeunesse, a été lancé en juin 2006. Il vise à garantir à l'ensemble des familles l'accès à un panier de prestations et de services prioritaires de base subventionnés par l'Etat.
- Le règlement du Conseil d'Etat sur l'interdiction de fumer dans les locaux de l'administration cantonale vaudoise (« ACV sans fumée ») est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Il a été suivi six mois plus tard, par l'interdiction de la publicité pour le tabac et l'alcool sur les domaines public et privé visible du domaine public. Quant à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, elle est entrée en vigueur en janvier 2006 déjà. Enfin, le DSAS a élaboré un Plan cantonal d'action pour la prévention du tabagisme

qui fixe les axes prioritaires en la matière : 1) Promotion d'une vie sans tabac ; 2) Protection contre la fumée passive ; 3) Aide à la désaccoutumance ; 4) Prévention auprès des groupes vulnérables.

- Les axes stratégiques en matière de lutte contre l'alcoolisme (PactAlcool : plan d'action cantonal Alcool) ont été arrêtés début 2007. Ils mettent l'accent sur l'information, la prévention et le traitement liés à l'abus d'alcool. La mise en œuvre du PActAlcool a débuté dans la foulée par la mise sur pied d'un Conseil alcool ainsi que par le démarrage du projet EVITA (Evaluation, Indication, Traitement, Accompagnement), dispositif qui fonctionne comme porte d'entrée dans le réseau alcoologique vaudois.
- Le programme Départ est venu compléter le dispositif vaudois pour la prévention des toxicodépendances. Départ propose un soutien spécifique pour les problèmes de consommation de substances chez les adolescents et s'adresse tant aux jeunes de 12 à 20 ans qu'à leur entourage et aux professionnel-le-s du réseau.
- Courant 2004, un programme cantonal d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections (HPCI) a été lancé et mise en œuvre dans les hôpitaux, les EMS, les Centres de traitement et de réadaptation, ainsi que les soins ambulatoires.
- Afin de prévenir les dangers de la canicule chez les personnes les plus vulnérables que sont notamment les personnes âgées et les petits enfants, le DSAS a lancé dès 2005 une campagne d'information et de sensibilisation afin de rappeler les précautions à prendre en cas de grande chaleur. Il a ensuite mis en place, en 2007, un « plan canicule » qui comporte la diffusion de conseils de prévention à la population, la diffusion d'une information ciblée aux autorités et aux professionnel-le-s de la santé, ainsi que l'organisation d'un système de veille. Ce dispositif, mis en œuvre en collaboration avec le canton de Genève et MétéoSuisse, sera complété et reconduit chaque année.
- En matière de santé scolaire, le DSAS et le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture ont annoncé dès 2006 leur intention de développer la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire. Les efforts ont été concentrés sur deux programmes : la prévention des dépendances et la promotion d'une alimentation saine, de l'exercice physique et de la santé dentaire. En outre, le programme de vaccination en milieu scolaire est resté une part importante de l'activité de santé scolaire avec une promotion et un rattrapage de vaccination offert à l'entrée et en fin de scolarité selon le plan fédéral de vaccination.
- Afin de réduire les risques de transmission des maladies infectieuses notamment d'hépatite et du Sida chez les personnes toxicodépendantes, le programme de prévention des maladies transmissibles – échange de matériel stérile a été mis sur pied, ce qui a permis de limiter significativement les transmissions.
- En 2007 a été lancé le projet Migration et santé visant à favoriser l'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Un dispositif de médiateurs et médiatrices santé formé-e-s dans les communautés migrantes, l'édition de matériel d'information traduit et l'ouverture d'une hotline sont autant d'éléments du projet, dont les buts sont notamment de diminuer le recours à l'interruption de grossesse et de lutter contre la transmission des maladies sexuellement transmissibles.
- Le programme organisé de dépistage du cancer du sein, qui avait démarré en 1999, a connu une forte progression durant la législature précédente. Ainsi, entre 2000 et 2006, le nombre d'examens a doublé et approche actuellement les 19'000 par année. Ces résultats font du programme vaudois le plus important en Suisse, puisqu'il effectue plus de 40% de l'ensemble des mammographies de dépistage effectuées dans le cadre des programmes existants. A fin 2007, le Département fédéral de l'intérieur a décidé de maintenir à titre provisoire l'inscription des mammographies de dépistage dans le catalogue des prestations de l'assurance de base.

### ***Politique cantonale de santé mentale***

Les travaux menés par le Service de la santé publique et la Commission cantonale de coordination psychiatrique ont permis de reconsidérer les fondements de la politique vaudoise en la matière et de définir un plan de santé mentale. Le but général de ce plan est de maintenir et améliorer l'état de santé psychique de la population tout en garantissant un accès équitable aux soins. Cinq programmes prioritaires ont été retenus : lutte contre les conduites suicidaires, renforcement de la liaison et de la coordination, lutte contre la violence, amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique et handicap mental et psychiatrie. Ces programmes sont repris et déclinés dans le cadre du plan stratégique du CHUV 2004-2007 et dans celui à venir (2009-2013).

## **Pandémie**

Dès l'été 2005, le canton a préparé sa réponse à la menace pandémique due au virus H5N1, conformément aux prescriptions fédérales. Un groupe d'experts a été instauré pour orienter et suivre les travaux d'élaboration d'un plan cantonal en réponse à la probable pandémie.

Le plan prévoit :

- l'adaptation de l'organisation du secteur sanitaire (hôpitaux, établissement médico-sociaux, autres institutions et services ambulatoires),
- l'acquisition de matériel thérapeutique et de protection pour le personnel de soins, les malades et leur entourage,
- un dispositif de conduite et d'appui élaboré par le Service de la sécurité civile et militaire,
- des plans de continuité des services de l'Etat,
- une information aux entreprises,
- l'organisation d'une vaccination pré-pandémique pour l'ensemble de la population vaudoise.

Les travaux continueront pendant la législature actuelle pour atteindre un niveau satisfaisant de préparation, correspondant aux exigences fédérales actuellement en voie de finalisation.

### **1.1.4 Qualité, accessibilité des soins et information de la population**

#### **Surveillance et contrôle des institutions et des professionnel-le-s**

Placée sous la responsabilité du SSP et du SASH, la Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux (CIVEMS) est l'organe de contrôle et de surveillance de la sécurité et de la qualité de l'accompagnement des résident-e-s dans les EMS du canton. Les établissements sont contrôlés sans annonce préalable. Ainsi, de 2000 à 2005, tous les EMS du canton ont été contrôlés au moins deux fois. Durant l'année 2007, un travail important a été réalisé en collaboration avec les associations faitières afin de revoir le processus d'inspection de la CIVEMS.

Pour les autres établissements sanitaires parapublics et privés (hôpitaux, policliniques, ...), les inspections sont effectuées par le Service de la santé publique et interviennent dans le cadre de l'octroi des autorisations d'exploitation et de leur renouvellement, qui a lieu tous les 5 ans. Les inspections sont effectuées sur la base d'un recueil d'informations qui a été mis au point progressivement entre 2003 et 2005 et qui constitue aujourd'hui un outil standardisé.

Il faut également signaler l'ouverture, le 1<sup>er</sup> mai 2004, du Bureau cantonal de médiation santé, qui est venu compléter le dispositif mis en place en 2003 par l'intermédiaire des deux commissions d'examen des plaintes des patient-e-s. L'activité de ce Bureau a permis de démontrer l'utilité de la médiation santé, qui a pour but de rétablir le dialogue dans des situations de conflit pouvant naître entre patient-e-s et professionnel-le-s.

#### **Activités du Bureau cantonal de médiation**

	2004 (8 mois)		2005		2006		2007	
	Réussies	Echouées	Réussies	Echouées	Réussies	Echouées	Réussies	Echouées
Nombre de médiations	27 soit 90%	3 soit 10%	37 soit 90.24%	4 soit 9.76%	42 soit 75%	14 soit 25%	37 soit 94.88%	2 soit 5.12%
Nombre d'entretiens (sans suite)	14		15		11		13	
Nombres d'entretiens et réorientation	11		29		33		33	
Nombre de réorientation immédiate			27		52		40	

Enfin, la surveillance des professionnel-le-s est effectuée par le Service de la santé publique et le Conseil de santé. Chaque année, le Conseil de santé, présidé par le chef du DSAS, traite d'une moyenne de 10 à 12

affaires en moyenne. Il peut, selon les circonstances, classer l'affaire ou octroyer des sanctions allant de l'avertissement au retrait de l'autorisation d'exercer, en passant par l'amende.

### ***Evaluation et amélioration de la qualité***

En complément aux inspections de l'Etat, un effort est nécessaire en permanence pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résident-e-s et des patient-e-s et son amélioration. C'est le rôle des démarches qualité dont les institutions sont responsables et pour lesquelles l'Etat joue un rôle incitatif et de soutien. Ainsi, une bonne moitié des établissements sanitaires ont engagé de telles démarches et obtenu une certification. C'était le cas, en 2006, pour 7 des 13 établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public. Les EMS, dans leur grande majorité, ont également procédé à des démarches qualité.

La période écoulée a également permis de lancer deux démarches visant à la production d'indicateurs-clés par les EMS, ainsi qu'à la mise en œuvre de cercles de qualité pour les médicaments en EMS.

### ***Information de la population***

En plus de ses activités courantes, Sanimédia, cellule d'information rattachée au Service de la santé publique, a conduit plusieurs nouveaux projets :

- Une campagne de communication destinée à promouvoir le don d'organes dans le canton de Vaud a été réalisée. Elle s'est faite en collaboration avec « Swisstransplant » et des associations de transplantés. Le point fort fut un affichage public pendant les quinze jours précédant la journée nationale des dons d'organes du 16 septembre 2006.
- Une brochure romande sur les droits des patient-e-s a été publiée en 2005 par les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud en collaboration avec l'Institut du droit de la santé à Neuchâtel. Cette publication intercantonale, fruit du travail de concertation et de réalisation de Sanimédia, constitue une première dans le domaine de l'information en santé publique.
- Un effort particulier de communication a été consenti pour faire connaître le nouveau numéro unique pour la garde médicale dans le canton, l'objectif étant d'inciter les patient-e-s à éviter chaque fois que c'est possible de recourir aux services d'urgences hospitaliers.
- Toujours en 2006, le DSAS, en collaboration avec le DEC, a adressé une brochure « Recettes pour un hiver en pleine forme » à toutes les personnes de plus de 65 ans du canton. L'objectif prioritaire était de contribuer à diminuer le nombre de cas de grippe saisonnière et d'infection à pneumocoques ainsi qu'à prévenir les chutes et la malnutrition.
- Enfin, chaque année, à l'occasion de l'annonce des nouvelles primes d'assurance-maladie, Sanimédia, en collaboration avec le SASH, met à disposition des assuré-e-s les documents permettant de s'informer et, le cas échéant, de procéder à un changement d'assureur.

## ***1.1.5 Formation et conditions de travail***

### ***Evolution des formations***

En 2001, la convention intercantonale HES-S2 a créé la Haute école spécialisée santé-social de Suisse romande. Les filières de formation ont démarré une année plus tard, soit en 2002. En 2004, les domaines HES-SO (sciences de l'ingénieur et architecture, économie et services, design) et HES-S2 (santé, travail social) se sont réunis sous le label HES-SO et la préparation d'une convention unique a été lancée. C'est dans ce contexte que, avec les autres cantons romands, le canton de Vaud a entrepris dès le début des années 2000 les travaux qui ont conduit à l'inscription de l'ensemble des formations soignantes diplômées au niveau HES. Ce choix, qui représente un changement majeur tant pour la formation professionnelle infirmière que pour la perception de cette profession, n'a pas été le même dans les cantons alémaniques qui ont conservé, pour la formation infirmière du moins, une offre de formation au niveau ES. Simultanément, la nouvelle formation d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) de niveau CFC a été ouverte et dès 2004, les premières volées d'ASSC qualifiées sont arrivées sur le marché. Ainsi donc, dans le contexte de pénurie de personnel soignant de cette décennie, les institutions sanitaires devaient intégrer simultanément une réforme importante de la formation infirmière et l'apparition d'un nouveau métier de soins. Dans cette même période, la formation dans le domaine des soins a été transférée du DSAS au DFJC.

Au niveau fédéral, la loi sur les professions médicales a, dès 2002, introduit des modifications liées à l'adaptation au droit européen, ce qui impliquait l'exigence d'une formation post-grade pour pratiquer à titre indépendant et la création d'une formation post-grade minimale (3 ans). Les diplômés des pays de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange (Islande, Liechtenstein et Norvège) sont depuis reconnus par la Confédération (auparavant par les cantons).

### ***Lutte contre la pénurie de personnel soignant***

Depuis de nombreuses années, la lutte contre la pénurie de personnel soignant est une préoccupation des institutions sanitaires. L'Etat mène depuis le début des années 2000 des actions concrètes pour infléchir la tendance : revalorisation des conditions de travail du personnel diplômé, amélioration de l'image de la profession par des campagnes publicitaires ciblées, incitation et aide à la réinsertion professionnelle des infirmiers et infirmières en interruption d'activité. Avec des résultats concrets. Grâce au dispositif de réinsertion professionnelle, 300 infirmiers et infirmières ont entrepris un cursus de mise à niveau et 150 d'entre elles sont déjà sous contrat avec une institution de soins. Des mesures incitatives pour intégrer les assistant-e-s en soins et santé communautaire dans les institutions ont également été mises en œuvre.

### ***Conditions de travail du personnel du secteur parapublic et des médecins hospitaliers***

Du côté des médecins, une première convention collective de travail, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, a introduit la salarisation des médecins-chef-fe-s des hôpitaux privés subventionnés et a permis d'harmoniser, en tout cas en partie, leur statut avec celui des médecins-chefs du CHUV. Suite à la résiliation de cette première convention une nouvelle convention est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Du côté des médecins assistant-e-s, la soumission de ceux-ci à la loi fédérale sur le travail, en particulier à la règle des 50 heures de travail hebdomadaire, a été réalisée au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Au terme de plus de trois ans de travaux, les partenaires sociaux, à savoir la plateforme patronale d'une part et la plateforme des travailleurs d'autre part, sont parvenus à un accord et ont conclu une Convention collective de travail (CCT) le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Cette CCT, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour une durée indéterminée, améliore les conditions de travail des quelque 15'000 personnes travaillant dans les institutions sanitaires subventionnées. Le Conseil d'Etat se réfère à cet égard au rapport qu'il a adressé au Grand Conseil sur ce sujet au printemps 2008, en réponse à diverses interventions parlementaires.

## ***1.1.6 Libre pratique et offre ambulatoire***

### ***Limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire (« clause du besoin »)***

Comme il l'avait annoncé en 2004, le Conseil d'Etat a géré l'application de l'ordonnance du Conseil fédéral sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, en concertation avec les partenaires. Vu la prolongation de la mesure décidée en octobre 2004 par les Chambres fédérales et la modification subséquente apportée par le Conseil fédéral à l'ordonnance d'application en mai 2005, le Conseil d'Etat a en particulier adopté, en juin 2005, un nouvel arrêté d'application qui maintient une souplesse dans la mise en œuvre du dispositif.

### ***Démographie médicale***

Le Service de la santé publique a conduit les travaux de migration des données du registre cantonal des médecins sur une nouvelle plateforme informatique. A la faveur de cette opération, une vaste campagne de réactualisation des données du registre a été entreprise.

En parallèle, le canton de Vaud a participé à l'étude de l'Observatoire de la santé sur l' « offre et le recours en soins médicaux ambulatoires en Suisse ». Cette étude donne une vision de l'offre médicale ambulatoire sur l'ensemble du territoire national, ainsi que du taux de recours de la population. Les résultats ont montré que, pour l'année 2004 en tout cas, il n'existait pas de pénurie de médecins à proprement parler, mais que certaines zones, notamment périphériques, étaient en situation « d'alerte », en ce sens qu'une évolution future défavorable (augmentation de la demande, fermeture de cabinets) entraînerait une situation de pénurie et des difficultés d'accès aux soins pour la population.

### ***Médecine de premier recours***

D'entente avec les autres cantons romands, le canton de Vaud a soutenu la création d'un véritable cursus romand de médecine générale. D'une structure légère et adaptable, ce cursus vise à accompagner un pool de médecins assistant-e-s dans la construction de leur parcours de formation en médecine de premier recours, sur l'ensemble de la Suisse romande, ainsi que de développer la qualité de leur formation dans les établissements hospitaliers et ambulatoires. Dans ce cadre, la création en 2007 de l'Institut universitaire de recherche et d'enseignement en médecine générale (IUMG) au sein de la Faculté de biologie et de médecine a constitué une étape importante dans la revalorisation du métier de médecin généraliste et dans la reconnaissance de la nécessité d'une formation de haut niveau pour assurer celui-ci.

Le DSAS a lancé en octobre 2005 un projet portant sur la formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes. Ce projet a permis de former quatre médecins par an au cabinet du praticien, en axant la formation sur la réalité du métier de généraliste exerçant dans le secteur ambulatoire.

Enfin, on peut encore signaler que l'IUMSP a conduit en 2006-2007, sur mandat du DSAS, des travaux sur les perspectives démographiques, sur la relève médicale ainsi que sur les facteurs de choix d'orientation des étudiants en médecine, des médecins assistant-e-s et des chef-fe-s de clinique. Il en est ressorti que la médecine de premier recours bénéficiait d'une image très favorable tant aux yeux des étudiants que des assistant-e-s et des chef-fe-s de clinique et que, vu ce terrain favorable, il était possible, tout au long de la formation pré- et postgradué, de prendre des mesures propres à susciter ou à renforcer l'intérêt d'une formation dans ce domaine.

## 1.2 Activité des institutions subventionnées

Ce chapitre présente l'évolution de l'activité et des coûts des institutions sanitaires publiques et subventionnées de 2002 à 2006, toutes les données 2007 n'étant pas disponibles. Une première section rappelle succinctement l'évolution de la démographie vaudoise. Elle met en évidence l'importance de la demande potentielle des services de soins.

### 1.2.1 Evolution de la population

Tableau 1 : Population résidante par classe d'âge, VD 2002-2006

Classe d'âges	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Ecart 2002-2006
0 - 19	145'948	147'665	149'895	151'853	153'803	155'606	7'855
20 - 64	385'717	391'019	395'920	399'546	403'988	408'591	18'271
65 - 74 ans	49021	49283	49588	49813	50534	52151	1'513
75 - 79 ans	19906	19916	19915	20110	20238	20467	332
80 - 84 ans	14641	15236	15843	15996	15985	15880	1'344
85 - 89 ans	8141	8042	8043	8667	9218	9739	1'077
90 - 94 ans	3676	3744	3917	3774	3768	3757	92
95 ans et +	883	945	976	1032	1125	1188	242
En tout	627'933	635'850	644'097	650'791	658'659	667'379	30'726

Entre 2002 et 2006, la population vaudoise s'est accrue de près de 31'000 personnes (+ 4.9 %), ce qui est considérable – le taux d'accroissement annuel moyen est de 1.2 % – et explique en bonne partie l'augmentation du recours aux soins.

L'examen par groupe d'âge montre que la population de moins de 80 ans connaît au cours de la période une croissance légèrement plus lente (+ 4.7%). A contrario, l'effectif des 80 ans et plus, dont la consommation des prestations est particulièrement élevée, s'accroît de quelque 10 %. A relever l'augmentation très forte des plus de 95 ans : + 27 %.

### 1.2.2 Hospitalisation

Le tableau 2 présente l'offre en lits ainsi que l'activité hospitalière du CHUV, des hôpitaux spécialisés, des hôpitaux régionaux et des services de psychiatrie publics et subventionnés. Mettant à disposition quelque 3'000 lits en 2006, ces hôpitaux enregistrent 98'500 séjours pour quelque 76'000 patient-e-s (1.3 séjour par patient-e, en moyenne annuelle) et un peu plus de 900'000 journées d'hospitalisation. Soit, globalement, une activité en forte augmentation due en partie à l'évolution démographique qui, à elle seule, explique 42% des hospitalisations supplémentaires réalisées entre 2002 et 2006. Il faut relever qu'à côté de cette activité subventionnée, les cliniques privées contribuent également à la prise en charge hospitalière des assuré-e-s LAMal vaudois-e-s. Ainsi, d'après les statistiques fédérales à disposition, environ 12 à 15% des hospitalisations vaudoises ont lieu en clinique privée.

Pour les trois groupes d'âge distingués au tableau 2, le taux d'hospitalisation est en effet en augmentation mais plus particulièrement pour les 0-19 ans (+ 12.8%) et les plus de 65 ans (+ 9.3%). Cette augmentation est surprenante. Elle est cependant particulièrement marquée en 2004. On peut dès lors faire l'hypothèse qu'elle est due à la modification de la définition du séjour hospitalier suite à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations (OCP). Ce changement de définition a eu pour effet de faire entrer dans les hospitalisation, dès 2004, une partie des cas de moins de 24 heures considérés auparavant comme des semi-hospitalisations.

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

**Tableau 2 : Activité des hôpitaux publics et subventionnés entre 2002 et 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2002-2006
<b>Hospitalisation (1)</b>						
Lits financés (2), en tout :	2'766	2'737	2'848	2'841	2'910	144
Dont : Soins somatiques aigus	1'913	1'913	2'001	1'969	1'994	81
Réadaptation	387	411	423	434	497	109
Psychiatrie	466	413	423	437	419	-46
Journées d'hospitalisation en tout :	867'147	858'611	895'212	890'462	913'026	45'879
Dont : Soins somatiques aigus	593'441	593'597	622'451	610'966	618'657	25'216
Réadaptation	127'211	134'942	139'447	142'685	163'153	35'942
Psychiatrie	146'495	130'072	133'314	136'811	131'216	-15'279
Séjours en tout :	87'499	88'842	98'707	98'337	98'494	10'995
Dont : Soins somatiques aigus	76'020	77'072	86'441	85'706	85'540	9'520
Réadaptation	6'168	6'393	6'582	7'032	7'719	1'551
Psychiatrie	5'311	5'377	5'684	5'599	5'235	-76
Durée moyenne de séjour :	10.02	9.66	9.33	9.22	9.27	-0.75
Soins somatiques aigus	7.81	7.70	7.20	7.13	7.23	-0.58
Réadaptation	20.62	21.11	21.19	20.29	21.18	0.56
Psychiatrie	27.58	24.19	23.45	24.43	25.07	-2.51
- Indice de case-mix (3)	1.040	1.084	1.043	1.036	1.044	0.004
Dont : Indice du CHUV	1.394	1.431	1.361	1.338	1.343	-0.051
Indice des autres hôpitaux	0.864	0.868	0.840	0.839	0.834	-0.030
Taux d'hospitalisation, en tout :	13.93%	13.97%	15.32%	15.11%	14.95%	1.02%
- 0-19 ans	10.12%	9.72%	11.28%	11.30%	11.42%	1.30%
- 20-64 ans	10.80%	10.88%	11.95%	11.65%	11.21%	0.41%
- 65 ans et plus	32.26%	32.89%	35.07%	34.83%	35.26%	3.00%

Source : Consolidation de sources diverses (Police sanitaire, données médicales des hôpitaux subventionnés, etc.)

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

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

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

### **Soins somatiques aigus : poursuite de la diminution de la durée moyenne de séjour**

Les soins somatiques aigus constituent le secteur d'activité le plus important des hôpitaux vaudois. Ils enregistrent 87% des séjours et 68% des journées. En 2006, la durée moyenne de séjour est de un peu plus de 7 jours.

L'évolution entre 2002 et 2006 est marquée par une forte augmentation de l'activité, acquise pour l'essentiel entre 2003 et 2004. Cette progression s'explique de la façon suivante :

- entrée dans le réseau subventionné de l'Hôpital de la Providence, qui faisait auparavant partie des cliniques privées,
- modification de la définition du séjour hospitalier suite à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance sur la calcul des coûts et le classement des prestations (OCP),
- augmentation réelle d'activité entre 2003 et 2004 qui, pour le CHUV, a été chiffrée à 4%.

Au cours de la période, les journées d'hospitalisation augmentent cependant nettement moins vite que les séjours (+ 5% contre +13%), traduisant par là la diminution de la durée moyenne des séjours qui passe de 7.8 à 7.2 jours. Quant à l'indice de « case mix », qui rend compte de la lourdeur moyenne des cas traités, il évolue peu entre 2002 et 2006. Pour cette dernière année, il est de 1.044. Relevons encore que les cas traités par le CHUV, qui a un indice de 1.343 en 2006, sont en moyenne nettement plus lourds que ceux traités par les hôpitaux régionaux dont l'indice moyen est de 0.834. Selon les statistiques à disposition, ils se situent un peu au-dessus de la moyenne des autres hôpitaux universitaires.

### **Soins de réadaptation en forte augmentation**

Avec 8 % des séjours et 18 % des journées, la réadaptation constitue le 2<sup>e</sup> secteur d'activité des hôpitaux publics ou subventionnés. La durée moyenne des séjours de 21.1 jours est trois fois plus élevée que celle des soins somatiques aigus. Elle est en légère augmentation.

Entre 2002 et 2006, la réadaptation s'est fortement développée puisque le nombre de séjours a progressé de 25% (5.8% par année<sup>1</sup>) et les journées d'hospitalisation correspondantes de 28%. Cette augmentation s'explique par le reclassement en division B de patient-e-s en attente de placement dans des unités A, reclassement qui ne se faisait pas en 2002, par l'utilisation plus intensive des lits existants et par l'ouverture de nouveaux lits.

### **Stabilité des soins psychiatriques aigus**

En 2006, la psychiatrie représente 5% des séjours et 14% des journées d'hospitalisation. Elle se caractérise par une durée moyenne de séjour de 25.1 jours, en nette diminution qui s'explique au moins partiellement par des prises en charge moins hospitalières, à savoir le remplacement des séjours prolongés par des séjours plus courts et des soins ambulatoires.

L'évolution 2002-2006 du nombre de séjours montre une augmentation jusqu'en 2004 puis une diminution sur les deux derniers exercices. Quant au nombre de journées, il évolue en dents de scie, avec une nette tendance à la baisse (- 11%). Cette évolution résulte du changement de pratique évoqué ci-dessus. Toutefois, dans la région lausannoise, la durée moyenne des séjours stationnaires ré-augmente depuis deux ans car, au-delà d'un certain seuil, la réduction de l'hospitalisation est associée à de fréquentes réhospitalisations.

## **1.2.3 Hébergement**

Le tableau 3 présente l'évolution de l'activité des EMS subventionnés et des divisions C des hôpitaux régionaux. En 2006, ces établissements mettent à disposition environ 6000 lits d'hébergement et réalisent un peu plus de 2.1 millions de journées d'hébergement dont 97% en long séjour. De 2002 à 2006, l'activité est en légère croissance, avec une augmentation de quelque 200 pensionnaires présents au 31 décembre.

**Tableau 3 : Activité des EMS subventionnés et des divisions Centre 2002 et 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2002-2006
<b>Hébergement</b>						
Pensionnaires présents au 31.12 (CS et LS) :	5'736	5'784	5'870	5'898	5'925	189
Dont : < 65 ans	534	535	544	565	572	37
65-74 ans	542	528	517	546	557	15
75-84 ans	1'655	1'724	1'758	1'764	1'742	87
85-89 ans	1'372	1'370	1'380	1'338	1'403	31
90-94 ans	1'186	1'166	1'227	1'196	1'098	-88
95 ans et +	447	460	445	489	554	107
Age moyen des pensionnaires au 31.12. <sup>1)</sup>					81.8	
Durée moyenne de séjour en année <sup>1)</sup>					2.34	
Age moyen à l'entrée <sup>1)</sup>					79.2	
Age moyen à la sortie <sup>1)</sup>					82.7	
Total des journées C et D <sup>2)</sup>	2'062'577	2'091'995	2'112'514	2'125'333	2'119'011	56'434
Dont longs séjours	1'990'739	2'019'334	2'040'903	2'050'767	2'047'521	56'782
Durée moyenne de soins requise, en minutes	152.0	154.3	153.4	156.0	157.2	5.2
Taux d'hébergement global (%) :	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.0
Dont : < 65 ans	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
65-74 ans	1.1	1.1	1.0	1.1	1.1	0.0
75-84 ans	4.8	4.9	4.9	4.9	4.8	0.0
85-89 ans	16.9	17.0	17.2	15.4	15.2	-1.6
90-94 ans	32.3	31.2	31.3	31.7	29.1	-3.1
95 ans et +	50.6	48.7	45.5	47.4	49.2	-1.4

1) Long séjour uniquement; cette durée n'est calculable que depuis l'introduction de la nouvelle statistique fédérale des établissements de santé non hospitaliers (SOMED)

2) Courts et longs séjours

L'analyse des données disponibles révèle quelques caractéristiques des personnes hébergées.

### **Recours important à partir de 85 ans**

Le taux d'hébergement reste relativement faible jusqu'à l'âge de 84 ans. Il ressort en effet des statistiques disponibles que 15.8% des personnes âgées de 75 à 84 ans bénéficient d'une prise en charge médico-sociale, à savoir 4.8% en EMS et 11% à domicile. A partir de 85 ans, le taux d'hébergement grimpe progressivement. Dès 95 ans, une personne sur deux est hébergée.

<sup>1</sup> Taux d'accroissement annuel moyen.

## Augmentation de l'âge moyen des personnes hébergées

A fin 2006, l'âge moyen des personnes présentes est de près de 82 ans. Plus de la moitié ont plus de 84 ans et près de 30% au moins 90 ans. L'âge moyen à l'admission en longs séjours de ces personnes est de 79,2 ans contre 78,3 ans en 2002<sup>2</sup>. Cet âge est toutefois quelque peu faussé par la présence de près de 600 pensionnaires de moins de 65 ans, qui sont hébergés en EMS pour des raisons de handicap ou de maladie. Calculé sur les seuls pensionnaires âgés d'au moins 65 ans, l'âge moyen à l'admission des présents à fin 2006 est de 83,5 ans. Pour la même catégorie de pensionnaires, l'âge moyen des personnes qui ont terminé leur séjour en 2006 est de 87 ans. A relever, que l'hébergement dure en moyenne 28 mois et qu'il prend fin en général suite à un décès.

## Soins requis en progression

En 2006, la durée des soins requis quotidiennement par patient-e est en moyenne de 2h37. Elle a progressé de 5 minutes par rapport à 2002. Cette augmentation est sans doute le corollaire d'un âge moyen plus élevé qui requiert souvent davantage de soins.

## 1.2.4 Aide et soins à domicile

Le tableau 4 résume l'évolution de l'activité des services d'aide et de soins à domicile rattachés à l'OMSV. Compte tenu de l'introduction d'un nouveau catalogue des prestations et de nouvelles définitions dans la manière de compter les bénéficiaires et les heures délivrées, les données ne sont comparables entre elles que dès 2004. Ce sont elles qui fondent les commentaires présentés.

**Tableau 4 : Aide et soins à domicile subventionnés entre 2002 et 2006**

	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2004-2006
<b>Nb de clients annuels</b> <sup>a)</sup>	21'688	21'653	23'501	23'847	24'279	778
<b>Nb de clients mensuels moyen</b> <sup>b)</sup>	9'944	10'004	11'799	12'088	12'415	616
dont par classe d'âge : < 65 ans			2'650	2'724	2'758	108
65 - 74 ans			1'655	1'701	1'698	43
75 - 84 ans			3'948	3'966	4'001	53
85 ans et +			3'546	3'698	3'958	412
<b>Taux de prise en charge (%)</b> <sup>c)</sup>	1.6	1.6	1.8	1.9	1.9	0.1
dont par classe d'âge : < 65 ans			0.5	0.5	0.5	0.0
65 - 74 ans			3.3	3.4	3.4	0.0
75 - 84 ans			11.0	11.0	11.0	0.0
85 ans et +			27.4	27.4	28.0	0.6
<b>Nb d'heures relevées par année</b> <sup>d)</sup>	1'046'423	1'056'110	1'127'510	1'163'405	1'230'921	103'411
Dont heures pour les soins de base	536'313	547'251	572'464	599'932	638'710	66'246

a) Dès 2004, nombre de personnes avec au moins une heure de prestations relevées pendant l'année (ne se compare pas avec 2002 et 2003 où on comptait des personnes sur la base d'heures facturées).

b) Dès 2004, il s'agit du nombre de personnes avec au moins une heure de prestations relevées pendant un mois (moyenne mensuelle calculée sur l'année). Pour 2002 et 2003, il s'agit du nombre moyen de personnes avec un dossier ouvert au premier de chaque mois de l'année (au 1er de chacun des 12 mois).

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

d) Dès 2004, volume annuel des principales prestations relevées (ne se compare pas avec 2002 et 2003 où on compte un volume annuel de prestations facturées).

## Environ 12'400 bénéficiaires en moyenne mensuelle en 2006

Durant 2006, plus de 24'000 personnes (cf. définition a dans le tableau 4) ont bénéficié de prestations d'aide et des soins à domicile. En moyenne mensuelle, cela représente 12'400 bénéficiaires (cf. définition b dans le tableau 4), avec une augmentation annuelle moyenne de 2,6%. S'ajoutent à ces personnes, celles non décomptées qui ne font appel qu'à des services spécifiques tels que la location de moyens auxiliaires, la fourniture de repas ou de système de bio-télévigilance. Parmi ces 12'400 bénéficiaires, 22% ont moins de 65 ans (suites de traitements) et 64 % plus de 75 ans. Quant aux 80 ans et plus, ils génèrent un peu plus de la moitié de la demande.

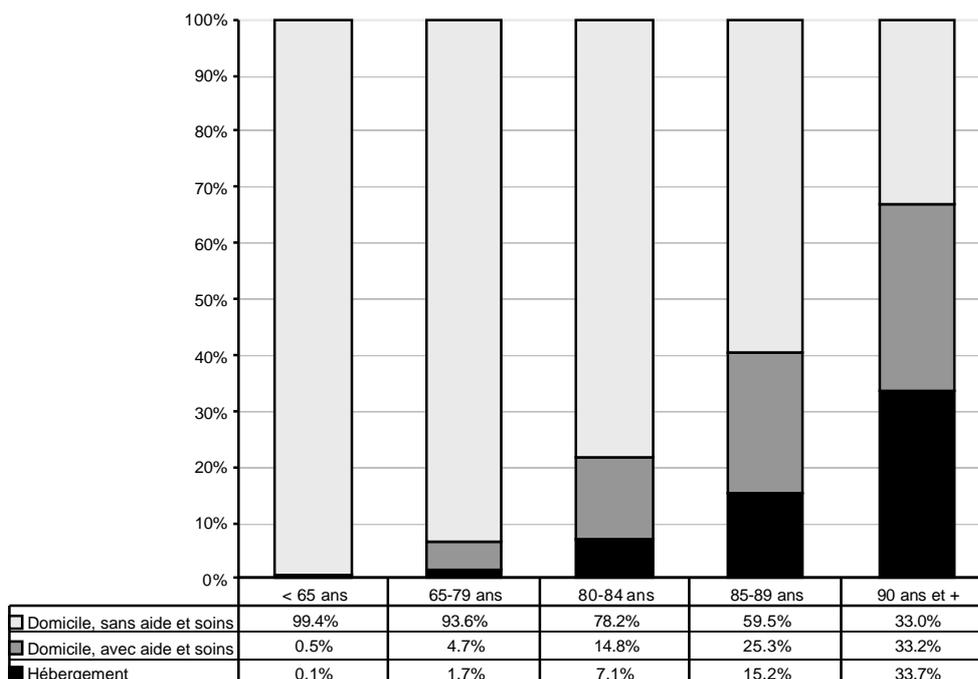
## Recours important aux services médico-sociaux depuis l'âge de 85 ans

Jusqu'à l'âge de 74 ans, le taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile est relativement faible. Entre 75 et 84 ans, le taux est de 11%. Il passe à 28% pour les 85 ans et plus. A noter que ces taux apparaissent relativement stables d'une année à l'autre.

<sup>2</sup> Selon l'ancien recensement médico-social des personnes hébergées en EMS.

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

**Graphique 1 : Taux de recours aux EMS et aux services à domicile subventionnés en 2006**



### **Les soins de base représentent la moitié des heures de prestations**

Les heures pour les soins de base représentent plus de la moitié des heures relevées pour les prestations d'aide et soins à domicile. Elles augmentent de 11.6% entre 2004 et 2006 et expliquent la majeure partie de l'évolution du volume total des prestations.

## **1.2.5 Urgences préhospitalières**

Les urgences préhospitalières sont de deux types :

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

Au nombre d'environ 36'000 en 2006, les urgences préhospitalières sont assurées à raison des deux tiers par des services subventionnés et d'un tiers par des services privés, sans subvention de l'Etat. Les services subventionnés traitent 83% des interventions primaires (près de 20'800 sur 25'000) et, parmi celles-ci, la quasi-totalité (96%) des interventions en situations d'urgence et de sauvetage (interventions primaires de priorité 1<sup>3</sup>). Quant aux services d'ambulance non subventionnés, ils gèrent les trois quarts des interventions secondaires (11'000).

Le tableau 5 recense uniquement l'activité des services subventionnés. Les comparaisons année après année ne sont valables que depuis 2003 en raison de l'introduction d'un nouveau système de gestion avec, pour corollaire, de nouvelles définitions des informations saisies. Les commentaires qui suivent se basent donc essentiellement sur les années 2003 à 2006.

<sup>3</sup> Priorité 1 : Niveau de priorité défini par la centrale 144 au moment de l'appel. Un niveau de priorité 1 correspond à un cas d'engagement immédiat, signaux prioritaires enclenchés, pour une intervention avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales.

**Tableau 5 : Activité des services d'urgences préhospitalières subventionnés**

<i>Activité des services subventionnés</i>	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2003-2006
<b>Total des interventions</b>	<b>20'769</b>	<b>21'048</b>	<b>22'195</b>	<b>23'556</b>	<b>23'672</b>	<b>2'624</b>
Dont : primaires	17'580	18'634	19'508	20'574	20'762	2'128
secondaires	3'189	2'414	2'687	2'982	2'910	496
<b>Urgence et sauvetage</b>	<b>14'991</b>	<b>16'262</b>	<b>16'744</b>	<b>17'410</b>	<b>17'579</b>	<b>1'317</b>
Dont : 0-19 ans	2'133	1'582	1'706	1'776	1'761	179
20-64 ans	7'645	8'589	8'813	9'042	9'043	454
65 ans et +	5'213	6'091	6'225	6'592	6'775	684
<b>Taux de recours, toutes interventions confondues</b>	<b>3.31%</b>	<b>3.31%</b>	<b>3.45%</b>	<b>3.62%</b>	<b>3.59%</b>	<b>0.28%</b>
<b>Taux de recours, Urgence et sauvetage</b>	<b>2.39%</b>	<b>2.56%</b>	<b>2.60%</b>	<b>2.68%</b>	<b>2.67%</b>	<b>0.11%</b>
Dont : 0-19 ans	1.46%	1.07%	1.14%	1.17%	1.15%	0.08%
20-64 ans	1.98%	2.20%	2.23%	2.26%	2.24%	0.04%
65 ans et +	5.42%	6.27%	6.33%	6.63%	6.70%	0.43%
<b>Urgences et sauvetages avec transport de patient-e-s *</b>	<b>14'522</b>	<b>15'749</b>	<b>16'099</b>	<b>16'701</b>	<b>16'930</b>	<b>1'181</b>
Dont : - Indemne (NACA 0)	181	288	238	242	226	-62
- Cas légers (NACA 1 à 2)	4'998	5'358	5'540	5'648	5'829	471
- Cas moyens (NACA 3)	6'305	6'841	7'277	7'447	7'499	658
- Cas lourds (NACA 4 à 7)	3'038	3'262	3'044	3'364	3'376	114

\* Sans les annulations en route et les interventions sans transport

### **65 personnes sont secourues chaque jour, dont 48 dans un contexte d'urgence et de sauvetage**

Les prestations des services d'ambulance subventionnés – 23'672 interventions en 2006 – se répartissent entre 88 % d'interventions primaires et 12 % d'interventions secondaires. Parmi les interventions primaires, 85% d'entre elles sont considérées de priorité 1. Ainsi, chaque jour, 65 personnes sont prises en charge, dont 48 dans un contexte d'urgence et de sauvetage. Depuis 2003, on constate une augmentation annuelle de 2 interventions par jour, dont 1 intervention en situation d'urgence et de sauvetage.

En 2006, sur les quelque 17'600 interventions d'urgence et de sauvetage assurées par les services subventionnés, plus de la moitié concernent des personnes âgées de 20 à 64 ans, le solde se répartissant entre les 0-19 ans (10%) et les personnes de 65 ans et plus (39%). De 2003 à 2006, le pourcentage des interventions en faveur des 0-19 ans est constant. Celui des personnes de 65 ans et plus augmente de 1% au détriment de la proportion de cas entre 20 et 64 ans.

### **Les interventions augmentent trois fois plus vite que la population**

Alors que la population vaudoise s'est accrue globalement de 3.6% entre 2003 et 2006, le nombre total d'interventions a augmenté de 12.5%. Le 80% de cette augmentation provient des interventions primaires – 60% pour des priorités 1 et 20% pour des priorités 2 et 3 –, alors que 20% de l'augmentation est lié aux interventions secondaires. Cette évolution est le reflet d'une augmentation du taux de recours. Pour les interventions en situation d'urgence et de sauvetage, tout âge confondu, le taux passe de 2.56% en 2003 à 2.67% en 2006. Par groupe d'âge, le taux passe de 1.07% à 1.15 % pour les 0-19 ans, il reste quasi constant pour les 20-64 ans et passe de 6.27% à 6.70% pour les 65 ans et plus.

### **Lourdeur des cas pratiquement stable depuis 2003**

Le degré de gravité est évalué par le personnel des ambulances à l'aide de l'échelle NACA<sup>4</sup>. La proportion des cas légers, (NACA 0 à 2) est de 36%, celle des cas moyens (NACA 3) est de 44 %, quant aux cas lourds avec menace vitale (NACA 4 à 7), ils représentent 20 % des situations. Ces proportions sont relativement stables tout au long de la période considérée.

## **1.2.6 Institutions de prévention**

Le tableau 6 met en évidence, pour la période 2002–2007, les dépenses des principales institutions de prévention subventionnées par le DSAS ainsi que le montant des subventions versées. A défaut d'indicateurs d'activité comparables dans ce domaine, le recours à l'évolution des dépenses permet en effet de rendre compte de l'importance de l'effort consenti durant ces six ans en faveur de la promotion de la santé et de la prévention. Alors que les dépenses totales des institutions considérées passent de 12.1 millions de francs à 15.7 millions de francs (+ 30%), les subventions passent de 5.8 millions de francs à 9.1 millions de francs (+ 56 %). C'est dire que l'augmentation des activités – et plus particulièrement celle de Profa – à été rendue possible grâce à un soutien supplémentaire très important de l'Etat. Cependant,

<sup>4</sup> NACA = indice de gravité gradué de 0 à 7 et 9 selon la gravité (avec 9 : pas de patient ou annulation en route). L'indice de 0 à 7 correspond à la situation clinique la plus grave rencontrée pendant toute la durée de la prise en charge.

d'autres institutions – en particulier les Ligues de la santé – ont augmenté considérablement leurs activités sans que l'Etat n'augmente son soutien. A relever que les 9.1 millions de francs précités ne représentent qu'une partie de l'engagement financier de l'Etat pour la prévention. En effet, le Service de la santé publique subventionne d'autres organismes actifs dans la prévention. Ainsi, en 2007, son budget en la matière était de 13.8 millions de francs.

**Tableau 6 : Dépenses des principales institutions de prévention entre 2002 et 2007 (en milliers de francs)**

Programme/institution	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Augmentation 2002-2007 en %
<b>Ligues de la santé (LS)</b>	2'952	3'008	2'995	3'106	4'217	4'415	49.6
Dont subvention de l'Etat	1'394	1'417	1'425	1'425	1'405	1'405	0.8
<b>Fondation PROFA</b>	5'587	5'792	6'205	6'492	6'609	6'835	22.3
Dont subvention de l'Etat	2'417	2'323	2'586	3'673	4'180	5'317	120.0
<b>Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)</b>	2'105	2'209	2'244	2'095	2'072	2'114	0.4
Dont subvention de l'Etat	1'238	1'260	1'266	1'266	1'266	1'266	2.3
<b>Fondation pour le dépistage du cancer du sein (FDCS)</b>	1'214	1'359	1'407	1'373	1'455	1'553	27.9
Dont subvention de l'Etat	792	815	819	819	808	908	14.7
<b>Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET)</b>	265	439	531	495	902	807	200.0
Dont subvention de l'Etat	0	0	0	0	200	200	non pertinent
<b>En tout</b>	12'127	12'808	13'381	13'561	15'255	15'724	29.7
Dont subvention de l'Etat	5'840	5'815	6'097	7'184	7'859	9'096	55.7

Les principales caractéristiques de ces institutions sont présentées ci-après.

### **Ligues de la santé**

Le nombre de membres de la Fédération vaudoise des Ligues de la santé est passé de 6 en 2002 à 10 en 2007. Les Ligues de la santé développent essentiellement des programmes de promotion de l'activité physique, de promotion de l'alimentation équilibrée et de prévention des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Elles gèrent également les programmes de prévention de la consommation à risque d'alcool et de prévention du tabagisme menés respectivement par la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme et le CIPRET-VD.

Le Programme « Allez Hop » est confié aux Ligues par l'Office fédéral du sport. Le nombre de cours en Suisse romande est passé de 275 en 2002 à plus de 400 en 2006. En plus, le partenariat de « Allez Hop » avec la Fondation Promotion Santé Suisse et des partenaires privés a permis de mettre sur pied un évènement annuel, le « Walking Day », dont la première manifestation en 2002 a attiré à Dorigny quelques 500 participants et la dernière édition en 2007 à Morges a rassemblé plus de 2'000 participants. Les diverses prestations de promotion de l'activité physique organisées dans les régions ont réuni 3499 personnes en 2002 et 3964 en 2006.

Dans le cadre du programme « Fourchette verte » le nombre d'établissements labellisés est passé de 41 en 2002 (représentant 3'007 places assises) à 215 en 2007 (environ 16'000 places assises). Dans les régions, les consultations diététiques et les cours de promotion de l'alimentation équilibrée ont touché 3048 participant-e-s en 2002 et 4569 en 2006.

Le programme « Bilan & Conseils santé » (BCS) basé sur la détection des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et la transmission de conseils individuels a connu une forte progression avec 2683 dépistages en 2002 et 4083 BCS en 2006.

Des collaborations intercantionales, nationale et privées ont été développées par les Ligues depuis 2002 dans le cadre de programmes, comme la mise en œuvre romande du Plan d'Action Environnement et Santé de l'OFSP. Les compétences administratives des Ligues ont permis le rattachement du secrétariat général de Fourchette Verte Suisse, du programme intercantional de prévention des accidents domestiques des enfants de 0 à 6 ans (PIPAD'ES), du secrétariat romand de la Commission de prévention et de promotion de la santé du Groupement romand des services de santé publique (GRSP). Les Ligues ont activement participé à la préparation du programme cantonal 2008-2012 issu de la stratégie de Promotion santé Suisse (PSS) pour le poids corporel sain et du programme national alimentation et activité physique 2008-2012 dont elles assureront la mise en œuvre.

Les programmes cantonaux et toutes autres actions de prévention sont mis en œuvre sur le territoire vaudois par l'intermédiaire des quatre Espaces Prévention, dont la clarification du rôle, des missions, et des modes de collaboration avec les partenaires cantonaux a permis de renforcer les compétences et de développer des synergies.

### ***Fondation Profa***

La Fondation Profa est le Centre de référence cantonal pour la santé sexuelle et reproductive. Elle est mandatée par le DSAS pour gérer les centres de planning familial extrahospitaliers dont le financement est assuré via la facture sociale depuis le 1er janvier 2007. Sur mandat du DSAS et du DFJC, la Fondation Profa dispense des cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire et apporte un soutien spécialisé aux professionnel-le-s du monde éducatif, sanitaire et social. Entre 2002 et 2007, l'augmentation des moyens financiers alloués à Profa a notamment permis la consolidation et la mise à niveau progressive des dotations des centres de planning ainsi que la pérennisation des cours de prévention des abus sexuels (classes enfantines et 1er cycle primaire) pour la commune de Lausanne. Enfin, le Conseil en périnatalité a bénéficié d'une consolidation progressive de son financement par la pérennisation des équipes existantes issues de projets pilotes, la mise à niveau progressive des dotations terrain des sages-femmes conseillères et assistant-e-s sociales en périnatalité, l'implantation échelonnée dans toutes les maternités publiques du canton.

### ***Fondation pour le dépistage du cancer du sein (FDCS)***

La FDCS gère le programme organisé de dépistage du cancer du sein depuis le lancement du projet-pilote dans trois districts en 1993. En 1999, le programme a été généralisé sur tout le territoire cantonal. L'activité de dépistage au cours de la période considérée a augmenté régulièrement (passant de 14'680 mammographies en 2002 à 18'908 en 2006). En plus de la gestion du programme vaudois, la FDCS a participé très activement à la coordination romande des programmes de dépistage mise en place en 2003. Les principaux chantiers de la coordination ont été l'élaboration d'un logiciel de gestion et d'évaluation commun des programmes de dépistage (Multifondacs) et la rédaction de deux brochures, l'une destinée aux femmes invitées au dépistage organisé par les cinq programmes romands et l'autre, financée par la Ligue suisse contre le cancer, donnant l'information générale sur le dépistage du cancer du sein et destinée à toutes les femmes.

### ***Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)***

Cette Fondation, créée en 1986 sous l'égide du Conseil d'Etat a deux missions : l'une sociale avec dépistage et prise en charge de personnes ayant des problèmes d'alcool et l'autre préventive avec sensibilisation des jeunes et de la population aux problèmes liés à une consommation à risque ou abusive d'alcool.

L'activité de prise en charge sociale de la FVA est globalement stable ces dernières années, à savoir entre 700 et 800 dossiers actifs et environ 150 évaluations alcoologiques n'aboutissant pas à l'ouverture d'un dossier. Le renouvellement est également régulier, à savoir environ 250 nouvelles demandes par année versus le même nombre de fermeture de dossiers.

Depuis 2002, les actions menées dans le domaine de la prévention visent à prévenir l'expérience précoce de la consommation d'alcool ou l'abus d'alcool et les risques qui y sont liés, renforcer les compétences individuelles et collectives de protection de la santé et à contribuer à la création d'un environnement social favorisant des comportements alternatifs à la consommation d'alcool. Ces actions se déroulent au sein des communes, de l'administration, des écoles et lieux d'apprentissage, des entreprises, de la population lors de manifestations, sur les routes et dans les différents groupes de professionnel-le-s concerné-e-s (dont les vendeurs d'alcool). Par ailleurs, le Canton soutient la FVA comme centre de référence dans son domaine également lors de projets ponctuels (par exemple lors de l'EURO 08).

