

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit d'investissement de CHF 170 mios
destiné à financer la construction d'un hôpital des enfants au cœur de la Cité hospitalière**

Membres présents : Mmes Catherine Aellen, Sonya Butera, Christa Calpini, Brigitte Crottaz, Catherine Roulet (présidence). MM. Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Jacques-André Haury, Rémy Jaquier, Axel Marion, Michel Miéville, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos, Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Oliver Peters, Directeur administratif et financier du CHUV, Sergio Fanconi, Chef du Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV, Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV.

En introduction, le chef du DSAS explique :

- la problématique d'un hôpital sur deux sites qui génère une prise en charge compliquée et l'intérêt qu'il y a, notamment en termes de synergie, à concentrer sur un seul site ;
- les économies d'exploitation permises grâce à la création du nouvel hôpital unique des enfants ;
- la valorisation de la pédiatrie, une des disciplines phares du CHUV ;
- la nature innovante du décret présenté, celui-ci sollicitant directement l'octroi d'un crédit d'ouvrage, sans passer par l'étape préalable de la demande d'un crédit d'étude. Cette stratégie s'explique par la volonté de développer au plus vite des solutions à l'engorgement du CHUV, l'édification du nouvel hôpital des enfants permettant de libérer un étage du bâtiment hospitalier principal pour y créer, en quelque sorte, l'hôpital régional de l'agglomération lausannoise (masse critique insuffisante pour créer un hôpital de zone complet sur un autre site). Pour le chef du DSAS, le coût des études pour la construction d'un nouvel hôpital des enfants est tel que l'acceptation d'un crédit correspondant rendrait improbable, par la suite, le refus du crédit d'ouvrage lui-même. En ces circonstances, autant mener dès le début le débat politique conduisant à l'acceptation ou au rejet du projet et s'épargner ainsi le recours à une procédure plus longue.

Suite à une présentation du projet par le directeur général du CHUV, le directeur administratif et financier ainsi que la directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité, des questions sont posées :

L'alternative consistant à construire sur le bâtiment hospitalier principal (BH) des étages supplémentaires a-t-elle été étudiée ? Cette variante n'a pas été retenue, non pas par crainte d'éventuelles oppositions de la population à la surélévation du bâtiment, mais parce que cette

variante n'apparaît pas techniquement envisageable (problème de résistance au poids de deux étages supplémentaires, difficulté à déplacer les installations actuellement en toiture) et ne permet pas de bien séparer la prise en charge des enfants et des adultes.

Le projet est-il en phase avec les règles de l'urbanisme et la police des constructions du périmètre concerné de la ville ? Le plan d'affectation cantonal (PAC) permet cette réalisation. Un plan de mobilité a également été défini pour faire face à la densification et à la croissance de l'activité de la Cité hospitalière (métro M2, concentration des flux routiers sur la rue du Bugnon avec redirection vers les parkings souterrains, etc.).

A noter que le coût de construction du parking envisagé n'est pas intégré au crédit demandé. L'investissement pour le parking devrait être rentabilisé par les recettes que ce dernier générera. Afin d'éviter des prix exorbitants pour les automobilistes ayant un proche hospitalisé, des mesures ont été prises en concertation avec la société propriétaire des parkings : harmonisation des tarifs avec ceux de la ville et aides pour les personnes contraintes d'utiliser fréquemment les parkings de la Cité hospitalière. A ce propos, la Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV fournit une note concernant le dispositif mis en place pour venir en aide aux patients et proches obligés de recourir fréquemment aux parkings de la Cité hospitalière (voir en annexe).

Quelle liberté le cahier des charges du concours d'architecture laissera-t-il aux architectes intéressés ? Le périmètre d'étude dépassera quelque peu le contour du bâtiment à édifier pour intégrer l'esplanade et une réflexion sur les espaces verts. Le périmètre reste toutefois limité, cela par la force des choses (présence de la rue du Bugnon, du métro, de la maternité), et les gabarits maximaux de l'édifice sont donnés par le PAC. L'idée est de réaliser un bâtiment le plus compact possible en ne remettant pas en cause l'existence des infrastructures environnantes existantes.

Vu la spécificité que constitue la construction d'un hôpital, le concours d'architecture suivra-t-il une procédure ordinaire ou non ? Par exemple, visera-t-il ou non des bureaux d'études spécialisés ? Un concours en deux temps est prévu avec une première étape anonyme et une deuxième étape où l'anonymat sera levé pour les projets sélectionnés. Cette deuxième phase permettra, avant désignation du lauréat, d'évaluer le crédit des bureaux d'étude impliqués. Le jury du concours est déjà constitué. M. Olivier Français, Conseiller municipal des travaux à Lausanne, a accepté d'en assumer la présidence.

Quel est l'ordre de grandeur du risque financier lié au projet ? Les devis prévisionnels de la construction du nouvel édifice (prix par m²) ont été calculés en tenant compte d'expériences comparables (*Kinderspital* de Bâle, futur hôpital à Rennaz). La variation possible entre coûts projetés et coût effectifs est habituelle, de 10% à 15%. L'incertitude est un peu plus importante, pour l'instant du moins, pour tout ce qui relève des zones de contact entre le nouveau bâtiment et les infrastructures existantes. Le chef du DSAS prend l'engagement de respecter au plus près la cible financière définie, à travers le suivi scrupuleux du dossier par les services concernés et par le Contrôle cantonal des finances (CCF). Par ailleurs, les sondages liés à la construction du métro M2 ont montré que le site n'est pas situé sur une ancienne décharge, ce qui demanderait des travaux d'assainissement.

