

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET

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])

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

La santé mentale est devenue une priorité en termes de santé publique. Cette prise de conscience fait apparaître la santé psychique comme un bien social de première importance qui doit être protégé, promu, maintenu et, si nécessaire, restauré. Ainsi, l'objectif général de la politique en santé mentale du Canton de Vaud est de maintenir et d'améliorer l'état de santé psychique de la population, comme de garantir un accès équitable aux soins.

Au cours des dernières années, on assiste à un changement progressif de l'attitude à l'égard des troubles mentaux et à une meilleure appréciation de leur importance en termes de coûts humains, sociaux et économiques. La dichotomie entre la santé psychique et physique s'estompe au profit d'une conception intégrative : "La santé mentale et la santé physique sont deux aspects fondamentaux liés entre eux et étroitement interdépendants. Les progrès des neurosciences et des traitements psychiatriques montrent que les troubles mentaux sont, comme les maladies physiques, le résultat d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux" (*Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale, nouvelles conceptions, nouveaux espoirs. Genève, OMS, 2001*).

Le projet clinique et architectural pour le site de Cery a été pensé et développé selon les priorités fixées dans le plan d'actions 2007-2012 en matière de politique de santé mentale du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du programme de législature 2007-2012 du Conseil d'Etat (et qui est reconduit dans le programme de législature 2012-2017). Le projet apportera des améliorations notables dans de nombreux domaines en permettant en particulier:

- d'offrir un environnement thérapeutique garantissant le respect du droit et de la dignité des patients ainsi que des conditions optimales pour la qualité et l'économicité des soins ;
- d'augmenter la capacité et l'efficacité du dispositif de soins afin de faire face à une demande de santé croissante dont les coûts sociaux, humains et économiques ne peuvent être négligés, et cela dans un contexte de forte pression budgétaire ;
- d'offrir un espace où la sécurité est garantie sans entraver pour autant la mobilité des patients et des professionnels et en maintenant l'ouverture sur le monde ;
- de dédramatiser, pour les patients et leur famille, " l'entrée dans les soins " afin d'assurer une meilleure adhésion au traitement, gage d'un pronostic plus favorable à moyen et à long termes ;

- d'intégrer la mission universitaire de l'hôpital comme un facteur de développement et de renouveau en offrant un campus universitaire attractif dans un cadre naturel préservé pour la formation, la recherche et les nombreuses activités et manifestations scientifiques qui se déroulent chaque année grâce au dynamisme des divers groupes cliniques et de recherche qui y sont installés ;
- de mettre à disposition des professionnels un environnement de travail adapté aux valeurs et aux pratiques d'une psychiatrie contemporaine tout en favorisant la relation de soins. Cette amélioration doit faire de l'Hôpital de Cery un site attractif contribuant au recrutement de professionnels compétents formant une relève cantonale de grande qualité ;
- de renforcer une image positive d'un hôpital ouvert et accueillant, notamment à l'égard des familles et des proches.

Avec 48% des lits psychiatriques du Canton, l'Hôpital de Cery occupe une place essentielle dans le dispositif de soins psychiatriques vaudois par le volume de ses activités cliniques et par son rôle clinique universitaire, ceci à triple titre:

- en tant que principal centre de formation à l'échelle vaudoise et romande ;
- en tant que lieu d'intégration et de renforcement mutuel de la clinique et de la recherche avec des secteurs très dynamiques dans les domaines notamment des neurosciences, de la psychopharmacologie, de l'épidémiologie psychiatrique, de la psychothérapie, et de la psychiatrie légale ;
- enfin, en tant que lieu d'innovation et d'évaluation des pratiques avec le développement de nombreux programmes spécialisés. Certains de ces programmes ont servi d'" expériences pilotes " avant d'être généralisés à l'ensemble du canton (équipes mobiles, soins de transition, prises en charge précoces, etc.), alors que d'autres sont devenus des programmes cantonaux desservant l'ensemble de la population vaudoise (toxico-dépendance, handicap mental, maltraitance intrafamiliale, etc.).

Le but du présent exposé des motifs et projet de décret (EMPD) est de solliciter, suite au crédit d'étude accordé par le Grand Conseil en avril 2007 (EMPD n° 405) et au crédit d'étude additionnel (décembre 2008), un crédit d'ouvrage (Procofiév n° 300'049) qui permettra de développer sur le site de Cery un complexe architectural pour les deux principaux services hospitaliers actuels du site et pour les trois nouvelles unités proposées.

Les deux principaux services hospitaliers actuels

Les deux principaux services hospitaliers actuels du site (176 lits prévus, contre 175 actuellement) installés dans des bâtiments qui n'ont pas fait l'objet d'adaptations notables depuis plus de trente ans et qui ne répondent plus aux critères de qualité et de sécurité de prises en charge attendus aujourd'hui par les professionnels et les usagers (taille des unités, sanitaires en nombre insuffisant, surfaces communes insuffisantes, chambres à 4 lits dans certaines unités, manque de locaux de réunions, etc.) :

- le Service de psychiatrie générale (PGE) qui s'adresse à la population adulte de 18 à 65 ans (actuellement 95 lits)
- le Service de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) qui s'adresse à une population de plus de 65 ans (actuellement 80 lits).

Trois nouvelles unités

Trois nouvelles unités pour lesquelles une construction est proposée sur le site de Cery afin de bénéficier de l'ensemble des services de soins et de soutien déjà existants. De plus, l'expertise développée par les filières spécialisées du Département de psychiatrie du CHUV est jugée indispensable pour développer ces nouvelles structures à vocation cantonale.

- Un Etablissement de réhabilitation sécurisé pour adultes (ERS, 20 lits). A l'exception de quelques lits à Bâle, il n'existe actuellement pas dans notre pays d'établissement approprié au sens où l'entendent les articles 59 et 64 du Code pénal, c'est-à-dire un établissement pouvant proposer des soins plus ou moins intensifs dans un contexte très sécurisé à des auteurs de délits pour lesquels un tribunal a prononcé des mesures thérapeutiques ou d'internement thérapeutique.
- Une Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM, 10 lits). Cette unité répond aux exigences de la Loi fédérale régissant la condition pénale des mineurs (DPMIn) qui prévoit que l'autorité de jugement peut prononcer des mesures de placement dans un établissement fermé avec une prise en charge thérapeutique. En outre, le Conseil d'Etat propose que cet établissement puisse accueillir des mineurs placés à fin d'assistance par la

justice civile. L'unité, dont la vocation est principalement cantonale, aura pour mission d'offrir des soins individualisés et un projet éducatif spécifique à des mineurs souffrant de troubles psychiques et du comportement importants.

- Une Unité d'hospitalisation psychiatrique de crise (14 lits) et d'hospitalisation de jour (16 places) pour des personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM). La création d'une unité psychiatrique pour les personnes souffrant d'un handicap mental est devenue une nécessité reconnue par l'ensemble des partenaires concernés (Service de prévoyance et d'aide sociales [SPAS], Service de la santé publique [SSP], établissements socio-éducatifs, structures sanitaires, associations de parents concernés par le handicap mental, etc.). Elle répond au besoin de prise en charge en milieu spécialisé de patients handicapés mentaux en situation de crise évolutive provoquant des troubles majeurs du comportement.

Le crédit d'investissement présenté dans le présent document constitue une étape majeure dans l'adaptation des infrastructures psychiatriques cantonales aux besoins sanitaires et sociaux de la population et aux pratiques d'une médecine contemporaine, humaniste et scientifique. Ces projets font l'objet d'un seul et même décret dans le but de favoriser les synergies et le regroupement indispensables de certaines activités. La concentration/densification des activités cliniques du site de Cery offre l'opportunité de créer des infrastructures communes en termes d'espaces et d'installations techniques.

Les travaux annoncés dans le crédit d'étude pour le bâtiment des Cèdres ne sont pas inclus dans cette demande d'investissement. En effet, ce bâtiment historique, classé en note "2", souffre d'un degré de vétusté avancé et il convient d'envisager une intervention plus globale que celle prévue initialement. Dans un premier temps, le choix a été de prioriser les besoins cliniques, bien qu'à l'évidence des travaux conséquents seront nécessaires pour le bâtiment des Cèdres.

1.2 Le site et ses activités : nécessité d'une vision globale et intégrée des fonctions hospitalières

A l'image de la psychiatrie, le site de Cery s'est développé ces dernières années en diversifiant son offre de soins et en développant une importante activité de recherche et d'enseignement.

1.2.1 Implantation actuelle des fonctions sur le site

- 1 Sept unités hospitalières du service de psychiatrie adulte
- 2 Cinq unités hospitalières du service de psychiatrie de l'âge avancé
- 3 Unité hospitalière de toxicodépendances
- 4 Unité hospitalière d'alcoologie
- 5 Hôpital de jour et les ateliers de réhabilitation
- 6 Consultation spécialisée de réhabilitation
- 7 Dispositif de liaison pour le handicap mental
- 8 Consultation spécialisée du SMPP
- 9 Unité d'expertises
- 10 Autres consultations spécialisées en lien avec l'activité des unités précitées
- 11 Centre de neurosciences psychiatriques
- 12 Centre d'étude du comportement
- 13 Institut de psychiatrie légale
- 14 Centre d'épidémiologie psychiatrique et de psychopathologie
- 15 Auditoriums et salles de conférences
- 16 Bibliothèque
- 17 Salles d'enregistrement vidéo
- 18 Cuisine
- 19 Restaurant du personnel
- 20 Ateliers techniques
- 21 Archives
- 22 Logements du personnel
- 23 Administration
- 24 Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)
- 25 Sentinelle (ONG humanitaire)
- 26 Fondation « La Pouponnière et l'Abri », garderie pour les enfants du personnel du CHUV

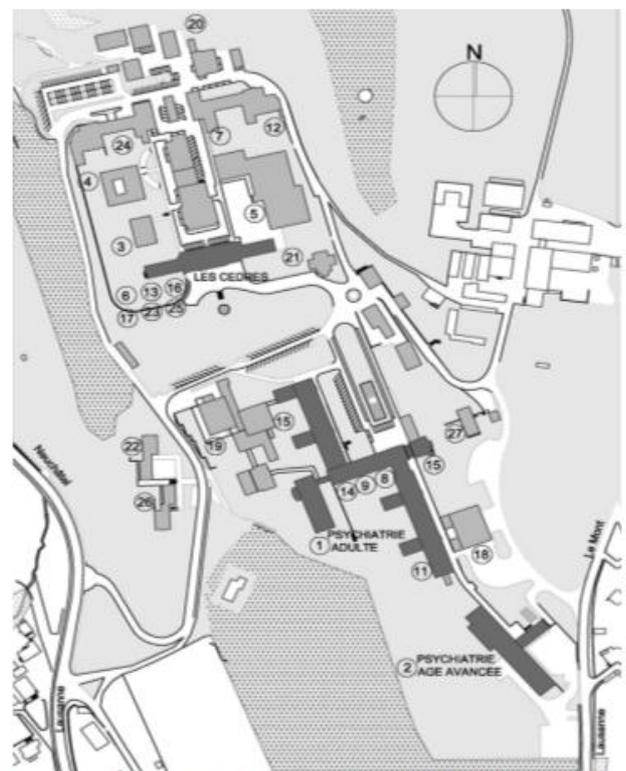


Figure 1 – Site de Cery, implantation des différentes fonctions

Comme on le verra dans la suite du document, l'échelle des transformations envisagées permet d'embrasser, dans une vision d'ensemble, toutes les activités localisées sur le site de Cery. En termes de gestion du site, il existe de trop nombreuses interdépendances et complémentarités entre ces fonctions (processus cliniques, plan d'accès, circulation et parking, dispositifs de sécurité intégrés, logistique générale et service de maison, etc.), ce qui nécessite une analyse détaillée puis des interventions architecturales séparées.

De plus, face aux incertitudes concernant la demande de soins hospitaliers des prochaines années (vieillesse de la population, croissance démographique, nouvelles clientèles, précarisation et nouveaux problèmes sociaux, etc.), il est nécessaire de concevoir un complexe hospitalier à la fois mieux intégré, plus souple et modulaire.

En ce sens, une gestion commune des lits et des infrastructures hospitalières entre les services de psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé est indispensable. Ainsi, la limite conventionnelle de 65 ans qui sépare la prise en charge de l'adulte et des personnes âgées ne correspond souvent plus à une nécessité thérapeutique ni à un critère d'indication pertinent sur le plan clinique. Nombre de patients ayant dépassé cet âge pourraient bénéficier du type de soins prodigués en psychiatrie adulte et, à l'inverse, les problèmes démentiels survenant chez des patients moins âgés seraient mieux traités en psychiatrie de l'âge avancé.

En termes d'aménagement général du site, la réorganisation et le redéploiement des fonctions doivent avoir pour effet de les concentrer géographiquement selon leur nature et les synergies pouvant être développées entre elles.

1.2.2 Hôpital

Le Service de psychiatrie générale (PGE) et le Service de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) sont installés dans des bâtiments construits respectivement en 1959 et 1963 qui n'ont pas fait l'objet d'améliorations notables depuis 30 ans. Aujourd'hui, ces bâtiments ne permettent plus de satisfaire à l'évolution des besoins ni aux programmes et standards de soins actuels. Si les structures ambulatoires peuvent s'adapter aux variations quantitatives ou qualitatives de la demande de soins, il n'en est pas de même au sein des unités d'hospitalisation dont le fonctionnement est fortement déterminé par les contraintes architecturales. Or, l'architecture de ces bâtiments a été conçue peu de temps après les découvertes majeures de la psychopharmacologie (1952 pour les neuroleptiques, 1954 pour les antidépresseurs) et donc avant que les possibilités thérapeutiques offertes par ces découvertes ne soient pleinement exploitées.

Certes, les locaux ont été progressivement réaménagés et régulièrement rafraîchis au cours du temps, mais ils ne répondent plus aux critères de qualité et de sécurité de prises en charge attendus aujourd'hui par les professionnels et les usagers (taille des unités, sanitaires en nombre insuffisant, surfaces communes insuffisantes, chambres à 4 lits dans certaines unités, manque de locaux de réunions, etc.). La distance entre les différents lieux de soins sur le site pénalise les patients à mobilité réduite, crée des difficultés et limite l'organisation des soins. La structure des unités hospitalières est mal adaptée aux filières spécialisées qui s'y sont développées. Les divisions sont éloignées les unes des autres, ce qui rend difficile la collaboration entre elles, en particulier quand surgissent des problèmes aigus de sécurité. Une organisation architecturale autorisant plus de synergies entre les unités de soins est indispensable au traitement des patients. En raison des contraintes architecturales, le nombre de lits attribués aux unités est aujourd'hui hétérogène allant d'une douzaine à plus d'une vingtaine de lits ; cette situation nuit à une répartition cohérente et équitable des dotations en personnel en raison d'effets de seuil. A cet égard, un nombre de 16 à 18 patients par unité de soins est reconnu comme optimal : le nombre de collaborateurs infirmiers pour de telles divisions est le même que si elles n'hébergeaient que 12 patients. Au-delà de 18, les tensions liées à la cohabitation de patients souffrant de lourdes pathologies psychiatriques sont beaucoup plus importantes.

Evolution de la capacité de l'hôpital

Au cours des deux dernières décennies (1987-2010), le nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique sur le site de Cery s'est considérablement réduit :

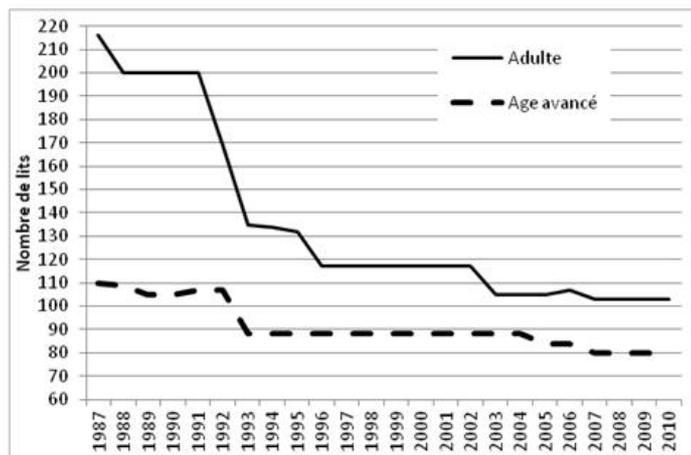


Figure 2 – Evolution du nombre de lits

Cette réduction est particulièrement manifeste pour le secteur hospitalier adulte dont l'effectif inclut la dizaine de lits de l'unité de toxicodépendances créée en 1997 (*La Calypso*). On passe ainsi de 216 lits en 1987 à 105 lits en 2010, soit près de 52% de diminution des capacités hospitalières. Au cours de cette période, on observe également une diminution sensible des lits en psychiatrie de l'âge avancé qui passent de 110 lits en 1987 à 80 en 2010, soit une diminution de 27% du nombre de lits. Cette diminution s'est opérée en trois étapes :

- la fermeture de plusieurs divisions de patients chroniques à Cery au début des années 90. Au cours de cette période, la mission de l'hôpital s'est recentrée sur les soins psychiatriques aigus. Les patients chroniques concernés par la fermeture de ces divisions ont été orientés vers des établissements socio-éducatifs ou médico-sociaux mieux adaptés à un hébergement au long cours, voire ont pu regagner un domicile personnel grâce au développement des structures ambulatoires ;
- au milieu des années 90 (95-96), les mesures prises dans le cadre du programme d'économie Orchidée conduisent à la fermeture d'une vingtaine de lits ;
- enfin, au début des années 2000 (2002-2003), la mise en place de chambres de soins intensifs conçues et aménagées pour accueillir des patients présentant un état de décompensation sévère (avec un risque auto- ou hétéro agressif) s'est opérée en diminuant d'une douzaine d'unités le nombre de lits de soins aigus.

Cette diminution des capacités hospitalières s'observe dans d'autres organisations de soins psychiatriques. Au niveau suisse, elle anticipe les recommandations formulées par la Conférence des directeurs sanitaires (CDS) en 2007 qui préconise un taux de 70 lits pour 100'000 habitants. En effet, dès 2003, ce taux est de l'ordre de 64 lits pour 100'000 habitants (sur une population de 300'000 habitants, regroupant celle du Secteur psychiatrique Centre augmentée d'une part de la population cantonale correspondant aux patients hors secteur pris en charge à Cery).

En termes de politique sanitaire et d'organisation du système de santé, la diminution de la capacité hospitalière en psychiatrie répond à cinq grands principes de planification :

1. L'hôpital psychiatrique est un lieu de soins aigus orienté vers le retour dans la communauté des personnes atteintes dans leur santé mentale.
2. En amont de l'hôpital, un système d'urgence et des consultations psychiatriques sont développés pour investiguer, orienter et fournir les soins ambulatoires adéquats en lien avec le réseau social et sanitaire du patient (services sociaux et autres partenaires socio-sanitaires, médecins installés, proches, tutelle, justice, etc.).
3. En aval de l'hôpital, ce même dispositif ambulatoire offre des soins permettant de maintenir un cadre thérapeutique, de soutenir le rétablissement et de prévenir les réhospitalisations.
4. Au terme de la phase aiguë de son hospitalisation et lorsque son retour au domicile n'est pas possible en raison de son état de santé, le patient est orienté dès que possible vers un lieu de vie adéquat (EMS, foyers socio-éducatifs ou autres structures d'accueil résidentiel).
5. Enfin, des programmes communautaires se sont développés dès le début des

années 2000 pour assurer des soins de transition entre les différents paliers de la prise en charge psychiatrique. Les équipes mobiles, les soins de transition à la sortie de l'hôpital, la liaison en EMS ou dans les institutions socio-éducatives, la détection et le traitement précoces des troubles psychotiques sont parmi ces programmes qui assurent une orientation optimale des patients, préviennent les ruptures de traitement qui péjorent le pronostic et augmentent les risques (notamment suicidaires), améliorent l'accessibilité des structures de soins (orienter le patient au bon moment vers la bonne ressource).

Les capacités hospitalières des unités de soins de l'adulte et de l'âge avancé prévues dans le présent projet se fondent sur la confirmation de ces principes de planification sanitaire dans le champ de la psychiatrie. Le maintien d'un taux de l'ordre de 50 à 70 lits d'hospitalisation en soins psychiatriques généraux pour 100'000 habitants est visé (hors nouvelles unités car elles concernent des populations cibles distinctes). Dans le futur, nous faisons l'hypothèse que l'accroissement de la population vaudoise devrait être contrebalancé par une diminution du recours à l'hospitalisation (en lien notamment avec l'évolution des structures du réseau sanitaire : création d'EMS psychogériatriques, création de structures intermédiaires telles que les Centres d'Accueil Temporaires - CAT), une évolution des pratiques cliniques ou une diminution de la durée de séjour. Dans ce contexte, il est difficile de dire quel sera l'impact sur l'activité ambulatoire de la psychiatrie. Le dispositif architectural peut permettre une extension pour faire face à une augmentation des demandes au cas où ces hypothèses ne se vérifieraient pas. Dans un premier temps, la création des nouvelles unités présentées dans ce projet permettra également de décharger les secteurs psychiatriques et psychogériatriques.

Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS) et du nombre d'admissions

Les données d'activité de l'hôpital au cours des deux dernières décennies sont en concordance avec l'évolution des capacités hospitalières et les principes de planification énoncés dans la section précédente. La figure 3 montre l'évolution des durées moyennes de séjour (DMS) et des admissions pour les unités hospitalières de l'adulte. Entre 1987 et 1993, la DMS s'accroît jusqu'à plus de 60 jours. Cette augmentation correspond précisément aux sorties des patients chroniques qui, cumulant parfois des durées de séjour de plusieurs années, " tirent " la moyenne vers le haut (la DMS étant calculée à la sortie du patient). Dès 1993, on observe une très forte diminution de la DMS qui passe de 60 jours à une trentaine de jours. Cette période correspond au recentrage de l'hôpital sur sa mission de soins aigus.

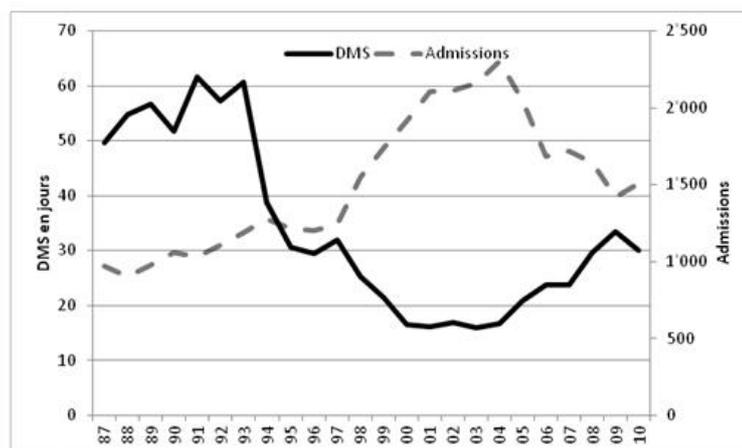


Figure 3 – Evolution de la DMS et des admissions dans le secteur adulte

De 1995 à 1997, la DMS se stabilise autour d'une trentaine de jours avant d'entamer une nouvelle diminution pour atteindre une valeur inférieure à 20 jours durant les années 2000 à 2004. Au cours des dernières années (2005-2010), la durée de séjour s'accroît à nouveau pour se stabiliser autour d'une trentaine de jours en 2010. Cette dernière augmentation s'explique par le transfert, dès 2005, vers l'ambulatoire de patients souffrant de troubles de la personnalité qui réalisaient des séjours hospitaliers brefs et répétitifs. Le développement d'une consultation adaptée a permis de réduire sensiblement les hospitalisations de cette cohorte de patients.

Comme le montre la figure 4, l'augmentation massive des admissions entre 1997 et 2004 s'explique largement par l'accroissement des réhospitalisations en particulier celles qui se réalisent dans un intervalle de 6 mois (181 jours) suivant la dernière hospitalisation (surface gris foncé sur la figure 4).

En effet, alors que le nombre de premières admissions reste relativement stable sur toute la période (autour de 500 par année), la proportion des réhospitalisations s'accroît pour atteindre un maximum en 2004.

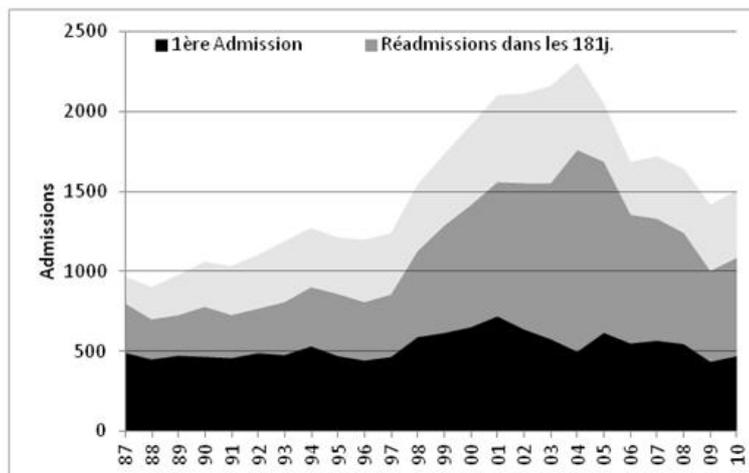


Figure 4 – Réadmissions hospitalières dans le secteur adulte

En psychiatrie, il est parfois préférable d'accepter la possibilité d'une réadmission plutôt que d'allonger un séjour avec le risque d'une désinsertion sociale, d'une perte d'autonomie et d'une dépendance croissante à l'égard de l'institution. La prise de conscience de ces effets potentiellement iatrogènes des longues hospitalisations psychiatriques a conduit à la révision, durant les années 90, du modèle de prise en charge hospitalière à Cery.

Avec moins d'amplitude, l'évolution de la fréquentation hospitalière dans le service de l'âge avancé suit les mêmes tendances que dans le service adulte (figure 5) : forte diminution de la DMS jusqu'en 1998, puis stabilisation autour de 90 jours. Là aussi, la durée de l'hospitalisation des personnes âgées se limite progressivement à la phase aiguë de la maladie. Dès que les symptômes sont suffisamment stabilisés et qu'un traitement peut être envisagé en dehors de l'hôpital, le patient est transféré vers un lieu de vie adéquat (le domicile ou un EMS lorsque la situation du patient l'exige).

En psychiatrie de l'âge avancé, on assiste également au début des années 2000, au renforcement du dispositif ambulatoire regroupant deux hôpitaux de jour, une consultation générale, une consultation de la mémoire, une équipe mobile, une unité de liaison auprès des EMS et un programme de soutien aux aidants naturels. Comme pour les adultes, ces structures contribuent grandement à prévenir les hospitalisations et à diminuer les durées de séjour, à maintenir dans la communauté les patients âgés en leur fournissant des soins adéquats, à soutenir les établissements médico-sociaux, les médecins traitants et les proches participant à la prise en charge du patient au-delà de l'hôpital.

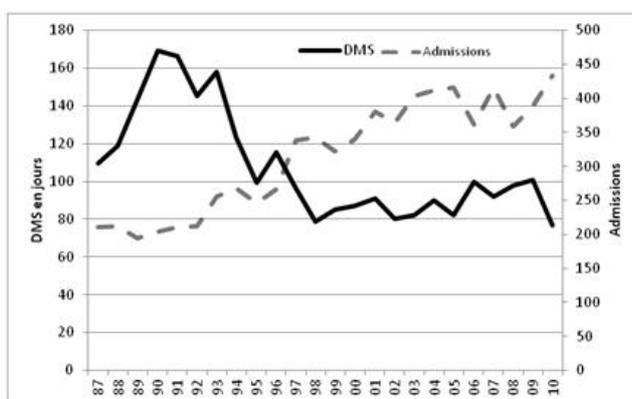


Figure 5 – Evolution de la DMS et des admissions dans le secteur de l'âge avancé

La figure 6 montre que, contrairement au service de l'adulte, les taux de réadmission dans le service de l'âge avancé restent relativement constants au cours du temps (autour de 65% de premières admissions, 18% de réadmissions dans les 181 jours et 17% de réadmissions à plus 181 jours). Cette différence est liée, d'une part, à la durée des séjours sensiblement plus longue pour l'âge avancé et, d'autre part, à la trajectoire et au profil des patients plus fréquemment orientés vers des établissements médico-sociaux en raison d'une perte d'autonomie.

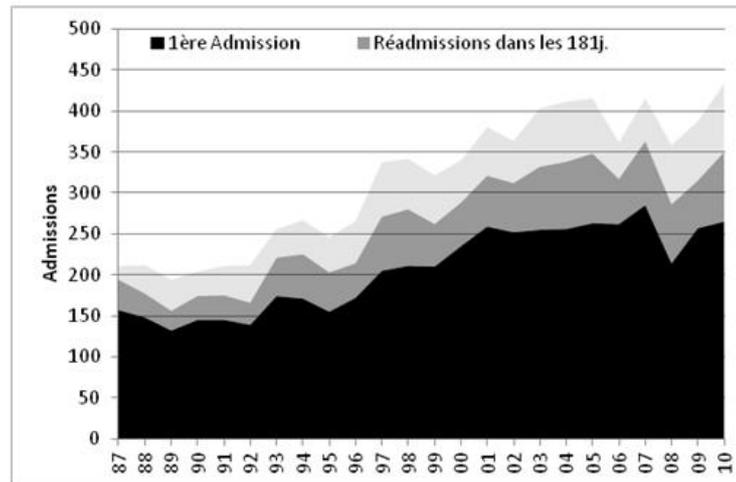


Figure 6 – Réadmissions hospitalières dans le secteur de l'âge avancé

1.2.3 Recherche et enseignement

Cery est un carrefour où chercheurs, cliniciens et étudiants se retrouvent au sein d'un même site. Dans le domaine de la formation, le site de Cery est particulièrement dynamique. Les activités de formation se répartissent en trois catégories :

- la formation pré-graduée : universitaire, HES, ES et CFC ;
- la formation post-graduée : pour les médecins assistants et soignants du Canton de Vaud et de toute la Suisse romande (à l'exception de Genève) ;
- la formation continue, incluant les congrès, les symposiums scientifiques et les conférences publiques.

La recherche se développe soit à partir des centres et des instituts de recherche constitués, soit à partir de programmes de recherche clinique et translationnelle intégrés dans les services de soins. Par ailleurs, l'hôpital accueille de nombreux étudiants et stagiaires dans le cadre de leur formation universitaire et/ou professionnelle.

1.3 Les besoins de la psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé, et les dysfonctionnements actuels des bâtiments

1.3.1 Les besoins de la psychiatrie adulte

Aujourd'hui, l'hôpital psychiatrique est un lieu de soins ouvert, accueillant une population de plus en plus diversifiée. Les exigences en matière de qualité du cadre, du respect de l'espace privé, de l'hygiène, de la possibilité d'accueillir la famille et les proches, se sont également accrues. Par ailleurs, les divisions fermées ont disparu, les mesures de contraintes sont limitées au strict nécessaire et étroitement protocolées. Des efforts importants, notamment en lien avec les associations de patients, ont été faits pour déstigmatiser la prise en charge psychiatrique aux yeux des patients, des proches et du public.

Les locaux actuels ne sont pas adaptés aux exigences sanitaires. La rénovation de l'Hôpital doit prévoir une amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des familles et des proches en créant de nouveaux espaces et en proposant les améliorations telles que :

- permettre un hébergement des patients dans des conditions adéquates avec des chambres de 1 ou 2 lits ;
- doter chaque chambre de sanitaires complets adaptés et respectant la sphère privée ;
- créer des espaces de soins psychiatriques intensifs dans chaque division pouvant accueillir jusqu'à 3 patients. Cet espace doit répondre à des normes élevées de sécurité pour assurer la

prise en charge de situations cliniques d'agitation majeure et/ou présentant un risque important pour le patient ou des tiers. Il doit comprendre des aménagements spécifiques en termes de qualité, de sécurité et de protection du patient et du personnel, tout en permettant de minimiser et de nuancer le niveau de contraintes suivant l'évolution clinique du patient. Par exemple, la possibilité d'ouvrir cet espace sur un jardin sécurisé doit être étudiée.

L'amélioration du cadre contribuera ainsi grandement à faire de l'hôpital psychiatrique un lieu de soins " comme les autres " et à favoriser l'adhésion aux traitements d'une clientèle parfois réticente.

1.3.2 Les besoins de la psychiatrie de l'âge avancé

Des améliorations réalisées dans l'urgence ces dernières années doivent aujourd'hui être complétées par d'autres mesures induisant une redistribution des fonctions et portant sur les points suivants :

- permettre un hébergement des patients dans des conditions adéquates avec des chambres de 1 ou 2 lits ;
- doter chaque chambre de sanitaires complets et adaptés et respectant la sphère privée ;
- adapter les espaces collectifs des unités en ce qui concerne leur organisation, leur taille, les espaces de circulation et les espaces extérieurs de façon à mieux assurer les soins aux patients.

Le rez inférieur accueille diverses fonctions qui font le lien avec l'extérieur, aussi bien pour les patients que pour les proches et le public accédant à l'hôpital. La sécurisation de ces espaces n'est pas adaptée pour pouvoir améliorer la prise en charge des patients dans le cadre de l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur.

En raison de l'exiguïté actuelle des locaux, les fonctions communes de consultation ne peuvent se dérouler dans de bonnes conditions et concernent tout le personnel médical et paramédical en incluant des locaux additionnels qui font aujourd'hui défaut : bureaux, salles d'entretiens, salle d'attente patients-familles. Leur localisation devra faciliter les relations des soignants avec l'entourage des patients ainsi qu'avec le public ayant recours à l'hôpital.

1.3.3 Les dysfonctionnements actuels des bâtiments

Comme déjà énoncé dans la demande de crédit d'étude, la disposition actuelle des fonctions et l'équipement des bâtiments considérés posent des problèmes très sérieux d'obsolescence et d'exploitation dans les domaines suivants:

La sécurité

- la sécurisation des fenêtres pose des problèmes d'aération. Le moment où ce problème est le plus aigu, en particulier pour les patients âgés qui sont une population à risque, est la période de forte surchauffe estivale ;
- la dispersion géographique des unités de soins dans le bâtiment de la psychiatrie adulte rend difficile l'intervention en urgence des soignants (menace d'agression, incendie, etc.) dans une autre unité que la leur ;
- la gestion individuelle des accès n'est pas possible ;
- des non-conformités par rapport aux normes de sécurité (AEAI, OLT3, OLT4) doivent être corrigées.

La vétusté des bâtiments

- l'enveloppe des bâtiments et les infrastructures techniques ne permettent plus une efficacité énergétique satisfaisante et engendrent des frais d'exploitation croissants ainsi qu'un climat intérieur inadéquat (problèmes de chauffage, mauvaise isolation, amplitudes thermiques importantes, etc.) ;
- la toiture du bâtiment du Service de psychiatrie de l'âge avancé contient de l'amiante : il est nécessaire d'assainir cette couverture dans le cadre de l'intervention générale qui sera effectuée ;
- le monte-lits et le monte-charge ne sont plus adaptés aux exigences actuelles.

Les espaces à disposition

- la configuration architecturale inadéquate du dispositif des admissions et de l'accueil

entraîne une perte d'efficacité :

- le contrôle des accès à l'hôpital n'est pas garanti, ce qui est dommageable en termes de sécurité,
- les deux réceptions actuelles de l'hôpital ne permettent pas de différencier le flux des urgences avec les mouvements des autres usagers (visiteurs, personnel, patients hospitalisés),
- une séparation est nécessaire afin de préserver des conditions d'accueil dignes et respectueuses à l'égard des patients, qu'ils soient en crise ou non, et des autres usagers.
- la distance entre les différents lieux de soins sur le site pénalise les patients à mobilité réduite, crée des difficultés et limite l'organisation des soins ;
- la prédominance de chambres à 4 lits : près de ¾ des patients âgés sont hospitalisés dans des chambres à 4 lits, ce qui pénalise la qualité et la sécurité des soins, ainsi que le respect de leur intimité ;
- un nombre clairement insuffisant d'infrastructures sanitaires dans les chambres des divisions (1 toilette pour 10 lits !) ;
- les locaux pour les entretiens thérapeutiques dans les unités de soins sont insuffisants, ce qui est préjudiciable à la qualité des entretiens d'investigation et de psychothérapie ;
- la localisation des desks infirmiers est inadaptée pour garantir une surveillance optimale des patients et la sécurité des traitements ;
- dans le Service de psychiatrie de l'âge avancé, la taille des espaces communs ne permet pas une distance suffisante entre patients : cette situation accroît leur niveau d'anxiété et leur agressivité ;
- la taille des espaces de soins handicape la performance des soins de base (nursing) et des soins psychiatriques.

La dispersion des activités

- les bureaux des médecins, des assistants sociaux et des secrétariats médicaux sont souvent très éloignés des divisions de soins dans lesquelles ils travaillent au quotidien, ce qui entraîne des nombreux trajets et une perte de temps ;
- l'organisation architecturale des circulations dysfonctionne sur l'ensemble du bâtiment accentuant le problème des déplacements du personnel et du transport de marchandises ;
- l'éparpillement des divisions empêche d'avoir une certaine souplesse dans la gestion des taux d'occupation des diverses sections spécialisées. Certains patients, en raison d'une surcharge temporaire de la section dans laquelle ils devraient être traités, sont hospitalisés ailleurs ce qui rend difficile l'accès aux programmes thérapeutiques les mieux adaptés à leur pathologie.

1.4 Historique et évolution du projet

1.4.1 Historique du projet

En juin 1992, le Grand Conseil accordait un crédit d'ouvrage pour la transformation d'une partie de la clinique de psychiatrie adulte, le pavillon Aster-Azur, comme prototype de ce qui pourrait être fait pour l'ensemble du site. Le même décret accordait également un crédit d'études pour projeter la transformation de l'ensemble de la Clinique de la psychiatrie adulte. Ces études ont été volontairement prorogées pour éviter que le projet ne se trouve en porte-à-faux par rapport à la réorganisation de la psychiatrie adulte pressentie en 1994 déjà.

De 1995 à 1998, l'hôpital se centre sur sa mission de soins psychiatriques aigus, suite à la fermeture de ses unités de long séjour au début des années 90. On observe, comme dit précédemment, une diminution massive de la durée des hospitalisations (de 60 jours à 16 jours dans le secteur adulte). Dès 1998 et au cours de la dernière décennie, l'hôpital s'organise suivant des filières de soins spécialisées tout en développant une orientation sociale et communautaire plus affirmée. Parallèlement, les services ambulatoires ont poursuivi leur développement (urgence/crise et liaison psychiatrique, traitement des toxicodépendances, réhabilitation en hôpital de jour, unité de psychiatrie communautaire, urgences, crise, liaison, investigation, concilium, expertises, etc.). Ce faisant, et loin du modèle asilaire, l'hôpital est devenu un élément dans un réseau de prises en charge plus larges et diversifiées.

Après la restructuration des services ambulatoires en 2006 (création d'une consultation centralisée à Chauderon pour les adultes et à la Riponne pour les personnes âgées), il était indispensable de

repandre les études pour inclure une analyse approfondie du fonctionnement des unités du Département de psychiatrie du CHUV et du potentiel d'adaptation des bâtiments actuels du site de Cery.

Au mois d'avril 2007, le Grand Conseil vaudois a accordé un crédit (EMPD n°405) de CHF 6.4 millions pour les études concernant le projet "site de Cery" en vue du renouvellement, de la transformation et de la restructuration des bâtiments de la psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé, de la réalisation d'un Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS) et de la création d'une Unité d'hospitalisation psychiatrique de crise et d'hospitalisation de jour pour des personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM). Un crédit d'études complémentaire (CHF 588'000.-) a été accordé en décembre 2008 visant la réalisation d'une unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM).

Suite à l'octroi des crédits d'études, le Département de psychiatrie, à travers une démarche participative engageant un grand nombre de collaborateurs entre mai 2007 et février 2008, a formulé de manière très précise les spécifications cliniques du programme des espaces de l'ensemble des unités, y compris les nouvelles entités (ERS, UPCHM et USPFM). Cette démarche a permis de mettre en cohérence les unités actuelles de la psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé et les nouvelles entités, d'établir les bases de leur fonctionnement et des synergies, ainsi que l'organisation optimale du site. Les rapports des groupes de travail pour chaque thématique ont été établis et validés par le comité de pilotage. Ceux-ci ont permis de consolider les bases du projet et le programme des espaces pour la préparation du concours de projets et la demande de crédit d'ouvrage.

Une démarche a également été conduite en 2008 avec le Service de la santé publique, à la demande de la direction du projet, pour confirmer que le nombre de lits prévus s'inscrivait de manière cohérente dans la planification des lits psychiatriques au sein du canton.

1.4.2 Conditions cadres du concours de projets à deux degrés

Comme prévu au crédit d'études et dans le cadre des procédures des marchés publics, le concours de projets d'architecture à deux degrés s'est déroulé entre 2009 et 2010. Sur un total de 30 inscriptions, 25 projets ont été admis au jugement du premier degré. L'objectif du concours au premier degré a été de proposer un plan de rénovation et d'extension du site de Cery répondant au crédit d'études, aux exigences du cahier des charges et du programme des espaces qui en découlait. Ainsi, le projet devait intégrer :

- un aménagement architectural permettant une organisation clinique efficiente en répondant aux exigences de qualité nécessaires à la prise en charge de patients avec des problèmes psychiatriques (de l'adolescence à l'âge avancé) ;
- une vision générale du site à long terme ;
- un aménagement du site permettant d'avoir une cohérence spatiale, architecturale, paysagère et urbanistique.