### ***Le Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET-Vaud)***

Le CIPRET a connu un renforcement de ses moyens financiers entre 2002 et 2007. La consolidation depuis 2006 d'une partie des ressources nécessaires à son fonctionnement et à l'accomplissement des programmes qui lui sont confiés lui a permis d'obtenir un soutien conséquent du Fonds de prévention du tabagisme de la Confédération. Devenu centre de référence cantonal pour la prévention du tabagisme, il fournit l'expertise dans ce domaine à l'attention des autorités cantonales. Il a notamment servi d'appui dans le traitement des objets parlementaires de plus en plus nombreux. Entre 2002 et 2007, ce sont pas moins de huit objets qui ont occupé divers services de l'administration, aboutissant à la mise en place de mesures structurelles (interdiction de la publicité, de la vente aux mineurs, règlement sur l'interdiction de fumer dans les locaux de l'administration) et de prévention (programmes et participation à des programmes de prévention du tabagisme dans les écoles, les centres et clubs sportifs, les lieux de loisirs, campagne « Un air de liberté sans fumée », accompagnement des mesures d'interdiction de fumer dans les lieux de travail, consultations régionales, etc.).

## 1.2.7 Dépenses des services de soins subventionnés

Le tableau 7 présente les dépenses des services de soins subventionnés dont l'activité vient d'être commentée. Il indique également, pour chaque secteur, le coût à charge de l'Etat, ainsi que l'engagement financier en faveur des réseaux de soins. Les dépenses pour la prévention mises en évidence au chapitre précédent ne sont pas reprises dans ce tableau.

**Tableau 7 : Dépenses 2002-2007 des services de soins subventionnés et des charges de l'Etat (en millions de francs)**

Catégorie de dépenses	Année						Ecart 2002-2007 en %
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
	Comptes					Budget	
<b>Dépenses du CHUV et des hôpitaux régionaux<sup>(1)</sup></b>	<b>1'202.8</b>	<b>1'272.1</b>	<b>1'320.5</b>	<b>1'327.1</b>	<b>1'328.6</b>	<b>1'345.8</b>	11.9%
Dont : dépenses d'exploitation	1'108.2	1'180.6	1'234.7	1'252.0	1'253.6	1'274.2	15.0%
dépenses d'investissements	94.6	91.5	85.8	75.1	75.0	71.6	-24.3%
Coût à charge de l'Etat	615.6	653.0	671.3	661.6	663.4	692.0	12.4%
<b>Dépenses des EMS</b>	<b>521.2</b>	<b>550.0</b>	<b>557.1</b>	<b>533.5</b>	<b>547.4</b>	<b>555.6</b>	6.6%
Dont : dépenses d'exploitation	488.7	511.7	522.6	500.2	514.0	531.0	8.7%
dépenses d'investissements <sup>(2)</sup>	32.5	38.3	34.5	33.3	33.4	24.6	-24.2%
Coût à charge de l'Etat	153.1	144.2	139.3	135.0	135.0	134.3	-12.3%
<b>Dépenses des organisations de soins à domicile<sup>(3)</sup></b>	<b>150.0</b>	<b>166.5</b>	<b>173.3</b>	<b>173.6</b>	<b>183.3</b>	<b>198.2</b>	32.1%
Coût à charge de l'Etat	43.3	48.0	47.3	46.4	48.6	53.3	23.1%
<b>Dépenses des services d'ambulance<sup>(4)</sup></b>	<b>17.5</b>	<b>19.4</b>	<b>21.1</b>	<b>21.8</b>	<b>22.7</b>	<b>23.1</b>	32.0%
Coût à charge de l'Etat <sup>(4)</sup>	7.2	7.5	10.6	8.4	8.3	9.4	30.6%
<b>Dépenses totales des services de soins subventionnés</b>	<b>1'891.5</b>	<b>2'008.0</b>	<b>2'071.9</b>	<b>2'056.0</b>	<b>2'082.0</b>	<b>2'122.8</b>	12.2%
Coût à charge de l'Etat	819.2	852.7	868.5	851.4	855.3	889.0	8.5%
<b>Coût à charge de l'Etat pour les réseaux de soins</b>	<b>4.7</b>	<b>5.9</b>	<b>6.0</b>	<b>6.2</b>	<b>5.5</b>	<b>5.3</b>	12.8%
Dont : montants fixes	1.7	2.0	1.8	1.5	1.6	1.4	-17.6%
soutien à des projets	1.7	1.4	1.2	0.7	0.3	0.1	-94.1%
financement de programmes cantonaux	1.3	2.5	3.0	4.0	3.7	3.8	192.3%
<b>Coût total à charge de l'Etat</b>	<b>823.9</b>	<b>858.6</b>	<b>874.5</b>	<b>857.6</b>	<b>860.8</b>	<b>894.3</b>	<b>8.5%</b>

Sources : Comptes et budgets de l'Etat, tableau des subventions SSP

### Remarques :

1) Dès 2007, estimation sur la base du système de financement en vigueur jusqu'en 2006

2) Investissement des divisions C inclus dans les hôpitaux RIP

3) Y compris les dépenses pour le BOUM, la santé scolaire, la prévention petite enfance et la prévention des chutes et de la malnutrition, au total 16.4 millions en 2007

4) Services d'ambulances *stricto sensu*, sans la Centrale 144, les SMUR, la Fondation Urgences-santé et les mesures ORCA, pour lesquelles la subvention budgétée de l'Etat en 2007 est de 9.4 millions

### Chiffres-clés

En 2007, les dépenses budgétées des services de soins subventionnés vaudois se répartissent comme suit :

- 1,35 milliard pour les hôpitaux subventionnés, dont 1,27 milliard concerne l'exploitation et 72 millions l'investissement. L'Etat finance le 51% de ces dépenses, soit 692 millions ;
- 556 millions pour les EMS, à raison de 531 millions pour l'exploitation et 25 millions pour l'investissement. L'Etat prend à charge le quart de ces dépenses, soit 134 millions ;
- Presque 200 millions pour les organisations d'aide et de soins à domicile, la part à charge de l'Etat étant de 53 millions ou 27% ;
- 23,1 millions pour les services d'ambulance, dont 9,4 millions ou 41% financés par l'Etat.

Dans l'ensemble, l'Etat de Vaud consacre quelque 890 millions au financement des services de soins publics ou privés reconnus d'intérêt public. Plus des trois quarts de ces dépenses concernent l'hospitalisation.

En plus de ces montants, l'Etat verse 5,3 millions aux réseaux de soins pour soutenir la coopération entre institutions subventionnées et mettre en œuvre des programmes cantonaux de santé publique. Cet effort représente le 0.6% des engagements de l'Etat.

### Evolution 2002-2007

Entre 2002 et 2007, les moyens du CHUV, des hôpitaux spécialisés et des hôpitaux régionaux croissent de 11,9%, alors que la participation de l'Etat croît de 12,4%. Les causes principales de l'augmentation plus rapide des contributions de l'Etat sont l'amélioration des conditions de travail du personnel (nouvelle convention salariale), l'hospitalisation plus fréquente de résident-e-s vaudois-e-s dans d'autres cantons et le recul de l'engagement des assureurs par rapport au tarif du CHUV.

Pour les EMS subventionnés, l'évolution est inverse : leurs dépenses augmentent de 6,6% entre 2002 et 2007 pendant que la part à charge de l'Etat diminue de 12,3%, principalement à cause de trois mesures : augmentation de la participation des communes à la facture sociale (passage de 40% en 2002 à 50% en 2004), programme d'économie en 2005 et 2006 et report du financement étatique des charges d'entretien des immeubles et du mobilier sur les tarifs socio-hôteliers, dès 2007.

Les dépenses des organisations d'aide et de soins à domicile sont en forte croissance. Elles augmentent de plus de 30% entre 2002 et 2007, passant de 150 à 198 millions. Durant la même période, la part de l'Etat augmente moins rapidement (+ 23,1%), en raison d'une croissance un peu plus rapide de la part des communes entre 2002 et 2004 permettant d'opérer un rattrapage pour le financement du déficit des associations/fondations en application de la loi sur l'OMSV.

Pour les services d'ambulance subventionnés, les dépenses progressent également d'environ 30% entre 2002 et 2007. Durant le même laps de temps, la part à charge de l'Etat augmente de 30,6%, en raison du retrait des communes décidé dans le cadre d'ETACOM et de la professionnalisation des services.

En tout, les charges de l'Etat pour les services de soins subventionnés augmentent de 8,5% de 2002 à 2007 pendant que ces services voient leurs moyens augmenter de 12,2%.

Quant aux moyens accordés par l'Etat aux réseaux de soins, ils augmentent de 12,8% au cours de cette période. Cette croissance traduit en fait, conformément aux décisions prises par le Conseil d'Etat dans le cadre de la réponse à l'initiative Delacour, un désengagement concernant le soutien aux projets (suppression du Fonds d'innovation et d'appui à la constitution des réseaux de soins) compensé par une augmentation importante du financement des programmes cantonaux. En effet, en 2007, trois programmes sont soutenus par l'Etat (BRIOs, HPCI et soins palliatifs), contre un seul en 2002.

# Deuxième partie : les changements à prendre en compte

## II.1 Evolution démographique et tableau épidémiologique

Les pays industrialisés ont connu au cours du 20<sup>ème</sup> siècle un progrès rapide des connaissances médicales, induisant le développement de services de santé dédiés essentiellement aux problèmes de santé aigus (par ex. maladies infectieuses, accidents). Associé notamment à de meilleures conditions d'hygiène, ce phénomène a produit une transition démographique caractérisée par une augmentation de la longévité et un recul de la natalité. Son résultat est un vieillissement de la population et un développement à large échelle des maladies chroniques dégénératives auxquelles le canton de Vaud, comme les autres cantons suisses, doit faire face. Malgré les investissements consentis dans le domaine des soins de longue durée (en EMS et à domicile) et les mesures prises pour se réorganiser (par ex. Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire), le système de santé peine à s'adapter, d'une part, à l'accélération du rythme de vieillissement de la population et, d'autre part, à la nature des besoins liés à l'avancée en âge, qui ne se limitent plus à l'hébergement médico-social, ainsi qu'à l'aide et aux soins à domicile.

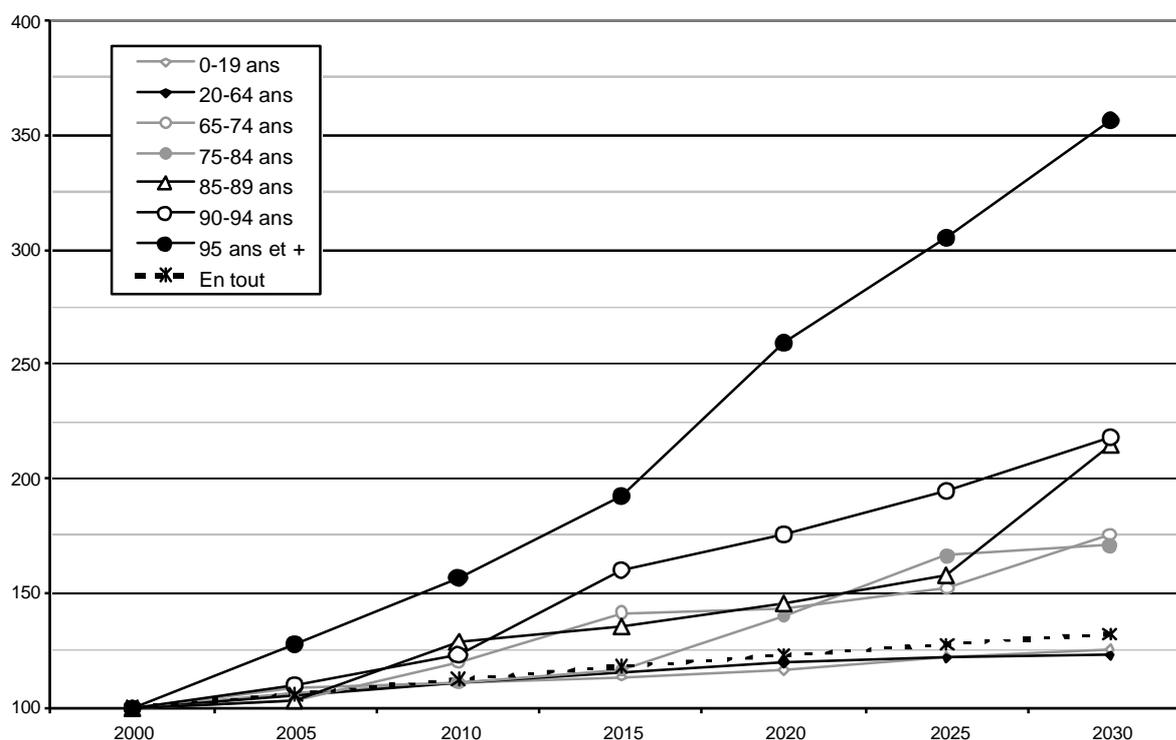
Les difficultés d'adaptation du système de santé aux besoins actuels de la population sont nombreuses car, bien qu'elles n'aient pas été quantifiées de façon systématique, elles sont vraisemblablement très coûteuses. Faut de voir leurs besoins correctement évalués et pris en considération conformément aux recommandations de bonne pratique, des personnes âgées voient leur état de santé se décompenser et leur niveau d'autonomie se réduire. Le poids de la dépendance fonctionnelle se fait alors sentir à la fois sur les services de santé (besoins croissants de soins médico-sociaux) et sur la société dans son ensemble, les proches devant renoncer à certaines activités pour prodiguer des soins qui, s'ils sont dits « informels », ne sont pas sans répercussions économiques sur les individus et sur la société. Par ailleurs, l'insuffisance de soins adéquats a pour effet secondaire de précipiter des personnes âgées vers un système de santé conçu essentiellement pour des maladies aiguës, où des ressources coûteuses, par exemple hospitalières, se trouvent engorgées par l'accumulation de cas jugés « inappropriés ».

Cependant, l'évolution de la population du canton de Vaud ne se limite pas à un phénomène de vieillissement. Selon les projections établies par le SCRIS, ses principales caractéristiques seront :

- Un accroissement de l'effectif total de la population vaudoise, dont le nombre devrait passer de 651'000 en 2005 à 755'000 en 2020. Toutes les catégories d'âge augmenteront. Un tel accroissement s'est déjà produit par le passé, mais dans les années à venir, la croissance sera plus faible pour les enfants et plus prononcée pour les personnes âgées, induisant un vieillissement démographique, c'est à dire une augmentation de la proportion des personnes âgées dans l'ensemble de la population.
- Une augmentation particulièrement marquée du nombre des personnes de 65 ans ou plus au cours des 20 prochaines années, résultant de deux phénomènes complémentaires. D'une part, la génération du baby-boom arrive aujourd'hui à l'âge de la retraite : l'effectif des « jeunes seniors » (65-79 ans) passera en conséquence de 70'000 en 2005 à 98'000 en 2020 (+40%). D'autre part, l'augmentation de la longévité produit un nombre croissant de personnes très âgées : l'effectif des résident-e-s du canton âgés de 80 ans ou plus continuera à grandir régulièrement, passant de 29'000 en 2005 à 38'000 en 2020 (+31%).
- Dès 2022, une augmentation accélérée de l'effectif des personnes très âgées (plus de 80 ans), car la génération nombreuse du baby-boom arrivera à l'âge de 80 ans. La catégorie des personnes âgées de 80 ans et plus doublera pratiquement (+90%) entre 2005 et 2030.
- Une augmentation de la population de moins de 20 ans, qui passera de 152'000 en 2005 à 167'000 en 2020 (+10%).
- Une augmentation de la population en âge de travailler (20-64 ans) de 400'000 en 2005 à 452'000 en 2020 (+13%), accompagnée d'un vieillissement du groupe des actifs. Cependant, les projections de la population active sont plus délicates car son évolution dépendra surtout de phénomènes migratoires. Ainsi, la croissance de la population vaudoise s'est récemment accélérée, en raison surtout d'une augmentation de l'immigration : alors que les projections du SCRIS envisageaient une croissance de la population résidente de 37'000 en cinq ans, ces chiffres pourraient être dépassés. Le nombre des résident-e-s s'est en effet accru de 46'000 personnes au cours des six dernières années, dont près de 9'000 pour la seule année 2007.

<b>Perspectives de population 2000 - 2030</b>							
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
0-19 ans	143'082	151'853	158'934	162'233	166'731	174'147	178'941
20-64 ans	378'339	399'546	420'527	437'438	451'977	459'573	464'103
65-74 ans	48'442	49'813	58'209	68'465	69'591	73'564	85'029
75-84 ans	33'451	36'105	37'068	38'893	46'739	55'590	57'023
85-89 ans	8'409	8'667	10'815	11'380	12'211	13'238	18'045
90-94 ans	3'446	3'774	4'228	5'525	6'050	6'694	7'511
95 ans et +	809	1'032	1'268	1'555	2'094	2'468	2'881
<b>Total</b>	<b>615'978</b>	<b>650'791</b>	<b>691'049</b>	<b>725'490</b>	<b>755'394</b>	<b>785'273</b>	<b>813'533</b>

Source SCRIS : Sc de base 2-2007



La démographie permet de prévoir le tableau épidémiologique des vingt prochaines années et d'envisager dès à présent les orientations à prendre. Au centre de cette évolution se trouve la nécessité de prévenir les maladies chroniques et d'accélérer l'adaptation du système de santé au vieillissement de la population, au profit de toutes les générations car les conséquences économiques et sociales de pathologies chroniques négligées affectent l'ensemble de la société. Cette nécessité suppose la prise en compte de six préoccupations majeures.

### Développement quantitatif et qualitatif des ressources gérontologiques

La prise en charge du nombre croissant de personnes très âgées nécessitera un développement conséquent des soins à domicile ainsi que de l'offre en milieu institutionnel, notamment pour les personnes atteintes de démence, ainsi que la disponibilité d'une variété de structures intermédiaires (appartements protégés, courts séjours médico-sociaux, accueil de jour, etc.). L'harmonisation et l'amélioration tant de la disponibilité que de la qualité de l'évaluation médicale gériatrique et psychogériatrique seront déterminantes en présence de personnes cumulant plusieurs maladies chroniques dégénératives. La coordination de leurs soins sera un enjeu majeur afin d'éviter l'engorgement du système de santé par des patient-e-s bloqué-e-s dans des niveaux de soins inadéquats.

Le vieillissement démographique induira une augmentation de la prévalence des maladies chroniques (notamment rhumatologiques, cardio- et cérébro-vasculaires, oncologiques, neurologiques et psychiatriques) dont certaines affectent les personnes bien avant l'âge de 65 ans. Ainsi, d'ici 2030, le volume supplémentaire attendu de certaines pathologies, en lien avec l'évolution de la population vaudoise, devrait être de 60 à 70% pour les insuffisances cardiaques, de 70% pour les accidents vasculaires cérébraux, de

50% pour le diabète, de 70% pour le cancer de la prostate, de 75% pour la démence sénile type Alzheimer, de 70% pour la maladie de Parkinson ou encore de 80% pour les déficits et dépendances fonctionnels. Les besoins en matière de traitement actif de pathologies potentiellement invalidantes et de réadaptation augmenteront en conséquence. Le système sanitaire vaudois devra évoluer en sorte d'y répondre adéquatement pour éviter une augmentation cumulative des situations de perte d'autonomie résultant de soins insuffisants.

A travers l'ensemble des professions de la santé et des réseaux de soins, les compétences en matière de gériatrie et de psychogériatrie doivent être augmentées pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées atteintes de pathologies chroniques dégénératives. L'expansion de ces maladies justifie aussi le développement de soins palliatifs non limités aux situations de fin de vie et complémentaires aux soins à visée curative ou de réadaptation.

### ***Développement d'une prévention centrée sur la fragilisation***

Malgré l'image parfois idéalisée de la santé des « jeunes seniors », l'existence de pathologies chroniques est la règle plus que l'exception dans cette classe d'âge. Ainsi, une enquête menée à Lausanne montre que 15% seulement des personnes de 65 à 70 ans n'ont aucune maladie chronique diagnostiquée et 60% en rapportent deux ou davantage. Bien qu'entre 65 et 70 ans la dépendance envers autrui dans la vie quotidienne soit rare, le risque d'évolution vers une perte d'autonomie est donc élevé, et plus d'un quart des Lausannois âgés de 65 à 70 ans présentent déjà des signes de fragilité. Un enjeu majeur des 20 prochaines années sera de préserver la santé de la génération du baby-boom afin d'éviter d'avoir à faire face à une augmentation massive des cas de dépendance fonctionnelle dans le second quart de ce siècle. Ceci nécessitera des mesures de prévention, notamment secondaire et tertiaire, visant à freiner l'évolution de pathologies dégénératives déjà présentes, à réduire le risque de leurs séquelles, et à détecter précocement les personnes en voie de fragilisation pour déclencher une prise en charge de type gériatrique.

### ***Maintien de l'accès aux soins aigus et adaptation aux besoins de nouveaux groupes***

Le vieillissement démographique ne doit pas masquer le fait qu'une croissance de la population est prévue dans toutes les catégories d'âge. Face au poids politique prévisible des personnes âgées de 65 ans ou plus dans les années à venir, les besoins des plus jeunes (enfants, adolescents, adultes en âge de travailler) ne devront pas être négligés. Au cours de la dernière décennie, des efforts importants de réorganisations de l'offre ont caractérisé la politique sanitaire vaudoise et les capacités, notamment hospitalières, ont été réduites en raison de la diminution de la durée moyenne de séjour et du virage ambulatoire. Les structures de soins, qui seront fortement sollicitées pour affronter les effets du baby-boom et d'une longévité accrue, devront parallèlement continuer à répondre aux besoins d'une population de moins de 65 ans qui augmentera également. Il conviendra en outre de prendre en considération les modifications structurelles de jeunes générations caractérisées par une proportion croissante d'immigrant-e-s, présentant des besoins médicaux et psychosociaux spécifiques.

### ***Renforcement de la prévention primaire***

A travers l'ensemble des catégories d'âge, la prévention primaire et la promotion de la santé doivent rester une préoccupation centrale dans une perspective de réduction de la charge liée aux maladies chroniques, somatiques et psychiques. Elles devront donc être renforcées et également adaptées aux catégories de population en développement (i.e. migrant-e-s, personnes âgées, etc.).

### ***Développement, adaptation et mobilisation des ressources humaines***

La question de la disponibilité des professionnel-le-s de la santé pour faire face à l'évolution démographique et épidémiologique se pose de manière similaire, mais amplifiée par rapport à celle détaillée au chapitre II.4.2 ci-dessous s'agissant du monde de la santé en général.

L'incitation à l'aide informelle dans le réservoir des « jeunes seniors », en faveur des plus âgé-e-s, pourrait provisoirement constituer une partie de la solution face aux besoins croissants de prestations concourant au maintien à domicile, parmi lesquelles figurent des soins, mais aussi des appuis d'ordre social. Les modalités de cette incitation doivent être examinées durant la législature. Cependant, les jeunes retraités ne sont pas exempts de problèmes de santé et cette ressource n'existera que de façon provisoire. D'ici quinze ans, la génération du baby-boom atteindra elle-même l'âge de 80 ans et ne sera pas suivie d'une génération nombreuse susceptible de lui procurer un grand volume d'aide informelle. La prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle est donc une priorité.

### **Mise sur pied d'un dispositif de suivi**

Le vieillissement démographique se poursuivra au-delà de la législature. L'adaptation des ressources et des activités sera une entreprise de longue haleine, centrale pour l'évolution du système sanitaire vaudois dans son ensemble. L'établissement de priorités sera sous-tendu d'enjeux éthiques et économiques majeurs. Pour ces raisons, un dispositif de suivi doit être mis sur pied afin de guider et d'accompagner le développement de la politique cantonale en matière de santé.

## **II.2 Evolution des technologies**

S'il est délicat de prévoir les inventions futures capables de modifier profondément la santé de la population et sa prise en charge, on peut s'attendre au développement d'une offre de technologies nouvelles s'adressant aux personnes atteintes de pathologies dégénératives.

Dans le domaine des médicaments, les dernières années ont par exemple vu la diffusion rapide des statines pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. L'industrie recherche activement des molécules qui pourraient être proposées au grand nombre de personnes affectées de maladies chroniques, accompagnées ou non de manifestations cliniques, en vue de prévenir une aggravation, des récurrences ou des séquelles. L'évolution naturelle de cette tendance est l'élargissement de la prescription de médicaments aux individus présentant un risque, même très modérément plus élevé que la normale, de développer des pathologies dégénératives avant même leur apparition. La diffusion, en-dehors de la sphère médicale, de tests génétiques pour un large éventail de maladies, proposés directement à la population, est une nouvelle réalité génératrice d'une future demande pharmacologique sophistiquée. L'accès aux suivis spécialisés et aux futurs médicaments destinés aux personnes dont le risque aura été révélé par leur profil génétique dépasse la compétence cantonale et dépendra de décisions au niveau fédéral, notamment dans le cadre de la LAMal.

Un autre domaine en développement est celui des prothèses permettant de pallier les défaillances d'organes (prothèses articulaires, sensorielles, défibrillateurs cardiaques implantés, organes artificiels, etc.). Dans une certaine mesure, la diffusion de ces technologies dépendra de la planification cantonale, notamment lorsqu'elles nécessitent un plateau technique hospitalier. Si les progrès technologiques modifieront vraisemblablement les prises en charge médicales dans le futur, le chemin à parcourir vers une application clinique semble encore long pour la plupart des développements évoqués plus haut. Il paraît donc peu probable que de nouvelles technologies prothétiques émergent et se diffusent à un point tel qu'elles bouleversent fondamentalement la prise en charge des maladies chroniques au cours de la législature. Néanmoins, plusieurs raisons font qu'il est nécessaire d'intégrer dès à présent le progrès technologique dans la réflexion du canton sur sa planification sanitaire. D'abord, pour des innovations extrêmement coûteuses, l'apparition d'une offre même limitée à un nombre très restreint de patient-e-s peut se traduire par des coûts élevés malgré un impact très faible du point de vue de la santé publique. Ensuite, si de nouvelles technologies apparaissent sur le marché, ou se révèlent être sur le point d'aboutir au cours des cinq prochaines années, leur diffusion à plus large échelle peut être rapide par la suite. Enfin, des technologies aujourd'hui courantes pour certains problèmes de santé ou pour certains sous-groupes de patient-e-s, peuvent voir leurs indications s'élargir. Ainsi, par exemple, les dernières années ont montré que dans le cas de la dialyse, l'âge avancé, autrefois considéré comme un critère d'exclusion pertinent, ne l'est plus. En conséquence, à l'heure actuelle, il serait utile d'établir un état de la recherche technologique et d'identifier les développements les plus probables au cours de la prochaine décennie, tant du point de vue de l'avancement des découvertes que de celui des indications.

Le troisième domaine de développement technologique est celui de la télémédecine. Celle-ci permet le suivi à distance de patient-e-s aux besoins essentiellement médicaux (par ex. diabète, hypertension artérielle) ou médico-sociaux (par ex. chutes) et, en conséquence, d'envisager une réduction des investissements en ressources humaines dans les soins aux personnes affectées de certaines maladies chroniques.

Dans ces trois domaines, les innovations sont susceptibles de réduire la charge des maladies chroniques, d'améliorer la qualité de vie, et de réduire les besoins de soins exigeants en ressources humaines. Leur développement doit en conséquence être favorisé, mais également contrôlé en raison des risques élevés de diffusion anarchique, échappant à une évaluation rigoureuse de l'efficacité et à une définition claire des indications médicales. Une veille active des développements technologiques est à mettre en place au niveau national d'entente entre la Confédération et les cantons d'abord, pour établir l'utilité des innovations en collaboration avec les agences étrangères et internationales, puis surtout pour organiser l'introduction en Suisse des nouvelles technologies dont l'efficacité a été établie et garantir leur accès aux personnes qui le nécessitent.

La capacité à explorer la prédisposition génétique des individus sains à développer une maladie a franchi ces dernières années des étapes décisives. La médecine dite prédictive est donc appelée à influencer de

plus en plus la pratique de la médecine quotidienne, qu'elle soit préventive ou curative. La médecine prédictive prend en effet en compte le risque en couru, notamment du point de vue génétique et, en fonction de celui-ci, propose aux patient-e-s des recommandations en termes de mode de vie (hygiène, alimentation, ...), ainsi que de suivi médical, notamment par l'incitation à effectuer périodiquement des tests de dépistage, dès les premiers symptômes de la maladie prédite, afin d'être en mesure d'appliquer dès que possible les mesures curatives nécessaires.

## **II.3 Evolution des risques sanitaires**

### ***II.3.1 Les maladies transmissibles***

Ces dernières années, des faits nouveaux ayant des répercussions importantes sur les types et la transmission de maladies infectieuses se sont produits. La mondialisation a notamment eu pour conséquence d'accroître très fortement la mobilité des personnes et le commerce international, mais aussi de faire apparaître des maladies nouvelles ou de les faire circuler à un rythme inédit (sida, maladie de Creutzfeldt Jakob, SRAS, grippe aviaire). Des propriétés jusque-là inconnues d'agents pathogènes existants sont apparues (résistances aux antibiotiques ou aux antituberculeux) ainsi que des types de propagation différents tels que le bioterrorisme. Ces changements doivent être pris en compte pour garantir la protection de la population, ce qui nécessite d'adapter et d'améliorer les bases légales, les stratégies et les moyens de lutte contre les maladies transmissibles.

La menace pour la santé publique qu'a constitué en 2003 l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a nettement révélé les lacunes dans le contrôle des maladies émergentes dont la vitesse de propagation est très rapide. Le manque de préparation à une crise pandémique issue de la grippe aviaire (ou d'autres virus à haute contagiosité) a également révélé les limites des fonctionnements actuels.

L'émergence possible de maladies encore inconnues dans nos contrées est également une menace nouvelle (Chikungunya, dengue, malaria, fièvres hémorragiques, hépatites, ...). La réémergence de maladies infectieuses dans des populations précarisées (tuberculose, etc.) ou présentant des comportements à risques particuliers (homosexualité et SIDA, ...) pose de nouveaux défis parce que les réponses apportées jusqu'ici s'avèrent inefficaces. Le contrôle des maladies transmissibles « habituelles » (liées à l'alimentation et aux contacts avec les animaux) représente par ailleurs une charge permanente dont le contrôle est sans cesse menacé par les mêmes conditions qui conduisent à des crises et à des menaces nouvelles. Fin 2007, on trouvait à Genève un virus sauvage de la poliomyélite dans les eaux d'une station d'épuration ; plus de 1500 cas de rougeole en Suisse sont comptabilisés dans une épidémie encore en cours au printemps 2008, avec près de 8% d'hospitalisation, pour une maladie dont l'éradication est prévue dans le plan européen de contrôle des épidémies.

Tous ces changements démontrent la pertinence d'une adaptation et d'un renforcement du dispositif de lutte contre les maladies transmissibles.

### ***II.3.2 Autres risques dominants***

#### ***Environnement et santé***

Dans les économies « traditionnelles », sont associées aux problèmes environnementaux majeurs (eau potable, qualité et quantité d'alimentation, hygiène de l'habitat, vecteurs de maladies) les maladies infectieuses et transmissibles, les carences nutritionnelles et la mortalité néo et périnatale. Avec l'industrialisation, la rationalisation de la production de masse – y compris dans le secteur agricole – et l'urbanisation, de nouvelles menaces apparaissent en raison d'émissions croissantes d'agents physiques tels que le bruit et le rayonnement électromagnétique ou de substances toxiques susceptibles de s'accumuler dans l'eau, l'air, le sol et les aliments, ainsi qu'en raison de conséquences liées au changement climatique (canicule, inondations, etc.). Les pathologies chroniques comme les cancers, les problèmes respiratoires, les troubles endocriniens et neurologiques prennent dès lors une importance grandissante dans les problèmes de santé, induisant la nécessité d'une adaptation des dispositifs de prise en charge sanitaire.

#### ***Santé et sécurité au travail***

Des conditions de travail défavorables (que le paramètre qui pose problème soit de nature physique, chimique ou biologique, ou encore qu'il s'agisse d'une question d'organisation ou d'ergonomie) peuvent être la cause de problèmes de santé. De bonnes conditions de travail et un sentiment de succès dans l'activité professionnelle sont en revanche générateurs de bien-être physique et psychique et sont à même d'accroître la motivation et la performance des travailleurs.

Les avantages d'un travail décent, effectué dans un environnement ne présentant pas de danger pour la sécurité et la santé du travailleur sont dès lors de plus en plus mis en évidence aussi bien au niveau international, sous l'égide de l'Organisation internationale du travail (OIT), qu'au niveau national, sous l'égide du Secrétariat à l'économie (seco).

En Suisse, la protection de la santé des travailleurs est une obligation incombant à l'employeur, conformément à l'article 6 de la loi sur le travail. L'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail précise cette exigence en énonçant à l'article 2 le principe selon lequel « l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer et d'améliorer la protection de la santé et de garantir la santé physique et psychique des travailleurs ».

Les mesures dans ce domaine ont toutefois de la peine à se mettre en place. L'Etat, dans son rôle d'employeur, peut à cet égard jouer un rôle moteur et montrer l'exemple pour les employeurs du secteur privé.

## **II.4 Démographie des professions de la santé**

### ***II.4.1 Professions médicales***

En matière de démographie des professions médicales, la fin des années 90 et le début du 21<sup>ème</sup> siècle ont été marquées par la crainte d'une pléthore en fournisseurs de prestations et les effets attendus de la libre circulation et ont conduit à l'adoption du gel des admissions à pratiquer à charge de la LAMal. Depuis, la situation et les discours des acteurs du monde sanitaire se sont modifiés. Plusieurs indicateurs du terrain, tout comme de récentes études en la matière permettent d'établir qu'à l'horizon 2030, si les comportements actuels demeurent inchangés, la pénurie en médecins, et particulièrement en médecins de premier recours, sera importante.

De surcroît, la montée en puissance du travail à temps partiel, la féminisation des professions médicales, la réduction du temps consacré par les médecins à leur profession, les nouvelles conditions de travail (par exemple : limitation du nombre d'heures hebdomadaires à 50) ainsi que les incertitudes ou modifications du cadre réglementaire diminuent l'offre en prestations médicales, en particulier dans le domaine de la médecine de premier recours, ainsi que le « retour sur investissement » par rapport aux ressources allouées pour assurer la formation des médecins.

Le contexte est également en évolution. D'une part, on doit s'attendre à une augmentation de la demande, due notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques, aux innovations technologiques et au progrès médical, aux nouvelles exigences de la population. D'autre part et en parallèle, les réformes du système sanitaire et de formation des professionnel-le-s de santé se poursuivent, notamment dans la perspective de la mise en place d'un dispositif pérenne, au niveau fédéral, voire cantonal, visant à permettre la régulation de l'offre ambulatoire. Même si les modalités de celui-ci sont encore inconnues (liberté de contracter – cas échéant aménagée –, clause du besoin, ...), il aura un impact certain sur les tâches et responsabilités cantonales, et influencera les choix d'orientation de spécialité des futurs médecins.

Ces constats ne sont pas spécifiques à la réalité vaudoise, ni suisse, mais sont partagés sur le plan international. D'autres pays se sont déjà préoccupés de ces risques de pénurie et tentent d'y répondre. De la même manière, plusieurs pays ont conduit des projets de réformes visant à réguler le secteur ambulatoire et à agir sur l'offre, espérant pouvoir ainsi maîtriser les coûts de la santé. Dans ce contexte, il devient impératif de pouvoir disposer d'un système d'information national, fiable et partagé par tou-te-s, outil indispensable pour piloter et suivre la démographie des professionnel-le-s de la santé, tant médicaux que soignant-e-s, et intervenir là où apparaissent des situations de pénurie ou de pléthore.

### ***II.4.2 Personnels paramédicaux***

La démographie des personnels paramédicaux est également source de préoccupation. Deux phénomènes majeurs en sont à l'origine : la pénurie de personnel soignant et l'apparition de nouveaux métiers associés à des formations en constante évolution.

#### ***Pénurie de personnel soignant***

La pénurie de personnel soignant est un problème récurrent qui semble résister aux efforts déployés pour la combattre. Les signes de la pénurie sont en effet toujours là : les institutions sanitaires sont obligées de recruter du personnel étranger, dans et hors de la zone européenne. A titre d'exemple, sur un peu plus de 400 infirmiers et infirmières engagé-e-s en 2007 par le CHUV, 100 ont été recruté-e-s au Canada. En d'autres termes, le marché suisse est très insuffisant pour répondre à la demande et l'hôpital universitaire

ainsi que les autres hôpitaux et établissements sanitaires doivent recruter une proportion importante (entre 25% et 50%) de leur personnel soignant à l'étranger, par exemple en Europe et au Canada, ainsi que, dans une moindre mesure, en Afrique et en Amérique latine. Le recrutement de ce personnel devient cependant plus difficile en raison du déficit de personnel qui touche également les pays d'origine et de l'attractivité plus faible de l'emploi en Suisse, notamment pour les frontaliers (baisse du franc face à l'euro, coût des transports, etc.). Les bassins de recrutement potentiels se déplacent donc vers d'autres pays (Afrique, Asie, Europe de l'Est), posant, outre des questions éthiques – en privant des pays avec un faible niveau de vie de ressources indispensables à leur propre développement – le problème de la formation professionnelle. Un enjeu important sera de trouver des solutions adéquates de dispensation des soins comportant également des offres de formations professionnelles au personnel immigré pour éviter le recours à des solutions insatisfaisantes, faisant appel soit à du personnel non formé, soit à l'exportation des patient-e-s (délocalisation des EMS par exemple).

On observe ainsi une situation tendue en matière de recrutement : à besoins constants, le remplacement des sortants se fait de manière juste suffisante et dans des délais encore raisonnables (1 mois en moyenne au CHUV). Mais le tableau est plus préoccupant dans des établissements plus modestes et offrant moins de perspectives de carrière, ou lorsqu'il s'agit de répondre à des besoins nouveaux – création d'unités spécialisées, ouvertures de lits supplémentaires – ou lorsque les secteurs de soins concernés sont plus exposés – urgences, soins intensifs, psychiatrie – ou encore lorsqu'il s'agit de compenser les effets d'une amélioration des conditions de travail – 6ème semaine de vacances dès 50 ans, réduction de la durée hebdomadaire de travail dans les institutions signataires de la CCT, par exemple.

L'augmentation programmée de la demande en soins dans les prochaines années se traduira à coup sûr par une aggravation de la pénurie de personnel.

### ***Apparition de nouveaux métiers associés à des formations en constante évolution***

Autre facteur jouant un rôle important dans la capacité de fourniture des prestations de soins, l'évolution ininterrompue des formations et l'apparition de nouveaux métiers qui, en multipliant les niveaux de compétences appelés à coopérer, introduit dans les équipes de soins une complexité nouvelle et un risque de confusion des rôles.

Il est évident que les professions de santé doivent évoluer pour s'adapter aux besoins de la population eux-mêmes en constante évolution : nouvelles pathologies, changements socio-économiques, irruption de nouvelles catégories fragilisées, bouleversements technologiques et transformations des pratiques de soins, contraintes économiques et conséquences sur les modes de prise en charge, exigences éthiques, création des HES et insertion dans une cohérence européenne de la formation. Il faut donner aux soignant-e-s les compétences leur permettant de répondre à ces nouvelles exigences, et les programmes de formation se transforment pour les intégrer.

Ces changements au niveau de la formation ont aujourd'hui déjà un impact sur le fonctionnement des équipes de soins, qui doivent repenser leur coopération, trouver la bonne distribution des rôles sans gaspiller les nouvelles compétences, comme celles des assistant-e-s en soins et santé communautaire titulaires d'un CFC, et sans disqualifier celles des professionnel-le-s formé-e-s antérieurement, qu'il s'agisse des infirmiers et infirmières de niveau I et II, des infirmiers et infirmières assistant-e-s, ou des aides soignant-e-s certifié-e-s.

Il faut relever aussi que la spécialisation croissante des professions médicales tend à diminuer encore les possibilités de réponse à la demande. Un développement des technologies permettant de réduire les besoins en ressources humaines dans la prise en charge des maladies chroniques devra également être étudié.

En définitive, l'exercice de la médecine en pleine mutation, notamment dans le secteur ambulatoire, et la recherche de solutions aux problèmes de pénurie en professionnel-le-s de la santé, tant en médecins de premier recours qu'en personnels paramédicaux, conduisent à un questionnement sur le mode de fourniture des prestations de soins : Qui fait quoi ? Avec quels outils et quelle formation ? Les délimitations des compétences des un-e-s et des autres sont-elles intouchables, ou peut-on imaginer d'autres manières de fonctionner ?

Dans cette perspective, la double problématique de pénurie et de réorganisation de la coopération des soignant-e-s doit être examinée plus largement en connexion avec la pénurie médicale annoncée, notamment celle des médecins de premier recours. En raison de la durée de la formation médicale (pré et postgrade), il y a un temps de latence de l'ordre de 10 ans entre l'éventuel relèvement de la capacité d'accueil en études de médecine tel qu'il est préconisé par le Conseil suisse de la science et de la technologie et ses effets sur la densité médicale. L'insuffisance de l'offre en soins obligera à repenser le partage des tâches entre les différentes catégories de professions sanitaires. Des réflexions et des

expériences ont déjà été menées dans plusieurs pays, en France et au Canada notamment, avec des propositions de nouveaux modes de coopération impliquant des transferts de compétences dans des domaines bien identifiés (prévention, éducation à la santé, prise en charge de la douleur, suivi de traitements de longue durée, intégration des modifications induites par la maladie, etc.). Dans le canton de Vaud, quelques secteurs ont déjà donné lieu à des expériences intéressantes, dans des domaines tels que la santé des migrant-e-s, ou la consultation de la violence, par exemple.

C'est une évolution complexe qui implique tant des exigences de formation complémentaire que des changements de mentalité dans les relations entre les différentes catégories de professionnel-le-s. Il y a là un champ de travaux à explorer, dont le fonctionnement de notre système de soins en situation de ressources (humaines) limitées ne pourra pas faire l'économie. Le CHUV en a fait un axe prioritaire de son prochain plan stratégique.

## **II.5 Evolution du cadre fédéral**

De nombreux changements ayant un impact sur les politiques sanitaires cantonales sont en cours au niveau fédéral. Seules sont toutefois mises en évidence, dans les paragraphes qui vont suivre, les révisions majeures qui marqueront la législature à venir et dont certaines sont encore en l'état objets de débats.

### ***Financement des soins de longue durée***

Un des volets de la révision de la LAMal est consacré au financement des soins de longue durée (soins fournis lors de l'hébergement en EMS et soins à domicile). L'objectif de la révision est double : améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins et éviter de charger davantage financièrement l'assurance obligatoire des soins (AOS). En l'état actuel des discussions, les Chambres fédérales ont accepté de limiter le coût des soins à la charge de l'AOS et de répartir le solde non couvert par l'AOS entre le ou la patient-e, pour une part limitée à 20% au maximum, et les pouvoirs publics cantonaux et communaux pour le surplus. Elles ont également introduit dans l'AVS une allocation pour impotent pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère. Elles ont supprimé le plafond annuel des prestations complémentaires pour les personnes nécessitant des soins, à domicile comme en home et elles ont augmenté les franchises pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, y compris la franchise sur immeuble (qui est passée de CHF 112'500.- à CHF 300'000.-). A relever que la contribution à charge de l'AOS fera l'objet d'un forfait fixé au niveau national. Deux questions demeurent encore en suspens devant les Chambres fédérales. Elles portent, d'une part, sur l'opportunité de prévoir une exception au régime général de financement pour les soins aigus et de transition prescrits par un médecin et, d'autre part, sur les modalités d'adaptation du montant à la charge de l'AOS.

### ***Compensation des risques***

Les Chambres fédérales ont également adopté une modification du régime de la compensation des risques, en ajoutant un 3<sup>ème</sup> critère aux deux critères déjà existants de l'âge et du sexe, à savoir le critère du « risque de maladie élevé », déterminé par le séjour de plus de 3 jours dans un hôpital ou dans un EMS l'année précédente. Cette modification devrait contribuer à améliorer la compensation des risques et, partant, à décourager les assureurs-maladie de faire de la sélection de risques.

### ***Gel des professions, suppression de l'obligation de contracter et managed care***

En revanche, les suites à donner à la « clause du besoin », en particulier s'agissant de l'éventuelle suppression de l'obligation de contracter, ne sont pas encore définies. Les Chambres fédérales ont décidé de lier ce dossier à celui de la promotion du managed care et ont demandé des rapports complémentaires à l'administration fédérale. La modification de la LAMal sur ce point devrait être achevée d'ici fin 2009.

En l'état des discussions, il semble que les Chambres vont renoncer à une levée générale de l'obligation de contracter et mettre en place un système plus nuancé, où l'obligation de contracter serait maintenue pour certaines catégories de médecins (notamment les médecins faisant partie de réseaux de soins intégrés, voire l'ensemble des médecins de premier recours), alors qu'elle serait levée pour les autres. Quant au rôle précis et à la marge de manœuvre à disposition des cantons dans la mise en œuvre, ils sont encore incertains. La direction générale à suivre dépendra dans tous les cas en bonne partie de l'issue de la votation populaire du 1<sup>er</sup> juin 2008 sur le nouvel article constitutionnel sur la santé.

### ***Financement des hôpitaux***

En décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision des principes qui régissent la planification et le financement des hôpitaux. Les modifications retenues bouleversent le système en place. Elles introduisent pour les cantons l'obligation de planifier leurs hôpitaux dans le respect de critères fédéraux tout en se coordonnant entre eux. Elles débouchent sur l'exigence d'une structure tarifaire nationale – forfaits par prestations – appelée à remplacer tous les systèmes de financement mis en place par les cantons

jusqu'ici. Elles ouvrent la possibilité, pour le ou la patient-e, d'un libre choix parmi tous les hôpitaux suisses retenus au titre de la planification cantonale.

Cette dernière devra faire l'objet d'une nouvelle liste LAMal (hôpitaux autorisés à facturer à l'AOS) qui précisera dans le détail les mandats de prestations attribués par les cantons. Elle sera censée couvrir l'ensemble des besoins de la population cantonale, indépendamment de l'existence ou non d'assurances privées. Malgré cette exigence de complétude, les Chambres fédérales ont introduit en parallèle un régime relevant de la liberté de contracter, qui ouvre la possibilité aux cliniques non retenues par la planification et aux assureurs de passer des conventions tarifaires, sans créer d'obligation financière à l'endroit des cantons. Elles ont cependant fixé un plafond à la participation de l'AOS, calqué sur les forfaits par prestations qu'elles versent aux hôpitaux planifiés, laissant le solde à la charge de l'assuré-e ou de son assurance privée. Dans les hôpitaux planifiés, les forfaits par prestations à charge de l'AOS ne pourront dépasser 45% des coûts qui, changement important, intégreront désormais les charges d'investissement. Quant à la participation du canton, elle sera au minimum de 55%. Le canton continuera par ailleurs de prendre en charge la totalité des coûts de formation et de recherche ainsi que les surcoûts occasionnés par le maintien d'hôpitaux non rentables, pour des raisons d'économie régionale.

Ces nouveaux principes de planification et de financement devront être mis en œuvre d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Jusque là, les principes de financement en vigueur aujourd'hui continueront de s'appliquer.

### ***Loi sur les épidémies***

L'actuelle loi fédérale sur les épidémies (LEp) date de 1974. Depuis lors, les relations internationales et la mobilité des personnes, des biens et des informations se sont intensifiées, l'ampleur et la vitesse de propagation des maladies transmissibles ont augmenté et des maladies nouvelles, des propriétés jusque-là inconnues d'agents pathogènes existants ou encore des types de propagation différents tels que le bioterrorisme sont apparus. Pour toutes ces raisons, la Confédération a élaboré un projet de révision totale de la LEp, qu'elle a mis en consultation début 2008. Cette révision renforce le rôle de la Confédération et la collaboration de celle-ci avec les cantons, par la création d'un organe chargé d'uniformiser les mesures de protection de la population dans l'ensemble de la Suisse. Une importance plus grande est également attribuée à la collaboration internationale. Les cantons demeurent quant à eux les principaux organes d'exécution et leurs responsabilités sont mieux définies. On relèvera encore que les mesures prévues ont été conçues de manière à renforcer la responsabilité des individus et qu'elles se fondent sur l'efficacité des comportements préventifs.

### ***La stratégie Cybersanté de la Confédération (projet eHealth)***

Les technologies de l'information et de la communication permettent aujourd'hui de mettre en réseau les processus de prise en charge des patient-e-s et les partenaires impliqués dans l'action sanitaire et dans les tâches administratives. Cette perspective nécessite cependant de rendre compatible les différents systèmes informatiques dont se sont dotés les institutions de soins, les professionnel-le-s de la santé, les pharmaciens, les laboratoires, ou encore les assureurs, dans le but de rendre possible leur connexion, sous certaines conditions d'accès aux données et de respect de leur confidentialité.

En raison de sa structure fédéraliste, notre pays accuse dans ce domaine un retard important. Pour y remédier, en étroite concertation avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, la Confédération a arrêté en 2007 une stratégie de « cybersanté » et a créé un organe national de coordination chargé de la mettre en place. Cette stratégie prévoit trois étapes :

1. remise d'une carte d'assuré-e à chaque personne résidant en Suisse (2009),
2. mise en place d'un dossier patient informatisé dans tous les hôpitaux du pays et des outils, permettant l'identification et l'authentification électroniques des patient-e-s et des fournisseurs de soins (2011),
3. accès sécurisé des personnes résidant en Suisse à leur dossier électronique de santé (2015).

La Confédération a la responsabilité d'émettre les directives pour assurer la cohérence de l'ensemble. Quant à la réalisation, elle est déléguée aux cantons à qui il appartient de former et motiver les acteurs, de mettre en œuvre les outils informatiques respectant les standards nationaux, de les déployer et d'en assurer l'exploitation à long terme. Les difficultés du projet et l'importance des investissements à consentir sont à l'origine de la décision de faire appel à une forte coordination entre organes fédéraux et cantonaux et de procéder largement par des projets pilotes de portée régionale, susceptibles d'être généralisés dans un deuxième temps. Signalons à cet égard, le projet initié et conduit conjointement entre la Fédération des Hôpitaux Vaudois et le CHUV pour décider d'un système d'information clinique basé sur un « dossier du patient informatisé » commun (projet DOPHIN).