Quelle est l'amplitude de la marge d'erreur dans l'évaluation de l'augmentation de l'activité de prise en charge (croissance démographique, effet d'appel d'une infrastructure moderne accompagnée de compétences reconnues) ? A l'horizon 2030, le seul accroissement de la population pédiatrique dans le canton de Vaud implique une augmentation de l'activité estimée à 26%. En plus, il est tenu compte de manière raisonnable de la croissance de la part de marché occupée par le CHUV en raison de sa mission de médecine tertiaire. Le projet n'intègre toutefois pas le scénario d'une éventuelle disparition de la pédiatrie ambulatoire, ou d'une possible pénurie généralisée de pédiatres dans les hôpitaux régionaux. La planification hospitalière cantonale en cours d'élaboration envisage plutôt, en parallèle de la concentration au CHUV de la prise en charge

des cas les plus complexes, une répartition de la prise en charge des cas pédiatriques entre hôpitaux régionaux à travers une spécialisation, plutôt qu'une suppression, des services de pédiatrie des hôpitaux régionaux.

Le futur hôpital des enfants n'obstruera-t-il pas la lumière dont bénéficie la maternité, vu la faible distance entre les deux bâtiments ? La hauteur envisagée du futur hôpital des enfants laisse dégagés les étages d'hospitalisation de la maternité.

Quel est l'âge maximal pour une prise en charge en pédiatrie ? L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Société suisse de pédiatrie fixent cet âge à 18 ans. Aussi, l'exposé des motifs s'y réfère. Il reste que, à Lausanne, la pratique se révèle souple : l'Hôpital de l'enfance de Lausanne – HEL – accueille des jeunes jusqu'à 18 ans voire plus et la Cité hospitalière des enfants et adolescents jusqu'à 16 ans en général. Dès 16 ans, on constate qu'une période de transition s'ouvre entre ces deux prises en charge, de l'enfant à l'adulte. Le Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV (DMCP) met pour cela des infirmier-e-s de transition à disposition afin d'aider ce passage délicat. Il reste que ce passage est plus difficile pour les jeunes patient-e-s en situation de handicap.

Quelles sont les pistes tracées pour l'avenir du site de Montétan ? La fondation privée propriétaire du bâtiment souhaite conserver la vocation sanitaire du site. Toutefois, du point de vue de la logique de la planification hospitalière qui cherche à éviter les doublons, l'option de créer sur le site un nouvel hôpital est écartée. Il est prévu que la pédopsychiatrie (pour partie associée à l'enseignement spécialisé et gérée par le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture – DFJC) soit maintenue sur le site, cas échéant conjointement avec un regroupement du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), sans pour autant faire du lieu un « Cery pour enfants ». Par ailleurs est avancée l'idée de développer sur le site les cabinets de groupe et/ou une sorte de réplique pédiatrique de l'antenne de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) sise au Flon.

Dans la discussion, cette idée d'un maintien d'activités ambulatoires sur le site de Montétan est retenue par plusieurs commissaires, compte tenu de l'essor démographique de l'Ouest lausannois, ainsi que, pourquoi pas, la création une structure hospitalière propre à la région.

Pour le chef du DSAS, du point de vue de la planification hospitalière, qui relève de la compétence de l'Etat, il n'est pas envisageable de conserver des unités d'hospitalisation à Montétan, l'idée consistant justement à éviter autant que possible les doublons. Pour l'instant, les capacités de l'Hôpital de Morges conjuguées à celles du CHUV (les deux institutions étant d'ailleurs intégrées au Projet d'agglomération Lausanne Morges – PALM) suffisent en regard du bassin de population. Quant au développement de l'offre ambulatoire, tant adulte que pédiatrique (cabinets de groupe), sur le site de Montétan, il relève prioritairement de la compétence de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance, propriétaire du lieu. Pour le chef du DSAS, l'offre ambulatoire, par principe, s'auto-organise, l'Etat n'intervenant qu'en cas de faillite du marché à répondre aux besoins légitimes de la population.

Enfin est évoquée la possibilité de réaffecter une bonne partie du site au logement, par exemple pour le personnel soignant du CHUV ou les jeunes en formation (voir également point 2.1.2).

Discussion générale

La commission salue la qualité du projet. Un commissaire plaide néanmoins pour une amélioration ou, à tout le moins, pour une meilleure explicitation de l'intégration du projet dans le paysage hospitalier cantonal et romand.

Compte tenu de la nature innovante du décret présenté (demande du crédit d'ouvrage sans passer

par l'obtention préalable du crédit d'étude), le débat se focalise sur la question du suivi du dossier par le Parlement et sur les modalités d'un tel suivi. Pour certains, le programme étant connu et la marge d'incertitude faible, le choix d'acceptation ou de refus du projet doit être arrêté maintenant, sans nouveau contrôle politique par la suite. Ceci d'autant plus que tout dépassement significatif du budget alloué nécessiterait, quoi qu'il en soit, l'aval des instances politiques. Pour d'autres, une forme de surveillance parlementaire du dossier dans son développement s'impose, non pas pour dresser des obstacles superflus mais pour, cas échéant, cadrer la réalisation du projet et éviter les possibles mauvaises surprises en cours de route.

Un consensus finit par émerger pour associer la Commission thématique de la santé publique aux moments charnières du déroulement du projet (rapport annuel, résultat des différentes phases du concours d'architecture, clôture des soumissions, etc.). La commission constate avec satisfaction que les représentants du CHUV considèrent le devoir de renseigner la commission comme bénéfique à l'évolution du projet plutôt qu'inutilement contraignant.

Lecture de l'exposé des motifs

(sont mentionnés uniquement les points ayant donné lieu à discussion)

1.2.1 – Le manque de surface

La commission s'interroge sur l'origine et la nature des standards dont il est tenu compte pour la prise en charge pédiatrique et l'accueil des familles.