Le but du projet est de mettre le patient au centre du dispositif en traitant : son accueil et celui de ses proches, un environnement propice à une qualité optimale des soins, la meilleure synergie possible entre clinique, recherche et enseignement. Le projet doit également prendre en considération les questions liées aux conditions de travail des professionnels en offrant des espaces de travail fonctionnels, une circulation aisée dans les bâtiments et sur le site, une souplesse et une modularité possibles dans l'utilisation des locaux afin d'assurer la mobilité des ressources hospitalières et l'adaptation régulière à l'évolution de la demande.

Si au premier tour l'intérêt a porté sur la restructuration du site et la mise en place du cadre du projet avec un programme condensé des espaces, lors du deuxième tour, le programme portait exclusivement sur le crédit d'études avec le programme exhaustif des espaces et locaux précisé et détaillé avec toutes les conditions cliniques et techniques.

Les critères de jugement définis par le jury ont été les suivants (sans ordre hiérarchique) :

- qualité de l'insertion dans le site du projet délimité par le périmètre du crédit d'études, et à long terme ;
- qualité des aspects paysagers ;
- qualité du traitement architectural ;
- qualité de la recomposition fonctionnelle ;
- qualité des propositions relatives au développement durable et aux aspects énergétiques ;

- qualité des propositions concernant la mobilité des multiples usagers du site ;
- qualité de l'organisation, la faisabilité et l'économicité des étapes de chantier ;
- économie des moyens tant au niveau des investissements que de l'exploitation future du site.

La réorganisation générale du site vise à concentrer géographiquement les fonctions selon leur nature et les synergies potentielles que l'on souhaite développer entre elles. A long terme, les fonctions hospitalières seront regroupées dans le secteur Sud du site, délimité par le bâtiment des Cèdres ; alors que les fonctions relevant de la recherche et de l'enseignement seront regroupées dans le secteur Nord, à la manière d'un campus universitaire, favorisant les échanges et le partage des ressources et des compétences scientifiques et académiques. L'une des exigences du concours d'architecture était de maintenir une forte cohésion de l'ensemble des fonctions hébergées sur le site de Cery à travers une vision intégrée de son développement à moyen et long termes.

Tous les projets soumis au premier tour, à l'exception d'un seul, ont retenu l'option de réaliser des constructions nouvelles. A la lecture des projets, le jury a conclu que la rénovation des bâtiments actuels comportait plus de problèmes que d'avantages. A la fin du premier tour, sept projets ont été sélectionnés pour le deuxième tour.

Les espaces architecturaux appropriés (principes de l' " Evidence Based Design ") sont reconnus comme étant des éléments majeurs du cadre thérapeutique qui doivent ainsi refléter la relation de soins. Dans ce sens, le projet architectural privilégie :

- un système d'admissions et d'orientation unique qui permet un déploiement cohérent des fonctions hospitalières dans le bâtiment et sur le site de Cery ;
- une proximité et une modularité des unités cliniques qui facilitent la mobilité des ressources et l'adaptation des activités aux variations ponctuelles ou durables de la demande ;
- une gestion commune des espaces de soins intensifs, des salles de soins spécialisés et des ressources transverses (admissions, réception, secrétariat, etc.) ;
- une mise en valeur des espaces communs (lieux de promenades et jardins thérapeutiques, espaces d'échanges et de rencontres, lisibilité des repères et des cheminements) pour que l'hôpital ne soit pas qu'un lieu de soins mais également un lieu de vie ;
- des espaces et des chambres qui assurent le respect de la dignité, de la sphère privée et des droits de chacun (patients, professionnels, visiteurs et autres usagers du site).

1.4.3 Résultat du concours et réorganisation du projet

Le jury a désigné le projet lauréat " Deuxième peau " du Bureau d'architectes CCL (Casiraghi, Colombo, Leuzinger), avec une équipe pluridisciplinaire de mandataires (Bureau d'ingénieur civil Bonalumi-Monotti SA ; Bureau d'ingénieur électricité Elettroconsulenze Solcà ; Bureau d'ingénieur chauffage, ventilation et sanitaire F. Zocchetti ; Bureau des aménagements extérieurs vi.vo. architektur.landschaft gmbh).

Il convient de souligner la qualité conceptuelle du projet unanimement relevée par le jury lors du concours : " Le projet est habilement adapté au site et répond au cahier des charges et aux défis pour répondre à un hôpital psychiatrique de nouvelle génération. L'évolution entre le 1er et le 2e degré témoigne aussi de la sensibilité et de l'intelligence adaptative des auteurs. "

La première phase de travail a eu comme objectif de consolider l'avant-projet et d'optimiser les coûts. Durant cette phase, le projet lauréat a été revu sur la base de la critique et des recommandations du jury pour établir une proposition qui respecte le cadre financier déterminé par le Chef de Département du DSAS. La proposition finale consiste à réaliser partiellement le nouveau bâtiment et à reloger, dans le bâtiment actuel de l'âge avancé, une partie de l'activité avec les adaptations intérieures les plus économiques possibles. Cette option a été possible grâce aux efforts consentis par les différents partenaires du projet dans les aspects suivants :

- réduction substantielle du projet en termes de surface brute de plancher ;
- augmentation de 16 à 18 lits de la capacité d'accueil pour les unités de soins de l'adulte et de l'âge avancé ;
- construction partielle du nouvel hôpital ;
- relocalisation dans le bâtiment de l'âge avancé de l'Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS), ainsi que de 32 lits des unités de soins de l'adulte et/ou de l'âge avancé ;
- renoncement à la construction d'un parking souterrain de 100 places proposée dans le concours.

Au vu des incertitudes concernant la croissance de la population cantonale et l'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique (susceptible ou non de contrebalancer l'effet démographique), le projet du nouvel hôpital offre un potentiel de développement pour le futur en permettant la construction ultérieure d'étages supplémentaires sur le corps sud du nouveau bâtiment.

Pendant toute la durée des travaux, les activités hospitalières seront maintenues sans diminution de l'offre et sans atteinte au niveau de sécurité.

1.5 Définition et organisation des programmes hospitaliers inclus dans le projet

La figure ci-dessous résume l'organisation clinique des services hospitaliers elle indique les principaux critères d'orientation, le regroupement des unités de soins par spécialité et le nombre de lits correspondants. Toutes les unités prennent place dans le nouvel hôpital à l'exception de deux unités de soins de l'adulte et/ou de l'âge avancé (32 lits) et de l'ERS (20 lits) qui seront situées dans l'actuel hôpital de l'âge avancé.

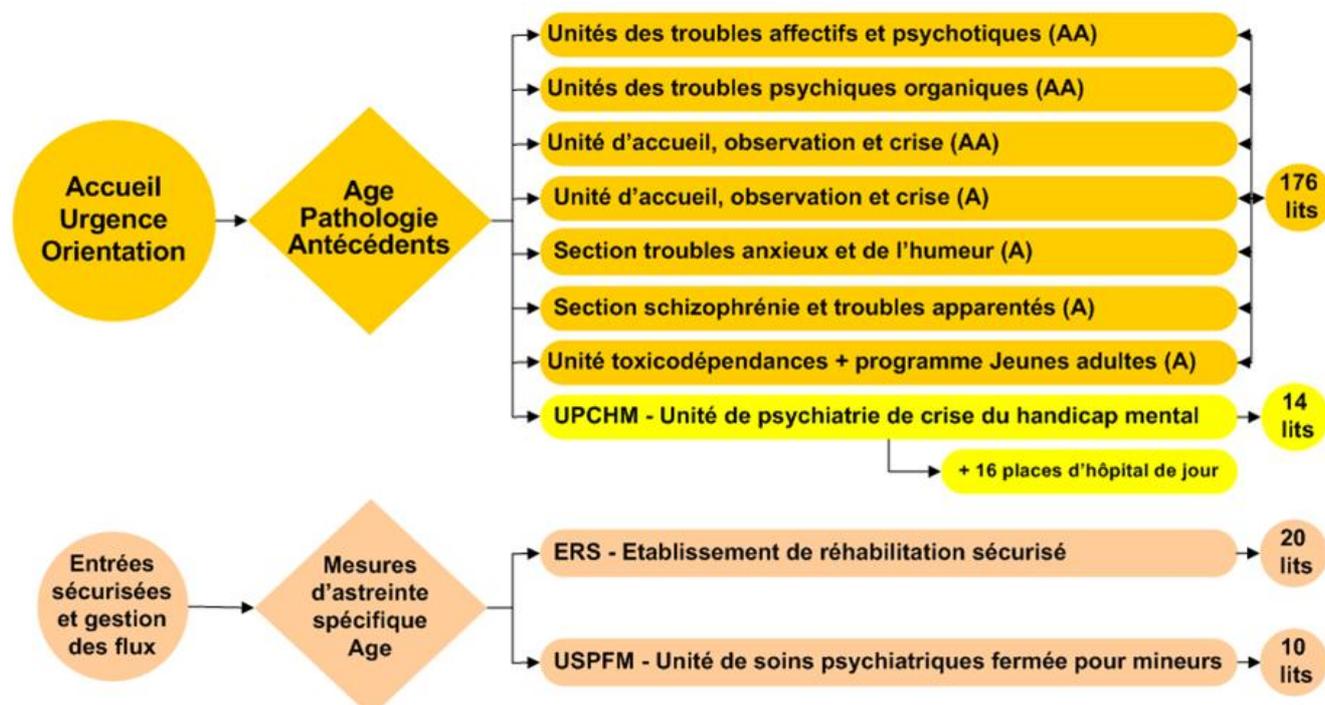


Figure 7 –Nouveau schéma d'organisation hospitalière, Unités de soins (AA âge avancé ; A adulte)

1.5.1 Le dispositif d'accueil, d'urgence et d'orientation

Un objectif important du projet est de pouvoir réorganiser les admissions hospitalières pour faire face aux variations de l'activité et assurer un contrôle des flux entrant et sortant. Il s'agit ainsi de concevoir un dispositif d'accueil, d'urgence et d'orientation pour l'ensemble des sections hospitalières qui aura le rôle de pôle d'accueil général du site. Cette réorganisation est déjà en cours du point de vue clinique par l'unification du service de garde entre la psychiatrie adulte et la psychiatrie de l'âge avancé. Ainsi, une seule entrée centrale accueillera les admissions et les visiteurs, ce qui permettra au personnel affecté à l'accueil des nouveaux patients de contrôler aussi les entrées publiques. Ce dispositif est conçu pour garantir une sécurité optimale dans l'un des "points chauds" de l'hôpital.

On recherche ainsi une meilleure ouverture sur l'extérieur et une qualité d'accueil soulignée par une architecture adaptée et lisible, une revivification de cet espace et une disposition plus fonctionnelle et plus économique des ressources cliniques transverses dans le cadre d'une conception élargie du dispositif d'accueil et d'orientation.

1.5.2 Les services hospitaliers de l'adulte et de l'âge avancé (A - AA)

Les services de l'adulte et de l'âge avancé accueillent principalement des patients domiciliés dans la zone de planification sanitaire Centre (15-20% de patients résident toutefois dans les autres zones de planification sanitaire).

Avec 176 lits sur les 220 lits que prévoit le projet, les services hospitaliers de l'adulte et de l'âge avancé constituent l'essentiel de la future capacité hospitalière du site. Ces lits sont répartis en 8 unités de soins (US) de 18 lits et 2 unités de soins de 16 lits. Les différentes unités de soins sont regroupées en sections spécialisées suivant le profil et la pathologie des patients (cf. figure 7 ci-dessus).

Le Service de l'adulte accueille des patients âgés de 18 à 65 ans présentant une ou plusieurs affections psychiatriques. Il s'organise en trois filières de soins spécialisées : la première a pour vocation l'investigation et le traitement des premiers séjours hospitaliers pour lesquels le diagnostic n'est pas connu ou incertain (accueil, observation et crise) ; la deuxième prend en charge des patients ayant un diagnostic avéré de troubles anxieux, de l'humeur ou de la personnalité ; la troisième s'est spécialisée dans le traitement des troubles du spectre de la schizophrénie.

Le Service de psychiatrie de l'âge avancé accueille des patients de plus de 65 ans – avec une moyenne d'âge de 79 ans – qui souffrent d'une ou de plusieurs affections psychiatriques aiguës. Cette clientèle présente des troubles cognitifs dans plus de 50% des cas. La plupart des patients ont des problèmes physiques (affections somatiques, troubles de la mobilité, troubles sensoriels, etc.) qui doivent être investigués et traités en cours de séjour.

Dans les deux services, l'approche thérapeutique est multidisciplinaire et réunit les compétences nécessaires pour cerner toutes les dimensions de la problématique (corps, esprit et contexte). Les soins sont individualisés et prodigués aux patients dans les unités de soins ou dans des locaux spécifiques (ergothérapie, psychomotricité, physiothérapie). Plusieurs groupes se réunissent dans des espaces définis pour des approches plus spécifiques (sociothérapie, groupes d'activités physiques ou de prévention des chutes pour les personnes âgées, groupes psycho-éducatifs, etc.).

On rappelle que ces deux services sont actuellement logés dans deux bâtiments datant de 1959 pour les unités de soins de l'adulte et de 1963 pour celles de l'âge avancé. A cet égard, les qualités majeures attendues du nouveau projet architectural sont le rapprochement et l'intégration des activités hospitalières des services de l'adulte et de l'âge avancé, ce qui permettra une grande souplesse dans l'utilisation des ressources et des compétences tout en préservant leur identité et la spécificité de leur approche.

Dans la plupart des cas, les patients sont admis à l'hôpital à la demande d'un médecin, interne ou externe au Département de psychiatrie du CHUV. La plupart de ces hospitalisations se font avec l'accord du patient, mais des hospitalisations d'office peuvent être ordonnées par un organe de justice (Justice de Paix pour les privations de liberté à fins d'assistance [PLAFA]) ou ordonnée par la justice civile ou pénale pour une expertise. Certains patients particulièrement bien connus de l'hôpital sollicitent eux-mêmes leur admission. Des accords peuvent être conclus avec certaines structures de soins extérieures (par exemple des foyers) pour des admissions facilitées. En principe, les séjours à l'hôpital sont brefs et ne durent que le temps nécessaire à la stabilisation de troubles psychiatriques momentanément décompensés. Il arrive cependant que des patients séjournent plus longuement à l'hôpital (plusieurs mois), car leur état ne permet pas un retour à domicile ni un suivi ambulatoire standard, mais nécessite, par exemple, le traitement d'une affection somatique intercurrente ou un placement dans un foyer ou un établissement médico-social, placement qui peut s'avérer difficile.

Les moyens thérapeutiques et diagnostiques disponibles à l'hôpital sont :

- l'investigation médicale des problèmes psychiatriques et, le cas échéant, somatiques ;
- la prise en charge pluridisciplinaire dans les unités de soins ;
- l'indication à des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques ;
- la prise en charge de certains problèmes somatiques ;
- la sociothérapie et la réhabilitation psychosociale ;
- la physiothérapie et la psychomotricité ;
- l'ergothérapie ou les activités occupationnelles dans des locaux spécialisés qui devront trouver leur place dans le nouveau dispositif hospitalier.

En cas de décompensation psychiatrique sévère associée à un risque majeur et imminent pour le patient ou pour autrui, des espaces de soins intensifs (ESI) sont aménagés pour assurer la qualité, la

sécurité et la protection du patient et du personnel. Une qualité importante de ce dispositif est de permettre de moduler le niveau de contrainte selon l'évolution clinique du patient. En effet, les soins intensifs ne sont pas nécessairement confinés dans une chambre aménagée (comme c'est le cas aujourd'hui), mais ils peuvent se dérouler dans un périmètre comprenant trois chambres, avec WC, une salle de bains, un espace commun et l'accès à une terrasse sécurisée. En principe, un traitement en ESI ne devrait pas excéder une semaine – mais des prolongations sont possibles, sur avis d'un médecin cadre et d'un infirmier cadre externes à l'unité concernée. Les patients placés temporairement en ESI ont un autre lit disponible pour eux dans l'unité.

En principe, les unités de soins sont ouvertes (sauf la nuit) ; elles peuvent être fermées en cas de nécessité (risque important de fugue d'un patient, par exemple).

On attend également du nouveau dispositif une amélioration sensible de la qualité de l'hébergement et de l'accueil des familles et des proches en créant de nouveaux espaces et en proposant un hébergement dans des conditions adéquates avec des chambres de 1 ou 2 lits, dotées de sanitaires complets, adaptées aux soins et respectant la sphère privée.

1.5.3 L'Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS)

Contexte

Actuellement, il n'existe pas dans notre canton d'établissement pouvant proposer des soins dans un contexte très sécurisé au sens des articles 59 et 64 du Code pénal. Un des principaux problèmes est le manque cruel de structures permettant la transition entre la prison et la vie dans la communauté, tout en procurant un suivi et un soutien psychiatriques adaptés, alors que ce passage est, de l'avis de tous les spécialistes, un moment clef du succès de toute réinsertion. Historiquement, le projet d'ERS s'inscrit dans la suite du projet d'EMS sécurisé qui n'avait pu aboutir à Payerne suite au refus de la ville, après votation, de vendre le terrain retenu à l'Etat de Vaud. Le projet actuel diffère sensiblement de ce premier projet, car il s'articule avec la rénovation d'ensemble du site de Cery et la structure proposée a une orientation thérapeutique plus marquée que celle proposée à Payerne. Par ailleurs, il s'agit d'un Etablissement de réhabilitation et non plus d'un lieu de vie qui était proposé à l'EMS de Payerne.

Dans les cas de délinquants souffrant de pathologie psychiatrique, la souplesse de la chaîne de soins est indispensable. Si, pour certains d'entre eux, les perspectives thérapeutiques sont malheureusement encore limitées et qu'il s'agit principalement de prendre à leur encontre des mesures sécuritaires d'internement, pour de nombreux patients psychiatriques ayant commis des délits, la prise en charge de leur pathologie permet une amélioration très nette de leurs difficultés et une réduction considérable du risque de récidive. Cette prise en charge doit aussi s'insérer dans une chaîne de soins souple, permettant des transitions entre des hospitalisations en milieu fermé et un accompagnement vers la vie communautaire.

Pour ces patients, l'expertise développée par les filières spécialisées du Département de psychiatrie du CHUV est très utile. Ainsi, l'Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS) bénéficiera de l'ensemble des structures de soins mises sur pied sur le site.

Ces dernières années, la pratique judiciaire pénale a conduit au prononcé fréquent de mesures thérapeutiques institutionnelles (art. 59 CP) ou d'internement (art. 64 CP) pour des délinquants souffrant de troubles psychopathologiques et ayant commis des violences contre autrui. Dans le Canton de Vaud, peu de places sont offertes avec un niveau de sécurité suffisant pour garantir l'efficacité de la mesure. Il en résulte qu'un grand nombre de délinquants exécutent ces mesures en prison, sans pouvoir y bénéficier d'un encadrement thérapeutique optimal à leur réinsertion. En 2010, 77 condamnés à une mesure thérapeutique institutionnelle (art. 59 CP) et 39 à une mesure d'internement (art. 64 CP) l'exécutaient ainsi dans l'une des prisons du Canton ; et en avril 2012, 43 délinquants sous le coup de l'art. 59 et 11 sous celui de l'art. 64 exécutaient la mesure dans un hôpital, un EMS ou un foyer socio-éducatif. L'ERS doit permettre d'exécuter des mesures en combinant un niveau de sécurité élevé et des soins psychiatriques de qualité.

A l'heure actuelle, les prisons vaudoises se trouvent confrontées à une augmentation du nombre de patients vivant en attente d'un lieu adapté à leur état psychique. Le besoin est de plus en plus pressant.

Mission et capacité de l'ERS

La capacité d'accueil de l'ERS (basée sur les résultats d'une étude réalisée en janvier 2009 au Département de psychiatrie) a été fixée à 20 lits et peut répondre à des besoins importants sans donner

à cet établissement une taille démesurée, difficile à gérer et susceptible d'infléchir la vocation générale du site de Cery. Il devra s'inscrire en complémentarité avec les unités de soins existant dans les prisons et les projets en cours de développement dans d'autres cantons. L'ERS sera un établissement cantonal ; il devra répondre aux objectifs thérapeutiques visant la réinsertion en garantissant le respect des contraintes sécuritaires. Cet établissement est mixte, pour des patients de 18 ans et plus. Deux filières sont possibles pour l'admission : la première, et la principale, est pénale (mesure thérapeutique institutionnelle, au sens de l'article 59 CP). Secondairement, et dans la mesure des disponibilités, une filière civile pourrait être développée pour quelques rares patients privés de liberté à fins d'assistance (art. 397a CC, PLAFa) qui présentent des risques de violence graves à l'égard d'autrui (notamment d'agression sexuelle).