### ***Nouvelles bases légales pour renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies***

La promotion de la santé et la prévention des maladies relève de la Confédération et des cantons, qui en fonction des domaines, assument des responsabilités qui peuvent être parallèles, communes ou même se chevaucher. De plus, une multitude d'acteurs qui poursuivent des objectifs et des calendriers différents rend le pilotage de la politique de prévention difficile et compromet une utilisation rationnelle et efficace des ressources. En 2007, à partir des recommandations formulées par une Commission spécialisée, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'élaborer une nouvelle base légale en particulier pour fonder l'intervention de la Confédération en faveur de la prévention des maladies non transmissibles et des troubles psychiques, pour coordonner par des objectifs nationaux les actions conduites par les collectivités publiques et par les autres acteurs de la prévention, pour coordonner l'intervention des différents services fédéraux concernés, ainsi que pour rendre plus cohérentes l'utilisation et l'attribution des Fonds. Le projet est attendu pour fin 2008.

## **Conclusion**

Les changements à prendre en compte pour la prochaine législature sont les suivants :

1. l'accélération du vieillissement démographique et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, avec la fragilisation qui leur est liée ;
2. la poursuite du développement de l'offre de technologies nouvelles, notamment pour les personnes atteintes de pathologies dégénératives, et l'accroissement du rôle de la médecine prédictive ;
3. l'évolution des risques sanitaires, qu'ils soient liés à l'environnement en général ou aux nouveaux modes de vie ;
4. la persistance de la pénurie en personnel, aussi bien médical que soignant ;
5. un cadre législatif fédéral mouvant, avec une tendance au transfert progressif des responsabilités vers la Confédération.

Ces changements augurent de nouveaux défis pour le système de santé vaudois. A cet égard, il est important de souligner que le plan stratégique du CHUV pour la période 2009-2013, qui s'inscrit dans la continuité du précédent, adresse nombre de ces problématiques et que des programmes spécifiques seront déployés de manière transversale pour y répondre.

Le Conseil d'Etat soutient ces développements et entend mettre en place sur le plan cantonal des mesures permettant d'y faire face.

# Troisième partie :

## intentions du Conseil d'Etat 2008-2012

### Orientations politiques

Depuis des décennies, le système de santé dans notre pays s'est développé selon un principe simple. Chacun-e souhaite être mis-e au bénéfice des meilleurs soins et y a en principe droit. Sur la base de ces aspirations, la médecine et la recherche médicale se développent sans beaucoup d'entraves, dans une collaboration avec un secteur technologique, médical et pharmaceutique dynamique. Cette évolution est rendue possible par les mécanismes de financement en vigueur. Elle débouche sur une croissance continue des coûts. Elle est aujourd'hui contestée.

Le secteur des assurances a connu une évolution spectaculaire qui l'a rendu bien différent du modèle de l'association mutuelle régionale des débuts. C'est aujourd'hui un secteur économique à part entière qui, au même titre que l'industrie pharmaceutique et des biens médicaux, souhaite optimiser son modèle économique et ses perspectives de rendement. Une telle orientation suppose une différenciation de l'offre en produits d'assurance et donc des partenariats choisis avec les fournisseurs de prestations de soins. Chaque patient-e, selon ses moyens et ses besoins, choisirait son produit d'assurance et son type de médecine. Dans ce modèle, qui voit la sélection des risques se perfectionner toujours davantage, les données médicales accumulées sur les patient-e-s sont de plus en plus convoitées.

Une telle évolution est aujourd'hui freinée par l'opposition des fournisseurs de prestations, notamment des médecins, et par celle des cantons, qui tiennent à un système de santé publique où les autorités démocratiques gardent une influence déterminante sur l'offre de prestations et garantissent l'égalité d'accès. Le vote du 1<sup>er</sup> juin 2008 a confirmé que cette opposition est très majoritairement soutenue par la population.

Mais cette évolution reste recherchée par de nombreux acteurs. Elle ferait du secteur de la santé un secteur économique comme un autre, où la demande solvable déterminerait l'offre et où l'offre aurait de puissants instruments pour inciter au développement de la demande solvable. Les coûts globaux à n'en pas douter augmenteraient encore plus et l'inégalité d'accès aux soins en serait une conséquence très vraisemblable. Dans un tel modèle, les pouvoirs publics ne sont plus censés déterminer le niveau de l'offre mais, tout au plus, soutenir par une politique sociale plus ou moins développée la demande non solvable, afin d'éviter que les inégalités sociales n'entraînent une inégalité des chances de survie face à la maladie et l'accident par trop criante, ce qui serait peu compatible avec ce que l'on conçoit d'une société démocratique.

Face à cette perspective, les cantons sont interpellés. Autorités de proximité et de dernier recours, ils subiraient de plein fouet les chocs enclenchés par un accès inégal aux chances d'être bien soigné-e en cas de besoin. Si les coûts ne sont pas maîtrisés, donc si l'offre n'est pas encadrée, l'explosion de la charge de l'assurance-maladie risque d'accélérer l'évolution vers un système désolidarisé. Les cantons seront confrontés à des ruptures de l'offre dans les régions périphériques face aux malades chroniques et aux malades les plus atteint-e-s qui n'intéresseront pas des acteurs du marché orientés sur les perspectives de rendement liés à une demande solvable. Politiquement, cette évolution serait intenable. Pour l'éviter, il faut faire le choix d'assumer ses responsabilités, ce qui passe par une limitation de l'explosion irrationnelle de l'offre, un soutien à l'innovation et à la recherche scientifique, une garantie d'un accès équivalent aux prestations.

Dans ces conditions, les cantons doivent défendre un modèle démocratique d'accès aux soins et à la médecine. Ils doivent défendre un statut de médecin fondé sur la recherche du bien du patient, avant toute autre préoccupation. Cette conception implique l'existence d'une profession médicale indépendante des industries qui cherchent à vendre comme de celles qui, à l'inverse, sont tentées de rembourser un minimum de prestations. Les pouvoirs publics, les cantons dans notre pays, ont la responsabilité d'arbitrer entre les différents intérêts et de définir l'intérêt général.

Cette mission implique la volonté d'exercer ses responsabilités. Cette volonté doit déboucher concrètement sur une solide planification hospitalière, une vigilance sur la façon dont les assureurs chargés de l'assurance-maladie sociale jouent leur rôle et une régulation de l'offre ambulatoire afin d'en limiter les excès là où elle abonde et d'en éviter la pénurie là où elle se raréfie. Il faut aussi intensifier les efforts de prévention et les incitations à offrir des prestations rationnelles en réseaux, seuls à même d'optimiser la réponse à une demande potentiellement sans limite.

Mais ce rôle, incontournable, ne peut être joué sans de solides partenariats et la volonté constante d'agir dans la concertation et le dialogue. Les acteurs de la santé, groupements d'hôpitaux, de pharmaciens-ne-s, de médecins, de soignant-e-s, d'assuré-e-s, seront des partenaires indispensables dans cette défense d'un modèle de santé publique solidaire et équitable et, derrière lui, d'un modèle de société démocratique. Dans notre canton, la SVM, la FHV, les associations d'EMS, les associations d'aide et de soins à domicile, les réseaux de soins, les syndicats et associations professionnelles de défense des soignant-e-s et du personnel administratif et technique, les ligues de la santé et autres organismes de prévention, les associations de patient-e-s, ainsi que les assureurs ont été et seront autant de contributeurs décisifs à la réussite d'une politique de santé publique qui atteint son but : préserver et développer la santé et l'espérance de vie en bonne santé de chaque habitant-e de notre canton.

Pour concrétiser ce partenariat, pour définir les règles, les protocoles et les standards applicables ainsi que toute décision importante relevant de l'organisation et de la planification sanitaire, le Conseil d'Etat entend reconnaître en particulier deux niveaux de concertation :

- a. **Les réseaux de soins régionaux** qui, en ayant associé les communes ont un ancrage politique régional fort, et sont de par la loi, promus au rang d'organes de préavis pour le département.

Le Conseil d'Etat mettra tout en œuvre pour favoriser, au travers des réseaux de soins, une organisation sanitaire cohérente dans les quatre grandes régions du canton. Pour ce faire, il soutiendra toutes les initiatives visant à l'amélioration de la coordination et de la coopération des acteurs sanitaires au sein des réseaux régionaux. Le renforcement de la « première ligne » par une incitation faite aux médecins de premier recours de s'intégrer dans les réseaux de soins, le développement de filières de soins pour les principales maladies chroniques ainsi que la mise sur pied d'une véritable coordination gériatrique régionale sont des priorités gouvernementales.

- b. Aux fins de compléter le dispositif de régulation et notamment celui qui porte sur l'offre ambulatoire, le Conseil d'Etat entend proposer au Grand Conseil la création d'**une instance de concertation et de délibération en matière de régulation** de l'offre de soins dans toute situation de pléthore ou de pénurie avérée et qui menace l'intérêt général. Il peut s'agir d'implantations d'équipements lourds, de centres médico-chirurgicaux, de cabinets médicaux ou de toute autre structure sanitaire échappant aujourd'hui aux règles de planification prévues par la LAMal.

Le Conseil d'Etat souhaite ainsi faire du système de santé vaudois un dispositif régulé ni par une coûteuse concurrence, ni par des décrets étatiques plus ou moins étriqués mais par l'intelligence et la responsabilité collective de partenaires légalement fondés à délibérer et agir dans l'intérêt de la communauté. Pendant les quatre prochaines années, il aura à cœur de continuer à assumer les responsabilités d'un Etat garant et acteur des partenariats nécessaires à un système de santé de qualité.

La déclinaison de cette volonté dans les différents modes de gouvernance et dans la définition des statuts juridiques des acteurs du système sanitaire ne manque pas d'occasionner des débats nourris et fréquents. Afin d'éviter de freiner des projets particuliers par la résurgence de ce débat, le Conseil d'Etat envisage de mettre à profit la présente législature pour réfléchir à un renouvellement de l'architecture générale du système. Les modifications de la LAMal liées au financement hospitalier risquent notamment de nous contraindre à cette réflexion globale. Le cas échéant, le Conseil d'Etat agira sans précipitation et avec le souci de chercher le consensus le plus large possible.

Fort de cette vision du système de santé, les mesures que le Conseil d'Etat propose pour la présente législature s'articulent autour de cinq lignes directrices :

1. Les **services de soins** doivent **continuer leur mue** en vue de s'adapter aux **caractéristiques des affections chroniques**. Il s'agira de maintenir l'effort d'expansion et de diversification des capacités médico-sociales, de renforcer les dispositifs de coordination et de se doter des moyens d'amplifier la composante gériatrique et psychogériatrique de la politique sanitaire.
2. Les efforts pour assurer une **offre suffisante en personnels de santé** doivent être renforcés. Ce renforcement se traduira par des actions pour limiter la pénurie de personnels paramédicaux, pour favoriser une nouvelle répartition des tâches entre soignant-e-s et pour soutenir la médecine de premier recours, la relève médicale en milieu hospitalier et la garde médicale.
3. Le dispositif de **promotion de la santé** et de **prévention des maladies**, ainsi que les réponses apportées à **d'autres problèmes de santé dominants** doivent être développés. L'accent sera mis sur la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, la prévention des dépendances en général, la promotion de la santé chez les jeunes, la santé sexuelle et reproductive, le maintien de l'autonomie notamment des personnes âgées, le dépistage du cancer du sein et d'autres formes de cancer, la lutte contre les maladies transmissibles et la mise en œuvre du plan de santé mentale.

4. La **réorganisation hospitalière** doit être poursuivie. En parallèle à la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013 du CHUV, les actions principales porteront sur la construction de l'Hôpital unique Riviera-Chablais, sur la création d'une filière cantonale de neuroréhabilitation, sur le financement des autres projets de réorganisation et d'adaptation dans les hôpitaux régionaux et sur l'actualisation des missions des hôpitaux.
5. Le **pilotage du système** doit être adapté. Cette adaptation concernera le dispositif législatif, le suivi de l'évolution technologique, la stratégie en faveur de la qualité, le système d'information orienté « patient », ainsi que la collaboration intercantonale.

Pour chacune de ces lignes directrices, les mesures préconisées et les actions que le Conseil d'Etat entend mener sont mises en évidence.

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

### III.1.1 Capacités de prises en charge modernisées et accrues

#### Contexte et enjeux

La mise à jour de la planification médico-sociale cantonale effectuée en 2006/2007a permis d'établir des cibles en lits à l'horizon 2015 et d'identifier les axes principaux de développement. En résumé, compte tenu des impacts démographiques et de l'évolution des besoins, il faut prévoir :

- la mise à disposition d'environ 100 lits supplémentaires de long séjour de gériatrie et de psychogériatrie par année entre 2005 et 2015,
- l'adaptation des capacités des EMS psychiatriques, qui accueillent principalement une population d'adultes, ainsi que la mise à disposition de structures intermédiaires à mission psychiatrique,
- l'augmentation des capacités d'accueil spécialisées, pour tenir compte des besoins de populations spécifiques (neuroréhabilitation, toxicomanies, SIDA, personnes sous mandat civil ou pénal...),
- l'augmentation des moyens de l'aide et des soins à domicile pour suivre l'évolution de la demande et répondre aux besoins parfois spécifiques de certaines catégories de bénéficiaires,
- un développement important des capacités de court séjour et d'accueil temporaire, ainsi qu'une diversification des missions,
- le soutien de l'Etat au développement de logements protégés correspondant au concept publié en février 2007.

Ainsi, pendant la législature 2007-2012, il s'agira de poursuivre la politique médico-sociale cantonale en continuant d'investir dans le **développement des trois piliers** définis pour la législature 2003-2007 : l'hébergement de long séjour, à les services d'aide et de soins à domicile et les logements protégés.

Compte tenu de la pression de la demande, un **quatrième pilier** devra compléter cette politique : le soutien à l'aide informelle apportée par l'entourage, au bénévolat et à l'intégration sociale (appui aux associations actives dans ce domaine).

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

- Les sept projets déjà acceptés par le Grand Conseil permettront **d'augmenter la capacité d'hébergement** de 220 lits d'ici fin 2009. Les sept projets suivants, sur lesquels le Grand Conseil doit encore se prononcer, augmenteront encore la capacité disponible de 260 à 290 lits d'ici fin 2010/2011. Au total, environ 500 lits supplémentaires seront ainsi à disposition à cet horizon. Cet effort devra être poursuivi sur la période 2010-2015. Compte tenu des impacts du vieillissement démographique et des études réalisées, il faut s'attendre à devoir mettre à disposition, sur cette période, environ 100 lits supplémentaires de long séjour par année. Des moyens devront également être consacrés à la modernisation ou au remplacement des EMS les plus vétustes, en particulier pour le réseau des EMS à mission psychiatrique qui présente aujourd'hui de fortes lacunes.
- S'agissant de la **mise en conformité ECA**, 84 EMS devront effectuer des travaux dans ce domaine pendant la législature 2007-2012. Pour un nombre important d'entre eux, à savoir tous ceux qui ne sont pas cumulativement à but idéal et propriétaires de leur infrastructure immobilière, le système en vigueur de participation de l'Etat à la couverture du coût de ces travaux ECA pose des problèmes de

financement très importants. Les dispositions applicables à cette catégorie d'EMS ne permettent en effet pas de prendre en charge l'amortissement direct du financement des travaux sur une durée acceptable. Des solutions devront donc être trouvées dans le cadre de la réforme des modalités de financement de l'hébergement médico-social (v. action n° 38 ci-dessous).

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

- Le dispositif d'aide et de soins à domicile devra s'adapter pour faire face à l'évolution générale de la demande et à **l'augmentation prévue du volume d'activité**. Cette augmentation aura des impacts importants sur le besoin en personnel, l'organisation des centres médico-sociaux et l'infrastructure. Ainsi, pour la seule population des personnes âgées de 65 ans et plus et concernées par une dépendance chronique, l'adaptation nécessaire des effectifs est de 25% entre 2005 et 2015. En outre, les nouvelles modalités de financement hospitalier (financement à la prestation), vont vraisemblablement déboucher sur une diminution de la durée des séjours hospitaliers et, partant, augmenter la pression sur les services d'aide et de soins à domicile. Pour toutes ces raisons, l'augmentation des moyens octroyés à ce secteur par rapport à d'autres, qui a déjà marqué les précédentes législatures, va se poursuivre durant la législature en cours. Le Conseil d'Etat réaffirme par là son soutien à ce dispositif.
- Pour les **personnes âgées dépendantes**, les études disponibles à l'horizon 2015 ont montré la nécessité de renforcer, mais aussi de diversifier les services d'aide et d'appui à domicile. Outre renforcer les capacités actuelles pour faire face à l'augmentation de la demande, il faudra aussi favoriser le développement des équipes médicales mobiles et des services de thérapie qui contribuent au maintien de l'autonomie (ergothérapie, physiothérapie, pédicure), renforcer les veilles et présences, soutenir le bénévolat et améliorer l'intégration sociale comme outil de prévention de l'isolement.

#### **Action n° 3 : Développer les logements protégés et les structures intermédiaires**

- En ce qui concerne les **logements protégés** ou d'autres formes équivalentes d'appartements, les avant-projets et projets à l'enquête ou en cours de construction connus au début de l'année 2008 devraient permettre d'accroître l'offre sensiblement d'ici 3 à 5 ans (entre 400 et 500 logements de plus). D'autres projets sont d'ores et déjà annoncés.
- De plus, il s'agira non seulement de renforcer les **capacités de court séjour et d'accueil temporaire** dans une proportion importante, mais également de reconsidérer le concept même de « structure intermédiaire », ainsi que les modalités tarifaires, en concertation avec les partenaires. Cette réflexion se déroulera dans le cadre de la nouvelle Commission des structures intermédiaires (Cosi), chargée de faire des propositions au DSAS.

#### **Action n° 4 : Soutenir l'aide informelle et bénévole**

- Lorsque la maladie et la dépendance surviennent, le **rôle de la famille ou de l'entourage** est essentiel. Pour encourager l'appui et les soins informels dispensés par les amis, les voisins ainsi que la famille et prévenir leur épuisement, des mesures d'accompagnement devront être développées. Il en va ainsi en particulier pour les familles dont l'un des membres, enfant ou adulte, souffre d'une maladie chronique. Le DSAS devra compléter le dispositif actuel par un renforcement des mesures de formation sur le rôle de l'aidant, le transfert de savoirs, la reconnaissance de l'aide apportée, des possibilités de congé professionnel ou encore des mesures relevant de la politique familiale (soutien logistique aux familles), voire de la protection de l'enfance. Il faut souligner que d'autres cantons ou pays connaissent déjà ce type de reconnaissance et de soutien.
- Des **aides individuelles** doivent pouvoir être accordées, sous condition de ressources, aux personnes de la famille ou de l'entourage qui s'investissent pour s'occuper d'un proche, âgé ou en situation de handicap. La base légale existe : la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS). Cette loi permet de verser des aides financières à des personnes, dans le cadre d'un projet de maintien à domicile, pour autant qu'elles bénéficient de prestations d'un fournisseur reconnu à un coût convenu. La limite actuelle est celle des PC AVS/AI ; il faudra probablement relever cette limite afin que des personnes aux revenus légèrement supérieurs puissent aussi entrer dans le cadre légal, à l'instar du projet de budget d'assistance au niveau fédéral.

### **III.1.2 Consolidation des dispositifs de coopération et de coordination**

#### **Contexte et enjeux**

Comme on l'a vu plus haut, le vieillissement démographique induit une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Or, la prise en charge de ces maladies est complexe et coûteuse. En raison de comorbidités associées au diagnostic principal, les intervenant-e-s sont nombreux, les relations multiples et les réorientations fréquentes. L'organisation actuelle des services de soins, très fragmentée, parfois

cloisonnée, répond mal à cette évolution. Un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre pour y remédier et améliorer la coopération et la coordination entre intervenant-e-s au cours de la législature précédente. Le Conseil d'Etat entend renforcer ces dispositifs lors de la présente législature.

#### **Action n° 5 : Finaliser la mise en œuvre de la loi sur les réseaux de soins**

- En application de la loi sur les réseaux de soins du 30 janvier 2007, le DSAS a défini un **nouveau découpage géographique**. Sa mise en œuvre débouchera sur une diminution du nombre des réseaux, qui vont passer de cinq à quatre. La Fédération de soins du Chablais et l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut ont en effet prévu de fusionner à l'horizon 2010.
- **L'intégration des communes** dans les réseaux constitue un autre des principaux objectifs de la loi sur les réseaux de soins. Les communes sont ainsi considérées comme des membres à part entière des réseaux et sont en train d'organiser leur représentation dans les différents organes au même titre que les fournisseurs de soins. Cette intégration, qui se fait avec l'appui des préfets, doit progressivement déboucher sur une présence et une implication plus fortes des communes dans la gestion des différentes activités des réseaux de soins.

#### **Action n° 6 : Consolider et faire évoluer le programme BRIO**

- La recherche de la meilleure adéquation possible entre les besoins des patient-e-s et les possibilités d'y répondre est d'autant plus nécessaire que les capacités de prise en charge resteront durablement inférieures à la demande, malgré la construction de nouveaux EMS ou l'importance des investissements consentis en faveur de l'aide et des soins à domicile. A l'occasion de la mise en œuvre de la nouvelle Loi sur les réseaux de soins, le DSAS entend **revoir le cadre de référence**, élaboré en 1999, et redéfinir les modalités de financement afin de tenir compte des caractéristiques des populations desservies, de l'offre disponible et des activités déployées. Il entend également fixer le niveau de développement attendu en se référant aux pratiques d'orientation et de liaison qui ont fait leurs preuves, que ce soit à Lausanne ou dans le Nord Vaudois, afin d'harmoniser les pratiques de l'ensemble des réseaux de soins. Enfin, afin de maintenir la situation sociale des personnes prises en charge par le réseau (équilibre financier, octroi des prestations sociales, maintien de la situation d'assurance), le DSAS soutient le développement d'une fonction sociale dans les réseaux.
- En complément à cette harmonisation, il convient de **soutenir les initiatives en cours** prises par les deux réseaux de soins mentionnés ci-dessus pour répondre à des situations de plus en plus complexes. A l'occasion de demandes urgentes de placements provisoires ou au terme d'un séjour hospitalier, leurs BRIOs sont en effet souvent confrontés à des besoins mal identifiés. Pour y faire face, ces réseaux introduisent une évaluation gériatrique globale, dans la perspective d'obtenir une réponse appropriée et durable. Ceci se concrétise par la mise à disposition de **compétences interdisciplinaires et l'organisation de consultations gériatriques**. Cet enrichissement de l'activité des BRIOs doit être expérimenté. L'extension aux autres réseaux sera examinée à partir des résultats obtenus.

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

Le coût des médicaments, en pratique ambulatoire comme en institution d'hébergement, est une préoccupation récurrente. Deux interpellations parlementaires récentes ont demandé au Conseil d'Etat d'examiner la mise en place du modèle fribourgeois des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour agir sur les coûts des médicaments en libre pratique et dans les établissements médico-sociaux. Le modèle a démontré que l'analyse des ordonnances médicales et l'adoption de consensus de prescription augmente la qualité des médications tout en entraînant une diminution des coûts. En fonction de ces éléments, deux priorités se dégagent :

- Le Conseil d'Etat a décidé de soutenir par une action d'information la création, portée spontanément par les médecins et pharmaciens, des **cercles de qualité en ambulatoire**. De quatre projets en février 2006 on compte 14 cercles opérationnels à fin 2007. Le développement de ces cercles de qualité va se poursuivre, avec l'appui du DSAS.
- Simultanément, le Conseil d'Etat a décidé de porter particulièrement son action sur la mise en place des **cercles de qualité dans les EMS**, appelés aussi assistance pharmaceutique, car ils réunissent pharmacien-ne, médecin et responsable infirmier. Le ou la pharmacien-ne y a un rôle important pour l'analyse des prescriptions et les achats de médicaments au meilleur coût. Le projet a démarré avec un but de 10 EMS pilotes en 2008, 30 à 50 en 2009 et l'extension à tous les EMS d'ici à fin 2011.

### **Action n° 8 : Soutenir la création et l'extension de filières par pathologie (Projet DIABAIDE, autres projets)**

- Une gestion des maladies chroniques par des filières coordonnées spécifiques a pour but d'offrir un suivi optimal en développant la collaboration, le partage d'information et la coordination des prestations. Une première filière de soins coordonnés (DIABAIDE) a ainsi été mise en place dans la région de la Côte en faveur de patient-e-s atteints de diabète. Elle doit se poursuivre. L'opportunité de sa **généralisation à l'ensemble du canton** devra être examinée à la lumière des résultats de santé attendus. En Allemagne, il a pu être démontré que la gestion du diabète sous forme de programme permet non seulement des économies, mais également d'éviter un nombre important d'infarctus, d'attaques cérébrales, d'amputations, de cécités, de néphropathies, ainsi que d'autres complications.
- L'extension de la filière DIABAIDE doit s'accompagner d'une réflexion sur l'opportunité de **développer d'autres expériences**, par exemple en faveur de patient-e-s atteints dans leur santé psychique ou souffrant de pathologies cardio-vasculaires. Par ailleurs, en raison de la fréquence élevée de comorbidité parmi les personnes âgées, dont le nombre augmente dans le canton, une réflexion doit être conduite sur la prise en charge, par de telles filières, de patient-e-s présentant de multiples maladies chroniques dont l'interaction complique les soins et le suivi.
- Cette action se situe dans la même ligne que celle prévue par le CHUV dans son plan stratégique 2009-2013 en matière de réorganisation de la prise en charge des patient-e-s et visant à **développer des « itinéraires cliniques »** en associant les professionnel-le-s impliqués et leurs compétences spécifiques autour de pathologies données et **en désignant, pour chaque patient-e, un-e « soignant-e de référence »**.

### **Action n° 9 : Poursuivre le développement des soins palliatifs**

Au vu du bilan effectué, les priorités d'action pour la législature comprennent :

- un **renforcement de l'offre**, avec principalement :
  - création d'une unité d'environ 10 lits A de soins palliatifs au CHUV, pour les besoins de situations de haute complexité ;
  - déplacement et augmentation des lits B à la Fondation Rive-Neuve, avec la création d'un centre de jour ;
  - mise à disposition de structures d'accueil spécifiques pour les personnes pour lesquelles des solutions adéquates n'existent pas aujourd'hui (projet pilote de 5 lits C de soins palliatifs à l'EMS Le Signal et autres projets à développer) ;
  - amélioration des ressources spécifiques en soins palliatifs au sein des hôpitaux de soins aigus ;
- le **renforcement des équipes mobiles** pour leur permettre de s'adapter à l'évolution de la demande des professionnel-le-s de première ligne et d'intensifier encore leur action auprès des patient-e-s et des institutions qui en ont besoin ;
- la **poursuite des actions de formation**, en augmentant les formations de sensibilisation du personnel des EMS et CMS et la coordination des formations plus spécialisées en fonction des compétences attendues ;
- des **mesures d'appui à l'entourage** confronté à des situations de soins palliatifs, notamment en offrant des formations aux proches sur les soins de base, en développant le réseau de bénévoles, en améliorant les possibilités de répit pour les familles qui en ont besoin, ainsi qu'en apportant les aides financières nécessaires ;
- pour faciliter l'accès aux soins palliatifs, il s'agira également de prévoir une **information à l'attention de la population**, portant sur les possibilités de recours à de tels soins.

## **III.1.3 Développement d'une politique gériatrique**

### **Contexte et enjeux**

La vague démographique annoncée et les changements épidémiologiques qu'elle provoque vont modifier profondément et durablement l'activité des services de soins. Il convient de s'y préparer déjà au cours de la législature en vue de réunir les conditions qui permettront de faire face à ces nouveaux enjeux. Si les 25 dernières années ont été marquées par la volonté politique de conduire une politique médico-sociale cohérente, les prochaines devront être consacrées à son enrichissement sous forme d'une politique

gériatrique qui en prendra progressivement le relais et qui prendra en compte les besoins psychogériatriques.

Cette réorientation a déjà démarré. Avec les réseaux de soins, le canton de Vaud s'est doté de structures appelées à coordonner les initiatives et les engagements régionaux. Avec la mise en oeuvre de programmes cantonaux tels que BRIOs, soins palliatifs ou encore HPCI, il a introduit et expérimenté des instruments efficaces de pilotage, capables de faire face à des problématiques sanitaires spécifiques. L'hôpital universitaire, quant à lui, a fait du développement de la gériatrie, une des actions prioritaires inscrites dans son plan stratégique 2009-2013. Il entend ainsi se donner les moyens de créer une véritable culture de la prise en charge de la personne âgée au sein du CHUV et d'adapter son dispositif organisationnel au phénomène du vieillissement. Une telle préoccupation mobilise également les hôpitaux régionaux.

Cette évolution doit être soutenue. Il est cependant nécessaire, au moment où elle doit s'amplifier, de lui donner un cadre afin de fédérer les efforts et d'assurer une mise à disposition cohérente des ressources. Parmi les problèmes d'ores et déjà signalés, figurent en effet un cloisonnement entre structures médicales et médico-sociales, un manque de médecins spécialisés en gériatrie et en psychogériatrie ainsi que la nécessité de renforcer les compétences gériatriques des médecins responsables d'EMS. De fait, plus largement, ce besoin de renforcement concerne l'ensemble des professions soignantes.

L'élaboration d'un cadre cantonal, sa mise en oeuvre, son adaptation, constitueront la référence en matière de développement de la politique gériatrique. Pour cette raison, le Conseil d'Etat entend associer à cette tâche des représentants des différents milieux concernés, dans une Commission cantonale « Vieillesse de la population et santé ». Cette commission sera chargée de conduire la réflexion sur les problèmes de santé publique et sociaux qui découlent du vieillissement de la population, de proposer les mesures à prendre et les conditions de leur implantation, ainsi que d'en évaluer l'impact.

Dans un premier temps, il appartiendra à la Commission de valider les actions 9 à 13 et les orientations qui les spécifient, établis en concertation avec les représentants du Service universitaire de gériatrie et qui donnent le cap pour la législature.

#### ***Action n° 10 : Définir un cadre cantonal de référence pour la politique gériatrique***

- Le cadre cantonal de référence est défini **sous l'égide du Service de la santé publique dans une démarche de concertation** avec les réseaux de soins et les professionnel-le-s de la gériatrie et de la psychogériatrie.
- Il explicite l'organisation de la prise en charge des problèmes gériatriques et psychogériatriques tout en précisant les principes communs à chaque réseau de soins pour le développement des prises en charge. Il prévoit les modalités d'intégration des programmes et projets en cours (par exemple : BRIOs, soins palliatifs, santé mentale) dans une **politique d'ensemble de développement des soins gériatriques**. Il définit les indicateurs d'activités et de résultats attendus pour le pilotage de la politique gériatrique.

#### ***Action n° 11 : Mettre en place dans chaque réseau de soins une coordination gériatrique***

- La coordination gériatrique implique les services de soins hospitaliers aigus, de réadaptation, ambulatoires et communautaires, ainsi que de longue durée, y compris les structures intermédiaires et les services d'orientation et de liaison. Elle est **animée par un médecin gériatre ou psychogériatre**. Sa mission est de favoriser le développement de l'évaluation gériatrique, ainsi que la coordination et la continuité de la prise en charge des patient-e-s âgés fragiles à travers l'ensemble des institutions. A cette fin, elle organise la prise en charge des situations complexes, de manière à ce que : les membres du réseau de soins soient à même d'offrir des prestations adaptées aux besoins ; le flux des patient-e-s entre les différents niveaux de soins soit facilité ; des activités de prévention de la perte d'indépendance et d'autonomie soient intégrées aux niveaux clinique et populationnel. Il s'agira dans ce contexte de tenir compte de la décision d'introduire dans les services d'aide et de soins à domicile, entre 2008 et 2010, l'outil d'évaluation des besoins médico-sociaux adopté au niveau suisse (RAI home care).
- La définition et la mise en place de la coordination gériatrique doivent résulter d'un **bilan régional des structures, projets et pratiques actuels** dans le champ de la gériatrie et de la psychogériatrie. La congruence entre les ressources ou dispositifs existants et les exigences du cadre cantonal de référence est à examiner comme préalable à tout investissement. Chaque réseau de soins aura donc la responsabilité de mettre sur pied sa coordination gériatrique en tenant compte des contraintes, options et opportunités locales, en conformité avec les principes du cadre cantonal de référence.

#### ***Action n° 12 : Valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation***

- La formation ou la désignation, dans chaque région, d'un **gériatre en charge du développement et de l'animation de la coordination régionale** est une mesure prioritaire à réaliser d'ici 2012.

- Parallèlement, le cadre cantonal de référence doit prévoir, en lien avec les mesures prévues par le CHUV dans son plan stratégique en matière d'enseignement en rapport avec le vieillissement, le **développement d'une stratégie de formation** pour l'ensemble des médecins (par ex. responsables d'EMS, médecins-conseil des CMS, médecins de premier recours) et autres professionnel-le-s de la santé et du social (infirmiers et infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistant-e-s sociaux et sociales, animateurs et animatrices, etc.) concerné-e-s par la prise en charge de patient-e-s âgés, en collaboration avec les sociétés professionnelles. Des mesures incitatives peuvent encourager les plans de formation des médecins, des autres soignant-e-s et du personnel d'animation concerné-e-s afin d'améliorer le niveau général de compétences en gériatrie et psychogériatrie dans chaque région. On peut mentionner à cet égard le diplôme en études avancées en gérontologie-gériatrie proposé par l'Ecole de La Source, qui consiste en une formation interdisciplinaire ouverte à tou-te-s les professionnel-le-s de la santé et qui permet de répondre aux exigences de formation imposées aux cadres soignant-e-s des EMS à missions gériatrique et psychogériatrique. Il faudra aussi prévoir des formations de base en psychogériatrie, de courte durée, afin d'améliorer rapidement les compétences des professionnel-le-s, même non diplômé-e-s.

#### **Action n° 13 : Soutenir les projets locaux conformes à la politique gériatrique cantonale**

Au cours de la législature, un soutien sera apporté à des projets régionaux, notamment ceux favorisant la définition et la mise en place d'une coordination gériatrique et psychogériatrique, ainsi que de ses composantes hospitalières, communautaires, ambulatoires et de long séjour. Plusieurs projets s'inscrivent aujourd'hui dans cette perspective. Mentionnons, à titre d'exemples, le projet d'évaluation gériatrique globale ambulatoire du réseau Nord Broye, le projet du CHUV d'adaptation de l'institution au vieillissement de la population, ou encore le réseau cantonal de consultations sur la mémoire. De plus, il s'agira de soutenir également les projets portant sur le développement des interfaces entre l'hôpital et le milieu ouvert (médecine de ville et services d'aide et de soins à domicile), en particulier ceux visant à favoriser l'échange d'information sur les patient-e-s entre les différent-e-s intervenant-e-s.

#### **Action n° 14 : Assurer le pilotage de la politique gériatrique et le suivi statistique**

La définition et le suivi de la politique gériatrie doivent reposer sur des estimations chiffrées des besoins, des activités et des résultats. Trois priorités sont identifiées pour la législature :

- quantifier l'**impact estimé de la croissance et du vieillissement démographiques** sur la santé de la population vaudoise en termes de besoins en structures et activités de soins (2008-2009), puis intégrer dès 2010 les résultats dans la planification cantonale ;
- définir des **indicateurs standards d'activité et de résultat** à produire dans chaque région pour le suivi de la mise en place et des effets de la politique cantonale gériatrique ;
- évaluer l'efficacité des projets locaux** en termes d'impact sur la santé, sur les services de santé, et sur la satisfaction de la population.

## **III.2 Assurer une offre suffisante en personnels de santé**

### **III.2.1 Lutte contre la pénurie de personnels paramédicaux**

#### **Contexte et enjeux**

Les structures de soins, qui seront fortement sollicitées pour affronter les effets du baby-boom et d'une longévité accrue, devront parallèlement continuer à répondre aux besoins d'une population de moins de 65 ans qui augmentera également. C'est dire que le besoin en personnel soignant va se maintenir, voire s'accroître. Il est dès lors indispensable de renforcer les mesures permettant de lutter contre la pénurie de personnels paramédicaux, en complément des mesures prévues par le CHUV dans son plan stratégique et visant à structurer la formation postgradué des professionnel-le-s de santé en vue d'assurer la relève.

#### **Action n° 15 : Poursuivre les programmes de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s et de mise à niveau des compétences des infirmiers et infirmières assistant-e-s**

- Les actions entreprises en 2004 se poursuivront pendant la période 2008-2012, en particulier le **programme de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s**. Sur la base des années antérieures, un effectif annuel de 60 candidat-e-s est attendu.
- Il convient également de poursuivre le **programme de maintien de l'employabilité des infirmiers et infirmières assistant-e-s** lancé en 2007. Près de 200 professionnel-le-s sont potentiellement concerné-e-s. Il s'agit de leur offrir la possibilité d'acquérir les compléments de formation nécessaires pour

consolider un statut de moins en moins bien identifié, compte tenu de la suppression de cette formation en 1994. Deux voies sont proposées: une voie courte (acquisition de compétences techniques similaires à celles des ASSC), et une formation-passerelle débouchant sur un diplôme d'infirmier ou infirmière de niveau 1 qui leur permet d'obtenir un titre unifié après quelques années d'expérience.

**Action n° 16 : Soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignant-e-s et à la valorisation de l'image des professions**

- Le positionnement justifié des infirmiers et infirmières au niveau HES s'accompagne d'une attractivité incontestable de la **nouvelle formation d'ASSC**. Les écoles vaudoises de formation permettent, depuis 2007, de délivrer un minimum de 150 CFC chaque année. Pour que le système de soins profite pleinement des nouvelles compétences ainsi mises sur le marché et de l'entier des effectifs formés, il est impératif d'accompagner les changements d'organisation qui doivent s'opérer dans les institutions, et de vaincre les résistances qui accompagnent inévitablement ces changements. Le DSAS a d'ores et déjà pris des initiatives dans ce sens, afin d'obtenir, sur la base d'observations faites avec les équipes soignantes, des propositions pour une répartition différente des responsabilités et des cahiers des charges basés sur les nouvelles compétences disponibles. Il s'agit en particulier d'expériences menées dans trois hôpitaux (dont le CHUV), quatre EMS et un CTR. Cette réflexion touche aussi les métiers liés à l'animation.
- Des réflexions et des expériences sont en cours concernant la **coopération entre professionnel-le-s de la santé**. Elles portent sur des nouveaux modes de coopération impliquant des transferts de compétences dans des domaines bien identifiés (prévention, éducation à la santé, prise en charge de la douleur, suivi de traitement de longue durée, etc.). La législature sera mise à profit pour engager des actions en lien avec la prise en charge des migrant-e-s ou des personnes victimes de violence.
- La nouvelle classification prévue par la démarche Decfo pour les assistant-e-s en soins et santé communautaire ainsi que la revalorisation des perspectives de carrière pour les infirmiers et infirmières devraient contribuer à **améliorer l'image** de ces professions et leur attractivité.
- Il s'agira aussi de veiller à **maintenir des formations de courte durée** pour permettre à des personnes en voie de réinsertion ou aux faibles capacités, de se lancer dans des formations (jeunes au RI, familles monoparentales, femmes migrantes, etc.), dans le but d'obtenir une reconnaissance et une place de travail.

### **III.2.2 Renforcement de la médecine de premier recours et soutien à la garde médicale**

#### **Contexte et enjeux**

Au vu des perspectives de pénurie potentielle du nombre de médecins, les mesures visant à influencer sur les choix d'orientation des étudiants en médecine en faveur de la médecine de premier recours revêtent toute leur importance. La prochaine législature sera l'occasion de renforcer et de pérenniser les mesures de soutien à la médecine de premier recours ainsi que de concrétiser de nouveaux projets dans ce domaine, dans la perspective notamment du développement du managed care.

Le DSAS a confié l'organisation de la garde médicale à la Société vaudoise de médecine (SVM). Malgré les mesures mises en place, des difficultés ont surgi dans certaines régions du canton. Le manque de médecins généralistes dans ces régions a rendu la mission de garde des médecins installés de plus en plus difficile. Une bonne couverture du territoire cantonal afin d'assurer la garde ne peut donc se faire que moyennant une adaptation du dispositif.

**Action n° 17 : Poursuivre le projet de formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes, ainsi que les pédiatres et favoriser l'acquisition de connaissances en matière de managed care**

- Après une phase pilote développée du 1er octobre 2005 au 30 septembre 2007, conduite avec succès, le **projet d'assistantat en cabinet** a été élargi et permet, depuis 2008, de former 12 médecins assistant-e-s par an au cabinet du praticien. Cette mesure, qui consiste à dispenser une formation adaptée à chacun-e et axée sur la réalité du métier de généraliste exerçant dans le secteur ambulatoire, est vivement appréciée, tant de la part des médecins assistant-e-s que des médecins formateurs. Parmi ceux qui ont bénéficié de cette mesure, un très grand nombre ont pu ou vont concrétiser un projet d'installation en cabinet. Une telle mesure permet donc de répondre pour partie à la diminution future du nombre de médecins de premier recours. Les actions à réaliser durant la législature pour ce projet vont consister à augmenter sa visibilité auprès des étudiants et à pérenniser son organisation. Il s'agira également de renforcer son attractivité en assurant le salaire complet des participants, ce qui rejoint les

recommandations émises au niveau fédéral par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé à ce sujet.

- Pour une période d'expérimentation de 2008 à 2010, deux **médecins assistant-e-s en pédiatrie** par année peuvent bénéficier d'une formation au cabinet du praticien. Celle-ci s'aligne sur le modèle d'assistantat pour les généralistes. Ce projet-pilote sera évalué afin d'établir son utilité.
- En parallèle, en collaboration avec l'Institut universitaire de recherche et d'enseignement en médecine générale (IUMG), ainsi qu'avec les réseaux de médecins existants, il faudra développer les possibilités pour les médecins de se former en matière de managed care et soutenir les médecins qui souhaiteront suivre de telles formations.

#### **Action n° 18 : Soutenir le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (Projet ForOm NV)**

Le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (ForOm NV) consiste à développer un concept de formation pour les médecins de premier recours s'appuyant sur les différentes missions et sites des établissements des eHnv. L'action est de permettre de fidéliser les médecins assistant-e-s à cette région et d'y favoriser la création de projets d'installation répondant aux besoins de la population.

#### **Action n° 19 : Développer un système d'information cantonal sur la démographie médicale**

L'amélioration du système d'information cantonal, en cohérence avec le projet de registre fédéral des professions médicales (MEDREG), permettra de disposer d'un outil de pilotage performant et harmonisé. Cette nouvelle plateforme permettra de gérer l'offre ambulatoire à partir de données fiables et d'élaborer des tableaux de bord de suivi de la démographie de l'ensemble des médecins exerçant en cabinet dans le canton. La démographie médicale en sera d'autant plus lisible et compréhensible.

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

- Afin de faire face à la pénurie de médecins généralistes qui assurent la **garde médicale dans certaines régions périphériques**, différentes mesures structurelles vont être examinées en collaboration avec la SVM et ses représentants régionaux. Il est notamment prévu d'étudier la mise en place de « maisons de la garde », en collaboration avec certains hôpitaux périphériques. Un premier projet devrait voir le jour dans le Chablais. Des mesures d'incitation des autorités locales visant à favoriser l'installation de nouveaux cabinets, voire le remplacement de médecins qui cesseraient leur pratique en périphérie, doivent être envisagées.
- En parallèle, une nouvelle **campagne d'information** sur le recours à la Centrale téléphonique des médecins de garde devra être lancée. Ce numéro unique permet en effet, par un tri des appels assuré par du personnel infirmier spécialement qualifié, une meilleure orientation des patient-e-s pour les cas non urgents ainsi qu'un meilleur accès aux médecins de garde et à la réponse infirmière 24h/24 des centres médico-sociaux.
- Quant aux travaux de mise en place d'une **garde en médecine dentaire** par la SVM, ils vont se poursuivre. Quant à la garde pharmaceutique, on peut rappeler qu'elle est basée sur les organisations locales ou régionales, qu'elle est supervisée par la Société vaudoise de pharmacie et qu'elle couvre déjà l'ensemble du canton.

### **III.2.3 Soutien à la relève médicale en milieu hospitalier**

#### **Contexte et enjeux**

La relève médicale hospitalière pose un problème quantitatif en raison d'un déficit au niveau de la formation pré-graduée, d'une augmentation de l'activité clinique globale et, dans une moindre mesure, des restrictions apportées par la législation fédérale qui limite la durée du travail hebdomadaire à 50 heures. En effet, depuis de nombreuses années, le nombre de médecins formés en Suisse diminue (805 en 1980, contre 594 en 2006). Ce déficit est actuellement comblé par un recours croissant à des médecins étrangers. La féminisation de la médecine, avec une demande plus fréquente de temps partiels, accentue également ce phénomène de pénurie. Par ailleurs, la durée moyenne de travail des médecins-assistants et assistantes en Suisse est encore de 54,2 h/semaine selon la FMH, ce qui est souvent difficilement conciliable avec les responsabilités et les attentes familiales modernes. Ces éléments rendent nécessaire l'adoption de mesures visant à soutenir la relève médicale en milieu hospitalier. Une partie de ces mesures sont prévues dans le programme transversal « Formation postgraduée » du plan stratégique du CHUV. Le Conseil d'Etat entend toutefois également tenir compte du résultat des travaux menés sur la répartition des missions respectives dévolues à l'hôpital universitaire et aux hôpitaux périphériques.

### **Action n° 21 : Améliorer la relève médicale par une meilleure coordination de la formation postgraduée**

En 2006-2007, le Service de la santé publique a conduit, avec le soutien du CHUV et de la FHV, une étude pour mieux délimiter les prestations universitaires et tertiaires fournies dans le canton. Cette étude a permis d'identifier près d'une centaine de groupes de prestations entièrement ou essentiellement universitaires. Elle a recommandé la création de 14 collèges médicaux cantonaux réunissant les médecins cadres du CHUV et des hôpitaux de la FHV dans 14 spécialités. Ces collèges auront notamment pour mandat de participer à la coordination de la formation postgraduée afin d'assurer la relève médicale dans les hôpitaux. Il appartiendra donc à chacun d'eux de fournir un rapport sur l'évolution prévisible de sa spécialité pendant les prochains 5 à 10 ans, avec des propositions concrètes en ce qui concerne notamment les exigences liées à la relève médicale. Ils devront donc s'intéresser au nombre d'assistant-e-s dans les différents hôpitaux, tenter de coordonner leurs rotations entre les hôpitaux universitaires et non universitaires et développer une organisation qui favorise la mise en place des plans de carrière et diminue autant que possible la pénibilité.

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

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, les principales causes de pertes d'années de vie en bonne santé (disability-adjusted life years, DALY) sont les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, les dépressions majeures, les cancers des voies respiratoires et d'autres formes de cancers ainsi que les maladies de l'appareil locomoteur. Or les facteurs de risque sont communs à ces maladies, à savoir en premier lieu la sédentarité, le surpoids, l'alimentation déséquilibrée (surconsommation de sel, de graisse et de sucre), le tabagisme et la consommation abusive d'alcool, ainsi que le stress. Les programmes mis en œuvre dans la présente législature vont donc viser en particulier à diminuer les facteurs de risques de ces maladies ainsi qu'à dépister ces dernières en vue d'une intervention précoce. Il s'agit en fait de procéder à une approche globale pour des problèmes particuliers.

### **III.3.1 Alimentation équilibrée et activité physique**

#### **Contexte et enjeux**

La surcharge pondérale ainsi que l'obésité ont fortement augmenté ces vingt dernières années dans la population des pays industrialisés et ce phénomène gagne également les pays en voie de développement. L'OMS tire la sonnette d'alarme et parle même d'une épidémie. D'après l'enquête suisse sur la santé 2002, environ 40% d'hommes et 25% de femmes sont en surpoids et 10% souffrent d'obésité. En ce qui concerne les enfants en âge scolaire, les chiffres publiés en 2007 sont alarmants : 15 à 20% des écoliers sont en surpoids et 2 à 5% obèses. Les causes essentielles de l'excès pondéral sont le manque d'activité physique et la consommation excessive d'aliments riches en sucre et graisses. Le surpoids et la sédentarité sont des facteurs de risque importants de maladies chroniques telles que le diabète type II, les maladies cardiovasculaires, les problèmes articulaires, etc. Ces maladies sont en constante augmentation et représenteront un problème majeur de santé publique dans le futur. L'OFSP et Promotion Santé Suisse encouragent les cantons à élaborer et à mettre en œuvre les programmes de prévention du surpoids qui s'intègrent dans les programmes cadre nationaux de prévention. Le CHUV en a fait un programme transversal dans le cadre de son plan stratégique.

#### **Action n° 22 : Poursuivre les actions de prévention des maladies cardiovasculaires et mettre en œuvre le programme « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux »**

- Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de la morbidité et de mortalité en Suisse. Il s'agit donc de poursuivre et de pérenniser les actions de **dépistage des risques cardiovasculaires** dans la population vaudoise à l'aide du programme « Bilan & Conseils santé ».
- Le **programme cantonal « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux »** a pour objectif de promouvoir un environnement favorable à la santé pour l'ensemble de la population, notamment par la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière. Par ce biais, il vise à moyen et long terme la diminution des maladies chroniques. Ce programme est lancé en avril 2008. Il doit être poursuivi et renforcé dans les années à venir.

### **III.3.2 Dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique)**

#### **Contexte et enjeux**

Les taux élevés de morbidité et de mortalité dues à la consommation de tabac et d'alcool ont motivé la mise en place de plans cantonaux d'action dans ces deux domaines. Par ailleurs, le dispositif cantonal en matière de toxicodépendances a été l'objet de réajustements pour répondre à l'augmentation des comorbidités psychiatriques mais aussi de nouvelles formes de consommation (polytoxicomanie, usage de psychostimulants, etc.).

#### **Action n° 23 : Consolider les programmes de prévention des dépendances**

- Le **Plan cantonal d'action pour la prévention du tabagisme** 2008-2012 s'axe sur la promotion d'une vie sans tabac, la protection contre la fumée passive, l'aide à la désaccoutumance pour tou-te-s et la prévention auprès des groupes vulnérables.
- Le **Plan cantonal d'action alcool** 2007-2012 (PactAlcool) veut garantir en plus de l'information, de la prévention et du traitement, une utilisation optimale du dispositif alcoologique spécialisé. Il vise en particulier à renforcer la coordination et la cohérence au sein du réseau existant. Dans ce sens, un état des lieux des acteurs et des actions de prévention concernant l'alcool dans le canton a été réalisé durant le premier semestre 2008 pour favoriser le travail en réseau et la complémentarité. En outre, un projet pilote sera conduit pour tester les évaluations d'impact sur la santé (EIS) comme outil d'aide à la décision pour le PactAlcool. Quant au dispositif d'indication (projet EVITA), mis en place dès 2007 dans le Nord et l'Est du canton, il est prévu, après une évaluation, de l'étendre sur l'ensemble du territoire.
- En matière de **toxicodépendance**, le canton entend améliorer l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins des personnes dépendantes. Le renforcement du travail de réseau ainsi que la spécialisation des prestations nécessitera l'attribution de nouvelles tâches aux institutions du dispositif toxicomanie. La possibilité de tester un dispositif d'indication semblable au projet EVITA dans la prise en charge alcoologique, est également étudiée.
- Dans la période à venir, le programme intercantonal de lutte contre la **dépendance au jeu** qui a vu le jour en 2007 devrait se développer en mettant en place différentes actions (information à la population, formation des professionnel-le-s, hotline et guide de traitement par Internet). Le Centre du jeu excessif, créé en juillet 2001, doit continuer à être soutenu pour mener à bien sa mission de prévention et de traitement.