Les normes en question sont établies par la Société suisse de pédiatrie, diverses autres sociétés médicales impliquées (la Société suisse de médecine intensive par exemple) ainsi que, pour ce qui touche plus spécifiquement l'accueil des familles, l'Association suisse l'enfant et l'hôpital. Les normes en vigueur comprennent d'une part des standards architecturaux et techniques relatifs aux bâtiments et à la sécurité des locaux ainsi que, des standards de bonne pratique médicale et de reconnaissance des unités en tant que lieux de formation, ce dernier élément s'avérant particulièrement crucial pour un hôpital universitaire. Alors qu'un strict respect des normes pour une prise en charge en toute sécurité des patients pédiatriques est observé, une plus grande latitude existe en matière de standards portant sur l'accueil des parents. Quoi qu'il en soit, le CHUV affirme rester vigilant et critique face à l'édiction des normes par des sociétés professionnelles qui pourraient toujours être tentées de promouvoir des intérêts particuliers au travers de prescriptions excessives.

Pour le directeur administratif et financier du CHUV, les travaux proposés, plus que d'une adaptation aux standards dernier cri, relèvent d'un renouvellement normal des infrastructures après 30 ans d'exploitation ainsi qu'une évolution notable de la médecine et de ses technologies.

Dans l'optique de disposer de garanties quant à la pertinence des normes utilisées et de leur évolution, la commission émet le vœu d'être renseignée sur la question dans le cadre de tout exposé des motifs ou suivi de projet.

1.2.3 – Les dysfonctionnements présentant des problèmes organisationnels et fonctionnels

Du moment qu'il existe depuis 2004 une direction médicale, infirmière et administrative unique, un commissaire se demande pourquoi le fonctionnement multi-site défavoriserait le développement d'une culture commune dans la prise en charge des patients.

Tout en pariant sur le fait que, sans direction unique, le fonctionnement multi-site aurait pu être pire, les représentants du CHUV évitent de surestimer la capacité d'une direction à gérer les choses dans le détail. Ainsi, une direction unique peut ne pas suffire à la mise en place d'une culture commune satisfaisante, les collaborations rapprochées étant à privilégier.

2.1.2 – Les collaborations

Collaboration avec la pédopsychiatrie et précision au sujet de la remarque sur l'hospitalisation des enfants de moins de 13 ans : il n'est pas question que, pour l'hospitalisation psychiatrique des enfants de plus de 13 ans, celle-ci s'effectue dans des unités pour adultes. Les enfants de plus de 13 ans nécessitant une hospitalisation psychiatrique continueront d'être pris en charge par l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA) sise à l'Hôpital Nestlé. Toutefois, plus encore qu'une question d'âge, c'est la gravité du cas qui dicte le type de prise en charge : pédopsychiatrie de liaison ou unité d'hospitalisation psychiatrique d'enfants de moins de 13 ans pour les cas légers, UHPA pour les cas lourds.

Collaboration avec les services de pédiatrie des hôpitaux régionaux : compte tenu de la rareté des spécialistes en pédiatrie, tant en pratique privée que dans les hôpitaux régionaux, le temps d'attente d'un traitement adapté peut se trouver allongé. Le projet de nouvel hôpital des enfants et le personnel formé qui lui est associé devraient permettre d'améliorer la situation, particulièrement lors des pics saisonniers d'activité hospitalière.

Collaboration avec les pédiatres installés : l'idée de la création éventuelle sur le site de Montétan d'une réplique pédiatrique de l'antenne de la PMU au Flon suscite une nouvelle discussion (voir question sur l'avenir du site de Montétan). Alors que certains craignent une dispersion sur plusieurs sites de la prise en charge pédiatrique et de la formation des médecins, d'autres imaginent plutôt la mise à disposition d'une offre du type Vidy Source ou Vidy Med, argumentant que les milieux hospitaliers universitaires ne sont pas en mesure d'assumer l'ensemble de la prise en charge des urgences de la région, et que les pédiatres installés travaillent de plus en plus à temps partiel et ne souhaitent généralement pas assurer des horaires de garde extensifs. A ce niveau aussi des solutions doivent être trouvées.

Pour le chef du DSAS, soit le marché arrive à répondre aux besoins, notamment à l'attente des parents de pouvoir bénéficier d'une consultation pédiatrique sans délai et à toute heure, soit le marché n'y parvient pas, au risque de provoquer l'engorgement du futur hôpital des enfants, en majorité pour des cas banaux et même s'il est prévu dans le projet de soigner l'aspect des urgences et de la polyclinique. Ainsi, c'est seulement si des engorgements apparaissent que le site de Montétan pourrait devenir une réplique pédiatrique de l'antenne de la PMU.

Collaborations humanitaires : dans le cadre de ce type de collaboration, le CHUV reçoit une soixantaine d'enfants par année en chirurgie cardiaque ou pédiatrique.

3.2 – Les facteurs de changement et l'évolution des besoins

Un commissaire se demande si l'accroissement de la lourdeur moyenne des cas traités, argument souvent utilisé pour justifier les investissements hospitaliers, n'augmente pas à mesure que s'améliore la saisie des données ou en fonction de la rémunération plus juteuse que les tarifs SwissDRG promettent pour la prise en charge des cas lourds. Le chef du DSAS et les représentants du CHUV sont catégoriques : les indices de lourdeur des cas résultent des données de facturation établies selon un processus paritaire fiable ; les comparaisons en la matière entre hôpitaux s'avèrent dès lors valables ; le CHUV endosse toute la néonatalogie et l'oncologie pédiatrique de la Suisse romande, conduisant à un indice de lourdeur des cas traités comparativement plus élevé.

3.3 – La charte de l'enfant hospitalisé

L'idée d'adapter l'environnement de l'enfant hospitalisé, en particulier avec l'aménagement de salles de classe pour les différents âges scolaires intrigue, tant l'exercice peut sembler pesant. Il est alors indiqué qu'une étude démontre que le 3/4 des enfants qui restent plus de 10 jours hospitalisés au CHUV doublent leur année scolaire, ce qui explique la volonté d'agir. D'autre part, le dispositif prévu ne présente rien d'inflationniste, l'enseignement pouvant en bonne partie être fait en

chambre. Par ailleurs, il existe une étroite collaboration avec les écoles de la ville qui mettent à disposition les enseignants.