Le projet thérapeutique est établi avant l'admission ; il résulte d'une évaluation interdisciplinaire et sera fixé sur une base contractuelle. Les soins proposés s'inscrivent dans une démarche de type réinsertion et réhabilitation psychosociales telle que conçue habituellement en psychiatrie. L'ERS doit être doté d'un périmètre intérieur entièrement sécurisé dans lequel les patients nouvellement admis vivront 24h/24. Afin de concilier ce type de sécurité avec les préoccupations de l'ensemble des usagers en termes de déstigmatisation de la psychiatrie et du site, il est essentiel de privilégier un bon équilibre entre le tout sécuritaire et l'espace ouvert. Il est donc primordial d'éviter de donner à cet établissement un aspect carcéral en recourant, par exemple, à un mur d'enceinte ou à des grillages. Les mouvements entrant et sortant seront concentrés en un lieu unique permettant d'exercer un contrôle efficace et de garantir ainsi la sécurité.

Dans le cadre du groupe de travail composé des différentes instances et services concernés (SPEN, Justice de Paix, SMPP), la possibilité d'accueillir dans les mêmes locaux des personnes faisant l'objet d'un internement au sens des articles 59 et 64 CP et d'autres patients faisant l'objet d'un placement à des fins d'assistance prononcé par la justice civile n'a pas fait l'objet d'une opposition ou d'une suspicion d'incompatibilité.

1.5.4 L'Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM)

Contexte

Dans le cadre de la Loi fédérale régissant la condition pénale des mineurs (DPMIn, article 15) entrée en vigueur au 1er janvier 2007, l'autorité de jugement peut prononcer des mesures de placement dans un établissement fermé avec prise en charge thérapeutique. Par un postulat du 20 septembre 2006 (POS/247), Mme la Députée Anne Weill-Lévy demande au Conseil d'Etat de créer, dans un bref délai, un établissement fermé destiné à accueillir les mineurs délinquants nécessitant une prise en charge psychiatrique. Le Conseil d'Etat prévoit alors de réaliser un établissement dans le cadre des projets de rénovations/reconstructions des infrastructures de l'Hôpital psychiatrique de Cery, profitant ainsi d'une opportunité de financement et de la dynamique de ce projet et des premières réflexions qui sont faites parallèlement au sujet de la création d'un Etablissement sécurisé accueillant des personnes adultes (ERS). Le Conseil d'Etat propose que cet établissement puisse également accueillir des mineurs placés par la justice civile à titre de mesures de protection du mineur en danger dans son développement. Cet objet a été intégré ensuite à la démarche du projet "Etudes site de Cery" suite à la procédure lancée par le SPJ sur mandat du Conseil d'Etat d'élaboration d'un EMPD complémentaire.

Mission et capacité de l'USPFM

Dans le postulat de Mme la Députée Anne Weill-Lévy, qui a abouti à la présentation et à l'octroi du crédit d'étude complémentaire en décembre 2008, la capacité d'accueil annoncée était de 20 places. Les évaluations du SPJ, du Tribunal des mineurs ainsi que l'impact des mesures civiles de protection ont permis de montrer que l'on est en fait confronté en permanence à 6 à 8 situations de ce type.

Par ailleurs, le concordat intercantonal entre les cantons romands n'a pas inclus ce type de prise en charge dans les institutions qu'il a créées. Après consultation de la Conférence intercantonale, le Conseil d'Etat vaudois, compte tenu de l'urgence déjà soulevée par le postulat de 2006, a décidé de réaliser une unité cantonale pouvant accueillir des mineurs placés par la justice pénale ou civile des autres cantons romands, qui paieraient les coûts complets de la prise en charge. Ainsi, en combinant les besoins cantonaux et les éventuels placements d'autres cantons (la facturation aux autres cantons comprendrait alors les frais de fonctionnement mais également une part d'investissement) pour ce type de prise en charge (pour autant que la disponibilité le permette), la capacité d'accueil de cette unité à vocation cantonale est de 10 lits.

Elle doit pouvoir accueillir garçons et filles pour lesquels la justice pénale ou la justice civile estime nécessaire, sur la base d'une expertise psychiatrique, que la prise en charge thérapeutique et éducative se fasse en milieu fermé pour garantir au mineur placé de bénéficier du traitement auquel il se serait, par exemple, soustrait en fuguant d'autres unités thérapeutiques. A cet égard, il tient lieu de préciser que l'actuelle Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA) du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) n'est pas équipée pour contenir ce type de patients et ne peut donc pas répondre dans des conditions acceptables à de telles demandes de placements formulées par la justice sur la base d'une expertise médicale.

Ainsi, le caractère fermé de la mesure n'a pas pour but de confronter le jeune à la contrainte éducative de la privation de liberté, mais de lui garantir les soins nécessaires et d'éviter qu'il se soustraie aux mesures thérapeutiques décidées par la justice pénale ou civile. Selon la Loi régissant la condition pénale des mineurs, ces mesures concernent des enfants ou adolescents de 10 à 18 ans pour lesquels plusieurs projets de placement éducatif ou thérapeutique ont été mis en place sans résultat. La durée moyenne du placement devrait être de l'ordre de 6 mois. La sécurisation nécessaire pour cet établissement doit concerner l'intérieur de l'unité en garantissant la sécurité des jeunes et du personnel. Elle doit également prendre en compte l'interface avec l'extérieur et limiter au maximum les possibilités de fugues et l'intrusion de personnes étrangères à l'unité, ainsi que d'objets et de produits divers. Enfin, les jeunes gens hébergés doivent être protégés des autres usagers et cela en prévoyant des dispositifs architecturaux permettant d'éviter la rencontre des mineurs hébergés à l'USPFM avec les adultes, patients ou visiteurs, présents sur le site, et tout particulièrement les patients de l'ERS.

Les valeurs essentielles de l'USPFM découlent de la " Recommandation CM/Rec(2008)11 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures ". On sera particulièrement attentif au respect de l'individu et de ses proches en offrant des soins individualisés de qualité et un projet éducatif spécifique. Le cadre devra être clairement défini le plus rapidement possible après l'entrée. Il convient de ne jamais oublier que la spécificité des mineurs qui seront placés dans l'USPFM est qu'ils souffrent de troubles psychiques et que leur comportement doit être interprété dans ce contexte.

Le placement sera toujours défini par une mesure judiciaire (pénale ou civile). Aucune entrée ne pourra avoir lieu en urgence. Le travail thérapeutique et éducatif se fera par des équipes multidisciplinaires travaillant dans le respect des compétences professionnelles spécifiques. Le résident devra participer aux activités définies dans le projet thérapeutique et éducatif et respecter les règles de l'USPFM. Les conséquences du non-respect de ces règles devront être clairement énoncées dans un règlement. Si des mesures de contrainte devaient exceptionnellement être prises, elles devront respecter strictement les dispositions du droit pénal des mineurs ou du droit civil (PLAFA), ainsi que les directives et le canevas de protocole " Institution spécialisée et mesures de contrainte " du DSAS de l'Etat de Vaud. La description de ces règles et des mesures prises en cas de transgression devront figurer dans le concept éducatif qui sera présenté via le SPJ à l'Office fédéral de la justice dans le cadre de la procédure de reconnaissance de cette unité comme pouvant bénéficier des subventions prévues dans la Loi fédérale sur les prestations de la Confédération dans l'exécution des peines et des mesures, civiles ou pénales (LPPM).

Cette nouvelle unité sera un pôle de compétences auprès des autres institutions d'éducation spécialisée accueillant des mineurs qui doivent pouvoir bénéficier d'un appui psychiatrique. Ainsi, à titre d'exemple, l'établissement de détention pour mineurs, sis à Palézieux, et le Centre pour adolescents de Valmont, sis à Lausanne, pourront bénéficier des compétences de l'USPFM dans le cadre de l'appui que le SUPEA apporte aux institutions spécialisées et de conseil au niveau cantonal. Cette nouvelle unité se distingue très clairement de celle de Palézieux (qui est un établissement carcéral et non pas de soins) et de Valmont (qui est prévu pour des séjours de brève durée, dont le niveau de sécurité est moins élevé et qui ne dispose pas du personnel sanitaire dont bénéficiera l'USPFM).

Le groupe de travail qui a planché sur la définition de cette future structure (composé d'un juge pour mineurs, et de cadres du SPJ et du SUPEA) n'a, à aucun moment, mis en évidence qu'il n'était pas juridiquement admissible de faire cohabiter dans cette nouvelle unité des mineurs faisant l'objet d'une mesure pénale et d'autres faisant l'objet d'un placement à des fins d'assistance (405a CC).

1.5.5 L'Unité d'hospitalisation pour les personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM)

Contexte

A la fin du 20e siècle, l'évolution de la psychiatrie clinique a restreint la mission de l'hôpital psychiatrique, en l'orientant essentiellement sur le traitement intensif à court terme des épisodes psychopathologiques aigus, ce qui a déclenché un processus de "déhospitalisation" des malades mentaux chroniques. Dans ce contexte, au tournant des années 1980-90, la prise en charge institutionnelle à long terme des personnes handicapées mentales fut exclusivement attribuée à des établissements socio-éducatifs (ESE), dont la prise en charge est plus adéquate et plus économique. Ce processus a provoqué la fermeture des deux divisions (30 lits) réservées à l'hospitalisation des personnes handicapées mentales dans le cadre de la clinique psychiatrique universitaire de Cery, c'est-à-dire la suppression de l'ensemble du dispositif cantonal de soins hospitaliers spécialisés dans le domaine du handicap mental. Par la suite, les manifestations du handicap mental ne furent en elles-mêmes plus considérées comme un motif de recours au milieu psychiatrique hospitalier. Dans ces conditions, l'indication de l'hospitalisation fut strictement limitée au traitement à court terme des épisodes de troubles psychiques aigus caractérisés pouvant perturber occasionnellement et, dans certains cas, l'évolution des personnes handicapées mentales. Depuis la disparition des moyens hospitaliers spécialisés, les critères d'admission et de durée des hospitalisations en milieu psychiatrique s'avèrent trop restrictifs pour les personnes affectées d'un retard mental sévère avec des troubles majeurs de la communication et du comportement. Cette limitation des hospitalisations en milieu psychiatrique des patients souffrant d'un handicap mental et traversant une crise aiguë avec des troubles majeurs du comportement a conduit à plusieurs situations où les foyers socio-éducatifs se sont trouvés débordés, et ont recouru à un usage disproportionné et abusif de mesures de contrainte (isolement, attachement). De plus, même lors d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, la cohabitation des handicapés mentaux avec les autres catégories de patients psychiatriques pose généralement d'importants problèmes relationnels. Dans ces conditions, en l'absence d'équipement approprié dans les unités ordinaires de soins hospitaliers et en raison du manque de personnel socio-éducatif dans les équipes médico-soignantes, des dysfonctionnements importants perturbent fréquemment le traitement hospitalier des patients présentant un double diagnostic d'affection psychiatrique et de handicap mental.

En raison de la convergence des champs médical et socio-éducatif dans le domaine du handicap mental, le cadre des prises en charge découle d'une réglementation qui se fonde sur deux bases légales différentes, à savoir la Loi sur la santé publique (LSP) dans le champ médical et la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) dans le champ socio-éducatif. D'un côté comme de l'autre, par principe, cette réglementation interdit toute mesure de contrainte à l'égard de personnes handicapées. En cas de troubles majeurs de la communication et du comportement, lorsqu'un épisode critique est susceptible de provoquer des réactions violentes, le respect de cette réglementation pose des problèmes difficiles à résoudre, notamment en milieu socio-éducatif où il arrive que soient utilisées des mesures de contraintes (isolement ou attachement), pour maîtriser diverses formes (occasionnelles, récurrentes ou persistantes) de troubles du comportement. En de telles circonstances, une mesure de contrainte temporaire peut tout de même être prescrite, à titre exceptionnel, dans une situation où le comportement de la personne handicapée mentale s'avère dangereux pour elle-même ou pour l'entourage, mais à condition que d'autres mesures moins restrictives aient échoué ou n'existent pas. En cas de prolongation (au-delà de 24 heures) ou de répétition (régulière) de ce genre d'exception, des justifications doivent être soumises à la détermination du Médecin cantonal, lequel représente l'autorité sanitaire de référence dans le cadre du Comité de révision de l'application du règlement sur les mesures de contrainte (CoREV), c'est-à-dire l'autorité compétente pour déterminer la validité éventuelle d'une mesure de contrainte exceptionnelle, en définissant les conditions et les limites de son application dans le cas particulier. En l'occurrence, la réglementation précise que *"Les pratiques et protocoles thérapeutiques de l'hôpital psychiatrique sont appliqués et ses compétences sont requises"*. Dans ces conditions, des personnes affectées d'une arriération mentale sévère peuvent être transférées en milieu psychiatrique hospitalier en raison de la violence de leur comportement. Cependant, en l'état actuel du dispositif psychiatrique hospitalier cantonal, ces hospitalisations ont lieu dans des unités de soins intensifs ordinaires dont l'équipement n'est pas suffisamment adapté aux besoins des personnes handicapées mentales. Il en résulte des complications pour l'application de procédés conformes aux directives de la LSP concernant la limitation, la réduction progressive puis l'abandon des mesures de contrainte. Cet état de fait accentue

donc la nécessité de créer une unité hospitalière spécialement équipée pour éviter les mesures de contrainte lors du traitement des épisodes critiques où des troubles psychopathologiques majeurs sont intriqués dans les manifestations du handicap mental.

La localisation de l'UPCHM sur le site de Cery présente d'importants avantages, notamment celui d'intégrer cette unité dans l'ensemble du dispositif de soins psychiatriques présent, en particulier pour la faire bénéficier d'une connexion au dispositif général de garde médicale et d'accueil des admissions, et aussi pour lui conférer de bonnes possibilités d'accès au système d'intendance (cuisine centralisée, services de maison, d'entretien des bâtiments, de facturation et de gestion courante, etc.) ainsi qu'à diverses compétences médico-techniques spécialisées (laboratoire, pharmacie, unités de psychopharmacologie ou de recherches dans le domaine des neurosciences, etc.).

Mission et capacité de l'UPCHM

Le profil des patients pris en charge à l'UPCHM est très différent de celui que nous retrouvons avant les années 80-90 dans les structures hospitalières (accueil à visée résidentielle). Comme son nom l'indique, l'unité sera une structure de "crise" ; ce dispositif hospitalier et para-hospitalier est destiné uniquement au traitement à court ou moyen terme des épisodes de troubles psychiatriques aigus (traitement des décompensations aiguës le temps nécessaire à la stabilisation des symptômes aigus) qui rendent momentanément impossible le maintien du patient dans son lieu de vie habituel (domicile ou foyer socio-éducatif). En aucun cas, l'UPCHM n'aura une vocation résidentielle au long cours, bien au contraire la mission de cette unité est précisément de permettre le retour dans le lieu de vie habituel du patient dès que sa situation clinique le permet. Il ne s'agit donc pas de faire de l'hôpital psychiatrique un lieu de vie pour personnes souffrant d'un handicap mental.

L'UPCHM est une unité à vocation cantonale, d'une capacité de 14 lits et de 16 places en hôpital de jour (traitement ambulatoire sans lit). Cette structure est destinée à tous les patients handicapés mentaux adultes qui souffrent d'une affection psychiatrique aiguë (troubles du comportement, troubles de l'humeur, anxiété, démence, psychose ou toxicomanie), en situation de pré-crise ou de crise. Ces personnes peuvent nécessiter une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour. Le projet de l'UPCHM met en œuvre une continuité des soins articulant des activités cliniques diversifiées allant des soins hospitaliers aux soins ambulatoires en passant par des mesures thérapeutiques intermédiaires sous forme de soins hospitaliers de jour orientés vers la réinsertion dans le lieu de vie habituel du patient. Dans ce contexte, l'hospitalisation de jour constitue une alternative à l'hospitalisation.

1.6 Description du projet faisant l'objet de la demande de crédit d'ouvrage : le nouveau bâtiment hospitalier

1.6.1 Situation

Le nouveau bâtiment prend place du côté Est de la clinique actuelle, et est adossé à la colline. Cette situation, en plus de permettre une bonne organisation des étapes de chantier, offre à la face principale du bâtiment (Façade Ouest) une magnifique perspective visuelle en direction du Lac Léman. Cette situation sera effective lors de l'étape 3 suite à la démolition de la clinique actuelle en 2018-2019. L'implantation du bâtiment, qui se développe selon un axe Nord-Sud, permet d'optimiser les espaces extérieurs qui seront dévolus à toute la collectivité (public, patients, collaborateurs).

Le regroupement des activités dans le bâtiment principal offre une importante amélioration fonctionnelle permettant d'organiser la fonction d'accueil au centre du dispositif hospitalier en proposant toutefois une entrée bien différenciée pour les urgences.



Figure 8 – Plan général du site avec le projet du nouveau bâtiment hospitalier

1.6.2 Solution proposée

Le programme se compose de blocs fonctionnels à l'intérieur desquels vont se déployer les différentes unités hospitalières. La structure de ces blocs se présente comme suit :

PROGRAMME DES ESPACES	NOUVEL HOPITAL		ADAPTATION Bât. de l'âge avancé (HPAA)		Surface par lit *
	<i>(Surface utile)</i>		<i>(Surface utile)</i>		
	Surfaces intérieures utiles	Surfaces extérieures	Surfaces intérieures utiles	Surfaces extérieures	
GENERAL - Fonctions communes					
	<i>Nombre de lits</i>				220
Accueil orientation	645				
Restaurant et cafétéria public et patients	367				
Salles pour la clinique, la formation et la recherche	359				
Sous-total	1'371				6.23
CLINIQUE ADULTE ET AGE AVANCE (A-AA)					
	<i>Nombre de lits</i>				176
FONCTIONS COMMUNES CLINIQUES					
Physiothérapie Ergothérapie Psychomotricité Sociothérapie(PEPS)	355				
Consultations bureaux	1'027				
Espaces personnel	128				
UNITE DE SOINS - HOPITALISATION					
8 Unités de Soins Adulte-Age Avancé, avec 18 lits	4'548				
Espaces extérieurs des unités		588			
2 Unités de Soins Adulte-Age Avancé, avec 16 lits			1'186		
LOCAUX PARTAGES ENTRE DEUX UNITES DE SOINS					
Espaces de soins intensifs ESI	312				
Consultation entretiens (locaux communs partagés entre deux unités)	714				
Sous-total	7'084	588	1'186		46.99
UNITE PSYCHIATRIQUE DE CRISE POUR LE HANDICAP MENTAL (UPCHM)					
HOSPITALISATION					
	<i>Nombre de lits</i>				14
Unité des soins - hospitalisation	650				
Espaces de soins intensifs	62				
Espaces extérieurs		170			50.86
HOPITAL DE JOUR ET CONSULTATIONS					
	<i>Nombre de lits d'hôpital de jour</i>				16
Hôpital de jour	244				15.25
Consultations	261				
Espaces extérieurs		542			
Sous-total	1'217	712			
ETABLISSEMENT DE REHABILITATION SECURISE (ERS)					
	<i>Nombre de lits</i>				20
Entrée sécurisée et distribution			180		
Espaces de vie communs et thérapeutiques			636		
Espaces de soins intensifs			67		
Consultations			188		
Unité des soins - hébergement			462		
Espaces personnel et technique			62		
Espaces extérieurs sécurisés				400	
Sous-total			1'595	400	79.75
UNITE DE SOINS PSYCHIATRIQUE FERMEE POUR MINEURS (USPFM)					
	<i>Nombre de lits</i>				10
Entrée sécurisée et distribution	154				
Espaces de vie communs et socio-éducatifs	238				
Consultations	137				
Soins et accompagnement	120				
Espaces de soins intensifs	51				
Unité des soins - hébergement	257				
Espaces personnel et technique	55				
Espaces extérieurs sécurisés		838			
Sous-total	1'012	838			101.20
Total surfaces utiles A-AA, UPCHM, ERS, USPFM					
	10'684	2'138	2'781	400	
SURFACES TECHNIQUES ET SOUS-SOL : A-AA - UPCHM - ERS - USPFM					
LOCAUX TECHNIQUES ET SOUS-SOL	704		484		
Total A-AA, UPCHM, ERS, USPFM (avec locaux techniques et sous-sol)					
	11'388	2'138	3'265	400	

* Sans les surfaces extérieures (terrasses).