### **III.3.3 Autres programmes de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes**

#### **Contexte et enjeux**

Une augmentation de la population est prévue pour toutes les classes d'âge, y compris chez les plus jeunes. Une attention particulière doit donc être portée aux besoins spécifiques de cette frange de la population. Une partie de ces besoins est déjà couverte par les actions mentionnées ci-dessus, notamment par le programme « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux » et par les programmes de prévention des dépendances. D'autres besoins nécessitent des actions spécifiques, qui sont décrites ci-après.

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

Le « Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents », lancé en 2006 et conduit par les Services de la santé publique et de la protection de la jeunesse, a pour but de mettre à disposition des familles avec enfants en bas-âge une offre de prestations dont l'Etat garantit la cohérence, la qualité et l'équité d'accès :

- conseil en périnatalité,
- visites et consultations infirmières pour nourrissons et enfants,
- lieux d'accueil enfants-parents,
- information : accès des familles et des professionnel-le-s aux ressources,
- information aux parents sur le développement de leur enfant,

- information sur la prévention des accidents d'enfants (0-6 ans).

La mise en œuvre de ce programme va se poursuivre. Les priorités pour la législature en cours sont : le renforcement du pilotage du programme au niveau cantonal et régional, l'accessibilité aux prestations, les ajustements progressifs pour répondre à l'accroissement du nombre de naissances et à l'augmentation du nombre de familles vulnérables et de situations psychosociales complexes.

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

Un programme cantonal de vaccination contre le HPV (responsable du cancer du col de l'utérus-HPV) sera mis en œuvre dès l'année 2008. Il comprendra une vaccination en milieu scolaire pour toutes les classes d'âges concernées dès la rentrée scolaire 2008, puis fera partie du programme de routine, annuel, en 7e année. La vaccination en privé sera également disponible pour les jeunes filles non scolarisées qui auraient une situation personnelle ou médicale particulière ou qui ne souhaiteraient pas la vaccination scolaire.

### **III.3.4 Santé sexuelle et reproductive ainsi qu'éducation sexuelle**

#### **Contexte et enjeux**

La santé sexuelle est un aspect important de la santé en général et d'une vie équilibrée qui touche les gens de tous les âges, à toutes les étapes de la vie. L'intervention de l'Etat, par le biais de différents organismes qu'il soutient financièrement a pour but de réduire le nombre de grossesses non désirées, de prévenir les infections sexuellement transmissibles et les problèmes en lien avec la sexualité (violences). Elle doit ainsi permettre aux individus de faire des choix en toute connaissance de cause et d'assumer leurs responsabilités dans ce domaine.

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

- Le **renforcement de l'accessibilité** – géographique, économique, culturelle – des prestations du planning familial est un axe prioritaire pour ces prochaines années, hommes et femmes confondus. Ceci n'est possible que par la mise en place de partenariats spécifiques communautaires pérennes et d'un travail de réseau approfondi avec et au bénéfice des jeunes, des groupes de migrant-e-s et des catégories socio-économiques précaires.
- Face à l'évolution de la société et des enjeux liés à la sexualité, le Service de la santé publique, en collaboration avec le SESAF/UES et la Fondation Profa, a initié une série de travaux en 2008 afin d'adapter progressivement l'offre et le dispositif actuel en matière d'**éducation sexuelle en milieu scolaire**. Cette démarche commune s'inscrit dans la volonté de poursuivre une politique active d'information et de prévention dans ce domaine et de maintenir les bons résultats enregistrés dans le canton (utilisation du préservatif, faible taux IVG en comparaison cantonale et internationale, etc.).

### **III.3.5 Autonomie des personnes âgées**

#### **Contexte et enjeux**

En termes de santé publique, un enjeu central sera de mettre en place des mesures préventives visant à atténuer l'augmentation prévisible, sur la base des projections démographiques, du nombre de personnes âgées dépendantes.

#### **Action n° 27 : Développer des mesures préventives pour prolonger l'autonomie des personnes âgées**

- Il s'agit en particulier de continuer à promouvoir et développer les **mesures de prévention destinées à infléchir précocement le cours de maladies fréquentes** chez les adultes d'âge moyen et dont le risque d'évolution vers une dépendance fonctionnelle est élevé (maladies cardiovasculaires, oncologiques, etc.). Les mesures envisagées doivent être soit d'une efficacité démontrée, soit limitées, entreprises à titre expérimental et soumises à une évaluation scientifique rigoureuse de leur efficacité.
- Les **vaccinations** (par ex. grippe, pneumocoque), le **dépistage de maladies chroniques** (par ex. tension artérielle, glycémie, etc.) et la **prévention de leurs séquelles** (par ex. contrôles ophtalmologiques chez les personnes diabétiques) sont des mesures à promouvoir en collaboration avec les médecins de premier recours.
- Des **projets particuliers** (interventions telles que la prévention des chutes et de la malnutrition, l'entraînement de la mémoire ou le bilan des facteurs de risque) pourront être soutenus sur la base des recommandations de la nouvelle Commission cantonale « Vieillesse de la population et santé » (cf. III.1.3 ci-dessus). Les visites préventives à domicile, qui reposent sur une action commune entre médecins traitants et professionnel-le-s de l'évaluation, représentent à cet égard une priorité. Dans un

premier temps, les interventions possibles seront recensées (par ex : expérience d'évaluation du profil de risque « Health Risk Appraisal for the Elderly » testée dans le canton de Soleure ou autres expériences conduites en Suisse ou à l'étranger) avant la mise en oeuvre d'un projet pilote. Ces mesures devront se compléter d'actions dans le domaine social afin d'éviter l'isolement ou le développement de situations personnelles difficiles.

### **III.3.6 Cancer du sein et autres formes de cancers**

#### **Contexte et enjeux**

Chaque année environ 15'000 décès dus à des cancers sont enregistrés en Suisse et le nombre de nouveaux cas avoisine 31'000. Les cancers les plus fréquents dans l'ordre sont chez les hommes ceux de la prostate, du poumon et de l'intestin et chez la femme ceux du sein, de l'intestin et du poumon. Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de cancer risque fortement d'augmenter dans les années à venir si rien n'est fait pour ralentir sa progression. Le dépistage précoce de certains cancers (sein, intestin) permet de repérer les lésions avant la manifestation clinique, d'améliorer le pronostic et de diminuer les coûts du traitement. Ainsi, lors de l'évaluation du programme vaudois de dépistage du cancer du sein, publiée en 2007, il a été estimé que, grâce à cette action, la mortalité par cancer du sein a été réduite d'environ 22% chez les femmes vaudoises âgées de 55 à 74 ans.

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

- Les résultats obtenus démontrent la nécessité de **maintenir et améliorer le programme de dépistage du cancer du sein**. Le passage à la mammographie numérique, la mise sur pied d'une Fédération suisse des programmes de dépistage, ainsi que les négociations tarifaires concernant le remboursement de la mammographie de dépistage font partie des enjeux pour la législature à venir.
- Une étude d'opportunité et de faisabilité en faveur d'un **programme organisé de dépistage pour le cancer du côlon, voire d'autres types de cancers** (mélanome, col de l'utérus, etc.) sera conduite.

### **III.3.7 Maladies transmissibles (VIH/SIDA, pandémies, ...)**

#### **Contexte et enjeux**

En matière de maladies transmissibles, les mesures de surveillance et d'intervention s'appliquent aux maladies « habituelles » en circulation constante, aux maladies réémergentes et émergentes, ainsi qu'aux nouvelles maladies. Elles doivent être adaptées à la spécificité des maladies, à leur impact différencié selon les populations et à leur probabilité d'apparition. L'action appropriée de santé publique dans ces domaines demande une professionnalisation accrue, dévolue, de par la loi fédérale, aux Médecins cantonaux.

Les mesures à prendre au niveau cantonal doivent s'intégrer dans un réseau de surveillance, d'expertise et un cadre légal à la fois international (le Règlement sanitaire international auquel la Suisse a souscrit en 2007) et national (matérialisé par les ordonnances ou par la révision de la loi fédérale sur les épidémies).

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

- Le canton de Vaud devra améliorer significativement ces prochaines années son **système de surveillance et d'alerte** (déclarations obligatoires, suivi des données et enquêtes d'exposition), actuellement lacunaire, à l'exception notable du contrôle de la tuberculose particulièrement efficient, intervenir selon des protocoles validés (partiellement existants) et analyser ses interventions en fonction de données répertoriées (inexistantes).
- Si certains **programmes** ont fait la preuve de leur efficacité (vaccination en milieu scolaire notamment), ont été ou sont modernisés (programme d'hygiène et contrôle des infections nosocomiales notamment), d'autres doivent être **restructurés** (notamment le dispositif VIH/SIDA). En outre, de **nouveaux programmes** (vaccinations, surveillance et contrôle de maladies transmissibles émergentes ou réémergentes comme la rougeole) ou des niveaux de préparation plus avancés face aux nouvelles menaces à large échelle et/ou rapidement progressives (pandémies) seront développés et mis en place. En parallèle, la possibilité de **rendre certaines vaccinations obligatoires** pour certaines catégories de la population sera examinée.
- Les nouvelles menaces (virus cantonnés à des zones tropicales, variantes du H5N1, ...) nécessitent une expertise maintenue, et un dispositif souple, prêt à être activé et incrémental. Ces menaces à large échelle impactent la responsabilité de l'Etat bien au-delà de sa gestion sanitaire, dans des crises où les

questions de sécurité, d'approvisionnement et d'information notamment sont également en première ligne, nécessitant **une réponse et une conduite globales**. Des liens étroits entre les services concernés par la gestion de crise (SSCM et EMCC) et les dispositifs de réponse (ORCA) sont à développer à la lumière de la préparation à la pandémie. Les interventions existantes seront donc systématisées, afin de répondre aux critères internationaux et aux contraintes de la nouvelle loi fédérale sur les épidémies.

### **III.3.8 Santé mentale**

#### **Contexte et enjeux**

Sur la période 1984-2006, la population du canton a augmenté d'environ 130'000 habitant-e-s. Les soins ambulatoires, la réadaptation et la prise en charge dans la communauté se sont développés de manière importante, avec, en corollaire, un mouvement très significatif de « déshospitalisation ». Alors que le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 1'000 habitant-e-s vaudois-e-s était de 1,7 en 1980, il n'est plus que de 0,7 en 2006. Cette évolution dans les modes de prise en charge est constatée dans de nombreux pays et figure d'ailleurs parmi les recommandations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les quatre secteurs psychiatriques (Centre, Nord, Ouest et Est) assurent aujourd'hui des prestations bien diversifiées, avec des consultations ambulatoires aussi bien que des possibilités d'hospitalisation et de réhabilitation. L'offre médico-sociale des EMS psychiatriques et psychogériatriques, ainsi que celle des institutions sociothérapeutiques ou spécialisées dans la prise en charge des dépendances, complètent ce dispositif.

La santé mentale fait l'objet d'une attention croissante au niveau international. Des études épidémiologiques attestent de besoins importants en matière de soins psychiques. La prévalence annuelle des troubles méritant des soins est estimée à 20-25% de la population adulte. Les jeunes et les personnes âgées sont également concernés. De surcroît, le champ de la santé mentale s'élargit, pour passer d'une approche centrée sur la maladie à un concept global de santé psychique.

Comme en Suisse, les enjeux dans le canton de Vaud sont importants. Pour y faire face, une politique cantonale en santé mentale a été élaborée, dont le but est de maintenir et améliorer l'état de santé psychique de la population tout en garantissant un accès équitable aux soins.

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

Cinq programmes, comportant chacun des actions prioritaires, sont retenus pour la législature 2007-2012 et seront progressivement mis en œuvre, en collaboration avec les partenaires, en fonction des moyens disponibles :

- **lutte contre les conduites suicidaires** : (a) Surveillance du traitement de l'information sur le suicide dans les médias, (b) Formation des professionnel-le-s de première ligne, (c) Prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider, (d) Orientation téléphonique des urgences psychiatriques ;
- **renforcement de la liaison et de la coordination** : (a) Formation des professionnel-le-s de première ligne, (b) Développement de la liaison avec les EMS et les CMS, (c) Développement de la liaison au sein des hôpitaux somatiques, (d) Développement d'équipes mobiles psychiatriques de l'adulte et de l'âge avancé ;
- **lutte contre la violence** : (a) Création d'une équipe ressource spécialisée, (b) Mise sur pied de formations cohérentes et adaptées, (c) Renforcement des structures d'accueil pour les patient-e-s sous mandat pénal ou civil, (d) Recherche et suivi épidémiologique en psychiatrie légale ;
- **amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique** : (a) Augmentation des lits de pédopsychiatrie au Nord et à l'Est (déjà réalisé), ainsi que, cas échéant, à l'Ouest (en cours d'étude), (b) Renforcement des structures de prise en charge des troubles envahissant du développement, (c) Renforcement des moyens de lutte contre les conduites suicidaires, (d) Développement d'un pôle de pédopsychiatrie légale ;
- **handicap mental et psychiatrie** : Ce programme est encore en cours d'élaboration. Il comprendra le renforcement des prestations de liaison en institution, ainsi que la mise à disposition d'une unité de crise.

L'offre existante devra également évoluer pour absorber les effets démographiques et pour mieux répondre à des besoins spécifiques, comme les troubles alimentaires, les dépendances, le soutien aux populations vulnérables ou encore les situations de crise particulières. Ainsi, dans son plan stratégique, le CHUV prévoit de déployer, au sein du nouveau département de psychiatrie, un certain nombre de projets transversaux sur

les secteurs du Nord, de l'Ouest et du Centre, en cohérence avec les priorités évoquées ci-dessus. Il entend également mener un programme prioritaire spécifique pour les populations vulnérables, afin de se doter de compétences interdisciplinaires et de moyens d'intervention répondant aux besoins de cette population.

### **III.4 Poursuivre la réorganisation hospitalière**

Les principes d'organisation annoncés par le Conseil d'Etat en 2004 restent valables. Pendant cette législature, l'effort de regroupement des services de soins aigus somatiques (lits A) sur un nombre limité de sites doit être poursuivi, en mettant en œuvre la construction du Centre hospitalier Riviera-Chablais. Dans les autres régions du canton, il s'agit de procéder aux investissements nécessaires pour adapter les hôpitaux existants à l'évolution des besoins. Quant aux activités de réhabilitation (lits B), la priorité est mise sur la réorganisation et le renforcement des services de neuroréhabilitation, pour lesquels il s'agit de mettre en place une filière cantonale sous l'égide du CHUV et de construire un centre cantonal de neuroréhabilitation de quelque 65 lits, qui remplacera les services actuels, fragmentés et trop petits. L'ensemble de ces efforts sera conduit en tenant compte des possibilités de partenariat avec des cliniques privées.

#### **III.4.1 Hôpital unique Riviera-Chablais**

##### **Contexte et enjeux**

Le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire de 2004 prévoit la construction à l'horizon 2011-2012 d'un Centre hospitalier intercantonal pour la Riviera et le Chablais afin de remplacer les cinq sites actuels de soins aigus, de l'Hôpital Riviera (au Samaritain, à Montreux et à La Providence) et de l'Hôpital du Chablais (à Aigle et à Monthey). Les études complémentaires sur la réorganisation hospitalière, dont le Conseil d'Etat a pris acte le 29 novembre 2006, confirment que cette option est la meilleure. Ce projet permettra donc de répondre de manière optimale aux besoins de la population de la région concernée, de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des patient-e-s, d'assurer des conditions de travail adéquates pour le personnel, d'éviter des travaux de maintenance nécessaires dans les bâtiments existants. Il figure parmi les actions du nouveau programme de législature.

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

Le nouveau centre hospitalier comprendra quelque 300 lits A sur le site de Rennaz et deux centres de traitement et de réadaptation (CTR), chacun avec 75 lits B environ et une policlinique pour les petites urgences, respectivement au Samaritain et à Monthey.

Une convention intercantonale créant ce centre sous la forme d'un établissement autonome de droit public sera soumise aux Grands Conseils vaudois et valaisans.

L'estimation préliminaire du coût du programme provisoire des locaux du nouvel hôpital (avant concours et études) est de quelque CHF 250 millions (prix 2007), auxquels s'ajoutent les coûts, actuellement à l'étude, des transformations des sites du Samaritain et de Monthey pour leur mission de réadaptation et de policlinique pour les petites urgences, ainsi que les éventuelles contributions pour les investissements liés aux transports d'accès. La création de ce nouveau centre hospitalier permettra toutefois aussi d'obtenir une économie annuelle d'exploitation de quelque CHF 9.5 millions pour l'Etat de Vaud.

Le calendrier de mise en œuvre prévoit :

- Fin du 1<sup>er</sup> semestre 2008 : l'octroi par les Grands Conseils VD et VS des crédits pour le concours d'architecture et les études détaillées et la signature de la convention intercantonale créant la nouvelle entité
- Mise en place du premier Conseil d'administration dont la date sera arrêtée par les Conseils d'Etat de chacun des deux cantons
- 2<sup>ème</sup> semestre 2010 : l'octroi par les Grands Conseils VD et VS du crédit de construction
- 1<sup>er</sup> semestre 2014 : la mise en service du futur Centre hospitalier Riviera – Chablais.

### **III.4.2 Filière cantonale de neuroréhabilitation**

#### **Contexte et enjeux**

La neuroréhabilitation, nécessite une étroite collaboration, à la fois entre les différents spécialistes médicaux et soignant-e-s concerné-e-s et avec d'autres services: soins aigus, soins à domicile et réinsertion socioprofessionnelle.

Les institutions publiques et reconnues d'intérêt public les plus actives aujourd'hui dans le domaine sont :

- le CHUV, qui en dehors des services de soins aigus de neurologie et de neurochirurgie, a une unité de neuroréhabilitation de 25 lits B,
- la Fondation Plein Soleil, qui a une double mission : d'hébergement pour des personnes souffrant de troubles neurologiques nécessitant des prestations médico-thérapeutiques importantes (64 lits C), et de neuroréhabilitation (13 lits B),
- l'Institution de Lavigny, qui a aussi une double mission, dont un service de neuroréhabilitation et d'épileptologie (18 lits B), à coté de sa mission principale d'hébergement et de prise en charge d'handicapés mentaux.

En septembre 2002, ces trois établissements ont signé une convention de collaboration créant le Groupement vaudois de neuroréhabilitation (GVN). En 2006, le DSAS a mandaté le GVN pour faire un diagnostic de la situation et proposer un concept cantonal intégré pour la neuroréhabilitation, comprenant les aspects cliniques, la formation et la recherche, ainsi que l'organisation et les finances. Il en ressort en résumé que les services sont fragmentés et trop petits, qu'il manque 15 à 30 lits pour les soins stationnaires, que les possibilités actuelles de traitement ne sont pas toutes exploitées et que les services ambulatoires sont sous-développés.

Dans le même temps, au niveau des infrastructures :

- le CHUV souhaiterait déménager ses 25 lits B ailleurs, pour les remplacer par des lits A ;
- le bâtiment de la Fondation Plein Soleil ne répond plus aux exigences de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour ses résident-e-s (64 lits C) et nécessite des investissements de restructuration et de maintenance très importants ;
- l'Institution de Lavigny a un projet de remplacement pour les bâtiments d'hébergement de ses résident-e-s handicapés mentaux qui permettrait la transformation et l'élargissement de son bâtiment hospitalier pour des patient-e-s de neuroréhabilitation.

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

Face à cette situation, le DSAS propose la mise en place d'une filière cantonale de réhabilitation qui réunira tous les acteurs cantonaux impliqués (établissements mentionnés ci-dessus, Centres de traitement et de réadaptation généralistes, services de soins à domicile, médecins praticiens, Pro infirmis et associations de patient-e-s) et qui devra tenir compte des prestations fournies par les cliniques privées.

Le Service universitaire de neuropsychologie, neuroréhabilitation et médecine physique (SUN) se situera au cœur de la filière. Il regroupera sous une direction médicale unique les activités de soins B et ambulatoires du CHUV, de la Fondation Plein Soleil et de l'Institution de Lavigny, ainsi que les activités de formation et de recherche universitaires du CHUV. La mise en place de la filière débouchera sur :

- un nouveau centre de neuroréhabilitation de 65 lits, en principe à Lavigny, remplaçant les 56 actuels au CHUV, à Lavigny et à Plein Soleil, et ajoutant 9 lits supplémentaires pour répondre aux besoins,
- l'intensification des thérapies pour mieux répondre aux besoins des patient-e-s,
- le développement de la palette et de l'intensité des traitements ambulatoires au CHUV, à Plein Soleil et à Lavigny,
- la transformation de Plein Soleil en un établissement médico-social spécialisé de 64 lits.

Cette filière de neuroréhabilitation réunit donc les différent-e-s intervenant-e-s actuel-le-s dans un dispositif qui assure un continuum thérapeutique, plaçant la personne soignée au bon endroit, au bon moment avec les moyens adaptés à son état de santé.

Le calendrier de réalisation sera arrêté en fonction de la programmation et du financement (subvention OFAS) des deux projets d'hébergement à Plein Soleil et à Lavigny.

### **III.4.3 Autres investissements hospitaliers**

#### **Contexte et enjeux**

En plus des grands projets mentionnés ci-dessus (Hôpital Riviera-Chablais et filière de neuroréhabilitation), d'autres investissements doivent être effectués dans certains hôpitaux périphériques dans le cadre de projets de réorganisation et d'adaptation de leurs missions. Le CHUV devra également de son côté effectuer un certain nombre d'investissements liés à la vétusté de son infrastructure ainsi qu'à l'engorgement chronique des surfaces existantes ; ceux-ci sont mentionnés dans son plan stratégique. On signalera ici en particulier, d'une part, la restructuration de l'hôpital de Cery destinée à améliorer les conditions de prise en charge des patient-e-s psychiatriques et à intégrer de nouvelles fonctions, telles que l'« Etablissement de réinsertion sécurisé », ainsi que, d'autre part, le projet de site unique CHUV-Hôpital de l'Enfance prévu pour accueillir la population pédiatrique et les familles dans un site intégré fonctionnant en synergie avec la maternité.

#### **Action n° 33 : Réaliser les investissements hospitaliers conservatoires et de réorganisation**

Dans le cadre de la législature, trois projets de réorganisation sont prévus.

- **Site de St-Loup (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois – eHnv)**

Le projet prévoit de réorganiser le site de St-Loup en regroupant chaque mission dans un seul bâtiment. De plus, des travaux de maintenance et de sécurité seront effectués notamment pour la mise aux normes des soins intensifs et de la prévention incendie (ECA). Le coût de ce projet est provisoirement estimé à quelque CHF 7 millions.

- **Site d'Yverdon (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois – eHnv)**

Comme annoncé, le regroupement des soins aigus de St-Loup sur le site d'Yverdon n'aura pas lieu avant 10 ans. Cela étant, pour faire face aux besoins actuels, il sera nécessaire d'agrandir les urgences et le bloc opératoire du site d'Yverdon . De plus, une centralisation des stérilisations est également envisagée. En attendant l'étude détaillée du projet, son coût est provisoirement estimé à quelque CHF 12 millions.

- **Site de Nyon (Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique – GHOL)**

Les urgences et la policlinique, qui sont imbriquées, sont actuellement saturées. Le projet prévoit d'agrandir les urgences et de les séparer de la policlinique. En attendant l'étude détaillée du projet, son coût est provisoirement estimé à quelque CHF 9 millions.

Par ailleurs, des projets d'investissements conservatoires sont prévus dans plusieurs hôpitaux régionaux pour un montant total de CHF 33 millions d'ici 2012.

### **III.4.4 Missions des hôpitaux**

#### **Contexte et enjeux**

L'attribution des missions aux hôpitaux s'effectue en fonction des pratiques cliniques, des technologies et des exigences en matière de qualité et de masse critique. Or, ces dernières évoluent. La répartition des missions doit donc évoluer également, en tenant compte en particulier des liens entre les prestations universitaires/tertiaires fournies, en principe, par le CHUV et les autres prestations hospitalières fournies par les hôpitaux périphériques, afin d'assurer une organisation optimale. Une telle évolution est également rendue nécessaire par la révision LAMal sur le financement hospitalier. Celle-ci contraint les cantons à revoir, dans la perspective d'un financement à la prestation, non seulement les modalités mêmes de financement, mais également les mandats octroyés aux hôpitaux pour assurer la couverture des besoins de la population. En d'autres termes, il faut passer de l'attribution de mission générale à l'attribution de mandats de prestations spécifiques.

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

Le Conseil d'Etat entend mettre à jour les missions attribuées aux hôpitaux, en tenant compte du résultat des travaux menés par les collègues de spécialistes évoqués plus haut (v. ch. III.2.3). L'objectif est d'assurer la meilleure répartition possible des prestations entre le CHUV et les hôpitaux périphériques. Ces travaux fonderont également l'élaboration de la nouvelle liste LAMal des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

## III.5 Renforcer le pilotage du système

### III.5.1 Consolidation du dispositif législatif

#### **Contexte et enjeux**

Les lignes directrices et les mesures qui précèdent mettent en évidence les adaptations à apporter au système sanitaire en regard des défis auxquels il est confronté. Ces adaptations nécessitent en parallèle un renforcement des moyens de pilotage à différents niveaux.

#### **Action n° 35 : Mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins**

L'Etat est garant de l'approvisionnement en soins de la population. A ce titre, il doit garantir une offre de prestations hospitalières et ambulatoires suffisante, accessible et de qualité. Il lui appartient également de veiller à ce que le développement de ces prestations reste financièrement supportable pour l'assurance de base et les pouvoirs publics. Pour y parvenir, le Conseil d'Etat entend mettre en place un dispositif lui permettant, avec l'appui de ses partenaires :

- de suivre l'évolution de la couverture des besoins de soins, en termes de prestations médicales ou techniques qui présentent des signes de pénurie ou de pléthore relativement forts,
- d'identifier les situations problématiques en termes d'accessibilité aux prestations et de répartition territoriale de l'offre, de qualité des prestations fournies, ainsi que d'évolution des dépenses,
- d'intervenir afin de corriger les lacunes par des mesures ciblées limitées dans le temps et reconductibles.

Ce dispositif s'appliquerait tant aux spécialités médicales qu'aux équipements médicaux pour lesquels il existe un risque de pénurie ou de pléthore, considéré comme suffisant pour porter atteinte à l'intérêt général du point de vue de la couverture des besoins, de l'accessibilité aux prestations, de leur qualité et de leur économicité. L'exposé des motifs et projet de loi y relatif sera soumis au Grand Conseil en 2009.

#### **Action n° 36 : Établir un bilan et une veille technologiques**

Alors que le progrès technologique et sa diffusion constituent une donnée essentielle de l'évolution du système de santé, de nombreuses incertitudes persistent quant à la probabilité de voir entrer sur le marché à relativement court terme une variété d'innovations dont le développement est pourtant largement médiatisé. Malgré les incertitudes quant aux résultats futurs de la recherche, l'Etat doit pouvoir estimer la probabilité d'aboutissement des recherches technologiques, notamment celles ciblant les maladies chroniques, et intégrer cette donnée dans sa planification. Durant la législature, les travaux porteront sur :

- la réalisation d'un bilan de l'état actuel du développement de la recherche technologique, notamment dans le cadre des principales pathologies chroniques affectant la population vieillissante – comprenant une estimation de l'impact potentiel d'une diffusion des innovations les plus abouties – sur la base d'une consultation d'experts de différents horizons, en Suisse et à l'étranger ;
- l'établissement d'une veille technologique, permettant d'identifier les innovations arrivant sur le marché en Suisse ou dans d'autres pays, comprenant un recensement des évaluations, de leur coût et de leur efficacité.

#### **Action n° 37 : Établir de nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux**

Les nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux adoptées par les Chambres fédérales entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Hôpitaux, cliniques, assureurs et cantons disposent donc d'un peu plus de trois ans pour être à même de les appliquer. Au plan fédéral, les travaux pour arrêter la nouvelle structure tarifaire et ses modalités d'application seront conduits dans le cadre de SWISSDRG SA, société anonyme nouvellement créée et placée sous la responsabilité de la CDS, de H+ et de santé suisse. Ils déboucheront sur une proposition à l'adresse du Conseil fédéral chargé de l'approuver. Au plan cantonal, pour l'essentiel, les travaux porteront sur :

- l'élaboration d'une planification nouvelle, répondant aux critères arrêtés par le Conseil fédéral, qui dressera la liste des établissements hospitaliers retenus et qui précisera les mandats de prestations attribués ainsi que les conditions à remplir pour pouvoir en bénéficier ;
- la définition de principes de financement des investissements et de l'exploitation permettant de contenir l'évolution des dépenses hospitalières à charge de l'assurance obligatoire et du canton, de maîtriser le développement et la répartition des équipements hospitaliers, d'assurer l'équité dans l'allocation des ressources aux hôpitaux et de veiller à la qualité et à l'économicité des prestations.

Les changements qui devront être apportés par rapport à la situation existante nécessiteront une adaptation des bases légales. Un EMPL sera présenté à cette fin au Grand Conseil dans le courant du deuxième semestre 2010.

#### **Action n° 38 : Réformer les modalités de financement de l'hébergement médico-social**

- La révision LAMal sur le financement des soins de longue durée doit être mise en œuvre. Une adaptation des bases légales cantonales est donc nécessaire, en particulier pour définir les conséquences de la levée partielle de la protection tarifaire.
- Le rejet de la LEMS en 2005 a laissé ouverte la question d'un système de financement adéquat des infrastructures des EMS. Il s'agit donc de définir un système uniforme et harmonisé pour l'ensemble des EMS, qu'ils soient à but idéal ou commercial et qu'ils soient propriétaires ou locataires des infrastructures utilisées. L'objectif général est d'obtenir plus de souplesse dans l'allocation des moyens et plus de cohérence dans les modalités du contrôle parlementaire.

Ces nouvelles bases légales cantonales seront présentées au Grand Conseil en 2010-2011.

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

En matière d'organisation du dispositif, un projet de loi portant sur une nouvelle organisation de l'aide et des soins à domicile dans le canton de Vaud a été mis en consultation. Ce projet répond aux exigences résultant des changements politiques et des modifications légales intervenues depuis l'adoption, en 1967, de la loi sur l'OMSV. Il introduit un processus de décision qui donne une place plus importante aux communes et aux régions. Il clarifie également le pilotage et la gouvernance du dispositif, dans le but de faciliter la mise en œuvre des décisions prises, la maîtrise des coûts et le contrôle des résultats obtenus tout en maintenant la délivrance de prestations de qualité. Le Conseil d'Etat arrêtera le calendrier après examen du résultat de la consultation.

#### **Action n° 40 : Réformer la gouvernance de la prévention**

Le Conseil d'Etat entend revoir la gouvernance de la prévention, ses modalités de financement et le rôle des différentes commissions actives en la matière. Selon le nouveau dispositif, il appartiendra au Conseil d'Etat d'arrêter les priorités cantonales en matière de promotion de la santé et de prévention, les stratégies à mettre en œuvre et le budget accordé à chaque département pour réaliser les actions relevant de sa responsabilité. Il se fondera à cet égard sur les propositions qui lui seront transmises, via le DSAS, par la nouvelle future Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les addictions qui sera inscrite dans la loi sur la santé publique. Les départements seront quant à eux chargés de mettre en œuvre les stratégies cantonales arrêtées par le Conseil d'Etat. En plus d'un budget propre, ils pourront également solliciter les différents fonds cantonaux existants. Le Grand Conseil aura l'occasion de se prononcer sur cette nouvelle gouvernance par l'intermédiaire de la révision de la loi sur la santé publique qui lui sera soumise durant le 2<sup>ème</sup> semestre 2008 et qui propose la création de la Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les addictions. Cette nouvelle commission réunit les compétences de trois commissions existantes : la Commission cantonale de prévention, la Commission cantonale de la Dîme de l'alcool et la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie.

### **III.5.2 Stratégies en faveur de la qualité**

#### **Contexte et enjeux**

La qualité est au cœur de nombreux débats. Différentes démarches ont d'ores et déjà été entreprises par le DSAS dans ce domaine, notamment par l'information à la population sur des thèmes comme les droits des patient-e-s, par la surveillance exercée par la CIVEMS en ce qui concerne les EMS ou par la révision des critères concernant les autorisations d'exploiter les établissements sanitaires. Le renforcement de ces mesures est indispensable pour permettre à l'Etat de jouer son rôle de garant du bon fonctionnement du système.

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

- D'une manière générale, il s'agira, durant la période 2008 – 2012, de **préciser et systématiser les exigences de l'Etat en terme de qualité et sécurité des soins**. Il peut s'agir de la transmission de certains indicateurs, de la surveillance basée sur des inspections, de la mise en place de déclaration d'incidents au sein des établissements sanitaires ou de la vérification des qualifications de formation des directions et infirmières-chef-fes ou de procédures ad hoc dans certains domaines sensibles. Ces mesures doivent être mises en place en collaboration avec les institutions sanitaires concernées.

- S'agissant des hôpitaux, il conviendra de soutenir les travaux initiés en 2008 par la FHV, pour promouvoir la **sécurité dans la prise en charge des patient-e-s** au sein des établissements hospitaliers.
- Dès le 1<sup>er</sup> février 2008, la CIVEMS utilise une **nouvelle grille d'inspection centrée sur la dignité et la sécurité des résident-e-s**. Une attention particulière est portée sur les questions de dotations en personnel et d'application des mesures de contrainte. Des discussions avec les associations faitières concernées ont démarré en 2008 pour trouver un consensus sur **la transmission d'indicateurs de gestion et de soins** au DSAS.
- De nombreuses initiatives sont en cours **au niveau fédéral et intercantonal**. Le DSAS entend participer activement au renforcement de leur coordination. Il a ainsi adhéré à l'Association intercantonale pour l'assurance qualité (AIQ) qui s'est constituée en novembre 2007 et il est membre de la Fondation pour la sécurité des patient-e-s.
- La loi fédérale sur la **procréation médicalement assistée** du 18 décembre 1998 (LPMA) et son ordonnance d'application du 4 décembre 2000 (OPMA) instituent les Médecins cantonaux comme autorités de surveillance de ce type d'activité. Au prorata des autres cantons suisses, l'activité de PMA est significative en terres vaudoises. En effet, cinq centres sont à disposition des patient-e-s concerné-e-s par ce type de prestations (une structure au CHUV, les autres étant des centres du secteur privé). En Suisse, la PMA n'est pas une prestation remboursée par l'assurance obligatoire des soins. A ce jour, l'Etat n'a pas d'outil adéquat pour exercer sa surveillance compte tenu de l'évolution rapide de la demande des patient-e-s et des technologies. Dans le but de garantir une surveillance équitable, un référentiel de surveillance est en cours d'élaboration en collaboration avec les centres concernés et devrait être disponible d'ici 2009. Cet outil permettra la surveillance du respect des aspects légaux, des bonnes pratiques et des valeurs d'éthique biomédicale.

### **III.5.3 Système d'information**

#### **Contexte et enjeux**

Le canton se doit de définir sa position en réponse à la stratégie cybersanté arrêtée au niveau fédéral. Il lui revient en effet, d'une part, de participer aux instances mises en place pour assurer un développement coordonné à l'échelle nationale et, d'autre part, de mettre en place les infrastructures communes permettant à l'horizon 2015 d'interconnecter les différents acteurs du système de santé, de garantir leur identification et leur authentification, dans le respect des règles d'accès aux données confidentielles.

Les travaux exploratoires conduits en la matière l'ont été dans le cadre de la Conférence de concertation sur les systèmes d'information qui, en 2004, recommandait notamment de faire converger les systèmes informatiques des institutions subventionnées dans le but de rendre plus facile leur interconnexion à terme – le projet DOPHIN associant la FHV et le CHUV en est une illustration – et de mettre en place une plateforme de messagerie sécurisée, un annuaire vaudois de la santé ainsi qu'un serveur d'identité pour les patient-e-s. En raison de la situation économique de l'Etat, mais faute aussi de lignes directrices fédérales, le DSAS avait renoncé à présenter l'EMPD nécessaire à ces réalisations.

Compte tenu des décisions fédérales, le chantier doit donc être réactivé aujourd'hui. Il tiendra compte également des objectifs annoncés par le CHUV dans son plan stratégique en matière de développement des systèmes d'information.

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

- Dans un premier temps, il convient de **doter le Service de la santé publique des compétences minimum** pour représenter le canton de Vaud dans l'organe de coordination nationale, créer un réseau de relations avec tous les acteurs publics et privés concernés, établir un inventaire de l'existant et des besoins prioritaires, cadrer les initiatives cybersanté lancées par les acteurs du monde sanitaire vaudois et proposer une stratégie en concertation avec les cantons voisins.
- Dans un second temps, il s'agira de **faire valider cette stratégie** par le Grand Conseil, puis de la **mettre en œuvre**. Le Grand Conseil sera nanti de cette question fin 2009, lors de la présentation d'un EMPD sur le financement des premières réalisations.

### **III.5.4 Collaborations avec les autres cantons**

#### **Contexte et enjeux**

La collaboration avec les autres cantons est devenue incontournable dans la mise en œuvre de toutes les politiques publiques. Le domaine de la santé n'échappe pas à la règle. Ainsi, le Conseil d'Etat conduit sa politique sanitaire en concertation avec celle des autres cantons, en particulier les cantons voisins. Cette concertation vise un double objectif :

- Elle doit permettre, en cas de besoin, de faciliter l'accès aux prestations d'autres cantons pour les Vaudois qui habitent dans des régions proches des frontières cantonales.
- Dans une perspective de maîtrise des dépenses, elle cherche à obtenir des synergies et des économies d'échelle par la réalisation d'équipements ou de projets de santé publique communs.

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

Plusieurs exemples témoignent des collaborations d'ores et déjà initiées :

- S'agissant de la politique médico-sociale et des réseaux de soins, le Conseil d'Etat prend des dispositions pour faciliter la collaboration entre fournisseurs de soins vaudois et fournisseurs d'autres cantons (exemples : ouverture de la Fédération de soins du Chablais à des fournisseurs valaisans, implantation d'un Bureau régional unique d'information et d'orientation pour la Broye vaudoise et fribourgeoise, ...).
- En matière de prévention, des projets s'organisent à l'échelle de la Romandie (exemples : dépistage du cancer du sein, programme 50+ santé, ...).
- Dans le domaine hospitalier, la collaboration avec Genève occupe une place particulièrement importante (voir les exemples récents de l'accord de collaboration dans le domaine de la chirurgie orthopédique entre le Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique et les Hôpitaux universitaires de Genève et, de manière plus générale, de l'accord de régulation financière des activités hospitalières Vaud-Genève). La politique hospitalière accorde également beaucoup de poids aux rationalisations obtenues avec Fribourg par la réalisation de l'Hôpital intercantonal de la Broye ou encore à celles planifiées avec les Valaisans dans le cadre de la création de l'Hôpital unique Riviera-Chablais.

Ces efforts de collaborations doivent se poursuivre et se renforcer. Il s'agit ainsi, chaque fois que possible, de profiter d'expériences réalisées avec succès ailleurs plutôt que de développer des solutions nouvelles propres au canton. Lorsque de telles possibilités n'existent pas ou si le domaine concerné nécessite une coordination à un échelon régional, voire national, il convient de collaborer activement à la mise en œuvre de réalisations supracantonales, poursuivant des objectifs clairs, répondant à un cahier des charges précis et pouvant être implantées dans plusieurs cantons, voire dans tous les cantons (médecine hautement spécialisée notamment).

## **Conclusion**

L'ensemble des actions prévues pour la période 2008-2012 est ambitieux. Cette ambition est à la mesure des défis qui attendent le système de santé suisse et vaudois. En particulier, les enjeux liés à l'accélération du vieillissement démographique vont contraindre l'ensemble des acteurs à remettre en question leurs modes de fonctionnement, à faire preuve de créativité et d'inventivité pour mettre en place des solutions novatrices et à se mobiliser pour permettre leur réalisation. Le Conseil d'Etat s'engage résolument dans cette voie et soutiendra tous les efforts des acteurs dans ce sens.

# Rapport sur le postulat Martinet

## 1. Rappel du postulat

*Depuis plusieurs années, les partis politiques et les autorités publiques vaudoises affirment la nécessité de renforcer les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé de la population. Dans le cadre de la première loi sur les NOPS (Nouvelles Orientations des Politiques Sanitaires), le chiffre de 3% des dépenses de santé était évoqué comme objectif d'investissement dans des actions de prévention et de promotion de la santé dont l'efficacité était avérée. Le rapport intermédiaire parle de "faire la place indispensable à la prévention de maladies" (NOPS, rapport de transition, 1998).*

*Des promesses de lutte accrue contre le surpoids, l'obésité, la sédentarité, la fumée passive, l'alcool, les dépendances, le stress, le harcèlement et la dépression ont été lancées dans le cadre des élections 2007 au Grand Conseil et au Conseil d'Etat, tous partis confondus*

**Malgré cela, les chiffres du SCRIS sont éloquentes : moins de 1% des dépenses de santé sont investies dans des actions de prévention et de promotion de la santé !**

*Un récent rapport préparé pour le Service de la santé publique par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive formule des propositions pour une stratégie vaudoise en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé. Le rapport décrit clairement le rôle de la prévention dans une population vaudoise vieillissante : "(...). La prévention des maladies dégénératives est impérative pour éviter, à terme, l'incapacité de système de santé à répondre à la demande de soins". Le rapport détaille les maladies dégénératives pour lesquelles des actions préventives sont avérées efficaces. Ceci sans parler du Rapport d'évaluation de l'OCDE sur le système de santé suisse, accablant en ce qui concerne nos politiques de prévention.*

*Si les partenaires en charge de ces domaines, services de l'Etat ou partenaires privés reconnus d'utilité publique, s'activent à déployer les prestations des programmes du Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007, les moyens manquent :*

- *le financement des programmes est souvent limité dans le temps ou incomplet, et les partenaires sont invités à démarcher pour obtenir des budgets extra étatiques, confédéraux ou privés, y compris pour des programmes cantonaux jugés prioritaires ;*
- *la mise en oeuvre de programmes réputés efficaces se heurte aux limites de la bonne volonté en matière de coopération interinstitutionnelle, tout restant à faire après l'adoption de la nouvelle loi sur les réseaux ;*
- *le rééquilibrage des priorités entre politique de soins et politique de santé prend du retard tantôt par manque de données validées sur le "retour sur investissement" des actions de prévention, tantôt par refus de prendre en compte les acquis de la recherche scientifique.*

**Via le présent postulat, nous demandons au Conseil d'Etat l'élaboration d'une stratégie volontariste en matière de prévention et de promotion de la santé, à faire valider par le Grand Conseil en prévision des votes sur le budget, intégrant les paramètres suivants :**

- **au-delà du Cadre cantonal de la prévention, document peu opérationnel, identification de programmes prioritaires, respectivement d'actions cautionnées, faisant l'objet du soutien des autorités, et**
- **désignation d'institutions ou groupes de projets chargés de la mise en oeuvre de ces projets, avec un tableau de bord de suivi et d'évaluation des projets cautionnés, ainsi que**
- **allocation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre des priorités cantonales en matière de prévention et de promotion de la santé (services de l'Etat et partenaires cantonaux).**

*S'il ne s'agit pas de rejoindre les objectifs des NOPS (3% des dépenses de santé consacrées aux actions de prévention), nous demandons que des moyens suffisants soient attribués aux programmes et aux actions de*

*prévention faisant partie des priorités cantonales, et notamment celles du Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2008-2012.*

*Gland, le 28 août 2007.*

*Philippe Martinet et 20 cosignataires*

## **2. Rapport du Conseil d'Etat**

Le postulat a été déposé le 28 août 2007 par M. le député Philippe Martinet. La commission parlementaire chargée de l'examiner a conclu le 21 décembre 2007 à la prise en considération. La commission unanime a proposé au Grand Conseil de transmettre le postulat au Conseil d'Etat.

Comme les postulants, le Conseil d'Etat souligne l'importance de renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé de la population. En effet, l'évolution démographique, médicale et technologique, conjointement à une augmentation importante des maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers ou les troubles psychiques, font craindre une très forte augmentation des coûts des soins dans le future proche, comme cela est expliqué au chapitre II.I du Rapport sur la politique sanitaire (RPS).

Cette hausse des coûts est inévitable. Elle pourrait cependant être atténuée par une politique de prévention et de promotion de la santé renforcée. Actuellement, la prévention et la promotion de la santé souffrent de la dispersion due à un nombre important d'acteurs, de programmes et d'actions engagés sur les plans national, cantonal, communal et privé. Deux rapports d'experts (OCDE 2006 et Rapport de la Commission spécialisée « prévention + promotion de la santé 2010 ») ont avancé des recommandations en vue du renforcement et de la coordination de la prévention en Suisse. Forte de ces différents constats, la Confédération a décidé d'élaborer de nouvelles bases légales pour ce domaine. La loi doit contribuer à renforcer la prévention et la promotion de la santé ainsi que la démarche multisectorielle et à encourager la participation et la collaboration de tous les acteurs. Le Conseil d'Etat se réjouit de ce nouvel élan qui vient renforcer ses intentions. La prévention ainsi que la promotion de la santé restant pour l'essentiel de la compétence cantonale, il veillera à intégrer ses actions dans la politique fédérale.

Le Conseil d'Etat se prononce comme suit sur le postulat :

### **1. Identification des programmes prioritaires**

Sur préavis de la Commission cantonale de prévention, le Service de la santé publique a donné mandat à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de proposer, pour le long terme, une stratégie vaudoise de prévention des maladies et de promotion de la santé. L'IUMSP a fait, pour l'horizon 2030, une projection de la prévalence de huit principales maladies chroniques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, cancer colorectal, cancer du sein, cancer du poumon, dépression, diabète, fracture ostéoporotique). Il a également mis en évidence leurs facteurs de risque communs tels que la sédentarité, le surpoids, l'alimentation riche en graisse, sel, sucre et pauvre en fibres, vitamines et oligoéléments, la fumée du tabac, la consommation excessive de boissons alcoolisées ainsi que le stress. Dès lors, la stratégie recommandée est d'une part de prévoir des mesures qui ont pour but de réduire les facteurs de risque et d'autre part de promouvoir le dépistage précoce de ces maladies, plus particulièrement le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Les programmes cantonaux prioritaires (Cf. RPS, chapitre III.3, Actions 22, 23, 25, 27, 28) correspondent à ces critères. De plus, deux programmes prioritaires de prévention dans les écoles (Prévention des dépendances et Promotion de l'alimentation saine, de l'exercice physique et de la prophylaxie dentaire) ont été identifiés et mis en œuvre. Enfin, les programmes existants tels que le Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0 – 6 ans) – parents (Action 24) ou les programmes de santé sexuelle et reproductive (Action 26) seront poursuivis.

### **2. Organisation et gouvernance de la prévention**

Une réorganisation de la gouvernance de la prévention a été entreprise. Elle vise la redéfinition du rôle des commissions actives dans ce domaine, ainsi que du rôle et des missions des acteurs chargés de la mise en œuvre des programmes (RPS, chapitre III.5.1., Action 40). La révision actuelle de la LSP tient compte de ces modifications. En bref, il appartiendra au Conseil d'Etat d'arrêter les priorités cantonales en se basant sur les recommandations de la future Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les addictions, laquelle sera en outre chargée de préavis sur l'utilisation des ressources et d'assumer les tâches de coordination. Les départements seront chargés de mettre en œuvre les programmes prioritaires émanant des stratégies cantonales arrêtées par le Conseil d'Etat. Pour remplir cette mission, ils s'appuieront sur différents partenaires aux niveaux cantonal et régional. Ils peuvent ainsi déléguer les tâches de mise en œuvre des programmes aux centres de référence

cantonaux (institutions ou fondations compétentes dans les domaines respectifs, par exemple : Ligues de la santé, Profa, FVA, CIPRET, etc.) ou collaborer directement avec des régions, districts ou communes, comme avec les Espaces Prévention (antennes régionales de la mise en oeuvre des programmes) dont la mission est définie par l'Etat. Les tâches déléguées, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation, sont contractualisées via les conventions de subventionnement.

### 3. Ressources allouées à la prévention

Durant la législature 2002 – 2007 le Conseil d'Etat a renforcé le financement de certaines institutions ainsi que des programmes de prévention, soit via le budget régulier de l'Etat (chapitre I.2.6.), soit via l'allocation de ressources ponctuelles prélevées sur les Fonds pour le développement de la prévention, de la dîme de l'alcool ou de prévention et de lutte contre les toxicomanies. En allouant le financement à des programmes jugés prioritaires non seulement par le canton mais aussi par la Confédération (lutte contre le tabagisme, promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique), le Conseil d'Etat a permis à certains de nos partenaires d'obtenir des fonds fédéraux nécessaires à la réalisation de leurs actions (financement paritaire des programmes).

En ce qui concerne la pérennisation des programmes, l'effort le plus important a été déployé dans le cadre du programme interdépartemental de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0 – 6 ans) – parents. Ainsi la subvention à la Fondation Profa, en charge de celui-ci, a été augmentée de 120% durant la législature passée.

Entre 2002 et 2007, plusieurs programmes, projets et actions, ainsi que diverses institutions ou associations ont été financés ou co-financés par le Fonds pour le développement de la prévention pour une somme totale de CHF 3,2 millions et par la Dîme de l'alcool pour un montant de CHF 3,5 millions environ. Citons en particulier :

- Bilan & conseil santé, Migration et intimité, Lieu de travail sans fumée, PIPAD'ES, CIAO, Fourchette verte, Autour de la tour, Promotion de la santé 50+, émission télévisée « C'est tous les jours dimanche », Périnatalité dans le Nord vaudois, EVITA, etc.
- Caritas, ISPA, GREA, CIPRET-VD, Fondation Les Oliviers, Espoir romand, Macadam Service (appartenant à la Fondation Mère Sofia), etc.