5 – Les alternatives évaluées

La commission apprécie la pertinence à abandonner l'alternative D1 (construction d'un nouvel hôpital complet, avec les unités lourdes), en particulier parce que la solution retenue, en plus du coût moindre, permet une meilleure dynamique dans la prise en charge des patient-e-s et la formation des praticien-ne-s, un contact étroit avec le CHUV et ses autres spécialités étant maintenu.

Dans le cadre de la solution retenue, la création d'un hôpital de médecine générale de l'adulte de quelque 100 lits concerne le BH11. L'exposé des motifs mentionne le BH07 dans la mesure où l'hôpital de jour pédiatrique et la salle d'intervention qui s'y trouvent seront libérés, laissant des espaces qui pourront être affectés à un autre usage. Il en va de même pour les bureaux de médecins qui se situent actuellement au BH10.

6.1 – Impact sur les comptes d'exploitation du regroupement des activités sur un site unique

Le directeur administratif et financier du CHUV assure que le regroupement des activités sur un site unique génère des économies d'exploitation. Par contre, il convient que les économies ainsi réalisées seront certainement plus qu'absorbées par les charges liées à l'accroissement de l'activité hospitalière et par l'augmentation des coûts de la médecine et de ses technologies. Les économies dont il est fait mention correspondent donc, plutôt qu'à des économies nettes, à des économies relatives dans le cadre d'un budget nécessairement en expansion.

8 – Localisation et concept de prise en charge

Le plan d'affectation cantonal (PAC), entré en force en début d'année, recommande pour le futur bâtiment une toiture plate végétalisée. Un tel toit n'apparaît pas incompatible avec la pose de panneaux solaires, pour autant que les infrastructures techniques appelées à être placées en toiture permettent une telle installation.

La Direction des constructions du CHUV fournit une note concernant les possibilités d'installation de panneaux solaires sur le toit du nouvel hôpital ou ailleurs dans la Cité hospitalière (voir en annexe).

8.1 – Le concept de prise en charge du nouvel hôpital des enfants

Même si les considérations de ce chapitre sont jugées trop générales, tautologiques ou insuffisamment étayées, le chef du DSAS, reconnaît que l'argumentaire a la vertu d'expliquer de façon circonstanciée le choix opéré, c'est à dire construire un hôpital présentant un relatif faible gain de capacité par rapport à la situation actuelle, mais mettre l'*accent sur les volumes dédiés à la prise en charge de type ambulatoire* (hospitalisation de jour, actes ambulatoires de haute technologie, etc.).

La commission s'inquiète également d'une éventuelle surconcentration au CHUV des activités pédiatriques, non pas forcément voulue par le CHUV, qui vit un engorgement récurrent, mais par le corps médical du canton, corps qui détermine largement par lui-même la liste des activités réservées au CHUV. Pour le chef du DSAS, le faible gain en lits du projet démontre l'*absence de volonté d'opérer une centralisation excessive*. Par ailleurs, dans l'optique d'obtenir un consensus solide, le processus de définition des missions attribuées, au sens de la LAMal, aux différents établissements sanitaires dans le canton, dont le CHUV, s'appuie sur des collègues désormais élargis de médecins. Le directeur général du CHUV précise qu'il n'est question de concentration au CHUV que pour la médecine hautement spécialisée comme, par exemple, l'oncologie pédiatrique. Concernant cette question de la médecine hautement spécialisée, le chef du DSAS précise encore que les décisions de

concentration prises au niveau national s'appuient sur le critère de la masse critique. Or, la stricte application de cette logique implacable conduirait à la disparition de la médecine de pointe pédiatrique en Suisse romande. Aussi, pour empêcher cela et maintenir une masse critique suffisante, le CHUV doit conserver des synergies entre médecine hautement spécialisée pédiatrique et médecine hautement spécialisée adulte et utiliser le réservoir romand dans son entier en matière de médecine de pointe pédiatrique (d'où accord de répartition dans le domaine entre Genève et Vaud).

Concernant l'aspect du dimensionnement du projet, le directeur administratif et financier du CHUV tient à rappeler qu'il est tenu compte de la tendance de la concentration au CHUV de la médecine hautement spécialisée ainsi que de la tendance de l'amélioration des chances de survie des enfants en bas âge atteints de maladies graves. Par contre, *le projet ne prend pas en considération l'hypothèse d'une baisse de la démographie des pédiatres*. Si par exemple, des services de pédiatrie devaient fermer dans des hôpitaux régionaux par manque de pédiatres, le nouvel hôpital des enfants devrait être agrandi. L'exigence de pouvoir procéder à une extension en cas de besoin sera intégrée dans le cahier des charges du concours d'architecture. Cette extension n'est toutefois pas incluse dans cet exposé des motifs et projet de décret.

Pour le moment, la collaboration avec les pédiatres installés est bonne : le dialogue fonctionne bien au sein du réseau, et les pédiatres installés participent à la garde à l'hôpital. Le problème crucial de la relève en médecine pédiatrique apparaît en périphérie essentiellement.

Il est prévu que le secteur d'imagerie du nouvel hôpital comprenne uniquement de la radiologie conventionnelle et ultrason, et que soit examinée ultérieurement l'introduction, en fonction de l'évolution des besoins, d'autres technologies diagnostiques comme l'IRM. Aussi, le projet prévoit déjà des espaces adaptés aux technologies diagnostiques lourdes (dalle renforcée, cage de Faraday), sans pour autant inclure l'installation proprement dite de ces technologies.

9.2 – Coûts d'investissement

Les coûts connexes relatifs au tunnel de liaison et aux zones de contact (7 millions au total) visent le renforcement des jonctions du nouvel hôpital des enfants avec les structures avoisinantes en vue d'exploiter les synergies. Ainsi, l'actuel couloir entre la maternité et le plateau technique du BH07 (où se trouvent les installations de radiodiagnostic) est trop étroit (impossibilité pour deux lits de croiser) et doit être agrandi. De plus, un tunnel sera créé au niveau du BH04 (où se trouvent le quai de livraison et les cuisines) pour permettre un acheminement logistique séparé des flux de patient-e-s, ainsi qu'un tunnel de liaison rapide au niveau du BH05 (où se trouvent les soins intensifs). Les jonctions revêtent un aspect particulièrement crucial dans la mesure où le futur hôpital des enfants est véritablement conçu comme une entité travaillant de façon très étroite avec le CHUV.