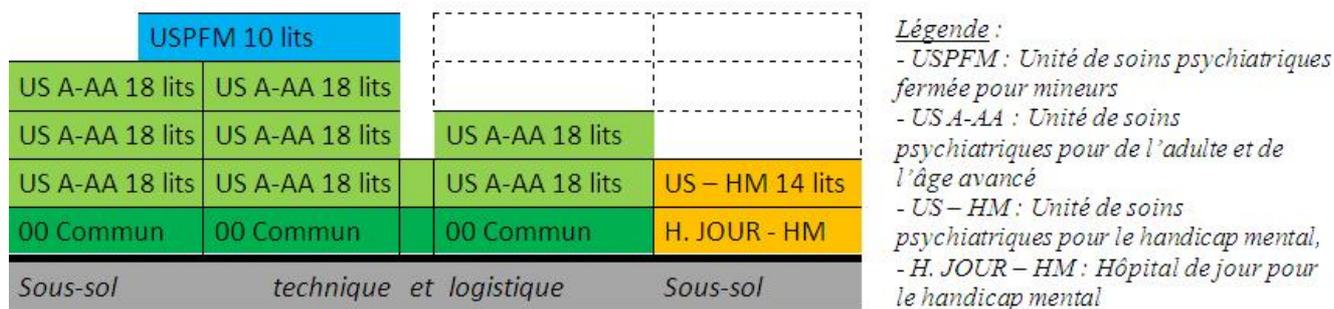
Les mètres carrés par lit en fonction des unités montrent certaines différences qui se justifient comme suit :

- Les unités de soins de la psychiatrie adulte et de l'âge avancé et l'unité d'hospitalisation de

- l'UPCHM ont été standardisées. Elles accueillent des patients pour des durées courtes.
- Les unités sécurisées pour adultes (ERS) et mineurs (USPFM) sont dévolues à des traitements de réhabilitation et non à de l'hospitalisation, ce qui a pour conséquence des durées moyennes de séjour plus importantes et nécessite des locaux complémentaires pour répondre à la nécessité de créer des " lieux de vie ". De plus, le caractère fermé de ces unités oblige à les doter en plus des espaces thérapeutiques, d'activités occupationnelles pour les adultes, et d'activités éducatives pour les mineurs. De ce fait, les surfaces des unités sécurisées sont plus grandes pour répondre aux besoins et à la gestion des patients.

Organisation du nouvel hôpital

La nouvelle géométrie de l'hôpital permet de répondre aussi bien aux exigences typologiques liées à l'activité qu'à celles de la topographie du site. L'organisation propose de créer quatre unités de soins par étage, réparties dans deux volumes séparés. La représentation schématique de l'organisation des unités de soins du nouvel hôpital est illustrée en coupe longitudinale dans la figure suivante :



Le sous-sol comprend les locaux techniques et logistiques et se raccorde au réseau des couloirs souterrains existants qui relient les différents bâtiments du site. Ces couloirs sont dédiés à la circulation logistique (repas, linge, déchets, etc.) ainsi qu'au passage des nappes d'infrastructures techniques.

Comme précisé dans la section sur le recadrage financier, la construction proposée est partielle. Cela permettra, si les besoins s'avèrent, de construire de nouvelles unités de soins dans une étape ultérieure. Le potentiel correspond à l'équivalent de cinq unités de soins. Cette possibilité d'extension pourra être réalisée à termes en fonction de l'évolution de la population cantonale selon les projections du Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS), et en lien avec les évolutions cliniques.

Fonctions communes, accueil principal unifié du site, urgences, réfectoire, auditoriums

Le rez-de-chaussée du nouveau bâtiment abrite les fonctions communes ainsi que des consultations psychiatriques, des salles communes et l'hôpital de jour du handicap mental. La partie centrale " grand public " comprend les fonctions d'accueil pour tous les usagers de l'hôpital (internes et externes). Cet accueil doit permettre de gérer l'ouverture de l'hôpital et de garder un contrôle général de l'établissement. Une zone spécialement dédiée à la prise en charge des urgences et des consultations somatiques des patients psychiatriques se trouve derrière la réception. Pour assurer la confidentialité de ces prises en charge, cette zone bénéficie, de plus, d'une entrée séparée.

Autour de la zone d'accueil se situent les services tels que les salles d'attente pour les visiteurs, la médiathèque, l'espace interreligieux, la cafétéria et restaurant pour les patients, le personnel et une des salles polyvalentes. Ces dernières sont destinées aux colloques, aux formations, aux entretiens et sont de tailles diverses. De plus une grande salle est prévue en lieu et place des celles qui seront démolies dans l'ancien bâtiment. Pour répondre à cette mixité d'activité elles seront localisées en un seul et même lieu afin d'en assurer une meilleure gestion.

Ces salles sont indispensables pour assurer le bon fonctionnement des unités de soins (colloques quotidiens des équipes et des réseaux, ateliers thérapeutiques, entretiens avec des familles, formations internes des équipes et des étudiants, etc.) et pour répondre à la mission universitaire (séminaires, congrès, formations post-graduées). Elles sont aussi sujettes d'accueillir des manifestations organisées en collaboration avec des partenaires externes (GRAAP, GHRV, formation continue des médecins de premier recours).

L'auditoire actuel, qui sera démolé lors de la première étape de chantier, a une capacité de 150 places. La grande salle prévue dans le nouveau bâtiment (180 m²) est conçue pour accueillir 100-120 places, et aura l'avantage de pouvoir être subdivisée en trois salles de taille équivalente avec 33-40 places. Le dispositif est complété avec 4 salles de taille moyenne (2x18 et 2x12 places) et 4 salles de petite taille

(4x 6 places). Cette flexibilité permet de réduire l'investissement global grâce à une meilleure souplesse d'exploitation et une utilisation accrue possible car les salles ne seront plus dispersées dans tout le bâtiment.

Aujourd'hui, les repas des patients sont exclusivement servis en divisions et le site de Cery compte une seule cafétéria (qui comprend 176 places) destinée aux collaborateurs et étudiants pour prendre leur repas ; en dehors de ces tranches horaires, elle est également à disposition des patients. L'ouverture du restaurant aux patients est maintenant usuelle dans les hôpitaux psychiatriques, et est en vigueur dans les autres hôpitaux du canton de Vaud (Prangins, Yverdon et Nant). Ainsi, la volonté du nouvel hôpital est de disposer d'un restaurant destiné aux patients, capables de s'y déplacer, et aux professionnels (dont le nombre va s'accroître avec les nouvelles structures envisagées : ERS, USPFM, UPCHM). Cette solution amène une optimisation des espaces collectifs qui diminue la place dévolue aux repas des patients dans les unités de soins.

Ce restaurant sera dédié au deux tiers des patients adultes et à environ la moitié des patients de l'âge avancé (estimation du nombre des patients 65 adultes + 40 âge avancé = 105). Cette centralisation permet aussi de rationaliser le service restauration. Les surfaces dévolues ont été calculées au plus juste en tenant compte d'un tournus de places à l'heure des repas (de l'ordre de 2). Les conséquences sur l'exploitation ont été intégrées dans les prévisions des charges d'exploitation (chapitre 4.4.1.).

Unités de soins de l'adulte et de l'âge avancé

Actuellement les unités de soins ont des tailles diverses selon les évolutions historiques. La volonté est de standardiser ces unités pour une meilleure souplesse de fonctionnement clinique. En outre, les unités de soins ont été groupées par deux pour permettre un meilleur partage des ressources, en particulier les espaces de soins intensifs, la pharmacie, les consultations médicales et le secrétariat. Ce groupement permet également une gestion plus sécuritaire de l'ouverture de l'unité :

- chaque unité est dotée de 18 lits (deux unités qui resteront dans l'ancienne clinique de l'âge avancé conserveront 16 lits), soit de 10 chambres individuelles et de 4 chambres doubles, toutes équipées de salle de douche. Attenant au desk de l'unité, une partie des chambres peut être fermée pour permettre une meilleure surveillance des cas lourds tout en maintenant le reste de l'unité ouverte ;
- les soins intensifs (espaces fermés par rapport au reste de l'étage) sont centralisés pour faciliter l'accès des équipes des deux unités. Ces espaces sont composés de trois chambres, d'un séjour et d'une terrasse pour faciliter le travail thérapeutique et optimiser les ressources du personnel tout en améliorant la qualité de l'accompagnement lors de ces étapes critiques ;
- les espaces communs (séjour, terrasses, ...) permettent de créer un lien spatial et visuel entre les unités tout en les séparant. L'accès aux unités est positionné à la convergence des regards croisés des desks des soins. Toutes les unités de soins sont standardisées.



Figure 9 – Organisation spatiale d'un étage

Unité de soins psychiatriques pour le handicap mental (US – HM) et hôpital de jour

Ces patients manquent d'autonomie car leur faculté de discernement de même que leur capacité d'autocontrôle et d'auto-détermination sont considérablement réduites par la déficience intellectuelle dont ils sont affectés. Par ailleurs, l'expérience clinique montre que la cohabitation de ces personnes avec d'autres types de patients est très défavorable, tant pour les uns que pour les autres, en raison des problèmes relationnels et des troubles du comportement induits par le handicap mental. Par conséquent, pour ne pas aggraver artificiellement le manque relatif d'indépendance, d'autonomie et d'aptitudes sociales des patients accueillis dans la structure, il convient de simplifier l'agencement des espaces et d'aménager des voies de circulation intérieures adaptées à leur déficience. Il s'agit donc d'offrir une sécurisation appropriée des éléments constituant l'hébergement et l'hôpital de jour. Il faut toutefois favoriser la déambulation tout en limitant autant que possible les risques de désorientation, de fugues ou de confrontations aléatoires et superflues avec les personnes fréquentant les autres unités de soins hospitaliers du site de Cery.

La partie Sud du rez-de-chaussée abrite l'hôpital de jour du handicap mental ce qui lui offre une double entrée. D'un côté, il est possible d'y accéder par l'accueil principal et, de l'autre, de manière

directe depuis l'extérieur. Cette position lui permet d'avoir un périmètre propre, tout en restant intégré aux services communs généraux.

L'hôpital de jour est composé d'une série de salles thérapeutiques polyvalentes afin d'adapter les activités aux divers patients et groupes. En complément, les bureaux de consultations, de psychiatrie de liaison et de recherche se trouvent en contiguïté, facilitant la gestion clinique des ressources de l'unité. Un jardin thérapeutique à l'usage exclusif de l'unité est aménagé.

Au 1er étage se situe l'unité d'hospitalisation, en superposition directe de l'hôpital de jour. La circulation entre les deux parties se fait par un escalier interne. L'organisation de cette unité est identique à celles des autres unités de soins, mais dimensionnée pour 14 lits. Toutefois, l'UPCHM dispose d'un espace de soins intensifs propre, similaire à ceux des autres unités dans sa structure et son fonctionnement, mais limité à 2 chambres au lieu de 3.

Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM)

Elle est située au dernier étage de la partie nord du bâtiment. L'arrivée est possible grâce à un ascenseur priorisé depuis le rez-de-chaussée et débouche sur l'entrée sécurisée, permettant ainsi le contrôle des flux.

Les patients et collaborateurs de cette unité disposent d'une terrasse importante pour les diverses activités sportives et de loisirs. Le développement du projet a permis d'avoir une attention particulière sur les spécificités d'un tel programme en particulier sur les aspects ci-dessous :

- le dispositif de contrôle des patients et visiteurs entrants et sortants qui, comme précisé, est un espace stratégique par lequel passe la majeure partie des flux de l'unité ;
- l'admission des patients se fait dans des locaux dédiés se trouvant de plain-pied ;
- l'accueil des visiteurs et de la famille se fait dans de petits salons destinés à cette mission ;
- l'espace intérieur est conçu de manière à favoriser une dynamique de groupe ;
- les espaces de consultations (six bureaux individuels et deux bureaux partagés) sont accessibles depuis l'unité pour les familles et les professionnels du réseau, mais l'accès pourra être fermé aux patients ;
- les membres du personnel soignant et éducatif sont bien sûr appelés à être en lien avec les patients, ainsi ces locaux et surtout la salle d'équipe permettent un contact visuel sur l'unité d'hébergement et sur les espaces communautaires ;
- l'unité d'hébergement comprend dix chambres et leurs sanitaires, avec la possibilité de moduler la répartition des chambres entre les filles et les garçons. Les fenêtres des chambres ne devront pas s'ouvrir sur une partie publique du site mais sur un espace inaccessible de l'extérieur ;
- l'espace de soins intensifs, comprenant une chambre sécurisée, est localisé près de la salle d'équipe ;
- les espaces communs, d'activités thérapeutiques et socio-éducatives sont composés d'une salle à manger, d'une salle de classe, d'une salle de groupe thérapeutique, d'ateliers, d'espace polyvalent et de séjours ;
- une salle polyvalente intérieure permet des jeux en groupe et un accès sécurisé est ménagé pour se rendre à une salle de sport extérieure et partagée.

L'USPFM est un lieu de soins, soit un espace sans fumée. Pour les mineurs de plus de 16 ans, des mesures d'exception pourraient être prises. Ainsi, un jardin sécurisé avec un couvert fumeurs sera aménagé.

1.7 Description du projet faisant l'objet de la demande de crédit d'ouvrage : adaptation du bâtiment 20 (actuel bâtiment de l'âge avancé - HPA) pour l'Etablissement de réhabilitation sécurisé et deux unités de l'adulte et de l'âge avancé

1.7.1 Situation et organisation actuelles

Pour respecter le cadre financier, l'actuel bâtiment de l'âge avancé sera adapté aux nouveaux besoins à un faible coût de rénovation. A cet égard, les efforts se concentrent sur la mise aux normes et l'adaptation des espaces pour accueillir de manière adaptée et performante l'unité sécurisée pour adultes. Les locaux pour les unités de psychiatrie, quant à eux, subiront le strict minimum d'adaptations.

Ainsi, les transformations les plus urgentes qui devront être réalisées sont la mise en conformité technique et les adaptations constructives visant à supprimer les chambres à 4 lits. La capacité totale de

lits en sera diminuée permettant alors de trouver le meilleur équilibre entre la configuration des espaces, l'occupation future des chambres, les espaces de soins et ceux des activités thérapeutiques.

1.7.2 Programme et organisation

Pour faciliter la séparation entre les unités de soins de l'adulte et de l'âge avancé et l'ERS, une division horizontale du bâtiment est proposée selon la représentation en coupe ci-dessous. En effet, ce bâtiment se prête bien à cette organisation. Au rez inférieur, l'entrée au niveau du jardin soit à l'Ouest sera l'entrée principale de l'établissement sécurisé. Une autre entrée à l'arrière au Nord-Est sera dévolue au transfert des patients. Au rez supérieur, une troisième entrée du côté Sud-Est, ancienne entrée principale, permettra d'avoir accès à la cage d'escalier pour accéder aux étages supérieurs qui hébergeront les deux unités de soins permettant de compléter les capacités de l'adulte et de l'âge avancé de 32 lits.

HPAA	
US A-AA	US A-AA
US A-AA	Disponible
ERS 10 lits	ERS 10 lits
ERS	ERS
Sous-sol	terre plein

Légende :
 - US A-AA - Unité de soins psychiatriques de l'adulte et de l'âge avancé (32 lits avec deux unités de soins)
 - ERS - Etablissement de réhabilitation sécurisé

Au vu des contraintes précitées, les patients de psychiatrie de l'adulte, hébergés dans cette partie de bâtiment, seront plus autonomes que ceux hébergés dans le bâtiment principal. Pour les activités communes, ces patients se déplaceront au rez-de-chaussée du nouvel hôpital.

Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS)

Cet établissement occupe les rez inférieur et supérieur du bâtiment. L'entrée sécurisée sera située au rez inférieur dans la partie centrale. La salle d'attente, le salon pour les familles, la salle d'entretiens, le secrétariat et la salle d'admissions complètent cet étage, de même que les espaces thérapeutiques, la salle à manger, le salon TV et de jeux, le desk infirmier, les consultations et les bureaux.

Le rez supérieur sera dédié aux espaces de vie privée avec les chambres des patients. Les chambres actuelles à 4 lits seront occupées avec 2 lits et équipées de lavabos et WC. Une série de chambres individuelles équipées avec lavabo complètent le nombre de lits nécessaires. Les douches sont accessibles depuis le couloir. Dans l'aile Nord de cet étage l'espace de soins intensifs est composé de deux chambres. Deux salles réservées aux collaborateurs permettront de prendre leur pause à l'écart des patients sans avoir à quitter l'unité. C'est également dans cette partie Nord du bâtiment que se situe le jardin sécurisé pour les patients.

Unités de soins de l'adulte et de l'âge avancé

Les espaces des deux unités de soins, composés d'un programme équivalent à celui du nouvel hôpital, se situent sur les deux étages supérieurs. Comme dans l'ERS, les grandes chambres à 4 lits sont transformées en chambres à 2 lits. Les autres chambres seront des chambres individuelles. Hormis pour les consultations et les soins de l'unité, les patients se rendront au bâtiment principal pour les autres fonctions thérapeutiques. L'accès vers l'extérieur se fera par le hall du rez supérieur qui, à l'origine, était l'entrée principale de ce bâtiment.

Une moitié du 2^e étage reste disponible et permettra une meilleure organisation des travaux et une extension future si nécessaire.

1.8 Relocalisation des laboratoires de neurosciences

Lors de la création des laboratoires de neurosciences, le seul espace disponible était une ancienne unité de soins. Cette localisation était de plus souhaitée pour avoir un contact direct avec la clinique de l'adulte. Toutefois, avec l'expérience du fonctionnement, une proximité aussi immédiate avec la clinique n'est pas nécessaire. De plus, pour maintenir une cohérence de l'activité sur le site, la volonté est de situer les activités des soins au Sud des Cèdres et les activités de formation et de recherche au Nord. Dans ce cadre, le positionnement des laboratoires au Nord des Cèdres est le plus favorable, permettant le développement futur de ces activités.

Une première étude d'emplacement sur la base des propositions du concours permet d'envisager le remplacement des surfaces actuelles dans le secteur Nord. Le financement de cette opération fera

l'objet d'une demande d'investissement spécifique.

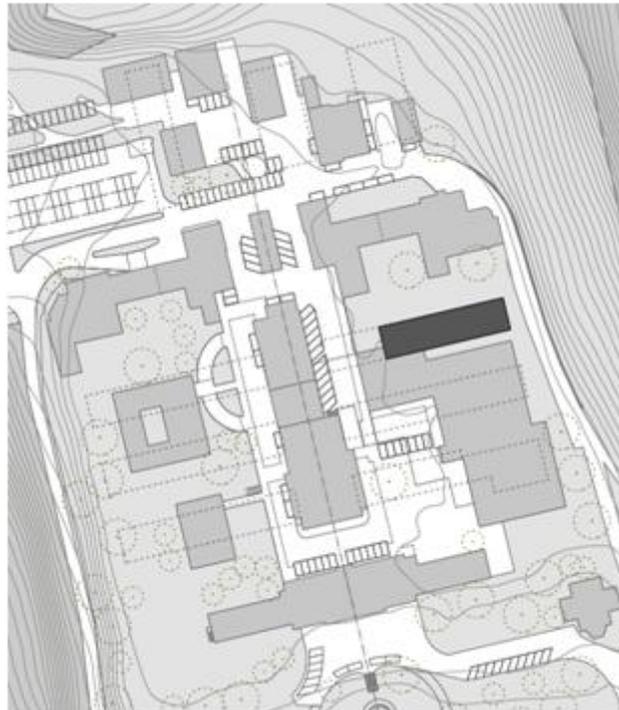


Figure 10 – Nouvel emplacement du bâtiment des neurosciences

1.9 Aménagements extérieurs

1.9.1 Préservation et redéfinition des espaces verts

Les espaces extérieurs ont un rôle important sur l'ensemble du site ; la préservation de ce cadre contribue au ressourcement des patients, des visiteurs et des collaborateurs, et à la qualité de l'accueil en psychiatrie. A un deuxième niveau, le parc favorise l'interactivité entre l'hôpital et l'extérieur pour tisser des liens avec la communauté. La construction du nouvel hôpital comporte une redéfinition de l'espace central, ainsi que des cheminements de ce secteur au Sud des Cèdres dévolu à tous les usagers.

D'importants mouvements de terrain pour les excavations ainsi que pour les démolitions sont prévus. Au-delà du recyclage sur place des volumes du terrain et les économies qui s'ensuivent, le projet profite de cette circonstance pour favoriser les liaisons entre les différents secteurs avec les caractéristiques suivantes :

- vers la partie Sud, il permet une meilleure interconnection avec les espaces attenants à la forêt, jardins, piste sportive et parking ;
- vers le Nord, il crée une continuité avec le jardin des Cèdres ;
- vers l'Ouest, il établit une connexion directe avec la topographie et les cheminements vers la partie basse du site dans un premier plan, et, par la suite, avec le secteur de "La Fleur de Lys" et Prilly ;
- vers l'Est, il facilite les liens avec cette partie du site et anticipe la construction d'un nouveau front construit dans le cadre des développements du Schéma directeur du Nord lausannois et du Plan général d'affectation de Prilly.

La végétalisation des espaces extérieurs intègre les facteurs sensitifs permettant une stimulation riche et diversifiée des sens (odorat, vision, audition, tact) qui correspond à un souhait formulé par les soignants, notamment pour les patients âgés souffrant de troubles cognitifs importants. Le choix des espèces est prévu pour privilégier les variétés indigènes favorisant la biodiversité et des coûts d'entretien raisonnables. Le coût de ces aménagements, de l'ordre de CHF 8.3 mios, qui comme annoncé au crédit d'études, ne pouvait pas être estimé préalablement, n'est pas intégré dans le projet et sera pris en charge par les fonds du CHUV. Il se compose de :

- CHF 4 mios au titre d'entretien des espaces extérieurs existants planifiés sur 5 ans et financés par le biais du fonds d'entretien et de rénovation du CHUV.