Les moyens importants provenant du Fonds de prévention et de lutte contre les toxicomanies (CHF 13,7 millions attribués entre 2002 -2007) ont été répartis selon les domaines d'attribution prévus par le règlement de ce fonds et de la manière suivante :

- Information et prévention des dépendances – école et jeunesse (18,5% ) ;
- moyens policiers et judiciaires (STRADA) (56,8%) ;
- prise en charge médico-sociale des toxicomanes (11,7%) ;
- prévention et lutte contre l'alcoolisme (2,2%) ;
- prise en charge médico-sociale des personnes dépendantes de l'alcool (2%) ;
- encouragement des programmes de cultures alternatives dans les pays du Tiers-monde (FEDEVACO, 8,8%).

Le Conseil d'Etat prévoit de poursuivre l'effort financier dans la pérennisation des programmes de prévention et de promotion de la santé. Les actions proposées dans le rapport de politique sanitaire (chapitre III.3) sont estimées pour la période 2009 - 2012 à quelque 7 millions en plus du budget accepté pour l'année 2008 par le Grand Conseil.

# Table des abréviations

A	Lits A = lits de soins aigus
ACV	Administration cantonale vaudoise
AOS	Assurance obligatoire des soins
B	Lits B = lits de réadaptation
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation (programme cantonal)
C	Lits C = Lits d'hébergement (soins de longue durée)
CCT	Convention collective de travail
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIPRET	Centre d'information pour la prévention du tabagisme
CIVEMS	Coordination interservices des visites en EMS
CMS	Centre médico-social
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DEC	Département de l'économie
DFJC	Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
ECA	Etablissement cantonal d'assurance contre l'incendie et les éléments naturels
EMCC	Etat-major cantonal de conduite
EMPD	Exposé des motifs et projet de décret
EMPL	Exposé des motifs et projet de loi
EMS	Etablissement médico-social
FBM	Faculté de biologie et de médecine
FVA	Fondation vaudoise contre l'alcoolisme
H+	Les Hôpitaux Suisses
HES	Haute école spécialisée
HES-S2	Haute école spécialisée santé et social
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HPCI	Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (programme cantonal)
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAPRAMS	Loi sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale
LEMS	Loi sur les EMS (rejetée en 2005)
LPFES	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires
LSP	Loi sur la santé publique
ODES	Office des écoles en santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSV	Organisme médico-social vaudois
ORCA	Organisation en cas de catastrophe
OSAD	Organisation de soins à domicile
PIMEMS	Programme d'investissement et de modernisation des EMS
RI	Revenu d'insertion
RPS	Rapport sur la politique sanitaire
santésuisse	Les assureurs-maladie suisses
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation

SSCM	Service de la sécurité civile et militaire
SSP	Service de la santé publique
SVM	Société vaudoise de médecine
SVMD	Société vaudoise de médecine dentaire
UDES	Unité des écoles en santé



**Direction**

Service Stratégie, Qualité et Organisation

Bugnon 21 - 1005 Lausanne

Tél. 021/314 14 05 - Fax 021/314 14 03

**Mise en œuvre du  
plan stratégique 2004-2007 :  
Rapport final et évaluation au 31 décembre 2007**

# Table des matières

1.	RÉSUMÉ	3
2.	INTRODUCTION	4
3.	Bilan de mise en œuvre	4
4.	LE PLAN STRATÉGIQUE 2004-2007	5
4.1.	Avancement des projets	5
4.2.	Stratégie 1 : Hôpital général universitaire	5
4.2.1.	Santé communautaire	5
4.2.2.	Santé mentale	5
4.2.3.	Personnes âgées	5
4.2.4.	Orientation client	5
4.2.5.	Plateaux techniques	5
4.2.6.	Enfants et adolescents	5
4.2.7.	Unité d'antalgie	5
4.2.8.	Unité de soins palliatifs	5
4.2.9.	Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS)	5
4.3.	Stratégie 2 : Pôles	5
4.3.1.	Cardiovasculaire	5
4.3.2.	Oncologie	5
4.3.3.	Transplantations	5
4.3.4.	Neurosciences psychiatriques	5
4.3.5.	Génie biomédical	5
4.3.6.	Imagerie biomédicale	5
4.4.	Stratégie 3 : Recherche et formation	5
4.4.1.	Centre de Vaccinologie et d'Immunothérapie	5
4.5.	Stratégie 4 : Collaborations	5
4.5.1.	Département de l'appareil locomoteur	5
4.5.2.	Association Vaud-Genève	5
4.6.	Stratégie 5 : Ressources humaines	5
4.7.	Stratégie 6 : Efficience	5
4.7.1.	Réorganisation des laboratoires diagnostiques	5
4.7.2.	Projet OUI – renforcement des compétences informatiques du personnel	5
4.8.	Développement institutionnel	5
4.8.1.	Etat d'avancement loi CHUV	5
4.8.2.	Plateforme éthique	5
4.9.	Synthèse et prévision de l'avancement des projets	5

# 1. RÉSUMÉ

---

Le présent rapport passe en revue l'ensemble des stratégies, thématiques et actions qui étaient répertoriées dans le plan stratégique 2004-2007. Il évalue l'avancement au 31 décembre 2007 de tous les projets prévus.

Ces projets ont atteint différents niveaux de réalisation. La plupart sont entrés dans la phase de mise en œuvre ou d'exploitation courante, quelques-uns ont été reportés.

Contrairement aux plans stratégiques précédents, les moyens financiers engagés pour réaliser le plan 2004-2007 ont été prélevés exclusivement sur les ressources internes de l'institution. Ils se montent à **7.544 millions** en 2007 (**6.246 millions** en 2006) alors que le budget prévoyait un engagement de 10 millions. Cette différence s'explique principalement par le rééchelonnement de certaines actions.

Pour les projets présentant un état d'avancement suffisant, l'accent a été mis sur les résultats concrets et chiffrés obtenus dans le cadre de la mise en œuvre de chacun d'entre eux. Pour plus d'information, ils sont détaillés dans des fiches de projets ou dans des rapports disponibles sur demande.

Plusieurs projets présentent des avancées significatives en 2007 :

- Le pôle CardioMet – Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques se concrétise par de nombreux projets lancés dans les domaines des soins (infarctus, insuffisance cardiaque, accidents cérébro-vasculaires, diabète, etc.) et de la recherche (3 plateformes opérationnelles), notamment ;
- La plateforme d'investigation et de recherche sur le sommeil et ses troubles, qui a vu le jour en 2006, est déjà en phase d'autofinancement et son volume d'activité dépasse les prévisions (1732 consultations effectuées contre 768 estimées) ;
- Les projets dans le domaine de la santé mentale ont connu également des développements significatifs (psychiatrie communautaire, extension des activités de soins psychiatriques pour les adolescents, psychiatrie légale, psychiatrie et migrants, etc.) ;
- Le Département de l'appareil locomoteur, qui regroupe désormais l'hôpital orthopédique, la rhumatologie, la médecine physique, la réhabilitation, la traumatologie et la chirurgie plastique et reconstructive, a été officiellement créé au 1<sup>er</sup> janvier 2008 suite à un projet d'envergure mené en 2007.

Depuis son lancement, le plan stratégique 2004-2007 est devenu un point de référence pour les cadres de l'institution sous le label du « programme OPTIC ». Les directions des départements de médecine et de logistique, par exemple, s'en sont inspirées pour fixer leurs objectifs dans le cadre de leur démarche qualité. La Direction des soins infirmiers a également réalisé son propre plan stratégique s'inscrivant dans celui de l'institution, de même que la Direction de l'Office informatique (schéma directeur).

## 2. INTRODUCTION

---

Dans le cadre de l'évaluation du contrat de prestations, le CHUV fournit chaque année à l'autorité compétente une analyse de l'état d'avancement des projets du plan stratégique. Le rapport représente une synthèse des activités réalisées.

Le présent document fait l'objet d'un bilan arrêté au 31 décembre 2007. Il constitue le rapport final du plan stratégique 2004-2007 qu'il est prévu de remettre dans le cadre de la procédure de soumission du nouveau plan stratégique 2009-2013. L'année 2008 est de ce fait considéré comme une année de transition qui permettra de finaliser certains projets et de les inscrire dans le cadre de l'exploitation ordinaire du CHUV.

De plus, pour faire le lien entre les projets mis en œuvre et toutes les actions initialement répertoriées dans le plan stratégique (cf. pages 45 à 65 du plan stratégique 2004-2007), celles-ci figurent à la fin de la présente synthèse et leur état d'avancement est renseigné.

Finalement, afin d'assurer la plus grande cohérence et lisibilité possibles, ce bilan fait état des projets d'investissements en matière de constructions, de même que des projets de développement informatiques inscrits dans le schéma directeur de l'Office informatique 2002-2005. Ces informations apparaissent *en italiques* dans le texte.

## 3. BILAN DE MISE EN ŒUVRE

---

Au terme des quatre années de réalisation de la stratégie institutionnelle du CHUV 2004 à 2007, le bilan que l'on peut établir est positif si l'on considère les nombreux développements qui ont été réalisés et les résultats tant quantitatifs que qualitatifs que l'on a déjà pu observer dans de nombreux domaines au sein de l'institution et qui sont détaillés dans le présent document.

De nombreux projets ambitieux ont été conduits avec succès. Citons les exemples de la modernisation et consolidation du Centre romand des grands brûlés, la création du Centre de transplantation d'organes en partenariat avec les HUG, le développement de l'unité d'antalgie, la création du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil en partenariat avec le CIG de l'UNIL, la création du Centre d'imagerie biomédicale en partenariat UNIL-EPFL-HUG-CHUV, la création de l'Unité de Médecine des violences ainsi que le développement en cours des pôles d'excellence tels que le Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques (CardioMet) ou la partie clinique du futur Centre du cancer de Lausanne. De nombreuses autres actions ont été menées dans les domaines des ressources humaines, de la formation et de la recherche. Ce ne sont pas moins de 32 projets et programmes qui ont été lancés durant ces quatre ans.

Depuis 2004, le plan stratégique a été largement adopté par les cadres du CHUV qui l'ont intégré et s'y sont référé pour assurer les développements et actions mises en place au sein des services. Le plan stratégique a permis de fédérer les chefs de projets autour d'une méthodologie de travail commune. Des reportings réguliers destinés à la Direction ont permis de valoriser le travail effectué au sein des services.

En dépit d'un contexte budgétaire particulièrement serré, le CHUV a mis les moyens à disposition sur son enveloppe budgétaire pour développer les projets prioritaires qui y étaient inscrits. Le financement consacré aux développements des projets et programmes du plan stratégique a été progressif au fil des ans (**0.9** mio en 2004, **4,4** mios en 2005, **6.2** mios en 2006, **7.5** mios en 2007).

Les difficultés principales rencontrées lors de la mise en œuvre de certains projets ont été les conséquences, parfois sous-estimées, de leur complexité en terme d'engagement de personnel qualifié, de gestion d'équipes hétérogènes travaillant au sein de différents services et de l'apprentissage de l'interdisciplinarité dans un système qui reste fortement cloisonné (par service, unités spécialisées, etc.). La gestion des priorités des collaborateurs - qui n'avaient pas forcément de temps dédié au développement d'un projet - et la résistance au changement ont constitué autant de freins. Les difficultés structurelles dans les développements interinstitutionnels (Centre du cancer, Bioengineering, par exemple) ont, de plus, été des facteurs complexes à gérer et ont de facto empêché un déploiement sans à coup des programmes.

Pour faire face à cet état de fait, une évaluation *a priori* sur la base de critères de faisabilité et d'utilité sera effectuée dans le cadre de l'identification et de la mise en œuvre des projets du nouveau plan stratégique. La question de la pérennisation des projets, à savoir leur intégration, à terme, dans l'exploitation ordinaire sera également traitée dans cette phase préliminaire. En résumé, la mise en œuvre du plan stratégique 2004-2007 a permis de réaliser les développements nécessaires pour positionner le CHUV face aux défis actuels et futurs. Le prochain plan stratégique permettra de consolider ces axes, de les développer ou d'en lancer de nouveaux tout en tirant profit de l'expérience acquise.

## 4. LE PLAN STRATÉGIQUE 2004-2007

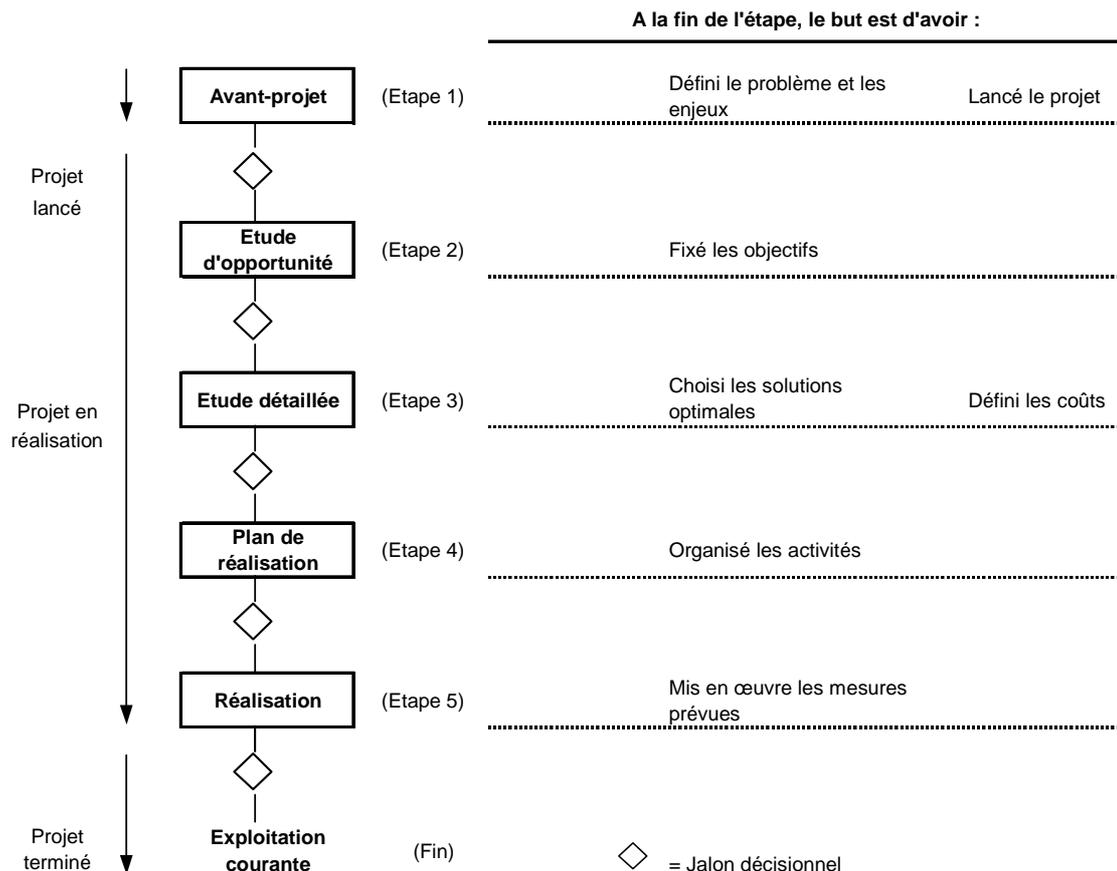
Six stratégies déterminent les principaux développements. Ces dernières sont rappelées ci-dessous :

- **Stratégie 1** : Assurer le rôle d'hôpital général universitaire pour mieux répondre aux besoins de la population lausannoise et cantonale.
- **Stratégie 2** : Développer un nombre limité de pôles pour concentrer les efforts en médecine de pointe et assurer un leadership au niveau suisse dans les domaines retenus.
- **Stratégie 3** : Renforcer la capacité d'innovation à travers la recherche et la formation.
- **Stratégie 4** : Renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé.
- **Stratégie 5** : Affronter le contexte de pénurie des professionnels en améliorant la gestion des ressources humaines.
- **Stratégie 6** : Rechercher l'efficacité et assurer l'équilibre financier de l'institution.

Ces stratégies ont été déclinées en actions qui se concrétisent aujourd'hui par le lancement d'un certain nombre de projets présentés dans les chapitres suivants.

### 4.1. Avancement des projets

L'état d'avancement des projets se réfère aux étapes décrites sur la figure ci-dessous. Ces dernières ont été définies dans le cadre d'une méthodologie de gestion de projet commune pour les projets mis en œuvre aux Hospices-CHUV et formalisée par le biais d'une directive institutionnelle :



Le calendrier de plusieurs objets de construction a pris du retard par rapport au calendrier annoncé antérieurement, le plus souvent non pas tant pour des raisons techniques que pour des raisons politiques (procédures contraignantes liées à l'application de l'article 163 al. 2 de la constitution vaudoise) et financières (limitations des investissements vu l'état des finances cantonales).

## Réalisé vs budget 2007

Stratégie	Thématique	Budget 2007 par thématique	Budget 2007 par stratégie	Réalisé 2007	Réalisé 2007 par stratégie
1 Hôpital général universitaire	Personnes âgées	540'000	4730'000	107'840	3'845'651
	Santé mentale	2'420'000		2'068'658	
	Santé communautaire	450'000		450'000	
	Orientation client	-		-	
	Plateaux techniques	150'000		112'519	
	Enfants et adolescents	-		-	
	Centre des brûlés	860'000		818'280	
	Pédiatrie et migrants	-		-	
	Transferts patients	-		-	
	Plateforme sommeil	-		-	
	Soins palliatifs	-		-	
	Antalgie	310'000		288'354	
2 Pôles	Cardiovasculaire	2'050'000	4'947'000	1'664'477	3'503'341
	Oncologie	1'827'000		1'055'914	
	Transplantations	870'000		583'342	
	Neurosciences	200'000		199'608	
	Bioengineering	-		-	
3 Recherche et formation	Direction unique	-	-	-	-
4 Collaborations		-	-	-	-
5 Ressources humaines		123'000	123'000	87'766	87'766
6 Efficience	Laboratoires	-	200'000	-	107'430
	Projet OUI	200'000		107'430	
<b>TOTAL</b>		<b>10'000'000</b>	<b>10'000'000</b>	<b>7'544'188</b>	<b>7'544'188</b>

Comme détaillé dans le tableau ci-dessus, les moyens financiers utilisés en 2007 se montent à 7.544 mios pour un budget de 10 mios. Cette différence s'explique principalement par un rééchelonnement de certaines actions, notamment pour les pôles Oncologie et Cardiovasculaire, le retard pris dans le démarrage effectif des projets identifiés pour le programme « personnes âgées » et les difficultés rencontrées en psychiatrie dans le cadre du projet de liaison pédopsychiatrique à l'HEL qui a nécessité d'en revoir les objectifs.

Pour 16 projets, les développements mis en œuvre ont impliqué l'engagement de collaborateurs en interne ou en externe. La liste du personnel engagé de manière pérenne au sein du CHUV pour les développements inscrits au plan stratégique est présentée par thématique et par fonction à la fin du présent rapport. L'on dénombre **48.51** emplois plein temps (EPT) financés à ce stade par le biais du plan stratégique.

Il est important de rappeler que les développements figurant au plan stratégique s'inscrivent selon le principe d'un « budget base zéro », à savoir qu'à la fin de chaque exercice, les montants non utilisés ne sont pas reportés d'office sur l'année suivante.

L'avancement au 31 décembre 2007 de **l'ensemble des projets lancés depuis 2004** est synthétisé dans le tableau ci-dessous. A noter que le poids en terme de charge de travail n'est pas égal pour tous les projets qui peuvent être d'un niveau de complexité très différents en fonction de leurs objectifs.

Stratégie	I Hôpital général universitaire		II Pôles		III Recherche et formation		IV Collaborations		V Ressources humaines		VI Efficience		TOTAL	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Etape 1 Avant-projet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etape 2 Etude d'opportunité	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Etape 3 Etude détaillée	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1
Etape 4 Plan de réalisation	2	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	3
Etape 5 Réalisation	6	7	3	4	1	-	1	1	1	-	-	-	12	12
Projet terminé, entre en gestion courante	7	8	1	2	-	1	-	-	2	3	2	2	12	16
<b>Sous-total</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
Projet abandonné	0		0		0		0		0		0		0	
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

## 4.2. Stratégie 1 : Hôpital général universitaire

La première stratégie a pour but de développer des formes de prises en charge spécifiques et adaptées à certains groupes de population afin de remplir au mieux la mission d'hôpital général universitaire des Hospices-CHUV. Dans ce cadre, des actions ont été priorisées dès 2004 en fonction, notamment, de l'évolution des besoins de la population à court et moyen terme.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de la stratégie 1 sont résumées ci-après :

### 4.2.1. Santé communautaire

Le projet « Permanence de soutien aux victimes de violence et de maltraitance » (action 011102) a été lancé à la suite d'une initiative du CHUV, du bureau de l'Egalité du canton de Vaud et de la Fondation Leenards. Une permanence de professionnels a été mise sur pied à titre de *projet pilote* durant l'année 2004. Elle avait pour mission d'assurer durant le week-end, suite à l'intervention des professionnels de l'urgence ou de la police et à la demande des personnes concernées, l'orientation et le suivi de situations de violence et de maltraitance chez l'adulte pour Lausanne et sa région.

L'Unité de Médecine des Violences finit en 2007 sa 2<sup>ème</sup> année d'existence. Au vu du nombre de consultations effectuées, en constante augmentation, 11% par rapport à 2006 (529 vs 586), il apparaît que la création de cette unité répond réellement à un besoin. Plusieurs actions ont été menées afin de rendre visible cette consultation : formation continue, congrès nationaux et internationaux, émission 36,9° du 17.10.07., e tc. En 2008, il s'agira de travailler sur le financement et d'autres développements afin de pérenniser cette structure. En effet, la facturation de cette activité n'est pas suffisante pour couvrir les charges. Dès lors, une solution de financement complémentaire doit être trouvée. Une demande de reconnaissance de tâche de santé publique (TSP) est envisagée.

Un programme concernant les « populations vulnérables » est inscrit au prochain plan stratégique.

#### 4.2.2. Santé mentale

En 2007, les projets figurant ci-dessous ont continué leurs développements selon le calendrier prévu :

- Le projet **Détection et traitement précoce des premiers épisodes psychotiques** (action 010702) est en phase de réalisation. Le projet vise notamment à diminuer la durée de psychose non traitée par l'amélioration de l'accessibilité aux soins. Le recrutement de 170 patients depuis avril 2004 suggère que les personnes qui ont besoin de ce programme y ont accès (2 cas pour 10'000 habitants par an). De plus, après 3 ans, on peut constater que seul 11% des patients sont à considérer comme en rupture de suivi, ce qui est très bas en comparaison aux chiffres d'une étude du Dr Bonsack en 2000 (50%), ou en comparaison à d'autres programmes spécialisés (exemple EPPIC : 25 %). D'autre part, on peut constater que le programme TIPP est désormais reconnu comme centre de compétence au niveau cantonal ou romand.
- Le projet de **Renforcement de l'unité de Psychiatrie légale** (action 010702) est en phase de réalisation. L'objectif est de créer un centre d'excellence national dans le domaine de la psychiatrie légale, autant dans le domaine de l'évaluation des situations impliquant la justice (par exemple les expertises psychiatriques, les situations de violence, la dangerosité, etc.) que dans la prise en charge psychiatrique des personnes étant dans un milieu pénitentiaire ou sous le coup d'une mesure de sûreté (par exemple : art. 43 ou 44 du CP) ou d'une mesure de protection (par exemple les PLAFA). Un projet a été soumis à la Direction général du CHUV et celui-ci a abouti à la création le 1<sup>er</sup> octobre 2007 de l'Institut Universitaire de Psychiatrie Légale (150 expertisés en 2007).
- Le projet « **Liaison** » - **Renforcement de l'encadrement et des interventions pédopsychiatriques à l'HEL** (action 010702) est en phase de réalisation. Le projet a notamment pour ambition d'améliorer et augmenter la prise en charge hospitalière des patients pédopsychiatriques, en permettant une plus grande continuité et une meilleure cohérence des soins (prise en charge pédopsychiatrique supplémentaire de 4 à 6 heures par jour, poursuite de celle-ci le week-end) et assurer l'encadrement spécialisé nécessaire à une prise en charge hospitalière complète. En 2007, 192 enfants ont été pris en charge par la liaison pédopsychiatrique à l'HEL (43 en 2005, 149 en 2006). La durée de prise en charge sur la journée est passée de 10h00-16h30 à 07h00-20h30 et un piquet a été mis en place afin de renforcer la présence des soignants pédopsychiatriques le week-end. En 2008, afin de pérenniser le projet, il est notamment prévu d'augmenter la capacité d'hospitalisation et de développer la formation.
- Le projet « **Extension des activités de soins psychiatriques pour les adolescents** » : UHPA et AIMA-SUPEA (action 010702) comporte 2 volets :
  - Volet hospitalier – « **Renforcement de l'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique destinée aux adolescents de 13 à 18 ans** » est en phase de réalisation. L'objectif est d'augmenter le nombre de places d'hospitalisation pédo-psychiatrique pour les adolescents du canton, de faciliter l'accès aux soins et améliorer les conditions d'hébergement et de prises en charge des jeunes hospitalisés. Cette année, 100 patients ont été traités pour une durée moyenne de séjour de 26.43 jours (2005 : 66 patients, durée moyenne de séjour de 39.33 jours / 2006 : 99 patients durée moyenne de séjour de 25.64 jours).
  - Volet ambulatoire – « **Antenne d'Intervention dans le Milieu pour Adolescent (à haut risque psychopathologique)** ». Ce projet est également en phase de réalisation. 44 nouvelles demandes de prise en charge (25 en 2006) ont été enregistrées provenant de diverses consultations.
- Le projet **Programme de psychiatrie communautaire** (action 010703) est en phase de réalisation. Le projet vise à pallier les effets de la désinstitutionnalisation, réduire la stigmatisation et la marginalisation de personnes souffrant de troubles sévères, optimiser la coopération avec les soins de première ligne et entre les unités psychiatriques hospitalo-ambulatoires et faciliter l'accès et la sortie des soins spécialisés lorsqu'ils sont requis. Le nombre de cas traités est de 342 (259 en 2004, 300 en 2005, 307 en 2006). En 2007 le projet « Orientation et liaison à la sortie de l'hôpital psychiatrique » a été réalisé avec le soutien de l'ARCOS.
- Le projet relatif aux **troubles alimentaires** (TCA) est en phase de réalisation. Le projet a notamment pour objectif d'augmenter et rendre plus efficace l'offre de soins dans le domaine des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) grâce au développement d'une consultation ambulatoire et à l'optimisation du suivi des patients hospitalisés dans le Département de Médecine Interne du CHUV. Pour l'année 2007, 80 patients ont été suivis en ambulatoire.

La création d'une structure spécialisée de TCA comprenant une unité hospitalière d'une douzaine de lits, ainsi qu'un centre de jour est à l'étude.

- Le projet **psychiatrie et migrants** est en phase de plan de réalisation. Il s'agit, au sein du Département de psychiatrie du CHUV, de veiller (au-delà des interventions en urgences de plus en plus fréquentes) au développement de programmes cliniques et psychothérapeutiques pour améliorer le suivi de patients migrants. Cela doit passer par l'enseignement, la recherche et la formation des équipes pour maximiser les compétences institutionnelles grâce à la mise sur pied d'une équipe « volante » d'appui aux sections cliniques. La 2<sup>ème</sup> phase avec un état des lieux ainsi que la mise en réseau des compétences, la préparation de guides sur la convocation d'interprètes, l'élaboration d'une esquisse pour une stratégie de recherche départementale sur la migration, etc, a été achevée en mars 2007. Ceci a permis, entre autre de rédiger un projet de guide pour les procédures administratives.

La 3<sup>ème</sup> phase a été initiée afin, notamment, d'organiser des formations continues, consolider le travail de réseau interne et externe, etc.

- Le projet **Prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité état-limite avec comportement suicidaires et para suicidaires** est en phase d'étude détaillée. Il vise à constituer un programme thérapeutique de prise en charge d'orientation comportementale dialectique des patients adultes souffrant de trouble de personnalité et sensibiliser et former les équipes pluridisciplinaires à ce type de prise en charge.

Un rapport complet sur les activités relatives à ce programme a été rédigé et est disponible auprès de la direction du secteur psychiatrique Ouest.

**Compte tenu du plan cantonal de santé mentale, et des problématiques populationnelles et de santé publique qui touchent ce domaine, un programme « santé mentale » figure dans le nouveau plan stratégique.**

*Pour le site de Cery, l'EMPD de crédit d'études concernant la psychiatrie adulte (action 010103), la psychiatrie de l'âge avancé, l'établissement de réinsertion sécurisé (ERS) et une unité d'hospitalisation psychiatrique de crise et d'hospitalisation de jour pour des personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM) a été déposé en novembre 2006. Le crédit d'études a été accordé le 26 avril 2007. Le concours d'architecture pour la sélection des mandataires sera organisé fin 2007 et la demande du crédit d'ouvrage est envisagée pour l'automne 2008. Les travaux se dérouleraient de 2010 à 2014.*

#### **4.2.3. Personnes âgées**

La proportion de personnes d'âge avancé dans notre population ne cesse d'augmenter et d'impacter le fonctionnement de nos institutions. C'est la raison pour laquelle un consultant en gériatrie (50%) a été engagé et rattaché au Service de Liaison en psychiatrie de l'âge avancé afin de garantir un bon niveau de compétence en cas de besoin aux urgences du CHUV (action 010708) et de mieux orienter cette population dans les différents services de l'institution. On peut noter que le nombre de cas a augmenté de 12% environ en 2007. D'autre part, un deuxième volet du projet qui consiste à définir et organiser la prise en charge des personnes âgées dans l'hôpital et régler les interfaces à la sortie des patients (EMS, CMS, ...) est entré en phase de pérennisation. Ceci a permis de consolider l'activité clinique du gériatre consultant à l'admission et durant le suivi des patients par la mise sur pied de visites hebdomadaires (784 consultations en 2007 vs 670 en 2006, soit une augmentation de 17%).

Le poste de Chef de service a enfin été pourvu. **Dès lors, les développements identifiés dans le cadre du plan stratégique seront mis en œuvre entre 2009 et 2013.**

#### **4.2.4. Orientation client**

L'étude sur l'utilisation des lits « privés » aux Hospices-CHUV n'a pas encore fait l'objet d'un plan d'action concret (action 011105). Cette question est reprise dans le cadre du nouveau plan stratégique pour la période 2009-2013.

*L'EMPD de crédit d'études concernant la surélévation de l'annexe ouest du BH dans le but de créer des bureaux de médecins (action 060103) permettant de réaffecter des chambres aux patients a été écarté car la faisabilité statique n'est pas avérée. Toutefois, pour répondre à ce besoin, deux études préalables sont menées. L'une consiste à délocaliser une partie des laboratoires du BH18 et 19 sur les galettes du niveau 06 dans le cadre des études d'extension du CCO et des plateaux techniques. La seconde est de créer des bureaux parallèlement avec l'extension du bâtiment Chantepierre dans le cadre des besoins de l'HECV-Santé.*

#### **4.2.5. Plateaux techniques**

Le projet **Starbop** - réaménagement des blocs opératoires - destiné à améliorer la prise en charge des patients chirurgicaux, la gestion du matériel et des équipements, ainsi que les conditions de travail de tous les intervenants (agrandissement des salles d'opération, réaménagement de l'accueil et de la salle de réveil, création d'un magasin central) – est en stand-by en 2007. Les travaux reprendront dès que l'EMPD sera accepté.

Sur la base d'un rapport déposé en juin 2004, des recommandations ont été validées par la direction générale afin d'améliorer les capacités d'accueil et de fonctionnement du **Centre Romand des Grands Brûlés - CRGB** (action 010601). Faisant suite à ces actions, on a pu constater une nette amélioration du fonctionnement du CRGB dès 2005. L'activité a également fortement augmenté suite à la mise en œuvre des recommandations.

En 2007, le nombre de brûlés admis a été stabilisé et les patients refusés sont rares. A noter également, que grâce à l'amélioration de l'antalgie (projet hypnose notamment), les plaintes de type douleur et angoisse ont diminué.

*En décembre 2006 un projet définitif prévoyant deux étapes de travaux a été validé par la Direction des SMIA et par tous les intervenants concernés par la restructuration du centre. Un EMPD accordant un crédit d'investissement de 4.9 millions pour les travaux de restructuration du Centre des Grands Brûlés au Service de Médecine intensive adulte au niveau 05 du bâtiment hospitalier du CHUV est en préparation et devrait être présenté au mois de juin 2008 au Grand Conseil.*

Dans le cadre du projet **Inter07** lancé en 2005 (action 010601), l'étude d'opportunité effectuée en 2006 a été validée par la Direction générale et par le Chef du département du DSAS. Un train de mesures organisationnelles transitoires est en cours d'évaluation. De plus, l'année 2008 sera notamment consacrée à la rédaction d'un EMPD visant une modernisation et extension de ces plateaux techniques.

#### **4.2.6. Enfants et adolescents**

Le but du programme, lancé en 2000 et repris du plan stratégique 2000-2003 (action 011101), consiste à réorganiser et développer les activités du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) dans la perspective d'un éventuel site unique (le **CUEA** : centre universitaire de l'enfant et de l'adolescent) qui permettrait de résoudre toute une série d'obstacles au bon fonctionnement de ce département multi-sites.

Dans ce cadre, des actions ont été mises en œuvre dès 2004 concernant différentes thématiques comme la prise en charge de la douleur chez l'enfant, le renforcement de la pédopsychiatrie à l'HEL, la gestion des lits et des flux de patients au sein des unités du DMCP, la réorganisation des urgences entre HEL et CHUV. Ces actions se sont poursuivies en 2007 avec la réalisation d'un rapport spécifique portant sur un « Dispositif médical cantonal tertiaire pour la prise en charge de la maltraitance envers les enfants - Can Team Vaudois ».

**Le CUEA reste un objectif de la Direction générale et sera repris dans le cadre du plan stratégique 2009-2013.**

#### **4.2.7. Unité d'antalgie**

L'unité d'antalgie (traitement de la douleur) a été créée officiellement le 1er janvier 2003 au sein du Service d'anesthésiologie (action 010106). Elle a intégré ses locaux en automne 2003. Dans un premier temps, l'organisation définie et les moyens alloués ont été consacrés à développer le volet anesthésiologique de l'Unité d'antalgie.

En 2004, l'unité a commencé d'étendre son offre en établissant un concept favorisant une prise en charge pluridisciplinaire des patients en associant étroitement les autres disciplines médicales concernées (neurologie, oncologie, soins palliatifs, rachis, psychiatrie, etc.).

Afin de faire face aux demandes croissantes (7518 visites en 2006 ce qui représente une augmentation de 45% par rapport à 2005) et de créer ou consolider les liens entre l'Unité d'antalgie et les services hospitaliers, notamment sur le plan de la formation, la consultation ambulatoire a été renforcée dans une perspective de prise en charge pluridisciplinaire. Les actions entreprises en 2004 et 2005 (engagements notamment de personnel spécialisé) ont permis de faire face à l'augmentation du nombre de consultations ambulatoires et de gestes pratiqués pour des patients souffrant de douleurs chroniques. Cela a également engendré une diminution du délai d'attente.

Cependant, victime de son succès, il apparaît que l'Unité d'antalgie fait face à des difficultés notoires dues, notamment, à la forte augmentation des demandes des services du CHUV, d'une part, mais aussi des médecins installés en ville. Les ressources en personnel limitées de l'unité la met dans des situations difficiles à gérer en parallèle l'activité ambulatoire et l'activité stationnaire. A cet effet, il a été décidé en 2007 d'augmenter la dotation en personnel du service.

#### **4.2.8. Unité de soins palliatifs**

Ce projet était inscrit au plan stratégique 2000-2003 dans la ligne du programme cantonal de développement des soins palliatifs, institué par un décret du Grand Conseil en juin 2002 (action 010105). Il bénéficie du soutien de la fondation Leenards qui contribue financièrement à la création d'une chaire en soins palliatifs VD/GE. La procédure de nomination du professeur titulaire de la chaire a abouti à la désignation du professeur Pereira qui a pris ses fonctions en février 2006.

*Le financement des travaux pour constituer l'unité d'hospitalisation est présenté dans un EMPD qui devrait être soumis en juin 2008 au Grand Conseil.*

#### **4.2.9. Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS)**

C'est pour rassembler au sein d'une structure multidisciplinaire tous les spécialistes du sommeil de l'UNIL et du CHUV que le projet de création du CIRS - Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil – a vu le jour. La recherche qui s'y développe réunit les compétences fondamentales du Centre Intégré de Génétique (CIG-UNIL) et les compétences cliniques des Services de pneumologie et de neurologie du CHUV. Pour garantir une prise en charge optimale des patients, le CIRS dispose des locaux et des équipements nécessaires pour procéder aux examens permettant de déterminer la structure du sommeil et d'en identifier les troubles. Il s'agit de procéder simultanément à une analyse de l'activité cérébrale, respiratoire, cardiaque et motrice du patient dans son sommeil (polysomnographie). Le centre est rattaché au Département de médecine du CHUV, placé sous la responsabilité académique du Prof M. Tafti et sous la direction médicale du Dr R. Heinzer du Service de pneumologie du CHUV. Le centre assure également la formation des spécialistes de ce type de pathologies qui concernent une part importante de la population. Le CIRS a été officiellement inauguré le 11 janvier 2007.

A noter qu'après une année de fonctionnement, 1'732 consultations ont été effectuées (contre 768 estimées). La facturation de l'activité couvre l'intégralité des charges. Une extension du Centre est à l'étude.

### 4.3. Stratégie 2 : Pôles

Par le biais de la stratégie 2, les Hospices-CHUV affirment leur volonté de mettre en place progressivement un nombre limité de pôles dans lesquels il s'agira d'assurer un leadership tant sur les plans cliniques que de la recherche au niveau suisse.

#### 4.3.1. Cardiovasculaire

Une étude détaillée (action 021201) a été lancée en 2004 pour définir le mode de fonctionnement du pôle, ses missions, sa gouvernance et sa structure. Suite à la remise du rapport établi par un groupe de travail composé de cadres intermédiaires des services concernés et de l'UDSQ début 2005, la Direction générale et le Décanat de la Faculté de biologie et de médecine ont manifesté leur soutien et volonté d'aller de l'avant avec la création de ce pôle. Pour ce faire, un processus de consultation des différents organes décisionnels compétents (Comité de direction, Décanat, Chefs de département) a été effectué et a abouti à la décision de créer le pôle. Ce dernier a formellement été institué le 5.10.2005 sous le nom de « **CardioMet** – Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques ».

En 2007, les efforts se sont concentrés notamment sur la visibilité du Centre. Un site internet a été mis en ligne en mai 2007 et une journée portes ouvertes « Cœur et sport » organisée en collaboration avec le CIO et le Musée Olympique a eu lieu le 23 novembre. Celle-ci a attiré plus de 1'000 visiteurs sur une journée et a donc contribué à faire connaître et valoriser CardioMet à Lausanne.

De plus, les projets approuvés dans les plans d'actions 2006 et 2007 par le Conseil du Centre ont été formalisés, lancés et poursuivis. On peut notamment citer :

- Le projet Syndrome coronarien (traitement de l'infarctus aigu) a été relancé. Ce projet touche une population significative de patients (> 1'000 patients hospitalisés / an) et a pour objectif de mettre en place une unité spécialisée et d'assurer une coordination avec les hôpitaux périphériques dans le traitement et le transfert de patients nécessitant des examens invasifs complexes.
- Le projet Renforcement de la greffe et insuffisance cardiaque à pour buts de renforcer la dotation médicale dans le service de cardiologie afin d'assurer une continuité dans la prise en charge et le suivi des patients greffés cardiaques notamment (reprise au CHUV du suivi des patients greffés) en relation avec les services impliqués dans la greffe cardiaque, que de créer et développer une consultation Insuffisance cardiaque, notamment.
- Les plateformes de recherche sont maintenant opérationnelles et seront pérennisées, si possible, fin 2008.

**Ces projets seront poursuivis dans le cadre du nouveau plan stratégique.**

#### 4.3.2. Oncologie

Sur la base de l'accord de collaboration UNIL-CHUV-EPFL du 3.02.04, les réflexions ont continué à porter entre les diverses institutions concernées sur la constitution et l'organisation du futur « Cancer Center Lausanne » (CCL) (action 021201).

Une structure transitoire, interne au CHUV, a conduit, quant à elle depuis 2005 les projets d'envergure ci-après:

- « Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer » : constitution d'un réseau d'intérêt commun « cancer » interne au CHUV, développement d'une stratégie d'information auprès des patients, actions de soutien de nature psycho-sociales notamment, etc ... ;
- mise sur pied d'une BioBanque, outil indispensable pour la recherche clinique et translationnelle : nouvelle structure mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2007 ;
- élaboration d'un concept de gestion des données à des fins de recherche (projet Oncoptic).

**Ces projets seront poursuivis dans le cadre du prochain plan stratégique.**

*En ce qui concerne le projet Oncoptic, son déploiement est assuré par l'Office informatique (OIH). Ses objectifs prioritaires sont de satisfaire les besoins des utilisateurs cliniques - avec la mise sur pied d'un « dossier patient informatisé » (soins, planification, prescriptions, gestion du dossier, codage, etc) - et de la recherche (acquisition et gestion des données, gestion des protocoles de recherche, etc). Ce projet permettra, à terme, de répondre également aux besoins de **CardioMet** et s'inscrit dans la réflexion institutionnelle concernant le programme « **Dossier patient informatisé** » (DPI) démarrée fin 2005.*

*A cet égard, l'OIH concentre ses efforts et une part substantielle de ses ressources (> 40% de son budget « réalisations applicatives ») aux développements inscrits dans le cadre du DPI : déploiement de PREDIMED*

(prescription connectée des médicaments), de DOME (lettre de sortie et codage, etc), de même qu'aux fonctions auxiliaires du système d'information (>10% du budget): évolution technologique d'AXYA, par exemple, ainsi qu'aux développements de Data warehouses (>10% du budget) : ADIFI (finances et logistiques), ADISSA (activités), ADIFAC (recherche et enseignement), ADIRES (exploitation des données cliniques).

Les transformations architecturales prévues pour l'extension et la restructuration des espaces au niveau 06 du BH pour les activités du service de radio-oncologie (action 021203) afin d'offrir les surfaces nécessaires au fonctionnement du service et d'améliorer notablement les conditions d'accueil des patients et de travail des collaborateurs peuvent être réalisées de manière autonome et pérenne par rapport aux différents projets tels que les plateaux techniques et Bugnon-Est 2ème étape. Un montant de 10 mio est inscrit au plan d'investissement de l'Etat. Une demande de crédit d'études par EMPD a été réalisée fin 2007. L'EMPD de crédit d'ouvrage pourra être sollicité fin 2009 et les travaux pourraient être menés entre l'automne 2010 et le printemps 2012. Ces délais pourraient être réduits si des financements privés pouvaient couvrir la part des études ou de la réalisation.

### 4.3.3. Transplantations

Dans le cadre de l'accord intervenu sous l'égide de l'Association Vaud-Genève en février 2004 confirmant la répartition des greffes d'organes entre les deux hôpitaux universitaires, le pôle de collaboration « transplantations » a été formellement initié le 1<sup>er</sup> juillet 2004 en créant au CHUV un nouveau service médico-chirurgical de transplantations sous la responsabilité du Prof. M. Pascual (action 021207).

Depuis 2004, les efforts ont notamment été consacrés à la consolidation au CHUV du nouveau service « Centre de transplantation d'organes » (CTO) et au développement du Réseau Romand hospitalo-universitaire de Transplantation (RRT). Vu le succès et le bon fonctionnement du RRT, le Comité et l'Assemblée Vaud-Genève ont décidé de changer sa dénomination pour « Centre Romand de Transplantation ».

#### **Statistiques 2007 du Centre de transplantation d'organes**

	<b><u>2007</u></b>	<b><u>2006</u></b>
<u>Activités ambulatoires</u> (au BH-07)		
Nombre de consultations médicales (Transplantés rénaux et hépatiques)	3059	2976
Nombre d'actes infirmiers au BH-07	4264	4007
<u>Activités hospitalières</u> (au BH-15 et autres services)		
Nombre d'hospitalisations de patients greffés Cœur, Foie, Poumon, Rein	654	602

#### **Statistiques du Centre Romand de Transplantation**

	<b><u>2007</u></b>	<b><u>2006</u></b>
donneurs – Genève	15	9
donneurs – Lausanne	9	6
<u>Nombre de greffes effectuées</u>		
Cœur (Lausanne)	9	7
Poumons (Lausanne)	13	12
Foie (Genève) – dont 12 patients lausannois	33	33
Reins (Genève)	37	25
Reins (Lausanne)	32	27
<u>Nombre de patients inscrits sur liste</u>		
Cœur (Lausanne)	8	11
Poumons (Lausanne)	21	23
Foie (Genève)	56	17
Reins (Genève)	56	25
Reins (Lausanne)	66	48
<u>Nombre de patients en liste d'attente</u>		
Cœur	7	12
Poumons	20	14
Foie	55	50
Reins (Genève)	69	46
Reins (Lausanne)	72	59

Le « Centre de transplantations d'organes » est aujourd'hui parfaitement fonctionnel et est intégré à l'exploitation courante.

#### **4.3.4. Neurosciences psychiatriques**

Un projet de **Module thématique de recherche « schizophrénie » (MTR)** en neurosciences psychiatriques a débuté en 2006. Il est en phase de plan de réalisation en 2007. Le concept de MTR repose sur l'établissement d'une coopération étroite entre la clinique et la recherche et le renforcement mutuel des équipes cliniques et de recherche qui y sont engagées. A noter qu'une plateforme de coordination et de communication au sein du MTR sera l'un des objectifs principaux de ce projet et que celui-ci est mené en étroite collaboration avec le Département de Psychiatrie du CHUV. Ce projet est soutenu financièrement conjointement par le CHUV et par l'EPFL. On peut déjà noter que plus de 20 publications dans des revues significatives ont été effectuées en 2007.

#### **4.3.5. Génie biomédical**

Compte tenu des difficultés objectives constatées dans le déploiement d'un programme fédérateur dans ce domaine, et de l'absence d'un « leader » naturel, une évaluation spécifique a été réalisée visant à réactualiser l'état des connaissances et d'avancement des groupes de chercheurs qui, de près ou de loin, travaillent dans ce domaine. Une rencontre a aussi été organisée en mai 2007 réunissant les principaux professeurs du domaine à l'EPFL, au CHUV et à l'UNIL.

Ce rapport a mis en évidence le fait que :

- un axe de développement dans le domaine de la médecine régénérative (« regenerative medicine ») doit être maintenu afin d'anticiper les développements prochains de la médecine dans ce domaine particulier ;
- ce développement doit se faire en collaboration étroite avec les chercheurs de l'EPFL dans le cadre de l'Institut de Bioengineering de l'EPFL ;
- ce développement ne peut se faire qu'avec la mise en place d'infrastructures spécifiques (plate-forme de production de cellules, structure d'expérimentation sur les gros animaux et coordination des questions éthiques et légales dans le domaine de la médecine régénérative).

**En conséquence, il a été estimé essentiel que ce programme soit repris dans le plan stratégique 2009-2013.**

#### **4.3.6. Imagerie biomédicale**

L'objectif de ce projet est de créer et de poursuivre le développement d'une plateforme technologique de pointe qui délivrera des prestations accessibles aux chercheurs et cliniciens afin d'établir les ponts nécessaires contribuant à une démarche de recherche translationnelle.

Après la constitution du **Centre d'Imagerie BioMédicale (CIBM)** qui associe le programme Sciences Vie et Société (SVS), l'EPFL, l'UNIL, les HUG et le CHUV et la signature d'une convention en 2004, l'organisation opérationnelle du CIBM et la planification de la construction de bâtiments au CHUV et aux HUG pour abriter ces nouveaux laboratoires ont été réalisées. Le bâtiment a été mis à disposition ce qui a créé un espace de recherche de grande qualité permettant le développement des activités.

### ***4.4. Stratégie 3 : Recherche et formation***

**Département formation et recherche du CHUV** : Le DFR est créé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Il est exploité selon les règles institutionnelles. Les différentes unités concernées y ont été intégrées.

**Groupe de travail EBM** : Suite au premier rapport rendu sur l'étude de la réorganisation du CHUV et de la FBM, le Conseil d'Etat a autorisé la poursuite des travaux dans ce sens. L'objectif est de regrouper dans une organisation et une gouvernance commune ces deux entités.

**Master en sciences infirmières** : L'Institut de formation en soins infirmières a été créé courant 2007 et une convention pour sa création a été signée. Concernant le Master lui-même, il n'a pas encore fait l'objet d'une approbation au niveau fédéral.

**Ecole de formation postgraduée et continue** : le nouveau règlement de la FBM entré en vigueur en mars 2006 mentionne une quatrième Ecole de formation postgraduée et continue dont l'importance sera capitale avec l'entrée en vigueur de la LPMED qui renforce considérablement le rôle des facultés dans la formation postgraduée (spécialisation) des médecins. Ce dossier n'a pas avancé à ce stade mais constitue l'une des priorités du Décanat et du CHUV. Ce point fait également partie des axes de développement du nouveau plan stratégique du CHUV pour les années 2009-2013. L'objectif est de structurer la formation postgraduée des

professionnels de santé en vue d'assurer la relève. Il s'agira de s'appuyer sur une collaboration entre tous les services et d'associer étroitement les hôpitaux périphériques et les autres partenaires concernés.

Un projet « **ADIFAC** », mené conjointement entre la Direction des finances et le décanat de la Faculté de biologie et de médecine, avec l'appui de l'Office Informatique a pour but de mettre sur pied le futur « *Datawarehouse* » de la direction de la recherche et de la formation. La structure d'ADIFAC est désormais définie et les données sont en train d'être saisies.

**Projets de constructions** : L'UNIL, la FBM et les Hospices/CHUV ont poursuivi leur réflexions sur l'organisation des sciences de la vie sur la place lausannoise et ont proposé au Conseil d'Etat un plan comprenant en particulier l'utilisation des laboratoires d'Epalinges pour des équipes de recherche actuellement situées sur le Bugnon, le transfert du Département de biologie cellulaire et morphologie dans le bâtiment Amphipole à Dorigny, la mise à disposition de locaux d'enseignement de la médecine au Bugnon et la construction d'un bâtiment de recherche pour le pôle d'oncologie sur la cité hospitalo-universitaire.

#### **4.4.1. Centre de Vaccinologie et d'Immunothérapie**

En 2006, la Fondation Bill et Melinda Gates ont fait une donation de 350 millions de dollars pour la recherche d'un vaccin contre le SIDA. Ces fonds ont été attribués à 14 Centres à travers le monde, qui travailleront en parallèle sur différentes stratégies et se partageront tous leurs résultats, ce qui permettra d'accélérer comme jamais la recherche dans ce secteur. Le CHUV est, d'une part, le coordinateur principal de ce projet, et d'autre part responsable d'une partie de la recherche fondamentale et de la recherche clinique.

Quinze millions de dollars ont, ainsi, été reçus pour gérer une partie de ce projet, appelé « Poxvirus T Cell Discovery Vaccine Consortium (PTDVC) ».

Ce projet durera 5 ans et a pour but de développer un ou plusieurs vaccins candidats HIV, de vecteur poxvirus, qui ont déjà montré une forte réponse de la part des lymphocytes T souhaitée, et par la suite de les tester dans des études cliniques. Le but étant que ces vaccins aient un impact substantiel dans le contrôle global et préventif de l'infection HIV. Pour cela, une série d'initiatives a été proposée en parallèle pour donner un accès global à ce vaccin, en particulier pour les pays en développement, par exemple, en donnant un accès facilité aux technologies et inventions.

**Le Centre d'Immunologie et des maladies infectieuses a été choisi comme l'un des Centres d'excellence prioritaires dans le nouveau plan stratégique 2009-2013.** Son objectif est de créer un centre de recherche de rayonnement international dans le domaine de l'immunologie, des maladies infectieuses et de la vaccinologie en fédérant les unités du CHUV et de la FBM afin de contribuer au développement d'agents thérapeutiques et de vaccins.

### **4.5. Stratégie 4 : Collaborations**

La stratégie 4 a pour but de renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé pour mieux profiter des synergies.

#### **4.5.1. Département de l'appareil locomoteur**

Sur la base de l'étude de faisabilité effectuée en 2004, la Direction générale a confirmé, courant 2005, le principe de mise en œuvre de ce département. Suite de quoi, la Direction générale et la Fondation de l'Hôpital orthopédique de la Suisse-romande (HOSR) ont donné mandat afin de créer ce département. La cérémonie officielle de lancement du projet MOVE a eu lieu le 6 juillet 2006. L'année 2007 a été consacrée à la création de ce département qui a été effectivement fondé au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Le nouveau Département regroupe notamment l'Hôpital orthopédique, qui intègre désormais le CHUV, les services de rhumatologie, de médecine physique, de réhabilitation, de traumatologie et de chirurgie plastique et reconstructive.

L'objectif de ce nouveau Département est de développer la prise en charge globale, médicale et chirurgicale, des patients adultes souffrant de pathologies du système musculo-squelettique, en intégrant l'ensemble des spécialités.

#### **4.5.2. Association Vaud-Genève**

Comme mentionné plus haut, la répartition des **transplantations** entre les HUG et les Hospices-CHUV est effective depuis le 2<sup>ème</sup> semestre 2004.

De plus, le **Centre romand hospitalo-universitaire de neurochirurgie** a été créé en 2007. Il vise une optimisation et une répartition des activités sur les deux sites hospitaliers de Genève et Lausanne. Ce nouveau Centre est dirigé, par le Prof M. Levivier – chef de service au CHUV et professeur ordinaire des universités de Lausanne et Genève – en tant que directeur et par le Prof K. Schaller – chef de service aux HUG et

professeur ordinaire des universités de Lausanne et Genève. Le CHUV est le site de référence concernant la neurochirurgie fonctionnelle tandis que les HUG sont le site de référence pour la neurochirurgie vasculaire.

## 4.6. **Stratégie 5 : Ressources humaines**

La stratégie 5 est destinée à affronter le contexte de pénurie des professionnels en améliorant la gestion des RH. Cette stratégie a été développée durant ces quatre années à trois niveaux.

### Répondre à la pénurie

Très rapidement, des mesures ont été prises pour améliorer l'attractivité du CHUV et attirer les meilleurs professionnels par le biais d'un site Internet (offres d'emploi en ligne, notamment), d'une visibilité plus forte des annonces dans les journaux, d'une présence accrue dans des salons ou forums. Des démarches ont également été conduites avec un recruteur pour le personnel infirmier en France, en Belgique et au Canada. Ces différentes actions ont permis au CHUV de pourvoir tous les postes au budget des dernières années malgré une forte augmentation des besoins en effectifs.

En 2007, une formation au recrutement a été testée et mise sur pied afin de rendre plus performant les cadres dans leurs processus et techniques de recrutement. Ce cours est inscrit dorénavant à notre catalogue.

### Développement des RH

Au cours de ces quatre ans, tous les Départements se sont dotés d'un responsable RH, voire d'une assistante RH. Ces professionnels viennent en appui des cadres pour les épauler dans des situations complexes, pour les décharger de certaines tâches ou pour les conseiller. Un nouveau Directeur adjoint des RH est notamment chargé de la coordination de ces responsables RH dans les Départements du CHUV. Les directions des Départements confirment régulièrement la nécessité de disposer de tels postes et plusieurs pensent améliorer la dotation RH pour répondre aux nombreux besoins recensés.

### Projets de développement

Plusieurs projets ont été mis en œuvre au cours de ces quatre ans comme par exemple :

- **Formations** : gestion de l'alcool sur le lieu de travail, gestion des absences, recrutement, entretiens d'appréciation, etc.
- **Indicateurs** : développement d'indicateurs RH figurant au tableau de bord hospitalier (TBH), comparaison avec d'autres hôpitaux romands.
- **Processus** : définition des processus clés des RH afin notamment de mieux documenter les étapes et faciliter le travail de certification des services.
- **Enquête de satisfaction** : une enquête de satisfaction du personnel a été réalisée en automne 2007. Les résultats, plutôt positifs, laissent cependant apparaître des points d'amélioration qui seront mis en œuvre en 2008.
- **Offres de prestations en faveur du personnel** : création d'une association du personnel, développement d'activités sportives et récréatives (troupe de théâtre, Noël des enfants), augmentation de 50 places de jardin d'enfants en 4 ans, création d'un local d'allaitement sur le site du CHUV.

S'agissant de l'établissement d'une politique RH, le projet a été reporté et ceci pour deux raisons. Tout d'abord, la proximité du nouveau plan stratégique a conduit à calquer la politique RH sur la période 2009-2013. D'autre part, le changement de Directeur général à mi-2008 implique une nouvelle dynamique institutionnelle. Il est donc essentiel que la politique RH participe de cette vision. C'est pourquoi, des réflexions ont été menées en 2007 et se concrétiseront en 2008 par l'élaboration d'une **politique RH 2009-2013**.

## 4.7. **Stratégie 6 : Efficience**

Au vu du contexte économique difficile dans lequel évoluent les Hospices-CHUV et les enjeux de ces prochaines années en terme de besoins et d'exigences de la population, la stratégie 6 a pour but de trouver des solutions pour augmenter l'efficience de l'institution et ainsi assurer son équilibre financier.

#### **4.7.1. Réorganisation des laboratoires diagnostiques**

Les laboratoires diagnostiques ont conduit une étude de faisabilité concernant leur organisation (action 060601). Cette réflexion fut largement participative impliquant étroitement les chefs de services, les biologistes hospitaliers et les techniciens en analyses biomédicales.

Cette étude menée depuis juin 2004 et sur 2005 a débouché sur un rapport final détaillant les valeurs fondamentales du Département de médecine de laboratoire (DML), les principes organisationnels du DML à l'horizon 2008, la gouvernance et le management du futur département, son nouveau périmètre, les conséquences sur les ressources ainsi qu'une feuille de route visant à planifier la mise en œuvre des recommandations du projet « Labos 2008 » pour les deux ans à venir.

En 2007, on peut notamment noter :

- Engagement d'un coordinateur des systèmes d'informations ;
- Lancement d'un projet qualité départemental ;
- Reprise des discussions sur l'intégration des départements IPA et DML au sein d'un Département unique (fusion effective au 1<sup>er</sup> janvier 2008) ;
- Mise sur pied d'un cycle de formation continue DML.
- Etude et planification d'une réception commune pour les laboratoires diagnostiques, prémisse de la future plateforme intégrée et hautement automatisée des dits laboratoires.

#### **4.7.2. Projet OUI – renforcement des compétences informatiques du personnel**

Ce projet qui a débuté lors du 1<sup>er</sup> trimestre 2005 consiste à établir un socle commun de connaissances pour tous les utilisateurs informatique de l'institution et ainsi réduire les coûts liés au manque de productivité notamment. Après une étude détaillée et une enquête auprès des répondants informatiques, le concept d'apprentissage en auto-formation a été formalisé en tenant compte de la diversité des participants. Un référentiel a également été élaboré.

Après la phase pilote de 2006, l'année 2007 a été consacrée au déploiement des évaluations et formations dans les services de la Direction et de la Direction administrative et financière. Au 31.12.07, près de **65%** des collaborateurs inclus dans ce déploiement ont totalement achevé leur parcours de formation. Cette évaluation s'avère très utile. En effet, elle indique qu'une formation complémentaire, offerte dans le cadre de ce projet, est requise dans plus de 30% des cas.

### ***4.8. Développement institutionnel***

#### **4.8.1. Etat d'avancement loi CHUV**

En lieu et place d'une nouvelle loi visant à créer un établissement de droit public comme prévu dans le cadre du plan stratégique, le chef du DSAS a souhaité opérer une révision de la loi actuelle et de procéder à des modifications portant notamment sur les aspects liés au contrôle politique de l'institution. Cette révision a été présentée au Grand Conseil début 2007.

#### **4.8.2. Plateforme éthique**

Au vu des enjeux et de l'environnement en pleine mutation qui provoquent de multiples tensions dans la pratique quotidienne des professionnels, les Hospices-CHUV avaient prévu, et inscrit dans le plan stratégique, le développement d'un « espace éthique » dont les buts seraient, d'une part, de reconnaître l'existence de valeurs différentes au sein de l'institution et, d'autre part, de permettre l'expression des tensions et d'arbitrer les éventuels conflits.

Suite aux réflexions conduites dans ce domaine, la création d'une « **Unité d'éthique biomédicale** » au sein de l'ensemble Faculté de Biologie et de Médecine – CHUV a été préconisée afin de réunir l'ensemble des intervenants dans ce domaine. Elle a pour mission de promouvoir l'éthique biomédicale et de développer un service de consultation destiné à la communauté hospitalo-universitaire.

## 4.9. Synthèse et prévision de l'avancement des projets

Stratégie I : Assurer le rôle d'hôpital général universitaire pour mieux répondre aux besoins de la population lausannoise et cantonale					
No	Libellé	Juin 2007	Décembre 2007	Juin 2008	Décembre 2008
1.1	Permanence de soutien aux victimes de violence et de maltraitance (011102)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.2	Détection précoce des premiers épisodes psychotiques (010702)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.3	Renforcement de l'unité de psychiatrie légale (010702)	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
1.4	« Liaison » - renforcement de l'encadrement et des interventions pédopsychiatriques à l'HEL	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.5	Renforcement de l'unité d'hospitalisation pédopsy destinée aux adolescents, 13-18 ans (010703)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.6	Programme de psychiatrie communautaire (010703)	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
1.7	Psychiatrie et migrants : création d'un programme de liaison, de formation, de monitoring et de soutien aux soins psychiatriques destinés aux migrants	Plan de réalisation	Plan de réalisation	Plan de réalisation	Réalisation
1.8	Structure spécialisée dans le traitement des troubles du comportement alimentaire (TCA)	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
1.9	Prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité état-limite avec comportements suicidaires et para suicidaires	Réalisation	Réalisation	Exploitation courante	Exploitation courante
1.10	Renfort de l'approche multi-disciplinaire pour la prise en charge des personnes âgées	Plan de réalisation	Réalisation	Réalisation	Exploitation courante
1.11	Mise en œuvre d'un projet visant à l'amélioration de l'orientation client	Suspens Etude détaillée	Suspens Etude détaillée	Etude détaillée	Etude détaillée
1.12	Réorganisation des soins intensifs de médecine et de chirurgie (010601)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.13	Renforcement des structures du Centre Romand des grands brûlés (010601)	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation

1.14	Réorganisation du bloc opératoire	Suspens	Suspens	Suspens	Réalisation
1.15	Définition des besoins en terme d'équipements et de surfaces au niveau des plateaux techniques du BH07 (010601)	Plan de réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
1.16	Réorganisation du Département médico-chirurgical de pédiatrie (011101)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.17	Finalisation de la mise en œuvre de l'unité d'antalgie (010106)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
1.18	Création d'une unité de soins palliatifs (010105)	Plan de réalisation	Plan de réalisation	Plan de réalisation	Réalisation
1.19	Plateforme d'investigation et de recherche sur le sommeil et ses troubles	Réalisation	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante

**Stratégie II : Développer un nombre limité de pôles pour concentrer les efforts en médecine de pointe**

No	Libellé	Juin 2007	Décembre 2007	Juin 2008	Décembre 2008
2.1	Cardiovasculaire (021201)	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
2.2	Oncologie (021002)	Réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
2.3	Transplantations (021207)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
2.4	Neurosciences psychiatriques (021210)	Plan de réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
2.5	Génie biomédical (Bioengineering)	Plan de réalisation	Réalisation	Réalisation	Réalisation
2.6	Imagerie biomédicale	Réalisation	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante

**Stratégie III : Renforcer la capacité d'innovation à travers la recherche et la formation**

No	Libellé	Juin 2007	Décembre 2007	Juin 2008	Décembre 2008
3.1	Création d'une Direction commune de la recherche et de la formation	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante

**Stratégie IV : Renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé**

No	Libellé	Juin 2007	Décembre 2007	Juin 2008	Décembre 2008
4.1	Création d'un département de l'appareil locomoteur	Réalisation	Réalisation	Exploitation courante	Exploitation courante

<b>Stratégie V : Affronter le contexte de pénurie des professionnels en améliorant la gestion des ressources humaines.</b>					
<b>No</b>	<b>Libellé</b>	<b>Juin 2007</b>	<b>Décembre 2007</b>	<b>Juin 2008</b>	<b>Décembre 2008</b>
5.1	Déploiement de responsables RH au sein des départements (050301)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
5.2	Développement de services en faveur du personnel (050303)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
5.3	Développement d'un programme de lutte contre les abus d'alcool (050302)	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante
5.4	Etablir une politique des ressources humaines institutionnelle (050302)	Etude détaillée	Plan de réalisation	Réalisation	Exploitation courante
<b>Stratégie VI : Rechercher l'efficience et assurer l'équilibre financier de l'institution</b>					
<b>No</b>	<b>Libellé</b>	<b>Juin 2007</b>	<b>Décembre 2007</b>	<b>Juin 2008</b>	<b>Décembre 2008</b>
6.1	Etude de réorganisation et d'optimisation du fonctionnement des laboratoires (060601)	Fin	Fin	Fin	Fin
6.2	Projet OUI	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante	Exploitation courante

## Etat des lieux des actions inscrites au plan stratégique mais ne figurant pas dans l'un des projets lancés

### Stratégie 1 : Hôpital général universitaire

N°d'action	Action	Etat d'avancement
10709	Développement de la gestion par processus (itinéraires cliniques)	Réflexion en cours afin de promouvoir un concept de prise en charge par itinéraires cliniques. Des projets concrets sont en élaboration (insuffisance cardiaque, syndrome coronarien, centre du sein). Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013.
10802	Adaptation des ressources pour la prise en charge des patients de moyen séjour (lits B)	Ouverture de 20 lits à Lavaux réalisée en 2007
11104	Mise en place d'un programme pilote pour la segmentation des patients	La réflexion n'a pas été poursuivie dans ce domaine.
11103	Stimuler l'approche communautaire de la prise en charge	Intégrée dans l'activité courante des services, notamment du DUMSC et de la PMU, qui prennent des initiatives dans le cadre de leurs missions. Citons l'amélioration des procédures médico-administratives de la PMU et du CHUV pour l'accueil de populations vulnérables (clandestins, migrants). Cette problématique est intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10701	Modifier et compléter les dispositifs de soins dans le domaine de la psychiatrie de liaison	En cours dans le cadre de l'activité courante des secteurs psychiatriques
10104	Création d'une unité de soins aigus aux seniors	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10704	Standardisation des processus de prise en charge pour les personnes âgées	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10705	Projet de recherche en gériatrie	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10706	Clinique mémoire multidisciplinaire mono-site pour les personnes âgées	En cours de validation. Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10707	Consolider le réseau de formation pour les professionnels de la prise en charge des personnes âgées	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10710	Développement d'une unité gériatrie communautaire à la PMU	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
11106	Mise en place d'un logiciel pour la gestion des relations client	Projet abandonné, à ce stade, suite à une redéfinition des priorités
61401	Améliorer la prise en charge privée	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
61402	Mise en place de structures adéquates pour les isolements thérapeutiques et l'activité privée (adaptation des structures)	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
10107	Aménagement d'une salle de laparoscopie	Intégrée dans le cadre du projet de modernisation des blocs opératoires
10601	Améliorer la productivité des prestataires médico-techniques	Intégrée dans le cadre du projet de modernisation des blocs opératoires
10801	Développement d'un programme spécifique pour la chirurgie ambulatoire	Intégrée dans le projet Inter07
61301	Programme patient critique	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013

10101	Centre universitaire enfant adolescent (CUEA), crédit d'étude	Projet reporté en raison de l'absence de financement
-------	---	--

## Stratégie 2 : Pôles

N° d'action	Action	Etat d'avancement
21205	Plan de communication des pôles	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre des différents pôles
21206	Création d'une base de données pour les pôles prioritaires oncologie et cardiovasculaire	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre de ces deux pôles et gérée par le biais du schéma directeur de l'Office informatique
21001	Augmenter les efforts en recherche dans le cadre des pathologies cardiovasculaires	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre du pôle
30801	Création d'une unité d'investigation clinique	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre du pôle et action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
21003	Identification de nouvelles cibles thérapeutiques (pathologies oncologiques)	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre du pôle
21002	Développement de programmes de traitements combinés pour la prise en charge de pathologies oncologiques	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre du pôle
21204	Renforcer les soins de supports oncologiques	Intégrée dans le cadre de la mise en œuvre du pôle et action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
21208	Développer des collaborations avec les HUG au sujet des flots de Langerhans et des greffes du pancréas	Réalisée : intégré dans le cadre de la mise en œuvre du pôle et attribué à Genève.
21209	Développer un programme de recrutement de donneurs	Intégrée dans le cadre du Centre de transplantation d'organes
21007	Développement de programmes de recherche dans le cadre du pôle de collaboration neurosciences psychiatriques	MTR schizophrénie et d'autres MTR prévus dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
21004	Mise en place d'une plateforme de production de cellules souches	Discussions à reprendre dans le cadre du pôle « bioengineering » CHUV et EPFL.
21005	Mise en place d'un fonds d'investissement pour développer les activités relatives au bioengineering (matching funds)	Discussions à reprendre dans le cadre du pôle « bioengineering » CHUV et EPFL et action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
21006	Accord de collaboration Hospices-CHUV/EPFL/UNIL pour développer le bioengineering et mise sur pied d'un organe de gestion du programme	Discussions à reprendre dans le cadre du pôle « bioengineering » CHUV et EPFL.

## Stratégie 3 : Recherche et formation

N° d'action	Action	Etat d'avancement
30501	Mise en place d'une plate-forme de recherche pour la transgénése	Réalisée : cette plate-forme est fonctionnelle et sise au Bugnon 27.
30502	Développement d'une plate-forme commune pour la recherche fondamentale	Objectif d'un bâtiment de recherche translationnelle dédié au cancer
30503	Mise en place d'un outil de pilotage adapté à la recherche	En cours d'exploitation : projet ADIFAC
30504	Mise en place d'une politique de ressources humaines adaptée	Sous la responsabilité de la FBM
30902	Définition d'une stratégie active pour la recherche	Sous la responsabilité du Département Formation et recherche

## Stratégie 4 : Collaborations

N°d'action	Action	Etat d'avancement
40201	Favoriser le développement de systèmes d'information partagés avec les autres acteurs	Projet DOPHIN en cours de sélection d'une plateforme et action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013
40401	Recensement des collaborations existant actuellement	Effectuée par le Secrétaire général des Hospices-CHUV
40402	Etablir une politique claire au sujet des réseaux de collaboration	Action intégrée dans le cadre du nouveau plan stratégique 2009-2013

## Stratégie 6 : Efficience

N°d'action	Action	Etat d'avancement
60102	Bugnon 27 (laboratoires), crédit d'ouvrage	Travaux en cours
60104	Deuxième étape de rénovation Champ-de-l'Air, crédit d'ouvrage	Travaux réalisés
61403	Développer une plateforme de formation continue ouverte aux professionnels de l'extérieur	En suspens

<b>Postes pérennes financés par le fonds destiné au plan stratégique</b>		
<b>Libellé OPTIC</b>	<b>Lib Fonction</b>	<b>EPT 2007</b>
Consultation spécialisée pour les troubles alimentaires	Médecin associé	0.50
	Médecin-assistant 9ème année	1.00
	Psychologue assistant	0.50
<b>Sous-total</b>		<b>2.00</b>
Psychoses débutantes (TIPP)	Psychologue assistant	0.90
	Infirmier	1.60
	1er infirmier	0.80
	Assistant social A	0.60
	Chef de clinique-adjoint	0.16
<b>Sous-total</b>		<b>4.06</b>
Programme social de psychiatrie communautaire	Infirmier	1.50
	Assistant social B	0.80
	Infirmier avec spécialisation	0.80
	Psychologue assistant	0.30
<b>Sous-total</b>		<b>3.40</b>
Psychiatrie légale	Chef de clinique-adjoint	0.50
	Chef de projet de recherche	0.50
	Psychologue assistant	0.40
<b>Sous-total</b>		<b>1.40</b>
Liaison pédopsychiatrique	Infirmier-chef d'unité de soins	0.30
	Psychologue assistant	0.50
	Chef de clinique-adjoint	0.80
	Médecin-assistant 2ème année	1.00
	Infirmier	4.20
	Employé d'administration	0.20
<b>Sous-total</b>		<b>7.00</b>
Développement UHPA et AIMA	Médecin-assistant 3ème année	0.40
	Infirmier	1.10
	1er employé d'administration	0.20
	Infirmier	0.70
	Educateur B	0.70
<b>Sous-total</b>		<b>3.10</b>
Psychiatrie et migrants	Chargé de recherche	0.50
	Chef de clinique	0.20
	Assistant social A	0.20
<b>Sous-total</b>		<b>0.90</b>
MTR "schizophrénie" en neurosciences psychiatriques	Chef de clinique-adjoint	0.20
	Psychologue assistant	1.50
	Assistant doctorant	0.50
<b>Sous-total</b>		<b>2.20</b>
Unité d'antalgie	Infirmière	1.00
	Chef de clinique (anesthésiologie)	0.80
	Chef de clinique adjointe (psychiatrie)	0.20
<b>Sous-total</b>		<b>2.00</b>
Centre romand des grands brûlés	Infirmière anesthésiste	0.80
	Médecin-chef de clinique anesthésiste	1.20
	Médecin adjoint	0.20
	Infirmières spécialisées	5.00
	Employée d'hôpital	0.30
<b>Sous-total</b>		<b>7.50</b>
Pôle transplantations	Chef de clinique adj. Tx foie	1.00
	Médecin assistant infections	1.50
	Médecin-assistant Tx poumon	0.80
	Data manager	1.00
	Médecin-assistant	1.00
<b>Sous-total</b>		<b>5.30</b>
Projet OUI	1er secrétaire B	0.80
	Employé d'administration	0.20
<b>Sous-total</b>		<b>1.00</b>
Personnes âgées	Cheffe de clinique	0.40
	Cheffe de clinique adjointe	0.40
	Chef de clinique adjoint	0.50
<b>Sous-total</b>		<b>1.30</b>
Unité "Violence" en médecine légale	Médecin-associé	0.50
	Chef de clinique	0.80
	1er Infirmier	1.35
	Infirmier	0.50
	Employé bureau spécialisé	0.60
<b>Sous-total</b>		<b>3.75</b>
Cardiomet : Centre d'investigation clinique	1er laborantin médical	0.60
	Chef de projet de recherche	0.20
	1ère infirmière avec spécialisation	0.80
Cardiomet : Plateforme phénotypage cardiovasculaire	1ère assist. universitaire 5ème année	1.00
Cardiomet : Plateforme phénotypage métabolisme	Chimiste B	1.00
<b>Sous-total</b>		<b>3.60</b>
<b>TOTAL</b>		<b>48.51</b>



# **Plan stratégique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois 2009-2013**

*« Le savoir au service du patient »*

## TABLE DES MATIERES

<b>COLLABORER POUR EXCELLER</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
1.1. Du « plan 2004-2007 » au « plan 2009-2013 »	4
1.2. Contexte et enjeux	4
1.3. Missions, valeurs et vision	6
1.4. Synthèse des objectifs et chantiers prioritaires 2009-2013	8
<b>2. OBJECTIFS PRIORITAIRES</b>	<b>11</b>
<b>PROGRAMMES STRATEGIQUES TRANSVERSAUX</b>	<b>11</b>
2.1. Vieillesse et personnes âgées	11
2.2. Nutrition et troubles du comportement alimentaire	13
2.3. Santé mentale	14
2.4. Populations vulnérables	16
2.5. Formation post-graduée	17
<b>CENTRES D'EXCELLENCE</b>	<b>19</b>
2.6. Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques	19
2.7. Centre du cancer	20
2.8. Centre des neurosciences cliniques	22
2.9. Centre d'immunologie et des maladies infectieuses	24
2.10. Bioengineering et ingénierie médicale	25
<b>3. Conditions cadres: <i>CHANTIERS PRIORITAIRES</i></b>	<b>27</b>
3.1. Créer l' « Ecole de biologie et de médecine »	27
3.2. Consolider les réseaux hospitaliers	27
3.3. Réorganiser la prise en charge des patients	27
3.4. Déployer des plateformes de recherche clinique	27
3.5. Développer les systèmes d'information	27
3.6. Renforcer les ressources humaines	27
3.7. Développer et moderniser les infrastructures	27
3.8. Assurer un développement durable	27
<b>4. CADRE FINANCIER</b>	<b>27</b>
<b>5. Glossaire</b>	<b>27</b>

Le **plan stratégique 2009-2013** a été réalisé grâce à la précieuse collaboration des cadres du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine.

Direction de projet et rédaction :  
**Daniel Petitmermet** et coll.,  
Service Stratégie Qualité et Organisation

# COLLABORER POUR EXCELLER

Une institution telle que le CHUV se construit par étapes qui, ensemble, constituent son histoire. Le présent plan stratégique n'est pas en rupture avec le précédent, bien au contraire : il s'enracine dans ce qui a été pensé et développé précédemment dans le cadre du plan stratégique 2004-2007 avec énergie. Ce nouveau projet que nous vous proposons de développer entre 2009-2013 assume, dès lors, la double ambition de s'inscrire dans la continuité des objectifs retenus précédemment tout en donnant l'impulsion à de nouvelles priorités.

Bien qu'il s'agisse au premier chef du plan stratégique du CHUV, la perspective de la création d'une entité hospitalo-universitaire réunissant sous une même gouvernance le CHUV et la Faculté de biologie et de médecine (FBM) impose, encore plus que par le passé, qu'il soit en harmonie et cohérent avec celui de l'Université de Lausanne. Il a été conçu dans cet esprit, de telle sorte qu'il puisse être appliqué jusqu'en 2013 quel que soit le changement de gouvernance survenant entre temps.

Outre le fait que ce message soit signé par le Directeur général et le Doyen, cette volonté d'intégration des missions sanitaires et académiques s'est manifestée dans le processus d'élaboration du plan. Celui-ci, en effet, s'inspire largement des travaux menés courant 2007 auxquels l'ensemble des départements du CHUV ont activement contribué, y compris ceux de la Section des sciences fondamentales de la FBM. Ce travail est le fruit d'un engagement remarquable de l'ensemble des cadres et collaborateurs de notre institution.

Ce plan stratégique permet aujourd'hui de dégager les lignes de force et les objectifs de nos actions futures. Il tient compte des projets et des ambitions de l'ensemble des acteurs en les intégrant dans **5 programmes transversaux, 5 centres d'excellence et 8 chantiers prioritaires**. Un accent tout particulier sera porté au niveau des soins à nos aînés qui, compte tenu du vieillissement général de notre population, demandent des prises en charge spécifiques et adaptées. Du point de vue académique, la formation post-graduée de nos soignants représente un défi majeur afin de préparer la relève dont nous avons urgemment besoin.

Le présent plan stratégique, au-delà de son rôle de « fil conducteur » du CHUV pour les cinq ans à venir, a donc aussi l'ambition de fédérer l'ensemble des collaborateurs autour de valeurs communes et d'un projet partagé. La volonté de la Direction de promouvoir l'excellence académique va de pair avec celle, tout aussi affirmée, de promouvoir une médecine humaine capable de satisfaire les attentes de nos patients et de nos collaborateurs. Profondément ancré dans ses missions académiques d'enseignement, de recherche et de soins, le plan stratégique proposé sera développé dans un esprit d'ouverture et de collaboration avec l'ensemble des Hautes Ecoles de notre région participant ainsi au rayonnement de la place universitaire lausannoise. Cet esprit de collaboration se manifestera également par le renforcement des liens qui nous unissent aujourd'hui déjà avec les hôpitaux et les réseaux de soins qui nous entourent.

Avec ce plan, le CHUV vise à se positionner au sein du paysage universitaire suisse et international. Les intentions affirmées dans ce document constituent un engagement de la Direction et du Décanat vis-à-vis des autorités politiques, de la cité, de nos partenaires et de nos collaborateurs.

La Direction générale du CHUV ainsi que le Décanat de la Faculté de biologie et de médecine vous invitent à partager le projet qu'ils ont conçu et qu'ils déploieront ensemble.

Professeur Pierre-François Leyvraz

Directeur général  
du CHUV

Professeur Patrick Francioli

Doyen de la Faculté  
de biologie et de médecine

# 1. INTRODUCTION

---

## 1.1. Du « plan 2004-2007 » au « plan 2009-2013 »

Dans une institution comme le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), un plan stratégique remplit un rôle fondamental. Il est sa colonne vertébrale, le garant de sa cohérence et le guide de ses actions. Véritable outil de pilotage, il constitue un document de référence pour les cadres et l'ensemble des collaborateurs, la feuille de route qui déterminera les actions individuelles et collectives de ces prochaines années. Il précise les orientations principales et les actions prioritaires que le CHUV et la Faculté de biologie et de médecine s'engagent à mener dans le cadre de leurs missions respectives de soin, d'enseignement et de recherche.

Si ce plan s'inscrit dans la continuité du précédent, il possède un caractère inédit. Son élaboration a en effet été conduite encore plus étroitement que par le passé avec la FBM. Dans un souci de planifier la relève académique, conformément au règlement UNIL-CHUV du 16 novembre 2005, les directions des départements cliniques et médico-techniques, les directions transversales du CHUV, de même que les directions des départements de sciences fondamentales de la FBM ont été consultées et étroitement associées à la démarche. Les échanges, fructueux, ont permis de rassembler le CHUV et la FBM autour d'objectifs et de programmes communs. A ce titre, la Section des sciences fondamentales de la FBM est, de fait, impliquée dans certains des développements présentés ci-dessous.

Afin d'inscrire ce plan stratégique dans le contexte politique prévalant au niveau cantonal et d'assurer la plus grande cohérence possible, il a été tenu compte du plan de législature 2007-2012 et de l'élaboration du rapport de politique sanitaire 2008-2012 du Conseil d'Etat, ainsi que du plan stratégique 2006-2011 de l'Université de Lausanne.

Ce plan n'implique pas de demande de financement supplémentaire par rapport à l'enveloppe d'exploitation dont le CHUV bénéficie. Si des allocations ou des investissements majeurs s'avéraient nécessaires pour la réalisation de développements, ces derniers seraient soumis aux décisions respectives du Conseil d'Etat et du Grand Conseil selon les procédures en vigueur.

En conformité avec l'article 13b de la loi du 24 avril 2007 sur les Hospices cantonaux (modifiant celle du 16 nov. 1993), ce plan stratégique, approuvé par le Conseil de direction UNIL-CHUV, est soumis au Conseil d'Etat qui le transmet au Grand Conseil pour adoption.

## 1.2. Contexte et enjeux

### 1.2.1. Principaux enjeux

L'élaboration du plan stratégique précédent avait mis en évidence une série d'enjeux dont plusieurs se révèlent toujours d'une grande actualité :

- **Le profil de la population change significativement** : vieillissement démographique, paupérisation, mouvements migratoires et croissance de la population vaudoise. Si l'espérance de vie augmente, on assiste parallèlement à un accroissement des maladies chroniques et des situations de dépendance, toutes choses qui conditionnent les soins et leur organisation.
- **La population, les patients et leurs proches ont de nouvelles attentes** : mieux informés, ils expriment le désir de prendre part aux décisions qui les concernent ; un nouveau partenariat qui implique une adaptation sensible de la formation du personnel. Les patients ont également une autre perception en matière de qualité de vie et de développement durable, évolution dont le CHUV doit également tenir compte.
- **La « capacité de production »<sup>1</sup> du CHUV constitue un frein majeur à son développement** : notamment son infrastructure en partie vieillissante, combinée aux insuffisances du dispositif en aval (EMS). L'engorgement chronique que connaissent ses structures représente un handicap dans la gestion de l'activité courante et dans l'intégration de nouvelles activités qu'elles soient de soins ou de recherche.
- **La collaboration avec d'autres institutions et le travail en réseau (réseau lémanique, académique, hôpitaux régionaux, secteurs dans le domaine de la santé, etc.) sont appelés à se développer** : compte tenu de la pénurie qui frappe et frappera certains secteurs, il est

---

<sup>1</sup> Par « capacité de production » il est communément sous-entendu la capacité – ou incapacité – de répondre aux demandes de prise en charge et traitement divers

urgent d'améliorer et d'harmoniser les programmes de formation, en particulier de formation post-graduée, pour assurer la relève des professionnels de santé sur les plans académiques, hospitaliers et ambulatoires.

- **Les débats nationaux sur le financement hospitalier et la répartition des spécialités de la médecine hautement spécialisée (MHS) se poursuivent** : ils auront vraisemblablement des conséquences majeures sur le fonctionnement du CHUV et de la FBM à l'horizon 2012.
- **La mise en concurrence s'accroît** : la dernière révision de la LAMal, en cours d'adoption par les Chambres fédérales, introduit la liberté de choix de l'hôpital sur le plan suisse. La concurrence est déjà perceptible avec les cliniques privées vaudoises dans certaines spécialités. Elle sera de fait renforcée par l'introduction du système SwissDRG dès 2012, de même que l'introduction progressive d'indicateurs de mesure de la qualité qui, à terme, faciliteront les comparaisons entre établissements (« benchmarking »).
- **La pression économique reste constante. Les exigences en gestion se sont accrues parallèlement à l'augmentation des coûts et la maîtrise des finances publiques.** Sur le plan clinique, afin de ne pas priver certains patients d'un traitement nécessitant des ressources équivalentes (maximisation de l'utilité), il devient d'autant plus essentiel d'identifier les traitements thérapeutiques selon leur efficacité démontrée au préalable selon les principes de la médecine fondée sur les preuves ou « Evidence Based Medicine » (EBM).

## 1.2.2. Forces et marges de progression

### 1.2.2.1. Forces

Le CHUV, de par la richesse de son organisation, possède un atout majeur : un très large rayon d'action. Le dispositif hospitalier du CHUV, et des différents sites qui le composent ou qui lui sont affiliés<sup>2</sup>, comprend des lits de soins aigus somatiques, psychiatriques et psycho-gériatriques, ainsi que des lits de réadaptation et de long séjour. Combiné avec ses services ambulatoires et communautaires, il assure la continuité des soins assumant un double rôle de proximité pour l'agglomération lausannoise et de référence sur le plan vaudois et romand.

L'institution se distingue également par ses compétences élevées dans plusieurs domaines clés dont certains ont été soutenus dans le cadre des options stratégiques prises entre 2004 et 2007. Citons, entre autres, la consolidation du Centre des grands brûlés (un des deux seuls centres suisses), la création du Service des transplantations (étroitement associé au « réseau romand de la transplantation ») et celle du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (créé conjointement entre le Centre intégratif de génomique de l'UNIL et le CHUV).

Au plan de la recherche, le CHUV et la FBM jouissent d'un très bon positionnement en Suisse en nombre de publications dans des journaux de référence et de capacité à attirer des financements externes (fonds nationaux et européens). Relevons la récente création du Centre de recherche sur le vaccin qui bénéficie de soutiens financiers d'institutions prestigieuses. Mentionnons aussi les nombreuses cohortes de patients, d'importance nationale ou internationale, dont la responsabilité a été confiée à des investigateurs lausannois comme la « Swiss HIV Cohort », la cohorte lausannoise « CoLaus », celle de patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin (« SwissIBD ») ou encore le Réseau mondial de recherche sur l'hypertension dont le CHUV est l'un des pôles. Par ailleurs, un financement conjoint de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), de l'Université de Lausanne (UNIL), du CHUV (dans le cadre du plan stratégique 2004-2007), des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de l'université de Genève a permis le développement d'un centre d'imagerie multisite ultramoderne et performant, le Centre d'imagerie biomédicale (CIBM).

### 1.2.2.2. Marges de progression

Le CHUV et la FBM s'inscrivent dans un réseau extrêmement riche de structures hospitalières et ambulatoires, de soins aigus, de moyen et long séjours. Les collaborations et partenariats avec ces dernières, et de manière générale avec les réseaux de soins, doivent se renforcer sans relâche. D'une part, afin d'améliorer le continuum thérapeutique de prise en charge des patients ; d'autre part, afin d'assurer la meilleure formation possible des professionnels dans la perspective d'une relève optimale.

---

<sup>2</sup> Les sites principaux sont: le CHUV sis au Bugnon, le site de l'Hôpital de l'enfance rattaché au Département médico-chirurgical de pédiatrie; les établissements psychiatriques et psycho-gériatriques de Cery, Prangins, Gimel et Yverdon, ainsi que le Centre universitaire de traitement et de réadaptation de Sylvana (CUTR). En outre, il comprend, en tant qu'établissements affiliés, la Policlinique médicale universitaire (PMU) et le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO) ainsi que l'Hôpital ophtalmique en tant qu'établissement associé

L'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies liées en particulier au vieillissement de la population, mais aussi la spécialisation de la médecine, nécessitent une coordination accrue des professionnels concernés et le développement progressif d'une « interdisciplinarité ». Le bien-être du patient est au centre des préoccupations de l'ensemble des professionnels du CHUV. Il est fondamental d'améliorer rapidement son parcours au sein des différents services en prenant en compte les caractéristiques communes à certains collectifs de patients.

Afin d'accompagner ces changements, le développement d'un système d'information clinique cohérent à l'interne du CHUV et à l'externe représente un enjeu clé. Le futur « dossier patient informatisé » permettra ainsi le suivi longitudinal du patient à travers tous ses épisodes de soins quelle que soit la structure de prise en charge.

Au plan de la médecine hautement spécialisée (MHS), les efforts doivent être poursuivis au plan national selon une logique de complémentarité avec les HUG, partenaire privilégié du CHUV.

Le potentiel au niveau de la recherche fondamentale et appliquée que représente la présence à Lausanne d'institutions telles que l'EPFL, en particulier sa nouvelle Faculté des sciences de la vie, l'institut Ludwig et l'Université de Lausanne doit être exploité et dynamisé. C'est le sens des réflexions conduites sur les réorganisations et roades envisagées relatives aux sites de recherche de l'UNIL et du CHUV<sup>3</sup> et qui concernent, au premier chef, les centres d'excellence soutenus dans le cadre du présent plan stratégique.

Dans ce contexte, la création de l'« Ecole de biologie et de médecine » (cf.3.1 ci-après) représente un enjeu majeur pour l'ensemble de la place universitaire lausannoise. Le défi porte sur un rapprochement effectif entre sciences cliniques et sciences de base dans le but d'un enrichissement mutuel. Il s'agit de regrouper, sous la même gouvernance, les prestations de soins et de services, la formation et la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé.

Finalement, le contexte économique actuel oblige l'hôpital universitaire à faire des choix, la maîtrise des coûts est impérative. Le développement de nouvelles activités devra se financer par le biais de réallocations à l'exception des nouveaux mandats confiés par les autorités. Les réorganisations envisagées dans ce plan stratégique, et notamment celles touchant la prise en charge du patient, devraient permettre d'améliorer encore l'efficacité du CHUV.

### **1.3. Missions, valeurs et vision**

#### **1.3.1. Nos missions**

**Au sein du CHUV, nous mettons en œuvre et nous déclinons les missions de soins, d'enseignement et de recherche qui nous sont confiées par le pouvoir public comme suit :**

Nous témoignons d'un engagement motivé en faveur de nos patients et de l'amélioration continue des prestations que nous leur offrons. La valeur de nos collaborateurs et la diversité de leurs profils professionnels permettent d'offrir un **ACCUEIL** à chacun dans le respect de sa spécificité et de manière adaptée à son parcours de vie.

Notre approche tend à éviter toute fragmentation des **SOINS** et à assurer un accompagnement efficace du patient tout au long de son traitement par la maîtrise de la technologie et des connaissances les plus actuelles. Avec le patient, sa famille et ses proches, nous cultivons un esprit de respect, de transparence et de communication. Face aux cas les plus complexes, le CHUV - comme centre universitaire - assume un rôle de référence pour les hôpitaux périphériques et les médecins installés. Sa responsabilité en terme de santé s'étend au-delà de celle de l'individu à celle de la communauté par l'élaboration de stratégies de prévention et d'éducation en santé.

Nous sommes attentifs à créer un climat de travail qui encourage la prise d'initiatives et le partage d'idées innovantes susceptibles d'améliorer les performances et les prestations de notre institution en valorisant les compétences de chacun. Notre capacité de **COLLABORATION** s'étend au-delà de l'institution, aux autres partenaires du réseau de santé ainsi qu'aux institutions académiques aux qualifications complémentaires. Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, cette collaboration implique une répartition des compétences et des ressources techniques entre hôpitaux universitaires.

Nous favorisons le partage de connaissances entre collaborateurs, leur offrant ainsi l'opportunité de développer leurs compétences, de progresser sur le plan professionnel et de s'épanouir sur le plan

---

<sup>3</sup> Mandat du Conseil d'Etat sur l' « Organisation des sciences de la vie sur la place lausannoise » suite à la décision de l'ISREC d'intégrer l'EPFL et d'y déménager

personnel. Nous investissons dans la **FORMATION** des professionnels de demain, tous profils confondus, en leur offrant des programmes d'enseignements pratiques et théoriques dans un environnement stimulant et humain. Nous leur assurons, ainsi, un capital de compétences qui leur permet d'être compétitifs au cours de leur carrière au niveau national et international assurant par là le rayonnement du CHUV et de la FBM.

Par l'activité de recherche déployée au CHUV et au sein de la FBM, nous contribuons à créer les savoirs, l'expertise et la pratique médicale de demain. Cette mission visant l'excellence à l'échelle internationale et garantissant le rayonnement académique de l'institution reste centrée sur l'amélioration des soins et les bénéfices que le patient peut en tirer. La **CRÉATIVITÉ** dans la recherche médicale ne peut en effet se concevoir que dans un esprit de responsabilité vis-à-vis du patient, de l'institution et de la société dans son ensemble.

En tant qu'entreprise de plus de 8000 collaborateurs, le CHUV est le principal employeur du canton de Vaud ; nous nous devons d'appliquer des principes d'organisation et de **GESTION** irréprochables. En tant que prestataires de soins, nous nous engageons à promouvoir l'efficacité du système de santé notamment en évaluant soigneusement les conséquences financières de nos choix.

### 1.3.2. Nos valeurs

**Les valeurs qui expriment le mieux l'esprit dans lequel nous ambitionnons de réaliser notre plan stratégique et auxquelles nous nous identifions sont :**

#### COMPETENCE

La compétence du personnel du CHUV permet une prise en charge attentive, efficace et adéquate de chaque patient afin de lui garantir les soins les meilleurs tout en assurant son bien-être. Elle se manifeste par une aptitude à mobiliser en tous temps des connaissances pointues et des ressources technologiques sophistiquées pour être capable de traiter les cas complexes pour lesquels le CHUV assume son rôle d'hôpital de référence. Au-delà de ses buts fondamentaux – de soulager la souffrance du patient et l'inquiétude des proches en luttant contre les atteintes en santé, maladies et accidents – les compétences concentrées au CHUV sont au service de la formation des professionnels et de la création des savoirs et pratiques du futur.

#### EMPATHIE

Le patient est au centre des préoccupations et des objectifs du CHUV. L'empathie s'y vit par l'accueil, l'écoute et le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des valeurs du patient. Elle engage le respect des dimensions objectives et subjectives de l'atteinte en santé telle que vécue par le patient. Et de tirer parti, par ailleurs, de ses ressources personnelles pour favoriser le processus de guérison. Cette capacité d'empathie se manifeste également au quotidien entre collaborateurs aux prises à des situations complexes et parfois douloureuses.

#### CREATIVITE ET RESPONSABILITE

Le CHUV et la FBM visent à l'excellence clinique et académique au service du patient et de la communauté. Elle implique un regard critique sur les pratiques actuelles et un souci d'amélioration continue de la part de chacun des collaborateurs. Le monde de la santé est un monde d'incertitude dans lequel les connaissances évoluent rapidement. Il exige tout à la fois humilité et ambition pour relever le défi de créer de nouvelles connaissances qui font progresser la médecine. Cela implique une grande force de créativité qui ne saurait se concevoir sans un sens aigu de la responsabilité vis-à-vis du patient, de l'institution et de la société dans son ensemble.

### 1.3.3. Une vision pour le CHUV

**Le CHUV est un centre hospitalier universitaire de référence, accessible à tous, ancré dans sa région et au cœur d'un réseau académique d'exception. Il place le bien-être du patient au centre de ses préoccupations et met au service de celui-ci et de ses proches la maîtrise des savoirs et des techniques les plus actuels avec l'ambition constante de former les professionnels de demain.**

**Portée par la Direction générale, cette vision représente notre ambition. Elle renforce notre identité et se traduit par notre engagement dans la réalisation du présent plan stratégique et des objectifs et chantiers prioritaires qui en découlent :**

## 1.4. Synthèse des objectifs et chantiers prioritaires 2009-2013

### 1.4.1. Programmes stratégiques transversaux

Ces programmes traitent de problématiques majeures de santé publique et concernent la plupart des départements du CHUV.

PROGRAMMES	CHAP.	OBJECTIFS GLOBAUX	BENEFICES PRINCIPAUX ATTENDUS
<b>VIEILLISSEMENT ET PERSONNES ÂGÉES</b>	2.1	Développer une culture de la prise en charge de la personne âgée au sein du CHUV et adapter le dispositif organisationnel au phénomène du vieillissement.	Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans les différents lieux de soins. Prévention des maladies par un dépistage précoce des pathologies dégénératives.
<b>NUTRITION ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)</b>	2.2	Fédérer et développer les expertises existantes au CHUV afin d'optimiser les prises en charge ambulatoires et hospitalières, l'enseignement et la recherche.	Mise à disposition de la population d'une unité d'hospitalisation et d'un hôpital de jour pour une prise en charge optimale des troubles du comportement alimentaire (« TCA » tels l'anorexie, la boulimie) ainsi que d'une structure pour la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile. Meilleure intégration de l'Unité de nutrition clinique dans les problèmes de nutrition au sens large.
<b>SANTÉ MENTALE</b>	2.3	Déployer, au sein du nouveau Département de psychiatrie, des projets transversaux sur les trois secteurs Nord, Ouest et Centre en cohérence avec les priorités du plan de santé mentale vaudois.	Meilleure capacité à orienter dans le réseau, à évaluer et soutenir les patients présentant des troubles et/ou un handicap psychique. Amélioration de l'adéquation entre la prescription médicamenteuse et la pathologie.
<b>POPULATIONS VULNÉRABLES</b>	2.4	Doter le CHUV de compétences interdisciplinaires et de moyens d'intervention répondant aux besoins des individus cumulant des facteurs de vulnérabilité.	Amélioration de la coordination entre les acteurs impliqués permettant une meilleure orientation des cas dans les infrastructures existantes et une réponse plus adéquate aux besoins peu ou mal couverts.
<b>FORMATION POST-GRADUÉE</b>	2.5	Structurer la formation post-graduée des professionnels de santé dans le but d'assurer la relève en associant étroitement les hôpitaux périphériques et les autres partenaires.	Meilleure attractivité et compétitivité du CHUV et de la FBM dans la formation des médecins assistants et des autres professionnels se traduisant par une optimisation de la qualité des formations offertes.

### 1.4.2. Centres d'excellence

Ces centres ont pour ambition d'être des centres de référence dans leur domaine au niveau national.

CENTRES	CHAP.	OBJECTIFS GLOBAUX	BENEFICES PRINCIPAUX ATTENDUS
<b>MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET MÉTABOLIQUES</b>	2.6	Offrir une prise en charge rapide, compétente, coordonnée et optimisée en fonction des pathologies cardio-vasculaires et métaboliques les plus aiguës et les plus fréquentes.	Diminution effective de la mortalité due à une meilleure prise en charge des affections cardio-vasculaires et métaboliques, ainsi qu'une diminution des délais et liste d'attente, et de manière générale la durée moyenne de séjour. Meilleure orientation des cas en fonction des pathologies. Augmentation de la visibilité nationale et internationale par une recherche de haute qualité.
<b>CANCER</b>	2.7	Regrouper les services du CHUV/UNIL et le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO) afin de développer, au sein d'un Centre du cancer, un programme clinique et un programme de recherche qui rassemblent tous les services et groupes de recherche ayant une thématique oncologique.	Meilleure prise en charge des patients oncologiques par le biais de mesures visant à améliorer leur qualité de vie. Meilleure intégration entre la clinique et la recherche créant les conditions favorables aux développements liés à la détection précoce des cancers et aux nouveaux moyens thérapeutiques. Augmentation de la visibilité nationale et internationale par une recherche de haute qualité.
<b>NEUROSCIENCES CLINIQUES</b>	2.8	Créer un centre de neurosciences cliniques pour promouvoir l'excellence des soins, de la recherche et de la formation en étroite collaboration avec l'UNIL, le «Brain and Mind Institute» de l'EPFL et le Centre d'imagerie biomédicale (CIBM).	Meilleure coordination de la prise en charge des pathologies aiguës entre les services cliniques concernés. Introduction de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques dans un but de stabiliser le plus précocement possible les affections neurologiques.
<b>IMMUNOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES</b>	2.9	Créer un centre de recherche de rayonnement international dans le domaine de l'immunologie, des maladies infectieuses et de la vaccinologie afin de contribuer au développement de nouveaux agents diagnostiques, thérapeutiques et de vaccins.	Existence à Lausanne d'un pôle de recherche fondamentale et appliquée unique en Europe, sis sur le site d'Epalinges, fédérant l'ensemble des équipes de chercheurs et de cliniciens concernés. Au plan international, contribution effective au développement de nouveaux moyens thérapeutiques de lutte contre les maladies inflammatoires, infectieuses et immunologiques.
<b>BIOENGINEERING ET INGENIERIE MEDICALE</b>	2.10	Maintenir et renforcer les collaborations existantes en développant prioritairement les techniques de thérapies cellulaires.	Amélioration des infrastructures qui permettront aux chercheurs de réaliser les différentes étapes nécessaires à la validation clinique des projets en cours (greffes de peau, d'os, de vessie, de cornée).