9.2.1 – Prestations CHUV

Les demandes de ressources supplémentaires en EPT demandées par la Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité (CIT-S) du CHUV sont-elles légitimes, tant elles apparaissent répétées aux yeux de certains commissaires ? Le chef du DSAS rappelle que la commission elle-même, à l'occasion de dossiers précédents, a fait remarquer que l'internalisation de certaines tâches permettait une réduction des coûts. Le directeur administratif et financier du CHUV ajoute que les ETP à chaque fois demandés ne sont pas pérennes puisqu'ils relèvent de contrats à durée indéterminée mais liés à la disponibilité d'un financement spécifique. Ainsi, une fois le fonds épuisé, l'engagement de ce personnel prend fin. Il reste que doit être défini un socle incompressible d'EPT, nécessaire à la conservation des compétences utiles au fonctionnement durable du service.

La CIT-S fournit une note concernant ses effectifs et leur évolution. Pour avoir du sens, l'information délivrée prend en considération, sur une période suffisamment longue, les variations du niveau des investissements liés aux projets dont la CIT-S assume la réalisation (voir en annexe).

9.4 – Comparatif des surfaces et des coûts avec d’autres hôpitaux réalisés

L’*Universitäts-Kinderspital Beider Basel* (UKBB) a été pris comme référence car il s’agit du dernier hôpital pédiatrique récent construit en Suisse. Depuis la rédaction de l’exposé des motifs, la planification et le concours d’architecture relatifs au projet de construction d’un nouvel hôpital des enfants à Zurich ont avancé. Aussi, des données en provenance du projet zurichois (CHF 600 millions pour un établissement de 200 lits) sont-elles intégrées à la réflexion.

10.1 – Risques en lien avec l’implantation du bâtiment

Le M2 et sa station « CHUV » : depuis la rédaction de l’exposé des motifs, plusieurs réunions de travail ont eu lieu avec les Transports publics de la région lausannoise (TL). Aucune mauvaise surprise en termes de risques techniques et financiers n’apparaît pour le moment.

12 – Mode de conduite du projet

Les représentants du CHUV assurent que les membres du Comité de pilotage (COPIL) ne délèguent pas leur participation au comité (qui s’est déjà réuni 6 fois) et que, dans l’optique de tenir le budget, le COPIL est parfaitement en mesure de maîtriser les demandes, parfois exponentielles, de la Commission de construction et des utilisateurs.

Le jury du concours d’architecture compte dans ses rangs l’architecte cantonal qui relaye les positions du Service immeubles, patrimoine et logistique (SIPAL). La Commission thématique de la santé publique (CTSAP) entend quant à elle, par son association aux grandes étapes du développement du projet, exercer le nécessaire regard extérieur.

13.2 – Amortissement annuel

La loi sur les finances fixe les durées d’amortissement selon le type d’ouvrage (rénovation, transformation, extension, nouvelle construction). La durée d’amortissement prévue dans le cas présent se montre non seulement conforme aux standards édictés mais aussi tout à fait prudente puisque le temps d’utilisation réel des infrastructures du CHUV est, moyennant entretien et mise à niveau réguliers, bien supérieur à la durée d’amortissement fixée.

Globalement, une progression de la charge d’amortissement concernant le CHUV est à prévoir, compte tenu du pic des investissements à court et moyen terme à consentir en réponse au sous-investissement des 25 dernières années.

13.4 – Conséquences sur l’effectif du personnel

A noter que le problème mentionné relatif aux « enfants, en néonatalogie et aux soins intensifs, que le CHUV a dû envoyer se faire soigner dans d’autres cantons par manque de ressources au sein de l’hôpital universitaire » devrait être résolu, à moyen terme du moins, par des investissements d’ores et déjà consentis : création, d’ici 2014, de lits supplémentaires en néonatalogie et aux soins intensifs pédiatriques.

13.10 – Conformité de l’application de l’article 163 Cst-VD

Ce chapitre peut être considéré comme la feuille de route du projet et de sa surveillance par la commission.

A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil d'accepter le décret.

A l'unanimité, la commission recommande au Grand Conseil d'entrer en matière sur le projet de décret.

Le Mont-sur-Lausanne, le 10 février 2013

La présidente :
(signé) *Catherine Roulet*

Annexes : mentionnées

Date : 21 janvier 2013 CBP
Concerne : Politique tarifaire Parking des Hôpitaux / CHUV

Suite à une discussion entre le DSAS, le Parking des Hôpitaux et le CHUV, les dispositions suivantes ont été introduites concernant la tarification applicable au Parking du CHUV :

1. Le parking des Hôpitaux s'engage à appliquer la même tarification au CHUV que dans les parkings appartenant à la même société (PMS Parking Management Services) en ville de Lausanne.
2. Les cartes à 20.-, resp. 50.- son vendues au public avec un rabais de 25% (donc à 15.-, resp. 37.50), dont 15% sont assumées par le CHUV.
3. Le CHUV met en place à sa charge un subventionnement particulier pour certaines catégories de patients :
 - a. Traitements hospitaliers de longue durée : Pour les patients hospitalisés dont le séjour se prolonge au-delà de 3 semaines (2 semaines pour les enfants) et qui nécessitent la présence importante et régulière d'un proche (plus de 3 heures par jour), le soutien financier démarre dès le début de la 3ème semaine d'hospitalisation. Ils peuvent obtenir auprès de l'ICUS une attestation leur permettant d'acheter à la caisse centrale du CHUV des cartes de parking à prix réduit (5 frs au lieu de 20 frs). Ces cartes sont utilisables dans le Parking des Hôpitaux SA.
 - b. Traitements ambulatoires de longue durée : Les patients ambulatoires dont le traitement exige plus de 5 heures de présence hebdomadaire ou une présence quotidienne, pendant plus de 3 semaines consécutives peuvent bénéficier de la contribution financière dès le début de la 3ème semaine de traitement. Ils peuvent obtenir auprès de l'ICUS une attestation leur permettant d'acheter à la caisse centrale du CHUV des cartes de parking à prix réduit (par ex. 5 frs au lieu de 20 frs). Ces cartes sont utilisables dans le Parking des Hôpitaux SA.
 - c. Patients et familles à revenu modeste : Pour les patients/proches à revenu modeste répondant aux critères 5.1 ou 5.2, le soutien financier démarre dès le début de l'hospitalisation ou du traitement, aussitôt que les démarches auprès de l'assistante sociale sont effectuées. Les patients peuvent obtenir auprès de cette dernière une attestation leur permettant d'acheter à la caisse centrale du CHUV des cartes de parking à prix réduit (par ex. 5 frs au lieu de 20 frs). Ces cartes sont utilisables dans le Parking des Hôpitaux SA.

Date : 21 janvier 2013 CBP

Concerne : Implémentation de panneaux photovoltaïque au CHUV

1. Préambule

Dans le cadre de sa politique de développement durable, le CHUV a décidé d'utiliser l'opportunité de ses toitures plates pour installer des panneaux thermiques de type photovoltaïque afin d'être un acteur pour le Canton en tant que producteur d'énergie verte.

2. Choix du type de panneaux photovoltaïques

Actuellement, trois principaux types de panneaux photovoltaïques existent, qui sont différenciés par le modèle de cellules qui les composent. Toutes les cellules sont produites à base de silicium, mais des différentes méthodes de fabrication leurs donnent des caractéristiques spécifiques, notamment en termes de productivité

Les cellules monocristallines

Les cellules monocristallines sont issues d'un seul bloc de silicium fondu, elles sont donc très "pures". Elles offrent le meilleur rendement (entre 13 et 17%), mais sont aussi plus chères à la production, donc à la vente. Ces cellules sont en général octogonales et d'une couleur uniforme foncée (bleu marine ou gris).

Ces cellules sont les plus efficaces, elles permettent donc de constituer des panneaux qui sont très performants à savoir ceux qui produisent le plus d'énergie avec le moins de surface.

Les cellules polychristallines

Les cellules polycristallines sont élaborées à partir d'un bloc de silicium cristallisé en forme de cristaux multiples. De près, on peut voir les orientations différentes des cristaux. Elles ont un rendement de 11 à 15%, mais leur coût de production est moins élevé que les cellules monocristallines. Elles sont en général de forme rectangulaire et sont bleu nuit avec des reflets.

Les cellules amorphes

Les cellules amorphes sont produites à partir d'un "gaz de silicium", qui est projeté sur du verre, du plastique souple ou du métal, par un procédé de vaporisation sous vide.

La cellule est gris très foncé. C'est la cellule des calculatrices et des montres dites « solaires », car ce type de cellule est bon marché et la technologie est utilisable sur de nombreux supports, notamment des supports souples. Le problème c'est que son rendement est 2 à 3 fois plus faible que les cellules monocristallines.

Le tableau ci-joint résume le rendement et la technologie à retenir suivant les modalités d'intervention :

Technologie des cellules		
Silicium monocristallin	Silicium polycristallin	Silicium amorphe
Rendement production		
13 à 17 %	11 à 15 %	5 à 9%
Utilisation		
Panneaux rigides sur structure	Panneaux rigides sur structure	Membrane d'étanchéité Panneaux souples

Malgré l'excellent rendement des cellules silicium monocristallin, celles-ci ne sont pas retenues pour une application au CHUV du fait du coût très élevé de fabrication.

3. Mise en œuvre planifiée au CHUV

Le CHUV a essentiellement des toitures plates et celles-ci sont très souvent utilisées pour les installations techniques, telles que les monoblocs de ventilation, les moteurs d'extraction, les sorties de ventilation de chapelles (laboratoire) ou de locaux. Toutefois, certaines toitures peuvent être exploitées immédiatement pour produire de l'énergie verte, soit par l'adjonction de panneaux sur des toitures déjà rénovées, soit en saisissant l'opportunité du plan de rénovation des étanchéités de toiture, par l'adjonction d'une membrane d'étanchéité équipée de modules photovoltaïques.

Projets à implémenter ces 2 à 4 prochaines années

Les toitures suivantes seront aménagées en panneau la rénovation du complexe d'étanchéité étant récente :

- Bugnon 19 Environ 500 m²
- Bugnon 17 Environ 300 m²
- CPNVD Environ 500 m²
- Capacité installée Environ 1'300 m²

Projets à implémenter ces 10 prochaines années

Les toitures suivantes pourraient être aménagées lors de la rénovation de celle-ci, soit :

- Bâtiment hospitalier (tour) Environ 600 m²
- Bâtiment hospitalier (galette) Environ 800 m²
- Capacité future Environ 1'400 m²

Les nouveaux projets

Lors de chaque nouvelle réalisation, l'Hôpital des enfants, le Bloc opératoire préfabriqué, le projet Agora, la potentialité, pour la pose de panneaux photovoltaïques, sera analysée en fonction des potentiels d'ensoleillement, de la présence d'infrastructures techniques en toiture et des besoins.



4. Injection de la production dans le réseau

Dans un souci de stabilité de la distribution électrique au sein de l'établissement, l'option est de revendre la production aux SIL au lieu de réinjecter celle-ci dans le réseau interne. Suite à un entretien téléphonique, les SIL, sont favorables à racheter la production électrique du CHUV générée par les panneaux photovoltaïques.

Swissgrid se charge du traitement de la rétribution à prix coûtant du courant injecté (RPC) sur mandat de la Confédération, et ceci sur la période d'amortissement du matériel, soit 13 à 15 ans. Mais Swissgrid a environ 13'000 dossiers en retard, ce qui donne des délais de réponse très important.

Afin de palier ce retard et d'encourager les investisseurs à se lancer dans l'énergie renouvelable dans les plus brefs délais, Les SIL prennent en charge le complément entre la mise en service de l'installation et l'acceptation du dossier par Swissgrid.

Date : 21 janvier 2013 CBP

Concerne : Ressources des architectes en regard des réalisations et des sollicitations financières sur le budget d'investissement de l'Etat.

1. Statistiques des dépenses en regard des effectifs « architectes »

L'analyse porte sur l'effectif des architectes qui est composé de 2 groupes :

- L'un est en charge principalement de la réalisation des travaux en interne, il exécute les grosses transformations et les travaux d'entretien
- L'autre est en charge des études de faisabilité, de la légalisation du sol, de la direction architecturale et du pilotage des mandataires externes

La période analysée s'étend de 2001 à 2011 avec 2 faits marquants. Le changement de la direction de l'office des constructions en 2006 et la fusion de ce service avec le service technique en 2008 en élargissant les missions de cette nouvelle Direction à l'ensemble des sites du CHUV, soit en incluant la psychiatrie.

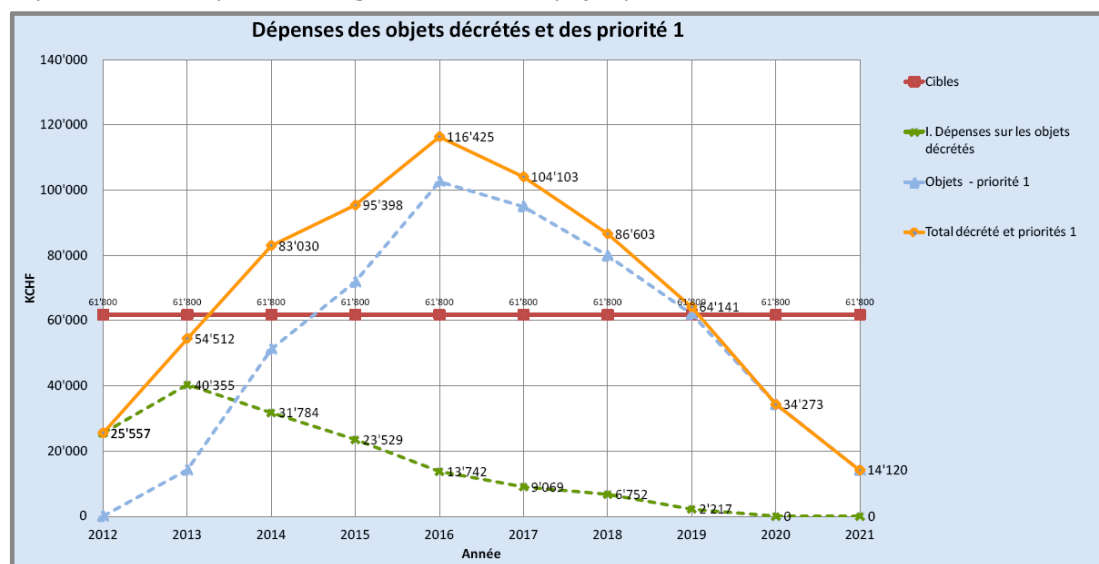
Ce 2^{ème} élément et la nécessité de recruter un adjoint à la Direction des travaux, du fait de l'ampleur toujours plus importante des travaux réalisés en interne, expliquent l'augmentation des effectifs de l'ordre de 2 EPT entre 2008 et 2010.

2006 - Succession du Directeur des constructions 2008 - Création du CIT et intégration des sites psychiatriques	Période 2001 - 2011											Total 1992- 2011	Moyenne annuelle 2001/2011
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Entretien du CHUV	5.50	5.90	6.50	5.20	5.90	6.90	7.00	7.70	7.20	9.10	8.20	75.10	6.83
Transformations du CHUV	11.60	10.30	12.80	9.60	7.70	12.60	14.10	7.30	12.10	9.00	15.90	123.00	11.18
Total entretien et transfos du CHUV	17.10	16.20	19.30	14.80	13.60	19.50	21.10	15.00	19.30	18.10	24.10	198.10	18.01
Effectif Direction des travaux	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.20	3.00	4.30	4.90	6.50	6.70		3.42
Millions réalisés par EPT	8.55	8.10	9.65	7.40	6.80	8.86	7.03	3.49	3.94	2.78	3.60		6.38
Budget de l'Etat : constr. + grosses transfos	27.70	35.50	19.50	11.80	15.90	12.50	14.20	10.20	13.50	23.40	16.10	200.30	18.21
Financement hors CHUV (Université) = Bugnon 7-9	0.30	0.80	1.30	1.40	1.30	1.90	4.40	5.40	9.60	3.10	0.50	30.00	2.73
Total général entretien, transfos et constructions des bâtiments	28.00	36.30	20.80	13.20	17.20	14.40	18.60	15.60	23.10	26.50	16.60	230.30	20.94
Effectif études et pilotage	6.00	8.00	6.70	6.60	6.80	5.60	6.20	5.90	6.80	6.80	6.70		6.55
Millions réalisés par EPT	4.67	4.54	3.10	2.00	2.53	2.57	3.00	2.64	3.40	3.90	2.48		3.17
TOTAL général travaux pilotés par la Direction CIT du CHUV	45.10	52.50	40.10	28.00	30.80	33.90	39.70	30.60	42.40	44.60	40.70	428.40	38.95
Effectif total y sans encadrement	8.00	10.00	8.70	8.60	8.80	7.80	9.20	10.20	11.70	13.30	13.40		9.97
Millions réalisés par EPT	5.64	5.25	4.61	3.26	3.50	4.35	4.32	3.00	3.62	3.35	3.04		3.99

Le tableau ci-dessus, démontre, sur ces 10 dernières années, une certaine stabilité du nombre de collaborateurs en considérant l'extension du périmètre de 2008. Entre 2001 et 2003, le volume des dépenses est relativement important et est principalement dû à la fin du chantier de la PMU. Le rythme de croisière entre 2004 et 2008 se stabilise à hauteur de 30 millions de dépenses annuelles. Depuis, 2009, on note une augmentation à nouveau de 30% des dépenses les portant à 40 millions annuels ce qui annonce le lancement des grands projets prioritaires pour le CHUV.

2. Ressources sollicitées sur les budgets d'investissement de l'Etat

La planification des dépenses en intégrant l'ensemble des projets prioritaires est la suivante :



Dès lors, pour 4 grands projets prioritaires et d'envergure, des ressources sont sollicitées sur le budget d'investissement de l'Etat à savoir :

- EMPD accordant au Conseil d'Etat un crédit d'investissement de CHF 47'060'000.- pour financer les rénovations et les transformations urgentes dans le bâtiment hospitalier axées sur le renforcement de l'hygiène hospitalière, les besoins d'isolement grâce à un secteur d'hospitalisation individualisée, la transformation des soins continus et la mise en conformité technique des soins intensifs
- EMPD accordant un crédit d'investissement de CHF 104.9 millions pour financer les transformations lourdes du bloc opératoire principal du CHUV et la création d'une structure préfabriquée pour maintenir l'activité durant les travaux
- EMPD accordant un crédit d'investissement de CHF 170 millions destiné à financer la construction d'un hôpital des enfants au cœur de la Cité hospitalière
- EMPD accordant un crédit d'investissement de CHF 106.6 millions pour la construction d'un nouveau bâtiment et la rénovation partielle du bâtiment 20 (bâtiment actuel de psychiatrie de l'âge avancé) sur le site de Cery, permettant le relogement des services psychiatriques de l'adulte et de l'âge avancé ainsi que la création de trois nouvelles entités (Etablissement de réhabilitation sécurisé pour adultes [ERS], Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs [USPFM], Unité d'hospitalisation psychiatrique de crise pour patients souffrant d'un handicap mental [UPCHM])

Ces quatre demandes cumulent un montant d'investissement de 428.56 millions ainsi, des postes conjoncturels sont sollicités. En termes de pilotage des travaux (voir point 1) la moyenne annuelle des dépenses réalisées par un EPT architecte pour le pilotage est de l'ordre de 3.17 millions en moyenne. Les travaux et les boucléments vont s'échelonner jusqu'en 2021 soit environ sur une période de 8 à 10 ans. Ainsi ce sont quelques 42 à 53 millions de dépenses supplémentaires annuelles qui devront être gérées. Lisser annuellement, cela représente un effectif de 13 à 17 collaborateurs.

Il est certain que, lors de gros projets, cette croissance ne peut pas être linéaire, toutefois il faut intégrer également les prestations internes des ingénieurs en techniques de chauffage, ventilation, climatisation, sanitaire et électricité ainsi que les techniciens qui seront en charges de réaliser les réceptions des infrastructures et le mise en service.

Aujourd'hui le plan de recrutement des ressources relatives à ces 4 projets d'envergure représente un montant de l'ordre de 6,8 mios. Il représente de manière lissée 5 EPT sur la période et est le suivant :

Plan d'engagement	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Organisation	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	
prix/moyen	160'000.-	160'000.-	160'000.-	160'000.-	160'000.-	160'000.-	160'000.-	0.-	0.-	0.-	1'120'000.-
Architecte	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	
prix/moyen	290'000.-	290'000.-	290'000.-	290'000.-	290'000.-	290'000.-	290'000.-	145'000.-	145'000.-	0.-	2'320'000.-
Sécurité			0.2	0.2	0.2	0.2	0.2		0.0	0.0	
prix/moyen	0.-	0.-	28'000.-	28'000.-	28'000.-	28'000.-	28'000.-	0.-	0.-	0.-	140'000.-
Ingénierie	1	2	2	2	2	2	2	1	1	0	
prix/moyen	140'000.-	280'000.-	280'000.-	280'000.-	280'000.-	280'000.-	280'000.-	140'000.-	140'000.-	0.-	2'100'000.-
Ateliers	0	0	1	2	2	2	2	1	0	0	
prix/moyen	0.-	0.-	100'000.-	200'000.-	200'000.-	200'000.-	200'000.-	100'000.-	0.-	0.-	1'000'000.-
Nb EPT	4	5	6.2	7.2	7.2	7.2	7.2	3	2	0	4.9
Dépenses annuelles	590'000	730'000	858'000	958'000	958'000	958'000	958'000	385'000	285'000	0	6'680'000.-
Solde disponible											6'768'247.-
Réserve											88'247.-

Pour poursuivre l'analyse uniquement sur les architectes, la croissance des dépenses par EPT architecte, et cela pour les projets pilotés, passera de 3.17 mios par an à 5.24 mios par an.

Par ailleurs, un poste d'architecte expérimenté en interne représente un coût d'environ 160'000.- charges patronales comprises. Avec un overhead de 20% le collaborateur interne coûte de l'ordre de 200k€/an. Les réalisations à forte composante technique ou en forte imbrication avec l'exploitation sont généralement exécutées en interne car le « know how » du milieu hospitalier est un avantage indéniable dans la limitation des risques et des incidents. Cela représente également une non-dépense de l'ordre de 40 à 50% et cela s'explique par plusieurs facteurs :

- La connaissance des procédures et des techniques optimise grandement la rapidité d'intervention
- La proximité et la connaissance du site
- Les séances de coordination sont réduites (les collaborateurs se coordonnent sur de nombreux projets lors d'une même rencontre)
- Certaines prestations peuvent être réduites, ou supprimées, comme les rapports de programmation, les séances de coordination avec le Maître de l'ouvrage, la validation des concepts,.....