- CHF 4.3 mios pour la création de nouveaux espaces extérieurs qui seront financés par le Fonds de développement du CHUV.



Figure 11 – Plan général des aménagements extérieurs

1.9.2 Réorganisation de la mobilité sur le site

Le projet comporte une réorganisation de la mobilité du site sur les points suivants :

- l'amélioration des connexions avec les transports publics dans les deux routes d'accès : à l'Est par la prolongation d'une ligne de trolleybus qui aura son terminus à l'entrée du site en fonction de la planification des TL. Au Sud, il est prévu le passage du LEB chaque quart d'heure ("Pétition en faveur de la desserte du site de Cery par les transports publics" - Rapport de la Commission thématique des pétitions, Mars 2012, 11_PET_077). Pour éviter l'actuel passage à niveau du LEB à côté de l'arrêt "La Fleur de Lys", un projet de franchissement de la ligne du LEB est prévu dans ce secteur (BIC, "L'objectif de la cadence au quart d'heure entre Lausanne et Cheseaux se concrétise", 15 mai 2012). Il n'est pas prévu que le CHUV participe au financement de ces mesures qui correspondent, par ailleurs, à un développement naturel de ce secteur ;
- la relocalisation des parkings supprimés par l'emplacement du nouvel immeuble dans une seule zone attenante à la route du Mont en prolongation de l'actuel parking ;
- la séparation de l'accueil du grand public et des urgences hospitalières ;
- une amélioration des connexions et cheminements piétonniers à l'intérieur du site en lien avec le contexte urbain. Ces chemins seront balisés par des aménagements spécifiques (végétaux, bancs, fontaines, etc.).

La signalétique extérieure sera mise à jour avec un éclairage public pour l'orientation et la sécurité de tous les utilisateurs du site. Comme précisé, ces dépenses ne sont pas prises en compte dans le coût du projet et seront à charge du fonds d'entretien et le fonds de développement du CHUV.

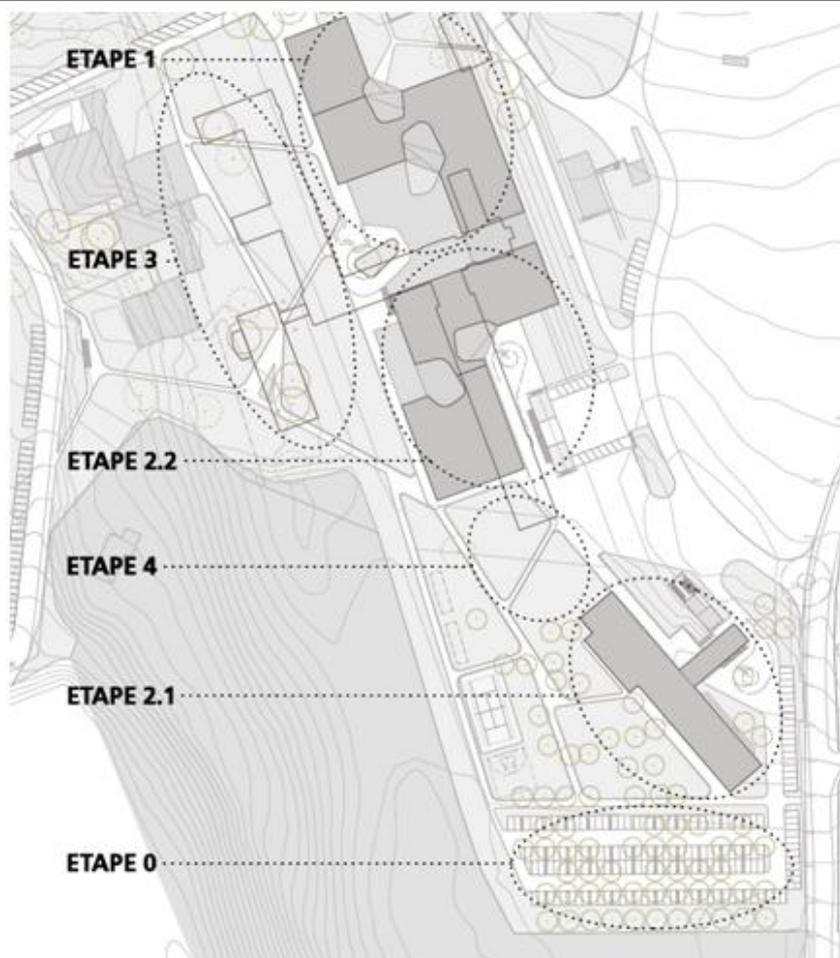
1.10 Plan d'affectation cantonal (PAC)

Le plan d'extension de Prilly, avec son règlement et plan de zones, date de 1957, et a subi des modifications successives au fil des années. Bien que le périmètre de l'Hôpital de Cery soit affecté en zone des hôpitaux, cette zone ne dispose pas de règlement. Une mise à jour de la planification du site est nécessaire pour être conforme à la LATC (Loi sur l'aménagement du territoire et les constructions), respecter le règlement et anticiper les évolutions futures du secteur Fleur de Lys (en coordination avec la commune de Prilly).

Suite aux contacts établis en 2010 et 2011, l'établissement de la planification a démarré en associant au processus les divers acteurs concernés : la commune de Prilly, le SDT (Service du développement territorial), le SM (Service de la mobilité), le SFFN (Service des forêts, de la faune et de la nature) et également des contacts ponctuels avec d'autres services, le SDNL (Schéma directeur du nord lausannois), etc. Dans le cadre de la mission cantonale de l'Hôpital de Cery et en accord avec différents partenaires, un Plan d'affectation cantonal (PAC) est en cours. Le planning d'intention prévoit une mise à l'enquête, lors du deuxième semestre 2012, afin de ne pas retarder la réalisation du nouvel hôpital.

1.11 Calendrier d'intention

ETAPES PRINCIPALES		Dates de fin d'étape
	Mise à l'enquête du projet, simultanée avec le PAC de Cery	2 ^e semestre 2012
Etape 0	Aménagements extérieurs parking et préparatifs chantier	1 ^{er} semestre 2013
Etape 1	Construction du nouvel hôpital (étape 1)	Fin 2015
	Emménagement de 6 unités de soins dans l'étape 1 avec mise en fonction de l'USPFM. Démolitions préparatoires de l'étape 2.2	1 ^{er} trimestre 2016
Etape 2	Démarrage en simultané 2.1 et 2.2 :	1 ^{er} trimestre 2016
Etape 2.1	Adaptations bâtiment-AA pour ERS et 2 unités de soins A-AA	2 ^e semestre 2017
Etape 2.2	Construction du nouvel hôpital (étape 2)	2 ^e semestre 2018
Etape 3 et 4	Démolitions et aménagements extérieurs	1 ^{er} trimestre 2019



2 CREDIT D'OUVRAGE

La demande de crédit d'ouvrage fait suite au crédit d'études de CHF 6.4 mios (EMPD n° 405) accordé par le Grand Conseil le 24 avril 2007 et le crédit d'études complémentaires de CHF 588'000.- accordé le 9 décembre 2008 pour les études pour l'Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM).

Les dépenses sur le crédit d'études, en date du 12 avril 2012, se montent à CHF 3.23 mios et les engagements à CHF 3.24 mios. Les faibles engagements sont liés au fait que les contrats relatifs à la phase du projet définitif n'ont pas encore été engagés. En effet, la conclusion de ces derniers était assujettie à la démonstration, par les mandataires, que le cadre financier pouvait être garanti.

Dès lors, ces contrats sont en cours de signature pour pouvoir poursuivre les travaux préparatoires à l'exécution et cela pour un montant de CHF 4.66 mios. Les dépenses totales des études devraient ainsi

se monter à CHF 7.9 mios, soit CHF 6.988 mios pour les dépenses du crédit d'études et des hausses légales de l'ordre de 912'000.- qui devront être régularisées par un EMPD de boucllement.

2.1 Objectifs financiers

Lors du crédit d'études, un montant des travaux de CHF 92.9 mios avait été annoncé et structuré comme suit:

Coûts décrits dans le crédit d'études	m2 brute	prix au m2	coûts TTC	arrondi coûts TTC
Psychiatrie âge avancé rénovation	6'111	3860.-	23'588'460.-	23'600'000.-
Psychiatrie âge avancé nouvelle construction	3'065	3750.-	11'493'750.-	11'500'000.-
Psychiatrie adulte rénovation	8'675	3975.-	34'483'125.-	34'500'000.-
ERS	1'895	3795.-	7'191'525.-	7'200'000.-
Handicap mental	1'457	3840.-	5'594'880.-	5'600'000.-
Structure provisoire pour l'accueil	bloc			100'000.-
Les Cèdres	bloc			2'400'000.-
Sous-total				84'900'000.-
USPFM	2'062	3880.-	8'000'000.-	8'000'000.-
TOTAL EMPD études				92'900'000.-

Les études ont conduit à renoncer aux travaux dans le bâtiment des Cèdres portant le coût probable des travaux à CHF 90.5 mios (indice octobre 2006). Actualisé à l'indice d'octobre 2011, le coût prévisible est de:

Intégration des hausses légales	m2 brute	prix au m2	coûts TTC	arrondi coûts TTC
Hausses légales arrondies	9.87%		8'932'350.-	8'932'350.-
Coût cible	23'265	4'273.-	99'411'345.-	99'432'350.-

Un premier projet avant optimisation se basait sur une part importante de surfaces rénovées. Durant le concours, il s'est avéré impossible de maintenir ce cap, sans réaliser des constructions provisoires importantes, pour assurer l'exploitation de l'hôpital durant les nombreuses années de chantier. Sur les 25 projets rendus, seul un candidat avait proposé le maintien des structures existantes mais ce projet n'était pas convainquant. En conséquence, le concept de reconstruction génère plus de nouvelles surfaces et ce sont quelques 3'215 m2 supplémentaires qui doivent être réalisés, en particulier pour les locaux techniques. Le bilan global du coût au m2 est favorable au projet du fait de l'option retenue de réaliser une rénovation douce et partielle du bâtiment de l'âge avancé.

Le projet présenté, sans animation artistique et prestations du CHUV, se monte à CHF 105.32 mios. Ce projet a fait l'objet d'optimisations successives pour atteindre l'objectif des CHF 100 mios précités pour la construction nouvelle. Non seulement le projet s'est densifié, mais la construction nouvelle n'a été conçue que partiellement par rapport au projet initial (voire chapitre 1.6.2) au bénéfice de la rénovation des surfaces de l'âge avancé. Le coût se répartit de la façon suivante :

Projet présenté (sans prestations CHUV et sans animation artistique)	Coûts TTC	m2 brute	Prix au m2
Construction nouvelle	99'658'984	23'276	4'281.62
Rénovation partielle de l'âge avancé	5'663'442	3'204	1'767.62
TOTAL	105'322'426	26'480	3'977.43

2.2 Comparatifs financiers

Deux réalisations sont comparées aux coûts projetés de Cery, à savoir la réalisation de l'Hôpital psychiatrique du Nord vaudois, mis en service en 2002, et la réalisation du Bâtiment Hêtre sur le site de Prangins mis en service en 2011.

Ce sont les prix au m2 qui sont analysés en ayant retranché les parties rénovées, les aménagements extérieurs et le parking souterrain afin d'obtenir des prix comparables. Ils comprennent ainsi tous les autres CFC, honoraires inclus, et sont indiqués TTC et indexés à octobre 2011.

	Cery	CPNVD	Prangins
Coût TTC Indexés octobre 2011	99'660'000.-	30'087'371.-	9'181'623.-
Surface brute	23'276	7'272	2'120
Coût/m2 brut - arrondi	4'282.-	4'138.-	4'331.-

Les prix au m2 brut sont proches et s'échelonnent entre CHF 4'138.- dans le nord vaudois, contre

CHF 4'331.- pour Prangins, et la nouvelle construction projetée de Cery à CHF 4'282.-. Dès lors, la variation de l'ordre de 5% peut-être interprétée comme étant liée aux conditions locales des marchés, à la typologie du bâtiment, à la compacité de l'ouvrage, à la nature du sol, etc.

2.3 Montant de l'ouvrage sollicité

Les devis généraux du crédit d'ouvrage présenté ci-après sont basés sur l'indice des coûts de construction d'avril 2011 (TVA à 8%). Ils sont ventilés selon les "Codes des Frais de Construction" (CFC) et n'intègrent pas les crédits d'études précités.

CFC	Libellé	Nouvelle construction		Rénovation Bâtiment 20		TOTAL
			%		%	
1	Travaux préparatoires	CHF 2'013'258	2.2%		0.0%	CHF 2'013'258
2	Bâtiment	CHF 82'490'993	89.4%	CHF 5'164'873	98.5%	CHF 87'655'866
3	Equipements d'exploitation	CHF 2'671'699	2.9%		0.0%	CHF 2'671'699
4	Aménagements extérieurs	CHF 3'053'042	3.3%		0.0%	CHF 3'053'042
5	Frais secondaires, taxes	CHF 1'391'114	1.5%	CHF 79'055	1.5%	CHF 1'470'169
9	Ameublement et décoration	CHF 656'731	0.7%		0.0%	CHF 656'731
TOTAL GENERAL HT		CHF 92'276'837	100.0%	CHF 5'243'928	100.0%	CHF 97'520'765
<i>(Dont honoraires HT)</i>		CHF 12'590'766	13.6%	CHF 1'169'512	22.3%	CHF 13'760'278
TVA		CHF 7'382'147	8.00%	CHF 419'514	8.00%	CHF 7'801'661
TOTAL GENERAL TTC Sans animation artistique		CHF 99'658'984		CHF 5'663'442		CHF 105'322'426
Animation artistique <i>(0.5% du CFC 2, pour > 50 mios, sans le montant des honoraires), TTC</i>		CHF 377'461		CHF 21'575		CHF 399'036
TOTAL GENERAL TTC AVEC ANIMATION ARTISTIQUE		CHF 100'036'445		CHF 5'685'017		CHF 105'721'462
Prestations CHUV		CHF 884'493		CHF 50'264		CHF 934'757
TOTAL GENERAL TTC		CHF 100'920'938		CHF 5'735'281		CHF 106'656'219
TOTAL GENERAL ARRONDI TTC		CHF 100'900'000		CHF 5'700'000		CHF 106'600'000

Pour l'Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM), des subventions à la construction ainsi qu'aux frais d'exploitation sont possibles auprès de l'Office fédéral de justice. Dans ce sens, en plus de premiers contacts informels, la demande de reconnaissance a été envoyée à Berne en février 2012 à ce jour, aucune réponse ne nous est parvenue. En cas d'obtention de subventions, ces dernières seront portées en déduction du crédit précité.

2.4 Animation artistique

Le règlement concernant l'animation artistique des bâtiments de l'Etat (RAABE, 422.31.1) intègre au montant d'investissement une part (calculée sur la base du montant CFC 2, sans les honoraires) pour l'animation artistique. Un concept sera mis en place dans le cadre de ce projet afin qu'il s'intègre le mieux possible au projet architectural. Les montants, en fonction des seuils, seront adjugés de gré à gré ou par concours.

2.5 Investissement au niveau des équipements et du mobilier

Sur la base des connaissances actuelles du projet, le coût d'investissement pour les équipements et le mobilier du futur hôpital est évalué à environ CHF 6.2 mios. Il convient de retrancher la part des équipements transférables lorsqu'un inventaire de vétusté sera établi ainsi qu'une planification des nouvelles acquisitions en fonction des différentes étapes de déménagements des unités de soins et de l'ouverture des nouvelles unités.

Le montant des équipements n'est pas sollicité dans le présent EMPD ; il sera supporté par le CHUV dans le cadre des limites budgétaires qui sont de sa compétence (crédit d'inventaire et budget d'exploitation du Département de psychiatrie).

3 MODE DE CONDUITE DU PROJET

Conformément au DRUIDE n° 9.2.3, la réalisation de toute construction est confiée, par le Conseil d'Etat, à une commission de construction composée des représentants du CHUV. La commission de construction pour les différents travaux de cet EMPD comprendra les personnes suivantes :

- Présidence : Directrice de la Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité (CIT-S), jusqu'à la mise à l'enquête et après l'architecte adjoint à la direction du CIT-S
- Directeur adjoint du CIT-S
- Chef de service de la sécurité du CHUV
- Chef de service de psychiatrie générale (DP)
- Chef de service de la psychiatrie de l'âge avancé (DP)
- Responsable des soins du service de psychiatrie générale ou de l'âge avancé (DP)
- Directeur administratif du Département de psychiatrie (DP)
- Architecte chef de projet responsable du projet au sein du CIT-S
- Responsable du Service multisites et mobilité du Département de la logistique hospitalière (LOH)
- Responsable du contrôle de gestion du Département d'administration et finances (DAF)
- Adjoint à la Direction du Département de psychiatrie et membre de la cellule de coordination (DP).

Pour les unités ERS, USPFM et UPCHM, la commission de construction s'adjoindra les compétences nécessaires auprès du SPEN, du SPJ et du SPAS, avec les responsables médicaux du Département de psychiatrie de ces unités.

4 CONSEQUENCES DU PROJET DE DECRET

4.1 Conséquences sur le budget d'investissement

L'investissement total de ce projet se monte à CHF 106.6 mios. La présente demande de crédit d'investissement (Procofiév n°300 049) est planifiée avec la répartition temporelle suivante :

En milliers de francs

Intitulé	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016 & plus	Total
a) Construction immobilière : dépenses brutes	5'330	13'858	16'903	70'509	106'600
a) Construction immobilière: recettes de tiers	-	-	-	-	-
a) Constructions immobilières : dépenses nettes à charge de l'Etat	5'330	13'858	16'903	70'509	106'600
b) Informatique : dépenses brutes	-	-	-	-	-
b) Informatique : recettes de tiers	-	-	-	-	-
b) Informatique : dépenses nettes à charge de l'Etat	-	-	-	-	-
c) Investissement total : dépenses brutes	5'330	13'858	16'903	70'509	106'600
c) Investissement total : recettes de tiers	-	-	-	-	-
c) Investissement total : dépenses nettes à la charge de l'Etat	5'330	13'858	16'903	70'509	106'600

Les montants seront révisés lors du prochain plan.

4.2 Amortissement annuel

L'amortissement du coût des travaux est prévu sur 25 ans pour la nouvelle construction et à 10 ans pour les rénovations dans le bâtiment de l'âge avancé. Comme le décret sera adopté durant le 1er semestre 2013, le début de l'amortissement commencera en 2014.

	Durée d'amortissement	Montant	Amortissement
Nouvelle construction	25 ans	CHF 100'900'000	CHF 4'036'000
Rénovation de l'âge avancé	10 ans	CHF 5'700'000	CHF 570'000
TOTAL			CHF 4'606'000

Les charges des amortissements seront imputées par le Département des finances et des relations

extérieures au compte du CHUV qui recevra en contrepartie une subvention à l'investissement du Service de la santé publique.

4.3 Charges d'intérêt

La charge annuelle d'intérêt se montera à CHF 2'931'500.-.

Les charges des intérêts seront imputées par le Département des finances et des relations extérieures au compte du CHUV qui recevra en contrepartie une subvention à l'investissement du Service de la santé publique.

4.4 Conséquences sur l'effectif du personnel

Il convient de rappeler que les objets d'investissements ne génèrent pas eux-mêmes d'augmentation de personnel. C'est bel et bien les besoins démographiques (vieillesse de la population), l'organisation cantonale des soins, qui conduisent à une augmentation de l'activité et du personnel. A ce titre, les éléments ci-après sont indicatifs.

Le périmètre financier est défini par l'ensemble des charges et des revenus d'exploitation des unités qui occuperont le nouveau dispositif hospitalier. En termes de structure, l'analyse différencie deux sous-périmètres :

- les unités de soins aujourd'hui existantes qui n'appellent, a priori, pas de financement supplémentaire ;
- les nouvelles unités (ERS, USPFM, UPCHM) qui impliquent de nouveaux financements et l'adaptation des services de soutien pour répondre à l'augmentation des capacités hospitalières (44 lits supplémentaires, 16 places en hospitalisation de jour).

En effet, les questions qui s'adressent à ces deux périmètres structurels sont de nature différente :

- pour les unités existantes, la question est de vérifier les effets de la nouvelle infrastructure sur les coûts d'exploitation et d'identifier les éventuels surcoûts ou gains financiers qui en découleraient,
- pour les nouvelles unités, il s'agit d'identifier les coûts complets et de s'assurer qu'ils sont couverts par les revenus.