### 1.4.3. Amélioration des conditions cadres : chantiers prioritaires

CHANTIERS	CHAP	OBJECTIFS GLOBAUX	BENEFICES PRINCIPAUX ATTENDUS
« ECOLE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE »	3.1	Regrouper dans une organisation et une gouvernance commune la FBM et le CHUV afin de simplifier et d'optimiser son fonctionnement.	Renforcement du positionnement et du rayonnement de la nouvelle entité au plan national. Renforcement de la collaboration entre cliniciens et chercheurs au bénéfice des patients.
RESEAU HOSPITALIER ROMAND	3.2	Se positionner au plan national dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Consolider les réseaux hospitaliers vaudois et romand au sein duquel le CHUV joue le rôle d'hôpital de référence.	Réduction des délais d'attente pour les traitements spécialisés au CHUV. Meilleure répartition des patients entre le CHUV et les hôpitaux périphériques et valorisation des compétences existantes au sein de ces différentes structures.
PRISE EN CHARGE DU PATIENT	3.3	Assurer une meilleure continuité de traitement entre et pendant les phases de diagnostic et de soin, ainsi qu'une meilleure maîtrise de l'ensemble du processus de prise en charge par le biais, notamment, de démarches visant l'amélioration continue.	Prise en charge mieux adaptée aux besoins spécifiques des patients et évaluée par le biais d'indicateurs de résultats cliniques. Itinéraires cliniques et protocoles et guides de pratique clinique basés sur les principes de la médecine par les preuves en exploitation.
PLATEFORMES DE RECHERCHE CLINIQUE	3.4	Recherche clinique : améliorer sa qualité et son efficacité en offrant une infrastructure cohérente. Biobanque : déployer un cadre éthique, légal et administratif des collections de matériels biologiques.	Conduite d'essais cliniques dans des conditions optimales pour les volontaires et les malades étudiés. Maîtrise de l'ensemble des collections et harmonisation des procédures.
SYSTEMES D'INFORMATION	3.5	Développer un « dossier patient informatisé » en cohérence avec la stratégie e-Health de la Confédération. Favoriser les échanges structurés de données à l'interne et à l'externe.	Amélioration de la qualité des diagnostics médicaux et de la sécurité de la prise en charge des patients. Amélioration de la capacité à mesurer et maîtriser l'activité.
RESSOURCES HUMAINES	3.6	Attirer, motiver et retenir les meilleurs professionnels en veillant à assurer la relève.	Augmentation de la satisfaction des collaborateurs et amélioration des capacités de management et de gestion d'équipe des cadres.
INFRASTRUCTURES	3.7	Planifier et construire les espaces pour garantir les missions de soins et de recherche en assurant la cohérence de l'organisation spatiale et fonctionnelle des infrastructures.	Désengorgement de la cité hospitalière et modernisation des infrastructures en adéquation avec les besoins actuels et futurs.
DEVELOPPEMENT DURABLE	3.8	Poursuivre les objectifs prioritaires fixés par le Conseil d'Etat en matière de développement durable en étendant le périmètre à l'ensemble de l'institution.	Application des principes du DD par l'ensemble des collaborateurs. Economies réalisées dans la gestion des déchets et la consommation d'énergie.

## 2. OBJECTIFS PRIORITAIRES

---

### PROGRAMMES STRATEGIQUES TRANSVERSAUX

Quatre programmes traitent de problématiques majeures de santé publique qui conditionnent le fonctionnement et l'organisation du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine :

- *Vieillesse et personnes âgées*
- *Nutrition et troubles du comportement alimentaire*
- *Santé mentale*
- *Populations vulnérables*

Un cinquième programme a pour objet la relève des professionnels de soins sous l'angle de la formation post-graduée, phase essentielle dans le continuum que représentent les différentes étapes de formation.

Ces programmes touchent la plupart des départements et services - du CHUV et de la FBM - raison pour laquelle ils sont transversaux et seront déployés en étroite association.

### 2.1. Vieillesse et personnes âgées

#### 2.1.1. Contexte et enjeux

Selon les scénarios démographiques de l'OFSP et du SCRIS, une augmentation significative de la proportion de personnes âgées dans la population est prévisible, à l'horizon 2020, d'environ 15% actuellement à près de 20%. La population des plus de 80 ans est celle qui s'accroît le plus rapidement (parmi les personnes de plus de 65 ans, environ une sur trois aura plus de 80 ans). Ce vieillissement de la population aura au moins deux conséquences. D'une part, une augmentation et une transformation de la demande de soins (soins de longue durée) associées à une modification des pathologies (appareil locomoteur, déficits cognitifs, maladies cardiovasculaires, etc.) et, d'autre part, une pénurie de professionnels de santé. L'augmentation des incapacités entraîne une utilisation accrue des services, s'accompagnant de fréquents transferts entre la communauté, l'hôpital et les établissements de long séjour.

Le CHUV doit faire face à ce défi. Il y a répondu partiellement en créant en 2007 le « Service de gériatrie et réadaptation gériatrique ». En effet, pour une large part, le vieillissement est une affaire de prise en charge individuelle qu'il s'agit de mieux coordonner au sein des structures hospitalières. Le vieillissement est aussi une affaire de santé publique dans la mesure où l'augmentation du nombre de personnes âgées modifie les besoins de soins. Dans cette perspective, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) a développé depuis plusieurs années des axes de recherche concernant l'adaptation du système de santé à l'évolution démographique, ainsi qu'au processus de fragilisation liée au vieillissement. Au plan de la recherche fondamentale, ce dernier fait l'objet de prometteuses études sur des modèles animaux.

#### 2.1.2. Objectifs

**Développer une véritable culture de la prise en charge de la personne âgée au sein du CHUV et, par voie de conséquence, sur l'ensemble du système de santé vaudois et son dispositif organisationnel.**

##### Soins

- **Soins aigus** : mettre en place un programme de prise en charge « **Soins aigus aux seniors (SAS)** » adapté aux spécificités de cette population et étroitement coordonné avec le Service de médecine interne et les autres services aigus concernés. D'une part, il s'agira de standardiser les processus de prise en charge aiguë et d'orientation des personnes âgées au CHUV dès leur arrivée aux urgences. D'autre part, il s'agira d'améliorer le flux de patients âgés en créant et évaluant des itinéraires cliniques pour la prise en charge des syndromes et pathologies fréquentes (fractures du col du fémur, état confusionnel aigu, etc.).
- **Soins communautaires** : développer une structure de « consultation mémoire » regroupant les différents intervenants (neurologues, gériatres, psycho-gériatres, neuropsychologues) pour assurer une démarche diagnostique et thérapeutique coordonnée. Développer une consultation

ambulatoire et mobile de gériatrie afin de favoriser le maintien à domicile de situations complexes. Coordonner ce développement en interaction avec les réseaux de soins.

- **Long séjour** : constituer un réseau d'EMS partenaires afin d'évaluer et tester des protocoles cliniques visant à améliorer la qualité des prises en charge cliniques en long séjour ainsi que le flux des patients.

### Enseignement

- Développer des partenariats avec des EMS pour la formation des futurs gériatres et médecins de premier recours. Etablir le cursus, les modalités de stage et les critères d'évaluation.
- Proposer une formation post-grade orientée « population vieillissante » pour les soignants.
- Donner une place appropriée à la gériatrie dans le cursus pré-gradué de la FBM et développer des cours de maîtrise et des programmes doctoraux en rapport avec le vieillissement.

### Recherche en santé publique

- Au plan national, contribuer aux différents projets concernant les personnes âgées, qu'il s'agisse de programme de promotion de la santé de l'Office fédéral de la santé publique ou de mise sur pied du monitoring de l'état de santé et de ses déterminants, ainsi que l'évolution des réponses sanitaires (Office fédéral de la statistique, Observatoire suisse de Santé, « Swiss National Cohort », etc.).
- Au plan cantonal, collaborer avec le Service de la santé publique et les différents partenaires du terrain (réseaux de soins régionaux, praticiens, ONG tels que Pro Senectute, Alter Ego, Mouvements des aînés, etc.) à la mise sur pied d'une politique de santé « vieillissement » et sa promotion.
- Soutenir et pérenniser les projets spécifiques comme « Survey of Health, Aging and Retirement in Europe » (SHARE) et la cohorte « Lc65+ » qui traitent du thème de la prévention du déclin fonctionnel et de la dépendance chez les personnes âgées.
- Poursuivre les projets de recherche fondamentale sur le processus du vieillissement dans les organismes modèles (par exemple les fourmis) au niveau cellulaire, moléculaire et génétique.

#### 2.1.3. Risques en cas de non-réalisation

En l'absence d'adaptation de l'institution face à ce défi démographique, une explosion non maîtrisée des demandes en soins est programmée. Le manque d'adéquation entre les besoins et l'offre augmenterait, aboutissant à un accroissement de l'utilisation inappropriée du système et probablement des coûts ainsi qu'à une insatisfaction croissante de la part de la population.

#### 2.1.4. Bénéfices attendus

**Patients** : amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées dans les différents lieux de soins ; prévention des maladies se manifestant principalement chez les personnes âgées, notamment celles dégénératives, par un dépistage précoce ; ralentissement du déclin fonctionnel par le développement d'une politique cantonale de promotion de santé et prévention.

**Professionnels** : intégration dans la routine de prise en charge de compétences d'évaluation de la personne âgée ; reconnaissance de l'activité avec amélioration de la motivation et du recrutement ; amélioration de l'appui aux professionnels communautaires (praticiens, professionnels des soins à domicile) pour le suivi des situations complexes.

**Institutionnel (CHUV)** : amélioration des flux et orientation des patients ; meilleure coordination et efficacité des soins, amélioration de l'interface institution / communauté par coordination des mesures d'évaluation (culture commune).

**Système de santé** : optimisation de l'utilisation du système par correction de la sous-/sur utilisation des services « patient au bon endroit au bon moment » ; amélioration du soutien aux aidants naturels par la mise en place d'une politique de formation et d'incitation.

### **2.1.5. Mise en œuvre**

Ce programme s'articulera autour du déploiement du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV ainsi que du développement des activités du Département universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC) relevant de ces problématiques. Le service précité jouera le rôle de leader et de fédérateur de l'ensemble des projets qui seront identifiés. Une analyse précise des besoins interviendra dans le cadre de la mise en œuvre du programme.

## **2.2. Nutrition et troubles du comportement alimentaire**

### **2.2.1. Contexte et enjeux**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la prévalence de l'obésité est considérée comme une des premières épidémies mondiales d'origine non infectieuse. Tant l'étude CoLaus (portant sur 6'300 habitants de la région lausannoise) que les travaux menés par l'IUMSP auprès d'enfants en âge scolaire démontrent une importante prévalence de l'excès pondéral : près de la moitié des femmes et près de 70% des hommes. La surcharge pondérale est associée à un risque accru de diabète et de ses complications (maladies cardiovasculaires), des affections respiratoires comme le syndrome d'apnée du sommeil, des problèmes ostéo-articulaires et des troubles de l'humeur. Les problèmes nutritionnels sont également associés aux personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA) tels que l'anorexie et/ou la boulimie chez les adolescents et les jeunes adultes, dont la gravité augmente d'année en année. Enfin, les problèmes de dénutrition posent et vont poser des problèmes cruciaux, en particulier chez les personnes âgées, que ce soit à domicile, en EMS ou en milieu hospitalier. L'ensemble de ces problématiques entraîne des coûts sanitaires significatifs (comorbidités, chutes, fractures, hospitalisations) et représente de fait une bombe à retardement.

De nombreux services et départements du CHUV et de la FBM travaillent déjà sur la thématique de la nutrition et des troubles du comportement alimentaire, comme par exemple le Département de physiologie ou l'Unité de nutrition clinique. Par ailleurs, un centre de traitement des troubles du comportement alimentaire (TCA) est en voie de création. Le CHUV et la FBM soutiennent des recherches majeures telle que l'étude CoLaus ou l'étude menée dans les écoles par l'IUMSP. Ils ont donc les moyens de développer une approche globale, transdisciplinaire de la problématique de la nutrition et de l'obésité, associant notamment des approches génétiques, physiologiques, diététiques, endocrinologiques, cliniques, comportementales/psychosociales et préventives, en lien avec d'autres institutions travaillant dans ce domaine comme la commission de prévention du SSP ou les ligues de la santé. De plus, il s'agit d'un sujet reconnu comme fondamental par le DSAS. Ce programme recentrera et fédérera les ressources existantes, augmentant du même coup l'attrait de l'institution pour les patients présentant de telles pathologies.

### **2.2.2. Objectifs**

**Fédérer et développer les expertises existantes au CHUV, afin d'optimiser les prises en charge ambulatoires et hospitalières, l'enseignement et la recherche dans le domaine de la nutrition et des troubles du comportement alimentaire.**

#### **Soins**

- Finaliser la création d'une unité spécialisée TCA (anorexie, boulimie) à la fois ambulatoire et hospitalière. Cette unité déploiera ses activités de manière trans-départementale et en lien avec les autres instances cantonales travaillant dans ce domaine.
- Par le biais de l'Unité de nutrition clinique et de son réseau de répondants « alimentation » des services cliniques, consolider le dépistage et la prise en charge de la dénutrition/malnutrition en milieu ambulatoire et hospitalier, notamment chez les personnes âgées, de même que développer des protocoles visant à une reprise rapide de l'alimentation post-opératoire.
- Contribuer au programme cantonal de prévention et de prise en charge communautaire et hospitalière des problèmes de surnutrition chez les enfants, les adolescents et les adultes. Développer les liens avec le réseau.

#### **Enseignement**

- Etablir et/ou valoriser les modules de formation commune pré ou post-grade pour les médecins et les autres professionnels dans les domaines spécifiques de la dénutrition/malnutrition, des TCA, de l'obésité et ses conséquences sur la santé.
- Intégrer, dans la formation continue et post-graduée de tous les professionnels, des modules ayant trait à la transversalité des prises en charge et l'interdisciplinarité.

## Recherche

- Valoriser des projets de recherche dans les axes susmentionnés en prévention, diagnostic ou traitement des domaines touchant à la nutrition et à l'obésité.
- Susciter des nouveaux axes de recherche répondant aux critères du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) dans le cadre du programme national « Clinical Trial Unit » ou des cohortes soutenus par le fonds.

### 2.2.3. Risques en cas de non-réalisation

Le CHUV et la FBM se priveraient des outils de soins et de prévention dans un domaine qui constitue un défi majeur dans la décennie à venir.

### 2.2.4. Bénéfices attendus

**Soins** : Existence d'une unité d'hospitalisation et d'un hôpital de jour pour une prise en charge optimale des TCA (anorexie, boulimie). Consolidation du rôle de l'Unité de nutrition clinique et du service de la restauration dans les problèmes de nutrition au sens large (dénutrition, malnutrition et reprise rapide de l'alimentation post-opératoire). Existence d'une structure d'appui pour la prévention et la prise en charge de l'obésité infantile. Investigation systématique des situations de dénutrition de la personne âgée hospitalisée. Diminution du nombre de régimes prescrits dans le cadre de la démarche ProAlim.

**Enseignement** : Offre d'un enseignement coordonné « nutrition, TCA et obésité » dans le cadre de l'enseignement pré-gradué comme post-gradué. Offre de formations spécifiques pour l'ensemble des intervenants.

**Recherche** : Projets de recherche effectivement orientés sur cette problématique.

### 2.2.5. Mise en œuvre

Afin d'assurer un développement cohérent de ce programme transversal qui touche un nombre important de services et de départements CHUV et FBM, l'institution devra se doter d'une structure de pilotage pluridisciplinaire et identifier un responsable dont la mission sera de fédérer les différents acteurs impliqués. De plus, afin de coordonner les efforts au sein du CHUV, il s'agira de mettre en œuvre une « Commission médicale de nutrition » avec des référents de chaque département clinique pour développer une vision et des actions communes de la nutrition/alimentation des patients (offre alimentaire, régimes spéciaux, etc.).

## 2.3. Santé mentale

### 2.3.1. Contexte et enjeux

Les récentes études épidémiologiques nationales et internationales montrent que près d'une personne sur deux souffre une fois dans sa vie de troubles psychiques nécessitant un traitement. En Suisse, entre 2 et 4% des hommes (et davantage chez les femmes, jusqu'à 5% selon l'âge) font état de problèmes psychiques chroniques avec des conséquences invalidantes pour la vie de tous les jours. En Suisse, les chiffres de l'assurance invalidité montrent une croissance constante des rentes liées à un trouble psychique. D'où l'importance, pour notre canton, de soutenir et de développer le rétablissement et la réintégration professionnelle et sociale des personnes atteintes dans leur santé psychique. Soigner partout où cela est possible plutôt que d'isoler pour protéger : telle est la perspective des soins psychiatriques de demain.

La santé psychique est également un domaine de recherche très prometteur ; l'intérêt croissant de l'industrie et de la recherche de pointe en témoigne. La psychiatrie représente donc l'un des axes du développement du CHUV pour répondre à la demande sanitaire, pour introduire une perspective intégrative de la personne psychiquement malade, pour nouer les interfaces indispensables entre médecine et société, pour dynamiser un secteur doté d'un fort potentiel d'innovation et de développement.

### 2.3.2. Objectifs

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

## Soins

- Créer un centre de pharmacovigilance à l'échelle cantonale en utilisant les compétences existantes (Unité de biochimie et de psychopharmacologie clinique ; valorisation et mise en réseau de l'expertise clinique existante) dans le but d'améliorer sensiblement l'adéquation entre la prescription médicamenteuse et la pathologie.
- Assurer le développement de programmes concernant les enfants, les adolescents et les jeunes adultes afin de détecter et traiter précocement des troubles psychiques notamment lors des premiers épisodes psychotiques afin d'améliorer le pronostic à long terme.
- Assurer le développement des programmes d'intervention dans la communauté, notamment pour les adolescents et les personnes âgées. Ces programmes visent des patients souffrant de troubles psychiques sévères, ayant un accès limité aux services psychiatriques et présentant des risques de complication majeure (suicide, dépendances, désinsertion, déscolarisation...).
- Créer un programme de soutien à l'emploi pour les patients atteints de troubles psychiques dans le prolongement de la 5<sup>ème</sup> révision de l'assurance invalidité. Cette action s'appuierait sur les compétences déjà existantes au sein de l'Unité de réhabilitation du Département de psychiatrie.
- Développer une consultation spécialisée des troubles envahissants du développement à l'interface de la pédopsychiatrie et de la neuropédiatrie.

**Recherche et enseignement :** la plupart des actions entreprises visent à la fois le développement des connaissances et leur mise en œuvre effective dans les pratiques cliniques.

- Soutenir la recherche clinique et évaluative dans le cadre de l'Institut universitaire de psychothérapie qui constitue un pilier fondamental de la pratique psychiatrique. La constitution d'un registre permettant le contrôle et le suivi des psychothérapies favorisera l'amélioration concrète des pratiques cliniques.
- Créer un « Institut de psychiatrie légale » en regroupant les ressources et les compétences dans ce domaine. L'institut comprendrait un programme de soutien aux équipes cliniques pour des patients présentant des comportements violents découlant d'une atteinte psychique. Il devrait également intégrer une section de pédopsychiatrie dans la perspective du développement d'un Centre de traitement de la violence intrafamiliale. La création de cet institut est un élément important pour insérer, de manière harmonieuse, le futur « Etablissement de réinsertion sécurisé » à Cery à l'horizon 2013-2015.
- Maintenir et développer des « modules thématiques de recherche (MTR) » en neurosciences sur la base d'un bilan des expériences conduites dans le cadre du MTR schizophrénie (plan stratégique 2004-2007) visant à regrouper les compétences cliniques, en recherche et imagerie. De nouvelles extensions sont prévues dans les domaines de l'addiction et de l'anxiété.
- Adapter les programmes de formation post-grade pour inclure les problématiques émergentes (violence, handicap mental, maltraitance, vieillissement...) et les nouveaux moyens d'intervention (psychopharmacologie, interventions communautaires, imagerie).

### 2.3.3. Risques en cas de non-réalisation

Face à une très forte demande sanitaire, sociale et politique à l'égard des services de psychiatrie, et à défaut de consolider les structures existantes, les risques ci-après ont été identifiés. Engorgement des structures de soins aigus (notamment hospitalières) ; inadéquation des compétences des professionnels par rapport à l'émergence de nouvelles problématiques ou prenant de l'ampleur (violences, handicap mental, maltraitance, vieillissement...) et de nouveaux moyens d'intervention (psychopharmacologie, interventions communautaires, imagerie...).

### 2.3.4. Bénéfices attendus

Capacité améliorée à dépister et traiter les premiers épisodes psychotiques ;

Amélioration de l'adéquation de la prescription médicamenteuse par rapport à la pathologie grâce à l'expertise du centre de référence de pharmacovigilance.

Meilleure capacité à orienter dans le réseau, évaluer et soutenir les patients présentant des troubles ou un handicap psychique.

### 2.3.5. Mise en œuvre

Le Département de psychiatrie, regroupant les trois secteurs psychiatriques du CHUV, jouera un rôle clé afin d'assurer une coordination et un fort degré de consensus entre les acteurs impliqués, d'une part, le Service de la santé publique dans le cadre du plan de santé mentale et les autorités politiques très sensibles aux thèmes proposés, d'autre part. En outre, la concrétisation du programme architectural concernant le site de Cery favorisera l'intégration, dans un même dispositif hospitalier, des divisions adultes et de l'âge avancé, de même qu'il permettra d'accueillir de nouvelles fonctionnalités (établissement de réinsertion sécurisé ; Unité psychiatrique de crise du handicap mental).

## 2.4. Populations vulnérables

### 2.4.1. Contexte et enjeux

Le CHUV a également pour mission de répondre aux besoins des populations les plus démunies. En 2007, dans le canton de Vaud, 4'000 personnes sont à l'aide d'urgence dont des requérants d'asile, 12'000 personnes sont sans-papiers et 8% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Ces personnes cumulent généralement un ensemble de facteurs de risques pour leur santé. Dans la plupart des cas, les situations familiales s'avèrent particulièrement difficiles: 7,5% des migrants qui consultent à l'Hôpital de l'enfance nécessitent une assistance sociale ou psychiatrique, soit 1350 interventions par an.

En outre, 100 grossesses par an, suivies au Département de gynécologie et obstétrique (DGO), présentent des risques psychosociaux majeurs. Plus de 100 enfants victimes de maltraitance ou d'abus caractérisés sont détectés chaque année par le *Child Abuse and Neglect team* (CAN-team) du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP).

Afin de faire face à cette situation préoccupante, le CHUV et la FBM doivent adapter et/ou consolider leur dispositif en déployant une approche de santé communautaire d'autant plus nécessaire dans certaines situations et groupes de patients concernés.

### 2.4.2. Objectifs

**Doter le CHUV de compétences interdisciplinaires et de moyens d'intervention répondant aux besoins des individus cumulant des facteurs de vulnérabilité, dans une perspective éthique, économique, clinique et de santé communautaire.**

- Conduire une analyse approfondie des besoins prioritaires des populations concernées. Procéder à une évaluation des modèles d'intervention, des structures internes et externes dédiées, afin d'identifier les moyens d'action les plus adéquats à mettre en œuvre.
- Mettre sur pied des moyens et nouveaux outils afin d'améliorer la coordination des services de soins et des services sociaux (par exemple un « carnet de santé communautaire » pour suivre les patients dans le réseau).
- Inscrire dans les curriculums un enseignement pré-gradué et post-gradué interdisciplinaire dédié aux problématiques de santé des populations vulnérables.
- Promouvoir les projets (de soins et de recherche) en lien avec les pathologies les plus fréquentes de cette population (maladies chroniques, abus de substance, santé sexuelle, santé mentale, santé dentaire des migrants, déterminants sociaux de la dépendance et de la précarité).
- Maintenir, voire consolider les dispositifs existants, notamment le CAN-team.

### 2.4.3. Risques en cas de non-réalisation

L'absence d'une stratégie coordonnée dans ce domaine pourrait entraîner une aggravation progressive de la situation de ces personnes, elle-même responsable d'un accroissement significatif des coûts médicaux et sociaux.

### 2.4.4. Bénéfices attendus

Amélioration sensible de la coordination entre les acteurs impliqués permettant une meilleure orientation des cas dans les infrastructures existantes ; répondre ainsi à des besoins peu ou mal couverts.

Meilleure sensibilisation des professionnels (médecins et soignants) à ces problématiques.
Augmentation des projets de recherche clinique ciblés autour de ces problématiques.

### 2.4.5. Mise en œuvre

Le déploiement de ce programme nécessitera une phase d'analyse associant l'ensemble des départements concernés et la « Commission des populations sociales » du CHUV pour définir précisément le périmètre, le cadre, les outils de dépistage et les modalités d'intervention. Une phase de mise en œuvre s'ensuivra qui permettra de valider les niveaux d'intervention à la fois à l'interne du CHUV et dans le réseau.

## 2.5. Formation post-graduée

### 2.5.1. Contexte et enjeux

La formation post-graduée doit toucher l'ensemble des professionnels de santé et répondre à de nombreux défis : progrès des technologies, demande accrue - notamment en lien avec vieillissement de la population, etc. tout en faisant face à une démographie médico-soignante en perte de vitesse.

A ce titre, les médecins de premier recours aujourd'hui en activité (généralistes, internistes et pédiatres) sont dans l'ensemble plus âgés que leurs collègues des autres spécialités. Il faudra donc en remplacer davantage alors même que l'attrait pour ces disciplines diminue. Un autre facteur qui a des incidences majeures sur l'organisation des services et sur la qualité de la formation du personnel médical est l'application de la loi sur les 50 heures des médecins assistants. En effet, ces conditions cadres sont difficilement compatibles avec les besoins objectifs de leur formation.

Une formation post-graduée structurée est une condition essentielle et nécessaire à la qualité des soins et qui doit prendre en compte les contraintes évoquées dans le paragraphe précédent. Les accords de Bologne, en prévoyant des critères à l'attribution de divers titres académiques, représentent un incitatif supplémentaire pour améliorer le niveau de cette formation et augmenter l'attractivité de la Suisse.

Force est de constater que les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires n'ont, jusqu'à présent, guère été moteur dans la promotion de la formation post-graduée. A l'instar de la Faculté de médecine de Genève qui met en place un enseignement académique permettant une reconnaissance au plan international (master of advanced studies, MAS), le CHUV et la FBM se proposent d'en faire un programme hautement prioritaire. Les accords de Bologne touchent également les professions soignantes, avec l'introduction de cursus « bachelor-master », rendant les formations pré et post-graduées euro compatibles.

La Direction des soins a, quant à elle, pour objectif de valoriser les compétences, d'assurer l'attractivité et de favoriser l'accès aux formations post-graduées. Face à la pénurie qui frappe d'ores et déjà certains secteurs hospitaliers, une réflexion sera conduite au sein du CHUV concernant l'organisation des soins et spécifiquement la composition des équipes soignantes (personnel diplômé / personnel d'assistance).

### 2.5.2. Objectifs

Dans le but d'assurer l'attractivité et la compétitivité du CHUV et de la FBM, l'objectif est de **structurer la formation post-graduée des professionnels de santé en vue d'assurer la relève. Il s'agira de s'appuyer sur une collaboration entre tous les services et d'associer étroitement les hôpitaux périphériques et autres partenaires concernés.**

- Assurer un lien fort et cohérent entre les formations pré et post-graduée par le biais, notamment, de la création d'une « **Ecole de formation post-graduée** » dépendant directement de la Direction médicale du CHUV et du Décanat de la FBM. Cette Ecole veillera à harmoniser et consolider les cursus de formation post-graduée qui seront établis en fonction des besoins en relève académique, en médecine clinique hospitalière et en médecine générale.
- Préparer la relève en assurant aux médecins assistants, infirmiers, physiothérapeutes et autres professionnels soignants de l'hôpital une formation moderne, efficace, empreinte d'humanisme et d'éthique. Par ailleurs, celle-ci se doit d'être orientée tant sur la pratique hospitalière que sur la formation des futurs médecins de premier recours et professionnels extra-hospitaliers.
- Développer des formations communes entre soignants, tous confondus, afin de contribuer à une meilleure répartition des rôles et responsabilités entre médecins de premier recours et spécialistes, ainsi qu'entre médecins et infirmières.

- Renforcer le rôle des cadres, médecins et soignants, dans leur fonction de formateur ou enseignant ; valoriser cette dernière au plan académique.

### 2.5.3. Risques en cas de non-réalisation

Compte tenu de la pénurie actuelle et prévisible de compétences médicales et non médicales dans certaines spécialités, l'absence d'une politique cohérente de formation post-graduée pourrait conduire à des difficultés croissantes qui toucheraient par ailleurs l'ensemble des hôpitaux romands.

### 2.5.4. Bénéfices attendus

Meilleure attractivité et compétitivité du CHUV dans la formation des médecins assistants et des autres professionnels.
Existence de cursus de formation structurés dans les spécialités, directement accessible par Internet, par les assistants et futurs assistants, ainsi que par les autres soignants.
Standardisation des plans de carrière pour les médecins de premier recours, les spécialistes et les autres professionnels de santé.
Collaboration effective avec le réseau de services hospitaliers et ambulatoires non universitaires.

### 2.5.5. Mise en œuvre

L'« Ecole de formation post-graduée » dépendra directement de la Direction médicale du CHUV et du Décanat de la FBM. Elle aura pour principale mission de définir et mettre en œuvre les objectifs précités, d'identifier les besoins et de promouvoir les « bonnes pratiques » existant dans les services. Elle aura également pour tâches de gérer les ressources nécessaires à la formation post-graduée et mettre en place le processus d'évaluation des filières de formation, y compris d'en déterminer les critères qualitatifs.

Les mêmes développements seront nécessaires pour les autres professions. La Direction des soins reste, à cet égard, responsable du développement et du pilotage de la politique de formation post-graduée des professionnels soignants en étroite synergie avec la HES-SO et l'appui de son service de formation continue.

## CENTRES D'EXCELLENCE

*Le CHUV et la FBM promeuvent la création de cinq centres d'excellence pour concentrer les efforts en médecine hautement spécialisée et assurer un leadership au niveau suisse dans les domaines retenus :*

- *CardioMet (Maladies cardiovasculaires et métaboliques)*
- *Centre du cancer*
- *Centre des neurosciences*
- *Centre d'immunologie et des maladies infectieuses*
- *Bioengineering et ingénierie biomédicale*

*Ces structures traiteront une pathologie fréquente mais complexe ou un problème de santé nécessitant des soins hautement spécialisés de manière complète et intégrée. Elles développeront les interfaces entre recherche et activité clinique en favorisant l'interdisciplinarité dans le but d'optimiser la prise en charge des patients.*

### **2.6. Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques**

#### **2.6.1. Contexte et enjeux**

Les maladies cardio-vasculaires et métaboliques restent, en Suisse, la première cause de consultation d'un médecin, de prescription d'un médicament, d'hospitalisation et de décès. Il s'agit de la première cause de mortalité chez l'homme et elle est en augmentation constante chez la femme. Ainsi, une prise en charge de ces affections bien organisée et efficace a un impact majeur sur les patients, ainsi que d'importantes retombées économiques.

Dans le cadre du plan stratégique 2004-2007, ces problématiques avaient clairement été identifiées et inscrites dans le cadre du développement d'un « pôle prioritaire ». Un Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques (CardioMet) a été officiellement créé en 2005 par le CHUV et la FBM. La dynamique s'est instaurée entre les services impliqués à la fois au niveau des soins, de la recherche clinique appliquée que de la recherche fondamentale. Au plan des structures, relevons l'ouverture d'une salle d'électrophysiologie ultramoderne pour améliorer, notamment, la détection et le traitement des troubles du rythme. Finalement, la répartition des greffes entre Lausanne et Genève (le cœur et le poumon au CHUV, le foie et le pancréas aux HUG) a permis de consolider le positionnement de Lausanne en matière cardio-vasculaire. Toutefois, un accord devra encore être trouvé avec les HUG pour que les greffes cardiaques pédiatriques soient réalisées au CHUV.

Il s'agit de poursuivre ces efforts en mettant l'accent sur l'organisation et la mise en œuvre d'itinéraires cliniques qui devront se développer en collaboration avec les autres partenaires de soins (médecins installés, hôpitaux périphériques). Il faudra en effet, pour assurer la durabilité de CardioMet, intégrer les activités cliniques d'aujourd'hui avec l'enseignement, socle des prises en charge et de la recherche fondamentale de demain.

#### **2.6.2. Objectifs**

**Offrir une prise en charge rapide, compétente, cordonnée et optimisée en fonction des pathologies les plus aiguës et fréquentes.**

##### **Soins**

- Développer des itinéraires cliniques pour la prise en charge des pathologies les plus fréquentes: ischémie, trouble du rythme, insuffisance cardiaque et hyperglycémie notamment.
- Créer une unité de soins continus afin d'accueillir les patients présentant un syndrome coronarien aigu et assurer la continuité des soins avec les hôpitaux périphériques.
- Mettre en œuvre de nouvelles techniques et développements d'innovations (cœur implantable, imagerie cardiaque...).
- Développer l'implication et le rôle des soignants dans la prévention en intégrant l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients chroniques.

## Enseignement

- Harmoniser l'enseignement pré et post-gradué sur les maladies cardio-vasculaires et métaboliques dans le cadre de la FBM et de l' « Ecole de formation post-graduée » (cf.3.1).

## Recherche

- Favoriser la recherche fondamentale et la recherche clinique dans les domaines cardio-vasculaires et métaboliques en s'appuyant sur un Centre de recherche clinique (cf.3.4.1) et sur les plateformes de phénotypage du rongeur. Il s'agira de développer des programmes ciblés qui permettent d'impliquer l'EPFL et les universités de Fribourg et de Neuchâtel.

### 2.6.3. Risques en cas de non-réalisation

Erosion de la position du CHUV au plan national par rapport aux autres hôpitaux universitaires et au plan cantonal par rapport à la concurrence des cliniques privées particulièrement actives dans le domaine.

### 2.6.4. Bénéfices attendus

Diminution effective de la mortalité due à une meilleure prise en charge des affections cardio-vasculaires et métaboliques, ainsi qu'une diminution des listes d'attentes et des durées moyennes de séjour. Meilleure orientation des cas en fonction des pathologies.

### 2.6.5. Mise en œuvre

De nombreux projets ont d'ores et déjà été lancés visant une amélioration de la prise en charge par le biais d'itinéraires cliniques (hyperglycémie, insuffisance cardiaque, fistules de dialyse), la prévention (consultation de prévention cardio-vasculaire), l'enseignement (école doctorale impliquant Fribourg et Genève) et la recherche (plateformes expérimentales des rongeurs). Il s'agit de poursuivre les efforts, de rendre opérationnels ces itinéraires cliniques et d'en évaluer l'impact.

## 2.7. Centre du cancer

### 2.7.1. Contexte et enjeux

Le cancer est une des premières causes de mortalité et de morbidité dans le monde. Sous l'égide de la fondation du Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO), une prise en charge clinique coordonnée a été mise en place à Lausanne au cours des vingt dernières années. Cette prise en charge a été étroitement associée à une recherche clinique dans le cadre de réseaux nationaux et internationaux, dont les résultats ont un impact direct sur la prise en charge, offrant souvent des thérapies nouvelles aux patients qui ne pourraient pas en disposer sans ces connexions.

Lausanne héberge une constellation exceptionnelle de chercheurs de réputation internationale dédiés au domaine (Institut Ludwig, Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer, Institut de biochimie, Division d'oncologie expérimentale du CePO) ainsi que d'excellents groupes de recherche au sein du CHUV/UNIL, tels la Division de pathologie expérimentale ou le Centre intégratif de génomique (CIG). A ce titre, Lausanne héberge depuis 2001 le « National Center of Competence in Research in Molecular Oncology » (NCCR) financé par le FNS. En 2004, un accord intitulé « Sciences du vivant à Lausanne: pour une meilleure intégration des compétences de recherche en oncologie et en génie biomédical » a été signé par le CHUV, l'UNIL et l'EPFL. Récemment, un Centre d'imagerie biomédicale (CIBM) a été créé et de nouveaux équipements pour des traitements de pointe ont été acquis par le CHUV (radio-CT, tomothérapie, gammaknife).

Au sein du CHUV, le cancer a déjà été identifié comme un pôle de développement prioritaire dans le plan stratégique Hospices/CHUV 2004-2007. Durant cette période, les efforts ont principalement porté sur le renforcement des structures: équipement d'une salle de tomothérapie (constituant une première suisse), transformations et extension des espaces dévolus au Service de radio-oncologie clinique (en cours), projet d'extension des surfaces de consultations ambulatoires pour le CePO, projet de réaménagement pour l'accueil de groupes de recherche au Bugnon 27. Par ailleurs, un projet majeur concernant l'amélioration de la qualité de vie des patients présentant une pathologie oncologique est conduit depuis 2006. Finalement, dans le souci de mieux gérer les collections de matériels biologiques humains et de favoriser la recherche fondamentale et clinique, une « biobanque » a également été instituée avec le soutien du CHUV et du CePO (cf.3.4.2).

La situation reste donc particulièrement favorable pour envisager la création d'un « Centre du cancer » à Lausanne qui puisse légitimement prétendre à un leadership national, voire international. Ce centre, dont le

CHUV est l'élément clé, veut être au service de la population romande et reconnu pour la qualité d'une prise en charge clinique et holistique, mais pas seulement. Sa reconnaissance devra également se baser sur l'excellence de sa formation et recherche de niveau international, déclinée en recherche de base et clinique, et intégrant une composante translationnelle commune.

A ce jour, il est proposé de mieux intégrer cet ensemble afin de réaliser un programme d'excellence académique de même que de prise en charge clinique des cas simples comme des cas les plus complexes. Ceci suppose des modifications qui permettent de fédérer les partenaires du site lausannois. Ainsi, afin d'assurer une meilleure coordination de la prise en charge clinique, les activités ambulatoires actuellement réalisées dans le cadre du CePO seront intégrées administrativement au CHUV. De plus, un Institut de recherche sur le cancer, principalement financé par l'UNIL, sera créé et localisé sur le site du Bugnon.

### 2.7.2. Objectifs

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

#### Soins

- Optimiser la prise en charge des patients dans le cadre d'un programme clinique, notamment en développant des itinéraires cliniques pour les pathologies oncologiques les plus importantes (sein, prostate, etc.).
- Consolider le « programme d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer au CHUV ».
- Promouvoir une approche académique à l'oncologie clinique en développant une recherche clinique de qualité et en favorisant l'émergence de médecins-chercheurs pour assurer la relève.
- Mettre à disposition des techniques de traitement de pointe (par exemple gammaknife).
- Développer les structures nécessaires afin d'initier les essais cliniques de phase I et faciliter la recherche translationnelle en partenariat avec le futur programme, également orienté « translationnel », du Centre du cancer.

#### Recherche et enseignement

- Fédérer les chercheurs sur le site lausannois dont l'intérêt principal est le cancer et stimuler le développement de collaborations et de synergies entre les groupes de recherche fondamentale et de recherche clinique. Développer un programme spécifique de formation dans le cadre d'un « master of advanced studies in investigative oncology ».
- Créer des ponts entre l'oncologie clinique médicale et chirurgicale dans le but de développer de nouveaux outils diagnostiques et/ou thérapeutiques à travers des programmes de recherche translationnelle.
- Créer des ponts avec les groupes de recherche fondamentale en biologie, chimie et ingénierie à l'EPFL, au CIG, etc.
- Assurer une forte visibilité nationale et internationale par la qualité de ce Centre et sa capacité d'attirer des chercheurs du monde entier.

### 2.7.3. Risques en cas de non-réalisation

Erosion de la position du CHUV au plan national par rapport aux autres hôpitaux universitaires. Cela induirait de ne pas utiliser de manière optimale les forces existant à Lausanne et ne pas exploiter le formidable contexte de recherche de la place lausannoise lui permettant de s'affirmer comme un Centre d'oncologie de qualité internationale.

### 2.7.4. Bénéfices attendus et mesure de l'atteinte des résultats

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

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

### 2.7.5. Mise en œuvre

La création d'un Centre du cancer de Lausanne est envisagée depuis 2004. Sa mise en œuvre dépend notamment de plusieurs facteurs :

- La validation des modifications structurelles proposées et notamment la réorganisation du CePO qui induiront une redéfinition des rôles et missions des principaux protagonistes ;
- L'injection de ressources supplémentaires, telles que prévues par l'UNIL (aspects académiques) et le CHUV (aspects cliniques) ;
- La mise à disposition de surfaces supplémentaires : EMPD pour l'agrandissement des structures du CePO (soins ambulatoires, consultations multidisciplinaires, recherche clinique). Dans un premier temps toutefois, réaménagement des surfaces pour l'accueil de groupes de recherche translationnelle (au Bugnon 27 puis, dans une seconde étape, construction d'un bâtiment de recherche sur le cancer).

## 2.8. Centre des neurosciences cliniques

### 2.8.1. Contexte et enjeux

Les neurosciences cliniques regroupent les affections du système nerveux. En Suisse, la prévalence des atteintes cérébrales non psychiatriques a été évaluée à environ 10% de la population et celle des atteintes psychiatriques au sens large (addictions, troubles de l'humeur, psychoses) à environ 15%. Les atteintes du système nerveux sont elles à l'origine de plus de 60% des admissions en réhabilitation post-aiguë.

Les services somatiques du CHUV principalement concernés par ces pathologies (neurologie, neurochirurgie, neuroréhabilitation) constatent le besoin de mieux coordonner la prise en charge des patients en fonction des pathologies qu'ils présentent. Une approche pluridisciplinaire doit être développée ayant pour but de stabiliser le plus précocement possible les affections aiguës et dégénératives. En ce qui concerne la psychiatrie et conformément aux décisions prises dans le cadre du plan stratégique 2004-2007, une collaboration étroite existe d'ores et déjà sur le site de Cery et se consolide autour d'un MTR sur la schizophrénie associant étroitement les cliniciens aux chercheurs.

De manière générale, il est essentiel de mieux structurer la formation post-graduée des professionnels impliqués et d'assurer le continuum nécessaire entre clinique, recherche clinique ou translationnelle, et recherche fondamentale. La récente création du « Centre romand de neurochirurgie » entre le CHUV et les HUG favorisera ces développements. Par ailleurs, les neurosciences fondamentales sont très bien représentées dans le cadre UNIL-CHUV, avec notamment de nombreux groupes de recherche ayant obtenu un financement du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) ou d'autres sources. Le Centre de neurosciences cliniques permettra de coordonner les axes prioritaires au sein des services (neurochirurgie, neurologie, neuropsychologie et neuroréhabilitation, Hôpital ophtalmique), du Département de psychiatrie (y compris son Centre de neurosciences psychiatriques) et des unités spécialisées concernées (neuropédiatrie, neuroradiologie, neuropathologie, neuro-ORL). Il favorisera l'affiliation des cliniciens et de chercheurs individuels d'autres services (soins intensifs, chirurgie expérimentale, par exemple). Les plateformes CIBM, Cellular imaging facility UNIL-CHUV, Centre d'étude du comportement (DP) ainsi que le futur Centre de recherche clinique devront entretenir un lien étroit.

### 2.8.2. Objectifs

**Créer un centre de neurosciences cliniques pour promouvoir l'excellence des soins, de la recherche et de la formation dans le domaine des neurosciences en étroite collaboration avec l'UNIL, le « Brain and Mind Institute » de l'EPFL et le Centre d'imagerie biomédicale :**

#### Soins

- Créer une « porte d'entrée » spécialisée aux urgences dans les affections aiguës neurologiques, neurochirurgicales et psychiatriques et ainsi permettre au CHUV d'être la référence dans le domaine.
- Fédérer les équipes cliniques autour des pathologies clés et, à cet égard, regrouper en un même dispositif les unités de soins continus de neurologie et neurochirurgie en y incluant une antenne de neuroréhabilitation aiguë.

- Mettre en place de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques communes dans le domaine des accidents vasculaires cérébraux, des traumatismes cranio-cérébraux et des maladies neurodégénératives.
- Exploiter pleinement le potentiel de neuroréhabilitation des patients cérébrolésés par le biais de la mise en place de la filière cantonale de neuroréhabilitation.
- Optimiser la prise en charge des patients présentant des atteintes neuroinflammatoires par le biais d'une prise en charge multidisciplinaire.
- Développer des approches multidisciplinaires des troubles de l'humeur, des psychoses et de l'addiction.

### Enseignement et recherche

- Développer et mettre en œuvre un concept multidisciplinaire de formation post-graduée pour les affections neurologiques.
- Identifier et assurer la relève.
- Promouvoir les projets de recherche translationnelle et développer les axes de collaboration avec le « Brain and Mind Institute » de l'EPFL et le Département de biologie cellulaire et de morphologie (DBCM) de l'UNIL.

### 2.8.3. Risques en cas de non-réalisation

Si l'opportunité que représente la possibilité de fédérer les cliniciens du CHUV et les chercheurs des neurosciences venait à être manquée, il s'ensuivrait alors une diminution évidente de la qualité de prise en charge médicale; or des développements importants sont attendus dans le domaine des neurosciences cliniques. De plus, si les cliniciens ne réussissaient pas à s'imposer comme partenaires crédibles de la communauté scientifique, ils orienteraient probablement leurs développements vers d'autres établissements hospitaliers.

### 2.8.4. Bénéfices attendus

Optimisation et meilleure coordination de la prise en charge des pathologies aiguës grâce à la porte d'entrée dédiée des urgences.
--

Introduction au lit du patient de nouvelles prises en charges neurologiques, neurochirurgicales et psychiatriques dans un but de stabiliser ces affections le plus précocement possible (par exemple la neuroréhabilitation en phase aiguë, stimulation intracrânienne en cas de dépression).
---

Intensification de la neuroréhabilitation en utilisant notamment l'assistance robotique en développement (exosquelette, etc.).
--

Développement de nouveaux axes de recherche clinique translationnelle et fondamentale dans les domaines investis.
---

### 2.8.5. Mise en œuvre

Il s'agira, tout d'abord, de formaliser la gouvernance du centre et de le doter d'un organe de pilotage. A terme, il est envisagé que ce centre devienne un département thématique au même titre que le Département de l'appareil locomoteur récemment créé. Un projet prioritaire à mettre en œuvre sera le regroupement des soins continus de neurochirurgie et de neurologie dans le cadre de la réorganisation du 13<sup>ème</sup> étage du bâtiment hospitalier.

Outre les synergies recherchées au niveau des soins, le Centre aura également pour tâche de créer et soutenir des MTR dans les domaines à forte incidence clinique, avec une masse critique de groupes de recherche clinique et fondamentale. Un bon exemple de ce type de collaboration est le MTR « schizophrénie » mis en place depuis 2007. Cinq autres domaines sont particulièrement propices à ce type de développement : lésions cérébrales aiguës, affections neurodégénératives, affections neuroinflammatoires, neuroréhabilitation et adaptation, troubles de l'humeur et addictions. Chacun implique des cohortes de patients existants et des collaborations actives avec les neurosciences de base, ainsi qu'avec le CIBM et/ou le Cellular imaging facility. Deux autres domaines sont en voie de constitution, celui des troubles du sommeil, avec la création récente du Centre du sommeil, et celui de neuro-oncologie, dans le cadre du programme « tumeurs cérébrales » du Centre universitaire romand de neurochirurgie.

## **2.9. Centre d'immunologie et des maladies infectieuses**

### **2.9.1. Contexte et enjeux**

Le système immunitaire joue un rôle fondamental dans le maintien de la santé. Par excès ou par défaut, les dysfonctions immunitaires sont fréquemment à la base de la survenue de maladies infectieuses, inflammatoires, rhumatismales, allergiques et oncologiques. Le développement de vaccins contre les grands fléaux infectieux constitue un des succès majeurs de la médecine moderne. Toutefois, d'importants progrès restent encore à accomplir dans la prévention et le traitement de maladies telles que le SIDA, la tuberculose, la malaria, les infections fulminantes (choc septique) et les celles auto-immunes, inflammatoires, rhumatismales ou digestives. De plus, les changements du climat et des comportements individuels associés, la mobilité accrue, l'allongement de l'espérance de vie (associée à une sénescence immunitaire) et les progrès médico-techniques (transplantations) sont autant de facteurs qui facilitent l'émergence de nouvelles pathologies. Citons, en vrac, celles infectieuses et particulièrement menaçantes tels le SRAS, la grippe aviaire et les résistances bactériennes aux antibiotiques provoquant des infections graves. Il est donc primordial d'encourager le développement de programmes de recherche multidisciplinaires en maladies infectieuses, en immunologie et en microbiologie, afin de disposer, à terme, de traitements efficaces.

La place scientifique suisse, et en particulier celle de Lausanne, est reconnue internationalement pour l'excellence de sa recherche dans le domaine de l'immunologie et des maladies infectieuses. La réorganisation des Sciences de la vie au sein de la cité hospitalo-universitaire (transfert de l'ISREC à l'EPFL) va libérer des surfaces offrant l'opportunité unique de réunir à Epalinges la plupart des groupes de recherche ; en immunologie et en maladies infectieuses issus du CHUV, ceux du pôle biomédical déjà sur place (Département de biochimie de l'UNIL, Institut Ludwig de recherche sur le cancer, Centre de recherche et de formation en immunologie et en vaccinologie de l'OMS et l'Institut suisse de recherche sur les vaccins - l'ISRV - récemment fondé). La création d'un Centre lausannois d'immunologie et infections regroupant ces partenaires permettrait de constituer un pôle de recherche biomédical attractif et compétitif, tant au plan national qu'international, et doté d'un potentiel de développement significatif.

### **2.9.2. Objectifs**

**Créer un centre de recherche de rayonnement international dans le domaine de l'immunologie, des maladies infectieuses et de la vaccinologie en fédérant les unités du CHUV et de la FBM afin de contribuer au développement d'agents thérapeutiques et de vaccins.**

- Identifier de nouveaux moyens thérapeutiques pour la prévention et le traitement des maladies inflammatoires, infectieuses et immunologiques en promouvant les synergies entre recherche fondamentale et recherche translationnelle.
- Contribuer au développement de nouveaux vaccins, de nouveaux agents anti-inflammatoires et de nouvelles molécules pour lutter contre les rejets de greffe et pour contrer les résistances aux antibiotiques.
- Concevoir et mettre en place un enseignement original pré et post-gradué (master, master in advanced studies, programme MD-PhD et école doctorale) pour biologistes et cliniciens chercheurs.
- Développer le centre sur le site d'Epalinges et collaborer avec les groupes de recherche de l'Université de Lausanne, de l'Institut suisse de bioinformatique, de l'EPFL ou d'autres instituts tels que l'Institut de recherche biomédicale de Bellinzzone et l'Institut tropical suisse de Bâle.
- Promouvoir le sponsoring (soutien financier, création de chaires universitaires) et le partenariat avec le secteur biomédical privé (fondations, instituts de recherche, firmes pharmaceutiques).

### **2.9.3. Risques en cas de non-réalisation**

L'appui financier obtenu de fondations prestigieuses pour la création de l'ISRV montre l'importance et la crédibilité des programmes de recherche dans le domaine de l'immunologie et des infections. A court terme, le risque serait de ne pas doter ce centre des espaces dont il a besoin (laboratoires, animalerie, bureaux...) alors même que l'ISREC déménage lui à l'EPFL. Il pourrait s'ensuivre une désaffection de la part d'instituts nationaux ou internationaux qui pourraient déplacer leurs activités ailleurs en Suisse ou à l'étranger.

#### 2.9.4. Bénéfices attendus

Grâce à une réorganisation thématique rationnelle, création à moindre coût (utilisation de structures existantes, mise en commun de plateformes techniques) d'un pôle d'excellence unique en Europe.

Offre de nouveaux programmes d'enseignement et de formation (y compris avec les pays en voie de développement) et développement d'axes de recherche. Constitution d'un réseau privilégié de collaboration avec des partenaires industriels.

Au plan international, contribution effective au développement de nouveaux moyens thérapeutiques de lutte contre les maladies inflammatoires, infectieuses et immunologiques.

#### 2.9.5. Mise en œuvre

Afin de créer ce centre et de lui conférer une cohérence spatiale, le rachat et la rénovation des bâtiments de l'ISREC situé sur le site d'Epalinges fait l'objet d'une proposition soumise aux autorités politiques du canton.

### 2.10. Bioengineering et ingénierie médicale

#### 2.10.1. Contexte et enjeux

Les activités de « bioengineering et ingénierie médicale » sont à l'interface entre les sciences de l'ingénieur, les sciences du vivant et la médecine. Il s'agit principalement de techniques de diagnostic (imagerie, systèmes de navigation pour la chirurgie ou certaines techniques d'analyses de chimie clinique) et de techniques thérapeutiques (dispositifs implantables actifs ou non - stents, stimulateurs cardiaques ou remplacements osseux - et thérapies cellulaires telles les cellules souches et la reconstruction de tissus).

Une grande partie de ces technologies est encore au stade de recherche fondamentale. De plus, l'environnement éthique et légal est en constante évolution. La multiplicité des règles édictées en Suisse, Europe ou aux Etats-Unis ne simplifie pas leur déploiement. Mis à part la création d'une chaire conjointe CHUV/UNIL/EPFL dans le domaine des cellules souches, un programme global doit encore être mis sur pied. En 2007, une étude sur les activités au CHUV et à la FBM a montré que le domaine des thérapies cellulaires occupe 120 personnes en recherche et développement. De plus, le Centre des grands brûlés et son Laboratoire de greffes cutanées bénéficient d'une expertise largement reconnue dans la production et l'application clinique de substituts de peau autologues.

De nombreuses collaborations existent entre les chercheurs du CHUV, leurs collègues des sciences fondamentales de l'UNIL et en particulier avec les chercheurs de l'Institut de bioengineering de l'EPFL. Si cette culture scientifique a déjà permise au CHUV et à la FBM de jouer un rôle de premier plan, en Suisse comme à l'étranger, ces domaines évoluent rapidement et obligent une adaptation dynamique et constante. Les thérapies cellulaires apparaissent comme un enjeu majeur de la médecine du futur et dont les retombées pour les patients pourraient être significatives (greffes de peau, d'os, de vessie, de cornée, etc.). Le CHUV doit se préparer à accueillir ces nouvelles thérapies par le développement de compétences spécifiques.

#### 2.10.2. Objectifs

**Maintenir et renforcer les collaborations existantes dans les domaines du bioengineering et de l'ingénierie médicale en développant prioritairement les techniques de thérapies cellulaires dans le domaine de la recherche appliquée et clinique.**

- Formaliser un axe de développement en « thérapie tissulaire » CHUV/UNIL/EPFL et promouvoir les projets de recherche fondamentale et appliquée en favorisant et structurant les interactions entre les ingénieurs et biologistes EPFL et les chercheurs-cliniciens du CHUV.
- Planifier les infrastructures communes nécessaires : adapter la structure pour l'expérimentation sur de gros animaux, envisager la création d'un centre de production de cellules à but thérapeutique en partenariat avec l'EPFL et d'autres institutions. Créer un poste de coordinateur pour les aspects éthiques et légaux.
- Poursuivre les développements dans les domaines des techniques de diagnostic (imagerie, robotique médicale, dispositifs médicaux implantables).

### **2.10.3. Risques en cas de non-réalisation**

Une opportunité majeure de développement de synergies entre CHUV/UNIL/EPFL à des fins d'application clinique serait perdue si un réel élan n'était pas donné par les institutions concernées.

### **2.10.4. Bénéfices attendus**

Collaborations effectives entre l'EPFL et le CHUV et positionnement moteur de ce dernier dans le développement et l'application de ces thérapies d'avenir.
--

Existence des infrastructures précitées permettant aux chercheurs d'implémenter les différentes étapes nécessaires à toute validation clinique.
---

### **2.10.5. Mise en œuvre**

La mise en place d'un pôle de recherche et développement dans le domaine du bioengineering et de l'ingénierie médicale nécessite des moyens importants compte tenu des exigences posées en matière de contrôle de qualité. Le CHUV et la FBM entendent mener le développement des infrastructures en collaboration avec leurs partenaires, l'UNIL et l'EPFL ; les chercheurs eux participeront à l'effort financier avec les fonds qu'ils auront obtenus. Pour autant, des collaborations industrielles seront également prospectées ; des contacts ont déjà été noués avec des compagnies afin de développer, ensemble, certaines de ces technologies.

## 3. Conditions cadres: CHANTIERS PRIORITAIRES

---

Afin de favoriser le déploiement de l'ensemble des objectifs prioritaires ci-dessus, des conditions cadres doivent être remplies : elles constituent autant de chantiers prioritaires.

### 3.1. *Créer l' « Ecole de biologie et de médecine »*

Sur le plan de la gouvernance, les interactions entre la Faculté de biologie et de médecine et le CHUV sont fortes mais l'existence de deux directions distinctes rend la gestion de l'ensemble hospitalo-universitaire difficile. La recherche constante de consensus ralentit les processus décisionnels (sélection des options stratégiques, nomination de professeurs, etc.). Les problèmes sont devenus si complexes qu'aboutir, au quotidien, à une décision rapide est devenu impossible. L'objectif est donc de créer une nouvelle entité qui rassemblerait sous un même toit les parties académique (enseignement et recherche) et hospitalière afin d'assurer une cohérence accrue et une vision commune. Son positionnement devrait s'en trouver renforcé au plan national.

La création d'une « Ecole de biologie et de médecine » est inscrite au programme de législature 2007-2012 du Conseil d'Etat (chapitre « formation et culture »). Le Conseil d'Etat a ainsi chargé les représentants des départements concernés (DSAS-DFJC), du CHUV et de l'UNIL afin de développer une vision à long terme de l'organisation de la place universitaire (UNIL, CHUV, EPFL, HES). Les principes qui fondent cette étude portent notamment sur le maintien d'une intégration au niveau cantonal et d'un contrôle politique fort de l'institution. Toutefois, celle-ci bénéficiera d'une large et nécessaire autonomie de gestion.

Un premier rapport a été mis en consultation. Sur la base des avis récoltés, un rapport complémentaire sera présenté au Conseil d'Etat dans le courant de l'été 2008 et fera à nouveau l'objet d'une consultation. La mise en œuvre du projet sera ensuite décidée par les instances politiques selon un calendrier dicté par les modifications légales, structurelles et organisationnelles qu'elle implique.

### 3.2. *Consolider les réseaux hospitaliers*

#### 3.2.1. Contexte et enjeux

Dans le cadre de la révision de la LAMal en cours, les cantons seront tenus par la Confédération à une planification globale pour toute la Suisse de la « médecine hautement spécialisée » (MHS). Au cas où les cantons ne s'acquitteraient pas dans les délais, la loi prévoit que la Confédération s'en charge. En conséquence, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a mis en consultation un projet de concordat entre les cantons relatif à la « coordination de la concentration de la MHS ». Le but poursuivi est que les cantons planifient conjointement ce domaine afin de garantir une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique.

La question de la MHS est particulièrement complexe et délicate car non seulement ce domaine doit être clairement circonscrit, mais il doit également être rapidement adaptable au gré de l'évolution des technologies médicales. Il est donc essentiel que le CHUV maintienne un haut niveau de compétence dans ce domaine et dans les disciplines de soutien qui y sont associées. Il convient ainsi d'assurer un suivi des travaux y relatifs au plan national et de développer la place romande au travers de l'association Vaud-Genève. A cet égard, les HUG et le CHUV se sont d'ores et déjà répartis les greffes et ont créé un département commun de neurochirurgie.

Au plan romand, l'engorgement régulier du CHUV, lié à des limitations avant tout architecturales et financières, ne lui a pas permis de profiter pleinement de sa position géographique privilégiée pour se constituer centre de référence d'un réseau hospitalier. Cette mutation est d'autant plus stratégique que les autorités fédérales prévoient de renforcer la liberté de choix de l'hôpital par les patients à l'horizon 2010.

Au plan cantonal, une nouvelle politique de collaboration se met progressivement en place avec la constitution de collèges médicaux par spécialités et la signature de conventions cadres de collaboration entre le CHUV et les hôpitaux de soins aigus en vue de les associer plus étroitement (cf.2.5 « Formation post-graduée »).

### 3.2.2. Objectifs

**Consolider le réseau hospitalier vaudois et romand au sein duquel le CHUV joue le rôle d'hôpital universitaire de référence.**

- Se positionner au plan national dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Parallèlement, poursuivre les collaborations entre les HUG et le CHUV en veillant à utiliser de manière optimale et concertée les compétences et moyens respectifs.
- Développer et formaliser les collaborations avec les hôpitaux cantonaux de Suisse romande sous forme de conventions cadres et de conventions spécifiques. Au plan de la formation des professionnels de santé, définir de manière concertée avec ces hôpitaux des programmes complets et cohérents sur les différents sites en tirant parti de la répartition des soins spécialisés. Au plan de la recherche, développer des protocoles de recherche clinique conjointement entre le CHUV et ces hôpitaux.
- Contribuer au plan cantonal à la répartition des activités spécialisées et non spécialisées en association avec les futurs hôpitaux de secteur et les hôpitaux périphériques en fonction de leurs compétences spécifiques. Il s'agit de limiter, dans la mesure du possible, le déplacement des patients au CHUV aux situations nécessitant son plateau technique et/ou l'intervention interdisciplinaire de ses équipes, et favoriser leur traitement près de leur domicile, cas échéant, avec le soutien des spécialistes du CHUV.

### 3.2.3. Risques en cas de non-réalisation

Erosion de la position nationale du CHUV lors des négociations à venir sur la répartition de la médecine hautement spécialisée. Engorgement et délais d'attente croissants. Utilisation insuffisante des compétences des spécialistes externes. Pénurie de spécialistes dans les domaines de pointe.

### 3.2.4. Bénéfices attendus

Répartition plus étendue et mieux équilibrée de la médecine hautement spécialisée. Obtention de la masse critique suffisante pour la recherche et l'enseignement dans les domaines de pointe.
Réduction des délais d'attente pour les traitements spécialisés au CHUV.
Meilleure distribution des patients entre le CHUV et les hôpitaux périphériques.
Coordination des programmes de formation post-graduée et valorisation des compétences de formation existantes au sein de ces différentes structures.

### 3.2.5. Mise en œuvre

Poursuite des négociations de conventions cadres avec les hôpitaux neuchâtelais et fribourgeois, l'Établissement hospitalier de la Côte (EHC) et l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), ainsi qu'avec d'autres établissements périphériques. Participation active aux collèges médicaux cantonaux par spécialité. Constitution et développement du Service universitaire de neuroréhabilitation (SUN) et de la filière vaudoise de neuroréhabilitation.

## 3.3. Réorganiser la prise en charge des patients

### 3.3.1. Itinéraires cliniques

Un constat s'impose : il faut simplifier l'itinéraire clinique du patient! Nombre d'actions qui figurent dans le présent plan stratégique font référence à cette notion.

En effet, avec les progrès de la médecine moderne et les multiples développements technologiques, la profession médicale s'est « hyperspécialisée » et donc fragmentée. Les structures de soins se sont démultipliées entraînant des cloisonnements verticaux de plus en plus marqués et favorisant de fait des problèmes de transmission d'information, de communication au sens large. De plus, le chemin que l'on fait emprunter au patient au sein des structures de soins, et notamment d'un hôpital universitaire, s'est complexifié.

Les organisations hospitalières sur le plan international s'orientent de plus en plus sur des itinéraires cliniques intégrés (« clinical pathways ») associant les services concernés et leurs compétences spécifiques autour de pathologies données. Pour être plus efficaces et minimiser les erreurs de communication, il faut que les gens travaillent ensemble, que la coordination soit renforcée, les objectifs partagés et que les rôles et missions de chacun soient clairement déterminés. Il faut assurer la meilleure maîtrise possible des processus de prise en charge et en évaluer systématiquement les résultats afin d'améliorer la qualité (cf.3.3.2).

Il s'agit d'une opération de « reengineering » majeure qui va occuper une grande partie de la période concernée par ce plan stratégique. Le but n'est pas de briser les structures existantes, indispensables - notamment pour la formation - mais d'introduire une « transversalité » qui devrait favoriser une plus grande efficacité du système et apporter une valeur ajoutée au patient de la filière de soins donnée.

Dans le cadre de ce « reengineering », un enjeu majeur est le développement d'un **système d'information clinique** adapté. Le CHUV et la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) mènent conjointement depuis 2006 le projet DOPHIN (cf.3.5). Ce projet vise l'élaboration d'un « dossier patient informatisé » ; il est né de la volonté des deux institutions de se doter d'un système d'information permettant de répondre aux défis à venir que sont le partage de données et la communication simplifiée entre partenaires de soins.

#### **3.3.1.1. Objectifs**

- Assurer pour le patient une meilleure continuité dans son traitement, entre et pendant les phases de diagnostic et de soin ; garantir des collaborations optimales entre tous les professionnels impliqués dans la prise en charge.
- Optimiser les processus de traitement en identifiant et sélectionnant les ressources adaptées pour atteindre et garantir les meilleurs résultats tout en évitant la duplication d'exams.
- Développer les systèmes d'évaluation pour relever les coûts de chaque étape du processus ainsi que les résultats de traitement (ou « outcome »).

#### **3.3.1.2. Bénéfices attendus**

Amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ; optimisation des processus dans un contexte de maîtrise des coûts ; élaboration de processus structurés de type « itinéraire clinique ».
---

Système d'information clinique assurant une communication performante et un échange d'informations de l'ensemble des partenaires de la prise en charge des patients (services, établissements, intervenants externes tels que médecins libéraux ou infirmières à domicile...).
--

#### **3.3.1.3. Mise en œuvre**

Que ce soit au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL), du Département de médecine, du centre CardioMet et des futurs Centres du cancer et des neurosciences cliniques, les réflexions sont en cours. Elles visent, toutes, à mettre sur pied des « itinéraires cliniques » touchant à des pathologies spécifiques (tels que le syndrome coronarien aigu, le cancer du sein, etc.).

Les avantages d'une prise en charge multidisciplinaire et selon des protocoles standardisés, dès leur admission aux urgences, permettront d'améliorer de manière significative le bien-être des patients concernés et d'assurer la meilleure qualité de soin possible.

### **3.3.2. Qualité des soins et sécurité des patients**

#### **3.3.2.1. Contexte et enjeux**

La qualité et la sécurité des soins représentent des thèmes phares pour le public, les professionnels de la santé et les décideurs. Garantir des soins de qualité consiste à augmenter la probabilité d'atteindre, avec une sécurité optimale, les résultats de santé escomptés, selon les connaissances scientifiques du moment et les ressources disponibles. Pour ce faire, quatre éléments sont essentiels :

Premièrement, il faut maintenir les meilleures connaissances médico-scientifiques adéquates, valides et constamment mises à jour, afin de savoir quelles interventions de soins (traitement, diagnostic, prévention, promotion de la santé) sont réellement efficaces. En second lieu, les processus – interventions de soins effectuées et leurs résultats (guérison, fonctionnement physique et émotionnel, survie, etc.) – doivent être formalisés et mesurés. Troisièmement, les mesures effectuées permettent de définir les écarts entre la situation idéale, définie par les connaissances scientifiques, et la réalité. Il s'agit de disposer – et là réside toute la complexité – d'indicateurs pertinents (aspects cruciaux), validés (qui mesurent ce qu'ils sont sensés mesurer), fiables (reproductibles dans le temps) et acceptables (pas de surcharge administrative ou des coûts

déraisonnables). La mesure de ces écarts permet de mettre en place des stratégies afin de les réduire. Ces écarts comprennent, par exemple, la sur-utilisation de tests diagnostiques (les risques surpassent les bénéfices) ou de traitements obsolètes ; a contrario, il faut veiller à la sous-utilisation d'interventions efficaces, notamment préventives. Le quatrième élément concerne les ressources, le contexte et les modes de mise en œuvre qui doivent permettre d'obtenir les changements nécessaires et de réduire les écarts. Des équipes multidisciplinaires soutenues par un système d'information clinique performant doivent accompagner ces changements fondés sur les preuves de leur utilité. Enfin, le patient doit être au centre de l'intervention et recevoir toute l'information, la formation et le soutien nécessaires.

Le CHUV a une longue pratique de la mise en place de démarches qualité. Les efforts doivent toutefois se poursuivre notamment dans les aspects les plus complexes liés à la définition des instruments de mesure, à l'évaluation et, cas échéant, à la modification des pratiques. Par ailleurs, ces mesures devront être compatibles avec celles décidées au niveau national. La démarche qualité CHUV doit, de plus, accompagner et soutenir les démarches liées à la réorganisation de la prise en charge (cf.3.3.1 « Itinéraires cliniques »).

### 3.3.2.2. Objectifs

Compte tenu de l'expérience acquise dans le déploiement de démarches qualité au sein du CHUV, **poursuivre le soutien aux développements envisagés dans le cadre du présent plan stratégique et notamment contribuer à l'élaboration et au déploiement d'instruments de mesure et d'évaluation.**

- Consolider les capacités de gestion des directions transversales, des départements et des services du CHUV à la fois sur les aspects liés au pilotage et à la maîtrise de ces entités, mais également à la mesure de l'atteinte des résultats.
- Optimiser les processus et procédures liées à la gestion des risques et à la sécurité des patients.
- Poursuivre l'évaluation régulière d'indicateurs liés à la satisfaction des patients, des collaborateurs, des médecins référents et des institutions externes, ainsi que des fournisseurs.
- Identifier et mettre en œuvre des plans d'amélioration en fonction des constats effectués aux différents échelons de l'institution.

### 3.3.2.3. Risques en cas de non-réalisation

Sur le plan externe, le CHUV pourrait se trouver en porte-à-faux par rapport aux initiatives multiples prises au niveau national qui visent à mieux mettre en évidence et objectiver les résultats des soins dans un souci de comparabilité (benchmarking) des établissements entre eux et de transparence envers le public.

### 3.3.2.4. Bénéfices attendus

Système de management par la qualité déployé sur l'ensemble du CHUV sous forme d'un processus d'amélioration continue.
Maîtrise, et si possible diminution, des incidents-accidents par un système de gestion des risques opérationnel et décliné à tous les niveaux de l'institution.
Amélioration des résultats de soins grâce à l'évaluation régulière et du suivi d'indicateurs répondant, à la fois, aux attentes et besoins spécifiques des entités concernées et aux obligations qui seront faites au CHUV de les fournir à un niveau cantonal et national.

### 3.3.2.5. Mise en œuvre

La démarche se poursuivra sur les axes qui sous-tendent son déploiement depuis 2004 :

**Directions transversales** : élaboration et mise en œuvre d'indicateurs de résultats, formalisation des itinéraires cliniques de prise en charge et instruments d'évaluation des processus concernés, définition et mise en œuvre de référentiels transversaux à l'institution (ProAlim ; gestion des risques et sécurité des patients) ; processus et procédures de soutien (RH, infrastructures, finances, etc.) ; enquêtes de satisfaction, etc.

**Départements** : mise en œuvre d'un système de management par la qualité au niveau des départements ayant pour but de renforcer la maîtrise organisationnelle et opérationnelle de ces entités.

**Services** : poursuite du soutien aux projets émanant de services ou d'unités favorisant la maîtrise de leurs processus, l'évaluation et l'amélioration continue de leurs pratiques.

### **3.4. Déployer des plateformes de recherche clinique**

#### **3.4.1. Centre de recherche clinique**

##### **3.4.1.1. Contexte et enjeux**

La recherche clinique aide à mieux saisir les mécanismes des maladies, à évaluer de nouvelles approches thérapeutiques, ainsi qu'à faciliter l'accès à de nouvelles techniques d'investigation et de traitement. Elle joue un rôle fondamental dans la formation des médecins et est indispensable au développement de la relève académique. D'autres professionnels impliqués dans le système des soins, notamment les infirmiers(ères), ont également besoin d'être formés en recherche clinique.

Une recherche clinique importante existe au sein du CHUV. Le grand nombre d'articles scientifiques publiés dans des revues spécialisées et l'importance du financement externe en atteste (FNS, industrie pharmaceutique et fondations privées diverses). Cette recherche est effectuée dans pratiquement tous les départements et services, le plus souvent, au lit du malade ou en ambulatoire. Mais l'expérience internationale a montré qu'il est possible d'encourager et d'améliorer la recherche clinique en offrant aux chercheurs intéressés un soutien organisé. Ce type de soutien requiert la mise en place d'une infrastructure disposant d'un personnel spécialisé, d'un appui méthodologique (épidémiologie et bio-statistiques) et de locaux dédiés. Un Centre de recherche clinique (CRC) faciliterait le suivi de grandes cohortes comme la « Swiss Inflammatory Bowel Diseases Cohort Study » ou la cohorte lausannoise « CoLaus ».

Le Fonds national suisse de la recherche scientifique reconnaît le besoin de tels centres ainsi qu'en témoigne un appel de projets pour la création de « Clinical Trial Units » dans notre pays. Le CRC pourra compter sur le soutien du Centre d'épidémiologie clinique et de la Division de pharmacologie clinique du CHUV ayant beaucoup d'expérience dans la méthodologie et l'enseignement de la recherche clinique.

##### **3.4.1.2. Objectifs**

**Améliorer la qualité et l'efficacité de la recherche clinique menée au CHUV en offrant, par le biais de la formation et la mise à disposition d'une infrastructure dédiée, un support professionnel dans tous les aspects cliniques, techniques et méthodologiques de l'investigation clinique.**

- Faciliter la collaboration entre les différents départements et services du CHUV et bénéficier au maximum des compétences et des ressources à disposition ;
- Participer activement au développement de nouvelles approches préventives, diagnostiques ou thérapeutiques ;
- Assurer la formation et promouvoir la relève en recherche clinique ;
- Soutenir les chercheurs dans l'obtention d'un financement pour effectuer leur recherche ;
- Répondre aux besoins d'évaluations cliniques émanant de diverses sources.

##### **3.4.1.3. Risques en cas de non-réalisation**

Ne pas obtenir la reconnaissance du Fonds national suisse de la recherche scientifique pourrait éroder la position du CHUV et de la FBM. La perte d'attractivité qui s'ensuivrait serait certainement dommageable pour le développement de partenariats forts avec l'industrie et les hautes écoles (EPFL, etc.).

##### **3.4.1.4. Bénéfices attendus**

Conduite d'essais cliniques dans des conditions optimales pour les volontaires/malades étudiés.
Rationalisation des moyens en personnel et des infrastructures de recherche.
Formalisation d'un partenariat avec les promoteurs industriels visant à obtenir un soutien financier non nécessairement lié à la réalisation d'une étude.

##### **3.4.1.5. Mise en œuvre**

Un soutien institutionnel adéquat (ressources humaines, locaux) doit être garanti pour que le CRC puisse remplir son mandat avec succès. Une demande au FNS sera formulée courant 2008 avec l'objectif d'obtenir un subside couvrant partiellement les cinq premières années d'exploitation.

## 3.4.2. Biobanque

### 3.4.2.1. Contexte et enjeux

Le terme de « biobanque » désigne une collection d'échantillons de substances humaines (par exemple des cellules, des tissus et du sang) associés à des données et des informations personnelles sur le donneur. Il en existe plusieurs types : collections « diagnostiques » (les plus courantes) créées dans le cadre d'examen médicaux ou d'autopsies ; collections à des fins médico-légales ; collections « de traitement » composées de matériaux biologiques utilisés lors d'interventions cliniques ; collections à des fins de recherche médicale. Elles peuvent être de nature (tissus, liquides biologiques, matériel génétique...), de taille ou d'organisation différentes.

L'établissement de collections est devenu aujourd'hui un élément clé de toute recherche scientifique. Elles ne nécessitaient pas, jusqu'à il y a peu, d'autorisation, ni n'entraînaient de controverses particulières. L'avènement de la génomique, du traitement informatique des données et de la circulation rapide qu'il en découle ont bouleversé la situation, introduisant des risques de dérives juridiques et éthiques. En Suisse, une loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain est actuellement en consultation et devrait entrer en vigueur en 2010. Les règles spécifiques les plus récentes sont les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM). Elles visent à garantir aux patients la sécurité quant à la recherche effectuée avec leurs données en leur assurant une entière confidentialité des informations et un respect de la personnalité.

Dans le cadre du plan stratégique 2004-2007 et dans la perspective de la création du Centre du cancer de Lausanne, une biobanque a été instituée pour répondre aux besoins liés à la recherche clinique et fondamentale dans le domaine de l'oncologie. Elle répond de manière stricte au cadre juridique suisse et européen. Toutefois, de nombreuses autres collections existent au CHUV et à la FBM et il s'agit de les mettre aux normes.

### 3.4.2.2. Objectifs

L'objectif est d'**offrir un cadre éthique, légal et administratif autour des collections de matériel biologique humain au sein du CHUV et de la FBM**. Il s'agira de :

- Organiser de manière optimale des collections en utilisant un système cohérent basé sur la classification des collections.
- Identifier les collections qui ne sont pas conformes aux directives de l'ASSM et, le cas échéant, proposer une assistance technique, juridique et administrative aux chercheurs pour les mettre en conformité.
- Mettre en place un accès facilité et centralisé des demandes d'échantillons pour des projets de recherche et étendre cet accès en Suisse ainsi qu'à d'autres pays européens ; favoriser également des collaborations avec d'autres biobanques suisses, voire européennes dans le but de participer à des projets de recherche européens.
- Développer un système d'information performant recensant, entre autres, les différentes collections de l'institution.

### 3.4.2.3. Risques en cas de non-réalisation

Ne pas développer un concept global et cohérent pourrait amener le CHUV et la FBM à enfreindre le cadre légal et éthique suisse et se mettre en porte-à-faux par rapport au développement des biobanques au niveau national et européen. En conséquence, un préjudice pourrait être porté au développement de la recherche clinique au sein du CHUV et de la FBM.

### 3.4.2.4. Bénéfices attendus et mesure de l'atteinte des résultats

Maîtrise de l'ensemble des collections de matériel biologique humain et harmonisation des procédures.
---

### 3.4.2.5. Mise en œuvre

La récolte, la classification et l'analyse des données se feront dans la première moitié de l'année 2008 sous l'égide de la FBM. L'élaboration de procédures standards et de règlements cohérents en découlera d'ici fin 2008. Au cours des années suivantes chacune des collections existantes sera examinée tour à tour pour s'assurer que les règles sont respectées et les objectifs qualitatifs atteints.

## 3.5. Développer les systèmes d'information

### 3.5.1. Contexte et enjeux

Les systèmes d'information du CHUV et de la FBM devront fortement évoluer ces prochaines années pour s'adapter aux enjeux fondamentaux suivants :

- Evolution de la gouvernance de l'hôpital vers une « Ecole de biologie et de médecine » combinant des activités cliniques et académiques au sein d'une même structure.
- Passage d'une approche cloisonnée des soins à une approche transversale d'itinéraires cliniques intégrés et à une démarche coordonnée des soins.
- Besoins accrus en matière d'automatisation et de rationalisation des processus, de même qu'en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Ouverture de l'hôpital vers l'extérieur dans le cadre de la mise en place de la stratégie « e-Health »<sup>4</sup> de la Confédération et d'échanges d'informations cliniques croissants au niveau cantonal.

### 3.5.2. Objectifs

L'objectif est de **disposer de systèmes d'information performants et flexibles** permettant en particulier de :

- S'adapter aux exigences liées à la cohabitation d'environnements cliniques et académiques au sein de la future Ecole de biologie et de médecine (EBM), en particulier par la mise en place d'un système d'information pour la recherche et la formation alimenté par les données provenant du futur système d'information clinique.
- Informatiser les processus diagnostiques et thérapeutiques grâce à un « Dossier patient informatisé » partagé à terme entre l'ensemble des intervenants du réseau sanitaire vaudois dans le cadre du déploiement de la stratégie « e-Health » de la Confédération (projet DOPHIN mené conjointement par le CHUV et la FHV, cf.3.3.1).
- Garantir la continuité des flux d'information pour la plupart des activités hospitalières du CHUV en minimisant le recours à des supports physiques (« paperless » et « filmless »).
- Améliorer la capacité à mesurer et maîtriser l'activité grâce à l'évolution des outils de pilotage qui intégreront les données patients, cliniques et économiques.

### 3.5.3. Risques en cas de non-réalisation

Le risque est de maintenir un système d'information fragmenté, inhomogène et incomplet, qui sera peu flexible et ne permettra pas d'atteindre les ambitions du plan stratégique en matière d'amélioration de qualité, de sécurité et d'efficacité. Le système d'information actuel ne permet pas de satisfaire aux exigences ambitieuses de la stratégie « e-Health » nationale (en particulier de disposer d'un dossier patient informatisé pour tous les établissements de soins somatiques aigus à l'horizon 2010).

Un risque majeur associé à la modernisation du système d'information du CHUV est constitué par les changements organisationnels et culturels impliqués.

### 3.5.4. Bénéfices attendus

Amélioration de la qualité de prise en charge et sécurité des patients ainsi que des diagnostics médicaux. Economies substantielles de temps et de moyens par une diminution de l'administration papier ; réduction du nombre d'exams et de la redondance de ceux-ci.

Amélioration de la flexibilité du système d'information pour lui permettre de s'adapter aux inévitables changements des manières de travailler qui interviendront lors de la réorganisation en itinéraires cliniques et de la création de l'Ecole de biologie et de médecine.

<sup>4</sup> « E-health » désigne « les technologies de l'information et de la communication pour l'organisation, le soutien et la mise en réseau de tous les processus et partenaires impliqués dans le système de santé » (OFSP)

### 3.5.5. Mise en œuvre

Les moyens à mettre en œuvre seront détaillés dans le « Schéma directeur des systèmes d'information du CHUV » en élaboration. Toutefois, de manière globale, les objectifs décrits ci-dessus correspondront inévitablement à une augmentation du périmètre informatisé. De même, l'informatisation des processus métiers, découlant du projet DOPHIN, conduira à une dépendance accrue de l'hôpital vis-à-vis des systèmes d'information, dépendance qui demandera un renforcement des mesures de sécurité afin de garantir la continuité des services informatiques.

## 3.6. Renforcer les ressources humaines

### 3.6.1. Contexte et enjeux

Une gestion des ressources humaines (GRH) – dynamique, à même d'anticiper et de s'adapter aux changements, rigoureuse et respectant le cadre légal et les valeurs institutionnelles – est déterminante pour l'évolution de l'institution. En effet, le CHUV représente une importante concentration de compétences pointues qui constituent son image de marque, assurent sa compétitivité et garantissent la qualité des prestations. C'est pourquoi il est indispensable de faire fructifier ce capital humain qui représente de surcroît 70% du budget et qui constitue un enjeu stratégique majeur.

Dans le cadre du plan stratégique 2004-2007, l'accent avait déjà été mis sur la nécessité de renforcer le dispositif en professionnalisant sa gestion au niveau des départements. Dix sur treize départements comptent un/e responsable RH. Expérience faite sur 2-3 ans, les directions départementales s'accordent à reconnaître la valeur ajoutée de cette fonction. Toutefois, la GRH n'incombe pas qu'aux seuls spécialistes RH. C'est l'affaire de tous : cadres, collaborateurs et spécialistes RH. Chacun, à son poste, concourt à sa réussite : le spécialiste RH conçoit, accompagne et évalue les processus, le cadre met en œuvre et applique, le collaborateur participe et contribue.

Une enquête de satisfaction réalisée fin 2007 auprès des cadres et collaborateurs a démontré, de manière générale, un indice de satisfaction élevé. Toutefois, des critiques et attentes spécifiques ont été exprimées dans les domaines suivants : la gestion de carrière (développement professionnel), l'organisation du travail, la gestion d'équipe, la reconnaissance et la valorisation du travail du collaborateur. Des réponses adaptées doivent être apportées, ce d'autant plus qu'il faut s'attendre, ces cinq prochaines années, à devoir faire face à plusieurs défis :

- Une pénurie de professionnels, médecins et infirmiers, impliquant une difficulté croissante de recrutement ; cela est aussi vrai pour les cadres et le personnel technique ou administratif spécialisé.
- Un besoin accru en matière de formation et de communication pour accompagner les changements institutionnels.
- Sur le plan individuel, une diminution de l'engagement professionnel au bénéfice de la vie privée, un souhait toujours plus fort de donner du sens à ce que l'on fait et un besoin de reconnaissance du travail effectué.
- L'intégration de personnes venant d'horizons professionnels et culturels différents.

### 3.6.2. Objectifs

En vue de relever les défis susmentionnés, **les efforts seront intensifiés afin d'attirer, de motiver et de retenir les meilleurs professionnels**. Dans ce dessein, il s'agira notamment de :

- Assurer la relève (identification et accompagnement des collaborateurs présentant un fort potentiel au sein de l'institution ; recrutement, encadrement et intégration des apprentis et des jeunes professionnels).
- Renforcer les capacités de management des cadres en développant les compétences de conduite d'équipe (direction par objectifs, évaluation, communication) et en leur donnant, ainsi qu'aux spécialistes RH, les moyens d'attirer et de recruter du personnel qualifié et compétent.
- Aménager des conditions de travail favorables à l'équilibre vie privée/vie professionnelle du collaborateur et réduire l'absentéisme de courte et longue durée.
- Adapter la rémunération aux compétences et au marché et identifier les besoins en fonction des évolutions prévisibles.

### 3.6.3. Risque en cas de non-réalisation

Si l'on n'atteint pas les précédents objectifs, une dynamique de type « cercle vicieux » pourrait être favorisée : *mauvaises conditions de travail* ⇒ *démotivation* ⇒ *absentéisme* ⇒ *désorganisation* ⇒ *prestations médiocres* ⇒ *insatisfaction*.

### 3.6.4. Bénéfices attendus et mesure de l'atteinte des résultats

Une responsabilisation du cadre (à tous les échelons) qui aura intégré et mis en œuvre les compétences de gestion d'équipe, de gestion du changement, d'identification et promotion de la relève, ainsi que du développement professionnel.
Une meilleure adéquation entre les compétences des collaborateurs et leur cahier des charges respectifs.
Une baisse de l'absentéisme de courte durée et une gestion plus active des absences de longue durée.
Une limitation du turn-over (en lien avec le marché de l'emploi).
Augmentation de la satisfaction des collaborateurs.

### 3.6.5. Mise en œuvre : Trois axes prioritaires

#### Renforcer les compétences

- Elaborer et offrir des mesures d'évaluation et de développement de compétences (bilans, coaching, etc.) ;
- Définir des plans de formation et de carrière ciblés, individuels et par groupes professionnels, en fonction des besoins identifiés ;
- Développer des programmes, des outils et des formations spécifiques (formation en recrutement, management des absences).

#### Valoriser les cadres et les collaborateurs

- Revoir la répartition des tâches entre les différents niveaux de cadres et adapter le dispositif organisationnel en conséquence notamment au sein des équipes soignantes (HES/ASSC, personnel spécialisé/non spécialisé) ;
- Augmenter l'encadrement opérationnel et mettre l'accent sur la gestion d'équipe ;
- Développer l'esprit d'entreprise en renforçant la politique de communication interne.

#### Dynamiser la Gestion des Ressources Humaines

- Evaluer de manière systématique les résultats des enquêtes périodiques de satisfaction et mettre en œuvre des plans d'action dans un souci d'amélioration continue ;
- Formaliser le positionnement des responsables RH au sein des états-majors des départements et renforcer leur mission de soutien auprès des cadres et collaborateurs ;
- Mettre à disposition des outils communs de formation à distance, de gestion et de suivi des absences (indicateurs) afin de simplifier, de rationaliser et d'automatiser les procédures ;
- Formaliser, automatiser et informatiser les processus clés de la gestion des RH (gestion des postes, gestion des compétences, recrutement, etc.) afin de mettre les documents et informations à disposition des responsables opérationnels et des spécialistes RH.

## 3.7. Développer et moderniser les infrastructures

### 3.7.1. Contexte et enjeux

Le patrimoine du CHUV représente plus d'un milliard un quart de francs. Au cours de ces prochaines années, des investissements importants devront être consentis compte tenu de la vétusté de certaines infrastructures, notamment celle du bâtiment hospitalier (BH) du CHUV mis en service il y a 25 ans (enveloppe du bâtiment, chambres d'hospitalisation, plateaux techniques, restaurant du personnel, cuisines).

D'autres grands projets se dessinent et doivent se développer en tenant en compte du contexte politique et financier de l'Etat. La cité hospitalière connaît, en effet, une saturation endémique qui empêche un développement harmonieux des activités. Outre l'augmentation de l'activité ambulatoire et clinique, la simple croissance du personnel depuis 2001 (plus de 30% dont une partie liée à la diminution des horaires de travail) provoque une carence chronique des locaux à disposition. Par ailleurs, dans la perspective du déménagement de l'ISREC, une nouvelle répartition des surfaces sur les sites du Bugnon, d'Epalinges et de Dorigny vise à insérer la recherche de manière cohérente par rapport au développement des centres d'excellence précités.

### 3.7.2. Objectifs

**Assurer la cohérence du développement et de l'organisation spatiale et fonctionnelle des infrastructures du CHUV par le biais d'un schéma directeur des constructions**, selon les axes principaux suivants :

- Améliorer les conditions de prise en charge des patients psychiatriques : hôpital de Prangins (rénovation en cours), restructuration de l'hôpital de Cery et intégration de nouvelles fonctions (établissement de réinsertion sécurisé, centre de crise pour le handicap mental, etc.).
- Accueillir la population pédiatrique et les familles dans un site intégré en synergie avec la maternité (projet de site unique CHUV-HEL).
- Adapter et moderniser les conditions d'accueil des patients séjournant au CHUV : transformation des chambres de cinq lits à un ou deux lits ; restructuration et développement des unités de soins continus (médecine interne, cardio-vasculaire et neurosciences) ; constitution de l'unité d'hospitalisation des patients en fin de vie (soins palliatifs) et de celle des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.
- Favoriser le développement de l'activité privée pour des soins hautement spécialisés en vue d'attirer une clientèle suisse et européenne. Il s'agira notamment de rationaliser et libérer des espaces pour les redonner aux activités de soin dans le bâtiment hospitalier (relocalisation des laboratoires de recherche et de diagnostic sis actuellement aux niveaux 18 et 19) ; en conséquence directe, développer sur le site d'Epalinges les activités de recherche fondamentale n'ayant pas besoin de la proximité immédiate du BH et des plateaux techniques.
- Moderniser les plateaux techniques afin de répondre à l'augmentation d'activité, aux exigences en matière d'hygiène hospitalière et aux besoins technologiques : blocs opératoires, centre des brûlés, salles d'endoscopie du niveau 07 du BH.
- Assurer la cohérence du déploiement des activités de recherche en conformité avec le programme « Sciences et vie » de l'UNIL et le développement des centres d'excellence précités.

### 3.7.3. Bénéfices attendus et mesure de l'atteinte des résultats

Meilleure cohérence dans l'organisation spatiale et fonctionnelle du bâtiment hospitalier, de la cité hospitalière, des sites périphériques et flexibilité accrue dans la gestion des espaces. Modernisation de l'infrastructure, adaptation aux nouveaux besoins et mise en conformité vis-à-vis des normes.

### 3.7.4. Mise en œuvre

Le « Schéma directeur des constructions du CHUV » en élaboration présentera un plan d'implantation et de développement en harmonie avec la révision du plan d'affectation cantonal concernant la cité hospitalière. Sa mise en œuvre sera en adéquation avec les disponibilités financières et les besoins de l'institution.

Les projets qui seront retenus, dans le cadre du Schéma directeur, suivront les procédures usuelles en matière d'investissements au sein de l'administration publique.

## 3.8. Assurer un développement durable

### 3.8.1. Contexte et enjeux

Dans son programme de législature 2007-2012, le Conseil d'Etat a choisi quatre objectifs prioritaires de développement durable (DD)<sup>5</sup> pour lesquels il a fixé des valeurs cibles à atteindre à moyen et long terme, et sur lesquels il s'engage à agir dès maintenant. Il s'agit notamment de « mieux coordonner et rendre plus visibles les actions existantes, améliorer ou réorienter certaines prestations ou encore lancer des nouveaux projets dans les domaines prioritaires ». Des directives énergétiques ont d'ores et déjà été élaborées afin d'atteindre Minergie ECO pour les constructions et rénovations, auxquelles le CHUV se conforme.

En tant qu'établissement de santé public et plus grand employeur du canton, le CHUV a déjà mis en œuvre un nombre important de mesures. A titre d'exemple, la consommation énergétique a ainsi été réduite de près de 10% ces cinq dernières années. De fait, le CHUV continuera à jouer un rôle moteur dans ce programme qui se développera dans le cadre d'une démarche cohérente.

### 3.8.2. Objectifs

**Intégrer et atteindre les objectifs prioritaires fixés par le Conseil d'Etat en matière de développement durable par la mise en place de l'organisation et des ressources nécessaires.**

- Mettre en place une structure de DD institutionnelle - intégrant les ressources déjà existantes - chargée de déployer et appliquer ces principes.
- Poursuivre la formation des collaborateurs aux principes du DD.

### 3.8.3. Risques en cas de non-réalisation

Sous-estimer l'importance du DD par rapport aux principales missions de l'institution. Vu les coûts croissants des énergies, ne pas maîtriser l'augmentation des budgets. Passer à côté d'un moyen de fédérer les collaborateurs autour d'un thème d'actualité incontournable.

### 3.8.4. Bénéfices attendus et mesure de l'atteinte des résultats

Promotion organisée et cohérente du DD auprès des patients, des proches et des visiteurs.
Les collaborateurs sont formés aux principes du DD et les appliquent progressivement à leur place de travail et dans leur sphère privée.
Economies réalisées au niveau de la gestion des déchets, de la consommation des énergies, des taxes (CO <sub>2</sub> ), de la gestion du linge et tenues de travail, des transports (plan de mobilité).

### 3.8.5. Mise en œuvre

Poursuivre et pérenniser les actions d'ores et déjà conduites, par exemple dans le domaine des marchés publics, en matière de concours d'architecture et de consommations énergétiques. Déterminer les priorités en ce qui concerne la « gestion des déchets » et le « plan de mobilité ».

Créer un poste « Madame ou Monsieur DD-CHUV » (cahier des charges définitif à rédiger) en lien avec les systèmes de management de type QSE (qualité, sécurité et environnement). Le CHUV utilisera les ressources de son budget ordinaire ou, cas échéant, les moyens spécifiques alloués par la planification financière inscrite au Programme de législature du Conseil d'Etat.

---

<sup>5</sup> Ces objectifs sont : la maîtrise des finances publiques, la lutte contre le réchauffement climatique et la promotion des énergies renouvelables, la préservation de l'environnement et l'utilisation efficace des ressources naturelles, ainsi que l'intégration des jeunes dans la société et le monde du travail

## 4. CADRE FINANCIER

---

### 4.1.1. Contexte et enjeux

Entre 2005 et 2007, l'évolution de l'activité d'hospitalisation et d'hébergement du CHUV est de l'ordre de 1 à 2% annuels en ce qui concerne l'activité stationnaire et de 3 à 4% pour l'activité ambulatoire. Le taux d'occupation avoisine les 90% (bien au-delà du seuil de tolérance acceptable qui est de 85%) alors qu'il dépasse les 94% dans le seul Département de médecine. La marge de manœuvre du CHUV est donc quasi inexistante et l'engorgement de ses structures permanent ; et cela, en dépit des efforts consentis, notamment l'ouverture, en janvier 2007, d'une unité d'accueil pour les patients en attente de placement. Une augmentation d'au moins 1% annuelle de l'activité devrait se confirmer ces prochaines années.

En ce qui concerne les charges d'exploitation, l'un des objectifs clés sera d'en assurer la maîtrise. Pour ce faire, la Direction générale s'est dotée d'un « Tableau de bord hospitalier » (TBH) regroupant des indicateurs financiers, organisationnels et médicaux suivis sur une base trimestrielle. Ce TBH est appelé à évoluer en fonction des enseignements tirés des premières versions. Il est également intégré dans le cadre du contrat de prestations annuel liant le CHUV et la FBM au Conseil d'Etat. Enfin, ce TBH est en voie d'être décliné dans chacun des départements composant le CHUV.

### 4.1.2. Gestion des projets inscrits au plan stratégique

Les programmes inscrits dans le présent plan stratégique représentent une condition indispensable pour affronter les défis démographiques et technologiques auquel le CHUV doit faire face tout en maintenant un niveau de coût supportable pour la collectivité. Ils permettront d'augmenter l'efficacité et l'efficience des méthodes de prise en charge et de prévention. Pour mémoire, citons le développement des itinéraires cliniques, la mise en place de protocoles et guides de pratique clinique basés sur les principes de la médecine par les preuves, le développement d'indicateurs de mesure de la qualité ainsi que le système d'information (projet DOPHIN).

Le plan stratégique détermine les principales orientations du CHUV et de la FBM ; sa mise en œuvre est réalisée sur une base annuelle.

Les développements spécifiques, sous forme de projets, seront financés dans le cadre de l'enveloppe d'exploitation ordinaire du CHUV. Ces projets seront sélectionnés en fonction des programmes prioritaires figurant dans ce plan et de critères qui prendront en compte :

- L'« **utilité attendue du projet** » pour le patient et l'hôpital.
- Sa « **viabilité économique** » lors de son intégration, à terme, à l'exploitation courante.
- L'« **impact médico-économique** » attendu sera, de fait, évalué d'emblée et tout au long du déroulement du projet.

Finalement, les projets qui nécessiteraient, après étude, des réallocations importantes ou d'investissements conséquents seront soumis aux décisions respectives du Conseil d'Etat et du Grand Conseil selon les procédures en vigueur.

## 5. Glossaire

---

ASSC	Assistante en Soins et Santé Communautaire
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
BH	Bâtiment Hospitalier du CHUV
CAN-team	« Child Abuse and Neglect team », équipe soignante spécialisée du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP), CHUV
CardioMet	Centre des Maladies Cardio-vasculaires et Métaboliques du CHUV
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CePO	Centre pluridisciplinaire d'oncologie du CHUV
CIBM	Centre d'Imagerie BioMédicale (CHUV-EPFL-UNIL-UNIGE-HUG)
CoLaus	« Cohorte Lausannoise », étude sur un large échantillon de la population lausannoise visant à identifier les déterminants environnementaux et génétiques des maladies cardiovasculaires et métaboliques
CRC	Centre de Recherche Clinique (ou Clinical Trial Unit)
CUTR	Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation du CHUV, Sylvana
DBCM	Département de Biologie Cellulaire et de Morphologie, FBM
DOPHIN	Projet du <b>DO</b> ssier <b>P</b> atient <b>H</b> ospices-CHUV et <b>H</b> ôpitaux Vaudois <b>IN</b> formatisé, <b>IN</b> stitutionnel et <b>IN</b> tégré
EBM	« Evidence Based Medicine », médecine fondée sur les preuves <b>ou</b> Ecole de biologie et de médecine
EHC	Etablissement hospitalier de la Côte
EPFL	Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
FNS	Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique
HEL	Hôpital de l'enfance, CHUV
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse occidentale
HIB	Hôpital Intercantonal de la Broye
HIV	« Human immunodeficiency virus » ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ISREC	Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer
ISRV	Institut Suisse de Recherche sur le Vaccin
Lc65	Travaux épidémiologiques prospectifs, sous forme de cohorte, consacrés au processus de fragilisation lié à l'âge
MD-PhD	Doctorat médical
MHS	Médecine Hautement Spécialisée ou « de pointe »
MTR	Modules thématiques de recherche en neurosciences
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
PMU	Policlinique Médicale Universitaire
ProAlim	« Processus Alimentation » ou « Promotion de l'alimentation » auprès des patients du CHUV ; démarche qualité associant les services de restauration, de nutrition clinique et de soins du CHUV
SCRIS	Service Cantonal de Recherche et d'information Statistiques, Vaud
SHARE	« Survey of Health, Aging and Retirement in Europe », étude multicentrique, internationale portant sur la santé des familles et individus au-delà de 50 ans
SRAS	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
Swiss IBD	« Swiss Inflammatory Bowel Diseases », études menées sur les maladies inflammatoires de l'intestin
SwissDRG	Association visant l'introduction, dans toute la Suisse, d'un système uniforme de classification et de rémunération des séjours hospitaliers basé sur un regroupement par pathologies des diagnostics et des interventions (APDRG)
TBH	« Tableau de bord hospitalier » regroupant divers indicateurs utiles à la gestion
TCC	Traumatismes Crânio-Cérébral
TSP	« Tâches de Santé Publique » ou Tâches Particulières qui incluent les activités de formation et de recherche, l'accessibilité aux soins (urgences, soins intensifs), la prise en charge de cas sociaux, l'introduction de nouvelles technologies, les programmes de prévention, etc.

# PROJET DE DÉCRET

## sur le plan stratégique CHUV 2009-2013

du 2 juillet 2008

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décète*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> Le plan stratégique CHUV 2009-2013 est adopté. Il fera l'objet d'un suivi conformément à la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux.

### **Art. 2**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte, conformément à l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, lettre a), de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 2 juillet 2008.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*