La démarche d'évaluation des charges et des revenus a cherché à :

- déterminer de manière aussi précise que possible les ressources cliniques nécessaires pour le fonctionnement du nouvel hôpital et s'assurer qu'elles répondaient non seulement aux exigences cliniques, mais aussi à celles des partenaires institutionnels (sécurité, prises en charge socio-éducatives, protection et scolarisation des patients mineurs, etc.) ;
- déterminer les coûts de logistique, de technique et de maintenance directement imputables au nouveau dispositif (hôtellerie, nettoyage, restauration, énergie, etc.) : les charges énergétiques ont été établies sur la base d'un rapport d'expertise mandaté par le CIT-S du CHUV ;
- s'assurer de la cohérence et de l'économicité des dotations requises : le contrôle de gestion du CHUV et du Département de psychiatrie ont été sollicités aux différents étapes de la démarche.

Hypothèses de départ :

- les coûts de référence utilisés sont ceux du budget 2011 ;
- les conditions générales d'engagement du personnel sont supposées constantes ;
- les conditions cliniques sont supposées constantes pour les services existants : profil et sévérité des problèmes de soins, moyens thérapeutiques, normes de prise en charge, disponibilité du réseau en amont et en aval de l'hospitalisation, etc. ;
- un taux d'occupation de 95% est admis pour l'ensemble des capacités prévues dans le projet (ce taux a été jugé réaliste par rapport à l'occupation observée actuellement et aux études de besoins réalisées pour les nouveaux objets).

4.4.1 Conséquences sur les charges d'exploitation dans le nouveau dispositif relatives aux unités de

soins de psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé aujourd'hui existantes

Le tableau 1 présente les charges d'exploitation 2011 comparées à celles prévues dans le nouvel hôpital pour les unités de la psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé. Sont présentés ici uniquement les groupes de charges impactés par la modification structurelle. Il ne s'agit donc pas du coût complet de ces unités.

Tableau 1. Conséquences sur les charges d'exploitation pour les services actuels (A & AA)

Groupes de charges impactés	Etat actuel (2011)		Futur hôpital		Ecart actuel - futur		Ecart Fr. en %
	EPT	Francs	EPT	Francs	EPT	Francs	
Personnel clinique adulte et âge avancé	193.65	18'697'531	189.05	18'385'889	-4.60	-311'642	-1.7%
Services de support direct à la clinique*	74.60	9'387'577	72.80	9'214'420	-1.80	-173'157	-1.8%
Total des charges cliniques	268.25	28'085'108	261.85	27'600'309	-6.40	-484'799	-1.7%
Services de la logistique **	53.85	5'936'550	57.85	6'359'480	4.00	422'930	7.1%
Charges énergétiques		501'013		277'746		-223'267	-44.6%
Total des charges d'exploitation	322.10	34'522'671	319.70	34'237'535	-2.40	-285'136	-0.8%

* Les services de support direct à l'hôpital regroupent entre autres : service social, physiothérapie, ergothérapie, pharmacie, stérilisation, encadrement clinique, garde médicale, secrétariats cliniques, admissions, réception, etc.

** Les services de la logistique regroupent : propreté et hygiène, lingerie, restauration, transports, courrier et approvisionnements.

A ce stade, on constate que, globalement, le dispositif fonctionne à ressources pratiquement constantes malgré l'augmentation sensible de la qualité de l'hébergement et des conditions de prises en charge. On note même une économie estimée de CHF 285'136.- par année. Ce résultat est lié aux éléments suivants :

- Les charges de personnel clinique pourront être réduites de l'ordre de CHF 311'642.- grâce à une optimisation de l'organisation du service de veille, rendue possible par la nouvelle disposition des unités soins.
- Pour les services de support, une seule réception permettra de centraliser l'accueil et les admissions pour l'ensemble des divisions hospitalières (aujourd'hui, il en existe deux pour la journée desservant respectivement la psychiatrie de l'adulte et la psychiatrie de l'âge avancé).
- Les coûts de logistique relatifs à l'augmentation des surfaces, du nombre de chambres et de WC ainsi qu'à la création d'un 2e restaurant notamment, augmentent de CHF 422'930.-.
- Les charges énergétiques des services concernés seront réduites de près de 44.6% soit une économie de CHF 223'267.-. Cette économie résulte de la différence entre la consommation des services existants dans les bâtiments actuels et la consommation de ces mêmes services dans le nouveau bâtiment. Elle ne tient donc pas compte de la consommation des surfaces requises pour les nouvelles unités (qui est par contre incluse au chapitre 4.5 ci-dessous pour calculer le bilan énergétique global).

4.4.2 Préviation des charges d'exploitation des nouvelles unités

Le tableau 2 présente la prévision des charges d'exploitation des nouvelles unités. Les charges de personnel et les autres charges directes (médicaments, frais de repas, frais de gestion) ont pu être calculées précisément selon les différents programmes cliniques et avec la collaboration des partenaires financeurs. Par contre, ces charges ne représentent qu'une fraction des charges complètes du nouvel hôpital. En effet, il manque les charges de gestion et de support du CHUV qui ne peuvent être imputées directement aux unités hospitalières. Pour déterminer le coût complet, nous avons utilisé le taux de redevance (*overhead*) issu de la comptabilité analytique du CHUV qui se monte à 27% des charges cliniques pour l'hospitalier et à 23% pour l'hôpital de jour (l'*overhead* comprend les nouvelles charges énergétiques de ces unités).

Nouvelles unités	Charges d'exploitation				Réparties en		
	EPT	Charges de personnel	Autres Charges	Overhead 27% hosp 23% autres	Total des charges	Charges standard de soins	Charges spécifiques (non-soins)
UPCHM hospitalier - 14 lits	39.50	4'173'172	393'575	1'233'022	5'799'769	3'316'608	2'483'161
UPCHM hôpital de jour - 16 places	12.65	1'461'313	104'477	360'131	1'925'921	1'105'502	820'419
ERS - 20 Lits	34.20	3'893'850	1'600'772	1'483'548	6'978'170	4'737'331	2'240'839
USPFM - 10 Lits	26.70	3'112'600	390'411	945'813	4'448'824	2'932'666	1'516'158
Total des nouvelles unités	113.05	12'640'935	2'489'235	4'022'514	19'152'684	12'092'107	7'060'577

Le total des charges d'exploitation de ces nouvelles unités s'élève à CHF 19'152'684.-. Ces charges ont été réparties entre :

- les charges cliniques standards qui s'élèvent à CHF 12'092'107.- et qui correspondent à la dotation moyenne d'unités hospitalières comparables en psychiatrie ;
- les charges spécifiques qui s'élèvent à CHF 7'060'577.- et qui découlent des missions de ces unités (socio-éducative, sécuritaire, scolaire, etc.) et du profil des patients concernés (problématiques médico-légales, handicaps lourds, mineurs requérant un encadrement important dans un environnement fermé).

4.4.3 Préviation des revenus d'exploitation des nouvelles unités

Trois types de revenus ont été identifiés :

- Les **revenus découlant de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal)**. Il s'agit principalement des revenus d'hospitalisation constitués d'une "part assureurs" (45%) et d'une "part Etat" (55%). En psychiatrie, ce financement hospitalier prend la forme d'un forfait journalier fixé dans le cadre de la convention tarifaire LAMal d'hospitalisation psychiatrique vaudoise (CVHo psy).
- Dans le cas de l'UPCHM (nouvelle unité prévoyant des prestations d'hospitalisation de jour), les revenus d'hospitalisation de jour fixés dans la "Convention relative aux traitements ambulatoires rémunérés sous forme de forfaits" qui ne comprennent qu'une part assureurs (pas de part Etat) ont été intégrés.
- Les financements attribués par l'Etat à travers le Service de la santé publique au titre de subventions pour des **tâches de santé publique prioritaires (TSP)**. Il peut s'agir du financement de services de garde et d'urgence, d'activités de prévention, de programmes s'adressant à des populations particulièrement vulnérables présentant des risques thérapeutiques majeurs ou impliquant une coordination élevée au sein du réseau socio-sanitaire.
- Pour les nouvelles unités (USPFM, ERS, UPCHM), les participations des autres services de l'Etat partenaires (respectivement SPJ, SPEN, SPAS) pour le **financement d'activités non couvertes par la LAMal** mais néanmoins indispensables pour répondre aux missions des unités : prestations scolaires et socio-éducatives, coûts liés à la sécurité, encadrement des activités de la vie quotidienne découlant d'un handicap mental sévère, etc. La possibilité pour le SPJ de participer au financement de l'USPFM est fondée légalement dans la LProMin. Les subventions qui seront sollicitées par le SPJ auprès de la Confédération trouvent leurs bases légales dans la LPPM.

Ces sources de financement peuvent être mises en relation avec les missions principales assumées par les nouvelles unités. En effet, tout en étant clairement situées dans le champ sanitaire, les nouvelles

unités doivent néanmoins réaliser des prises en charge intégrant des dimensions débordant ce champ (tableau 3).

Tableau 3. Missions et financements

Services/ Unité	Missions sanitaires financées dans le cadre de la LAMal	Autres missions à financer
Handicap mental	Soins aigus hospitaliers Hospitalisation de jour Liaison et consultation spécialisée	Socio-éducative
Réhabilitation sécurisée	Soins aigus hospitaliers Réhabilitation	Socio-éducative Sécuritaire
Unité pour mineurs	Soins aigus hospitaliers Réhabilitation	Protection des mineurs Socio-éducative Éducative Sécuritaire

La somme de ces revenus constitue les revenus d'exploitation du nouveau dispositif qui doivent couvrir les charges d'exploitation précédemment déterminées (cf. tableau 2). Le tableau 4 présente la prévision de financement des nouvelles unités pour chacun des financeurs. Cette répartition est présentée avec un inducteur en journées communément utilisé en psychiatrie.

Tableau 4. Prévision de financement des nouvelles unités hospitalières (à la journée)

Unités	Charges d'exploitation			Répartition du financement à la journée			
	Total des charges	Nombre de journées	Coûts à la journée	Revenus LAMal 100% (Assureur 45% + Etat 55%)	SSP (TSP)	Autres financeurs	Financeurs
UPCHM hospitalier - 14 lits A	5'799'769	4855	1'195	623	60	512	SPAS
UPCHM hôpital de jour - 16 places	1'925'921	3891	495	221	63	211	SPAS
Total UPCHM	7'725'690						
ERS - 20 Lits B	6'978'170	6935	1'006	542	141	323	SPEN
USPFM - 10 Lits A	4'448'824	3468	1'283	623	223	437	SPJ
Total unités hospitalières + HDJ	19'152'684						

Tenant compte des règles actuelles de financement de la psychiatrie (CVHo psy), les revenus LAMal pour les unités hospitalières de l'UPCHM et de l'USPFM correspondraient à la facturation de journées "A", soit des journées de psychiatrie aiguës. Pour l'ERS, il s'agit de journées "B", soit des journées dites de "réhabilitation". Les revenus LAMal + SSP (TSP) financent la partie des charges cliniques standards présentées au chapitre 4.4.2 dans le tableau 2. Les services partenaires (SPAS, SPEN, SPJ) financent les charges spécifiques présentées dans ce même tableau.

4.5 Autres conséquences sur le budget de fonctionnement

Frais d'exploitation

Malgré l'augmentation des surfaces (+ 5'289 m², soit 36.4%), la nouvelle construction permettra une économie de la consommation énergétique (énergie thermique, eau et énergie électrique) de l'ordre de CHF 76'092.- (-15.2%) par rapport à la situation actuelle.

Les rénovations qui seront faites dans l'actuel bâtiment de l'âge avancé (HPAA) ne permettront pas d'améliorer le bilan énergétique de ce bâtiment. Les rocade en termes d'unités cliniques ne devraient pas non plus faire varier la consommation énergétique de ce bâtiment.

SITUATION ACTUELLE										
Clinique adulte				Hôpital de l'âge avancé (HPAA)				TOTAL actuel		
Consom. annuelle par m ²	Surface du bâtiment	Total annuel	Coût [TTC]	Consom. annuelle par m ²	Surface du bâtiment	Total annuel	Coût [TTC]	Total consom.	Total Coût [TTC]	
Energie thermique :										
8 ds kWh + TVA	119	14511	1728809	149'196	82	8063	494'554	42729	2'221'363	191'925
Kwh/an/m ²										
Eau :										
CHF 3.3/m ³ +TVA	0.55	14511	7981	28'444	0.75	8063	4'553	16'227	12'534	44'671
Energie électrique :										
14 ds kWh + TVA	85	14511	1'233'435	186'495	85	8063	515'355	77'922	1'748'790	264'417
Total TTC [CHF]			364'135				136'878		501'013	

SITUATION FUTURE										Delta Futur- Situation actuelle		
Nouveau bâtiment				Hôpital de l'âge avancé (HPAA)				TOTAL futur		Total consom.	Total Coût [TTC]	
Consom. annuelle par m ²	Surface du bâtiment	Total annuel	Coût [TTC]	Consom. annuelle par m ²	Surface du bâtiment	Total annuel	Coût [TTC]	Total consom.	Total Coût [TTC]			
Energie thermique :												
8 ds kWh + TVA	16	19800	316800	27'372	82	8063	494'554	42729	811'354	70'101	-1'410'009	-121'824
Kwh/an/m ²												
Eau :												
CHF 3.3/m ³ +TVA	0.30	19800	5940	21'170	0.75	8063	4'553	16'227	10'493	37'397	-2'041	-7'274
Energie électrique :												
14 ds kWh + TVA	80	19800	1'584'000	239'501	85	8063	515'355	77'922	2'089'355	317'423	350'565	53'006
Total TTC [CHF]			288'043				136'878		424'921		-76'092	

Tableau 1 : bilan énergétique global

	Situation actuelle			Situation future		Delta Futur - Situation actuelle par entité [Coût TTC]				
	Clinique adulte	Bâtiment de l'âge avancé (HPAA)		Nouveau bâtiment	Bâtiment de l'âge avancé (HPAA)					
	Consommation [coût TTC]	Consommation [coût TTC]		Surface utile du programme	Ventilation des surfaces par entité		Consom. par entité [TTC]	Surface utile du programme	Ventilation des surfaces par entité	Consom. par entité [TTC]
	UNITES DE SOINS ADULTES ET AGE AVANCE (A-AA)	364'135		136'878	8'455		79.1%	227'949	1'186	36.4%
ETABLISSEMENT DE REINSERTION SECURISE (ERS)	-	-	-	-	-	1'595	48.9%	66'969	66'969	
UNITE DE SOINS PSYCHIATRIQUE FERMEE POUR MINEURS	-	-	1'012	9.5%	27'284	-	-	-	27'284	
UNITE PSYCHIATRIQUE DE CRISE POUR LE HANDICAP MENTAL	-	-	1'217	11.4%	32'810	-	-	-	32'810	
Solde futur des surfaces disponibles HPAA	364'135	136'878	-	-	-	479	14.7%	20'112	20'112	
			10'684	100.0%	288'043	3'260	100.0%	136'878	-76'092	

Tableau 2 : Bilan énergétique par entité

4.6 Conséquences sur les communes

Les charges relatives à l'UPCHM entraîneront un impact sur la facture sociale des communes de 1'651.8 KCHF dès son ouverture en 2019.

4.7 Conséquences sur l'environnement, le développement durable et la consommation d'énergie

Conformément aux directives énergétiques de l'Etat de Vaud, le bâtiment respecte l'exigence de base de Minergie-eco. Toutefois, cet objectif dépend du vecteur énergétique. Actuellement le chauffage du site de Cery est réalisé par une centrale au mazout avec laquelle il n'est pas possible d'atteindre l'objectif. Dans un deuxième temps, si la centrale de biométhanisation prévue pour la région lausannoise est réalisée au Nord du site au secteur nommé "Le solitaire", et que l'hôpital de Cery y est raccordé, alors la cible sera respectée.

4.8 Programme de législature (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

La mise en œuvre d'un Plan de santé mentale fait partie intégrante du programme de législature 2007-2012 du Conseil (mesure n°27 "Développer la prise en charge sanitaire complémentaire à l'hospitalisation en soins aigus") qui est reconduit dans le programme de législature 2012-2017. Ce projet s'inscrit dans cette perspective en créant des structures complémentaires destinées à des populations dont la prise en charge en soins aigus hospitaliers ne peut être réalisée dans des conditions acceptables (ERS, UPCHM, USPFM).

4.9 Loi sur les subventions (application, conformité)

Pour l'Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS), il est aussi possible de recevoir des subventions à la construction de l'Office fédéral de justice. Dans ce sens, de premiers contacts ont été établis et une demande de reconnaissance du programme avec le rapport clinique du fonctionnement et de prise en charge a été déposée en février 2012.

En règle générale les subventions de l'investissement sont appliquées aux surfaces de programme reconnues par l'OFJ. Elles sont calculées selon les coûts des bâtiments CFC 1 à 5 et s'élèvent à 30% de ceux-ci. Ces subventions concernent l'ERS et l'USPFM. En cas d'obtention de subventions d'investissement, ces dernières seront portées en déduction du présent crédit à la clôture du projet. (Source : "Directives servant à déterminer les subventions fédérales aux constructions", Département fédéral des finances, disponible sur le site de la Confédération suisse).

Des subventions à l' hauteur de 30% des frais d'exploitation inhérents aux missions socio-éducatives sont aussi possibles pour l'USPFM si les critères de l'OFJ sont respectés. Le SPJ, suite à de premiers contacts, a envoyé à Berne la demande de reconnaissance de cet établissement également en février 2012.

4.10 Conformité de l'application de l'article 163 Cst-VD

4.10.1 Examen du projet en regard de l'article 163, 2e alinéa Cst-VD

La nouvelle constitution vaudoise exige du Conseil d'Etat que ce dernier, avant de présenter tout projet de loi ou de décret entraînant des charges nouvelles, s'assure de leur financement et propose, le cas échéant, les mesures fiscales ou compensatoires nécessaires. La notion de charge nouvelle se définit par opposition à la notion de dépense dite "liée".

4.10.2 Rappel des faits

L'EMPD propose la construction d'un nouveau bâtiment pour y accueillir :

- Les deux principaux services hospitaliers actuels du site installés dans des bâtiments qui n'ont pas fait l'objet d'adaptations notables depuis plus de trente ans et dont l'état de vétusté est avancé. Il s'agit du Service de psychiatrie générale (PGE) qui s'adresse à la population adulte de 18 à 65 ans (actuellement 95 lits) et le Service de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) qui s'adresse à une population de plus de 65 ans (actuellement 80 lits). Dans le projet, ces deux services seront dotés de 176 lits (175 actuellement) ;
- Trois nouvelles unités :
 - Un Etablissement de réhabilitation sécurisé pour adultes (ERS, 20 lits)
 - Une Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM, 10 lits)
 - Une Unité d'hospitalisation psychiatrique de crise (14 lits) et d'hospitalisation de jour (16 places) pour des personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM).

La vétusté des bâtiments, l'évolution des pratiques, et la création de trois nouvelles unités (ERS, USPFM, UPCHM) rendent nécessaire une réorganisation en profondeur des unités passant par la création d'un nouveau bâtiment en lieu et place du bâtiment vétuste existant.

4.10.3 Principe de la dépense

Sur ce point, il ne fait aucun doute que l'activité réalisée par les services sur le site est une tâche publique. On en veut pour preuve l'article 65 Cst-VD, qui énonce que l'Etat a pour tâche de coordonner et d'organiser le système de santé.

En outre, il ressort de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES) que l'Etat doit, entre autres, assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable par la collectivité. Par ailleurs, en application de l'article premier alinéa 2 de la LPFES, l'article 6 ch. 1 LPFES dispose que l'Etat finance les investissements des établissements sanitaires d'intérêt public.

De son côté, l'article 1er de la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices Cantonaux (LHC) rappelle d'ailleurs que ceux-ci dispensent les prestations de soins qui incombent aux institutions sanitaires cantonales.

De plus, si l'on considère la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'activité hospitalière en division commune des hôpitaux relève d'une tâche publique (ATF 122 III 101). On doit dès lors considérer que les investissements, rendus nécessaires par ladite activité, constituent des charges liées au sens de l'article 163, 2e alinéa Cst-VD.

Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS)

L'introduction du nouveau Code pénal au premier janvier 2007 a nécessité que le canton de Vaud et le CHUV proposent la réalisation d'un Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS) pouvant accueillir des patients tombant sous le coup de mesures pénales et civiles de placement et d'internement (voire chapitre 1.5.3). Cet établissement est donc pensé et organisé par les instances concernées, qu'elles soient sanitaires ou judiciaires, pour être un maillon intermédiaire de transition entre la prison et la vie libre pour les personnes placées souffrant de troubles psychiques. Cet établissement doit donc prendre la forme d'un établissement approprié au sens de la loi. La construction de cette nouvelle structure ERS résulte de dispositions légales suivantes :

- nouveau Code pénal, soit l'article 59 (qui permet d'ordonner un traitement institutionnel) et l'article 64 (fait obligation aux cantons de se doter d'institutions spécialisées pour répondre à ce besoin et accueillir, en dehors du cadre pénitentiaire, des patients tombant sous le coup d'une mesure de traitement institutionnel) ;
- sur le plan civil, le placement se fait dans le cadre de la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) sous le coup de l'article 397a à f du Code civil (CC). Le placement se décline sous plusieurs formes selon qu'il est prononcé à titre provisoire ou définitif (mesure instituée).

Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM)

Dans le cadre de la nouvelle Loi fédérale régissant la condition pénale des mineurs (DPMIn) entrée en vigueur au 1er janvier 2007, l'autorité de jugement peut prononcer des mesures de placement dans un établissement fermé avec prises en charge thérapeutiques. Dans ce nouveau contexte de loi, le Tribunal des mineurs (TMin) doit disposer d'un établissement fermé pour mineurs avec mesures thérapeutiques, comme stipulé à l'article 15 de la DPMIn.

Par un postulat du 20 septembre 2006 (POS/247), Mme Anne Weill-Lévy demande au Conseil d'Etat de créer, dans un bref délai, un établissement fermé destiné à accueillir les mineurs délinquants nécessitant une prise en charge psychiatrique.

Le Conseil d'Etat prévoit alors de réaliser un établissement dans le cadre des rénovations, transformations et extensions des infrastructures de Cery, profitant ainsi d'une opportunité de financement et de la dynamique de ce grand projet argumenté par l'EMPD 405. Il propose également que cet établissement accueille des mineurs placés par la justice civile à titre de mesures de protection du mineur en danger dans son développement (voire chapitre 1.5.4).

Au départ de ce projet, il y a la nécessité pour le Tribunal des mineurs (TMin), de disposer d'un établissement fermé pour mineurs avec mesures thérapeutiques, stipulé à l'article 15 de la Loi régissant les conditions pénales des mineurs (DPMIn). De plus, la création de cette structure fait suite à la demande du Service de protection de la jeunesse (SPJ) de bénéficier d'un lieu pour répondre à des

ordonnances de placements fermés prononcées par la Justice de Paix, dans un établissement pouvant contraindre certains adolescents à recevoir des soins pédopsychiatriques sans être soumis à l'article 15 de la DPMIn et sans que cela soit une hospitalisation d'office. L'article 405a CC qui renvoie à l'article 397a du CC constitue la base légale pour ce type de placements.

Unité psychiatrique de crise pour des personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM)

En raison de la convergence des champs médical et socio-éducatif dans le domaine du handicap mental, les contraintes pour la réalisation de l'UPCHM découlent d'une réglementation qui se fonde sur deux bases légales différentes. Il s'agit de la Loi sur la santé publique (LSP) dans le champ médical et de la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) dans le champ socio-éducatif. D'un côté comme de l'autre, par principe, ces réglementations interdisent toutes mesures de contrainte à l'égard de personnes handicapées. Il est donc indispensable de créer des structures architecturales appropriées pour les prendre en charge (voire chapitre 1.5.5).

En cas de troubles majeurs de la communication et du comportement, lorsqu'un épisode critique est susceptible de provoquer des réactions violentes, le respect de cette réglementation pose des problèmes difficiles à résoudre, notamment en milieu socio-éducatif où il arrive que soient utilisées des mesures de contrainte (isolement ou attachement), pour maîtriser diverses formes (occasionnelles, récurrentes ou persistantes) de troubles du comportement. En de telles circonstances, une mesure de contrainte temporaire peut tout de même être prescrite exceptionnellement, dans une situation où le comportement de la personne handicapée mentale s'avère dangereux pour elle-même ou pour l'entourage, mais à condition que d'autres mesures moins restrictives aient échoué ou n'existent pas. En cas de prolongation (au-delà de 24 heures) ou de répétition (régulière) de ce genre d'exception, des justifications doivent être soumises à la détermination du médecin cantonal qui représente l'autorité sanitaire de référence dans le cadre du Comité de révision de l'application du règlement sur les mesures de contrainte (CoREV), c'est-à-dire l'autorité compétente pour déterminer la validité éventuelle d'une mesure de contrainte exceptionnelle, en définissant les conditions et les limites de son application dans le cas particulier. En l'occurrence, la réglementation précise que " les pratiques et protocoles thérapeutiques de l'hôpital psychiatrique sont appliqués et ses compétences sont requises ". Dans ces conditions, des personnes affectées d'une arriération mentale sévère peuvent être transférées en milieu psychiatrique hospitalier en raison de la violence de leur comportement. Cependant, en l'état actuel du dispositif hospitalier psychiatrique cantonal, ces hospitalisations ont lieu dans des unités de soins intensifs ordinaires, dont l'équipement n'est pas adapté aux besoins des personnes handicapées mentales. Il en résulte des complications pour l'application de procédés conformes aux directives de la LSP en ce qui concerne la limitation, la réduction progressive puis l'abandon des mesures de contrainte. Cet état de fait accentue donc la nécessité de créer une unité hospitalière spécialement équipée pour éviter les mesures de contrainte lors du traitement des épisodes critiques où des troubles psychopathologiques majeurs sont intriqués dans les manifestations du handicap mental.

4.10.4 Quotité

En ce qui concerne le nombre et la surface des locaux, le programme de l'extension proposée correspond à ce qui est strictement nécessaire à la psychiatrie pour assumer ses tâches. Par ailleurs, en ce qui concerne les modalités de construction et d'exécution du projet, tout a été mis en œuvre pour limiter au maximum les coûts tout en respectant le niveau de haute compétence demandé pour ce type de réalisation et la prise en charge de ces problématiques cliniques. Ce point est entre autres démontré par la compacité du bâtiment en termes de ratio entre les surfaces brute et utile. En effet, si l'on considère les espaces thérapeutiques dans les surfaces de dégagement comme faisant partie des surfaces utiles le ratio entre la surface utile principale et la surface brute est de 1.53. En comparaison, avec un bâtiment somatique de soins aigus, qu'est le CHUV, ce ratio est de 2.

Concernant les trois nouvelles unités, la détermination de leur capacité a été faite à partir de trois études spécifiques :

- Dr Vincent Liaudat, *Etude des besoins, ERS Etablissement de réhabilitation sécurisé*, rapport final, 31 janvier 2009, Département de psychiatrie du CHUV. Cette étude réalise un recensement des 101 personnes internées ou placées (art. 59, 64, 63.3) à fin juin 2008. L'auteur procède ensuite à un examen détaillé de cet échantillon en termes de psychopathologie et de types de délit afin de déterminer le nombre de personnes répondant aux critères d'admission de l'ERS. L'étude examine également les situations de placement à fins d'assistance qui pourraient bénéficier d'une structure telle que celle de l'ERS. En

conclusion, l'étude indique que le nombre de places prévues par l'ERS n'est dans tous les cas pas surévalué (c'est également ce que démontrent les données réactualisées au chapitre 1.5.3). En effet, l'auteur a recensé au moins 25 situations de patients sous une mesure découlant de l'article 59 qui pourraient en bénéficier. Globalement et en ajoutant les personnes sous article 64 et les PLAFAs, une soixantaine de patients seraient susceptibles d'être admis dans l'ERS au moment où l'étude a été conduite. Cette analyse montre que l'ERS doit être un maillon dans une chaîne de prises en charge plus large intégrant le milieu carcéral, les EMS, les foyers et les autres ressources socio-sanitaires du canton. Un enjeu majeur sera de maintenir une fluidité dans cette chaîne de prises en charge, de clarifier et d'ajuster les indications à un placement dans l'ERS de manière à ne pas engorger cette structure et à maintenir une dynamique dans le système en offrant des paliers de soins sécurisés différenciés en fonction de l'évolution du patient.

- Prof. François Grasset, *Réalisation progressive du projet " handicap mental et psychiatrie "*, Département de psychiatrie du CHUV-Service de psychiatrie communautaire, 16 décembre 2009. Dans le prolongement de plusieurs études réalisées antérieurement, ce rapport fait l'état des lieux et donne les perspectives de développement dans ce secteur. La détermination du nombre de lits d'hospitalisation (14) est fondée sur les données épidémiologiques à disposition, sur les données de l'expérience réalisée à Genève dans le cadre de l'Unité de psychiatrie du développement mental et sur un consensus des partenaires et experts consultés. Au vu des résultats de l'étude fondée sur les données concernant les hospitalisations en milieu psychiatrique de patients handicapés mentaux, l'auteur conclut que " la capacité d'accueil de 14 lits d'hospitalisation circadienne prévue pour la future UPCHM ne paraît pas devoir être remise en question, d'autant que les conditions d'hospitalisation spécialisée proposées par cette nouvelle unité devront compenser les facteurs d'hospitalisation itérative de courte durée qui découlent actuellement des inconvénients du recours au milieu hospitalisé non spécialisé ".
- Groupe de travail multidisciplinaire, *USPFM, Unité de soins psychiatrique fermée pour mineurs*, CHUV/SPJ/Tribunal des mineurs, 14 avril 2011. La détermination du nombre de lits (10) est fondée sur l'expérience et un consensus fort des experts du Tribunal des mineurs, du SPJ, de la pédopsychiatrie institutionnelle et des milieux socio-éducatifs intégrés dans les deux groupes de travail qui ont élaboré le programme architectural et le concept d'exploitation de l'USPFM. Le postulat de Mme la députée Anne Weill-Lévy, qui a abouti à la présentation et à l'octroi du crédit étude complémentaire, prévoyait une capacité d'accueil de 20 places. L'évaluation du SPJ et du Tribunal des mineurs ainsi que l'impact des mesures civiles de protection ont permis de montrer que l'on est en fait confronté en permanence de 6 à 8 situations de ce type. Par ailleurs, le concordat intercantonal entre les cantons romands n'a pas inclus ce type de prise en charge dans les institutions qu'il a créées. Après consultation de la conférence intercantonale, le Conseil d'Etat vaudois, vu l'urgence déjà soulevée par le postulat de 2006, a décidé de réaliser une unité cantonale pouvant accueillir des mineurs placés par la justice pénale ou civile des autres cantons romands qui paieraient les coûts complets de la prise en charge. Ainsi, en combinant les besoins cantonaux et les placements d'autres cantons pour ce type de prise en charge, la capacité d'accueil de cette unité à vocation cantonale est fixée à 10 lits.
- Des considérations fonctionnelles et thérapeutiques ont également été prises en compte pour déterminer la taille de l'unité qui ne pouvait être ni trop restreinte, avec le risque de ne pas pouvoir répondre à la demande et de générer des coûts unitaires trop élevés, ni trop grande, avec la conséquence d'une concentration importante de patients présentant des troubles graves et un risque élevé de passage à l'acte. En ce sens, le travail autour de la dynamique de groupe sera un enjeu majeur de sécurité interne de l'établissement afin d'éviter au maximum les effets de contagion des passages à l'acte. Par ailleurs, l'USPFM étant une structure ouverte au placement de situations hors-canton lorsque les disponibilités le permettent, le risque d'une sous-occupation est jugée très faible. Au final, le nombre de 10 lits est apparu tout au long des discussions comme optimal tant pour répondre aux besoins des milieux concernés qu'en raison de considérations fonctionnelles et thérapeutiques.

4.10.5 Moment

En ce qui concerne le renouvellement des unités psychiatriques de l'âge adulte et avancé, et comme déjà évoqué, ces structures sont vétustes, elles ne sont plus aux normes et inadaptées à leur fonction ce qui nécessitent leur renouvellement dans les plus brefs délais. De plus cette reconstruction s'inscrit en cohérence avec l'intégration des nouvelles unités pour développer une chaîne de soin cohérente et les synergies thérapeutiques indispensables permettant de faire, de l'ensemble du dispositif, un ensemble cohérent avec une masse critique adaptée.

L'ERS, l'UPCHM et l'USPFM répondent à des besoins et des lois en vigueur. Ces structures sont actuellement gravement manquantes au niveau cantonal et doivent être mises en place de manière urgente pour prendre en charge de façon sécuritaire des clientèles spécifiques. Concernant la création de l'UPCHM, Madame la députée Catherine Roulet a même interpellé le Conseil d'Etat en date du 6 novembre 2007 pour que celui-ci lui indique quand cette construction pourrait voir le jour compte tenu des difficultés éprouvées dans les institutions pour les personnes en situation de handicap.

4.10.6 Conclusion

L'état de vétusté des bâtiments nécessite d'engager sans délai des travaux pour adapter et mettre aux normes les infrastructures afin d'assurer une prise en charge sécuritaire de la patientèle. Il est également indispensable d'offrir des structures d'accueil pour les personnes souffrant d'un handicap mental et pour celles ayant besoin de soins dans un contexte plus sécurisé, tels que demandés par la loi.

A la lumière de ce qui précède, les dépenses envisagées pour les travaux de création de ces nouvelles structures et de rénovation de l'hôpital de l'âge avancé, résultent de l'exercice d'une tâche publique. Elles sont strictement nécessaires à l'exécution de cette tâche, elles doivent être engagées immédiatement, et être considérées dans leur ensemble comme des dépenses liées.

Compte tenu de l'importance de l'investissement proposé et de la nature des constructions et des rénovations à entreprendre, lesquelles, par essence, ne peuvent exclure toute marge de manœuvre de l'Etat au plan de la quotité, le projet sera soumis au référendum facultatif conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) Cst-VD.

4.11 Plan directeur cantonal (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

4.12 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

4.13 Simplifications administratives

Néant.

4.14 Récapitulation des conséquences du projet sur le budget de fonctionnement

Il convient de rappeler que les objets d'investissements ne génèrent pas eux-mêmes d'augmentation de personnel. C'est bel et bien les besoins démographiques (vieillesse de la population), l'organisation cantonale des soins, qui conduisent à une augmentation de l'activité et du personnel. A ce titre, les éléments ci-après sont indicatifs.

Afin d'avoir une vision complète des conséquences de ce projet, il convient de distinguer un récapitulatif des conséquences financières sur le budget du CHUV et sur celui de l'Etat de Vaud. La charge des nouvelles unités créées dans le cadre de ce projet sera entièrement couverte par des revenus. Dans la vision de l'Etat, les subventions nécessaires pour couvrir les charges du CHUV pour ces nouvelles unités seront des charges supplémentaires qui devront être assumées par l'Etat.

4.14.1 Récapitulatif des conséquences financières pour le budget du CHUV

En milliers de francs

Intitulé	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
Personnel supplémentaire (ETP)	0.00	0.00	26.70	34.20	0.00	49.75	0.00	110.65
<i>Services de psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé</i>						-2.40		-2.40
UPCHM						52.15		52.15
ERS				34.20				34.20
USPFM			26.70					26.70
Frais d'exploitation (y compris charges énergétiques)	0.0	0.0	4'078.1	6'774.9	11'427.0	18'867.6	18'867.6	60'015.2
<i>Services de psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé</i>						-285.1	-285.1	-570.2
UPCHM (ouverture Janv 19)						7'725.7	7'725.7	15'451.4
ERS (ouverture Sept 17)				2'326.1	6'978.2	6'978.2	6'978.2	23'260.7
USPFM (ouverture Févr. 16)			4'078.1	4'448.8	4'448.8	4'448.8	4'448.8	21'873.3
Charge d'intérêt	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	20'520.5
Amortissement	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	32'242.0
Total augmentation des charges	7'537.5	7'537.5	11'615.6	14'312.4	18'964.5	26'405.1	26'405.1	112'777.7
Revenus supplémentaires	0.0	0.0	4'078.1	6'774.9	11'427.0	19'152.7	19'152.7	60'585.5
UPCHM						7'725.7	7'725.7	15'451.4
ERS				2'326.1	6'978.2	6'978.2	6'978.2	23'260.7
USPFM			4'078.1	4'448.8	4'448.8	4'448.8	4'448.8	21'873.4
Couverture des charges d'intérêts et d'amortissements par la subvention du SSP	7'537.5	7'537.5	7'537.5	7'537.5	7'537.5	7'537.5	7'537.5	52'762.5
Revenus d'exploitation	7'537.5	7'537.5	11'615.6	14'312.4	18'964.5	26'690.2	26'690.2	113'348.0
Total net "Vision CHUV"	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-285.1	-285.1	-570.3

Les conséquences financières pour le CHUV se limitent aux économies réalisées dans le cadre des services de psychiatrie adulte et de l'âge avancé qui s'élèvent à 285.1 KCHF par année à partir de 2019.

4.14.2 Récapitulatif des conséquences financières pour le budget de l'Etat

Les conséquences financières pour l'Etat augmentent progressivement en fonction des dates prévues d'ouverture des différentes unités. Les augmentations de charges correspondent à la part Etat des forfaits journaliers d'hospitalisation (part LAMal) ainsi qu'aux compléments relatifs aux tâches de santé publique. S'ajoutent à ces montants les financements des services partenaires (SPAS, SPEN, SPJ) relatifs aux coûts spécifiques des nouvelles unités. Cette participation de l'Etat est calculée à partir des tarifs 2011. Les tarifs négociés pour 2012 sont plus élevés. Si cette tendance se confirme, la part Etat pourrait être revue à la baisse (de l'ordre de 935 KCHF soit -4.7%, dès 2019) incluant la restitution à l'Etat de la part investissement facturée aux assureurs à partir de 2012 (révision LAMal).

En milliers de francs

Intitulé	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
UPCHM (ouverture Janv 19)						5'504.8	5'504.8	11'009.6
<i>Charges soins SSP (55% LAMAL + TSP)</i>						2'201.2	2'201.2	4'402.4
<i>Charges spécifiques SPAS (100%)</i>						3'303.6	3'303.6	6'607.2
ERS (ouverture Sept 17)				1'762.2	5'286.7	5'286.7	5'286.7	17'622.3
<i>Charges soins SSP (55% LAMAL + TSP)</i>				1'015.3	3'045.9	3'045.9	3'045.9	10'153.0
<i>Charges spécifiques SPEN (100%)</i>				746.9	2'240.8	2'240.8	2'240.8	7'469.3
USPFM (ouverture Févr. 16)			3'187.0	3'476.8	3'476.8	3'476.8	3'476.8	17'094.2
<i>Charges soins SSP (55% LAMAL + TSP)</i>			1'797.2	1'960.6	1'960.6	1'960.6	1'960.6	9'639.6
<i>Charges spécifiques SPJ (100%)</i>			1'389.8	1'516.2	1'516.2	1'516.2	1'516.2	7'454.6
Frais d'exploitation (y compris charges énergétiques)			3'187.0	5'239.0	8'763.5	14'268.3	14'268.3	45'726.1
Charge d'intérêt	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	2'931.5	20'520.5
Amortissement	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	4'606.0	32'242.0
Total augmentation des charges	7'537.5	7'537.5	10'724.5	12'776.5	16'301.0	21'805.8	21'805.8	98'488.6
UPCHM (ouverture Janv 19)						1'651.8	1'651.8	3'303.6
<i>Charges spécifiques SPAS: revenus OFAS</i>						0.0	0.0	0.0
<i>Charges spécifiques SPAS: revenus de la facture sociale</i>						1'651.8	1'651.8	3'303.6
ERS (ouverture Sept 17)				0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Charges spécifiques SPEN: revenus concordat intercantonal</i>				0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Charges spécifiques SPEN: autres revenus</i>				0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
USPFM (ouverture Févr. 16)			197.1	215.0	215.0	215.0	215.0	1'057.1
<i>Charges spécifiques SPJ: revenus parents</i>			45.8	50.0	50.0	50.0	50.0	245.8
<i>Charges spécifiques SPJ: revenus OFJ</i>			151.3	165.0	165.0	165.0	165.0	811.3
Revenus d'exploitation			197.1	215.0	215.0	1'866.8	1'866.8	4'360.7
Total net "Etat"	7'537.5	7'537.5	10'527.4	12'561.5	16'086.0	19'939.0	19'939.0	94'127.9

5 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le décret ci-après:

PROJET DE DÉCRET

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])

du 13 février 2013

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de décret présenté par le Conseil d'Etat

décète

Art. 1

¹ Un crédit de CHF 106.6 millions est accordé au Conseil d'Etat pour financer les travaux sur le site de Cery (Département de psychiatrie du CHUV) portant sur :- la construction d'un nouvel hôpital et la rénovation partielle du bâtiment 20 pour les Unités d'hospitalisation des services psychiatriques de l'adulte et de l'âge avancé à Cery,- la rénovation partielle du bâtiment 20 pour loger un Etablissement de réhabilitation sécurisé (ERS) pouvant accueillir des patients tombant sous le coup d'une mesure thérapeutique ou d'internement (art. 59 et 64 CP),- la construction d'une Unité d'hospitalisation psychiatrique de crise et d'hospitalisation de jour pour des personnes souffrant d'un handicap mental (UPCHM),- la construction d'une Unité de soins psychiatriques fermée pour mineurs (USPFM).

Art. 2

¹ Ce montant sera prélevé sur le compte Dépenses d'investissement, réparti et amorti conformément aux articles suivants.

Art. 3

¹ Un montant de CHF 100'900'000 est destiné à financer les trois constructions mentionnées à l'article premier. Il sera amorti en 25 ans.

Art. 4

¹ Un montant de CHF 5'700'000 est destiné à financer la rénovation mentionnée à l'article premier. Il sera amorti en 10 ans.

Art. 5

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, 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 13 février 2013.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean