canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET

sur le Plan stratégique CHUV 2019 – 2023

et

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur la politique de santé du Canton de Vaud 2018 - 2022

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION

2. RESUME DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE SANTE DU CANTON DE VAUD 2018 – 2022

2.1. Introduction
2.2. Bilan des mesures de la législature 2013 – 2017
2.3. Principales tendances pour la législature 2018 - 2022
2.4. Législature 2018 – 2022 : une politique de santé publique et huit champs d'action

3. PLAN STRATEGIQUE CHUV

3.1. Résumé du rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique 2014 – 2018
3.2. Résumé du Plan stratégique CHUV 2019 – 2023
3.3. Position du Conseil d'Etat

4. CONSEQUENCES

4.1. Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)
4.2. Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)
4.3. Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique
4.4. Personnel
4.5. Communes
4.6. Environnement, développement durable et consommation d'énergie
4.7. Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)
4.8. Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA
4.9. Découpage territorial (conformité à DecTer)
4.10. Incidences informatiques
4.11. RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)
4.12. Simplifications administratives
4.13. Protection des données
4.14. Autres

5. CONCLUSIONS ET PROJET DE DECRET

ANNEXES :

A. Rapport sur la politique de santé du canton de Vaud 2018 – 2022
B. Rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique CHUV 2014 – 2018
C. Plan stratégique CHUV 2019 – 2023

1. INTRODUCTION

A chaque législature, le Conseil d'Etat a rendez-vous avec le Grand Conseil pour deux objets marquants du domaine de la santé publique :

- le rapport sur la politique de santé du Canton de Vaud, que le Conseil d'Etat s'est engagé à présenter au Grand Conseil ;
- le Plan stratégique du CHUV, qui est soumis à l'adoption du Grand Conseil (art. 21 de la Loi sur les hospices cantonaux).

Le Conseil d'Etat présente simultanément ces deux objets au Grand Conseil afin de lui offrir une vue d'ensemble pour les années à venir, en cohérence avec son programme de législature et la planification financière. Cette vision s'inscrit dans le respect des mécanismes constitutionnels d'allocation des moyens financiers. Le Conseil d'Etat soumet ainsi au Grand Conseil d'une part ses intentions en matière de politique de santé, d'autre part les objectifs stratégiques relevant spécifiquement du CHUV.

Le présent document ne contient que des résumés, les textes complets figurant en annexe. Il est structuré comme suit :

- Une première partie consacrée au Rapport sur la politique de santé du canton de Vaud pour la période 2018 – 2022 (résumé sous chapitre 2 ci-dessous et rapport complet en annexe).
- Une seconde partie qui porte sur le plan stratégique du CHUV et comprenant :
    - Le rapport établi par le CHUV sur la mise en œuvre de son Plan stratégique 2014 – 2018 (résumé sous chapitre 3.1 ci-dessous et rapport complet en annexe) ;
    - Le plan stratégique établi par le CHUV sur la mise en œuvre de son Plan stratégique 2019 – 2023 (résumé sous chapitre 3.2 ci-dessous et rapport complet en annexe) ;
    - La position du Conseil d'Etat sur ce nouveau plan stratégique (chapitre 3.3).

2. RESUME DU RAPPORT SUR LA POLITIQUE DE SANTE DU CANTON DE VAUD 2018 – 2022

2.1 Introduction

Ce 4ème Rapport du Conseil d'Etat sur la politique de santé du Canton de Vaud 2018 – 2022 est un document qui permet de faire le bilan des actions conduites au cours de la précédente législature, d'analyser les principaux changements survenus ou à venir dans le domaine de la santé (enjeux démographiques et épidémiologiques) et de fixer les orientations qui seront prises en matière de santé publique (promotion de la santé, organisation du système de soins, protection des individus). Huit champs d'action sont définis qui permettent d'organiser la politique et l'action de l'Etat dans le domaine de la santé pour la présente législature.

2.2 Bilan des mesures de la législature 2013 – 2017

Différentes actions de prévention des maladies et de promotion de la santé ont été déployées ou amplifiées : dépistage du cancer du sein ou du côlon, de la maladie d'Alzheimer, dépistage et lutte contre le diabète. Dans le domaine des addictions, les dispositifs d'indication ont été regroupés, la mission des centres à bas seuil a été harmonisée. Les mesures de prévention des infections se sont principalement centrées sur les infections nosocomiales (contractées dans un établissement de santé), qui restent un objet de préoccupation en matière de santé publique.
En matière d'organisation des services de santé, les activités de la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) se sont renforcées, notamment avec l'engagement de médecins répondants pour le domaine de la pédiatrie ; certains services d'ambulance ont été réorganisés pour atteindre une meilleure coordination cantonale. L'activité de soins à domicile s'est passablement accrue au cours de la législature : les centres médico-sociaux (CMS) ont vu leur clientèle augmenter, tout en observant un alourdissement des prises en charge ; la mise en œuvre, dès 2012, du nouveau régime de financement des soins (art 25 LAMal) a permis l'émergence de plusieurs organisations de soins à domicile privées dans le canton. Par ailleurs, un important programme de reconnaissance et de soutien des proches aidants a été mené dans le canton. Dans le domaine hospitalier, les travaux visant une meilleure répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux se sont poursuivis avec un projet de classement des missions médicales

hospitalières (de base, spécialisées, tertiaires – universitaires). D'importants travaux de construction (Hôpital Riviera – Chablais) ou de réorganisation (Etablissement hospitalier du Nord Vaudois / Hôpital intercantonal de la Broye / Hôpital de Château d'Oex) ont été menés. Au niveau de l'hébergement, le programme d'investissement et de modernisation des EMS (PIMEMS) a été poursuivi.
La démographie des professions de la santé continue d'être suivie et des mesures ont été mises en place pour pallier le risque de déficit dans certaines professions ou disciplines. Pour le personnel soignant, l'effort d'information et de valorisation des professions a été poursuivi par l'intermédiaire du centre d'information des professions de santé-social (CIPS). En matière de soins infirmiers, les écoles HES ont augmenté leur capacité de formation.
Le vieillissement de la population et les besoins en soins qui en découlent ont amené le Conseil d'Etat à développer des unités mobiles en psychogériatrie pour faciliter le maintien des personnes dans leur lieu de vie (EMS ou domicile). Des unités hospitalières de soins aigus dédiées aux seniors commencent à équiper les hôpitaux, de même que des consultations gériatriques dans les réseaux de soins.
En matière de pilotage du système de santé, le Conseil d'Etat relève qu'il n'a pas eu à intervenir auprès des partenaires tarifaires pour fixer des tarifs d'autorité, mais seulement pour les approuver, selon les règles de la LAMal. Dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles règles LAMal sur le financement hospitalier, la structure tarifaire SwissDRG élaborée au niveau suisse a été appliquée dans le canton depuis le 1er janvier 2012. Globalement, l'évolution des coûts hospitaliers est assez bien maîtrisée dans le canton de Vaud en comparaison nationale et il en va de même pour l'ensemble du secteur planifié (stationnaire hospitalier, EMS et soins à domicile). En revanche, l'évolution des coûts ambulatoires (cabinets médicaux et ambulatoire hospitalier) est plus forte dans le canton de Vaud qu'en Suisse et les valeurs du point Tarmed de ces deux secteurs sont dans notre canton parmi les plus élevées de Suisse. Dans le domaine du contrôle des institutions, la Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS) a vu son champ d'intervention se modifier au cours de la dernière législature : la surveillance des établissements socio-éducatifs a été placée sous sa responsabilité, son champ d'inspection s'est élargi aux Centres d'accueil temporaire (CAT), aux Centres de traitement et de réadaptation hospitaliers (CTR) et aux hôpitaux psychiatriques.

2.3 Principales tendances pour la législature 2018 – 2022

Le précédent rapport de politique sanitaire, pour la période 2013 – 2017, situait les changements à prendre en compte au niveau de l'évolution démographique, de l'évolution de la morbidité (croissance des maladies chroniques), des déterminants de l'état de santé (habitudes de vie et consommation). Les enjeux pour la prochaine législature sont de même nature.
Du point de vue démographique, les récents travaux de StatistiqueVaud confirment les tendances en matière de vieillissement de la population. D'ici 2040, le nombre de seniors (65 ans et plus) va s'accroître de près de 75% (de 125'800 à 218'000 personnes). Parmi eux, les plus âgés (80 ans et plus) vont quasi doubler (de 36'000 personnes à 70'000 personnes). Un élément important à prendre en compte est l'augmentation du taux de dépendance intergénérationnelle (le nombre de 0-19 ans *plus* le nombre de 65 ans et plus rapporté à 100 actifs) qui va passer de 62% en 2015 à 76% voire 80% en 2040. Même en tablant sur une compression de la morbidité pour les seniors (soit une meilleure espérance de vie sans incapacité), les besoins en prestations de soins et d'accompagnement social, d'hospitalisation et d'hébergement vont croître du simple fait du nombre de personnes.
La morbidité restera marquée par l'accroissement des maladies chroniques ; les habitudes de vie et de consommation demeurent des éléments importants pour le maintien de l'état de santé des personnes. Les conditions socio-économiques, de même que le niveau de formation, influent également sur les comportements en matière de santé, ou sur l'aptitude à s'orienter dans le système de soins. La question des menaces environnementales (exposition aux polluants et toxiques, bruit, micropolluants et résidus de médicaments dans les eaux, menaces potentielles, etc.) apparaît - pour certains sujets - relativement récemment dans le champ de la santé publique ; cette question fait l'objet de débats scientifiques nourris dont les résultats probants seront progressivement introduits dans les politiques de santé.

2.4 Législature 2018 – 2022 : une politique de santé publique et huit champs d'action

Huit champs d'actions ont été définis qui permettent d'organiser la politique et l'action de l'Etat dans le domaine de la santé pour la présente législature.

- Champ d'action 1 – promotion de la santé et prévention : développer la promotion de la santé au plus proche des personnes, en visant la prise en compte de l'entier des facteurs favorables à la santé dans le milieu de vie.

- Champ d'action 2 – système de soins : réorienter la politique de développement des soins et de l'accompagnement en la centrant sur la communauté. Simplifier le recours aux prestations et développer leur coordination.
- Champ d'action 3 – santé des enfants et des jeunes : accroître la participation des enfants et des jeunes dans les décisions concernant leur santé. Renforcer leur capacité à faire des choix informés pour leur santé. Assurer l'accès à des prestations de soins de qualité.
- Champ d'action 4 – accès à des soins universels et adaptés : développer la capacité du système de soins à aborder, et s'adapter aux problématiques de santé des personnes vulnérables et en situation de santé particulière.
- Champ d'action 5 – valeurs en santé publique : développer une réflexion sur le développement durable du système de santé, en prenant en compte sur la base de principes éthiques, d'une part les valeurs, choix et besoins des personnes, d'autre part, les possibilités et limites de la société.
- Champ d'action 6 - compétences en santé : accroître les compétences en santé des personnes, en agissant sur la compréhension et la motivation des individus, la lisibilité du système de santé ainsi que les capacités des communautés.
- Champ d'action 7 – qualité, sécurité, économicité : développer l'adhésion de tous les acteurs (politiques, soignants, usagers du système de santé) à une stratégie d'amélioration de la qualité centrée sur le patient, qui inclut la sécurité, la réactivité, l'efficacité, l'efficience et l'équité du système.
- Champ d'action 8 – conditions-cadres : optimiser les modalités d'organisation, de gouvernance et de pilotage du système de santé, adapter les dispositions de financement et législatives, développer la cohérence des systèmes d'information.

Le Conseil d'Etat a ainsi la volonté de mener une politique de santé publique dont les effets doivent s'étendre au-delà de la législature 2018 – 2022. Des objectifs sont fixés pour la mi- législature (2020). Un bilan sera établi à l'attention de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) du Grand Conseil. La nécessaire maîtrise de la croissance des coûts de la santé et, corollairement, de celle des primes d'assurance maladie requièrent un engagement ferme de l'exécutif cantonal et de tous les acteurs pour assurer une durabilité du système de santé cantonal.

3. PLAN STRATEGIQUE CHUV

3.1 Résumé du rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique 2014 – 2018

Le plan stratégique 2014-2018 présente un bilan final très satisfaisant compte tenu des objectifs initiaux ambitieux. L'ensemble des 28 objectifs stratégiques sont en bonne voie de réalisation (26) ou demandent une surveillance sur certains aspects, mais ne comportent pas de risque majeur (2). Sur les 116 mesures concrètes, 59% sont (quasi) entièrement réalisées (entre 90% et 100%) et le taux de réalisation moyen de l'ensemble des mesures est de 82%. Ces avancées considérables sur la feuille de route ont été possibles grâce à l'appropriation du Plan stratégique par les départements et services, l'engagement et la motivation des équipes et la forte implication du Comité de direction dans le pilotage.

Parmi les multiples réalisations et avancées, citons en particulier :

La prise en charge des patient-e-s a été améliorée et renforcée, notamment en ce qui concerne la qualité et sécurité (Q&S) des soins : le projet GPS+ qui vise à améliorer l'efficience du séjour et la qualité de la prise en charge des patient-e-s est en cours de déploiement ; l'approche ERAS est déployée dans 4 services ; le Comité Q&S des soins a été mis en place, la gouvernance se déploie maintenant dans les départements et services ; enfin, la documentation clinique et le dossier de soins informatisés sont déployés dans tous les départements et la prescription connectée sera achevée en 2018. La Filière trauma et le programme "Zéro escarre" ont été mis en place et consolidés. Deux nouveaux départements ont été créés, le Département femme-mère-enfant (DFME) et le Département cœur-vaisseaux (DCV), permettant de réaliser des synergies, de mutualiser des moyens et d'améliorer l'efficience. L'ouverture du Centre de chirurgie ambulatoire Beaumont 24 en PPP début 2014 a permis de sortir les opérations ambulatoires du bloc principal. Le Centre de la main qui a repris les activités de Longeraie a ouvert fin 2013.

En oncologie, plusieurs centres interdisciplinaires ont vu le jour : prostate, tumeurs thoraciques, sarcomes, tumeurs gynécologiques ; l'oncologie ambulatoire a été renforcée ; l'immunothérapie est en pleine croissance avec la

création du Service d'immuno-oncologie et du Centre des thérapies expérimentales. Le 1er traitement d'un patient par lymphocytes-T a eu lieu en mars 2018. Le partenariat CHUV-UNIL a permis de conclure une collaboration d'une durée de 30 ans avec le Ludwig Institute for Cancer Research qui va investir plus de 100 mio. CHF sur 10 ans.

Le domaine cardiovasculaire a vu la création du Centre universitaire romand de cardiologie et chirurgie pédiatrique ; le Département cœur-vaisseaux (DCV), né de la réunion des services de chirurgie et de médecine du domaine, a permis de mutualiser l'activité hospitalière et d'améliorer la prise en charge des patient-e-s ; la Filière STEMI de prise en charge des infarctus aigus est consolidée et le bilan sur 4 ans est excellent.

Les neurosciences cliniques ont connu un bel essor. Le Centre Leenaards de la mémoire et la collaboration avec les centres mémoires régionaux sont consolidés. Avec la signature de la convention Lavigny-CHUV, le projet de création du Service universitaire de neuroréhabilitation (SUN) est en bonne voie. Un pilote pour le Centre de recherche en neuroréhabilitation (CRINN) a ouvert à Lavigny en décembre 2017. La chaire et le Centre cantonal de l'autisme sont créés et se développent selon le plan cantonal de l'autisme. Le NCCR SYNAPSY est actif et soutenu par la collaboration entre les Départements des neurosciences cliniques CHUV, des neurosciences fondamentales FBM et du Département de psychiatrie CHUV. La plateforme NeuroTech se développe et la fondation ad hoc a permis la récolte de dons substantiels.

Le développement des domaines MHS (Médecine hautement spécialisée) se poursuit selon la feuille de route fédérale et en partenariat avec les cantons romands.

Les interactions entre recherche et clinique ont pu être renforcées, notamment grâce à la création du Département facultaire de soutien académique à la FBM ; le renforcement des synergies entre le CHUV et l'IUFRS/FBM ; et la pérennisation du Centre de recherche clinique.

Dans le domaine de l'enseignement, les capacités de formation médicale pré-graduée ont augmenté de 160 à 220 étudiants ; les filières de formation post-graduée ABCDx renommées en CHAT trouvent adhésion auprès des chefs de service ; des modules de e-learning ont été réalisés.

Dans le domaine des Ressources Humaines on mentionnera notamment la mise en place d'un Espace-collaborateur ; de formations microMBA, management de proximité, leadership et harcèlement ; de l'e-recrutement ; de mesures sur le job-sharing, le temps partiel et le télétravail ; d'une unité de réinsertion professionnelle. Plusieurs processus ont été simplifiés (contrats, VMO). 34 nouvelles places de crèches-garderies sont disponibles. L'effectif des apprenti-e-s est passé de 185 à 207. Le taux de femmes cadres dans les professions médicales est désormais de 29.5%.

Sur le plan architectural, la rénovation de la Cité hospitalière s'est poursuivie selon le schéma directeur des constructions : le Centre coordonné d'oncologie a été agrandi ; l'Hôtel des patients a ouvert en novembre 2016 ; le bâtiment Agora de recherche translationnelle sur le cancer sera investi dès novembre 2018 ; l'étape 1 de la rénovation de l'Hôpital de Cery sera livrée en octobre 2018. De nombreux déménagements ont permis de libérer des espaces pour les soins sur la Cité hospitalière et de poursuivre le regroupement de la recherche et des laboratoires au Biopôle à Epalinges.

La modernisation des infrastructures s'est poursuivie : l'activité opératoire a été déplacée en mars 2017 dans le nouveau bloc opératoire complémentaire, permettant la rénovation du bloc principal qui est en cours ; le nouveau bloc opératoire de l'Hôpital orthopédique en surélévation du bâtiment a ouvert en décembre 2016. Les analyses en microbiologie ont été automatisées.

Sur le plan logistique, le restaurant du BH a été agrandi et des snackings délocalisés ont été ouverts ; la nouvelle plateforme de logistique commune HUG-CHUV à Bussigny (projet PLEXUS) qui abritera les magasins centraux des HUG et du CHUV et l'Unité centralisée de production froide pour les cuisines sera terminée fin 2018.

Concernant le système d'information (SI), tous les lits du CHUV sont équipés avec le dossier patient informatisé Soarian (documentation clinique et prescription). Le datawarehouse de recherche clinique est en place et opérationnel pour les premiers projets SPHN. Le SI a pu être fiabilisé davantage. Les outils informatiques pour s'intégrer aux projets cantonaux de cybersanté ont été développés (plan de médication partagé, échange de

données cliniques) ; les lettres et rapports de sortie sont envoyés de manière électronique aux partenaires dotés d'une connexion sécurisée. La mobilité interne et externe sur PC portables a été généralisée.

Au total, de 2014 à mars 2018, on recense dans le portefeuille institutionnel, 27 projets démarrés sous l'ancien plan stratégique 2009-2013, 29 nouveaux projets démarrés et 40 qui se sont terminés.

L'ensemble des réalisations de 2014 à mars 2018 est décrit de manière détaillée dans le rapport en annexe.

3.2 Résumé du Plan stratégique CHUV 2019 – 2023

La majorité des objectifs formulés lors du dernier Plan stratégique ont des délais de réalisation qui se situent en 2022-2023. Il paraît donc adéquat de présenter un plan stratégique qui s'intègre dans la pleine et entière continuité des choix essentiels du plan précédent et d'élaborer des compléments dans des domaines qui le nécessitent.

Au niveau du contexte, les tendances lourdes de la dernière période (vieillissement de la population, innovation technologique rapide, augmentation de la concurrence) se confirment. La centralisation des activités de la médecine spécialisée et hautement spécialisée va se poursuivre sur un arrière-fonds caractérisé par l'affaiblissement de la médecine générale. Les mesures nécessaires pour contenir l'augmentation des coûts de la santé et les difficultés de recrutement de personnel qualifié vont limiter de manière durable la croissance des budgets et des effectifs des hôpitaux, tandis que la pression va rester forte pour augmenter le volume des services hospitaliers.

Les enjeux pour le CHUV, pour la période 2019 - 2023, sont :

1. l'adaptation de l'hôpital à l'évolution démographique – le vieillissement de la population en particulier ;
2. la poursuite de la transformation de la Cité hospitalière et la mise en exploitation des nouvelles infrastructures ;
3. l'amélioration de la qualité et de l'efficience clinique, tout en garantissant un équilibre économique durable ;
4. la poursuite de la construction des pôles d'excellence du CHUV en matière de clinique, formation et recherche ;
5. le renforcement de la responsabilité des cadres de l'institution à tous les niveaux de la prise en charge des patient-e-s et des familles ;
6. l'intégration de la gestion et de la restitution de l'information aux patient-e-s dans la formation des professionnel-le-s et dans les pratiques cliniques ;
7. la lutte contre la pénurie des professionnels.

Le nouveau Plan stratégique se développe en 5 axes stratégiques et 26 objectifs. Ceux-ci s'inscrivent d'une part dans la continuité des objectifs 2014 – 2018 (oncologie – cardiovasculaire - neurosciences cliniques - rénovation des infrastructures – collaboration interprofessionnelle, qualité, sécurité – ressources humaines, management et relève) et d'autre part dans le développement de nouvelles priorités :

- La médecine génomique avec la mise en œuvre d'un centre de compétences et de veille technologique en matière de médecine génomique, la prise en charge des patient-e-s atteints par des maladies génétiques, une consultation ambulatoire de santé personnalisée, le développement de la pharmacogénétique, l'application de la génomique au développement de nouveaux médicaments et tests diagnostiques. Dans ce domaine, un accent particulier sera mis sur les enjeux éthiques et sociétaux, en collaboration avec les chercheurs de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'UNIL ainsi qu'avec la Faculté des HEC s'agissant des questions médico-économiques soulevées.
- Les maladies infectieuses qui constituent un défi majeur de santé publique, considérant par exemple l'émergence régulière de nouvelles pathologies infectieuses, ou les changements climatiques, les migrations etc. qui favorisent la survenue de maladies infectieuses, ou encore la résistance aux antibiotiques.
- Le domaine des neurosciences s'attache à comprendre et soigner des personnes touchées par une affection du système nerveux, soit actuellement près d'une personne sur quatre en Europe. La construction de centres de

compétences en matière de neuroréhabilitation, de neuro-technologies ou encore la poursuite du projet de recherche clinique Human Brain Project font partie des développements proposés.

- En immunologie, les défis à relever consistent à déterminer l'efficacité et la sécurité des traitements biologiques et de développer les plateformes technologiques nécessaires.
- Dans le domaine de l'oncologie radio-chirurgicale, il s'agira de développer un centre des maladies digestives et un centre des maladies hépato-biliaires et pancréatiques qui regroupera les cas traités par les services de chirurgie viscérale, de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle.
- Les Humanités en médecine se verront regroupées dans un nouvel Institut rattaché au Département de la formation et de la recherche du CHUV. Il contribuera à répondre aux enjeux posés par les développements contemporains de la médecine, apportera un étayage aux décisions institutionnelles hospitalières et de politique sanitaire.
- Enfin le domaine de la gestion de l'information clinique sera renforcé dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

3.3 Position du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat a la volonté de poursuivre et de finaliser le travail de modernisation du CHUV entrepris dans les deux législatures précédentes. Il est convaincu que les objectifs ambitieux visés par le CHUV, en collaboration avec l'Unil et l'EPFL, et le soutien de fondations importantes dans les domaines de l'oncologie, des neurosciences et du cardiovasculaire restent d'actualité et doivent être complétés par les projets de développement complémentaires présentés ci-dessus. Il considère que l'amélioration continue de la qualité et de l'efficience de l'hôpital est une condition importante pour assurer le succès et la durabilité du plan stratégique du CHUV.

Des objectifs sont fixés pour la mi- législature (2020). Un rapport intermédiaire sera établi à l'attention du Grand Conseil et présenté en temps utile à sa Commission thématique de la santé publique.

4. CONSEQUENCES

4.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Aucune à ce stade. Si des modifications légales devaient s'avérer nécessaires, elles feraient l'objet d'EMPL ad hoc.

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

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

Au demeurant, et dans le respect des procédures en vigueur, les projets qui nécessiteraient des réallocations importantes ou des investissements conséquents seront soumis au Conseil d'Etat et au Grand Conseil conformément aux dispositions légales en vigueur.

4.3. Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

Aucune. Si des projets mentionnés dans l'un ou l'autre des documents devaient soulever des risques ou des incertitudes, ceux-ci seraient présentés au Conseil d'Etat et au Grand Conseil en même temps que les projets d'EMPD ou d'EMPL y relatifs qui leur seraient soumis.

4.4. Personnel

Le rapport sur la politique de santé, de même que le Plan stratégique du CHUV traitent de différentes problématiques liées au personnel. Ils annoncent plusieurs mesures qui visent à atténuer la pénurie de personnel et à assurer la relève, en particulier la relève médicale.

4.5. Communes

Aucune. Comme mentionné aux points 4.2 et 4.3 ci-dessus, les éventuelles conséquences découlant de projets particuliers seront mises en évidence lors de la présentation des EMPD ou EMPL y relatifs au Conseil d'Etat et au Grand Conseil.

4.6. Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Les mesures proposées ont comme intention de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la population vaudoise, d'adapter le système de santé dans une perspective de durabilité sociale et économique.

4.7. Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Le rapport sur la politique de santé du canton de Vaud ainsi que le Plan stratégique du CHUV s'inscrivent dans différentes mesures du programme de législature du Conseil d'Etat, en particulier :

- mesure 1.8 « préparer le système de soin au vieillissement de la population, tout en contenant l'évolution des coûts de la santé »
- mesure 2.3 « accompagner la transition numérique et le développement de la sécurité économique numérique»
- mesure 2.5 « consolider les pôles des hautes écoles et son rayonnement à travers la diffusion des connaissances, le développement de nouveaux savoirs et la modernisation de leurs infrastructures »
- mesure 3.6 « encourager la participation à la vie citoyenne et aux projets publics »

4.8. Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA

Néant.

4.9. Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

4.10. Incidences informatiques

Néant

4.11. RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

4.12. Simplifications administratives

Néant.

4.13. Protection des données

Néant.

4.14. Autres

Néant.

5. CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de décret sur le Plan stratégique CHUV 2019-2023.

PROJET DE DECRET

sur le Plan stratégique CHUV 2019-2023

du 4 juillet 2018

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Art. 1

[1] Le plan stratégique CHUV 2019-2023 est adopté. Il fera l'objet d'un suivi conformément à la loi du 16 novembre 1993 sur les Hospices cantonaux.

Art. 2

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte, conformément à l'article 84, alinéa 1er, 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 4 juillet 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

Département de la santé et de l'action sociale
Service de la santé publique

Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018 - 2022

Table des matières

Résumé **3**

Introduction **5**

Première partie : bilan des mesures de la législature 2013–2017 **7**

Deuxième partie : les enjeux **12**
- Démographie
- Evolution de la morbidité et autres déterminants de la santé
- Organisation du système de santé et disponibilités en ressources
- Posture des patients
- Evolutions technologiques

Troisième partie : législature 2018–2022
Une politique de santé publique, des champs d'action **18**
- Une vision et des valeurs pour la politique de santé du canton de Vaud
- Des champs d'action
    1- Promotion de la santé et prévention. Appropriation au niveau local
    2- Système de soins. Renforcement dans la communauté
    3- Santé des enfants et des jeunes. Dans tous les milieux de vie
    4- Accès à des soins universels et adaptés. En faveur des personnes en situation de vulnérabilité
    5- Valeurs en santé publique. Pour une diffusion large
    6- Compétences en santé. Responsabilité de tous les acteurs
    7- Qualité, sécurité, économicité. Au bénéfice du patient
    8- Conditions-cadres. Pour l'efficience du système de santé

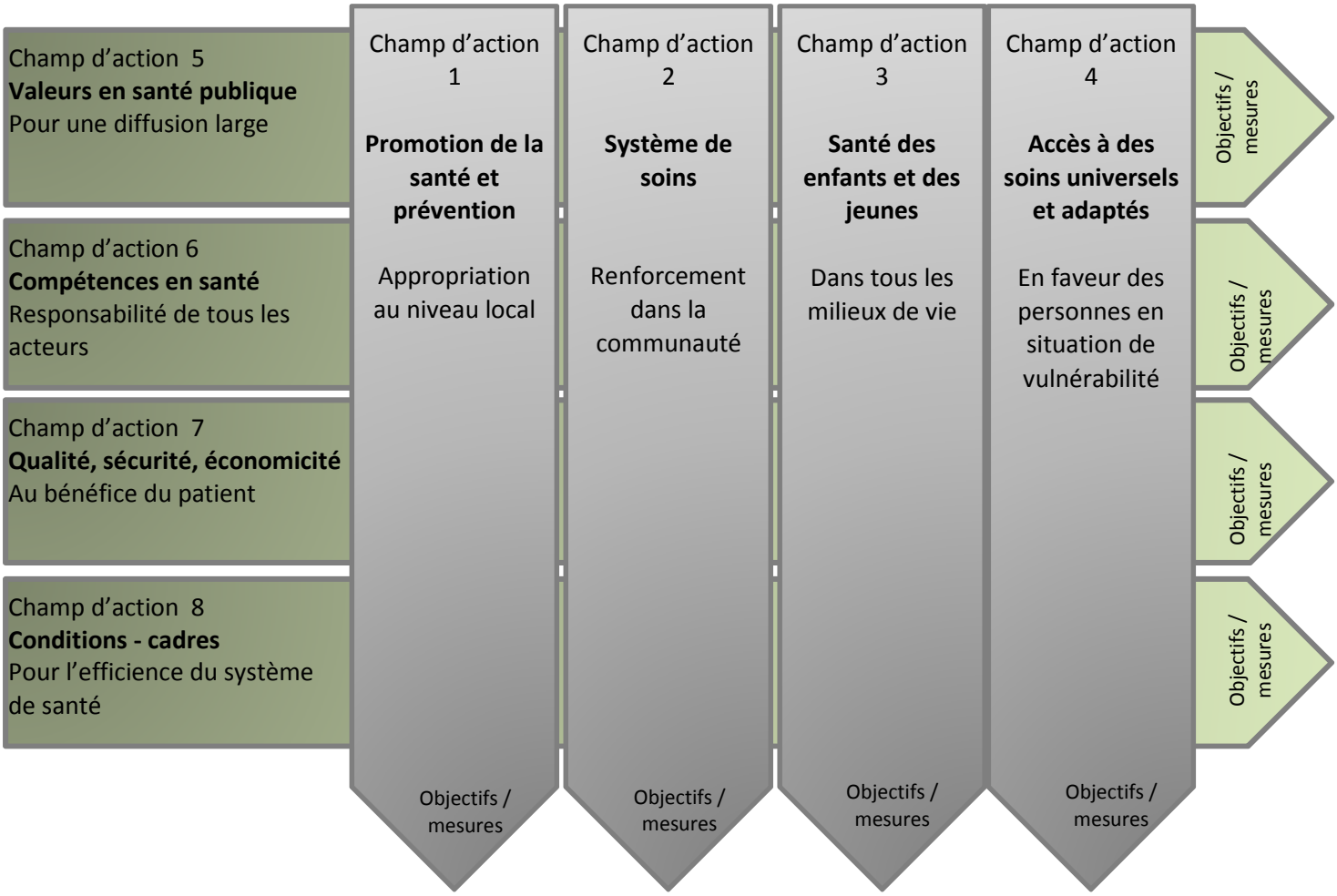
Annexe : bilan des mesures de la législature 2013–2017 **48**
- Ligne directrice 1 : amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé
- Ligne directrice 2 : consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels
- Ligne directrice 3 : renforcer la première ligne de prise en charge des patients[1]
- Ligne directrice 4 : mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillissement et Santé »
- Ligne directrice 5 : renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

[1] Dans le présent rapport, le genre masculin est utilisé au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.

Résumé

Ce 4ème rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud comprend le bilan des mesures réalisées durant la législature 2012-2017, un état des enjeux actuels en matière de santé publique et les champs d'action et objectifs prévus pour la législature 2018-2022.

Huit champs d'action ont été définis. Ils permettent d'organiser la politique et l'action de l'Etat dans le domaine de la santé pour la présente législature.



Les principales orientations sont les suivantes :

- Champ d'action 1 – promotion de la santé et prévention : développer la promotion de la santé au plus proche des personnes, en visant la prise en compte de l'entier des facteurs favorables à la santé dans le milieu de vie.
- Champ d'action 2 – système de soins : réorienter la politique d'organisation des soins et de l'accompagnement en la centrant sur la communauté. Simplifier le recours aux prestations et développer leur coordination.

- Champ d'action 3 – santé des enfants et des jeunes : accroître la participation des enfants et des jeunes dans les décisions concernant leur santé. Renforcer leur capacité à faire des choix informés pour leur santé. Assurer l'accès à des prestations de soins de qualité.
- Champ d'action 4 – accès à des soins universels et adaptés : développer la capacité du système de soins à aborder, et s'adapter aux problématiques de santé des personnes vulnérables et en situation de santé particulière.
- Champ d'action 5 – valeurs en santé publique : développer une réflexion sur le développement durable du système de santé, en prenant en compte sur la base de principes éthiques, d'une part les valeurs, choix et besoins des personnes, d'autre part, les possibilités et limites de la société.
- Champ d'action 6 - compétences en santé : accroître les compétences en santé des personnes, en agissant sur la compréhension et la motivation des individus, la lisibilité du système de santé ainsi que les compétences des communautés.
- Champ d'action 7 – qualité, sécurité, économicité : développer l'adhésion de tous les acteurs (politiques, soignants, usagers du système de santé) à une stratégie d'amélioration de la qualité centrée sur le patient, qui inclut la sécurité, la réactivité, l'efficacité, l'efficience et l'équité du système.
- Champ d'action 8 – conditions-cadres : optimiser les modalités d'organisation, de gouvernance et de pilotage du système de santé, adapter les dispositions de financement et législatives, développer la cohérence des systèmes d'information.

Des objectifs sont fixés pour la mi-législature (2020). A cette échéance, un bilan sera établi à l'attention de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) du Grand Conseil.

Le Conseil d'Etat a la volonté de mener une politique de santé publique dont les effets doivent s'étendre au-delà de la législature 2018-2022. La nécessaire maîtrise de la croissance des coûts de la santé et, corollairement, de celle des primes d'assurance maladie requièrent un engagement ferme de l'exécutif cantonal et de tous les acteurs pour assurer une durabilité du système de santé cantonal. Les différents champs d'action vont ainsi se décliner annuellement en objectifs spécifiques qui toucheront soit les leviers pour agir sur le système (conditions-cadres), soit des concepts et outils à mettre en place, soit encore des mesures opérationnelles chiffrables.

Introduction

Le système de santé vaudois est l'héritier de plusieurs décennies de croissance et d'adaptations. Le canton a su jusqu'ici développer un bon niveau de qualité de prestations et répondre aux besoins de santé de la population.

Les défis qui nous attendent – et ils sont semblables à ceux des autres cantons suisses ou pays occidentaux – sont d'importance : ils nécessitent de maintenir cette capacité d'adaptation pour conserver un système de santé répondant aux besoins de la population, privilégiant son bien-être et continuant de contribuer à la cohésion sociale.

Dans son plan de législature, le Conseil d'Etat a identifié, pour le système de santé, l'objectif principal suivant : « *préparer le système de soin au vieillissement de la population, tout en contenant l'évolution des coûts de la santé* ». Les actions du programme de législature sont centrées sur :

- l'élaboration d'une stratégie d'accompagnement du vieillissement de la population ;
- le renforcement de la médecine à domicile ;
- la poursuite et l'adaptation du programme d'extension et de modernisation des établissements médico-sociaux (PIMEMS), en priorisant la modernisation du réseau ;
- la maîtrise du nombre de lits hospitaliers ;
- la simplification de l'organisation régionale des soins ;
- la limitation de l'augmentation du coût par assuré LAMal.

Le maintien en santé de la population vaudoise et l'accessibilité de tous à un système de soins efficace et socialement supportable sont donc les lignes de force du Conseil d'Etat.

Si les programmes développés en matière de promotion de la santé et de prévention ont eu des effets, force est de reconnaître qu'ils atteignent aujourd'hui leurs limites. Il restera certes toujours important de rappeler à chaque citoyen les actions qu'il peut entreprendre pour se maintenir en santé (message autour du tabac, en faveur d'une alimentation équilibrée et de l'exercice physique ou encore visant à limiter une consommation excessive d'alcool). Mais d'autres mesures devront être prises pour atteindre de manière plus efficace des populations qui répondent peu à ces messages. Certaines inégalités sociales en matière de santé se renforcent dans notre société et des stratégies doivent être développées pour limiter leurs effets délétères : il en va de la solidarité sociale de notre canton.

Pour atteindre ces objectifs, il conviendra de développer les liens avec les autres stratégies du Conseil d'Etat qui se révèlent être déterminantes sur la santé de la population, et en particulier celles concernant l'enfance et la jeunesse, les personnes en situation de fragilité, le logement, la participation à la citoyenneté et l'environnement.

En matière de système de soins, les efforts devront porter sur le développement d'une capacité plus forte encore en faveur d'une prise en charge de la personne dans son lieu de vie, respectueuse de ses choix de vie. Tous les efforts devront être déployés pour augmenter la coordination des soins, limiter la déperdition d'information lors des transitions des personnes dans le système, éviter les prestations inutiles ou redondantes, accroître l'effort de formation visant le développement des compétences des professionnels et du système de soins dans sa globalité. Il s'agira également de développer davantage les compétences des citoyens et des collectivités en matière de santé et le rôle de partie prenante du patient dans sa prise en charge.

La contribution de chacun est essentielle pour parvenir à cette dynamique et garantir un système de santé de qualité, durable et accessible à chacun.

Pierre-Yves Maillard

Chef du Département de la santé et de l'action sociale

Première partie

Bilan des mesures de la législature 2013-2017

En juillet 2013, le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil un rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2013-2017. Il fondait sa stratégie sur cinq lignes directrices qui constituaient le cadre de sa politique pour cette période. Le gouvernement vaudois les a également déclinées en 55 principales actions qu'il entendait mener. Le présent rapport permet aujourd'hui de rappeler ces objectifs et d'indiquer les principaux résultats obtenus. La liste détaillée des résultats de ces mesures figure en annexe.

Ligne directrice 1 : amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé

Des mesures de dépistage et de diagnostic précoce ont été mises en œuvre, par exemple autour du programme de dépistage systématique du cancer du sein qui a été élargi aux femmes jusqu'à 74 ans ; le programme du cancer du côlon a démarré progressivement en octobre 2016. Des mesures de dépistage et de lutte contre le diabète ont été renforcées, en particulier dans la perspective de permettre aux patients de mieux gérer leur maladie, et aussi de leur apporter des prestations spécifiques en situation de diabète complexe. Le dispositif de dépistage de la maladie d'Alzheimer et autres démences a été consolidé avec la création du Centre Leenaards de la mémoire au CHUV et de trois centres régionaux ; ce dispositif est également développé dans la formation des professionnels, des aidants familiaux et des bénévoles, ainsi que dans la recherche.

Les actions dans le domaine des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires ont été renforcées par un nouveau projet mis en place conjointement avec le Service de l'éducation physique et du sport (SEPS), visant à faciliter, au sein des communes ou des clubs sportifs, la pratique de sports de groupe de manière non compétitive.

Dans le domaine des addictions (alcool et stupéfiants), les dispositifs d'indication ont été regroupés et les prestations ambulatoires d'addictologie ont été étendues dans les différentes régions du canton. La mission des centres d'accueil à bas seuil a été harmonisée. Le programme pour les adolescents ayant développé des troubles en lien avec la consommation de substance a été réorganisé et pérennisé. L'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (UPSPS) a également été active au sein de l'école dans le domaine de la prévention des dépendances.

Les mesures de prévention des infections se sont principalement centrées sur les infections nosocomiales (contractées dans un établissement sanitaire), qui restent un objet de préoccupation en matière de santé publique. La révision en 2012 de la loi fédérale sur les épidémies confère aux cantons une responsabilité de mise en œuvre des programmes de lutte et prévention contre ces infections. Coordonnés par l'Unité cantonale d'hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCI), des répondants au sein des institutions sanitaires contribuent à la mise en place et à l'évaluation du programme cantonal.

Ligne directrice 2 : consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels

Les activités de la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) se sont renforcées, notamment avec l'engagement de médecins répondants pour le domaine de la pédiatrie. La CTMG et la centrale 144 ont repris les appels en provenance du canton de Neuchâtel. Certains services d'ambulance ont été réorganisés pour atteindre une meilleure coordination cantonale.

L'activité de soins à domicile s'est passablement accrue au cours de la législature : d'une part, les centres médico-sociaux (CMS) ont accru leur clientèle, observant également un alourdissement des prises en charge, d'autre part, la mise en œuvre dès 2012 du nouveau régime de financement des soins (art. 25 LAMal) a produit l'émergence de plusieurs organisations de soins à domicile privées dans le canton. Un important programme de reconnaissance et de soutien des proches aidants a en outre été mené dans le canton.

Dans le domaine hospitalier, les travaux visant une meilleure répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux se sont poursuivis avec un projet de classement des missions médicales hospitalières (de base, spécialisées, tertiaires-universitaires). D'importants travaux de construction (Hôpital Riviera-Chablais) ou de réorganisation (Etablissement hospitalier du Nord Vaudois / Hôpital intercantonal de la Broye / Hôpital de Château d'Oex) ont été menés.

Au niveau de l'hébergement, le programme d'investissement et de modernisation des établissements médico-sociaux (PIMEMS) a été poursuivi : entre 2012 et 2015, 382 lits d'EMS ont été construits. Ils sont issus du programme PIMEMS 2005-2012. Début 2013, le Conseil d'Etat a adopté un programme intentionnel pour la législature 2012-2017 qui prévoyait notamment la planification de quelque 1'160 lits de longs séjours de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé (dont 500 supplémentaires), une modernisation des EMS de psychiatrie adulte et le développement de structures d'accompagnement médico-sociales (lits de courts séjours et places de Centres d'accueil temporaire). Sur ce programme, à fin 2017, 51 lits ont été mis en fonction et 479 autres sont en cours de construction, en phase d'études ou de concours. Le dispositif d'hébergement en psychiatrie adulte a été mis en place, avec une clarification des missions et des financements.

La démographie des professions de la santé continue d'être suivie et des mesures sont mises en place pour pallier le risque de déficit dans certaines professions ou disciplines. Pour le personnel soignant, l'effort d'information et de valorisations des professions a été poursuivi : le centre d'information des professions santé-social (CIPS) présente ainsi 34 métiers dans différents lieux du canton. S'agissant de la formation de base en soins infirmiers (niveau Bachelor / HES), la capacité des écoles a augmenté, l'offre de places de stages en institution de santé a dû suivre. En cinq ans le nombre de diplômés a passé de 176 à 239 par année. Depuis 2015, une vingtaine d'étudiants peuvent suivre une nouvelle filière de formation en cours d'emploi.

Ligne directrice 3 : renforcer la première ligne de prise en charge des patients

Depuis 2010, trois cursus régionaux de formation postgraduée pour les médecins désireux de se spécialiser en médecine de famille se sont progressivement développés dans le canton. D'une durée maximale de trois ans, ces cursus intégrés au sein d'hôpitaux régionaux offrent une formation clinique ciblée en médecine de premier recours, complétée par un assistanat de six mois dans le cabinet d'un médecin de famille dans la région de l'hôpital concerné. Ces stages, conjugués aux contacts établis avec les médecins hospitaliers ont l'avantage d'ancrer les médecins assistants dans la région où ils sont formés et de les inciter à y installer leur cabinet une fois leur formation terminée. Pour l'heure, 25 médecins issus de ces cursus y ont installé leur cabinet de médecine de famille, notamment dans des zones périphériques du canton.

Issu des travaux menés autour d'un avant-projet de modèle d'assurance maladie alternatif, un exposé des motifs et projet de décret (EMPD) sur « le développement d'outils et de processus favorisant la coordination et la continuité des soins » a été accepté par le Grand Conseil. Les objectifs de base ont notamment trait à la promotion d'une meilleure coordination des soins, au renforcement du rôle du médecin de premier recours et du pharmacien, ainsi qu'à l'offre d'incitations financières aux patients pour les encourager à adhérer à une prise en charge intégrée.

Ligne directrice 4 : mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillissement et Santé »

Différentes mesures ont été mises en œuvre dans la perspective de prévenir la perte d'autonomie des seniors. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens travaillant sur la qualité de la prescription ont été renforcés dans les EMS.

Deux projets de gestion des situations complexes par la mise en place de case managers ont été menés, aboutissant en particulier à la mise en place d'un vocabulaire homogène pour évaluer une situation durant tout le parcours de soins de la personne.

Au niveau hospitalier, une unité de soins aigus spécifiquement dédiée aux personnes âgées a été ouverte à l'hôpital de Morges, sur le modèle de celle existant au CHUV. Une telle organisation permet d'appliquer un financement par DRG gériatrique. En complément aux équipes hospitalières, des centres de gériatrie ambulatoire ont vu le jour dans les régions du canton, venant en appui aux médecins traitants, aux équipes de soins à domicile ou aux EMS.

Dans le domaine de la formation centrée sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) continue de soutenir des professionnels diplômés en vue de l'obtention d'une certification d'étude avancée (CAS ou DAS) dans des orientations telles que la santé des populations vieillissantes, la psycho-gériatrie ou les soins palliatifs.

Ligne directrice 5 : renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

Les partenaires tarifaires sont la plupart du temps parvenus à s'entendre, de sorte que le Conseil d'Etat n'a pas eu à intervenir pour fixer les tarifs d'autorité, mais seulement pour les approuver, selon les règles de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le canton de Vaud ne se trouve donc pas comme d'autres cantons avec de nombreux

recours à traiter et l'insécurité juridique et financière qui en découle. Dans le domaine hospitalier, dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles règles LAMal sur le financement hospitalier, la structure tarifaire SwissDRG élaborée au niveau suisse a été appliquée depuis le 1er janvier 2012 et a depuis lors progressivement été adaptée et améliorée. Les négociations tarifaires vaudoises se sont donc fondées dès 2012 sur cette nouvelle structure, qui a remplacé les APDRG (All Patients Diagnoses Related Groups) précédemment appliqués dans le canton.

En termes de gouvernance, le projet « Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordonnée » (OSRIC), mené par le Réseau Santé Nord-Broye dans le Nord vaudois, a permis d'expérimenter la mise en œuvre d'une organisation régionale intégrée et coordonnée comme évolution possible du réseau de soins, de déterminer des mesures favorisant une prise en charge globale des usagers, de fixer leurs modalités de développement et de les réaliser. Dans le Nord vaudois également, un plan de traitement partagé s'appuyant sur la plateforme cybersanté vaudoise destiné à des patients polymédiqués a été testé.

Dans le domaine du contrôle des institutions, la Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS) a vu son champ d'intervention se modifier au cours de la dernière législature : la surveillance des établissements socio-éducatifs a été placée sous sa responsabilité, son champ d'inspection s'est élargi aux centres d'accueil temporaire (CAT), aux centres de traitement et de réadaptation hospitaliers (CTR) et aux hôpitaux psychiatriques. Une extension progressive au domaine des soins à domicile est en cours.

En septembre 2015, le Grand Conseil a accepté un décret sur la régulation des nouveaux équipements lourds. L'application du décret a permis de freiner la prolifération des équipements lourds dans le canton de Vaud, sans impact négatif sur l'accès à ces prestations pour la population vaudoise.

Dès 2015, à travers la création d'un réseau de partenaires, des travaux de conception d'une « Plateforme d'information du système sanitaire vaudois » ont été initiés. Les travaux ont débuté par la définition de l'information de base à produire : indicateurs, graphes, tableaux détaillés. Cinq domaines ont été identifiés : démographie, santé de la population, prestataires de service et personnel de santé (offre), prestations et recours aux services (activité), coûts et financement du système de santé. Dès 2017, le projet de développement d'une plateforme web pour présenter l'information sanitaire de manière moderne et conviviale a été initialisé, en remplacement de l'ancien site des « Données de référence du système sanitaire vaudois ». Le dépliant « Chiffres-clés » est publié annuellement depuis 2015, présentant un panorama statistique du système de santé vaudois.

Globalement, durant la législature 2012-2017, les coûts à charge de l'assurance obligatoire ont crû plus fortement que sur la période précédant 2012, tant dans le canton de Vaud qu'en Suisse. Cette forte croissance, de l'ordre de +4%, est intervenue depuis la fin du moratoire et la mise en œuvre des réformes LAMal sur le financement hospitalier et le financement des soins de longue durée. Sur la législature, la croissance des coûts a été légèrement plus forte dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse. Cette évolution est due en large partie à l'évolution des coûts dans le secteur

ambulatoire, en particulier dans l'ambulatoire médical (cabinets médicaux et ambulatoire hospitalier). Dans ces deux secteurs en effet, même si elles ont diminué, les valeurs du point Tarmed restent parmi les plus élevées de Suisse. En outre, le canton de Vaud a subi fortement les effets de l'abandon momentané du moratoire, de sorte qu'après s'être réduit en 2013 et 2014, l'écart des coûts par assuré pour les cabinets médicaux dans le canton de Vaud par rapport à la moyenne suisse a augmenté en 2015 et en 2016. En revanche, les coûts par assuré du secteur stationnaire hospitalier sont restés inférieurs à la moyenne suisse. Pour l'ensemble du secteur planifié (stationnaire hospitalier, EMS et soins à domicile), les coûts du canton de Vaud étaient en 2016 très proches de la moyenne suisse. Les prévisions pour 2018 et 2019 laissent toutefois augurer une augmentation des coûts totaux par assuré dans le canton de Vaud inférieure à celle de la moyenne suisse.

Deuxième partie

Les enjeux

Le précédent rapport de politique sanitaire, pour la période 2013-2017, situait les changements à prendre en compte au niveau de l'évolution démographique, de l'évolution de la morbidité (croissance des maladies chroniques) et des déterminants de l'état de santé[2] (habitudes de vie et consommation, inégalités sociales face à la santé).

Les enjeux pour la prochaine législature sont de même nature : certains de ces éléments vont marquer le paysage de la santé avec encore davantage de force, d'autres sont d'apparition plus récente. Les points suivants sont mis en évidence.

1- Démographie

Les récents travaux de Statistique Vaud[3] confirment les tendances en matière de vieillissement de la population. D'ici 2040, le nombre de seniors (65 ans et plus) va s'accroître de près de 75% (de 125'800 à 218'000 personnes). Parmi eux, les plus âgés (80 ans et plus) vont quasi doubler (de 36'000 personnes à 70'000 personnes). Un élément important à prendre en compte est l'augmentation du taux de dépendance intergénérationnel (le nombre de 0-19 ans *plus* le nombre de 65 ans et plus rapporté à 100 actifs) qui va passer de 62% en 2015 à 76% voire 80% en 2040. Même en tablant sur une amélioration globale de l'état de santé des seniors (soit une meilleure espérance de vie sans incapacité), les besoins en prestations de soins et d'accompagnement social, d'hospitalisation et d'hébergement vont croître du simple fait du nombre de personnes nécessitant des prises en charge. Selon le même rapport, il faudrait ainsi construire, d'ici 2040, entre 3'500 à 4'600 lits d'EMS (6'000 lits disponibles actuellement), environ 2'100 lits d'hôpitaux pour les 65 ans et plus (soit un peu plus qu'un doublement du parc hospitalier) et augmenter de 76% le volume des prestations d'aide et de soins à domicile (de 12'500 clients / mois à 22'000). Le recours aux proches et aux bénévoles va aussi augmenter, alors même que ceux-ci seront moins nombreux, et sollicités également par les générations d'âge inférieur.

[2] Déterminants de la santé : l'état de santé d'un individu, d'un groupe ou d'une population est déterminé par une série de facteurs. Parmi ceux-ci, les caractéristiques individuelles (caractères génétiques et biologiques, habitudes de vie et comportements, compétences personnelles et sociales, caractéristiques socio-économiques) sont les déterminants les plus importants. Le milieu de vie va ensuite influencer directement l'état de santé. A ce titre, on identifie la famille, l'école, le travail, l'habitation, la-les communauté-s d'appartenance, le voisinage. Les systèmes organisant la vie publique et agissant sur la qualité de vie des citoyens (éducation, santé et social, transport et territoire, etc.) ont un impact, quoique moins direct, sur l'état de santé, de même que les éléments du contexte global (politique et législatif, démographique, économique, etc.).

[3] Statistique Vaud (2017), *Prospectif n°3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des seniors à l'horizon 2040.* Septembre 2017. Lausanne.

2- Evolutions de la morbidité et autres déterminants de la santé

Même si l'état de santé de la population vaudoise est bon (77% des vaudois interrogés dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé en 2012 ont évalué leur santé comme bonne ou très bonne), d'autres variables traduisent l'effet du vieillissement démographique sur la santé de la population. Dans cette enquête, on observe l'augmentation progressive de la proportion de personnes souffrant d'un problème de santé de longue durée et une augmentation significative de la consommation de médicaments (+24% en 20 ans). La dépendance fonctionnelle augmente elle aussi, illustrée par une hausse des personnes ayant de fortes limitations dans les activités de la vie quotidienne. Enfin, un quart des participants fait état de problèmes psychiques moyens à importants, avec un sondé sur dix indiquant souffrir de symptômes modérés à graves.

L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) relève également que les inégalités socio-économiques ou culturelles en matière de santé sont de plus en plus marquées en Suisse : par exemple en termes d'activité physique, d'alimentation ou de consommation de tabac, on observe que les personnes disposant d'un faible revenu n'ont pas modifié leur comportement dans les mêmes proportions que les personnes disposant d'un revenu élevé. Il apparaît également que les déterminants sociaux de la santé exercent une forte influence sur le risque de développer ou non des maladies chroniques et des troubles psychiques. On parle alors d'inégalités sociales de santé[4], soit une distribution de l'état de santé au sein de la population selon le niveau socio-économique des individus.

Les déterminants sociaux de la santé doivent ainsi être mieux appréhendés, dans la prévention, comme dans l'accessibilité aux dispositifs de soins. Certaines études récentes[5] indiquent que près d'un habitant sur quatre aurait renoncé à se faire soigner pour des raisons financières en 2016 en Suisse.

Enfin, la question des menaces environnementales (exposition aux polluants et toxiques, bruit, micropolluants et résidus de médicaments dans les eaux, etc.) apparaît relativement récemment dans le champ de la santé publique. Cette question fait l'objet de débats scientifiques nourris dont les résultats probants devront progressivement être introduits dans les politiques de santé.

[4] Inégalités sociales de santé : cette notion découle de celle, plus globale, d'inégalités sociales, et regroupe au moins deux aspects importants : les inégalités d'état de santé et les inégalités d'accès aux soins. Les inégalités sociales reflètent des différences systématiques, parfois importantes, entre groupes sociaux quant au revenu, à la position professionnelle, à la propriété, à la formation ou à la santé. De par ces différences, l'état de santé, l'accès aux soins et à des soins de qualité peut être très variable. Le terme de disparités en santé est souvent utilisé comme synonyme. (Référence : Vu F & al. Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté. RMS, 2013).

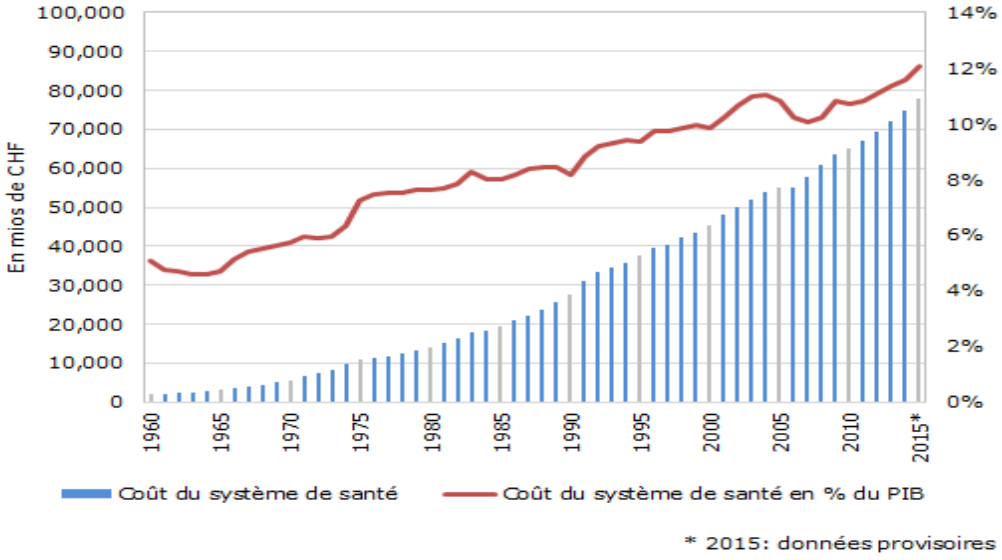
[5] OBSAN (2016), *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale.* Neuchâtel.

3- Adaptation de l'offre en soins et gain d'efficience pour la durabilité du système de santé

Les modes de gouvernance des institutions, les mécanismes de financements et l'organisation des pratiques professionnelles ont tendance à segmenter les parcours de soins des patients. Si les informations pertinentes du patient ne suivent pas, la coordination entre acteurs s'en trouve altérée. La performance d'ensemble du système de soins devient alors suboptimale ; cette situation n'est pas favorable à la prise en charge des personnes vulnérables, notamment celles souffrant de polymorbidité, de maladie psychiatrique lourde, ou encore celles en grande fragilité sociale avec des difficultés de santé. L'offre en soins doit s'adapter à l'augmentation prévisible des besoins complexes. A moyen terme, une augmentation des coûts - et donc celle des primes également - telle qu'on peut l'observer actuellement ne sera pas supportable. Sur l'ensemble du système de santé, des gains d'efficience sont donc à rechercher.

La part du PIB consacrée à la santé (cf. **figure 1** ci-dessous) est en constante augmentation en Suisse, comme dans la majorité des pays de l'OCDE. Toutefois, l'état de santé d'une population, exprimé en années d'espérance de vie, n'est pas corrélé à la dépense de santé par habitant, ni à la densité médicale.

Figure 1 : coûts du système de santé (en millions de CHF) et part des coûts du système de santé rapportés au PIB suisse depuis 1960 (source OFS)



Dans ce contexte, trois éléments principaux ressortent des travaux et réflexions internationaux sur l'évolution et le devenir des systèmes de santé des pays de l'OCDE : d'une part la nécessité d'une organisation cohérente du système de santé qui soit ajustée aux besoins populationnels, d'autre part l'amélioration de la coordination et de l'intégration des dispositifs pour assurer des soins sécuritaires, efficients et de qualité tout au long de la trajectoire des patients, et finalement les questions autour de la démographie des professions de la santé.

- *Le développement d'une organisation de l'offre en soins ajustée aux besoins populationnels*

  Actuellement, la tendance est forte de focaliser les efforts du système sur les personnes qui sont à haut niveau de besoins de soins et qui nécessitent une forte coordination entre les acteurs. Or le système doit également se préoccuper davantage des individus à risque de basculer dans cette catégorie de personnes dépendantes ; les mesures de prévention du déclin fonctionnel (perte de l'autonomie du point de vue physique, psychologique ou social) doivent donc être renforcées. Enfin, le renforcement des compétences en santé et le maintien de l'état de santé sont les objectifs prioritaires à atteindre pour les personnes en bonne santé.

  Dès lors, la responsabilité d'une organisation du système de santé qui est ajustée aux besoins populationnels porte non seulement sur la qualité des prestations des services de santé et des services sociaux, mais aussi sur l'impact global de son action sur l'état de santé et de bien-être de la population. C'est dans ce sens que l'on parlera d'une « responsabilité populationnelle en matière de santé ».
- *La coordination et l'intégration des dispositifs tout au long de la trajectoire des patients*

  La coordination des prestataires doit permettre à la personne soignée d'identifier une continuité dans les services qu'elle reçoit, une cohérence et une adaptation à ses besoins. La **figure 2** ci-dessous illustre le changement de paradigme attendu par le développement de la coordination et de l'intégration des dispositifs tout au long de la trajectoire des patients, pour la qualité et l'efficience des prestations.

Figure 2 : coordination et intégration des soins : changement de paradigme[6]

Organisation actuelle	Organisation intégrée
Système axé sur la maladie	Système valorisant la santé et le bien-être
Responsabilité centrée sur le patient	Responsabilité centrée sur la population
Objectifs : guérir et soigner	Objectifs : prévenir, guérir et soutenir
Réponse centrée sur la demande	Réponse centrée sur les besoins
Logique d'établissement	Logique de réseau
Budget par mission et prestataire	Budget par population
Multidisciplinarité	Interdisciplinarité

[6] Adapté de Fleury et Ouadahi (2002) *Les réseaux de service intégrés comme modèle d'organisation des services en santé mentale.* Santé mentale au Québec 2002 ; 27 :7-15.

- *Les professionnels de la santé*
  L'influence du vieillissement démographique entraîne une hausse des besoins en personnel de santé au moment même où la taille de la population active (18 à 65 ans) augmente peu, rendant ainsi plus difficile le recrutement. Les conditions de formation et d'activité professionnelles doivent permettre un déploiement des compétences, l'implantation de nouveaux modèles de délivrance des soins de manière à optimiser l'utilisation des forces professionnelles disponibles et l'ajuster aux besoins en prestations.

4- Le changement de posture des patients et des citoyens

L'identité d'un patient ne se réduit pas à sa pathologie, son pronostic ou encore au traitement qu'il requiert. La durée de sa maladie, l'incapacité qu'elle peut entraîner, le changement ou l'altération de son rôle social sont autant d'éléments qui doivent être pris en compte dans les soins et l'accompagnement des personnes. Actuellement, l'accès à l'information en matière de santé via les différents médias, la multiplicité des moteurs de recherche sur le web, les campagnes de sensibilisation, les échanges d'expériences via les réseaux sociaux sont autant de moyens qui placent l'individu en situation « active », de recherche d'autonomie dans sa relation avec les professionnels de la santé. Ainsi, l'autonomie grandissante des patients implique un certain retrait des soignants, tout en maintenant la recherche d'une « alliance thérapeutique ». Ce changement de posture des personnes doit générer une autre dynamique dans l'organisation du système de santé.

5- Evolutions technologiques

Ces dernières années, les développements des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le champ de la santé ont été massifs : par exemple, l'évolution de l'utilisation des téléphones portables multifonctions (ou « smartphones ») portés actuellement par tout un chacun, et qui permettent l'enregistrement de données « santé » pour chaque individu.

La numérisation des systèmes de soins s'opère massivement depuis la deuxième moitié des années 90. Elle s'est accélérée durant le courant de la première décennie de notre siècle avec la mise en place des dossiers informatisés dans les hôpitaux (projets DOPHIN), les soins à domicile (projet IRIS des CMS), les pharmacies ainsi que dans les établissements médico-sociaux. L'informatisation des cabinets médicaux se développe également.

L'implantation des technologies de l'information impacte fortement les processus cliniques, de soins ou d'accompagnement. Elles requièrent l'intégration des dimensions d'organisation et de pratiques professionnelles, et de les faire évoluer simultanément et de manière cohérente. Toutefois, l'effective plus-value de la numérisation des services

de soins ne ressort actuellement pas clairement. Si certains processus administratifs ont évolué et se sont fluidifiés, cela n'est pas nécessairement le cas des processus cliniques. Ainsi l'expression d'une surcharge administrative, sans bénéfice au plan clinique, ressort de la part des professionnels de terrain lors de l'usage de certains de ces systèmes. Des changements doivent pouvoir être opérés de sorte que la personne soignée – et par répercussion les soignants – puisse bénéficier véritablement de ces progrès technologiques : il convient ainsi de passer d'une logique technique et économique de l'usage des technologies de l'information à une logique d'intégration clinique. Le principal enjeu actuel est de relier les différents mondes professionnels et institutionnels (hôpital – cabinet – soins à domicile – lieux d'hébergement – pharmacie – etc.) pour disposer d'une information centrée sur le patient et propriété de celui-ci (projet dossier électronique du patient – DEP), organisée autour de langages communs standardisés.

Les évolutions technologiques marquent également les domaines diagnostiques et thérapeutiques. De nouvelles technologies parviennent ainsi à produire des systèmes experts qui peuvent dépasser en fiabilité le niveau d'un professionnel, voire le suppléer. Plus globalement, la «médecine personnalisée», basée sur la cartographie du génome humain, promet également de révolutionner certaines attitudes thérapeutiques avec la médecine des 4 P (pour : Prédictive / Personnalisée / Préventive / Participative [7]).

L'évolution technologique va continuer de s'imposer et l'Etat devra jouer un rôle de garant de l'équité, de la sécurité et de la qualité des soins.

[7] Cf. Prof. Leroy Hood / P4Medicine Institute / http://p4mi.org/leroy-hood-md-phd

Troisième partie

Législature 2018 2022
Une politique de santé publique
Des champs d'action

A- Une vision et des valeurs pour la politique de santé du canton de Vaud

Le Conseil d'Etat considère que le maintien dans un bon état de santé de la population est une priorité qui contribue d'une part au bien-être et à la qualité de vie des citoyens, d'autre part à la durabilité du système de santé. Le Conseil d'Etat estime que chaque citoyen vaudois doit avoir la capacité de faire des choix qui soient les plus favorables à sa santé, en fonction de ses valeurs et de ses besoins s'agissant des soins qu'il reçoit. Chaque citoyen doit pouvoir participer dans sa-ses communauté-s d'appartenance ; il doit pouvoir bénéficier d'un environnement favorable à sa santé (alimentation, transports, air, etc.). Il est de la responsabilité de l'Etat de se préoccuper de la santé des citoyens par des mesures structurelles ou législatives.

Dans le contexte actuel, le Conseil d'Etat aspire à développer :

- une politique de santé centrée sur la personne, ses compétences en santé[8], ses besoins et ses préférences ;
- un système de soins et d'accompagnement dont l'évolution des coûts est maîtrisée ;
- une participation citoyenne dans le débat sur l'évolution du système de santé.

La politique de santé publique du Conseil d'Etat s'attache ainsi à la santé et à la qualité de vie de chaque personne vivant sur le territoire cantonal, à son intégration sociale et culturelle, et à assurer à chacun une égalité d'accès au système de santé. Elle vise le respect des personnes et de leur choix, dans un système de santé de qualité, efficace et supportable financièrement dans la durée.

La politique de santé doit trouver les articulations nécessaires avec les autres politiques publiques conduites par le canton. Il s'agit de rechercher des effets démultiplicateurs propices à la santé.

Il n'est possible de construire ou adapter un système de santé que si la capacité de comprendre les besoins de l'ensemble des personnes, ou de la population, existe au sein du système. Ainsi, il est nécessaire de stratifier la population en fonction des risques : on estime en général que le 60% de la population est en bonne santé, que 20

[8] Littératie en santé ou compétences en santé (en anglais « Health literacy ») :« *La littératie se définit comme la capacité d'un individu de capter l'information (orale, écrite, graphique, gestuelle, tactile, olfactive), de la traiter et d'agir selon son bagage et les facteurs qui conditionnent cette capacité dans un domaine en particulier.* » La littératie tient compte des conditions socioculturelles et sociocognitives (les connaissances, repères et croyances, habitus – y compris professionnels –, l'environnement socioéconomique, qui façonnent et orientent les modes de pensées et nos actions), et également des capacités informationnelles des personnes, auxquelles elles se lient pour forger les possibilités d'action.

à 30% souffrent d'une maladie chronique et qu'environ 10% présentent des problèmes fonctionnels importants.

La politique de santé publique vise à:

- garantir la viabilité à long terme d'un système de santé équitable, performant, disposant d'une organisation facilitant l'anticipation des risques pour la santé ;
- tenir compte des inégalités sociales et culturelles en matière d'accès à la santé ;
- permettre de garantir les principes de qualité, sécurité et économicité ;
- proposer des orientations de travail en interface avec d'autres politiques publiques ou intersectorielles ;
- garantir, en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, des interventions universelles et proportionnelles aux conditions sociales et culturelles des personnes (universalisme proportionné[9]).

Pour atteindre cette vision, et en conformité avec les dispositions légales[10], les missions de base de l'Etat en termes de développement et d'application de la politique de santé sont :

1- l'organisation, le financement et la surveillance du système de soins ;
2- la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
3- la protection de la santé des individus et des groupes.

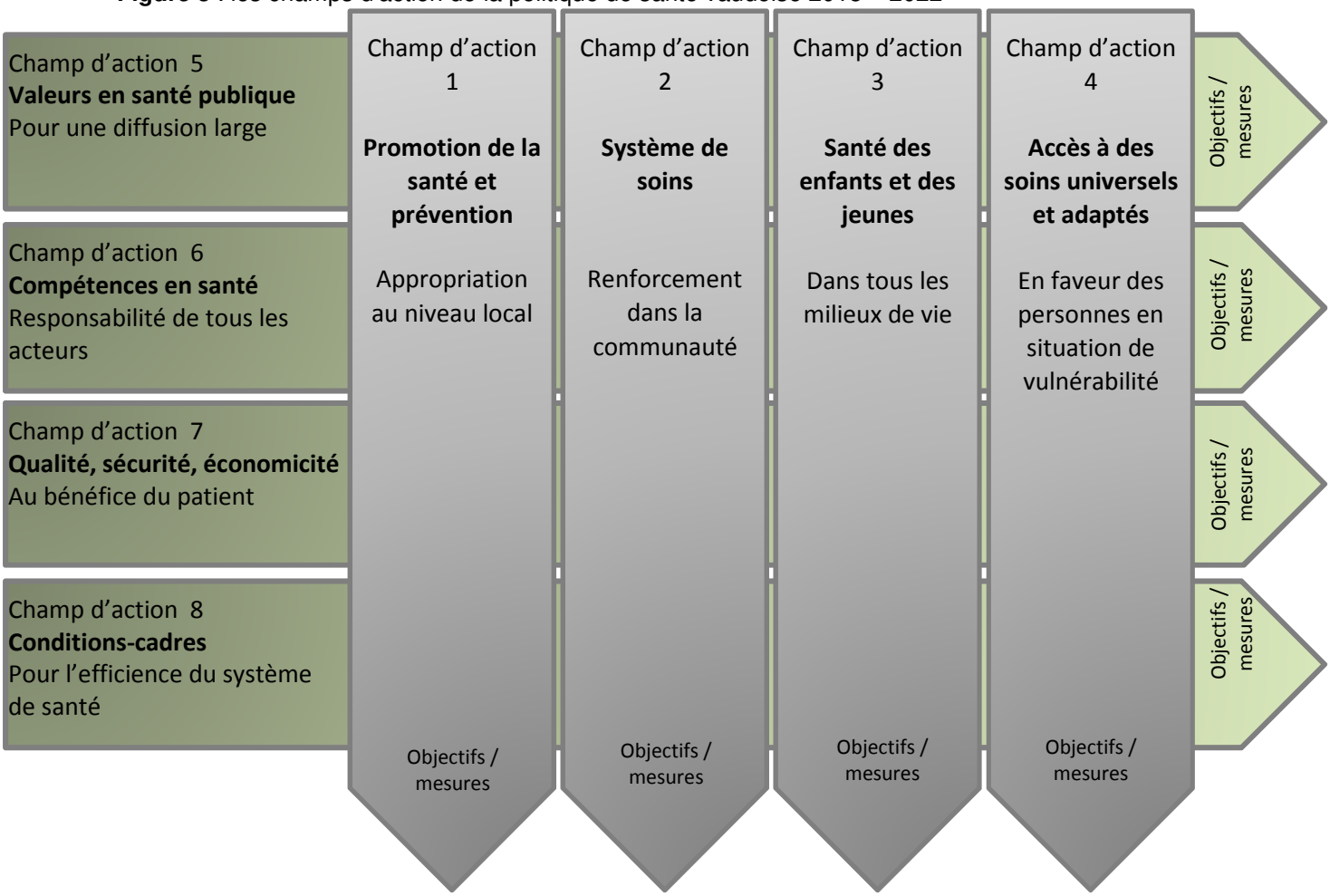
B- Des champs d'action

Le Conseil d'Etat a défini huit champs d'action (voir la **figure 3** ci-dessous) qui se déclineront annuellement en objectifs spécifiques. Ils toucheront soit des leviers pour agir sur le système (conditions-cadres), soit des concepts et outils à mettre en place, soit encore des intentions opérationnelles chiffrables. Les objectifs à atteindre à mi-législature (2020) sont mentionnés à la fin de chacun des champs d'action ; un bilan sera alors établi à l'attention de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) du Grand Conseil.

[9] Universalisme proportionné : une offre de prestations pour tous, avec des modalités et une intensité qui varient selon les besoins. Les interventions passent par la mise en œuvre d'actions de préventions / promotion de la santé à l'ensemble de la population (universalisme) en agissant sur chaque catégorie de la population selon ses besoins (proportionnalité). Voici une définition de ce concept par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010) :« *Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné.* »

[10] Constitution du canton de Vaud (2003) art. 6.1 - buts et principes : « *L'Etat a pour buts : a. le bien commun et la cohésion cantonale / b. l'intégration harmonieuse de chacun au corps social / c. la préservation des bases physiques de la vie et la conservation durable des ressources naturelles / d. la sauvegarde des intérêts des générations futures.* »
Canton de Vaud. Loi sur la santé publique (1985) art. 2 - buts de la loi : « *La loi a pour but de contribuer à la sauvegarde de la santé de la population et d'encourager la responsabilité collective et individuelle dans le domaine de la santé.* »

Figure 3 : les champs d'action de la politique de santé vaudoise 2018 – 2022



Champ d'action 1

Promotion de la santé et prévention

Appropriation au niveau local

Maintenir la population dans un bon état de santé est une priorité publique non seulement parce que la santé contribue au bien-être et à la qualité de vie des citoyens, mais aussi parce que c'est un élément essentiel pour envisager la durabilité de notre système de santé. En effet, l'importante pression épidémiologique et démographique attendue va mettre fortement sous tension notre système de santé. Il est donc essentiel de renforcer des actions permettant aux personnes de rester dans le meilleur état de santé possible.

La santé d'une personne est la résultante de nombreux facteurs. Elle est bien sûr dépendante de ses caractéristiques intrinsèques et de ses comportements et habitudes de vie. Mais la santé est aussi largement influencée par les conditions de vie dans lesquelles la personne évolue. Les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales, l'éducation, le milieu du travail, les conditions de logement, sont autant de facteurs qui peuvent soit renforcer un environnement favorable à la santé, soit l'affaiblir. Ainsi, contrairement à ce que l'on croit, la santé d'une population n'est que faiblement influencée par la qualité ou la densité du dispositif de soins. De plus la promotion de la santé et la prévention nécessitent des démarches transversales, visant à impliquer non seulement les personnes tout au long de leur vie, mais aussi les pouvoirs publics et de nombreux acteurs de la société.

Ce champ d'action vise à identifier des pistes concrètes permettant de développer une promotion de la santé et une prévention les plus proches possible des personnes. Tout en poursuivant des approches classiques et universelles de promotion de la santé (prévention de la consommation d'alcool à risque, arrêt du tabac, exercice physique et alimentation équilibrée), des activités plus intégrées au niveau local, prenant en compte l'entier des facteurs favorables à la santé dans le milieu de vie, seront encouragées. A ce titre, les risques environnementaux devront être mieux pris en compte.

Les collectivités locales (communes, regroupement de communes, associations de quartier, sociétés régionales, organisations non gouvernementales, paroisses, etc.) appréhendent de manière très diversifiée des questions de qualité de vie ou de bien-être des citoyens. Elles contribuent par certaines actions à promouvoir la santé ; par exemple, en favorisant l'émergence de quartiers solidaires ou intergénérationnels, en développant des pistes cyclables ou en repensant l'aménagement du territoire. Toutefois la thématique santé est rarement abordée dans sa globalité et il manque aujourd'hui des outils qui puissent inciter les collectivités à aller plus loin dans l'appropriation et la responsabilisation par rapport à cet enjeu de promotion de la santé.

En se basant sur des référentiels connus tels que « communes en santé » ou « ville amie des aînés », il s'agira d'identifier, avec les collectivités locales, les manières de favoriser une plus grande appropriation de cet objectif santé, tout en leur laissant le choix quant à la mise en œuvre.

Par ailleurs, certains groupes de personnes sont plus à risque de présenter des problèmes de santé. En continuant de mener une prévention uniquement axée sur les facteurs de risques classiques de manière similaire pour toute la population, on risque de renforcer les inégalités en matière de santé. Ces inégalités pourraient être réduites par des actions ciblées auprès de certains groupes de personnes dans leur contexte de vie. Toutefois, nous manquons d'information structurée pour définir les actions pertinentes à mener. De nouveaux outils permettant de cartographier au niveau local (commune, quartier) divers éléments concernant les personnes et leur environnement seront probablement utiles pour développer cette approche.

Enfin, la participation est un élément fondateur de la vie sociale. L'implication des personnes dans la compréhension et l'appropriation des comportements en lien avec leur santé (compétences en santé) est indispensable. Elle est également un facteur important dans la définition des priorités au niveau local et dans les changements à apporter à l'environnement.

****

Au cours de la législature 2018 - 2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :

Promotion de la santé et collectivités locales

- Construire avec les collectivités locales le cadre (outils, expertises, incitatifs) leur permettant de déployer les actions contribuant à la promotion de la santé.
- Mettre à disposition des collectivités locales des outils permettant d'accroître la participation de la population dans le domaine de la santé.
- Développer un plan de communication visant à promouvoir les approches participatives dans le domaine de la santé et la promotion de la santé.

Thèmes spécifiques

- Etablir une politique publique qui prend en compte les inégalités sociales de la santé au sein de la population vaudoise.
- Identifier les groupes-cibles (personnes en situation de vulnérabilité) et leurs besoins en matière de prévention, notamment dans un objectif de réduire les inégalités existantes.

- Utiliser l'analyse spatiale multidimensionnelle dans l'élaboration, la priorisation, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique de santé publique.
- Consolider les collaborations interdépartementales dans le but de réduire les risques d'exposition aux polluants physiques et chimiques dont les effets sur la santé des populations sont connus.
- Mettre à disposition des entreprises du canton des outils leur permettant de mieux comprendre les enjeux de la santé au travail et de bien gérer les cas de souffrances en lien avec l'activité professionnelle.

Objectifs de mi-législature (2018 – 2020)

- Assurer une meilleure cohérence entre les organes de conseil et de préavis en matière de promotion de la santé et de prévention (CPSLA, GEA) et les autorités politiques et administratives.
- Documenter les inégalités sociales en santé dans le canton de Vaud et définir un plan d'actions.
- Explorer la place des données spatiales multidimensionnelles dans l'élaboration, la priorisation, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique de santé publique.
- Poursuivre la mise en cohérence des programmes cantonaux (alcool, tabac, exercice physique, alimentation).
- Consolider le déploiement du programme « Sport et Santé ».
- Choisir, soutenir et évaluer des projets-pilotes issus des collectivités locales visant à développer les approches participatives dans le domaine de la promotion de la santé.
- Elaborer une stratégie visant à améliorer la couverture de vaccination contre la grippe pour les patients, les personnes âgées et les collaborateurs des institutions de santé.
- Mettre en œuvre les mesures prioritaires visant à atteindre les objectifs de la stratégie amiante 2017-2022.

Champ d'action 2

Système de soins
Renforcement dans la communauté

Aujourd'hui, le système de santé s'appuie principalement sur les institutions de soins (hôpitaux, soins à domicile, EMS, …), ce qui en fait les acteurs principaux du monde sanitaire. La capacité d'intervention de l'Etat en dehors de ces institutions, et notamment avec la médecine de premier recours et les autres acteurs communautaires, est restreinte. Cette manière de faire a tendance à placer naturellement les institutions et non les patients ou citoyens au centre du système de santé.

Si les institutions fonctionnent globalement à satisfaction au sein de leur périmètre d'action, elles travaillent trop souvent en silo, sur un mode réactif et non dans l'anticipation des risques de péjoration de l'état de santé des personnes. Or, dans la prise en charge des malades chroniques et des patients âgés, une coordination des soins et un bon fonctionnement des liens entre institutions et médecine de premier recours sont impératifs.

Ce constat n'est pas uniquement fait dans le canton de Vaud. Dans son programme « Santé 2020, une stratégie globale pour le système de santé », l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) indique aussi que les structures actuelles sont trop axées sur les soins d'urgence et le secteur hospitalier et qu'une meilleure adéquation des dispositifs de soins avec les besoins des patients devra être favorisée.

Le canton de Vaud veut consolider sa politique de développement des soins et de l'accompagnement dans la communauté. Dans cette perspective, il souhaite développer les prises en charge ambulatoires et sur le lieu de vie des personnes et contribuer ainsi au maintien à domicile des patients dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles. Le canton souhaite aussi promouvoir toutes les mesures de prévention du déclin fonctionnel et l'anticipation des risques de péjoration de l'état de santé.

Pour permettre ce déploiement, l'Etat veut mieux prendre en compte l'ensemble des acteurs de la communauté et favoriser la collaboration entre le réseau de professionnels de soins et les autres personnes intervenant auprès de la personne, agissant souvent dans le cadre de prestations informelles (p.ex. les proches aidants, les groupes bénévoles, etc.). A cet effet, le point d'ancrage du système de soins doit être centré sur l'individu (ou le patient) et son entourage, considéré dans sa-ses communauté-s d'appartenance.

L'Etat veut donc inciter à une utilisation optimale de l'ensemble des ressources et compétences pouvant être activées dans la communauté par une approche axée sur la collaboration, la détection et la prévention. Il s'agit d'assurer la cohérence des actions entreprises par les différents intervenants, qu'ils soient issus du domaine social ou sanitaire, professionnel ou non. L'objectif étant d'assurer un niveau de congruence élevé entre les besoins exprimés et les réponses apportées.

Pour atteindre cet objectif, il ne s'agit pas de créer des prestations ou des structures supplémentaires, mais d'abord de simplifier le recours à celles qui existent et d'améliorer l'articulation et la coordination des différents acteurs offrant ces prestations. Cette politique vise également à renforcer la collaboration de cet échelon cantonal avec les prestations offertes par les structures communales (logements, transports, cohésion sociale, loisirs notamment) afin de mieux répondre aux besoins de soins et d'accompagnement de la population. La mise à disposition d'outils et de langage communs (dossier électronique du patient) doit faciliter cette coordination.

****

Au cours de la législature 2018 – 2022, le Conseil d'Etat poursuit les objectifs suivants en matière de système de soins :

- développer les processus organisationnels, cliniques et logistiques qui permettent de renforcer les soins sur le lieu de vie du patient et de fluidifier les trajectoires de soins, en particulier pour les personnes souffrant de pathologies chroniques ;
- encourager le développement d'actions intégrant une vision multidimensionnelle (santé-social) des réponses à apporter à la population ;
- renforcer les compétences des intervenants, professionnels ou non, par l'information et la formation ;
- consolider un centre universitaire en médecine générale et de santé publique avec la mission de développer de nouveaux modèles de prise en charge répondant aux enjeux de coordination et de prévention.

Plus spécifiquement, le Conseil d'Etat met en place les conditions-cadres et sollicite les acteurs dans les domaines suivants :

Trajectoires et transitions

- Optimiser la gestion des situations d'urgence pour l'entier de la population d'une communauté territoriale de sorte que toute personne ayant un besoin de soins urgents - selon son appréciation - puisse obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais, qui soit en lien avec ses choix et ses préférences, dans l'optique d'un maintien de l'état de santé de la personne.
- Fluidifier les trajectoires et les transitions des patients dans le parcours de soins, notamment dans des situations complexes, de fin de vie, en travaillant sur la perméabilité des structures et l'anticipation des prochaines étapes de la prise en charge (case manager, liaison, itinéraires cliniques, etc.).

Soins dans la communauté

- Renforcer la première ligne de soins, notamment la médecine de premier recours
- Développer l'offre de réadaptation et de prise en soins en fin de vie à domicile.
- Développer les modèles de soins intégrés dans les régions de montagne.

Information et compétences en santé

- Informer activement la population vaudoise, les acteurs professionnels et les collectivités (communes, associations, etc.) des dispositifs existants.

Objectifs de mi-législature (2018 – 2020)

- Réformer le système des urgences pré-hospitalières et des mesures sanitaires d'urgence.
- Réaliser la mise en œuvre des dispositifs régionaux de réponse à l'urgence.
- S'assurer d'un dispositif de garde médicale garantissant à toute personne un accès aux soins primaires.
- Intégrer la réponse pédiatrique et psychiatrique au dispositif de réponse à l'urgence.
- Planifier et mettre en œuvre un projet pilote de cabinets médicaux permettant l'optimisation de la coordination des soins en médecine de premier recours.
- Concevoir le règlement d'application de la loi sur la santé publique (LSP) concernant les infirmières praticiennes spécialisées.
- Développer des places de stage en médecine de premier recours pour les infirmières praticiennes spécialisées.
- Mettre en œuvre les « pôles santé » de la Vallée de Joux, du Pays-d'Enhaut et du Balcon du Jura.
- Mettre en œuvre les travaux de réalisation du nouveau Centre universitaire de médecine générale et de santé publique sous l'appellation de projet « Alliance santé ».
- Mettre à disposition du monde sanitaire et de ses acteurs le dossier électronique du patient.
- Mettre à disposition des différents milieux de soins la suite d'outils InterRAI.
- Renforcer et développer les cercles de qualité interprofessionnels.
- Accompagner le projet intercantonal d'organisation des cursus de formation médicale postgraduée (projet REFORMER).

Champ d'action 3

Santé des enfants et des jeunes
Dans tous les milieux de vie

Les conditions d'une bonne santé de l'enfant à naître, de celle de l'enfant et du jeune adulte[11] méritent une attention particulière de l'Etat, non seulement parce qu'il s'agit d'une population vulnérable qui doit être protégée, mais aussi parce que l'état de santé dans l'enfance détermine de manière significative le futur état de santé de l'individu tout au long de sa vie. Investir durant la petite enfance est primordial pour le futur des individus et de l'état de santé de la population.

La santé d'un enfant ou d'un jeune est intimement liée à celle de sa mère, dès le début de la grossesse, et au bien-être de sa famille. Plus globalement, la santé des enfants et des jeunes est influencée par les environnements dans lesquels les familles, les enfants et les jeunes évoluent.

Promouvoir la santé des enfants et des jeunes implique d'adopter une vision systémique. C'est dans cette perspective que ce champ d'action représente la contribution du secteur de la santé à la politique cantonale de l'enfance et de la jeunesse que le Conseil d'Etat a adoptée au printemps 2017.

Pour mémoire, cette politique cantonale vise, pour l'ensemble des enfants et des jeunes, à soutenir leur développement harmonieux, à encourager leur participation à la vie publique (vie politique et sociale), à développer leurs ressources et celles de leur environnement (en particulier, l'environnement familial et le soutien aux familles dans leur rôle parental), à les protéger dans les situations où cela est nécessaire, ainsi qu'à développer en leur faveur des mesures de prévention appropriées.

S'appuyant sur les valeurs et les objectifs de la politique « enfance et jeunesse », ce champ d'action vise à accroître la participation des enfants et des jeunes dans les décisions concernant leur santé, à renforcer leur capacité à faire un choix informé pour leur santé, à leur assurer l'accès à des prestations de soins de qualité. Cette politique contribuera à assurer aux enfants et aux jeunes des environnements favorables à la santé (social et culturel, physique, bâti et infrastructures).

****

[11] A noter que le terme «enfant» concerne les mineurs âgés de 0 à 18 ans, conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant, et inclut les adolescents. Les aspects de santé liés à la grossesse sont également inclus sous ce terme. Le terme «jeune» comprend les jeunes adultes âgés de 19 à 25 ans.

Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :

Promotion de la santé et prévention pour les enfants en âge préscolaire, scolaire et les jeunes adultes

- Articuler le dispositif santé avec les dispositifs sociaux, préscolaires et scolaires dans le cadre de la politique Enfance et Jeunesse du Conseil d'Etat.
- Assurer des prestations de qualité en renforçant un dispositif de promotion de la santé et de prévention pour les enfants, les jeunes et leurs familles qui s'inscrive dans la continuité (trajectoire de vie, lieux de vie), et qui soit coordonné entre les différents acteurs de la santé et du social.
- Faciliter l'accès à l'information sur les thèmes en lien avec la santé pour les parents, les enfants et les jeunes adultes.
- Développer les compétences en santé auprès des enfants et des jeunes adultes.

Prise en charge pédiatrique et pédopsychiatrique

- Optimiser les processus de réponse à l'urgence pédiatrique et pédopsychiatrique.
- Renforcer la première ligne de soins pédiatriques et pédopsychiatriques afin d'anticiper au mieux les situations à risque de décompensation.

Continuité des soins durant les phases de transition[12]

- Identifier les éléments d'organisation du système de santé qui créent des ruptures de soins durant les phases de transition et mettre en place des actions pour y remédier.
- Renforcer, auprès des professionnels, la prise en compte des droits à l'autodétermination des enfants et des jeunes, du respect de leurs valeurs et favoriser leur implication dans leur prise en charge.

[12] Les phases de transition correspondent aux modifications du contexte de vie (entrée en crèche, entrée à l'école, fin de scolarité obligatoire, entrée dans la vie professionnelle), aux changements biologiques (adolescence) et aux changements de thérapeutes (en particulier pédiatrie à adulte). Ces phases de transition sont très fréquentes durant la période de l'enfance jusqu'à l'âge adulte, en particulier en cas de maladies chroniques.

Objectifs de mi-législature (2018-2020)

- Finaliser les rôles et missions des acteurs de la petite enfance (infirmières de la petite enfance, sages-femmes, équipes « Petits Pas », etc.) dans une vision cohérente et inclure dans leur périmètre d'action les lieux d'accueil de jour.
- Elaborer un modèle d'organisation et de délivrance des prestations auprès des élèves tenant compte de la nouvelle politique du Conseil d'Etat en matière d'enfance et de jeunesse.
- Intégrer la réponse pédiatrique au dispositif cantonal de réponse à l'urgence.
- Finaliser l'organisation du dispositif pédopsychiatrique (rôles, missions, organisation).

Champ d'action 4

Accès à des soins universels et adaptés

En faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Le canton de Vaud entend garantir un accès équitable à des soins universels, adaptés et de qualité pour toutes les personnes, quels que soient leurs situations et leurs besoins. Il existe des individus pour qui le seuil d'accès aux soins est trop élevé et le maintien dans le système de soins, tel qu'il est généralement organisé, n'est pas satisfaisant. De ce fait, des personnes ou groupes de personnes sont consciemment ou non, marginalisés par le système.

Ceci résulte à la fois de caractéristiques propres à ces situations, mais aussi de lacunes dans les dispositifs du système de santé qui ne parviennent pas à identifier et à répondre aux besoins de certaines personnes à un moment ou dans un contexte donné. Les inégalités sociales en matière de santé, momentanées ou durables, renforcent ce risque de mise à l'écart du système. Ces inégalités sont générées par de nombreux facteurs qui prennent souvent leur source dans des situations de précarité et de stigmatisation. Pour les personnes concernées, formuler une demande de soins peut être difficile, gênant, voire impossible. Elles peuvent s'adresser au système de santé de manière inhabituelle ou en urgence, ce qui peut induire de l'incompréhension ou de la négligence.

Pour faire face à cet enjeu, l'approche consiste d'abord à identifier les caractéristiques de ces situations de vulnérabilité. Il s'agit ensuite de développer les stratégies nécessaires pour pallier ces difficultés et ainsi assurer une prise en charge adaptée et de qualité des personnes.

Parmi les facteurs dont il convient d'explorer l'impact sur l'accès aux soins et le maintien en santé, citons notamment la précarité sociale et professionnelle, l'âge avancé, le déclin cognitif, les différentes formes de handicaps, les troubles psychiques, les addictions, les problèmes de langue, les faibles compétences en santé (ou littératie en santé), les préjugés et croyances des soignants ainsi que les défauts d'organisation des dispositifs de santé.

Cette problématique touche aussi bien le monde sanitaire que social et impose dès lors une bonne coordination des acteurs concernés.

Les principes qui sous-tendent une prise en soins universelle et adaptée aux situations de vulnérabilité sont les suivants :

- équité d'accès à des soins de qualité ;
- proportionnalité et adaptabilité ;
- respect de l'autonomie de la personne.

Sur un socle d'universalité, le système de soins doit donc pouvoir adapter son organisation aux personnes en situation de vulnérabilité avec des besoins de santé spécifiques.

****

Au cours de la législature 2018 – 2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :

Mise en œuvre d'une prise en soins universelle et adaptée aux situations de vulnérabilité

- Développer les compétences des acteurs sociaux et sanitaires pour une prise en soins et un accompagnement qui répondent aux spécificités de chaque individu.
- Inciter les institutions à adapter leurs messages aux besoins des groupes cibles afin de les rendre compréhensibles et accessibles, développer des actions pour sensibiliser les professionnels de la santé à cette thématique, utiliser l'expertise de certains patients.
- Identifier les problèmes d'accès au système de santé et proposer des actions correctives.
- Définir les adaptations nécessaires (structurelles, compétences, ..) à la prise en soins des personnes en situation de vulnérabilité.

Objectifs de mi-législature (2018-2020)

- Accompagner l'analyse des besoins de soins dans les institutions pour mineurs et proposer, en accord avec les services concernés, un cadre de référence.
- Proposer un modèle de réorganisation de l'offre en prestations de santé en milieu pénitentiaire et le mettre en œuvre.
- S'assurer de la proportionnalité des décisions médicales en matière de placement à fin d'assistance (PLAFA).

Champ d'action 5

Valeurs

Pour une diffusion large

L'accès au meilleur soin a toujours et partout été inégal et inéquitable, pour des raisons économiques, géographiques, culturelles, organisationnelles, idéologiques, ou encore religieuses. Les besoins de santé des individus et des populations ont toujours et partout été inégaux et inéquitables, pour des raisons génétiques, sociales, comportementales, psychologiques, environnementales, ou d'appartenance culturelle.

Alors que les capacités de la médecine se développent sans cesse et qu'elle apparaît plus puissante que jamais grâce aux technologies de pointe, l'adéquation entre accès au soin et besoins de santé reste comme toujours un défi majeur : mais ce défi devient un enjeu grandissant. Celui-ci vise également l'équilibre des investissements en santé par rapport aux autres investissements publics. Le développement durable de notre système de santé est menacé dans son équilibre par les limites sans cesse repoussées des capacités diagnostiques et thérapeutiques. Tant que ces limites étaient supportables économiquement et incontestables éthiquement, les questions de limitation des prestations ne se posaient pas. Seules se posaient celles liées à l'accès pour répondre aux besoins de santé. La désirabilité du meilleur accès au meilleur soin possible était maximale. Aujourd'hui, la question se pose de savoir si tout ce qui est possible est forcément souhaitable. Faut-il définir une limite sur le principe et dans la pratique, à la fois dans l'organisation du système et dans la prise en charge individuelle ? Si oui, comment la définir et la mettre en œuvre, au nom de quoi, avec quelles valeurs et quelles conséquences ?

Finitude et vulnérabilité : les deux termes sont conjoints. La fragilité de l'existence humaine entraîne vulnérabilité et finitude, à tous âges et en de nombreuses circonstances. Les limites vécues atteignent leur extrême en fin de vie, celle-ci mettant ultimement toute vie à égalité avec une autre, mais la vulnérabilité est propre à chacun dans son parcours de vie (histoire personnelle et socioculturelle, contexte, etc.) . Elle suscite des besoins particuliers et, de fait et de droit, une responsabilité particulière dans l'organisation du système de santé et dans la pratique des soins.

La santé publique encadre les pratiques cliniques et de recherche au nom de la justice sociale, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de l'autonomie de la personne. Chacun de nous doit rester sujet et non objet des soins qui lui sont prodigués dans le système de santé, chacun de nous doit pouvoir être et rester autonome[13], tout en étant accompagné. Cette autonomie est une valeur essentielle, un droit fondamental qui doit non seulement être protégé mais, favorisé. Ainsi se dessine une nouvelle mission

[13] A*utonome : qui se détermine selon des règles librement choisies* (Petit Robert 2017).

fondamentale de la santé publique : créer la possibilité du choix individuel. La protection des individus, en termes de responsabilité publique est cette garantie, in fine, que la personne bénéficie du « soin Juste » pour elle-même. Elle s'adresse également aux familles, aux enfants, aux groupes et populations. La santé publique pense et agit dans le sens de cette justice individuelle et sociale.

Le « soin Juste » est équitable – car il répond adéquatement au risque d'inégalité sociale de santé et applique un « universalisme proportionné » – respectueux du choix éclairé de la personne et autant que possible exercé dans son cadre de vie. Il ne sacrifie l'autonomie de la personne à aucune prescription externe a priori, qu'elle soit d'ordre économique (rationnement) ou technologique (acharnement). Il ne dépend d'aucun préjugé de condition sociale, de genre, de culture. Il maintient voire restaure le lien avec l'histoire personnelle et l'entourage du patient. Il favorise l'expression du sens perçu et voulu dans les soins prodigués, actuels et à venir (projet thérapeutique). Dans cette perspective, le « soin Juste » est d'abord un acte relationnel et secondairement une prestation.

****

Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes

Elaboration d'un discours public centré sur les valeurs et enjeux en matière de santé publique

- Promouvoir la participation citoyenne dans le débat sur l'évolution du système de santé.

Ethique

- Développer chez les professionnels des compétences en matière d'éthique, au plan clinique, social et de la responsabilité publique.
- Mettre en application des modes de délibération liés à des situations particulières dans la décision de santé publique, en amont des prises en charge, dans le but de garantir leur pertinence, notamment pour des situations critiques.
- Renforcer le cadre normatif associé aux développements des technologies médicales et de la recherche clinique.

Respect des valeurs et des droits des personnes

- Promouvoir les mesures anticipées dans la population en général et auprès des patients, dans toutes les phases de la vie.
- Organiser et pratiquer en priorité les soins dans le contexte de vie des personnes.
- Développer une méthode et des outils d'aide à la compréhension entre patients et professionnels de soins lors de la consultation, favorisant la décision éclairée du patient.

Objectifs de mi-législature (2018-2020)

- Elaborer une définition du « soin Juste » qui soit à la fois centrée sur la personne (sa dignité, ses valeurs et ses choix) et la société (ses possibilités, ressources et limites).
- Conduire des réflexions en lien avec les mesures anticipées et la capacité de discernement dans le cadre de la collaboration avec l'interface « Science et société » de la Faculté des sciences sociales et humaines.
- Participer aux travaux nationaux autour de l'élaboration d'un consentement général dans la recherche.
- Permettre à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER) d'adapter ses outils et son fonctionnement pour faire face aux nouveaux enjeux de la recherche (génomique, big data, protection des données).
- En fonction de l'évolution du processus au niveau national, évaluer l'opportunité d'une base légale sur les enjeux bioéthiques, concernant notamment le consentement éclairé du patient.

Champ d'action 6

Compétences en santé

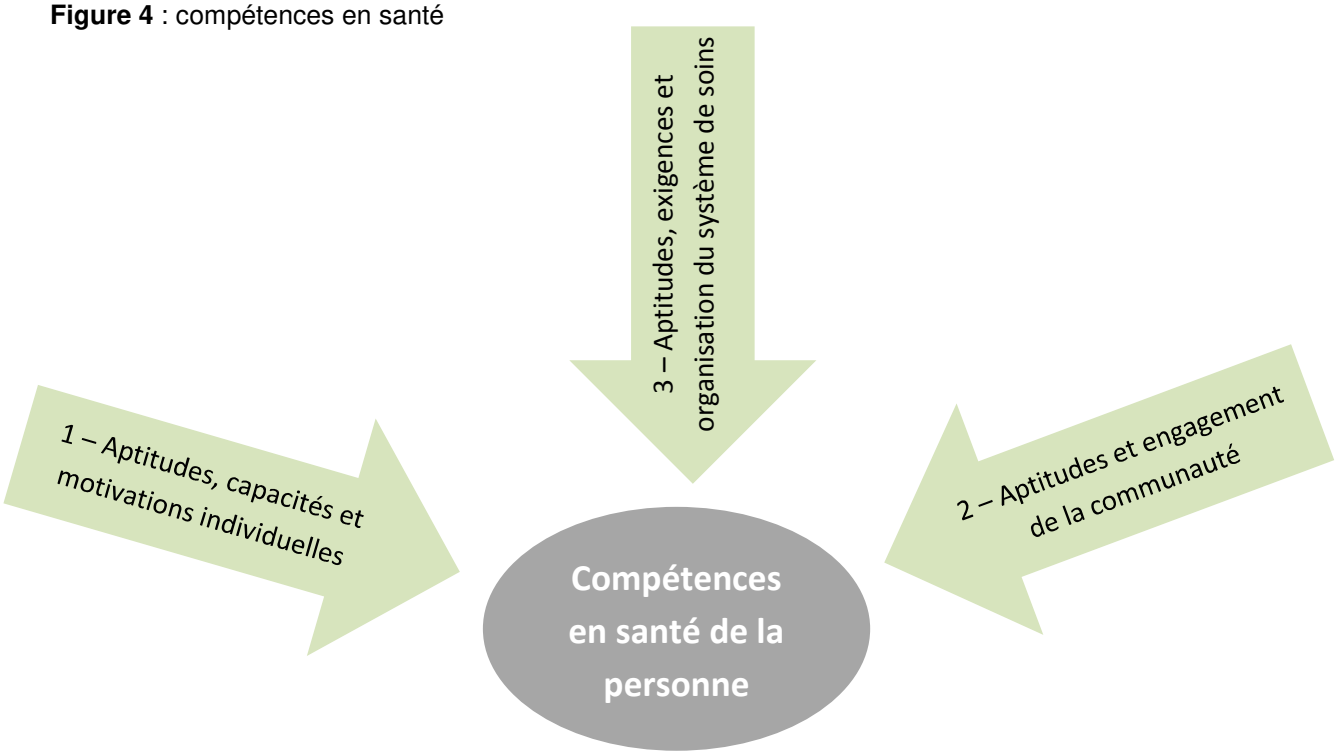
Responsabilité de tous les acteurs

Les compétences en santé recouvrent les capacités, les connaissances et les motivations des individus pour accéder aux informations concernant la santé. Il s'agit de les comprendre, les évaluer et les utiliser afin de se faire une opinion et de prendre des décisions individuelles ou collectives au quotidien pour promouvoir la santé et pour prévenir et soigner les maladies. Les compétences en santé résultent ainsi de la mobilisation chez l'individu et au sein de la collectivité, de capacités cognitives (compréhension, apprentissage, etc.) et motivationnelles (volonté, désirs, etc.).

Compétence en santé et état de santé sont étroitement liés. Il est prouvé qu'une compétence en santé limitée conduit notamment à des comportements quotidiens moins sains et plus à risque, ce qui entraîne un moins bon état de santé et une sollicitation accrue de prestations de santé.

Comme le représente la **figure 4** ci-dessous, les compétences en santé individuelles sont liées aux caractéristiques de l'individu. Elles sont également dépendantes de celles produites par la société et par le système de soins. Les compétences en santé sont un moyen de prise en charge de sa propre santé et de la possibilité d'accéder au système de soins. Elles résultent de l'équilibre entre les aptitudes, capacités et motivations individuelles, les capacités et l'engagement des communautés et le niveau d'exigences et de complexité du système de soins. C'est donc une responsabilité des professionnels de la santé que de prendre en considération les différents composants permettant l'émergence de compétences individuelles en santé.

Figure 4 : compétences en santé



Le niveau de compétence en matière de santé est hétérogène au sein d'une communauté d'individus et dépend de différents facteurs et déterminants sociaux (niveau de formation, âge, origine, etc.). De plus, certains besoins en information et compétences de santé peuvent être spécifiques à une situation de maladie. L'environnement social, économique et culturel dans lequel vivent les individus joue un rôle déterminant dans l'acquisition et le développement des compétences en matière de santé. La motivation de l'individu va ainsi permettre d'intégrer, puis d'utiliser les compétences acquises.

Une étude de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)[14] fait le point, en 2015, sur les compétences en matière de santé des personnes résidant en Suisse. Les résultats obtenus dévoilent que plus de la moitié de la population a de faibles compétences en matière de santé. Elles sont problématiques pour 45% et insuffisantes pour 9%. Par exemple, la moitié de la population estime difficile de juger quelles sont les vaccinations et les examens de dépistage dont elle a besoin ainsi que l'utilité de la vaccination. Les avantages et inconvénients des différentes possibilités de traitement sont difficiles à juger pour 44% de la population.

Le Conseil fédéral, dans le cadre de sa stratégie « Santé 2020 »[15], a notamment mis l'accent sur le renforcement des compétences en matière de santé et de la responsabilité individuelle des assurés et des patients afin qu'ils utilisent plus efficacement le système de santé, qu'ils puissent mieux prévenir les maladies et qu'ils se préoccupent davantage de leurs maladies. Il souhaite donner aux patients toute leur place dans le système de santé, place fondée sur l'égalité et l'autodétermination.

[14] Compétences en matière de santé : enquête 2015 auprès de la population en Suisse, résumé, OFSP, 2016.
[15] Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral, OFSP, 2013.

Il apparaît dès lors nécessaire d'agir non seulement sur la compréhension en matière de santé de l'individu et de la population, mais aussi sur la lisibilité du système de santé. Il s'agit également de s'assurer d'un bon alignement entre ces différentes dimensions.

****

Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat choisit de mettre l'accent sur des interventions qui permettent d'accroître, auprès des usagers, la compréhension et l'accessibilité du système de santé. Les objectifs principaux sont les suivants :

- promouvoir une bonne accessibilité, une bonne compréhension et une bonne utilisation des informations en santé ;
- adapter les messages en fonction du niveau de compétence préalable des groupes et de leurs besoins afin de s'assurer de l'impact des mesures visant à renforcer les compétences des groupes et des individus en matière de santé.

Pour ce champ, les actions et objectifs, qui sont transversaux, se trouvent répartis dans les champs 1 à 5.

Champ d'action 7

Qualité, sécurité, économicité

Au bénéfice du patient

La qualité des soins et la sécurité des patients sont des enjeux essentiels de santé publique. D'après la littérature internationale, dans les pays occidentaux, environ un patient hospitalisé sur 1'000 décèderait des suites d'une erreur médicale. La Fondation Sécurité des patients estime que dans les hôpitaux suisses, le nombre annuel des décès dus à des erreurs oscillerait entre 700 et 1'700 selon que le calcul s'effectue en référence à la population ou en tenant compte des taux d'hospitalisation. Dans une autre étude suisse récente[16] réalisée auprès de 3'983 patients hospitalisés dans huit hôpitaux différents, 21,4 % des patients ont indiqué avoir vécu au moins un incident qui aurait clairement pu avoir une influence sur leur sécurité et que 3,2 % des patients ont déclaré être très préoccupés par les erreurs médicales et leur propre sécurité. Même si des erreurs sont au final commises par des professionnels ou des équipes, elles sont souvent la résultante d'une interaction complexe entre les professionnels et leur environnement. Par conséquent, la qualité et la sécurité sont la conséquence d'un système et non d'individus.

La qualité se définit généralement comme une démarche qui doit permettre à chaque patient de bénéficier de la combinaison d'actes diagnostiques, thérapeutiques et soignants qui lui assureront le meilleur résultat en matière de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

La qualité doit être comprise comme un concept large qui englobe les dimensions suivantes : sécurité, réactivité, efficacité, efficience, équité, centré patient. La **figure 5** ci-dessous définit ces différentes dimensions et met en évidence leur interactivité.

[16] David L.B. Schwappach, Olga Frank, Marc-Anton Hochreutener; Z. Evid. New perspectives on well-known issues: Patients' experiences and perceptions of safety in Swiss Hospitals; Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 105 (2011) 542–554.

Figure 5 : les différentes dimensions de la qualité [17]

La qualité est ainsi une notion complexe et évolutive, qui doit intégrer en permanence les nouvelles attentes des usagers, les nouveaux moyens médicaux, les nouveaux paramètres économiques et les questions de trajectoires patients. Elle englobe donc la question de « l'économicité » des prestations et permet d'introduire la notion de « prévention quaternaire » qui s'attache à limiter les impacts négatifs induits par le système de soins.

Pour aborder une véritable stratégie d'amélioration de la qualité, il est essentiel que l'entier des acteurs, des décideurs politiques aux cliniciens, puisse adhérer à l'importance de l'enjeu de la qualité et à sa compréhension. La qualité n'est pas seulement l'affaire des professionnels de santé, c'est aussi l'affaire des institutions qui doivent promouvoir un véritable changement de culture et des responsables de l'organisation du système de santé. En d'autres termes, la qualité ne doit plus être vue comme une somme d'indicateurs spécifiques, mais comme une véritable démarche centrée sur les besoins et la sécurité des patients.

****

Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :

Elaboration d'un cadre

- Développer avec tous les acteurs une vision partagée, évolutive et multidimensionnelle de la notion de qualité et définir les priorités de développement.

[17] JW Bingham et al. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. Jt Comm J Qual Patient Saf. Feb 2005 ; 31(2) :98-105. Traduction par A. Staines, chargé du programme FHV « Sécurité des patients ».

Développement de la qualité

- Inciter les dirigeants des institutions de santé à intégrer la qualité dans leur système de management et à en faire une priorité.
- Inciter les prestataires de soins à définir leur démarche qualité, les processus qu'ils entendent développer et les résultats qu'ils veulent atteindre en priorité.
- Encourager les prestataires de soins à communiquer entre eux sur leurs échecs et réussites en matière de qualité des soins.

Pilotage et contrôle

- Recueillir des informations sur « l'expérience patient » des usagers tout au long de la trajectoire de soins (interfaces).
- Identifier des indicateurs sur la qualité des soins à l'échelle du système de santé.
- Elaborer et tester un système de financement récompensant à la marge la qualité et les bonnes pratiques.
- Soutenir financièrement les projets favorisant la qualité des soins, en particulier l'amélioration de l'efficience et des résultats patients, l'évaluation de la pertinence de certains examens et traitements, l'amélioration de la continuité des soins et le développement de la sécurité des patients et du personnel.
- Définir le champ des activités qui doivent être contrôlées, notamment les activités très fréquentes et les prestations médicales à haut risque.

Objectifs de mi-législature (2018-2020)

- Etablir la stratégie cantonale pour la qualité et la sécurité.
- Instituer, avec les partenaires du système de santé, un lieu de dialogue et de réflexion en matière de qualité (commission qualité).
- Développer la stratégie en matière de qualité dans les soins à domicile (AVASAD et OSAD).
- Mettre en œuvre, d'entente avec les hôpitaux, les mesures prioritaires visant la réduction des évènements indésirables lors d'hospitalisations.
- Définir les périmètres des audits à mener sur la pertinence médicale de certaines interventions hospitalières et lancer les premiers audits.
- Consolider et rendre accessible la liste des indicateurs en matière de qualité et sécurité des services hospitaliers dont doivent disposer les organes dirigeants des institutions.
- Augmenter la sensibilité des directions des institutions de santé sur l'importance des mesures de prévention de l'infection et définir les mesures à mettre prioritairement en œuvre pour améliorer l'hygiène des mains par l'usage de solution hydroalcoolique.

- Calculer de nouveaux indicateurs hospitaliers et en particulier les indicateurs de mortalité prématurée, de complications iatrogènes et d'hospitalisations potentiellement évitables.
- Consolider les cercles de qualité interprofessionnels en EMS et développer les cercles de qualité médecins-pharmaciens dans le cadre du plan de médication partagé.
- Promouvoir le programme « Santé de la médication aux interfaces » (Fondation pour la sécurité des patients suisses).
- Identifier des indicateurs de trajectoire patient et d'accès au système de soins.
- Favoriser le développement d'indicateurs centrés sur l'expérience du patient.

Champ d'action 8

Conditions - cadres

Pour l'efficience du système de santé

Le système de santé du canton de Vaud est constitué d'un riche ensemble d'activités et de services, sous forme stationnaire ou ambulatoire, couvrant l'ensemble des champs préventif, curatif, de réadaptation ou palliatif. Le développement de ce système durant les 30 dernières années a été rendu possible à la fois par la capacité financière du canton, par des visions politiques affirmées, ainsi que par la mise en œuvre des connaissances actualisées en matière de soins et d'accompagnement des personnes (cf. p. ex. le développement des soins palliatifs, de l'approche des démences, de la prise en charge des cancers, etc.). Il s'inscrit dans le cadre des lois fédérales, dont la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la loi sur les professions médicales (LPMéd) ou encore la loi sur les produits thérapeutiques (LPTh), ainsi que les ordonnances qui en découlent. Dans le cadre de sa stratégie « Santé 2020 », le Conseil fédéral vise à assurer la qualité de vie des citoyens et à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à renforcer la transparence. L'amélioration de la coordination des soins est un des axes de cette stratégie qui pourrait, selon le Conseil fédéral, avoir comme conséquence des modifications législatives ainsi que certains mécanismes de financement.

Le canton dispose de différents leviers pour agir sur le système de santé afin de gagner en cohérence et en flexibilité. Le Conseil d'Etat entend agir sur les conditions-cadres touchant à l'organisation, à la gouvernance et au pilotage du système, à sa surveillance, à son financement, aux compétences qui lui sont nécessaires (et donc la formation), aux systèmes d'information, et enfin au cadre légal et réglementaire qui fonde sa capacité d'agir.

1- Gouvernance : il n'existe pas de conception unique de la forme que devraient prendre la gouvernance et la régulation du système de santé. Il convient donc de trouver un alignement entre les gouvernances politique, managériale et clinique pour permettre ainsi aux organisations et aux professionnels d'assurer la qualité, l'efficience et la sécurité des soins.

2- Financement et incitatifs : dans le système de santé suisse, rares sont les incitations poussant les acteurs à optimiser les processus de prise en charge, augmenter l'efficience et à faire baisser les coûts. Le fractionnement du financement est souvent contre-productif et ne permet pas de répondre aux objectifs de prévention et d'anticipation des problèmes de santé, de coordination entre les acteurs, de prise en

compte de l'entier de la trajectoire de santé d'une personne. Il conviendra de trouver de nouveaux modèles incitatifs permettant dans certains secteurs d'optimiser la responsabilité des prises en charge complexes.

3- Pilotage et surveillance : pour orienter un système où les actions de l'Etat visent la prévention et l'anticipation des problèmes de santé, il convient de disposer de données permettant de dresser un état des lieux des besoins de santé de la population et des réponses du système. Le système de pilotage doit permettre d'analyser ces données et de suivre les actions mises en œuvre quant à leur impact sur l'état de santé de la population. La production de données pertinentes est un levier essentiel qu'il s'agit de développer. Il nécessite une bonne architecture du système d'information.

4- Formation : l'évolution du système de formation des professionnels de la santé doit aussi se faire en cohérence avec celle du système de santé. Il s'agit d'une part de continuer à valoriser la médecine de famille, de promouvoir son développement et identifier des cursus favorables aux carrières médicales dans le service public. D'autre part, il convient de soutenir les interventions interprofessionnelles dans la communauté, de développer des modes d'intervention anticipatifs (perspective préventive) et d'intégrer les pratiques avancées en particulier dans les soins infirmiers. Un accent particulier doit être mis sur le développement des compétences cliniques. Enfin, la couverture des besoins en professionnels de la santé doit être monitorée.

****

Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :

Organisation, gouvernance et mécanismes de financement

- Définir, mettre en œuvre et évaluer des modes de gouvernance, de financement et de pilotage centrés sur une approche populationnelle dans des régions données.
- Expérimenter des mécanismes de financement forfaitaire dans le domaine ambulatoire.

Expertise et outils

- Consolider l'existence d'une institution universitaire de médecine générale et de santé publique capable d'accompagner les choix de politique de santé et construire les orientations opérationnelles.
- Produire et mettre en œuvre une stratégie globale des systèmes d'information en santé permettant de recueillir les données-patients nécessaires au pilotage et à la surveillance du système.

Formation et compétences

- Définir et mettre en œuvre une stratégie propice au développement de l'exercice de la médecine de premier recours au travers de la formation pré et postgrade et par des mesures incitatives.
- Développer les liens entre employeurs et centres de formation tertiaires HES et UNIL.

Législation

- Proposer une refonte complète de la Loi sur la santé publique (LSP).

Objectifs de mi-législature (2018-2020)

- Mettre en œuvre la planification hospitalière LAMal selon le modèle « groupes de prestations pour la planification hospitalière » (GPPH) dans les hôpitaux reconnus d'intérêt public.
- Définir et mettre en application un modèle de financement global de l'AVASAD.
- Mettre en œuvre et pérenniser une gouvernance et une démarche collaboratives entre les partenaires permettant d'améliorer et de suivre la cohérence des systèmes d'information composant le système d'information sanitaire vaudois en visant l'alignement entre les stratégies d'information et les stratégies métiers.
- En accord avec les décisions fédérales et pour soutenir les stratégies et actions de santé publique cantonale, mettre à disposition des vaudois le Dossier Electronique du Patient en garantissant le respect des enjeux de sécurité et de protection des données.
- S'assurer de la mise en place de tarifs TARMED appropriés pour les activités en cabinet et dans l'ambulatoire hospitalier en définissant une stratégie de validation des tarifs par le Conseil d'Etat.
- Réviser les critères d'autorisation d'exploiter des institutions de santé (hôpitaux, maisons de naissance, organisations de soins à domicile) en renforçant les aspects de qualité et sécurité.
- Se doter d'un projet informatique permettant la gestion des autorisations de pratiquer (projet DEMAUT).
- Affiner l'organisation médicale hospitalière (statut des médecins, mode de rémunération).
- Mettre en œuvre l'arrêté du Conseil d'Etat sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (AVOLAF).
- Mettre en œuvre un modèle de financement spécifique et temporaire pour accompagner les projets de centralisation des services dans les hôpitaux multisites.

- Rédiger le rapport final du Programme Pluriannuel des Investissements (PPI) 2012 – 2017 à l'intention du Grand Conseil et établir le Programme 2017 – 2022.
- Piloter la réorganisation de la formation médicale postgrade au CHUV et dans les hôpitaux de la FHV et définir un mécanisme de financement favorisant la formation dans certaines spécialisations médicales, ainsi que la médecine de service public en général.
- Créer une plateforme commune entre institutions formatrices et employeurs afin de développer les programmes et compétences nécessaires.
- Développer les programmes et les lieux de formation des professionnels de la santé en cohérence avec les orientations et les objectifs stratégiques en matière de santé publique.

ANNEXE

Bilan des mesures de la législature 2013-2017

Bilan des mesures de la législature 2013 – 2017

Ligne directrice 1 : amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé

Mesure 1 : Renforcer le programme de dépistage du cancer du sein

Durant la législature, le programme de dépistage systématique du cancer du sein a continué son déploiement et a été étendu en 2017 aux femmes du groupe d'âge de 70 à 74 ans (réponse au postulat de Madame la députée Fabienne Freymond Cantone). Les statistiques fournies par les rapports de monitorage confirment que le programme vaudois atteint des niveaux de performance conformes aux référentiels européens, avec un taux de participation stable (aux environs de 59%) ; considérant de plus les dépistages effectués chez les gynécologues installés, ce sont près de 80% des femmes entre 50 et 74 ans qui sont dépistées (taux recommandé : 70%).

Le programme informatique soutenant le programme de dépistage du cancer du sein a évolué de sorte à inclure la gestion d'autres programmes de dépistage. Avec l'équipement informatique permettant la numérisation des clichés radiologiques, la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer (FVDC) reçoit ainsi les clichés sous format informatique des instituts de radiologie pour une seconde lecture.

Mesure 2 : Evaluer un projet pilote de dépistage du cancer du côlon

Tous les ans, dans le canton de Vaud, environ 400 nouveaux cas de cancer du côlon (dénommé également cancer colorectal) sont diagnostiqués, et 130 personnes décèdent de cette affection. En Suisse (rapport NICER 2015), le cancer du côlon représente 10% des décès dus au cancer, aussi bien chez les hommes (3^{e} cancer le plus fréquent) que chez les femmes (2^{e} cancer le plus fréquent). La survie à cinq ans est supérieure à 90% pour les cancers du côlon strictement localisés au moment du diagnostic, pour se réduire en moyenne à un peu plus de 10% seulement pour les cancers avancés avec métastases.

Durant la législature, un programme pilote de dépistage du cancer du côlon a été conçu. La détermination des méthodes de dépistage, des négociations tarifaires avec les assureurs maladie, la formation des médecins de premiers recours et des pharmaciens (133 médecins de famille et 195 pharmaciens ont participé aux séminaires de 2015) ont été réalisées. Le programme a démarré progressivement en octobre 2016.

Mesure 3 : Evaluer l'indication à conduire un dépistage du cancer du mélanome

Aucune action spécifique n'a été entreprise concernant cette mesure.

Mesure 4 : Assurer l'accès aux prestations de dépistage et de lutte contre le diabète

Plusieurs projets ont été mis en œuvre sur tout le territoire cantonal, notamment :

- des prestations permettant au patient de mieux gérer sa maladie, son traitement et de devenir un patient actif et informé : projets Diafit (exercice physique), EVIVO (promotion des compétences en santé), Diafood (cours d'alimentation) ; création d'un répertoire listant les professionnels concernés sur le site de l'Association DiabèteVaud ; création d'une application mobile pour le calcul des repas diabétiques ; promotion des patients experts de DiabèteVaud, etc.
- pour les patients diabétiques en situation complexe, mise en place d'un centre spécialisé interdisciplinaire au CHUV (podologie, néphropathie diabétique, diabète gestationnel) et d'équipes régionales.

Diverses actions de communication ont été conduites sur la thématique du diabète en faveur de la population générale (site Internet de DiabèteVaud, conférences - communiqués de presse, émissions - passages radio/TV). Des actions de dépistage du diabète ont aussi été organisées, par exemple dans le cadre du Salon Planète Santé. Le site Internet de DiabèteVaud propose par ailleurs un test de risque.

Des actions destinées aux professionnels de la santé ont également eu lieu, comme l'élaboration et la diffusion de recommandations de pratique clinique, de documents pour la prise en charge des diabétiques en milieu hospitalier et post-hospitalier (DocDiab) et d'un DVD à l'intention des enfants diabétiques. Des cours de sensibilisation à l'éducation thérapeutique et des forums ont aussi été proposés aux professionnels concernés du canton de Vaud.

Il manque aujourd'hui le recul suffisant pour apprécier tous les effets des mesures entreprises, la période de déploiement étant encore trop courte. Toutefois, certains signes encourageants sont à relever, comme la diminution des amputations dans le canton de Vaud (85 en 2014 contre 125 en 2008).

A relever également que les compétences acquises dans le cadre de ce programme permettent de mieux appréhender les prises en charge d'autres maladies chroniques.

Mesure 5 : Renforcer le programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Acteur privilégié de la mise en œuvre de ce programme, les Ligues de la Santé se sont recentrées sur les actions de promotion de l'alimentation saine et de l'exercice physique, de prévention en matière de tabagisme, ainsi que la prévention des risques liés à la consommation d'alcool (cf. également la mesure 15). Le programme cantonal «Ça marche ! Bouger plus, manger mieux » a été poursuivi, le déploiement de ses activités s'est déroulé sur quatre niveaux : interventions directes de promotion du mouvement et d'une alimentation équilibrée adaptées en fonction de l'âge (p. ex. : Paprica, « A dispo », Pédibus, Fourchette verte) ; mesures sur l'environnement et le cadre législatif (p. ex. « Communes en santé ») ; information à la population ; travail en réseau avec les partenaires aux plans cantonal et suisse.

Un projet « Sport et Santé » - en association avec le Service de l'éducation physique et du sport - a également été développé avec l'objectif d'utiliser l'activité physique et le sport comme outil de promotion de la santé au sein des communes et des clubs sportifs. Trois mesures ont été prises, visant l'accès à une activité physique non compétitive : apporter un soutien financier aux clubs de sports collectifs mettant en place des activités non compétitives (onze projets soutenus), apporter un soutien financier aux communes qui ouvrent leurs salles de sport pour des activités sportives encadrées (cinq projets soutenus), apporter un soutien financier aux communes qui construisent ou rénovent des places de sport en plein air (dix-sept projets soutenus).

Mesure 6 : Etendre les prestations de lutte contre l'ostéoporose à l'ensemble du canton

Aucune action spécifique n'a été entreprise concernant cette mesure.

Mesure 7 : Consolider le dispositif de dépistage et de lutte contre la maladie d'Alzheimer

Un des axes prioritaires du programme cantonal « maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées » a été la création du Centre Leenaards de la mémoire (CLM) au CHUV en 2013, et de trois centres de la mémoire régionaux (ouverture en 2012 à Clarens, Aubonne et Yverdon-les-Bains). Outre son rôle de centre de proximité pour la région lausannoise, le CLM a une responsabilité de pôle de référence cantonal pour la maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs liés à l'âge avancé. Son fonctionnement relie trois départements du CHUV : les neurosciences cliniques (service de neurologie), la médecine interne (service de gériatrie) et la psychiatrie (service psychiatrie de l'âge avancé). Les travaux menés par le CLM visent l'harmonisation des pratiques cliniques entre les différents centres mémoires du canton, l'homogénéisation des processus diagnostiques et des prises en charge. Le CLM est également engagé dans l'enseignement (bachelor en médecine, HES en santé) et la formation continue (p. ex. dans le cadre de l'Association vaudoise des médecins de famille), ainsi qu'au niveau de la recherche, en établissant des liens entre la recherche en biologie et en imagerie et appliquant ainsi ces connaissances fondamentales pour un meilleur diagnostic et traitement des patients. Les divers centres de la mémoire ont également été actifs dans l'information à la population (conférences, participation au salon Planète Santé, etc.).

Mesure 8 : Identifier les facteurs environnementaux avec une charge de morbidité élevée

Mesure 9 : Documenter les impacts sur la santé des principaux risques environnementaux

Mesure 10 : Proposer des actions de réduction des expositions aux menaces environnementales

La création, en 2012, d'un pôle de compétences « santé-environnement » au sein du Service de la santé publique (SSP) se justifiait d'une part en raison de l'importance de l'environnement comme déterminant de la santé, d'autre part au vu du nombre croissant de sollicitations au sujet de problématiques environnementales et de leurs effets potentiels sur la santé.

Au niveau de la gouvernance, le Conseil d'Etat a décidé, en septembre 2016, de créer la Cellule environnement et santé publique (Cellule ESP) chargée de remplacer la Cellule amiante en reprenant son rôle et en l'élargissant à d'autres thématiques relevant de l'environnement et de la santé publique, comme le radon, la pollution de l'air extérieur ou encore le moustique tigre.

Pendant la législature 2012-2017, le Service de la santé publique a renforcé ses connaissances, ses compétences en matière de santé environnementale, ainsi que ses collaborations avec les services de l'administration cantonale en charge des thématiques en lien avec l'environnement, en particulier avec la Direction générale de l'environnement.

Pour réaliser ses travaux, le Service a adopté, sur la base de la liste établie par l'Agence européenne de l'environnement dans le rapport "Environment and human health" (2013), une définition d'un périmètre plutôt restreint de la santé environnementale, primairement associée aux effets pathologiques directs d'agents chimiques, physiques et biologiques. Il s'est agi de hiérarchiser les problématiques en fonction de la fréquence et de la gravité pour la santé humaine. Par ailleurs, certains risques complexes ont également été pris en compte (éoliennes, changements climatiques).

Les dangers qui revêtent une priorité de santé publique sont les suivants: la pollution atmosphérique, le rayonnement UV, la canicule, le radon, le bruit, la pollution de l'air intérieur, l'amiante et les changements climatiques.

Certains facteurs environnementaux ont fait l'objet d'une analyse quant à leur impact sur la santé, et ont ainsi été documentés par le Service de la santé publique. Parmi ceux-ci : les dangers physiques (les rayonnements non ionisants, le grand froid, le radium), les dangers chimiques (la pollution de l'air intérieur, les perturbateurs endocriniens, les dioxines, la présence de certaines substances chimiques dans l'eau potable et dans les aliments, la fumée d'incendie, le protoxyde d'azote), les dangers biologiques (épandage de protéines bovines, OGM) et les dangers complexes (éoliennes, changements climatiques).

En conséquence, diverses actions ont été menées :

- mises à jour du plan cantonal canicule adopté en 2009 ;
- en coordination avec la Police cantonale du commerce, adoption de la disposition légale, dans la loi sur l'exercice des activités économiques, concernant l'interdiction d'accès aux solariums pour les mineurs ;
- contribution fournie à la Direction générale de l'environnement (DGE) dans la procédure de consultation organisée par la Confédération au sujet du projet de loi sur la protection contre les dangers du rayonnement non ionisant et le son ;

- réalisation, en partenariat avec l'Institut tropical et de santé publique de Bâle et la Direction générale de l'environnement, d'une étude d'impact sur la santé sur la pollution de l'air[18] et la contribution à l'actualisation du Plan OPair ;
- participation à l'étude menée par l'Institut romand universitaire de santé au travail (IST) sur l'évaluation des risques liés à l'amiante au collège des Dents-du-Midi à Aigle ;
- participation au groupe de travail institué par le Département du territoire et de l'environnement sur la stratégie d'adaptation aux changements climatiques ;
- participation au Comité de pilotage de la stratégie cantonale en matière d'énergie éolienne et appui à la DGE dans la formulation de la demande auprès de l'Office fédéral de l'environnement pour la réalisation d'une étude sur l'impact des éoliennes sur la santé humaine ;
- participation aux travaux de la Cellule radon placée sous l'égide de la DGE ;
- contribution, dans le cadre de la Cellule amiante, à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de protection contre le risque à l'exposition à l'amiante ;
- définition, en partenariat avec la DGE, de l'organisation de la Cellule ESP, de son pilotage et de la répartition des responsabilités de chaque service représenté (DGE et SSP-Office du médecin cantonal) ;
- lancement de l'appel d'offre pour le mandat relatif à la définition de la stratégie amiante pour la législature 2017-2022 et le suivi des travaux du mandataire ;
- évaluation de la pertinence de l'élaboration d'un plan « grand froid ».

Mesure 11 : Définir une politique de promotion de la santé et de prévention des maladies au travail

Le Secrétariat d'Etat à l'économie de la Confédération énonce clairement l'obligation de l'employeur d'assurer la protection de la santé des travailleurs. Cette obligation est la matière de l'article 6 de la Loi sur le travail. L'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail précise cette exigence en énonçant à l'article 2 le principe selon lequel «l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer et d'améliorer la protection de la santé et de garantir la santé physique et psychique des travailleurs». Le canton de Vaud fait face à la double responsabilité de devoir assurer la protection des 39'000 collaborateurs de son administration, mais aussi de veiller à ce que les entreprises du canton puissent être en mesure de répondre à leurs obligations légales.

Par ses actions durant la législature passée, le Service de la santé publique a principalement accompagné les développements nécessaires qui doivent permettre à l'Administration cantonale vaudoise (ACV) de répondre à ses obligations. A cette fin, en 2016, le Conseil d'Etat a donné un nouvel élan à sa politique de ressources humaines en acceptant un Règlement relatif à la protection de la santé et de la sécurité des collaborateurs au travail de l'ACV. Ce règlement institue une Commission de coordination pour la protection de la santé et de la sécurité des collaborateurs au travail. Nanti de ces deux outils essentiels au bon fonctionnement d'une politique de

[18] Evaluation des bénéfices sanitaires de la réduction de la pollution atmosphérique entre 2005 et 2015 dans le périmètre du Plan de mesures d'assainissement de l'air du canton de Vaud (dit Plan OPair).

protection des collaborateurs, l'Etat employeur a pu donner un message clair aux entreprises du canton qui souhaitent devenir exemplaires dans ce domaine.

Mesure 12 : Consolider le programme concernant la petite enfance, en accordant une attention particulière aux populations vulnérables

Dans le cadre du programme 0-4 ans, les infirmières petite enfance, en collaboration avec les autres partenaires du domaine, ont poursuivi le soutien aux parents d'enfants en bas âge et renforcé l'appui aux familles les plus vulnérables. En partenariat avec le Service de protection de la jeunesse (SPJ), le CHUV, les sages-femmes indépendantes et les pédiatres, le Centre de référence pour les infirmières petite enfance (CRIPE) a créé treize feuillets sur la santé des nourrissons qui sont insérés dans les carnets de santé de tous les nouveau-nés depuis 2014 (env. 130'000 feuillets par an). Le CRIPE a répondu à diverses sollicitations de formation et d'expertise, ainsi que des médias. Les activités des infirmières petite enfance ont été présentées à divers partenaires et lors de congrès nationaux et internationaux. Les parents et les professionnels ont accès à du matériel de prévention des accidents et à un site Internet plus convivial : www.pipades.ch.

Le Service de la santé publique a entamé une réflexion de fond sur la coordination des prestations sanitaires de la grossesse à la petite enfance. Un état des lieux des prestations a été réalisé et les actions à développer, à coordonner ou à orienter ont été définies. Cette démarche associe tous les acteurs impliqués (groupement des pédiatres vaudois, sages-femmes indépendantes, infirmières petite enfance AVASAD, CHUV, Profa, Service de protection de la Jeunesse, Petit Pas, association PanMilar) afin de garantir leur bonne collaboration.

Mesure 13 : Poursuivre les actions d'éducation sexuelle en milieu scolaire

Le partenariat entre PROFA et l'Unité de Promotion de la santé et prévention en milieu scolaire (UPSPS) s'est concrétisé par :

- la mise en ligne sur le site de l'UPSPS du Référentiel de PROFA comprenant les documents de référence pour l'éducation sexuelle à l'école obligatoire avec pour chaque niveau d'âge un objectif général visé lors des cours d'éducation sexuelle et des modalités de communication entre spécialistes en santé sexuelle de PROFA et enseignants, et entre PROFA et les parents ;
- l'harmonisation des prestations d'éducation sexuelle dispensées dans tous les Etablissements scolaires primaires et secondaires, ainsi que dans des classes d'accueil, les classes DEP et DES à raison de deux périodes de 45 minutes à chaque fois ;
- l'augmentation de 14% du nombre d'élèves et de plus de 11% du nombre de classes ou groupes touchés par des prestations du service d'éducation sexuelle ;
- l'adoption conjointe comme cadre de travail des Standards pour l'éducation sexuelle en Europe de l'OMS et du Cadre de référence pour l'éducation sexuelle en Suisse romande (en lien avec le Plan d'études romand) ;
- la participation au groupe de référence DIGOS (Diversité de genre et d'orientation sexuelle) et la mise à disposition du Memento à l'usage des intervenants de l'école ;

- la réalisation d'une enquête cantonale sur les demandes adressées par les parents pour dispenser leur enfant des cours d'éducation sexuelle (demande de Madame la conseillère aux Etats Géraldine Savary) ;
- la concertation sur les enjeux de communication stratégique et la présence dans les médias depuis le lancement de l'initiative populaire fédérale « Contre la sexualisation à l'école » jusqu'à son retrait de l'agenda politique ;
- le développement de l'éducation sexuelle spécialisée dans les Institutions de l'enseignement spécialisé et les classes de l'Office de l'enseignement spécialisé (OES) rattaché au Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) ;
- la mise en place de permanences téléphoniques à PROFA pour les professionnels de l'école obligatoire, de la transition, pour l'enseignement spécialisé, les élèves à besoins particuliers, et les parents d'élèves ;
- des rencontres régionales entre PROFA et les médiateurs scolaires et délégués PSPS ainsi que les infirmières scolaires de l'école obligatoire et postobligatoire.

Mesure 14 : Renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire

L'Unité de promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire est en charge de la mise en œuvre de la politique publique dans ce domaine sous la responsabilité d'une Direction interservices (Département de la formation, de la jeunesse et de la culture et Département de la santé et de l'action sociale). Durant la législature écoulée, cette unité pluridisciplinaire a su développer son expertise et sa capacité de répondre aux sollicitations venant tant des autorités politiques, que des écoles, des prestataires potentiels et des médias, tout en s'adaptant aux nouveaux besoins du monde scolaire.

Les élèves ont bénéficié de nombreux projets de promotion de la santé et de prévention dans les domaines suivants : activité physique et alimentation, dépendances, climat scolaire, harcèlement par les pairs, violence et incivilités.

Les professionnels de l'école ont bénéficié de soutiens méthodologiques et financiers, de formation, de recommandations et de mise à disposition de nouveaux outils pour gérer diverses situations : gestion des suspicions de maltraitance, intégration des élèves à besoins de santé particuliers, premiers secours et premiers soins, harcèlement.

Une coordination interdépartementale s'est renforcée avec les Conseils régionaux de prévention et de sécurité (CRPS) et la police, notamment pour la prévention routière et par la création de matériel destiné aux jeunes et à leurs proches sur divers thèmes : tabac, alcool, drogues, internet/réseaux sociaux, armes, infraction et violences, voie publique, sorties nocturnes des parents (www.sois-prudent.ch).

Mesure 15 : Poursuivre la prévention tabac, alcool, drogues illégales et autres addictions

Le SSP a œuvré à la convergence des mesures de prévention et de prise en charge des addictions, notamment en ce qui concerne l'alcool, les stupéfiants et les médicaments non prescrits. Conjointement avec le Service de prévoyance et d'aide

sociales (SPAS), le SSP a élaboré des actions de santé publique et sociales centrées sur la lutte contre les méfaits dus à la consommation de substances psychotropes. Ces actions visent, d'une part, à structurer, clarifier la gouvernance et coordonner les acteurs du domaine et, d'autre part, à compléter et organiser l'offre sur le territoire cantonal. Ces actions se déclinent dans trois champs distincts : les prises en charge thérapeutiques et socio-éducatives ; la réduction des risques ; le repérage et l'intervention précoce. Au terme de la législature, les actions suivantes ont été mises en œuvre:

- fusion des dispositifs d'indication EVITA (alcool) et DCIST (stupéfiants) et création du dispositif d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) ;
- extension des prestations addictologiques pour assurer une couverture cantonale avec l'ouverture de l'Unité de traitement des addictions (UTAD) à Yverdon-les-Bains et, dans l'Ouest vaudois, la création du pôle addictologique à l'hôpital de Prangins et l'ouverture de l'antenne d'Entrée de secours à Nyon ;
- réorganisation et pérennisation du programme DEPART pour les adolescents ayant développé des troubles ou à risque de développer des troubles en lien avec la consommation de substances, en application de l'article 3c de la loi fédérale sur les stupéfiants (repérage et détection précoce) ;
- développement de mesures de prévention et de réduction des risques en milieu festif (programme Nightlife Vaud géré et coordonné par la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme) ;
- mise en place d'une offre de suivi thérapeutique au Centre d'aide et de prévention (CAP) de la Fondation Le Levant pour les personnes désireuses de récupérer leur permis de conduire après retrait pour consommation problématique de stupéfiants ;
- harmonisation des missions des centres d'accueil à bas seuil subventionnés par le SSP (Fondation ABS, Entrée de Secours, Zone bleue, Fondation AACTS).

Concernant les addictions sans substances, le Service de la santé publique a poursuivi son implication dans le programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu (PILDJ) et son soutien au Centre du jeu excessif du CHUV.

En matière de prévention du tabagisme, le CIPRET-Vaud géré par les Ligues de la Santé, a poursuivi la mise en œuvre de mesures de prévention comportementale dans le but de faire évoluer les comportements de santé. De multiples projets ont été menés auprès de publics prioritaires (jeunes, fumeurs, professionnels relais, etc.). Parmi eux, « Loisirs sans tabac » a permis de renforcer les compétences des professionnels de l'animation socioculturelle. « Tabac miroir du monde », toujours en cours, vise à développer du matériel pédagogique compatible avec le plan d'études romand (PER) à destination des enseignants romands. Le projet « Aborder le tabagisme via d'autres problèmes de santé » a permis de former des professionnels de santé en lien avec des personnes en situation de vulnérabilité socio-médicale. Partenaire du Programme « Prévention des dépendances dans les écoles vaudoises », le CIPRET-Vaud a accompagné des équipes santé et est intervenu auprès d'élèves. Il assure le suivi thématique en matière de prévention du tabagisme et répond annuellement à près de 300 demandes (d'information, d'intervention telles que des formations, de matériel, etc.)

provenant de différents publics (particuliers, autorités, institutions, entreprises, professionnels, médias, etc.).

Mesure 16 : Evaluer les prestations fournies dans le domaine des dépendances

Le Service de la santé publique a conduit ou mandaté des évaluations dans trois champs d'intervention distincts : le repérage et l'intervention précoce, les dispositifs cantonaux d'indication et de suivi, les centres de traitements ambulatoires.

S'agissant du repérage et de l'intervention précoce, le SSP a pris en compte les résultats de l'évaluation externe du programme de prévention des dépendances en milieu scolaire, et mandaté l'évaluation du programme DEPART. A l'issue de ces évaluations, le SSP a précisé les missions et l'articulation des deux programmes et redéfini en profondeur la gouvernance du programme DEPART qui est désormais pérennisé.

Les dispositifs d'indication alcool (EVITA) et drogues ont respectivement fait l'objet d'une évaluation externe et d'un suivi plus resserré du point de vue des processus et des résultats. Ces démarches ont conduit le SSP à engager, en collaboration étroite avec le SPAS, la fusion des dispositifs d'indication. Celle-ci est effective depuis le 1er janvier 2017 avec la création du DCISA. Ce dispositif permettra non seulement un meilleur suivi des trajectoires de soins, mais fournira également des données pour la planification de l'offre résidentielle.

Le SSP a en outre évalué les nouveaux centres de traitements spécialisés dans les secteurs Nord et Ouest du canton. Ces centres sont destinés améliorer la couverture des besoins de ces régions.

Les travaux menés ont facilité l'élaboration et le pilotage des actions de santé publique et sociales pour lutter contre les méfaits de la consommation de stupéfiants, d'alcool et de médicaments non prescrits. Afin de renforcer la capacité de pilotage des mesures prises et de mieux adapter les prestations aux besoins, le SSP a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) la mise en œuvre d'un concept global de monitorage couvrant les domaines suivants : épidémiologie, prise en charge médico-sociale, réduction des risques, repérage et détection précoce, répression et régulation de l'offre.

Mesure 17 : Adapter le dispositif de lutte contre les maladies nosocomiales aux exigences nouvelles

La loi fédérale sur les épidémies de 2012 prévoyait l'élaboration d'un programme national dans le domaine des infections liées aux soins, mis en œuvre sous la responsabilité des cantons.

Vaud a dès lors structuré son programme d'Hygiène, Prévention et Contrôle de l'infection en un programme cantonal. L'Unité cantonale HPCI pilote les stratégies, les activités et leurs évaluations dans l'ensemble du système de soins aigus et chroniques, y compris soins à domiciles et EMS. Les quatre responsables régionaux pour les soins chroniques sont rattachés à l'unité cantonale, les médecins en charge de l'HPCI dans les soins aigus sont coordonnés également par l'unité cantonale, des répondants HPCI existent dans la majorité des institutions sanitaires. Un site Internet (www.hpci.ch)

rassemble l'entier des recommandations, procédures, références ainsi que les résultats de la surveillance. De nombreuses activités de formation, d'enseignement, de communications (congrès, rapports) sont également effectuées ; l'unité cantonale HPCI contribue également aux travaux nationaux.
Le programme répertorie en particulier les données et les interventions concernant les bactériémies en soins aigus, la prévalence des infections nosocomiales en soins aigus, les germes multirésistants en soins aigus, les infections du site opératoire, les infections dans les centres d'hémodialyse, l'impact de la grippe saisonnière en milieu hospitalier (y compris la couverture vaccinale), la consommation de solutions hydroalcoolique en CTR et en EMS comme indicateur de l'hygiène des mains, la consommation d'antibiotiques en EMS, la vaccination contre la grippe en EMS, les audits de cabinets dentaires et médicaux selon l'ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux.

Ligne directrice 2 : consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels

Mesure 18 : Mettre en place un observatoire des professions de la santé
Suite au postulat Catherine Labouchère (2011) « Pour la création d'un observatoire permanent de la profession médicale dans le canton », différentes démarches ont eu lieu simultanément :

- le projet REFORMER (Réorganisation de la formation médicale romande) mené sur mandat de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) par le SSP, visant l'orientation le plus précocement des carrières médicales par l'organisation de la formation médicale postgrade en filières (profils d'activité : pratique en cabinet, pratique hospitalière, académie, transition) et en réseaux de spécialités. La réalisation de ce projet est en cours dans le canton de Vaud, appuyé par des incitatifs financiers pour les filières cliniques et les réseaux de médecine interne générale ;
- le projet d'annuaire des médecins vaudois, mené en collaboration avec la Société vaudoise de médecine (SVM) et qui a permis d'avoir une base de données administrative d'environ 85% des praticiens vaudois. Cette base ne permet toutefois pas d'avoir un suivi dynamique : le projet MARS, mené par l'Office fédéral de la statistique, dont le but est la mise à disposition d'une statistique nationale annuelle sur la pratique des médecins en activité, permettra cette vision dans le temps au niveau cantonal.

Mesure 19 : Mettre en œuvre des actions de lutte contre la pénurie du personnel soignant
Le Centre d'information des professions santé-social (CiPS), association financée par ses membres (associations faîtières des institutions de santé / sociales, centres de formation) a poursuivi le développement de ses activités d'information et de promotion des professions santé-social, ainsi que la gestion du dispositif de réinsertion des infirmiers. Avec ses actions de diffusion d''informations (production et actualisation de matériel promotionnel, site Internet, présentation en école, entretiens individuels), etc.,

le CiPS participe chaque automne au salon des métiers de Beaulieu à Lausanne (environ 30'000 visiteurs). Le CiPS présente ainsi 34 métiers de la santé et du social. Le dispositif de réinsertion et de réorientation a permis depuis dix ans à 476 infirmiers d'être réinsérés dans les institutions de santé. A relever que le taux de chômage de la profession est actuellement marginal.
Au niveau de la formation de base en soins infirmiers (niveau Bachelor/HES), la capacité des écoles a augmenté, l'offre de places de stages en institution de santé a dû suivre. Aujourd'hui, l'offre de stages semble arriver à un plafond, ce qui nécessite de la part des écoles de développer l'enseignement par simulation. En cinq ans, le nombre de diplômés a passé de 176 à 239 par année. Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) finance également depuis septembre 2015 une nouvelle filière de formation d'infirmiers en cours d'emploi. Ce sont environ 20 étudiants par année qui suivent cette filière.
Les professionnels de la santé et de l'accompagnement social sont également formés au niveau CFC (formation de trois ans). Le DSAS est en contact avec la Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP), pour évaluer le nombre de professionnels nécessaires et la capacité de l'école de soins et de santé communautaire. Actuellement, 250 assistants en soins et santé communautaire (ASSC) arrivent annuellement sur le marché du travail et cette capacité devrait passer à 350 diplômés par an. La formation d'ASSC est effectuée pour un tiers en voie purement école et pour deux tiers en voie duale avec un contrat d'apprentissage, principalement dans les EMS. Le DSAS soutient directement la formation duale en EMS avec un modèle incitatif permettant de financer l'encadrement et d'atteindre les cibles de formation. De fait, cette formation a connu une croissance de 70% entre les années 2012 et 2017 où 233 personnes sont actuellement en formation en EMS. Un même effort a été fait pour les assistants socio-éducatifs (ASE) qui sont 227 en formation dans les EMS en 2017.
Une nouvelle formation (reconnue au plan fédéral par une attestation professionnelle) a vu le jour en 2012 : celle des Aides en soins et accompagnement (AFP ASA). Cette formation de deux ans, en entreprise, concerne actuellement 47 personnes.
Concernant la reprise de cabinets médicaux, un renforcement du partenariat entre le DSAS et la Société vaudoise de médecine s'est mis en place avec la création de la «Fondation Avenir et Santé» qui a pour but de favoriser l'installation des médecins et d'étudier de nouvelles formes d'organisation de la pratique médicale (cf. aussi mesures 38 et 39).

Mesure 20 : Renforcer la formation du personnel soignant

Le Service de la santé publique s'est attaché à inscrire, dans les conventions de subventionnement, en particulier dans les contrats de prestations avec les hôpitaux, des objectifs à atteindre en matière de formation du personnel soignant (nombre et type de places de stage) ainsi que le financement lié à l'atteinte de ces objectifs. Afin de répondre au besoin d'une amélioration permanente des compétences, de permettre la progression professionnelle et de contribuer à l'attractivité des professions de santé et sociales, l'Etat apporte une contribution financière dans le cadre de la formation

continue, notamment pour certains CAS (Certificate in Advanced Studies) et des DAS (Diploma in Advanced Studies). A titre d'exemple, dans le domaine de la personne âgée, de la psychiatrie de l'âge avancé et des soins palliatifs, ce sont environ 90 personnes par an qui bénéficie d'une formation de ce type.

Pour inciter les hôpitaux à former davantage de stagiaires et d'apprentis dans le domaine des soins, le SSP a mis en place un modèle de financement de l'encadrement en 2013. Ce mécanisme a permis une progression annuelle moyenne des jours de stage de 4% pour le CHUV et de 9% pour les hôpitaux de la FHV. Ainsi, en 2016, près de 100'000 jours de formation ont été réalisés dans le canton, dont 50'061 jours pour le CHUV et 40'200 pour les établissements de la FHV.

Mesure N° 21 : Répartir les prestations hospitalières de soins aigus somatiques et psychiatriques entre hôpitaux et actualiser les mandats de prestations LAMal à l'horizon 2015 en cohérence notamment avec le plan stratégique 2014-2018 du CHUV

Les travaux visant une meilleure répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux se sont poursuivis tout au long de la législature, mais n'ont pas encore abouti. Le SSP a préparé un premier projet de classement des missions médicales considérées comme « de base », « spécialisées » et « tertiaires » en s'appuyant sur le modèle de définition des prestations reconnu au niveau intercantonal par la CDS (soit le système des GPPH). Les propositions du SSP ont été soumises aux critiques des collèges de médecins spécialistes, puis au CHUV. Le tout doit encore être affiné, puis finalisé avant d'être mis en œuvre. Les hôpitaux régionaux recevront une mission générale regroupant les prestations de base, et les prestations tertiaires seront réservées au CHUV qui devra les réaliser lui-même ou en collaboration avec d'autres établissements. Un certain nombre de prestations spécialisées seront réparties entre les différents sites hospitaliers du canton en visant une certaine concentration.

Mesure 22 : Suivre la construction de l'hôpital Riviera-Chablais (HRC)

Durant la législature écoulée, le projet d'hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais a connu des avancées significatives. Un concours de projets a été lancé et le projet lauréat (« Soins et grand paysage » de l'équipe pluridisciplinaire Geninasca Delefortrie SA / GROUPE 6 SA, Neuchâtel) a été désigné le 5 avril 2011. Sur la base du projet, un appel d'offres pour la réalisation en entreprise générale a été effectué et les travaux adjugés. En janvier 2012, les cantons de Vaud et du Valais ont décidé conjointement d'accorder le financement pour la construction du futur hôpital Riviera-Chablais.

Alors que les travaux devaient commencer, une procédure juridique a bloqué le projet. Suite à la décision du Tribunal fédéral de septembre 2015, les travaux ont débuté en février 2016.

Parallèlement à la construction du site de soins aigus de Rennaz, qui devrait être en fonction courant 2019, les réflexions ont été menées entre les deux services de santé publique (VD-VS) et l'HRC afin de définir les futures missions des sites de Monthey et du Samaritain à Vevey. Les infrastructures existantes sur les deux sites ont été analysées et des projets de restructuration sont à l'étude.

Mesure 23 : Suivre la réorganisation des établissements hospitaliers
Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)

Début 2016, les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv) ont transmis au chef du Département de la santé et de l'action sociale leur projet d'établissement. Ce dernier complète le plan stratégique des eHnv pour la période 2015-2020 et décrit les objectifs généraux de la réorganisation des eHnv à l'horizon 2020. De manière générale, chaque discipline médicale sera transverse à l'ensemble des sites et la répartition des activités sera basée sur les notions d'activité stationnaire et d'activité ambulatoire.

Un agrandissement de l'hôpital d'Yverdon permettra de regrouper les prestations stationnaires somatiques aiguës. Les prestations stationnaires de réadaptation et de soins palliatifs seront effectuées sur le site d'Orbe, dans un nouveau bâtiment à construire. Les prestations ambulatoires se feront sur les sites d'Yverdon, de St-Loup, d'Orbe et de La Vallée. Concernant les prestations sur le site de la Vallée de Joux, il s'agira essentiellement d'activités ambulatoires qui devraient être intégrées dans une organisation de réseau de soins intégrés (projet en cours de développement).

Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)

L'Hôpital intercantonal de la Broye regroupe des activités de soins aigus sur le site de Payerne et de réadaptation sur celui d'Estavayer-le-Lac. Depuis sa création en 1998, sous la forme juridique d'une société simple, il permet le libre passage pour les patients des deux cantons de Vaud et de Fribourg. D'un commun accord, les exécutifs des deux cantons ont décidé de créer un établissement intercantonal de droit public chargé de gérer l'institution. Une commission interparlementaire a travaillé à l'examen d'un projet de convention intercantonale sur l'Hôpital de la Broye Vaud-Fribourg durant l'hiver 2012-2013 et les Grands Conseils ont adopté des décrets autorisant les Conseils d'Etat à adhérer à la convention en novembre 2013. Suite à cette décision, le Conseil d'Etablissement a été constitué et l'HIB VD-FR a pu reprendre les actifs et passifs de la société simple.

Hôpital de Château d'Oex

Dans le cadre d'un bassin géographique au territoire bien défini, l'Hôpital de Château d'Oex va constituer une entreprise intégrée régionale de soins, avec le regroupement des activités hospitalières, ambulatoires médicales, d'hébergement (EMS Praz Soleil) et de soins à domicile (CMS de Château d'Oex – ASANTE SANA). Des travaux pour la mise en œuvre d'une fondation de droit privé ont été menés à bien d'entente entre les partenaires.

Mesure 24 : Actualiser la planification de l'offre en lits de réadaptation

Au niveau fédéral, un projet de nouvelle tarification uniforme de la réadaptation stationnaire (ST-Reha) est mené par SwissDRG SA et les partenaires tarifaires. Une entrée en vigueur est prévue pour 2019. Des incertitudes de fond demeurent quant à la définition des champs de prestations en réadaptation (réadaptation gériatrique, réadaptation spécialisée) et donc quant à l'étendue des prestations qui doivent être couvertes par le nouveau financement. Jusqu'à présent, il n'est donc pas possible de procéder à une planification de l'offre de lits en réadaptation dans le canton.

Mesure n° 25 : Actualiser le statut des médecins cadres dans les établissements hospitaliers

Les conditions d'engagement des médecins cadres varient fortement d'une institution à l'autre dans le secteur des hôpitaux reconnus d'intérêt public. Les différences touchent l'organisation médicale des services et les principes de rémunération des médecins chefs. Cette situation ne permet pas d'assurer une présence médicale senior dans tous les cas. Elle génère des situations inégalitaires qui créent une concurrence artificielle entre les hôpitaux reconnus d'intérêt public et empêchent la circulation des médecins

entre eux. En début de législature, le Département de la santé et de l'action sociale a interpellé les hôpitaux de la FHV en leur demandant de mettre en place un système harmonisé d'organisation médicale et de rémunération. La FHV n'ayant pas donné suite à cette demande, le DSAS a préparé un règlement que le Conseil d'Etat a adopté fin 2016. Plusieurs partenaires ont attaqué ce règlement en déposant une requête auprès de la Cour constitutionnelle du Tribunal cantonal qui a annulé ledit règlement par manque de base légale suffisante. Le Conseil d'Etat entend interpeller le Grand Conseil pour lui donner la base légale manquante et proposer des modifications de la loi sur la santé publique et de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES). Dans l'intervalle, le DSAS interviendra auprès des hôpitaux dans le cadre légal actuel.

Mesure 26 : Renforcer la Centrale téléphonique des médecins de garde dans ses missions

Entre 2012 et 2016, le nombre d'appels traités par la Centrale téléphonique des médecins de garde est passé d'environ 250'000 à 290'000, soit une croissance de quelque 16%. Cette augmentation est principalement due à la reprise des appels du canton de Neuchâtel dès le début de l'année 2015 (en même temps que les activités du 144 neuchâtelois).

La CTMG a des pics d'activité à certains moments de la journée, vraisemblablement en lien avec la fermeture des cabinets de ville (fin de journée et pause de midi). Le temps moyen d'attente au téléphone s'est aussi légèrement accru, passant de 0'54'' minute en mai 2016 à 1'15'' minute en mai 2017.

De plus, afin de permettre à la Centrale téléphonique de faire face à l'élargissement de ses missions d'orientation, des médecins répondants ont été engagés, notamment en pédiatrie et médecine adultes.

Mesure 27 : Mettre en place un dispositif coordonné de prise en charge des urgences

Développé depuis de nombreuses années, le dispositif cantonal d'urgences préhospitalières (DISCUP) garantit une prise en charge de qualité dans tout le canton. A la demande du Service de la santé publique, un bilan a été réalisé en début de législature afin de tenir compte des enjeux à venir (augmentation de l'activité, besoins en personnel qualifié, évolution des pratiques) et d'émettre des propositions sur l'organisation future des urgences préhospitalières du canton. Dans ce contexte, et afin de régionaliser les ressources, les services d'ambulances du Nord vaudois et de la Broye ont fusionné en une seule entité. Les services de l'Est vaudois et du Pays-d'Enhaut préparent également une fusion, permettant aux intervenants de chacune de ces deux régions de conserver une masse critique suffisante d'interventions pour maintenir un niveau de compétence de haut niveau.

De manière plus générale, le SSP poursuit les réflexions afin d'adapter le DISCUP aux enjeux futurs, notamment sur l'organisation des services d'ambulance et sur la médicalisation des urgences préhospitalières, et ce en collaboration avec les partenaires concernés.

Mesure 28 : Poursuivre le programme d'investissement et de modernisation des EMS

Entre 2012 et 2015, 382 lits d'EMS ont été construits issus du programme PIMEMS 2005-2012. Début 2013, le Conseil d'Etat a adopté un programme intentionnel pour la législature 2012-2017 qui prévoyait notamment la planification de quelque 1'160 lits de longs séjours de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé (dont 500 supplémentaires), une modernisation des EMS de psychiatrie adultes et le développement de structures d'accompagnement médico-sociales (lits de courts séjours et places de Centre d'accueil temporaires). Sur ce programme, à fin 2017, 51 lits ont été mis en fonction et 479 autres sont en cours de construction, en phase d'études ou de concours.

Pour la mise en conformité des EMS du canton aux normes de sécurité incendie, un décret a été adopté par le Grand Conseil le 17 décembre 2008 pour un montant total de 30 millions de francs. Grâce à ces moyens financiers, 61 bâtiments ont été mis en conformité entre 2009 et fin 2016. De plus, un décret accordant un crédit cadre de 15 millions, pour financer les travaux de mise en conformité selon les normes de l'Association des Etablissements d'assurance incendie (AEAI) du reste des EMS du canton a été adopté le 19 mars 2013, permettant la sécurisation incendie de 27 autres bâtiments. Par ailleurs, six bâtiments ont été démobilisés. Avec ces travaux, la campagne de mise en conformité aux normes de l'AEAI des EMS existants est terminée, excepté quelques bâtiments nouvellement intégrés dans la filière psychiatrique adultes.

Mesure 29 : Adapter les capacités des services à domicile et des structures d'accompagnement médico-social

Entrée en vigueur en 2010, la loi sur l'AVASAD a déployé ses effets durant la législature, les sept associations ou fondations qui la constituent exploitant les 52 centres médico-sociaux du canton. L'activité d'aide et de soins à domicile s'est passablement accrue entre 2013 et 2017 : les CMS ont vu leur clientèle passer de 15'278 patients / mois à 16'968 en 2017. Si la clientèle reste essentiellement des personnes de plus de 65 ans (âge moyen : 74.2 ans / 50% des patients ont plus de 80 ans / 27% ont 87 ans et plus) les prises en charge semblent devenir davantage consommatrices d'heures de soins et d'aides. Pour adapter sa capacité de réponse, l'AVASAD a mis en place différents projets parmi lesquels le développement d'un dossier patient informatisé (intégrant l'outil d'évaluation des besoins du patient RAI Home Care Suisse), un plan de santé mentale, ou encore des dispositifs visant le renforcement des collaborations entre CMS et hôpitaux. En matière de soins palliatifs, chaque CMS dispose maintenant d'un professionnel de référence et a développé des collaborations avec les équipes mobiles régionales. Un outil d'évaluation de la charge pour les proches aidants a été développé : il est en voie de généralisation.

La mise en œuvre, dès 2012, du nouveau régime de financement de soins (art. 25 LAMal) a opéré un changement dans le paysage de l'aide et des soins à domicile : le canton a donné une autorisation d'exploiter à 43 organisations de soins à domicile (OSAD) privées. Une dizaine d'entre elles interviennent sur le territoire d'une région ou

sur l'ensemble du canton (mandat de type 1). Elles sont autorisées à facturer à charge de la LAMal et reçoivent un financement résiduel de la part du canton. Il en va de même de la centaine d'infirmières indépendantes. Des pointages récents établissent à environ 20% la part de marché de l'aide et des soins à domicile détenue par des intervenants privés.
Les structures d'accompagnement médico-social (SAMS) permettent d'appuyer le maintien à domicile, en assurant un accueil dans les 67 centres d'accueil à la journée du canton, ou dans les onze EMS qui gèrent 154 lits d'hébergement en court séjour. En 2016, ce sont 2'577 personnes qui ont fréquenté les CAT pour l'équivalent de 113'562 journées complètes ; près de 65% de ces personnes ont 80 ans et plus. De plus, quatre CAT sont destinés spécifiquement à des situations de prise en charge psychiatrique.
Le canton a établi des conventions avec 41 sites d'appartements protégés (pour 1'202 logements) ; à noter que des appartements dits « adaptés » ou « protégés » sont aussi disponibles dans le marché libre du logement, sans que cette offre locative fasse l'objet d'une reconnaissance officielle.

Mesure 30 : Mieux reconnaître les proches aidants et les soutenir dans leur rôle
Le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), avec l'appui de la Commission consultative pour le soutien aux proches aidants, a conduit les travaux inscrits au programme cantonal, dans les domaines touchant notamment à l'évaluation des situations des proches, l'information et la sensibilisation du grand public, la formation pour les proches et les intervenants, le soutien psychologique pour celles et ceux qui accompagnent une personne atteinte de troubles de mémoire et les aides financières. Les objectifs poursuivis étaient de mieux reconnaître le rôle des proches aidants, informer sur les soutiens nécessaires pour prévenir les risques d'épuisement, d'isolement et d'éloignement contraint d'une activité professionnelle.
Différentes prestations ont ainsi été renforcées ; parmi celles-ci :

- l'ouverture de « l'Espace Proches » en 2015 : un centre d'information et de soutien pour les proches aidants, qui offre une permanence téléphonique (appels gratuits), des entretiens, des rencontres et des informations sur les services de soutien ;
- le développement, après une phase de test dont les conclusions se sont avérées positives, d'une prestation de soutien pour les proches aidants des bénéficiaires de CMS. Depuis 2016, 18 des 53 CMS ont introduit cette prestation et il est prévu que l'entier du canton soit couvert d'ici 2019 de façon échelonnée. A fin 2016, près de 300 proches ont accepté une évaluation de leur situation visant à renforcer leur capacité à poursuivre leurs activités de soutien à domicile ;
- la Consultation psychologique pour proches aidants (CPA), assurée par des psychologues a été mise en place dans les quatre régions assurant chaque année près de 1'000 entretiens avec des proches et des familles ;
- la reconduite des campagnes annuelles de sensibilisation visant à reconnaître la contribution essentielle des proches aidants dans la politique de maintien à domicile, à faire connaître leurs expériences et attentes de soutien, ainsi qu'à présenter les aides et les services utiles. Le canton de Genève en 2014, puis, dès 2015, ceux de Fribourg, Neuchâtel, Valais et Jura ont rejoint le canton de Vaud pour conduire une

campagne de communication intercantonale et des actions locales dans le cadre de la journée des proches aidants du 30 octobre.

Dans le canton de Vaud, le recours des proches aidants aux prestations augmente. On note ainsi une croissance du nombre d'heures de relève réalisées à domicile par les services professionnels (Alzheimer Vaud, Pro Infirmis Vaud et Pro-XY) d'environ 20% en trois ans (2013-2016), passant de 77'000 à 93'000 heures.

Mesure 31 : Mettre en œuvre une filière de psychiatrie adultes

La filière psychiatrique s'est centrée sur l'accompagnement en hébergement psychiatrique comme première phase de son développement. Dès décembre 2015, une clarification des quatre missions définies dans le premier rapport de la filière (mission de base, de maintien des acquis et réhabilitation, de réduction des risques et d'engagement dans le suivi, d'insertion professionnelle), a permis aux partenaires du projet d'identifier leur position et de s'y projeter. En parallèle, des groupes de travail réunissant les partenaires et les faîtières ont défini les prestations et le profil des équipes psycho-éducatives propres à chaque mission. Le mode de financement et le coût de la première phase ont dès lors pu être établis avec davantage de précision. Dès le 1er janvier 2017, l'ensemble des établissements d'hébergement psychiatrique sont devenus des EMS psychiatriques avec pour ceux qui ne l'étaient pas, une inscription sur la liste LAMal. Dès le 1er juin 2017, la Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique (CCICp) a débuté son activité d'information et d'orientation des demandes cantonales d'hébergement psychiatrique. Grâce aux statistiques qu'elle produit, elle transmettra à l'Etat des données précises lui permettant de développer le plan de santé mentale, aujourd'hui conduit sans un étayage systématique de données. A noter qu'une période de cinq ans a été jugée nécessaire pour assurer l'atteinte des cibles définies par les groupes de travail et leurs coûts et répondre aux exigences en termes de bases légales. Un exposé des motifs et projets de lois (EMPL) validé en juin 2017 par la commission thématique de la santé publique fournit l'ensemble des informations ainsi que la base légale permettant l'implémentation et le développement de cette première phase. Cet objet est traité dans le courant de l'automne 2017 par le Grand Conseil.

Mesure 32 : Renforcer la coordination des acteurs de la politique de santé mentale

Mesure 33 : Evaluer les programmes en matière de santé mentale

La quasi-totalité des mesures prévues dans la politique de santé mentale ont été mises en place. Un effort particulier a été mis sur les prises en charge ambulatoires avec la création de diverses équipes mobiles et le développement de l'offre de psychiatrie de liaison :

- lutte contre les conduites suicidaires : information et formation des professionnels ;
- prise en charge des situations de violence, par exemple dans le domaine de l'enfance (CANTEAM) et de la famille (consultation des Boréales) ;
- prise en charge pédopsychiatrique : travaux d'organisation des dispositifs pédopsychiatriques en lien avec les pédopsychiatres installés ;

- renforcement de la prise en charge psychiatrique pour différentes populations : troubles alimentaires (filière anorexie-boulimie), handicap (service de psychiatrie en déficience mentale) et migration (consultations spécialisées au CHUV et à Nant) notamment ;
- création du centre cantonal de l'autisme ;
- réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Le financement de ces prestations est pérennisé et intégré dans le budget ordinaire des partenaires. La coordination entre les acteurs professionnels s'est améliorée autour de ces thématiques. Une coordination formelle intégrant également les partenaires du monde associatif doit encore être développée. A défaut d'une évaluation formalisée de l'ensemble de ces prestations, un suivi d'indicateurs permet de refléter leur développement.

Mesure 34 : Evaluer et renforcer le programme de soins palliatifs

Durant la législature, le programme cantonal de soins palliatifs s'est pérennisé et stabilisé. La formation des professionnels a été renforcée avec la création d'un CASet d'un DAS en soins palliatifs. Les unités hospitalières de soins palliatifs, ainsi que les équipes mobiles, ont été reconnues par le label qualité suisse de soins palliatifs.

Au niveau du contrôle des établissements, des indicateurs de soins palliatifs ont été intégrés aux contrats de prestations des hôpitaux ; la grille d'évaluation de la CIVESS pour le suivi des établissements médico-sociaux inclut également des critères du même type.

Mandat a été donné à l'association « palliative vaud » pour l'information au public, les formations de sensibilisation et la réponse aux besoins d'informations des populations à besoins spécifiques (p. ex. personnes en situation de handicap).

Le suivi des indicateurs mis en place permet de déterminer qu'environ 1.6% de la population, soit environ 12'000 personnes sont en situation palliative annuellement dans le canton de Vaud. Selon la stratégie nationale de soins palliatifs, 80% de ces patients doivent être pris en charge par les équipes de premiers recours (domicile, EMS, hôpital). 20% devraient bénéficier d'une prise en charge spécialisée de soins palliatifs. Pour les équipes mobiles du canton, le taux de recours global est de 18% (nombre de patients / nombre de décès). Pour les situations oncologiques, le taux de recours monte même à 40%. Pour les trois régions périphériques, les taux de recours sont très proches. Il est un peu plus faible dans la région centre. 9% des décès dans le canton (soit environ 500) ont lieu dans une unité de soins palliatifs ; celles-ci accueillent toujours une majorité de situations oncologiques.

Ligne directrice 3 : renforcer la première ligne de prise en charge des patients

Mesure 35 : Soutenir des initiatives visant à proposer une offre régionale intégrée de soins de premier recours

Voir le bilan de la mesure 55.

Mesure 36 : Mettre en œuvre et évaluer un projet pilote de prise en charge des urgences non vitales

Voir le bilan de la mesure 55.

Mesure 37 : Concevoir avec les partenaires concernés un modèle d'assurance maladie alternatif

A l'initiative du chef du Département de la santé et de l'action sociale , un travail a été initié au début 2013 avec les partenaires sanitaires et les assureurs maladie, afin de définir un modèle alternatif d'assurance maladie permettant de couvrir de manière adéquate et économique une majorité de la population vaudoise. Certains des principes de base de ce projet, dont notamment la volonté de s'adresser aux assurés pouvant en bénéficier le plus, soit les consommateurs de soins, se sont avérés incompatibles avec les principes régissant les modèles d'assurance maladie alternatifs dans le cadre de la LAMal. Si la piste du modèle alternatif a été abandonnée, les objectifs de base ayant notamment trait à promouvoir une meilleure coordination des soins, à renforcer le rôle du médecin de premier recours et du pharmacien et d'offrir des incitations financières au patient pour l'encourager à adhérer à une prise en charge intégrée ont pu être développés, aboutissant à l'acceptation par le Grand Conseil de l'EMPD sur « le développement d'outils et de processus favorisant la coordination et la continuité des soins ». Ce texte est entré en vigueur le 1er septembre 2017.

Mesure 38 : Organiser la formation des médecins assistants pour les orienter vers la médecine de premier recours

La distribution des médecins dans le canton de Vaud reflète la plus grande attractivité des soins aigus et spécialisés dans les zones urbaine et périurbaine. Elle a pour corollaire une pénurie de médecins de premier recours, en particulier dans plusieurs régions périphériques du canton. Au cours de la précédente législature, des dispositions ont été prises pour former davantage de médecins et améliorer leur répartition dans les différentes régions du canton. Cet effort doit se poursuivre et les mesures mises en place être renforcées.

Dans le système actuel, les médecins diplômés peuvent organiser leur formation postgrade à la carte, tout en multipliant les lieux de formation, souvent dans plusieurs cantons. Cela a pour conséquence d'engendrer des durées de formation très variables (en moyenne de six à neuf ans). Face à la problématique de la relève en médecins de premier recours, le cursus romand de médecine de famille (CRMF) créé en 2007 a pour mission de promouvoir et encadrer la formation postgrade en médecine de famille en Suisse romande. A ce jour, plus de 500 assistants ont bénéficié d'un entretien ou d'un encadrement par le CRMF de sorte à les aider à planifier leurs projets de carrière

(installation de cabinets, médecine de famille en campagne ou en ville). Une analyse démontre qu'environ 80% des premières volées de médecins ayant bénéficié d'une supervision et de conseils du CRMF se sont installés comme médecins de famille. Il est à relever que le financement actuel des activités du cursus repose sur des budgets non pérennes ayant pour conséquence de menacer la viabilité du CRMF à long terme.
Dans la perspective de maîtriser la durée de la formation postgrade dans d'autres disciplines médicales, des réseaux de formation structurée se sont mis en place au sein d'hôpitaux formateurs en Suisse romande. Ce concept novateur rencontre du succès auprès des médecins assistants, car il permet d'optimiser leur temps de formation afin d'acquérir un titre de spécialiste dans la discipline choisie. Le réseau « Res-For-Ped » mis en place pour former des futurs pédiatres est un exemple prometteur.
Le projet REFORMER (cf. mesure 18) contribue également à l'orientation des médecins assistants vers la médecine de premier recours.

Mesure 39 : Augmenter le nombre de places d'assistanat au cabinet du médecin de premier recours

Projet pilote entre 2005 et 2007, le programme cantonal d'assistanat au cabinet a été déployé en 2008 afin de lutter contre la diminution du nombre de médecins de premier recours. Il encourage les médecins assistants à se former pendant six mois dans un cabinet de médecine générale ou de pédiatrie afin de les inciter à s'installer par la suite comme médecins de famille.
L'assistanat au cabinet a gagné en attractivité et s'est étoffé au cours de cette législature. Le nombre de places de stage a en effet progressivement augmenté pour atteindre en 2017, 26 places de formation au cabinet.
Le financement d'une place d'assistanat au cabinet est soutenu par l'Etat et le médecin formateur (respectivement à hauteur de 80% et 20%).
Depuis le démarrage de ce programme, 52 médecins généralistes et 16 pédiatres se sont installés sur le territoire vaudois. Ces résultats sont encourageants et contribuent à la relève cantonale en médecins de famille. Ces mesures doivent continuer à être soutenues.

Mesure 40 : Soutenir le développement des cursus de formation postgrade des médecins de famille

Depuis 2010, trois cursus régionaux de formation postgrade pour les médecins de famille se sont progressivement développés dans le canton : ForOmNV dans le Nord vaudois, FormOL dans l'Ouest lémanique et ForomEV dans l'Est vaudois. D'une durée maximale de trois ans, ces cursus intégrés au sein d'hôpitaux régionaux (Etablissements hospitaliers du nord vaudois, Groupement hospitalier de l'ouest lémanique et l'hôpital Riviera-Chablais) offrent une formation clinique ciblée en médecine de premier recours, complétée par un assistanat de six mois dans un cabinet d'un médecin de famille dans la région de l'hôpital concerné. Ce stage, conjugué aux contacts établis avec les médecins hospitaliers a l'avantage d'ancrer les médecins assistants dans la région où ils ont été formés et de les inciter à y installer leur cabinet une fois leur formation terminée.

Pour l'heure, 25 médecins issus de ces formations y ont installé leur cabinet de médecine de famille, notamment dans des zones périphériques du canton (Nord vaudois, Pied du Jura, Gros de Vaud). Ces cursus évoluent favorablement et contribuent à la relève des médecins de famille. Ils doivent continuer à être soutenus politiquement.

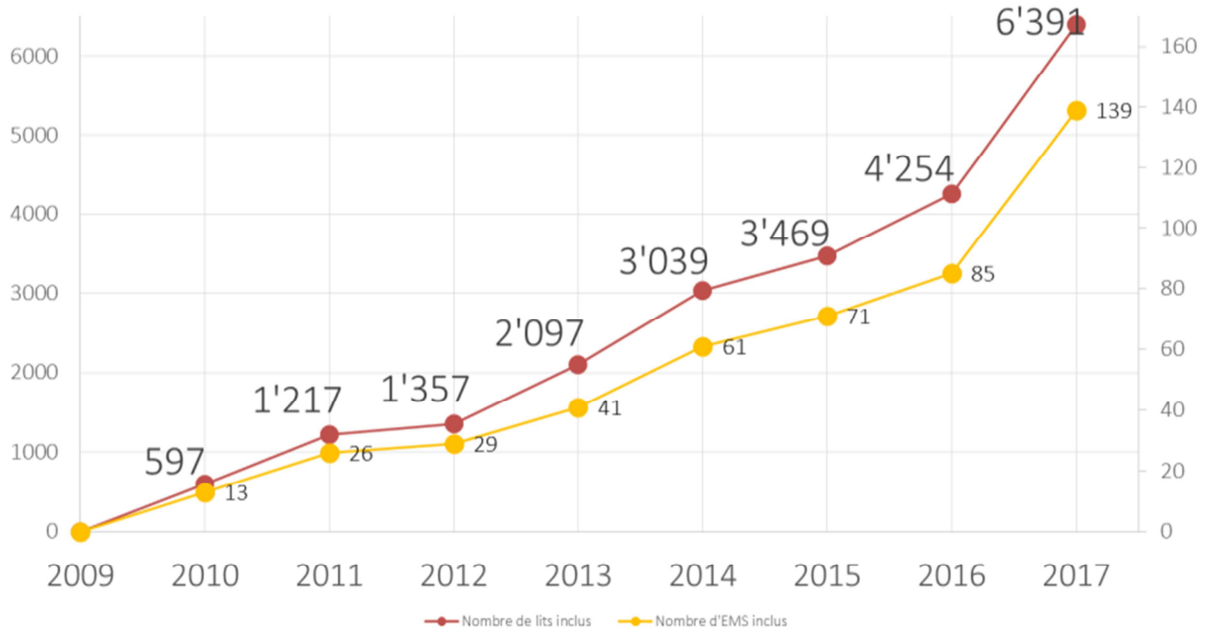
Ligne directrice 4 : mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillissement et Santé »

Mesure n° 41 : Déployer un programme de prévention pour le maintien de l'autonomie des personnes vieillissantes

Cinq actions ont été développées entre 2012 et 2015 :

- conception et mise en œuvre d'un projet pilote intitulé « Pas de retraite pour ma santé » : mise en œuvre par les Ligues de la Santé, cette phase pilote s'est mise en place dans quatre communes partenaires au projet. Elle a intégré une centaine de personnes âgées sédentaires dans des activités physiques adaptées. Une évaluation a mis en évidence l'impact positif sur les capacités physiques (équilibre, endurance) des personnes. La principale difficulté du projet consiste à toucher et capter les personnes âgées sédentaires ;
- lancement d'une campagne d'information et de sensibilisation « Les somnifères, pas forcément nécessaires ! » développée en partenariat avec la Société vaudoise de pharmacie. Cette campagne a été lancée en juin 2013 auprès de l'ensemble des médecins et pharmaciens du canton. Un sondage réalisé auprès de ces professionnels a montré l'utilité et la clarté du message transmis. Son impact direct sur la consommation effective de somnifères ou psychotropes est impossible à mesurer dans le cadre d'une intervention unique ;
- mise en place d'un carnet de santé pour les seniors : ce projet a été confié à la Polyclinique médicale universitaire (PMU) et a abouti ;
- programme de vaccination contre les pneumocoques : les recommandations de l'OFSP publiées en 2014 stipulent qu'une vaccination systématique des personnes âgées n'est pas nécessaire. Il a été renoncé à cette action spécifique ;
- outils InterRAI : les options de déploiement des outils InterRAI dans les différents milieux de soins ont été prises pour le canton. Un symposium sur le RAI a initié cette démarche en réunissant à Lausanne près de 500 participants (« Une partition commune pour la continuité des soins ») et le programme InterRAI se déploie depuis la fin 2016 dans le canton ;
- renforcement des cercles de qualité médecins-pharmaciens travaillant sur la polymédication.Cette thématique, qui a un impact clinique majeur et touche de multiples acteurs de la santé a été réintégrée dans le programme de développement du dossier électronique du patient, avec un projet autour de la réconciliation médicamenteuse. Dans les EMS, le déploiement des cercles qualité a été rendu obligatoire en septembre 2016 pour l'ensemble des EMS. Les cercles qualité touchent fin 2017 98% des lits d'EMS (cf. **figure 6**).

Figure 6 : cercles qualité dans les EMS vaudois



Mesure n° 42 : Soutenir la mise en place de systèmes de case management des situations de soins complexes

Le déploiement de deux expériences-pilotes dans le nord et l'est du canton a été réalisé ; celles-ci ont été reliées aux travaux de l'IUMSP consacrés à la définition opérationnelle d'un cas complexe. La validation des critères de la complexité est liée à l'information standardisée obtenue par les évaluations de situation et nécessite de ce fait l'utilisation d'un langage homogène dans tous les milieux de soins et tout au long du parcours de la personne dans le système de soins (cf. également mesure 53.

Mesure n° 43 : Elaborer un cadre de référence pour une approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Sur la base d'une expérience menée au CHUV, l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) a ouvert en mars 2014 une unité de 14 lits de soins aigus pour les seniors (SAS). Cette unité résulte de la transformation d'une partie du service de médecine. Une telle organisation a permis d'appliquer un financement par DRG gériatrique qui semble être un bon incitatif pour amorcer ces changements de pratique au sein de l'hôpital (organisation de l'unité, pratique de l'évaluation gériatrique, composition et formation des équipes). Au sein des services d'urgence hospitaliers, la mise en place de gériatres permet d'identifier précocement les patients à risque.

Dès 2012, en complément aux équipes gériatriques hospitalières, des centres de gériatrie ambulatoires ont vu le jour dans les quatre régions du canton. Venant en appui des médecins traitants dans la prise en charge de personnes âgées avec des besoins complexes, ces centres ont comme objectifs de favoriser le dépistage des syndromes gériatriques et mettre en place des mesures de prévention du déclin fonctionnel. Ils contribuent également à la formation des futurs médecins praticiens et fonctionnent en

lien avec les consultations mémoire (Alzheimer) ; ces dernières consultations ont suivi en 2016 plus de 1'800 patients (dont 1'000 nouveaux cas) sur le canton.

Mesure n° 44 : Inciter les centres de formation à renforcer l'enseignement des soins aux personnes âgées

L'offre de formation envers les professionnels est importante et hétérogène : une récolte de données réalisée durant le deuxième semestre 2014 n'a pas permis de recenser la totalité de celle-ci. Une étude de l'Ecole d'études sociales et pédagogiques s'est attachée à préciser les priorités, pour les professionnels, des besoins de formation. Par ailleurs, un programme de formation a été organisé entre les services de gériatrie, de psychogériatrie et de la mémoire du CHUV, en lien avec l'Association des médecins de familles du canton, sous forme d'une douzaine de colloques suivis chacun par plus d'une centaine de médecins installés.

Mesure n° 45 : Soutenir l'organisation périodique de symposiums consacrés à cette thématique

Un premier symposium sur le thème «Vieillir chez soi, vieillir ailleurs » a été organisé en automne 2014, suivi en 2015 d'un symposium consacré à l'usage des outils de la famille InterRAI (« Une partition commune pour la continuité des soins »).

Mesure n° 46 : Soutenir les formations continues sur la question de la santé des populations vieillissantes

En assurant une partie de leur salaire manquant du fait du temps passé en formation, le Département de la santé et de l'action sociale soutient les professionnels s'engageant dans des formations spécifiquement en lien avec la thématique des personnes âgées au niveau d'un CAS (psychogériatrie, psychiatrie de la personne âgée, soins palliatifs) ou d'un DAS (santé des populations vieillissantes). Ce sont en moyenne dix personnes qui réalisent une telle formation par année. Par ailleurs 25 participants au Bachelor en Soins infirmiers en cours d'emploi, provenant essentiellement d'EMS, sont également soutenus.

Ligne directrice 5 : renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

Mesure n° 47 : Déployer un dispositif et des processus harmonisés permettant d'exercer une surveillance sur l'ensemble des institutions relevant de la responsabilité du Département de la santé et de l'action sociale

La Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux a été rattachée au secrétariat général (SG) du Département de la santé et de l'action sociale. Elle a vu son champ d'intervention se modifier au cours de la dernière législature : la surveillance des établissements socio-éducatifs a été placée sous sa responsabilité, son champ d'inspection s'est élargi aux Centres d'accueil temporaire, aux centres de traitement et de réadaptation hospitaliers et aux hôpitaux psychiatriques. Une extension progressive au domaine des soins à domicile est en cours.

Dans le domaine hospitalier, les démarches d'autocontrôle et de participation des hôpitaux aux mesures nationales de qualité menées par l'Association nationale pour le développement de la qualité (ANQ) se poursuivent. Certains audits spécifiques ont également été ordonnés par le DSAS (cf. blocs opératoires, prescription médicamenteuse en psychiatrie).

Dans le domaine ambulatoire, la tenue des contrôles de police sanitaire et les inspections Hygiène, prévention et contrôle des infections, ainsi que les interventions du Médecin cantonal dans certaines situations, voire du Conseil de santé ont débouché de cas en cas sur des sanctions prononcées par le chef du DSAS.

S'agissant de la gestion des plaintes, on a observé une forte augmentation du nombre de dépôts de plaintes depuis la création de l'entité gestion des plaintes (147 plaintes enregistrées en 2012 contre 280 plaintes traitées en 2016) : un tel dispositif est nécessaire et utile, avec l'attribution d'un pouvoir de décision accru à la Commission d'examen des plaintes, avec possibilité de recours auprès du DSAS.

Concernant la surveillance financière, les audits sur site ont été poursuivis pour les hôpitaux et les cliniques privées et un reporting pour les quatre réseaux de soins a été développé.

Mesure 48 : Poursuivre le développement du contrôle de l'affectation des ressources publiques

Contrats de prestations avec les partenaires sanitaires

Les contrats de prestations intègrent les différentes dimensions qui vont contribuer à la maîtrise et au contrôle de l'affectation des ressources (économicité), au suivi de la production (efficacité) et à l'évaluation (efficience) des prestataires subventionnés. Dans l'organisation du Service de la santé publique, le suivi des contrats de prestations est effectué conjointement par un spécialiste financier et un responsable « métier ». Les indicateurs étant jusqu'alors essentiellement orientés sur les aspects financiers et la production, un travail de fond a été mis en œuvre pour d'une part centraliser les prestations déléguées à ces institutions dans un seul contrat, et d'autre part développer les indicateurs, en particulier dans la perspective d'améliorer le suivi de l'efficience (qualité / coûts).

Décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds (DREMTL)

En 2014, le canton de Vaud présentait une densité en CT-scan parmi les plus élevées des cantons, soit le 5e rang avec une densité de 42.2 appareils par million d'habitants alors que la moyenne nationale s'élevait à 32.3. S'agissant des IRM et parmi les cantons latins, il se situait en 2e position derrière Genève avec une densité de 42.9 appareils.

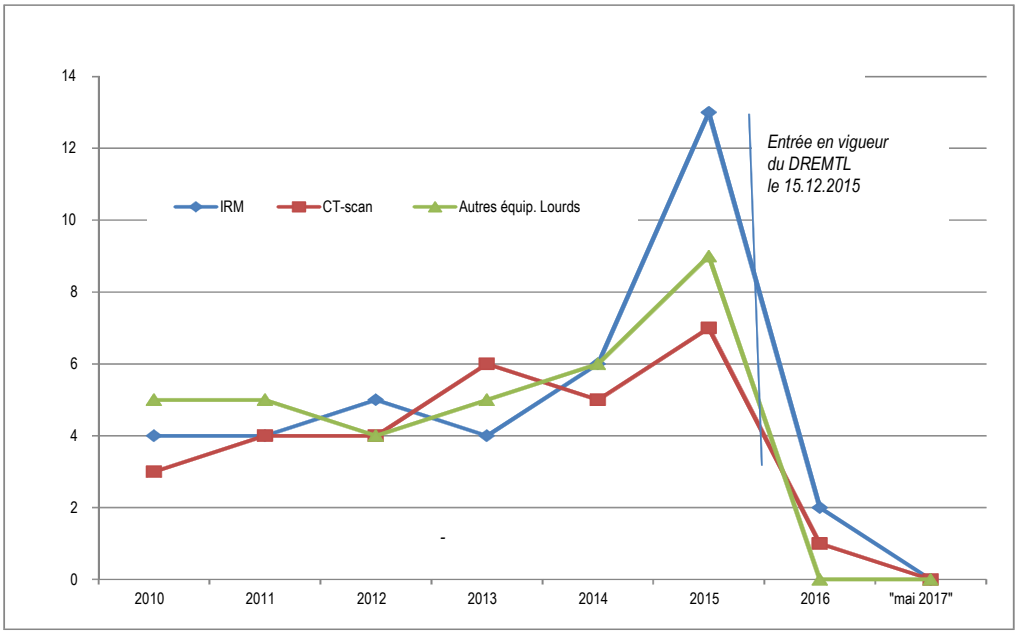
Suite à un arrêt du Tribunal fédéral qui a légitimé la « clause du besoin sur les équipements lourds » en vigueur dans le canton de Neuchâtel, le Conseil d'Etat a mis en consultation un projet de loi s'inspirant de la législation neuchâteloise, ce qui a notamment eu pour conséquence de fortement accélérer les nouvelles installations d'équipements visés. Neuf CT-scan et treize IRM ont été mis en fonction en 2014 et 2015, alors que les années précédentes, les nouvelles installations se situaient entre trois et six respectivement pour les deux types d'appareils. A la fin 2015, la densité des CT-scan était de 54.0 par million d'habitants et celle des IRM de 61.7 par million d'habitants.

En septembre 2015, le Grand Conseil a finalement adopté un décret, entré en vigueur le 15 décembre de la même année, sur la régulation des nouveaux équipements lourds. La situation en août 2017 fait état de 21 demandes traitées par le DSAS. Sur ces 21 demandes, six ont fait l'objet d'une décision positive (dont trois sans conditions et trois sous conditions) et onze d'un refus, les autres étant encore en cours d'instruction. Dans tous les cas, le préavis de la Commission cantonale d'évaluation a été suivi. Cinq décisions négatives et une décision positive sous condition ont fait l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

A ce jour, aucun des appareils bénéficiant d'une décision positive n'a été mis en fonction. Relevons également que, parmi les équipements en fonction avant l'entrée en vigueur du décret, donc non soumis à régulation, 26 ont été remplacés après annonce au DSAS.

En conclusion, on constate (cf**. figure 7** ci-dessous) que l'application du décret a permis de freiner la prolifération des équipements lourds dans le canton de Vaud sans que cela impacte négativement l'accès aux prestations pour la population vaudoise.

Figure 7 : nombre d'équipements médico-techniques lourds selon l'année de leur mise en fonction



Protection tarifaire

En 2015, l'Office fédéral de la santé publique a interpellé les cantons au sujet d'une pratique contraire à la LAMal qui concerne la facturation des honoraires médicaux en cas d'hospitalisation de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire. Il s'agissait en l'occurrence d'une suspicion de violation du principe de protection tarifaire inscrit dans la loi fédérale qui interdit aux fournisseurs de prestations, en l'occurrence les hôpitaux et les médecins, de demander une rémunération supplémentaire pour des prestations déjà facturées à l'assurance obligatoire des soins. Un avis de droit sollicité par le DSAS a confirmé la compétence et la responsabilité du canton dans ce domaine. Fort de cet avis, le DSAS a demandé aux hôpitaux, cliniques et médecins de se mettre en conformité avec la loi.

Mesure n° 49 : Contrôler la mise en œuvre par les partenaires tarifaires des dispositions fédérales en matière de contrôle de l'économicité des prestations

Dans l'ensemble, les partenaires tarifaires sont la plupart du temps parvenus à s'entendre, de sorte que le Conseil d'Etat n'a pas eu à intervenir pour fixer lui-même les tarifs, mais seulement pour les approuver, selon les règles LAMal. Le canton de Vaud ne se trouve donc pas comme d'autres cantons avec de nombreux recours à traiter et l'insécurité juridique et financière qui en découlent. Ainsi, dans le domaine hospitalier, le Conseil d'Etat n'a dû qu'une seule fois fixer un tarif dans le domaine des prestations somatiques aiguës, en l'occurrence pour le CHUV, mais uniquement de manière provisoire. Ce tarif provisoire a rapidement été remplacé par un accord entre les partenaires tarifaires. En matière de réadaptation, le Conseil d'Etat a également été appelé à fixer un tarif, qui a fait l'objet d'un recours, non encore tranché à ce jour.

Dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles règles LAMal sur le financement hospitalier, la structure tarifaire SwissDRG élaborée au niveau suisse a été appliquée depuis le 1er janvier 2012. Cette structure a, depuis lors, progressivement été adaptée et améliorée. Les négociations tarifaires vaudoises se sont donc fondées dès 2012 sur cette nouvelle structure, qui a remplacé les APDRG précédemment appliqués dans le canton.
Au niveau des tarifs hospitaliers et en lien avec le benchmarking effectué avec les autres hôpitaux suisses, on observe une légère diminution des tarifs du côté de la FHV et plutôt une stabilité du côté du CHUV. Il faut toutefois relever que, pour le CHUV comme pour les autres hôpitaux universitaires suisses, les tarifs actuels ne couvrent pas les coûts et qu'il en va de même pour beaucoup d'hôpitaux de la FHV. La différence est assumée par l'Etat de Vaud, au titre des subventions pour les prestations d'intérêt général.
En termes d'efficience, un effort d'optimisation a été apporté pour améliorer la situation financière du CHUV, en particulier en limitant l'augmentation du personnel (et donc des charges liées) par rapport à l'augmentation d'activité.
Globalement, l'évolution des coûts hospitaliers est assez bien maîtrisée dans le canton de Vaud en comparaison nationale et il en va de même pour l'ensemble du secteur planifié (stationnaire hospitalier et EMS). En revanche, l'évolution des coûts ambulatoires (cabinets médicaux et ambulatoire hospitalier) est plus forte dans le canton de Vaud qu'en Suisse et les valeurs du point Tarmed de ces deux secteurs sont dans notre canton parmi les plus élevées de Suisse. Cela se répercute sur les primes des Vaudois. Aussi, parallèlement aux mesures en cours au niveau fédéral, une attention particulière est portée sur le domaine ambulatoire dans le canton de Vaud, afin d'amener les partenaires tarifaires à mettre en place des solutions innovantes, comme introduire des mécanismes de contrôle du volume des prestations fournies ou des tarifs différenciés selon les spécialités médicales.

Mesure 50 : Valoriser les prestations d'intérêt général fournies par les institutions sanitaires

Dans la plupart des hôpitaux, voire des autres structures de soins, le financement prévu par la LAMal ne suffit pas à rémunérer l'ensemble des prestations dispensées aux patients et il ne couvre pas plusieurs volets d'intervention nécessaires à l'accomplissement de la politique sanitaire, tels que, par exemple, la coordination des soins, le conseil de spécialistes aux intervenants de première ligne ou la mise à disposition de personnel 24/7. Plusieurs démarches ont été entreprises durant la législature concernant une meilleure identification des prestations d'intérêt général et leur valorisation. Elles ont toutes pour but d'améliorer la transparence du financement versé aux institutions sanitaires.
Un effort particulier a été porté sur l'identification des prestations d'intérêt général du CHUV, dont le financement résulte le plus souvent des aléas des changements de système de financement et de décisions prises des années auparavant et dont la pertinence dans un contexte ayant évolué mérite d'être questionnée. Une liste des prestations explicitée aujourd'hui a été reconstruite et valorisée et le montant des

prestations résultant d'une sous-couverture des coûts par les tarifs, mis en évidence. Des travaux sont en cours, visant à mieux comprendre les raisons de la sous-couverture des coûts par les tarifs et à expliciter le besoin d'intervention de l'Etat.
Par ailleurs, un projet de valorisation des prestations d'intérêt général pour les services d'urgences des hôpitaux régionaux a été entrepris. Ce projet a été présenté aux différents cantons romands et, le cas échéant, servira de modèle au financement des services d'urgences dans la plupart des cantons romands. Dans notre canton, un projet pilote de mise en œuvre devrait aboutir pour l'exercice 2018.
Enfin, un vaste projet visant à mettre sur pied un financement à la prestation pour les secteurs ambulatoires a été entrepris. Jusqu'ici, la contribution de l'Etat était le plus souvent forfaitaire, avec des difficultés à évaluer l'adéquation du financement avec les prestations dispensées et à l'adapter plus finement à l'activité réellement déployée. C'est également le cas s'agissant de la formation des places de stages, financées à la journée et de la formation postgrade des médecins dont le niveau de financement dépendra à terme du titre de spécialiste visé.
Tous ces projets s'inscrivent également dans la volonté exprimée au niveau national de mieux identifier les prestations pour lesquelles un financement complémentaire de l'Etat est nécessaire.

Mesure 51 : Développer le pilotage et l'évaluation des programmes de santé publique et de prévention

Le SSP a engagé une réflexion sur l'articulation des différents instruments de contrôle et de surveillance nécessaires au pilotage, à savoir le système de contrôle interne (mise en place démarrée en 2016), le suivi des performances lié aux contrats et mandats de prestations (cf. également mesure 48), le monitorage et l'évaluation des programmes.
En matière d'évaluation, le Service de la santé publique s'est fixé comme objectif de renforcer l'évaluation à des fins de pilotage stratégique et d'améliorer la qualité et la fiabilité des évaluations. Le SSP entend réserver les mandats externes d'évaluation aux projets de portée stratégique et/ou liés à une clause d'évaluation spécifique, comme c'est notamment le cas des projets prévus dans le Décret sur développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins. Parallèlement, le SSP a redéfini les modalités de collaboration avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive qui, depuis longtemps, assure pour le SSP des missions de monitorage et d'évaluation.

Mesure 52 : Adapter le système d'information à l'évolution des besoins et à l'organisation du système de santé

La collaboration avec les partenaires traitant également de l'information sanitaire a été renforcée, notamment dans la phase d'initialisation du projet de création d'une « Plateforme d'information du système sanitaire vaudois ». Des travaux de prospective et de planification ont été réalisés en collaboration avec Statistique Vaud, permettant de mieux caractériser les enjeux démographiques à venir, en particulier le vieillissement de la population.

Sur la base d'analyses exploratoires des données disponibles, des travaux de récolte de données ont été réalisés, permettant à terme l'appariement de sources d'information, par exemple entre l'activité hospitalière et les soins à domicile, afin de suivre les flux des patients entre prestataires de soins.
En matière de qualité et de sécurité des soins dans le système de santé vaudois, un inventaire des sources d'information a été réalisé, permettant de définir une approche basée sur trois piliers : monitorage, processus qualité, contrôle et inspections.
Les supports de communication ont évolué : la publication en format papier des « Données de référence du système sanitaire vaudois » a été stoppée au profit du développement du site web dédié, notamment avec l'ajout d'indicateurs synthétiques par domaine : démographie, santé de la population, prestataires de service et personnel de santé (offre), prestations et recours aux services (activité), coûts et financement du système de santé. Une publication annuelle sous forme de dépliant « Santé et soins – Chiffres clés », en collaboration avec Statistique Vaud a été créée.

Mesure 53 : Créer un observatoire vaudois de la santé
Dès 2015, à travers la création d'un réseau de partenaires, des travaux de conception d'un observatoire du système sanitaire vaudois intitulé « Plateforme d'information du système sanitaire vaudois » ont été initiés. Les travaux ont débuté par la définition de l'information de base à produire : indicateurs, graphes, tableaux détaillés. Cinq domaines ont été identifiés : démographie, santé de la population, prestataires de service et personnel de santé (offre), prestations et recours aux services (activité), coûts et financement du système de santé. Un accent particulier est mis sur les personnes âgées et leur recours aux services de soins.
En 2016, d'importants développements informatiques ont été entrepris pour industrialiser, à partir de 30 sources de données brutes, la production de l'information sanitaire de base. Dès 2017, le projet de développement d'une plateforme web pour présenter l'information sanitaire de manière moderne et conviviale a été initialisé, en remplacement de l'ancien site des « Données de référence du système sanitaire vaudois ». La mise en production est prévue dans le courant 2018.

Mesure 54 : Renforcer les actions de communication en matière de santé publique
Différentes actions ponctuelles ont été poursuivies avec la distribution de flyers dans tout le canton (p. ex. : garde médicale et rôle de la CTMG, la canicule, les plans de vaccination, les tiques, etc.). Deux émissions de TV tout public ont été réalisées sur les thématiques de la coordination des soins et des directives anticipées. Le SSP a participé aux deux premières éditions du salon Planète Santé (2014 : la coordination des soins / 2016 : « J'ai le premier rôle » favorisant l'implication du patient dans sa trajectoire de soins). Dans ce cadre, une pièce de théâtre sur le thème des directives anticipées a été réalisée et mise en scène. Enfin, le dépliant « Chiffres-clés » est publié annuellement depuis 2015, présentant un panorama statistique du système de santé vaudois.

Mesure 35 : Soutenir des initiatives visant à proposer une offre régionale intégrée de soins de premier recours
Mesure 36 : Mettre en œuvre et évaluer un projet pilote de prise en charge des urgences non vitales

Mesure 55 : Envisager une délégation de compétences pour une couverture régionale des besoins de la population

Le projet « Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et coordonnée »" (OSRIC) mené par le Réseau Santé Nord-Broye a été soutenu par le Service de la Santé publique. Ce projet avait pour objectifs d'expérimenter la mise en œuvre d'une organisation régionale intégrée et coordonnée comme évolution possible du réseau de soins, de déterminer des mesures favorisant une prise en charge globale des usagers, de fixer leurs modalités de développement et de les réaliser. Il s'agissait aussi de définir et mettre en œuvre des actions favorisant les synergies, les coopérations et le partage des compétences dans les domaines de la gestion, des services financiers, logistiques et des ressources humaines. Les principaux résultats du projet OSRIC sont les suivants :

- encouragement des réflexions communes et de la connaissance mutuelle entre les acteurs, partage des plans stratégiques institutionnels, renforcement de la responsabilité collective des directions régionales ;
- expérimentation du concept de « Guichet intégré » au Balcon du Jura avec des tests, à l'aide de processus et d'outils communs, de dépistage des situations, suivis ou incluant une information et orientation vers la ressource adaptée ;
- intégration de l'équipe mobile de l'ASPMAD (soins à domicile) au sein des urgences de l'hôpital, développement de l'offre en lits de transition, renforcement de l'équipe médico-infirmière des urgences. Travaux en vue de la création d'une maison de santé à l'entrée des urgences de l'hôpital ;
- renforcement des collaborations entre le programme de formation des médecins (ForOm) et l'Association de médecins extrahospitaliers du Nord vaudois ;
- mise en œuvre d'un plan de traitement partagé s'appuyant sur la plateforme cyber santé vaudoise pour un collectif de patients polymédiqués.

Dans le Nord et l'Est du canton, des travaux en vue de la création d'une maison de santé à l'entrée des urgences de l'hôpital sont en cours.

Enfin, des travaux ont été initiés par le Service de la santé publique en 2015 en vue de renforcer les soins dans la communauté. Un avant-projet d'EMPL sur les « Régions de Santé » a été mis en consultation en fin de législature : il proposait une refonte de la gouvernance des réseaux de soins et de l'aide et des soins à domicile, des mécanismes de financement incitant les acteurs régionaux à assumer une responsabilité populationnelle en matière de santé, ceci dans la perspective d'améliorer certains processus de soins dans la communauté (gestion des urgences, fin de vie à domicile, anticipation du déclin fonctionnel) et d'éviter des hospitalisations. A l'issue de la consultation, le Conseil d'Etat a décidé de suspendre les travaux législatifs et de concentrer son approche sur le développement des processus cliniques, en particulier la réponse à l'urgence.

Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans les lieux de vie pour les personnes atteintes de décompensation psychique

Les recherches menées dans le domaine de la gériatrie mettent en évidence les effets délétères de certaines hospitalisations chez les personnes âgées dépendantes : le changement de lieu de vie, la perte des repères, un environnement inadapté, l'alitement entraînent rapidement un déclin fonctionnel difficilement récupérable selon l'âge et l'état de santé de la personne avant son hospitalisation.

Le projet SUPAA vise à prévenir des hospitalisations inappropriées par une détection précoce des décompensations psychiques en renforçant les soins dans le lieu de vie de la personne (EMS et domicile). Il touche les institutions faisant partie du réseau de soins de la région lausannoise (RSRL).

Les mesures prises pour les personnes concernées en EMS et à domicile sont les suivantes :

- renforcer les consultations faites par l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) ;
- attribuer la responsabilité de prescription psychiatrique aux médecins de l'EMPAA ;
- diminuer le nombre de lits de l'hôpital de psychiatrie de l'âge avancé – HPAA (80 lits en 2013, 69 lits en 2014, 60 lits fin 2015, 50 lits fin 2016) et transférer les ressources sur la prise en charge ambulatoire ;
- attribuer un financement additionnel de Frs 3'600.- pour chaque situation nécessitant des soins renforcés en EMS ;
- prendre en charge (budget SSP) les prestations de présences et de veilles, non couvertes par la LAMal.

Les impacts observés sont :

- pour l'hôpital : une diminution de la durée moyenne de séjour (de 40.7 à la fin du 1ersemestre 2016 à 35.5 jours à la fin du 1er semestre 2017) ; sur cette même période la médiane de la durée de séjour passe de 30 à 27 jours, le taux d'occupation passe de 92.4 à 95.8% ;
- pour les EMS, le nombre de résidents hospitalisés est de 97 en 2015, de 81 en 2016 et de 39 pour le 1er semestre 2017 ; sur un an, 38 financements additionnels ont été attribués ;
- pour les CMS, augmentation de 28% des consultations à domicile et de 132% des appels des CMS à l'EMPAA ;
- 66% des médecins traitants ont répondu à une enquête de satisfaction : 59% pensent que le maintien à domicile a pu être réalisé grâce au renforcement de la prise en soins et 89% apprécient ce partage de responsabilités avec leurs collègues spécialistes en psychiatrie de l'âge avancé
- 42% des patients/familles ont répondu à une enquête de satisfaction : 68% pensent que le maintien à domicile a pu être réalisé grâce au renforcement de la prise en soins et 70% accepteraient cette même prise en soins si cela s'avérait nécessaire.

Direction générale
Centre hospitalier universitaire vaudois

Plan stratégique 2014 – 2018

Rapport final

sur la mise en œuvre à mars 2018

14 mai 2018

Table des matières

Résumé **3**

Avant-propos **3**

Démarche et contexte **3**
Objectifs (rappel) 3
Elaboration du plan stratégique 2014-2018 (rappel) 4
Mise en œuvre du plan 4
Appropriation par les services (plans de développement de service) 4
Gouvernance du Plan stratégique 2014-2018 4
Soumission et sélection des projets 5
Portefeuille des projets 5

Evaluation des objectifs et mesures **6**
Structuration 6
Principes de l'auto-évaluation 6
Rapport d'avancement sur les mesures et objectifs (RAMO) 7
Synthèse des indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre 35

Evaluation des coûts **36**
Financements des développements 36
Coûts des projets par source de financement (situation mars 2018) 36
Enveloppe plan stratégique 36
Pérennisations 36
Investissements importants 37
Evolution du contexte financier 37

Conclusions et perspectives **37**

Glossaire et abréviations **38**

Annexe 1 : Evolution du portefeuille des projets institutionnels (2014 à mars 2018) **40**

Annexe 2 : Evolution de l'Enveloppe financière du plan stratégique **41**

Annexe 3 : Coûts des projets par source de financement (situation mars 2018) **42**

Annexe 4 : Pérennisations de projets accordées 2014 – 2018 ..... **43**

Annexe 5 : EMPDs décrétés **44**

Annexe 6 : Portefeuille des projets institutionnels (2014 à mars 2018) **45**

Contributions (via le reporting annuel sur les objectifs et mesures)
Président·e·s des COPILS et Directeurs·trices concerné·e·s
Chef·fe·s de projets / coordinateurs·trices concerné·e·s
PMOs des directions métiers et transversales

Rédaction, coordination, édition
Service projets et organisation stratégiques (POS) et son PMO institutionnel

Validation
Comité de direction CHUV

Résumé

Le plan stratégique 2014-2018, qui s'inscrit dans la continuité du précédent tout en présentant sa spécificité d'être résolument orienté sur les missions universitaires du CHUV comme sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, présente un **bilan final globalement très positif**. Sur les 28 objectifs stratégiques, 26 (93%) se portent bien et 2 (7%) sont à surveiller mais sans risque majeur. Les mesures sont réalisées à 82%.

La gouvernance mise en place, orientée sur 3 axes (le pilotage stratégique, le suivi & reporting homogène et un processus unifié de demande de projet), s'est avérée efficiente et a permis de maîtriser la mise en œuvre de cette feuille de route.

L'ensemble des réalisations de 2014 à mars 2018 est décrit dans les chapitres suivants.

La situation financière nouvelle dès 2015, notamment le ralentissement de l'augmentation annuelle des moyens pérennes réalloués, est une opportunité pour mieux sélectionner les projets selon leur impact financier et pour engager une réflexion sur un ajustement des ambitions de développement du CHUV.

Avant-propos

Ce rapport final s'inscrit dans le cadre de l'article 13d de la Loi sur les Hospices cantonaux (LHC) du 16 novembre 1993 et des articles 23 (procédure d'évaluation) et 25 (rapport final) de son Règlement d'application (RLHC) du 20 mai 2009.

Il couvre les développements de janvier 2014 à mars 2018.

Il est transmis au Département de la santé et de l'action sociale, pour soumission au Conseil d'Etat qui le transmet au Grand Conseil qui en prend acte, en même temps que le prochain plan stratégique 2019-2023.

Ce rapport final sur la mise en œuvre du plan stratégique 2014-2018 se veut complet mais concis. Il comprend :

- la description de la démarche et du contexte de la mise en œuvre du plan ;
- une évaluation des objectifs, mesures et projets mis en œuvre, ainsi que de leurs coûts ;
- une conclusion et les perspectives.

Démarche et contexte

Objectifs (rappel)

Le plan stratégique 2014-2018 du CHUV, adopté le 11 décembre 2013 par le Grand Conseil, est un véritable **outil de pilotage**, la **feuille de route** qui détermine les actions individuelles et collectives de ces prochaines années. Il précise les orientations principales et les actions prioritaires que le CHUV s'engage à mener dans le cadre de ses missions respectives de soins, d'enseignement et de recherche. Il sert de cadre aux plans de développement des départements et services.

Le CHUV est à la fois hôpital universitaire, hôpital de référence du canton et d'une grande partie de la Suisse romande et hôpital de premier recours pour les lausannois. Il est ancré dans sa région, au cœur d'un réseau académique d'exception et dans un système sanitaire lui-même soumis à une série de mutations rapides et profondes qui promettent de s'accentuer encore.

L'analyse du contexte politique, social, sanitaire et économique du CHUV, combinée avec l'évaluation des forces, marges de progression, menaces et opportunités, avaient amené à l'identification de 8 enjeux majeurs. L'étude de ces enjeux avait conduit à fixer **5 axes stratégiques** qui se déclinent en **28 objectifs stratégiques prioritaires** dont découlent **116[1] mesures concrètes**. Ceux-ci constituent les solutions que le CHUV entend développer pour répondre aux enjeux.

Ce plan s'inscrit également dans la continuité du précédent plan stratégique 2009-2013 dont il a repris nombre de projets qui avaient été lancés dans cette période et qui n'avaient pas pu être terminés ou intégrés dans

[1] Deux mesures ont été rajoutées aux 114 initiales dans le cadre des amendements proposés dans le rapport intermédiaire de mi-2016 et adoptés par le Grand Conseil.

l'exploitation. Il a également sa spécificité : celle d'être résolument orienté sur les missions universitaires du CHUV, comme sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Elaboration du plan stratégique 2014-2018 (rappel)

Ce plan stratégique résulte d'une **démarche participative** conduite par la Direction générale. Dans un premier temps (dès fin 2011) le Comité de direction du CHUV, dont le précédent Doyen de la Faculté de biologie et de médecine (FBM), a posé les grandes lignes de l'analyse des enjeux, ainsi que les premières orientations stratégiques. Dans un deuxième temps (dès mai 2012), les chefs des départements cliniques et médico-techniques, le président du Collège des chefs de service et la nouvelle Doyenne[2] de la FBM ont été associés à la réflexion. Enfin (dès août 2012), l'ensemble des chefs des départements et services cliniques et médico-techniques ont été consultés, ainsi que les responsables des différentes directions transversales.

Cette démarche participative, impliquant plus d'une centaine de cadres médicaux, soignants et administratifs, a permis de légitimer les choix effectués et de favoriser leur appropriation en vue de leur mise en œuvre.

Mise en œuvre du plan

Appropriation par les services (plans de développement de service)

La mise en œuvre du plan stratégique repose principalement sur les services et départements qui doivent présenter leurs projets en lien avec les objectifs et les mesures définis dans ce plan.

Dès validation à l'interne du plan stratégique en avril 2013, afin de renforcer encore l'appropriation du plan stratégique et sa déclinaison concrète au niveau des services, la Direction générale, via les directions départementales, a invité les services cliniques et médico-techniques à élaborer leur plan de développement de service (PDS) pour mi-2013 en fonction des objectifs du plan stratégique institutionnel.

Chaque plan de développement de service décrit les sujets que le service veut développer dans le cadre des orientations et objectifs institutionnels. Il est très succinct (1 page max.), ce n'est pas le « projet de service » complet. Ces développements doivent prioritairement être mis en œuvre sur les ressources propres des services et départements (cf. « Financements des développements » p. 36). Les services devaient aussi indiquer le type des sujets : a) nouveau développement, b) renforcement ou c) diminution, suppression ou sous-traitance d'une prestation.

Les 68 services concernés ont rendu leur plan. Ces PDS servent régulièrement les services et départements pour re-définir leurs priorités. L'objectif d'appropriation du plan stratégique a été atteint.

Gouvernance du Plan stratégique 2014-2018

Après l'adoption du Plan stratégique 2014-2018 par le Grand Conseil en décembre 2013, le Comité de direction du CHUV a arrêté les principes de gouvernance de ce plan selon trois axes : **pilotage**, **suivi & reporting** et **processus unifié de demande de projet**. Ce processus et le portefeuille des demandes apportent une vision globale et permettent une vraie priorisation, une gestion prévisionnelle multi-annuelle et un traitement plus équitable des demandes de financement de projets.

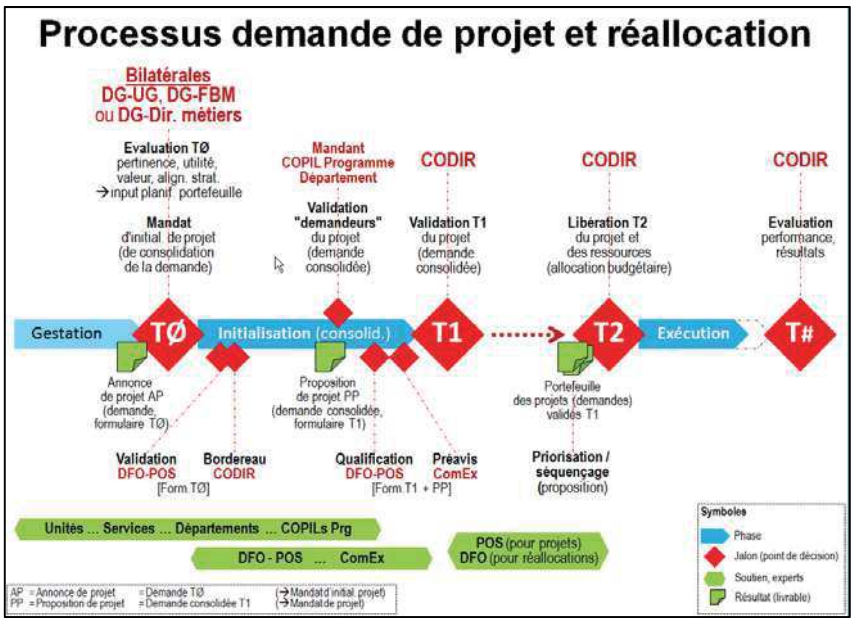
Quelques précisions sur ces 3 axes :

- Le **pilotage** est assuré par un ensemble de 23 comités de pilotage ou commissions, plus les directions métiers (appelés par la suite « les COPILs ») qui couvrent tous les objectifs et mesures du plan. Au moins un membre du Comité de direction est membre ou président de chaque COPIL. Les mandats de ces COPILs et les plans de déploiement sur 5 ans ont été validés par le Comité de direction. Ces COPILs présentent régulièrement l'avancement de la mise en œuvre de leur périmètre au Comité de direction.

- Pour le **suivi & reporting** des projets découlant des objectifs et mesures, le dispositif qui a fait ses preuves de 2008 à 2013 a été renforcé. Toutes les directions métiers sont maintenant dotées d'un Project Management Office (PMO) qui se coordonnent au sein du nouveau Collège des PMOs. Ce Collège développe et promeut une culture projet commune au sein de l'Institution (méthodes, processus, outils, formation). Un nouvel outil institutionnel de gestion de portefeuilles de projets (Antura) a d'ailleurs été mis en production mi-2015. Il facilite grandement le suivi des projets et la coordination entre portefeuilles de projets. Ce dispositif permet une gestion plus efficiente des développements.

[2] Entretemps remplacée par le nouveau Doyen depuis août 2015.

- Un nouveau **processus unifié de demande de projet** avec une seule porte d'entrée et trois jalons décisionnels du Comité de direction du CHUV a été mis en place. L'implication et la responsabilité des directions départementales sont renforcées. Le premier préavis de la Direction est anticipé et les demandes sont évaluées sous tous les angles métiers par une Commission d'experts (ComEx) qui émet un préavis pour les décisions du Comité de direction.
  Les **critères de sélection** des projets reposent sur des pondérations de type qualitatif (alignement stratégique, facteur d'innovation, degré d'adhésion des acteurs, compétences internes, complexité) et quantitatif (coûts financiers globaux, impacts sur les ressources humaines, sur l'infrastructure, sur les budgets d'exploitation et sur la capacité à pérenniser l'activité concernée).
  Ce processus a d'emblée été étendu à toutes les demandes de réallocation dans le cadre du **processus budgétaire** pendant deux ans. Dès 2016, son application a été est limitée aux réallocations pour développements conséquents et/ou structurels et aux pérennisations, les autres demandes de réallocation étant traitées par un nouveau processus d'arbitrage.
  Les décisions de **libération des ressources** (projets et réallocations) sont **biannuelles**. Ce processus et le portefeuille des demandes apportent une vision globale et permettent une vraie priorisation, une gestion prévisionnelle multi-annuelle et un traitement équitable des demandes.



Soumission et sélection des projets

Contrairement à l'ancien plan stratégique 2009-2013, il n'y a pas eu d'appels à projets lancé par la Direction générale en début de période. Les projets sont présentés au fil de l'eau selon le processus de demande de projet décrit ci-dessus.

Portefeuille des projets

Au 1er janvier 2014, **27** projets démarrés sous l'ancien plan stratégique 2009-2013 étaient encore en cours. Depuis, **29** nouveaux projets ont démarré et **40** se sont terminés.

Cf. détails de volumétrie en annexe p. 40 et le portefeuille complet en annexe p. 45.

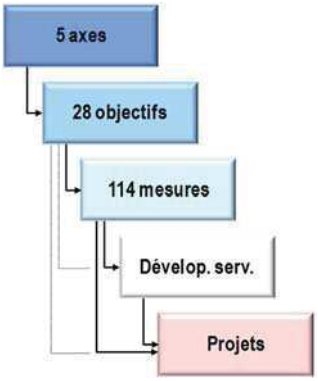
Evaluation des objectifs et mesures

Structuration

Le plan stratégique est décliné en **5 axes** stratégiques, **28 objectifs** prioritaires et **116**[3] **mesures** concrètes.

Leur mise en œuvre passent par une multitude d'**actions**, de **développements** et/ou de **projets** qui se réalisent à plusieurs niveaux : unités, services, départements, directions ou institutionnel ; parfois au sein d'une seule entité, souvent en transversal sur plusieurs entités.

Une partie seulement de ces projets est inscrite dans le portefeuille des projets institutionnels (cf. annexe p. 45). Ce sont les projets ayant passé par le processus de demande et ceux que le Comité de direction souhaite suivre.



Principes de l'auto-évaluation

- L'**évaluation** porte sur la mise en œuvre des mesures et des objectifs. Elle met en lumière les **résultats** obtenus, ainsi que les points forts et les difficultés rencontrées.

  Deux indicateurs viennent compléter l'évaluation descriptive. Ils se réfèrent au plan de déploiement sur la période de 5 ans de 2014 à 2018 :

  - La **santé globale** de l'objectif ou de la mesure est indiquée par un des **smileys tricolores** :
    - ☺ - **vert** .....Tout va bien, aucun problème particulier.
    - 😐 - **orange**.....Situation à surveiller, sans risque majeur.
    - ☹ - **rouge**.....Situation critique, nécessite des actions correctives.
    - ○ - **gris**.....Pas encore démarré (mesure planifiée en 2018 ou reportée au prochain PS).

  - Le degré d'**atteinte de l'objectif** ou le degré d'**avancement de la mesure** est indiqué **en %** :
    - C'est une **estimation** du réalisé émanant d'une combinaison entre résultats, livrables, effort, délai, ressources consommées, etc.
    - Ne s'applique pas aux objectifs qui s'inscrivent dans un continuum (mission permanente).

Remarques

- Les projets suivis par le dispositif de reporting institutionnel sont référencés par des **numéros** ; ils sont indiqués entre crochets **[ ]**. Idem pour les demandes de projet.

- Les amendements proposés dans le rapport intermédiaire et adoptés par le Grand Conseil ont été intégrés dans la structure du reporting.

[3] Deux mesures ont été rajoutées aux 114 initiales dans le cadre des amendements proposés dans le rapport intermédiaire de mi-2016 et adoptés par le Grand Conseil.

Rapport d'avancement sur les mesures et objectifs (RAMO)

# / #.# / #.#.# Axe / Objectif / Mesure	Résultats	% Avancement / Atteinte / Santé globale

Axe 1 Prise en charge des patients

Objectif 1.1	**Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et de leurs proches**	Le dispositif RECI (Recueil d'événements critiques et indésirables) est déployé pratiquement sur l'ensemble du CHUV. Un suivi central rapproché est mis en œuvre pour les événements cliniques. L'approche ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) a été déployée dans quatre services. En 2018, elle sera déployée dans un nouveau service. Le projet GPS+ (Gestion proactive du séjour) qui vise à améliorer l'efficience du séjour et la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la collaboration entre professionnels se poursuit selon planning avec le projet thérapeutique. Le projet dossier patient informatisé [projet 1111], dans sa version initiale, a été clôturé. La prescription connectée [projet 2270] est en cours de déploiement. La filière du dos [projet 0171] a été finalisée. La création d'une Unité de chirurgie spinale [projet 2025] qui s'intègre dans cette filière a été clôturée début 2017. La filière de traumatologie [projet 2176] a été finalisée. Pour les indicateurs cliniques, un deuxième set a été livré. Il est actuellement en exploitation de manière conjointe avec le premier set. Un troisième set est en cours d'élaboration.	☺	
Mesure 1.1.1	Poursuivre la mise en œuvre du plan de gouvernance clinique	Après la mise en place d'un Comité qualité et sécurité des soins, la gouvernance pour la qualité des soins et la sécurité des patients est en cours de déploiement dans les départements et les services. Le programme ERAS est en place pour la gynécologie, la chirurgie viscérale, l'urologie et la chirurgie thoracique. Un projet pour le service d'ORL est en cours d'élaboration. Le projet GPS+ s'est concentré en 2017 sur la définition systématique d'un projet thérapeutique et son suivi quotidien dans deux services pilotes. En 2018, GPS+ sera déployé dans deux départements et complété par le volet lié à l'organisation de la sortie. De plus, 3 projets (sécurité de la médication, transmission orales internes et transmissions externes) sont poursuivis et un projet lié à la mobilisation précoce (Smarter Medicine) initié en 2018.	☺	70 %
Mesure 1.1.2	Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique, en veillant à suivre leur impact sur la sécurité et la qualité des soins	La documentation clinique et le dossier de soins sont déployés dans tous les départements et services ; le projet DOPHIN [1111] a été clôturé à fin 2015. Un projet pour soutenir le bon usage de Soarian et améliorer la documentation clinique a été initié en 2016 et se poursuit en 2018. La prescription connectée [projet 2270] est en cours, avec 90% de réalisation achevée à fin 2017 (1340 lits sur 1480) ainsi que la documentation clinique dématérialisée (paperless) et embarquée (mobilité). Le volet ambulatoire de la prescription connectée est en préparation. Cf. aussi mesure 5.1.1.	☺	90 %
Mesure 1.1.3	Poursuivre le développement des prises en charge structurées et des programmes cliniques transversaux	Pour la Filière trauma [projet 0161], six algorithmes (protocoles) de prise en charge ont été validés puis mis à disposition de la communauté professionnelle du CHUV, notamment avec une publication sur l'intranet. Un plan de formation a également été appliqué. Le programme "Zéro Escarre" pour les soignants avec un accompagnement ciblé pour soutenir les recommandations (trousse de mesures minimales) se poursuit : une formation continue auprès des soignants (infirmiers et ergothérapeutes), avec un fort accent sur les mesures préventives et thérapeutiques, a été donnée, en particulier en 2017, chez les patients à risque en cas d'intervention prolongée et aux soins intensifs. En juin 2014 et 2017, un Forum sur la douleur pour l'intégralité du CHUV et une séance grand public ont été réalisés. Durant 2014 et 2015, un site intranet a été créé unifiant les bonnes pratiques de mise en place d'itinéraires, de filières et de centres avec, à la clé, la mise à disposition de méthodes et d'outils.	☺	80 %

Mesure 1.1.4	Poursuivre le développement des indicateurs cliniques et des tableaux de bord hospitaliers	Un premier set d'indicateurs a été mis à disposition en 2014 et un deuxième en automne 2016. Un troisième set est en cours de préparation en 2018. L'ensemble de ces indicateurs est intégré dans les tableaux de bord hospitaliers. Le développement des indicateurs repose sur la qualité de la documentation clinique avec une marge de progression qui a été établie en collaboration avec les services cliniques des départements. Cf. aussi mesure 1.2.2.	☺	35 %
Mesure 1.1.5	Développer et évaluer de nouveaux modes d'organisation des soins notamment en lien avec la pratique infirmière avancée et favoriser la collaboration interprofessionnelle	L'intégration des rôles des infirmier-ère-s clinicien-ne-s spécialisé-e-s (ICLS) se poursuit au rythme prévu. L'ensemble des départements cliniques du CHUV est maintenant pourvu d'au moins un poste d'ICLS. Un premier set d'indicateurs d'évaluation du processus et de résultats d'implantation sont en travaux. Il est désormais intégré dans la démarche nationale d'évaluation de la pratique infirmière avancée (modèle PEPPA+). Le rapport d'évaluation final comprendra: un article (en voie de publication dans un journal international) décrivant la stratégie d'implantation, et les recommandations qui sont tirées de cette démarche; une évaluation de l'étendue de pratique (compétences réellement utilisées par les ICLS) recueillie par questionnaire auprès des ICLS; une cartographie mise à jour des postes d'ICLS déployés au CHUV. Ce rapport d'implantation permettra de boucler le processus et de tirer les enseignements utiles avant l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et des professionnels en Master issus des autres disciplines soignantes (ergothérapeutes, physiothérapeutes, sages-femmes, techniciens en radiologie médicale) en 2020.	☺	90 %
Mesure 1.1.6	Intégrer et exploiter les travaux académiques de nature à améliorer les pratiques soignantes en systématisant l'identification et la transmission des problématiques récurrentes de soin à l'IUFRS/UNIL et autres universités / hautes écoles pertinentes.	La Commission recherche et développement de la Direction des soins (DSO) est en charge du recensement et de la transmission des problématiques cliniques. A titre d'exemple, à la rentrée 2017, 13 thèmes de recherche ont été fournis aux étudiants par les services cliniques du CHUV et feront l'objet d'un travail de recherche. Des documents d'aide à la formulation de préoccupations cliniques sont à disposition des équipes. La Commission est également en charge de la coordination (et de l'accompagnement des équipes) des projets d'implantation de données probantes dans la pratique. Plusieurs projets ont bénéficié de ce soutien et guidance. Parmi les thèmes, 9 ont été déployés dans la formation sur le leadership clinique, labellisé par le JBI. La Commission est également en charge de la transmission des sujets pour les étudiants (bachelor thesis), pour les 2 écoles HES vaudoises. Ces étudiants réalisent à partir de problématiques cliniques des revues non systématiques de littérature. La Commission est également en charge du développement de la culture EBP dans les équipes soignantes. A ce titre, elle a contribué à la formation du JBI et met sur pied pour 2018 une formation-sensibilisation à l'attention des cadres, avec l'appui du centre des formations du CHUV. La Commission travaille enfin à renforcer les liens avec les chercheurs des Hautes écoles et proposera une rencontre dédiée à l'automne 2018.	☺ ☺	85 % 100 %
Mesure 1.1.7	Créer le Département femme-mère-enfant (DFME) issu de l'unification du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) et du Département de gynécologie-obstétrique (DGOG)	Le 1er janvier 2017, le Département femme-mère-enfant (DFME) était créé par l'unification des Départements médico-chirurgical de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. Une gouvernance départementale et un alignement des structures de gestion ainsi que l'élaboration des budgets opérationnels ont été réalisés. En parallèle, des groupes de travail ont été constitués pour traiter les sujets suivants : gestion du changement et support de communication; administration, finances, système d'information et logistique; ressources humaines; alignement des processus; recherche; formation et relève. Dans le cadre de la gouvernance du DFME, un plan de développement du département et des services qui le composent a été réalisé. Ce plan s'articule selon cinq axes stratégiques (gouvernance, efficience, ressources humaines, académie & recherche et relations externes). La mise en œuvre du plan de développement est en cours. Le projet sera clôturé par une présentation au Comité de direction en mai 2018.		

Objectif 1.2	**Développer l'attractivité du CHUV pour les patients, les proches et les partenaires du système de soins**	Au vu de son engorgement, le CHUV poursuit depuis plusieurs années une politique de désengorgement visant à sortir du bâtiment hospitalier (BH) principal toutes les activités qui ne sont pas strictement nécessaires pour la prise en charge des patients pendant la phase la plus aiguë de leur séjour hospitalier. La mise en exploitation de l'Hôtel des patients, la libération du BH19 ainsi que les contraintes liées à la réfection du bloc opératoire principal ont permis au CHUV de définir un plan d'hébergement 2016-2020 intégrant l'ensemble de ces contraintes. Il a été adopté par le Comité de direction. Les études et travaux de mise en œuvre ont été lancés. L'amélioration de la culture de l'accueil des patients et des proches, une meilleure transparence quant aux indicateurs cliniques pour le grand public, ainsi que la participation au eHealth ont contribué à améliorer l'attractivité du CHUV.	☺	
Mesure 1.2.1	Développer une politique et une culture d'accueil des patients et des proches	Des séances de sensibilisation à la politique d'accueil ont été réalisées aux niveaux départemental et des directions transverses. Les étapes de diffusion dans les services, 17 séances, ont eu lieu. La refonte d'une charte accueil (les 10 comportements requis) est en cours. Le projet de film institutionnel découlant des 10 comportements est également en cours.	☺	80 %
Mesure 1.2.2	Publier de manière intelligible et transparente pour le grand public des indicateurs cliniques	Publication des rapports qualité 2015, 2016 et 2017 construits sur la base des indicateurs cliniques ANQ et internes. Pour 2017, le rapport intègre des indicateurs liés à la MHS. Ces trois rapports ont été digitalisés et mis à disposition sur internet dans une forme facilement accessible pour le grand public. Cf. aussi mesure 1.1.4.	☺	95 %
Mesure 1.2.3	Développer, en collaboration avec la cellule eHealth cantonale, une plateforme informatique qui permette une bonne communication avec les partenaires de soins du réseau	Cf. objectif 5.4	☺	70 %
Objectif 1.3	**Améliorer et accélérer les procédures de sortie des patients qui n'ont plus besoin du plateau technique et des lits du CHUV**	Les améliorations architecturales ont été apportées et des mesures organisationnelles ont été mises en place. Néanmoins des problématiques d'engorgement et de gestion des flux persistent. De nouveaux projets ont démarré début 2017 (GPS+, ProMouv, ...) et se poursuivront dans le prochain plan stratégique. La procédure « Zéro refus de transfert » établie avec les hôpitaux périphériques peine à être appliquée. Le Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont 24 a ouvert début 2014 et l'Hôtel des patients est en activité depuis novembre 2016.	☺	
Mesure 1.3.1	Renforcer la collaboration avec le réseau des hôpitaux romands dans le domaine de la médecine primaire, spécialité par spécialité	La procédure de collaboration "Zéro refus de transfert" est établie et partiellement appliquée par les hôpitaux périphériques à cause de leur propre état d'engorgement et de leurs difficultés dans la facturation avec les assureurs. La perspective est de mettre en place des indicateurs de délai dès que la prescription connectée sera établie dans l'outil Soarian (dossier patient informatisé) (date de demande de transfert), pour la croiser avec Axya (système de gestion administrative des patients) (date de sortie). Cette amélioration pourra également être étendue aux transferts internes du CHUV. Dans une perspective de consolidation de la trajectoire de soins des patients avec les hôpitaux romands, plusieurs projets liés aux transmissions cliniques externes et internes ont été priorisés au CHUV fin 2015 et sont en cours actuellement.	☺	60 %

Mesure 1.3.2	Développer la chirurgie ambulatoire	Issu d'un partenariat public-privé, le Centre de chirurgie ambulatoire à l'Avenue Beaumont 24 a ouvert début 2014. Six salles d'intervention sont disponibles. Depuis 2015, 85% de l'activité de la chirurgie ambulatoire CHUV de la Cité hospitalière (blocs opératoires BH05, Hôpital orthopédique et Maternité) a été transférée à Beaumont. Le taux de transfert pour le bloc principal du BH05 atteint même 95%. L'activité est partagée entre MV-Santé (soignants et anesthésistes) et le CHUV (chirurgiens). Les patients sont ceux du CHUV. Les procédures d'organisation (flux patients, flux logistique, flux des dispositifs médicaux, transferts) et le lien avec le laboratoire d'anapathologie ont été menés par le CHUV. Le transfert d'une partie de l'activité hospitalière de chirurgie ambulatoire du CHUV entre le BH05 et Beaumont 24 est dans sa phase de déploiement (organisation et procédures actualisées et suivies) pour les services de chirurgie viscérale, spinale, gynécologie et orthopédie. Cf. aussi mesure 4.2.3. Lancement du projet Virage ambulatoire [projet 2479] en janvier 2017 qui vise à diminuer le recours à l'hospitalisation pour des interventions chirurgicales qui peuvent se réaliser en ambulatoire en identifiant préalablement celles qui peuvent être transférées. En partenariat financier CHUV - MV-Santé, un chef de projet a été engagé pour mener à bien ce nouveau projet. Les interventions possibles en ambulatoire sont introduites progressivement. Le CHUV remplit d'ores et déjà la liste des interventions décidées au niveau fédéral.	☺	95 %
Mesure 1.3.3	Créer un hôtel patients	L'Hôtel des patients a été ouvert en octobre 2016 et est en exploitation depuis novembre 2016. L'utilisation par des patients CHUV sous DRG est en progression depuis. Des contacts réguliers ont lieu avec les principaux services utilisateurs pour optimiser l'exploitation.	☺	100 %
Objectif 1.4	**Participer aux programmes de santé publique**	Les participations ont été nombreuses et globalement empreintes de succès. Une unité et une équipe mobile de soins aigus aux seniors (SAS) ont été mises en place. Le Centre Leenaards de la mémoire s'est consolidé et les collaborations du réseau cantonal se sont développées. Les développements de la santé mentale sont nombreux, p.ex. l'ouverture de l'Unité des Roseaux à Cery (18 lits), la diminution des lits au SUPAA et la création du Centre cantonal de l'autisme en 2015. L'extension et la rénovation du site de Cery avance selon planning. La prise en charge des populations vulnérables a été renforcée, notamment par la consolidation du Réseau de santé et migration (RESAMI) et de l'Equipe mobile vulnérabilités (EMVs) et l'harmonisation des soins somatiques du SMPP. Le CHUV est membre de Swiss Hospitals for Equity. Le CHUV participe comme centre expert à plusieurs programmes cantonaux (diabète, obésité, Alzheimer, …). Et enfin, un rapport pour le renforcement de la prise en charge somatique du SMPP a été déposé.	☺	
Mesure 1.4.1	Renforcer les compétences institutionnelles en matière de soins aigus aux seniors	Une unité d'hospitalisation pour les soins aigus aux seniors (SAS), avec conjointement la mise en place d'une équipe mobile et d'une consultation ambulatoire ont été concrétisés et sont désormais opérationnels. La collaboration du Centre Leenaards de la mémoire du CHUV avec les 3 centres de la mémoire régionaux se développe (cf. aussi mesure 2.3.2).	☺	90 %

Mesure 1.4.2	Poursuivre les développements en santé mentale	• L'ouverture d'une antenne des Boréales au secteur ouest (maltraitance intrafamiliale), reportée à plusieurs reprises en raison de contraintes budgétaires, devrait pouvoir se faire en 2018. • L'ouverture et la mise en exploitation des 18 lits de l'Unité des Roseaux à Cery s'est fait sans difficulté, cette unité fonctionne à plein régime suivant la planification prévue. Des ajustements de la dotation médicale sont en cours de réflexion afin de répondre aux exigences TARPSY. • La diminution des lits au SUPAA s'est faite également suivant la planification prévue, les ressources libérées ont été redéployées pour renforcer les équipes mobiles de l'âge avancé. • Le projet de réorganisation des urgences pédopsychiatriques a été mis en suspens fin 2017 dans l'attente de l'arrivée de la nouvelle cheffe de service. Suite à sa prise de fonction en décembre 2017, les discussions (SSP - DG-CHUV) sont en cours pour la reprise des travaux. Le Service de la santé publique (SSP) a mis en place une « Commission de suivi » pour le pilotage de ce dossier. • Le Centre cantonal de l'autisme a fait l'objet d'un suivi particulier avec quatre séances entre 2016 et 2017 d'une délégation du Conseil d'Etat qui ont permis de valider un Plan cantonal intégrant l'ensemble des structures concernées. En partenariat étroit avec le SESAF (Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation, Etat de Vaud) et le SPAS (Service de prévoyance et d'aide sociales, Etat de Vaud), les développements se poursuivent en 2018 suivant la planification. Ce développement est suivi par le « Comité de pilotage Autisme » réunissant les acteurs étatiques ainsi que les associations de proches concernés. Suite au départ de M. P. Müller, c'est M. O. Peters qui a repris la présidence de ce COPIL. La pénurie de professionnels suisses formés dans ce domaine et les difficultés (reconnaissance des formations étrangères, obtention de permis de séjours) de recrutement de dossiers intéressants provenant de l'étranger sont un frein au développement. Cf. aussi mesure 2.3.5. • Enfin, le projet d'extension et de rénovation du site de Cery suit normalement son cours. Les travaux ont débuté courant 2016 ; une première phase devrait permettre la livraison d'un premier corps de bâtiment en 2018. La première unité spécialisée (USPFM) pourra ouvrir dans les semaines qui suivent la livraison des bâtiments (probablement début 2019). Les travaux préparatoires se déroulent depuis plusieurs mois en lien étroit avec le SPJ. Les trois cadres de l'unité ont été engagés et entrent en fonction début juin 2018 pour préparer l'ouverture effective et recruter les personnels durant le second semestre 2018.	☺	95 %
Mesure 1.4.3	Poursuivre les développements dans la prise en charge des populations vulnérables	La Commission des populations sociales (CPS) a fêté ses 10 ans d'existence en 2016 et en fin d'année le Pr J. Cornuz en a transmis la présidence au Pr P. Bodenmann. L'année a été marquée par la création de la Chaire des populations vulnérables et la nomination du Dr Patrick Bodenmann, comme professeur associé à la FBM et titulaire de cette première chaire en Suisse. La CPS se rencontre de manière régulière sous la forme du Bureau et de la Plénière, poursuivant ainsi ses actions et échanges interdépartementaux. Plusieurs axes se sont consolidés comme le RESAMI (Réseau de santé et migration), l'Equipe mobile vulnérabilités (EMVs) et le groupe de travail sur l'harmonisation de la pratique des soins somatiques du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP). La collaboration avec Swiss Hospitals for Equity a été marquée par des actions cliniques, d'enseignement et de recherche. Fin 2017, la PMU a mis en place une unité sociale ; cette dernière collabore étroitement avec le SOC, le service social de psychiatrie, le groupe référence CHUV-PMU ainsi qu'avec les différents partenaires du réseau social vaudois.	☺	75 %
Mesure 1.4.4	Participer aux programmes cantonaux (diabète, obésité, Alzheimer, Vieillissement & Santé, …) comme centre expert	*Etat à mars 2016 (terminé):* La participation du CHUV aux programmes cantonaux comme centre expert est assurée systématiquement par la Direction médicale et la Direction des soins à travers des séances de coordination et de travail. Le pilotage des programmes est assuré par le Service de la santé publique du canton (SSP).	☺	100 %

Mesure 1.4.5	Développer la prise en charge somatique et psychiatrique des détenus (centres de soins en prison)	Le projet initial d'hôpital carcéral à Bochuz a été abandonné par l'Etat. Il a évolué vers un centre de soins à la Prison de la Tuilière à Lonay. L'analyse des besoins pour ce centre est terminée. La mise en œuvre des recommandations pour le renforcement de l'encadrement soignant est en cours. Un nouvel infirmier chef de service est en fonction depuis novembre 2015. Le rapport pour un renforcement de la prise en charge somatique (PMU) a été déposé. Le financement de ce renfort somatique sera assuré par le Service pénitentiaire (SPEN) du canton. Le périmètre du SMPP s'est élargi avec l'ouverture de l'Etablissement pour détention de mineurs à Palézieux. Actuellement, l'ensemble du projet de centre de soins est bloqué au SPEN.	☺	100 %
Objectif 1.5	**Développer des activités de niche spécifiques**	Le Centre de la main, qui a repris l'activité de Longeraie, a ouvert en décembre 2013. Son activité dépasse le scénario le plus optimiste. Le Centre de chirurgie robotique La Source-CHUV est co-exploité avec succès, même si toutes les interventions ne peuvent y être réalisées pour des raisons de valorisation.	☺	
Mesure 1.5.1	Créer le Centre de la main	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le 1er décembre 2013, le Centre de la main a ouvert ses portes à l'Hôpital orthopédique, reprenant l'activité de la Permanence de Longeraie. Rattaché au Service de chirurgie plastique et de la main, il prend en charge les patients électifs et en urgences pour toute pathologie de la main, du poignet et des nerfs périphériques. Dans le cadre du projet, les collaborateurs de Longeraie qui le souhaitaient ont été engagés dans un poste équivalent au CHUV. Dès son ouverture, le Centre de la main a connu un grand succès, accueillant une activité moyenne au-delà du scénario le plus optimiste. [projet 1143]	☺	100 %
Mesure 1.5.2	Poursuivre et développer les compétences en chirurgie robotique	*Etat à juin 2017:* Pour co-exploiter le Centre de chirurgie robotique La Source-CHUV, les services et les opérateurs CHUV ont été identifiés. Les plages opératoires ont été optimisées avec La Source. Actuellement, toutes les interventions ne sont pas réalisées pour des questions de valorisation du CHUV dans la démarche MHS (Médecine hautement spécialisée).	☺	100 %

Axe 2 Médecine universitaire, enseignement & recherche

Objectif 2.1	**Poursuivre le développement de l'oncologie**	Le développement de l'oncologie se poursuit, 5 ans après la création du Département d'oncologie (DO), autour des axes suivants: • Déploiement de l'oncologie ambulatoire avec son transfert dans les nouveaux locaux du Centre coordonné d'oncologie (CCO) et l'optimisation de l'organisation médicale et des soins. • La réorganisation de l'oncologie hospitalière avec la mise en place d'une équipe mobile présente 24/24. • Développement de l'immuno-oncologie incluant le développement d'immunothérapies innovantes, ingénierie immunitaire et recherche en immunologie du cancer. • Développement de la branche lausannoise du Ludwig Institute for Cancer Research, centrée sur l'immunologie du cancer et le design de nouvelles immunothérapies moléculaires et cellulaires. • Développement de la capacité de recherche clinique et translationnelle avec le Centre des thérapies expérimentales (CTE). • Création de plusieurs centres multidisciplinaires: sein, prostate, tumeurs thoraciques, sarcomes, tumeurs gynécologiques, … • Développement des plateformes GMP (Good Manufacturing Practice). • Développement de la structure intégrative du Swiss Cancer Center - Lemanic Region (SCCL) pour créer un environnement multidisciplinaire et collaboratif de recherche fondamentale, clinique et translationnelle sur le cancer. Construction du bâtiment Agora qui abritera cette interdisciplinarité. • Développement de plateformes et d'infrastructures de services pour la recherche en oncologie (plateforme d'imagerie in vivo, de découverte d'antigènes, de production de vecteurs viraux, …). • Développement de la radiothérapie et de la collaboration avec la médecine nucléaire.	☺	
Mesure 2.1.1	Mettre en œuvre le Département d'oncologie UNIL-CHUV	Les activités du Centre pluridisciplinaire d'oncologie (CePO) ont été intégrées au Département d'oncologie (DO) lors de sa création le 1er janvier 2013. Le DO regroupe désormais les Services cliniques d'oncologie médicale (ONM), d'hématologie (HEM), de radio-oncologie (RTH), d'immuno-oncologie (ION), ainsi que la Division d'oncologie personnalisée analytique (OIR) et le Centre des thérapies expérimentales (CTE). Les consolidations importantes du DO, réalisées ou en cours: • Déploiement de l'oncologie ambulatoire avec son transfert dans les nouveaux locaux du Centre coordonné d'oncologie inaugurés en octobre 2015 et l'optimisation de l'organisation médicale et des soins par sous-spécialités cliniques. • La réorganisation de l'oncologie hospitalière avec la mise en place d'une équipe mobile présente 24/24 pour renforcer la présence hospitalière de l'oncologie. • Le renforcement de la qualité et de la sécurité des traitements par radiothérapie, en particulier la stéréo-radiothérapie, et le développement de multiples projets innovants de R&D. • La croissance du CTE avec 4 nouvelles unités stratégiques : affaires réglementaires, assurance qualité, développement clinique et opérations. A cette croissance s'ajoutent entre autres la construction d'une salle blanche GMP à l'hôpital orthopédique (Unité de traitement des tumeurs) accréditée par Swissmedic depuis septembre 2016 et la construction du Laboratoire de production cellulaire GMP sur le site du Biopôle à Epalinges, dont le processus de qualification est encore en cours. • La création, au sein du service ION, d'une Unité des thérapies innovantes pour les études de Phase I au BH06, ainsi que d'une Unité d'immuno-oncologie hospitalière au BH19, toutes deux devant être opérationnelles d'ici l'automne 2018. • L'avancement de la construction du Réseau romand d'oncologie avec la mise en place d'un Tumor board moléculaire hebdomadaire ouvert à tous les oncologues et hôpitaux du réseau depuis l'automne 2016. • Le regroupement des laboratoires de recherche en oncologie au sein du Département d'oncologie UNIL-CHUV, et la création de la branche lausannoise du LICR focalisée essentiellement sur la recherche en immunologie du cancer et ses applications et sur le design d'immunothérapies moléculaires et cellulaires innovantes. • Le 1er traitement d'un patient par lymphocytes T (TILs) en mars 2018.	☺	90 %

Mesure 2.1.2	Fédérer et coordonner l'activité oncologique du CHUV autour du Département d'oncologie en favorisant les approches multidisciplinaires (Centres du sein, de la prostate, des tumeurs thoraciques, neuro-oncologiques, …)	Sur le modèle du Centre du sein [projet 1074], deux centres ont été officialisés en 2015: le Centre de la prostate [projet 1124] et le Centre des tumeurs thoraciques [projet 1125]. Le programme de soins de support initié en 2005 s'est terminé fin 2015. Le Centre des sarcomes [projet 2020] a été officialisé en 2016 et le Centre des tumeurs gynécologiques [projet 2093] en 2017. La gouvernance des centres interdisciplinaires, validée par le Comité de direction, s'appuie sur le Département d'oncologie pour la gestion opérationnelle des centres pérennisés. Ce dispositif est mis en œuvre dès 2017 avec l'engagement d'une coordinatrice des centres qui en assure le suivi. Le projet de Centre des tumeurs neuroendocrines [projet 2316] a démarré en janvier 2018 et sera suivi par deux nouveaux projets de centres (tumeurs ORL et neurooncologie) sous l'égide de la Direction médicale.	☺	90 %
Mesure 2.1.3	Développer l'onco-génétique dans le cadre de la Chaire de génétique	Il n'y a plus de chaire génétique au sens historique du terme. La génétique clinique est sous la responsabilité du Pr A. Superti-Furga. Toutes les affaires doivent se développer dans son Service de médecine génétique crée début 2017, le Décanat n'est plus impliqué. Une évaluation intermédiaire, prévue, est mise sur pied ; le Pr J.-B. Wasserfallen en assume la conduite sur mandat du Directeur général.	☺	100 %
Mesure 2.1.4	Créer un Centre de protonthérapie (sous réserve des décisions de la MHS)	Jusqu'à fin 2016, la protonthérapie ne peut être offerte qu'à l'Institut Paul Scherrer (PSI) à Villigen (décision du 27.11.2013 de l'organe de décision MHS). Un projet de développement d'un partenariat public-privé (PPP) est en cours.	😐	20 %
Mesure 2.1.5	Créer les conditions pour le développement de pratiques diagnostiques et thérapeutiques innovantes	• Le laboratoire GMP de traitement des tumeurs à l'Hôpital orthopédique est opérationnel et accrédité par Swissmedic depuis septembre 2016. La production des premiers vaccins et immunothérapies cellulaires sera réalisée dans ce laboratoire. • Le laboratoire GMP de production cellulaire sur le site du Biopôle a été inauguré en septembre 2016 et est encore en cours de qualification. • La Biobanque oncologique est développée en collaboration avec l'Institut de pathologie (IPA) et la Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL) du CHUV. • Le financement des études cliniques est assuré pour les premières phases I en immunothérapie. • L'unité de dermatoscopie numérique a été transférée au Service de dermatologie. Son développement est en cours. • La plateforme de radiologie interventionnelle mini-invasive est en cours de développement. • La radiochimie diagnostique et thérapeutique est en cours de développement. Le volet clinique s'est développé notamment avec l'arrivée du Pr Niklaus Schaefer et un poste de rang professoral est actuellement au concours pour développer le volet recherche.	☺	80 %
Mesure 2.1.6	Participer à la construction du bâtiment de recherche translationnelle (Agora) qui abritera le Centre suisse du cancer - Lausanne (CHUV, UNIL, EPFL, Fondation ISREC)	• La première pierre du bâtiment Agora sur le campus du CHUV a été posée fin septembre 2016. • La Fondation ISREC prend en charge la construction d'Agora (budget total de 87 millions de frs) qui regroupera 12'000 m^2 dont 9'500 m^2 de laboratoires de recherche, bureaux, plateformes et hôpital in vivo. • Les directions UNIL-CHUV et EPFL ont validé le plan d'occupation des locaux. Les groupes de recherche seront sélectionnés suivant des thèmes précis de programmes interdisciplinaires scientifiques et thérapeutiques autour de la recherche translationnelle sur le cancer. L'alignement entre les programmes de thérapies du DO au CHUV et les domaines de recherche fondamentale et translationnelle tels que le micro-environnement tumoral, l'ingénierie immunitaire et les métastases, est primordial. Le développement d'une plateforme pour l'immunothérapie personnalisée et pour l'ingénierie immunitaire de nouveaux agents thérapeutiques est prévu pour le 2ème étage du bâtiment. • Un directeur administratif en charge des bâtiments liés à la recherche fondamentale et translationnelle en oncologie a été engagé ; il est en charge de définir et affiner le design des laboratoires et espaces occupés par les plateformes. • Le bâtiment est en voie de finalisation et sera livré par le constructeur le 15 juin 2018. Il sera progressivement occupé dès octobre 2018. • Cf. aussi mesure 4.1.3.	☺	100 %

Objectif 2.2	**Poursuivre le développement du domaine cardiovasculaire**	La création du Centre universitaire romand de cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques a été réalisée. Les études de variantes d'organisation pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque ont été effectuées. Elles ont débouché sur la création d'un Département cœur-vaisseaux (DCV) au 1er janvier 2017 qui regroupe les Services d'angiologie, de cardiologie, de chirurgie cardiaque et de chirurgie vasculaire, ainsi que l'Unité de cardiologie expérimentale (cf. aussi mesure 2.2.2). La mise en exploitation du Service de chirurgie vasculaire est effective depuis le début de l'année 2015 et il a rejoint le DCV au 1er janvier 2017. La Filière STEMI est opérationnelle à 100 % également depuis le début de l'année 2015. Le Centre de compétence d'insuffisance cardiaque sévère et greffe cardiaque en Suisse romande a été intégré au DCV.	☺	
Mesure 2.2.1	Développer la cardiochirurgie pédiatrique	Le Centre universitaire romand de cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatriques est pleinement opérationnel. Il est dirigé par le Pr Maurice Beghetti, tandis que le Pr René Prêtre assume la coordination de l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique. Il compte cinq chirurgiens qui opèrent sur les deux sites des HUG et du CHUV. Ils assurent les urgences 24h/24 et 7j/7 au sein d'une seule équipe de garde. En outre, le centre offre des consultations de cardiologie pédiatrique au-delà de l'arc lémanique, notamment dans les villes d'Aigle, de Delémont, de Neuchâtel, de Payerne, de Porrentruy et de Sion. En mutualisant leurs forces, le CHUV et les HUG améliorent aussi les perspectives de recherche et de formation pour les médecins de la région. Le centre effectue chaque année entre 300 et 400 interventions du cœur sur des enfants avec les standards européens les plus exigeants.	☺	100 %
Mesure 2.2.2	Mutualiser l'activité hospitalière cardiologie-cardiochirurgie	Depuis le 1er novembre 2017, les Services de cardiologie et de chirurgie cardiaque, qui ont rejoint le nouveau Département cœur-vaisseaux créé le 1er janvier 2017, ont mis en place une supervision commune des patients de cardiologie et de chirurgie cardiaque au sein d'une unité d'hospitalisation partagée.	☺	100 %
Mesure 2.2.3	Créer un Service de chirurgie vasculaire au sein du Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA)	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le Service de chirurgie vasculaire est en activité depuis le 1er janvier 2015. Il fait partie du nouveau Département cœur-vaisseaux (DCV) créé au 1er janvier 2017.	☺	100 %
Mesure 2.2.4	Unifier la prise en charge interdisciplinaire des pathologies vasculaires	Depuis le 1er novembre 2017, la prise en charges des pathologies vasculaires a été unifiée au sein d'une unité d'hospitalisation médico-chirurgicale chirurgie vasculaire - angiologie au BH15. Un médecin-assistant d'angiologie effectue un suivi des problèmes vasculaires et de médecine interne des patients chirurgicaux. Des tournus de 3 mois dans les deux services sont organisés pour les médecins-assistants en formation en angiologie et en chirurgie vasculaire.	☺	100 %
Mesure 2.2.5	Consolider la filière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde (STEMI)	*Etat à mars 2016 (terminé):* La filière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde (STEMI) est opérationnelle depuis janvier 2013. Un symposium au CHUV en juin 2015 a permis de présenter un bilan sur deux ans d'activité de cette filière au CHUV. Les résultats sont excellents et aussi bons que ceux des autres centres de cathétérisme cardiaque. Désormais, c'est la visibilité et l'accessibilité de la filière STEMI, en amont du CHUV et en collaboration avec le Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud qui sera la prochaine étape essentielle d'amélioration du processus de prise en charge. La filière STEMI a été intégrée dans le nouveau Département cœur-vaisseaux (DCV) (cf. mesure 2.2.2).	☺	100 %
Mesure 2.2.6	Développer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale	A la fin de l'année 2014, un groupe de travail a été constitué pour l'élaboration des concepts de prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère. Trois axes principaux ont été planifiés à ce sujet : 1. le développement d'une activité avec la mise en place d'un Centre de compétence d'insuffisance cardiaque sévère et greffe cardiaque en Suisse romande (CISERO); 2. le lancement du programme "Destination Therapy"; 3. le développement d'une filière "Insuffisance cardiaque" pour l'ensemble du CHUV. Ces projets sont intégrés dans le DCV et sont en cours de mise en œuvre.	😐	80 %

Objectif 2.3	**Poursuivre le développement des neurosciences cliniques**	L'essentiel des mesures structurantes ont été mises en place : • (2.3.2) L'activité du Centre Leenaards de la mémoire (CLM) continue à croître et la coordination avec les centres mémoire régionaux a été consolidée. La plateforme IRM de recherche sur la mémoire est en place et impliquée dans des projets ambitieux, notamment avec la cohorte CoLaus. • (2.3.3) La convention Lavigny-CHUV est signée. Le projet de création d'un Service universitaire de neuroréhabilitation (SUN) Lavigny-CHUV, démarré en septembre 2016, avance selon planning. La construction sur le site de Lavigny prévoit l'ouverture en 2021 de 65 lits, ainsi que du CRINN (500 m^2). • (2.3.5) La chaire d'autisme, ainsi que le Centre cantonal de l'autisme (CCA) sont créés et en phase de développement. Plusieurs structures cliniques et de recherche ont déjà été mises en place selon le Plan cantonal de l'autisme, en coordination avec les politiques pédagogiques et éducatives (SESAF), sociales (SPAS) et sanitaires (CHUV et SSP). Les enjeux actuels concernent les aspects recherche: • (2.3.1) Le développement de la plateforme médicale du Human Brain Project, déjà déployée dans 4 hôpitaux européens, se poursuit. Le financement est garanti pour deux ans supplémentaires. • (2.3.4) Le développement du Centre de recherche en neuroréhabilitation (CRINN) de 500 m^2 à Lavigny avance selon planning. Une phase pilote a démarré en décembre 2017 avec le lancement de 3 projets de recherche grâce à la mise à disposition par l'Institution de Lavigny de 150 m^2. • (2.3.6) La collaboration des Départements des neurosciences cliniques du CHUV (DNC), des neurosciences fondamentales de la FBM (DNF) et de psychiatrie du CHUV (DP) a permis de définir des domaines de recherche communs et d'identifier les premiers projets. Le NCCR SYNAPSY a permis de lancer plusieurs projets en coordination avec les partenaires. Il est actuellement en mutation. Les interactions recherche entre DNF, DP et DNC doivent être renforcées. Suite à plusieurs réunions impliquant les chefs des DNC et DNF, le représentant du DP et le Doyen de la FBM, une initiative a été lancée par le Décanat pour élaborer un plan de développement coordonné de la recherche en neurosciences au CHUV et à l'UNIL. • (2.3.7) Le développement de la plateforme NeuroTech rencontre un vif intérêt national et international. La nouvelle Fondation NeuroTech a bénéficié de premiers dons substantiels qui ont permis de financer le matériel et l'IT nécessaire à la mise en place de l'infrastructure. Son activité sera déployée dans de nouveaux locaux courant 2018.	☺	
Mesure 2.3.1	Participer au Human Brain Project (HBP)	Le prototype de la plateforme médicale du HBP, développé au CHUV, est opérationnel depuis juin 2015. Il inclut des données anonymisées de diverses sources (neuroimagerie, diagnostic, biologie) provenant de patients atteints d'affections neurologiques. La plateforme a été déployée dans 4 autres hôpitaux européens : CHUV-Centre de la mémoire, Lille (F), Freiburg (D) et Milan (I). Les cliniciens dans les centres vont collaborer pour partager les données en utilisant les outils big data/machine learning pour répondre à des questions sur les maladies cérébrales. L'état fonctionnel de la MIP ainsi que son déploiement sur à présent 7 hôpitaux ont progressé bien qu'il persiste un certain nombre de problèmes techniques à régler pour permettre un fonctionnement optimal de la plateforme informatique médicale (MIP) du HBP. Un changement de gouvernance de la MIP est intervenue en novembre 2017 (placée sous la responsabilité du Pr P. Ryvlin). Un plan de développement de la MIP pour la période SGA2 (2018-2020) a été élaboré et globalement approuvé par la gouvernance de l'HBP, permettant la poursuite du projet pour deux années supplémentaires.	😐	80 %

Mesure 2.3.2	Consolider les activités cliniques et de recherche du Centre Leenaards de la mémoire dans le cadre du Plan cantonal Alzheimer et du développement de la plateforme de recherche en IRM	• L'activité clinique du Centre Leenaards de la mémoire (CLM) continue de croître à un rythme régulier. Sur le plan de la recherche, le développement du registre CLEMENS a été poursuivi avec la mise en place de procédures permettant son exploitation par l'ensemble des acteurs concernés par la filière de soins du CLM dans le cadre d'une organisation structurée tant sur le plan administratif que scientifique. • Un plan d'action post-audit a été élaboré et mis en œuvre. Dans ce cadre, la structure administrative du CLM a évolué pour devenir un Service interdisciplinaire du CHUV à part entière, avec engagement d'un médecin cadre, le Dr Olivier Rouaud, adjoint du chef de service. • L'IRM recherche du DNC est à présent organisée comme une plateforme de recherche directement rattachée à la direction du Département des neurosciences cliniques. Ses comités techniques et de sûreté ont été mis en place. La plateforme est auto-financée sur ses deux premiers exercices 2016-2017, étant entendu qu'elle bénéficie toujours du soutien financier de fondations extérieures pour la maintenance de l'appareil IRM et le salaire du Dr Lutti, physicien en charge des aspects techniques et opérationnels de la plateforme. Ce dernier bénéficie d'une chaire de "professor tenure track" financée par la Fondation Roger De Spoelberch jusqu'en mars 2021. La plateforme est impliquée dans des projets de recherche ambitieux, notamment dans le cadre de la cohorte CoLaus dont plus de 1'200 participants ont bénéficié d'un examen IRM. Elle est également engagée dans des collaborations nationales et internationales. Il y a néanmoins lieu de poursuivre la croissance d'utilisation de cette plateforme, notamment dans le but de pouvoir couvrir à terme ses frais de maintenance. • L'implémentation du projet CLEMENS dans les centres de la mémoire (CM) régionaux d'une part et dans les centres romands d'autre part (au 1er chef les HUG) fait l'objet d'un préavis favorable de la Fondation Leenaards qui doit encore le valider prochainement pour ce qui est de son soutien financier pour les 3 prochaines années (réponse printemps-été 2018). La Fondation Leenaards souhaite cependant s'assurer du soutien institutionnel (CHUV et autres institutions publiques), à faible coût mais sur le long terme, de ce projet. Le projet a été présenté ou devrait l'être prochainement au SSP et à l'Association VD-GE.	☺	95 %
Mesure 2.3.3	Créer un Centre de neuroréhabilitation Lavigny-CHUV sous la direction du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation (NPR), intégrant les aspects académiques	Les filières AVC et TCC ont été consolidées de manière effective. La convention créant le Service universitaire de neuroréhabilitation (SUN), signée en mai 2016, donne une envergure plus importante à cette mesure et révise à la hausse l'ampleur des travaux de mise en œuvre. Le COPIL SUN a été constitué en octobre 2016 avec une séance officielle de lancement du projet en janvier 2017. Les 3 volets du projet SUN avancent depuis comme prévu : 1. La construction architecturale sur le site de Lavigny (65 lits et le CRINN), dont la complétion est prévue pour 2021. 2. La création d'un service intégré clinique et académique avec une porte d'entrée commune en neuroréhabilitation stationnaire et une présence médicale croisée. 3. La création du Centre de recherche en neuroplasticité et neuroréhabilitation (CRINN), voir point 2.3.4. L'activité pourra augmenter en fonction des constructions prévues à Lavigny. Le rapprochement des activités cliniques a débuté en 2017 avec une admission coordonnée des patients pour la neuroréhabilitation stationnaire et la mise en place du colloque commun de neuroradiologie (par téléconférence) qui permet de passer en revue les patients pris en charge par chacun des partenaires. Les deux institutions collaborent à ANQ et ST Reha et durant 2018 compareront ainsi les profils de leurs patients. La convention de collaboration médicale est en signature et permettra une présence médicale croisée dès 2018. Durant 2018 sera mis à jour/élaboré le business plan (dotations et budget) pour les secteurs hospitalier (75 lits) et ambulatoire (agrandi) du futur SUN. Puis suivront les aspects administration, organisation et gouvernance.	☺	70 %

Mesure 2.3.4	Participer au projet de création d'une plateforme de recherche à Lavigny avec le Centre de neuroprosthétique de l'EPFL	En vue de la création du CRINN, le concept de cette plateforme de recherche a été consolidé (dossier stratégique) et des partenariats académiques et industriels définis. A terme, la plateforme de recherche comprendra 500 m^2 de laboratoire. Le périmètre du futur CRINN est bien doté de fonds compétitifs (FNS et autres), y compris en 2017 un professeur boursier FNS et deux boursiers FNS AMBIZIONE. Grâce à la mise à disposition de 150 m^2 à Lavigny, le projet CRINN est entré dans une phase pilote, avec l'ouverture au 1er décembre 2017 et avec les 3 premiers projets de recherche. Dès l'été 2018, 3 nouveaux projets rejoindront le CRINN. Le budget de la phase pilote a été élaboré et approuvé par les deux institutions. La convention d'exécution concernant le CRINN est actuellement en signature. Les surfaces de 500 m^2 du CRINN seront probablement disponibles en 2021 ; actuellement le budget d'investissement est en cours d'élaboration. Le dossier stratégique CRINN a été déposé au SSP en mars 2018 avec notamment le programme des locaux et la planification de montée en charge des projets. Le business plan du CRINN, en cours d'élaboration, sera finalisé pour SSP d'ici l'automne 2018. Une demande budgétaire pour le poste professoral dans le cadre de la planification académique 2019 a été déposée à la FBM en janvier 2018.	☺	50 %
Mesure 2.3.5	Créer une chaire d'autisme	La chaire d'autisme a été créée et confiée à la Pr Nadia Chabane en septembre 2014. Le Centre cantonal de l'autisme (CCA) a ouvert en juillet 2015. Un COPIL mis en place en avril 2015 pilote et suit son développement. Le modèle cantonal de prise en charge des troubles du spectre de l'autisme (TSA), validé par l'ensemble des partenaires impliqués, est en cours d'implémentation. Dès 2017, les premières structures du plan de développement articulant les politiques pédagogiques et éducatives (SESAF), sociales (SPAS) et sanitaires (CHUV et SSP) ont pu être mises en place ; ces mesures sont inscrites dans le plan de législature 2017-2022. Le développement du CCA se poursuit selon le programme établi. Réalisations principales : *Activité de recherche:* • Mise en place de l'équipe de recherche et de collaborations nationales et internationales et choix des thématiques phares. • Acquisition et mise en place du laboratoire EEG/Eyetracking et collaboration avec Pr Micah Murray (Laboratory of Investigative Neurophysiology, UNIL-CHUV). • Mise en place d'une collaboration avec Pr Hagmann au CIBM (Centre Imagerie BioMédicale, CHUV) pour l'IRM. • Développement et mise en activité de la base de données recherche (Redcap) et du registre clinique. • Développement protocole des différentes études (choix des outils, faisabilité, mise en place). • Démarrage étude population à risque (facteur génétique) en septembre 2017. • Inclusion de 10 familles porteuses de mutations génétiques. *Activité clinique:* • Le dispositif d'intervention précoce (DIP) pour les enfants de 18-48 mois a ouvert en septembre 2017. • Une Classe enfantine spécialisée (6 places) pour les 4-6 ans a ouvert en février 2017. • Les Centres thérapeutique de jour pour enfants de 4-12 ans déjà existants du nord et de l'ouest ont été rattachés au CCA, dispositifs actuellement accompagnés pour une mise en place de pratiques actualisées. • La cantonalisation du CCA par la création d'antennes au nord et à l'ouest est en cours (phase de recrutement). • L'équipe mobile pour mineurs (EMDM) a été rattachée au CCA en 2017. • Mise en place de la formation et du conseil scientifique pour une équipe dédiée aux personnes adultes avec un TSA et déficience intellectuelle en institution ou à domicile (SPDM). • La création d'une petite équipe adulte dédiée au diagnostic et à l'accompagnement des personnes adultes avec TSA sans déficience intellectuelle, validée par le SPAS et le CE est en cours. • Poursuite et intensification du programme de formation des professionnels concernés par les troubles du spectre de l'autisme (TSA) dès 2016. • Premières sessions de travail trimestrielles avec l'association Autisme Suisse Romande afin de discuter ensemble des points de développement au regard des attentes des usagers. • Activité diagnostique : la file active (patients en cours de diagnostic) est de 350 personnes. 209 bilans diagnostics et fonctionnels (env. 1 semaine de travail par bilan) ont été réalisés.	☺	100 %

Mesure 2.3.6	Créer un comité scientifique fédérant les Départements des neurosciences fondamentales (UNIL), des neurosciences cliniques (CHUV), et de psychiatrie (CHUV) pour soutenir le Pôle de recherche national (NCCR) SYNAPSY (mécanismes synaptiques de maladies mentales)	Le groupe de travail (GT), qui se réunit mensuellement dès septembre 2015, a rapidement défini la stratégie de développement d'actions fédératives entre les trois départements concernés (DP, DNC, DNF). Un programme de conférences partagées a été mis en place dès 2016. Suite à un état des lieux des thématiques de recherche prioritaires et potentiellement communes ou synergiques effectué en 2016, le GT a identifié 5 domaines de recherche dans lesquels les 3 départements peuvent établir des collaborations et faire émerger une complémentarité. Ces domaines sont liés soit à des pathologies, soit à des techniques de recherche. Des groupes de terrain ont été constitués autour de chacun de ces thèmes pour identifier des lignes de recherche communes : • *Inflammation* (mécanisme commun à plusieurs troubles) : réunions régulières (DNC-CNP-DNF) et projets en cours ; • *Cellules souche* (outil de recherche) : projets conceptualisés (DNC-CNP-DNF) et demande de plateforme soumise au Doyen FBM ; • *Psychose* : plusieurs collaborations en cours (CNP-DNF) dans le cadre SYNAPSY et au-delà ; • *Autisme* : collaborations en construction autour d'un thème qui sera renforcé dans la phase III de SYNAPSY ; • *Epilepsie* : portefeuille de projets mis en place. En 2017, après discussions entre le groupe de pilotage (Prs Bagni, Ryvlin et Conus) et le Doyen FBM, un chef de projet, identifié en la personne de M. Billotte, va aider à la coordination des liens entre les 3 entités lausannoises. Concernant SYNAPSY, le Pr P. Conus va être nommé co-directeur représentant FBM-UNIL. Le nouveau bâtiment du CNP à Cery ouvrira fin 2018 et la commission de réflexion sur la succession de Pr Kim Do fin 2019 va rendre son rapport : cette succession est une question cruciale vu que la pérennisation du NCCR sera basée sur le partenariat étroit entre le CNP, le Centre de neurosciences SYNAPSY actuellement développé par l'Université de Genève sous la direction de Pr Dayer et le DNF. La procédure de renouvellement de SYNAPSY pour la 3ème phase est en cours, sous le concept global suivant : « novel biomarker based early-intervention strategies », renouvellement basé en partie sur les collaborations internationales établies entre SYNAPSY-Lausanne et plusieurs consortia européens et américains (EUGEI, STRATA, NAPLS). Le programme « clinician scientists » Lausanne-Genève se poursuivra dans le contexte SYNAPSY, avec soutien à des carrières MD-PHD en neurosciences psychiatriques translationnelles. La Pr Kim Do Cuénod est la lauréate 2017-2018 du SIRS Outstanding Basic Science Award en reconnaissance de sa contribution exceptionnelle à la recherche sur la schizophrénie. Le Pr Philippe Conus a reçu le Grand Prix Halphen de l'Académie des Sciences de Paris et le Dr Paul Klauser a reçu la bourse Frutiger pour la recherche en neurosciences.	☺	50 %
Mesure 2.3.7	Mettre en place un pôle d'évaluation de l'impact des technologies mobiles pour la santé (eHealth/mHealth) et des neurotechnothérapies en partenariat avec la plateforme de soutien à la recherche clinique (PSRC, CHUV) et l'initiative H2030 pour la médecine personnalisée (Consortium EPFL, HUG, CHUV, UniGe, UNIL)	Le groupe de travail NeuroTech a organisé une première table ronde à laquelle participèrent une soixantaine de représentants de diverses institutions intéressées par le développement des neurotechnologies (CHUV, EPFL, Wyss Center, SIB - Swiss Institute for Bioinformatics, SSP, HES, start-up, entreprises télécom, réseau, pharma, CRO - Contract Research Organizations). En parallèle, NeuroTech a obtenu un premier appel d'offre compétitif (CTI Suisse -Corée du Sud) et s'est engagé dans plusieurs études cliniques. La Fondation NeuroTech, agréée par le CHUV, a été créée et a bénéficié de premiers dons à hauteur de 120'000 frs. La plateforme NeuroTech CHUV a par ailleurs bénéficié de la Loterie romande d'un don de 180'000 frs. L'ensemble de ces éléments ont permis d'acquérir l'ensemble du matériel nécessaire à la mise en place de l'infrastructure de NeuroTech, y compris sa plateforme IT reposant sur l'accès au datawarehouse Oracle du CHUV par le biais d'un IoT (Internet of Things) dédié également fourni par Oracle. De nouveaux locaux seront mis à disposition de NeuroTech pour déployer son activité, d'une part au sein du Pavillon 4 (à partir de mi-avril 2018) et d'autre part au sein du Biopôle (à partir de juillet 2018). Par ailleurs, deux chambres de l'Hôtel des patients ont pu être équipées de manière à pouvoir participer aux activités de NeuroTech. Le Pr David Atienza, professeur de l'EPFL et expert mondialement reconnu dans le domaine des technologies de Santé Mobile, a rejoint officiellement l'équipe NeuroTech dans le cadre d'un poste de Professeur invité bénévole du DNC. Enfin, NeuroTech a obtenu un nouveau financement Européen (projet RECIPE) et va participer aux activités de la MIP-HBP durant SGA2.	☺	90 %

Objectif 2.4	**Développer l'infectiologie, l'immunologie et la vaccinologie**	Remarquable collaboration entre les Services des maladies infectieuses (MIN) et d'immunologie et d'allergologie (IAL) dans l'enseignement (en pré-gradué: cours d'immunologie ; en post-gradué: formation continue pour omnipraticiens et spécialistes) et en recherche (projets Sinergia du Fonds national et Fondation Bill et Melinda Gates). Sur le plan clinique, le projet « lits de spécialités du Département de médecine » va permettre d'intensifier les interactions entre les deux spécialités MIN et IAL, en particulier dans la prise en charge des patients immunocompromis. Excellence, visibilité et reconnaissance internationale dans les trois domaines du plan stratégique.	☺	
Mesure 2.4.1	Développer un Centre de référence en chirurgie septique	Collaboration exemplaire entre les différents partenaires du Centre. Très forte augmentation des consultations de maladies infectieuses en chirurgie septique durant les quatre dernières années. Fin 2017, retour au CHUV d'un médecin cadre infectiologue après trois ans de formation à l'étranger. Nécessité de développer une consultation ambulatoire conjointe, créer un registre des infections ostéo-articulaires et mettre sur pied une unité de recherche translationnelle. Pérennisation et poursuite du développement de l'Unité d'antibiothérapie parentérale ambulatoire [projet 0176] favorisant les prises en charge ambulatoires précoces, projet soutenu notamment par le Service des maladies infectieuses, le Centre de chirurgie septique et la PMU.	☺	90 %
Mesure 2.4.2	Créer un Centre en infectiologie de l'hôte immunocompromis	Poursuite du développement des consultations spécialisées pour la prévention et le traitement des complications infectieuses chez l'hôte immunocompromis (VIH, transplantation, onco-hématologie, nouvelles thérapies immunosuppressives pour maladies inflammatoires et auto-immunes). Création d'une base de données cliniques à Beaumont 7 (projet MINCO du secteur MINK). Excellence des programmes clinique et de recherche (VIH, immunogénétique, vaccinologie) soutenus par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), la Commission Européenne et la Fondation Bill et Melinda Gates. Problème persistant : incapacité de regrouper les consultations ambulatoires des différents secteurs par manque de locaux (demande en cours depuis de nombreuses années).	☺	70 %
Objectif 2.5	**Poursuivre le développement dans le domaine du métabolisme et de la nutrition**	Suite au départ de l'un des co-médecins-chefs du Service EDM en été 2017, le programme « métabolisme & nutrition » doit être repensé et son suivi a été mis en stand-by. Les projets mis en stand-by seront revisités lors de la prise de fonction du nouveau co-médecin-chef de service. *Résumé des mesures:* • Deux projets sont en cours dans le cadre du programme cantonal de prévention primaire et secondaire du diabète : a) étude des populations à risque et instauration d'un programme de prévention ; b) création d'une consultation spécialisée pour prévention secondaire du diabète et lipides. • La création du Centre d'endocrinologie et métabolisme du jeune adulte (CEMjA) terminée en 2015 et la participation au programme cantonal de chirurgie bariatrique ont contribué à consolider la filière de prise en charge de l'obésité infantile et adulte. • Le Pôle thématique de recherche Métabolisme - Nutrition - Vieillissement (LIMNA) créé en 2014 et la Cohorte obésité Lausanne (CoOL) qui a débuté en octobre 2017 répondent au besoin de translationnalité des pathologies métaboliques. *Etat à mars 2016:* Sur 5 projets prévus au niveau de cet objectif, 2 ont été lancés au 2ème semestre 2015, à savoir : • Le Centre d'excellence en maladies rares endocrines dont les objectifs sont de développer un centre translationnel des pathologies endocriniennes et d'atteindre l'excellence dans la prise en charge clinique, génétique et le soutien pour les patients/familles. Un focus est fait sur l'endocrinologie de la reproduction et les tumeurs endocrines (thyroïde, hypophyse, surrénales). [demande 2116] • Le développement de la nutrition pédiatrique. Il est nécessaire de renforcer la nutrition pour les enfants qui font face à des pathologies diverses complexes et chroniques dans toutes les spécialités. Aujourd'hui, les ressources humaines dans ce domaine sont limitées. Le projet consiste à renforcer ce secteur d'activités. Il doit permettre de revoir les interfaces entre la pédiatrie médicale, la chirurgie pédiatrique, les soins intensifs pédiatriques et la néonatologie.	😐	

Mesure 2.5.1	Développer le programme de prévention primaire et secondaire du diabète dans le cadre du programme cantonal	*Etat à mars 2016 (% à mars 2018):* Deux projets ont été lancés dans le courant du 2ème semestre 2015 pour répondre à cette mesure relative à la prévention du diabète : • La prévention primaire du diabète. En raison de l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2, ce projet a notamment pour objectif d'étudier des populations à risque de développer un diabète et d'instaurer un programme de prévention. • La consultation spécialisée pour prévention secondaire du diabète et lipides. A l'heure actuelle, les consultations de lipides sont très peu développées et peu de prévention secondaire pour les maladies CV est faite. Dès lors, ce projet doit permettre de développer un centre de lipidologie en collaboration étroite avec les cardiologues, les néphrologues et les angiologues.	☺	70 %
Mesure 2.5.2	Consolider la filière de prise en charge de l'obésité adulte et infantile, y compris la chirurgie bariatrique dans le cadre du programme cantonal	*Etat à mars 2016 (% à mars 2018):* Trois projets pour répondre à cette mesure relative à l'obésité : • Lancé en 2012, terminé en 2015: création du Centre d'endocrinologie et métabolisme du jeune adulte (CEMjA) [projet 1142] avec une équipe interdisciplinaire experte afin d'optimiser la transition du suivi pédiatrique vers le suivi adulte des patients obèses avec diabète et endocrinopathies juvéniles chroniques. Permet de diminuer la morbidité et les comorbidités dues à la rupture des soins. Autres axes développés dans le cadre de ce projet : création d'un laboratoire de diagnostic des maladies génétiques endocriniennes rares (LDMGE) unique en Suisse ; la formation aux soignants ; ainsi que le développement d'un programme de recherche translationnelle sur les maladies endocriniennes rares. • Le projet de programme cantonal de chirurgie bariatrique. • Le projet de création d'une plateforme de réentraînement / activité physique a pour le moment été refusé par manque de ressources. [demande 2150]	☺	80 %
Mesure 2.5.3	Créer un Centre translationnel des pathologies métaboliques UNIL-CHUV	Deux projets répondent à cette mesure relative aux pathologies métaboliques : • Le pôle thématique de recherche Métabolisme - Nutrition - Vieillissement (LIMNA) a été créé en 2014. Il est couronné de succès avec notamment : plus de 100 équipes participantes ; en 2017, 26 séminaires et trois symposia organisés ; la réforme de l'enseignement en biologie ; une levée de fonds externe : 60 kFrs de NIHS (Nestlé), 30 kFrs de l'UNIL. • Une cohorte obésité Lausanne (CoOL) a débuté en octobre 2017. La Commission d'éthique a accepté la demande. Trois personnes travaillent à plein temps sur le recrutement de la cohorte.	☺	70 %
Objectif 2.6	**Poursuivre et consolider les domaines de la médecine hautement spécialisée (MHS) attribués au CHUV**	Le dispositif (organisation, processus et outils) de suivi des critères de chaque mandat MHS attribué au CHUV a été mis en place par le Service projets et organisation stratégiques (POS) en 2013, puis repris par la Direction médicale (DIM) pour exploitation en 2014. Les critères MHS sont généralement entièrement satisfaits ; dans certains cas majoritairement satisfaits. Lorsque des ressources manquaient pour satisfaire à certains critères (main d'œuvre qualifiée, nombre de lits, etc.), elles ont été allouées par le Comité de direction du CHUV. Le développement des domaines MHS se poursuit selon la feuille de route fédérale et en partenariat avec les cantons romands. Cf. le Rapport qualité CHUV pour les détails.	☺	
Mesure 2.6.1	Soutenir la relève académique dans ces domaines en encourageant les formations internationales	*Etat à mars 2016 (terminé):* Les demandes de bourse au Fonds de développement pour des formations à l'étranger sont priorisées s'il s'agit d'une formation dans un domaine MHS et en fonction des critères dûment définis.	☺	100 %
Mesure 2.6.2	Développer les compétences en soins spécialisés pour soutenir ces activités	*Etat à mars 2016 (terminé):* Les compétences actuelles sont suffisantes pour répondre aux critères MHS. Le cas échéant, les demandes de réallocation portant sur l'acquisition de compétences nécessaires à un mandat MHS seront priorisées et traitées désormais au niveau opérationnel (amélioration continue).	☺	100 %

Mesure 2.6.3	Soutenir les projets de recherche clinique auprès de la FBM et des instances nationales de recherche	La création du Service de soutien à la recherche clinique (SRC), rattaché au Département formation et recherche (DFR) depuis début 2016, a permis de regrouper les équipes de la Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL), de l'Unité informatique pour la recherche clinique (ITRC) et du Centre de recherche clinique (CRC), Cette structure a permis d'améliorer la gouvernance. Elle favorise les synergies, collaborations et mutualisations au sein du CHUV, mais aussi avec la recherche fondamentale à l'UNIL. Cette plateforme UNIL-CHUV permettra au CHUV de se positionner comme acteur incontournable au niveau national dans la mise en place de la médecine personnalisée encouragée par le Conseil fédéral.	☺	100 %
Objectif 2.7	**Développer la médecine génomique**	Plusieurs projets seront financés par SPHN; ils concernent le CHUV. Un lien fort entre l'oncologie personnalisée et la médecine de précision se met en place: les objectifs se redéfinissent en fonction de différents paramètres, tant stratégiques que financiers.	☺	
Mesure 2.7.1	Développer et consolider la Biobanque institutionnelle de Lausanne UNIL-CHUV (BIL)	L'activité s'est développée conformément aux plans. La BIL est intégrée au sein de l'Unité de valorisation des données et des échantillons (VDE) qui est rattachée au DFR. Le blocage de 2017 lié à des problèmes juridiques et éthiques a été résolu et l'usage de la biobanque est à nouveau possible dans le cadre de projets bien définis. Un gros travail a été fourni pour permettre la mise en conformité de la BIL avec les exigences définies par la Swiss Biobanking Platform (SBP) et les critères internationaux, notamment en ce qui concerne le consentement général et le système qualité.	☺	90 %
Objectif 2.8	**Favoriser les interactions entre la recherche et la clinique**	Les collaborations entre recherche et clinique se sont intensifiées sur de nombreux tableaux. Le Département d'oncologie (DO) mixte CHUV-UNIL créé en 2013 a été consolidé (cf. mesure 2.1.1). Un Département facultaire de soutien académique qui réunit le Département formation et recherche (DFR) du CHUV et le Département de soutien opérationnel de la FBM a été créé au sein de la FBM. Les synergies entre le CHUV et l'IUFRS/FBM ont été renforcées. Le Centre de recherche clinique est maintenant pérennisé au sein de DFR. Le renforcement de la formation des jeunes chercheurs MD/PhD et l'introduction d'une formation en recherche clinique doivent être repris sous un nouveau leadership. Le projet d'acquisition d'un scanner hybride PET/IRM en PPP pour soutenir la clinique et la recherche est soumis au décret sur la régulation des équipements médicotechniques lourds et son financement doit encore être réglé.	☺	
Mesure 2.8.1	Favoriser la création de structures réunissant les sciences fondamentales et les sciences cliniques (départements mixtes UNIL-CHUV du type oncologie)	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le Décanat, avec l'accord du Conseil de direction UNIL-CHUV, a créé un Département facultaire de soutien académique qui réunit le Département formation et recherche (DFR) du CHUV et le Département de soutien opérationnel de la FBM. Cette nouvelle structure permet de rassembler sous une seule gouvernance l'ensemble des activités de soutien académique, permettant ainsi une simplification des processus, une mutualisation des ressources et une communication plus efficiente entre les deux sections de la FBM.	☺	100 %
Mesure 2.8.2	Développer les synergies CHUV – IUFRS/FBM dans le domaine des soins et de la collaboration interprofessionnelle en matière de recherche et de pratique clinique	La Commission recherche et développement de la Direction des soins (DSO) assure la bonne coordination des recherches en soins entre les services cliniques et les équipes académiques. Elle œuvre également au transfert des résultats probants dans la pratique clinique. Plusieurs cadres académiques de l'IFRS y siègent et représentent les partenariats cliniques académiques unissant la DSO et l'IUFRS. Entre autres réalisations, la transmission des sujets de recherches issus des services cliniques vers les étudiants de l'IUFRS a été structurée et est opérationnelle.	☺	100 %
Mesure 2.8.3	Assurer la pérennisation et le développement du Centre de recherche clinique (CRC) à moyen et long terme	Le CRC est une unité fonctionnelle du DFR et fonctionne sous la direction du Pr M. Froissart. Le poste de médecin chef du CRC a été mis au concours (concours ouvert; deux candidats ont été retenus par la commission, dont le Pr Froissart).	☺	100 %
Mesure 2.8.4	Renforcer la formation des jeunes chercheurs MD/PhD et introduire une formation en recherche clinique	Le leadership de ce projet doit être redéfini.	○	-

Mesure 2.8.5	Acquérir un scanner hybride PET/IRM en PPP afin de soutenir le développement clinique et la recherche en oncologie, cardiovasculaire, métabolisme et neurosciences	L'analyse préliminaire a été initiée avec une étude d'implantation : étude de faisabilité de la localisation de la modalité et des interactions avec le projet de protonthérapie. Un premier chiffrage a également été effectué auprès des fournisseurs en vue d'établir le futur business plan. La répartition des examens projetée par le Service de médecine nucléaire est de 40-50% de PET/IRM avec une valorisation de Frs 3'000.- par examen acceptée par les assurances ; le reste du temps (50-60%), l'équipement pourrait être utilisé comme IRM dédiée aux examens du Service de radio-oncologie (RTH), dû à la proximité du centre de protonthérapie et aux examens de planification et de contrôle en radiothérapie. Ce projet d'acquisition est soumis au nouveau décret du 29.09.2015 sur la régulation des équipements médicotechniques lourds. Une composante de recherche sur cet appareil pourrait être financée dans le cadre d'une demande R'Equip en 2018, et le projet reporté dans le plan stratégique suivant.	○	5 %
Objectif 2.9	**Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement**	Les capacités de formation pré-graduée médicale ont passé de 160 à 220 étudiants et les outils pédagogiques adaptés. Les filières de formation post-graduée, renommées de ABCDx en CHAT, sont acceptées mais il manque des moyens pour les différencier. Des modules e-learning ont été développés, les techniques sont maîtrisées. Le leadership de cet objectif doit être redéfini.	☺	
Mesure 2.9.1	Soutenir les actions de l'UNIL dans l'augmentation des capacités de formation pré-graduée des médecins	*Etat à mars 2016 (terminé):* Les capacités de formation pré-graduée ont été finalisées pour passer de 160 à 220 étudiants. Les outils pédagogiques ont été adaptés aux exigences de la FBM par l'examen détaillé de l'Ecole de médecine lors de l'audit d'accréditation.	☺	100 %
Mesure 2.9.2	Améliorer la qualité et l'organisation des cursus de formation post-graduée médicale	L'adhésion des chefs de service aux filières de formations ABCDx est acquise. Cependant, les moyens mis à disposition pour différencier les filières, notamment les filières A et B de la filière C, ne sont pas identifiés. Dans l'objectif de disposer de données fiables et à jour sur les filières de formation ABCDx, la DRH et la DIM ont complété la présente mesure par une mesure de développement de champs de données dans PeopleSoft. La classification des filières a été changée, la nouvelle classification est : CHAT (Cabinet ou clinique, Hôpital, Académique, Transition).	☺	100 %
Mesure 2.9.3	Développer les nouvelles technologies en matière d'acquisition de compétences, dont l'e-learning, notamment pour les compétences génériques en matière de soins	*Etat à mars 2016 (terminé):* Les 4 modules e-Learning suivants sont réalisés : "Escarres", "Réaliser un ECG", "Lire un ECG", "Capsule douleur". Ils sont à disposition des services et départements. Les techniques de formation sur le web sont maîtrisées.	☺	100 %
Mesure 2.9.4	Participer au projet de création d'un Centre coordonné de compétences cliniques (C4), qui se développe dans le cadre du Campus Santé vaudois, en partenariat avec la Haute école de santé Vaud (HESAV), la Haute école de santé La Source (HEdS - La Source), la FBM de l'UNIL et la Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES)	Le Comité de pilotage a défini les besoins prioritaires. Sous la responsabilité du Service immeubles, patrimoine et logistique (SIPaL) et de la Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) avec la participation du CHUV représenté par S. Gallant et la FBM représentée par R. Bonvin, les travaux préparatoires au concours d'architecture ont été réalisés en 2015. Par ailleurs la mise au concours d'un poste de chargé de projet "utilisateurs" est abouti et le processus de recrutement est en cours. La modélisation et simulation de la Charge-Capacité du C4 a été réalisé par le CHUV (DRH-OrAC) pour les 4 Institutions partenaires (CHUV, FBM, HESAV et ELS). Elle a été présentée en mai 2017.	☺	70 %

Axe 3 Ressources humaines

Objectif 3.1	**Climat et culture institutionnels : améliorer la satisfaction et le bien-être des collaborateurs et développer un sentiment d'appartenance**	Projet accueil, Espace collaborateur, formation harcèlement, formation Micro-MBA, formation management de proximité, entretien de départ, nouvelle enquête de satisfaction, E-recrutement, marketing RH, pauses compensatoires pour les collaborateurs qui travaillent dans les locaux borgnes : toutes ces actions participent à améliorer la satisfaction et le sentiment de bien-être des collaborateurs au travail. Les 15 mesures de développements des femmes seront déployées en 2018.	☺	
Mesure 3.1.1	Développer les trois modèles d'organisation du travail que sont le job sharing, le temps partiel et le télétravail	Directives validées : Job sharing, Temps partiel. Les autres directives doivent encore être validées au Comité de direction.	☺	100 %
Mesure 3.1.2	Aménager des modèles d'organisation du temps de travail favorisant le retour à l'emploi après un congé maternité, durant une période d'allaitement ou après une longue absence	Mesure planifiée en 2017, est intégrée dans les 15 mesures favorisant la carrière des femmes qui seront déployées en 2018.	☺	50 %
Mesure 3.1.3	Augmenter et offrir des places en crèche et garderie correspondant à la demande interne. Proposer une offre de garde d'enfants compatible avec les contraintes d'horaires et de travail de l'Institution	Depuis 2014, 34 nouvelles places de crèches-garderies sont disponibles. Nous sommes en négociation pour 40 places supplémentaires qui ouvriraient au plus tôt pour la rentrée scolaire 2018-2019.	☺	100 %
Mesure 3.1.4	Mettre en place une structure de médiation pour les collaborateurs à l'interne	*Etat à juin 2017 (terminé):* Dispositif mis en œuvre et opérationnel. Depuis l'ouverture de l'Espace collaborateurs début mai 2015 jusqu'à fin mai 2017 (25 mois) : • 300 situations ont été enregistrées ; • 405 personnes concernées ; • 415 entretiens individuels réalisés ; • 30 médiations faites. Le Comité de direction a pris la décision de pérenniser la structure.	☺	100 %
Mesure 3.1.5	Former l'encadrement à la prévention des situations de mobbing et de harcèlement, ainsi que dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail	*Etat à mars 2016 (terminé):* La formation interne est opérationnelle depuis le 1er janvier 2015. A ce jour environ 100 cadres du CHUV ont participé à cette formation d'un jour. Le taux de satisfaction est très élevé tant du point de vue des participants que des intervenants. Il est à relever que ce cours constitue un premier partenariat entre la Direction RH, le Centre des formations, l'Unité santé sécurité au travail et les responsables RH de chaque département.	☺	100 %
Mesure 3.1.6	Expliquer les objectifs institutionnels et communiquer régulièrement sur leur degré de réalisation	Nécessite la définition du rôle de l'encadrement comme relais de l'information, d'identifier les relais et les canaux de communication et leurs responsables. Un kit de communication sera disponible. Prévu pour 2017-2018. Décision prise par le Comité de direction de créer le Canal Cadres sur l'intranet TRIBU, objectif automne 2018.	☺	70 %
Objectif 3.2	**Gestion prévisionnelle : planifier et anticiper les besoins en ressources humaines et en compétences**	Une partie de cet objectif sera limité à l'identification et à la préparation de la relève pour les médecins. Un concept de planification commune de la relève académique et hospitalière a été décidé entre la FBM et la DRH. Le concept a été soumis à la DG pour la rentrée d'août 2017 qui a décidé de joindre les réflexions sur la relève académique et la relève hospitalière sous un même leadership. A partir de ce socle, une gestion prévisionnelle de la relève sera formellement construite.	☺	
Mesure 3.2.1	Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)	La mise en place d'un outil informatique n'est pas possible avant la mise en place de la nouvelle version de PeopleSoft cantonal (pour l'ensemble de l'administration cantonale vaudoise) et du module gestion des postes. Le développement du module permettant la GPEC se fera dans le cadre du prochain Plan stratégique. La paie dans la nouvelle version PeopleSoft a été implémentée avec succès et est opérationnelle depuis le 1er janvier 2018.	○	-

Mesure 3.2.2	Pour les médecins : Identifier les postes, les fonctions, les personnes et les compétences clés de l'Institution et développer un plan de relève. Assurer et planifier la succession des cadres dirigeants, de l'encadrement de proximité et des collaborateurs hautement spécialisés	Cette mesure est orientée exclusivement sur les médecins et sera réalisée pour cette population d'ici à 2018. Le CHUV a priorisé cet objectif sur les médecins cadres d'ici 2020, 20% de ceux-ci seront en âge de prendre une retraite. De plus, pour les autres professions, notamment le corps infirmier, il existe déjà des structures de formation managériale. La question peut donc être traitée dans le prochain Plan stratégique.	😐	30 %
Mesure 3.2.3	Planifier et orienter les formations médicales post-graduées en fonction des besoins et des orientations fournies par l'Observatoire cantonal de la démographie médicale	L'analyse sur la démographie médicale est opérationnelle.	☺	100 %
Mesure 3.2.4	Développer des programmes de formation dans toutes les filières métiers de l'Institution, afin d'attirer, intégrer et retenir les jeunes collaborateurs et préparer la relève soignante, scientifique et technique. Promouvoir la formation post-grade pour toutes les professions du domaine des soins.	*Etat à mars 2016 (terminé):* Une offre de formation existe dans tous les domaines métiers. Le Centre des formations (CFor) a structuré son offre de manière à rendre visible l'offre des domaines de compétences métier, ainsi que l'offre des domaines de compétences transversales. Lorsqu'un besoin de formation est identifié, s'il n'est pas efficient de développer la formation en interne, le CFor conclut des partenariats avec des prestataires externes. L'objectif est pleinement atteint.	☺	100 %
Objectif 3.3	**Qualité de notre capital humain : augmenter l'attractivité du CHUV en tant qu'employeur ; recruter, gérer, développer, retenir et assurer la relève de nos talents**	Les projets suivants ont été mis en place : référentiel de compétences, assessment, Micro-MBA, management de proximité, Leadership, FormAction en gestion de projets, Management de l'amélioration continue, Unité de réinsertion professionnelle (URP), E-recrutement, site web-carrière. Six personnes du CHUV ont été certifiés (Prosci de Nexum) en Change management.	☺	
Mesure 3.3.1	Augmenter la visibilité du CHUV comme employeur de référence par des actions de marketing RH ciblées, par une présence dans les médias, les réseaux sociaux et les Hautes écoles	*Etat à mars 2016 (terminé):* Les projets suivants réalisés ont contribué à améliorer la visibilité du CHUV : magazine In Vivo, Conférences, 5 à 7, participation à Universum (classement des meilleurs employeurs selon les étudiants), création d'un portail carrière. Présence médias à large audience : RTS - Temps présent, TF1, TV5 Monde, HR Today, 24Heures, Le Temps. *Depuis mars 2016:* Trois conférences du DRH sur le management bienveillant. Deux articles dans la presse au sujet des mesures favorisant la carrière des femmes. Un article HR Today sur amélioration continue et organisation. Trois conférences SAQ. Une conférence Change management.	☺	100 %
Mesure 3.3.2	Professionnaliser le processus de recrutement et développer un outil de e-recrutement	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le logiciel est en service au CHUV depuis février 2016. L'équipe E-recrutement est constituée. Le projet est terminé.	☺	100 %
Mesure 3.3.3	Professionnaliser le processus d'accueil (e-accueil) des nouveaux collaborateurs et introduire un plan d'intégration obligatoire sur les 3 premiers mois. Offrir dans ce cadre des prestations de mentoring	Le programme d'intégration du personnel administratif et d'accueil est actif depuis le 1er septembre 2015. Un nouveau programme de la journée accueil a été défini et sera mis en place pour le 1er janvier 2019. Une nouvelle brochure d'accueil (numérique) est à l'étude.	☺	80 %

Mesure 3.3.4	Définir et clarifier, par filière de métier, des chemins de carrière ou des plans de carrière et rendre plus visibles ou accessibles les possibilités de mobilité interne et de développement	Les soins ont déjà mis en place ces instruments. Pour les médecins, le système CHAT s'applique dès les niveaux médecin-assistant et chef de clinique. Par ailleurs, la planification se fait via les Commissions de planification académique (CPA) départementales mandatées par la FBM. L'élargissement aux autres métiers et la création d'un outil institutionnel se feront au-delà de 2018.	☺	100 %
Mesure 3.3.5	Introduire dans le nouvel outil d'évaluation du personnel (EPI) un chapitre recensant les besoins en mobilité et en développement professionnel. En assurer le suivi tous les 3 ans	Projet à développer dans le prochain plan stratégique.	○	-
Mesure 3.3.6	Identifier les hauts potentiels de l'Institution, les intégrer dans un processus d'assessment, de développement de carrière et le cas échéant dans le plan de relève des cadres	Le dispositif d'assessment est pleinement opérationnel pour tous les métiers. L'identification des hauts potentiels se concentrera uniquement sur les médecins cadres et futurs médecins cadres. Reste à faire la liste des hauts potentiels d'ici fin 2018.	☺	100 %
Mesure 3.3.7	Mettre en œuvre la politique cantonale en matière d'égalité femmes et hommes. Evaluer tous les 3 ans via l'outil Logib l'égalité salariale entre femmes et hommes	La mise en œuvre de Logib nécessite la mise à jour des codes fonctions dans le nouveau SIRH (PeopleSoft) cantonal, qui a pris du retard. Cette mesure est repoussée au prochain plan stratégique.	○	-
Mesure 3.3.8	Augmenter le nombre de femmes dans toutes les fonctions d'encadrement, et notamment en promouvant avec le concours de la FBM/UNIL les carrières académiques des femmes médecins notamment au niveau professoral. Augmenter le taux de médecins cadres femmes à 30%, soit 110 femmes d'ici 2018 (2012: 83 femmes sur 366 = 23%).	Le taux de femmes cadres dans les professions médicales est de 29.5% en mars 2018.	☺	100 %
Mesure 3.3.9	Augmenter les places d'apprentissage hors périmètre des métiers des soins et passer de 185 apprentis (en 2012) à au moins 250 apprentis en 2018	Le concept de projet est réalisé, il a été présenté au Directeur général et au Directeur administratif et financier. Il nécessite notamment d'augmenter le nombre de formateurs, sans cela l'objectif ne peut pas être atteint. Toutefois, le projet arrive en même temps que d'autres contraintes financières : salaire de base des apprentis augmenté et aligné sur les conventions collectives de travail (CCT), valorisation des formateurs sur la place de travail, nécessité de consolider les compétences des formateurs en leur offrant de la formation continue. Au 14 mars 2018, le CHUV offre 207 places d'apprentissage soit 189 postes effectifs et 18 nouveaux postes. Le projet est devenu un projet propre au CHUV avec comme objectif final 300 postes d'apprentis au total.	☺	100 %

Mesure 3.3.10	Mettre en œuvre le référentiel de compétence pour l'encadrement et mettre en place un programme de développement et de formation des cadres par filière métier	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le référentiel existe et il est utilisé pour les actions de développement. Il a servi de référence pour les concepts de formation en management qui sont opérationnels depuis 2015. Il est régulièrement mis à jour.	☺	100 %
Objectif 3.4	**Fonction RH stratégique et créatrice de valeurs : développer le périmètre, la capacité d'action et de responsabilité de la fonction RH ; moderniser ses outils de gestion**	Divers processus ont été mis en place, notamment : e-recrutement, case management, harcèlement, médiation, entretien de départ, promotion des médecins-cadres. Divers outils de gestion ont également été mis en œuvre (tableaux de bord RH, assessment, Aconso - gestion numérique des dossiers collaborateurs, etc.). Organisation finalisée. Vision RH et Politique RH en cours et déployée en 2018.	☺	
Mesure 3.4.1	Implémenter le nouveau Système d'information et de gestion intégrée des ressources humaines (SIRH)	Le projet SIRH s'est terminé comme prévu avec la mise en production de la paie dans PeopleSoft au 1er janvier 2018.	☺	100 %
Mesure 3.4.2	Simplifier les processus RH clés et les automatiser sur la base du nouveau SIRH	Les processus de production des contrats et de ventilation de main d'œuvre (VMO) sont simplifiés. Le processus d'annonce des activités accessoires est terminé. L'automatisation des certificats de travail est en cours d'étude et sera implémenté durant le prochain Plan stratégique.	☺	100 %
Mesure 3.4.3	Numériser les dossiers du personnel et centraliser leur gestion	*Etat à juin 2017:* Tous les dossiers ont été scannés, accessibles via l'outil Aconso. Reste à mettre à disposition les données aux utilisateurs potentiels (accès/licences) et à traiter les dossiers du personnel décentralisés. Projet terminé.	☺	100 %
Mesure 3.4.4	Préparer le projet de simplification de la gestion du système du contrôle des temps et d'implémentation du prochain outil de gestion des temps et de planification des ressources	Développement de Polypoint en priorité, sera fait dans le cadre du prochain plan stratégique.	😐	20 %
Mesure 3.4.5	Mettre en place des tableaux de bord RH et mesurer la performance des actions RH	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le projet est terminé et déployé, les tableaux de bord RH sont passés en revue 2 fois par année entre la Direction RH (DRH) et les responsables RH (RRH) de départements.	☺	100 %
Mesure 3.4.6	Mettre en place une coordination de la gestion des absences, améliorer la qualité et accélérer la prise en charge des personnes en incapacité de travail. Mettre en place un outil de suivi	*Etat à juin 2017 (terminé):* La création de l'Unité de réinsertion professionnelle (URP) a été réalisée en 2015. La qualité de la prise en charge et du suivi des personnes en incapacité de travail a été nettement améliorée. Une application de suivi est opérationnelle.	☺	100 %

Axe 4 Infrastructures, logistique et équipements

Objectif 4.1	**Mettre en œuvre les projets de constructions prioritaires pour renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche**	Les réalisations pour la formation et la recherche se déploient conformément à la planification. En ce qui concerne l'efficience des soins, un recours pénalise l'avancement de l'Hôpital des enfants et un temps d'arrêt est donné pour l'extension sur le site de Sylvana afin de coordonner ces démarches avec SSP.	☺	
Mesure 4.1.1	Créer le nouvel Hôpital de l'enfant	Le projet définitif et le devis général ont été remis au MO le 30 septembre 2016. Ce devis respecte la cible des 170 mios de l'EMPD. Les offres pour une réalisation de l'Hôpital des enfants en entreprise générale ont été rendues le 14 juillet 2017. Après analyse des offres, une proposition d'adjudication a été soumise au Chef du Département. La décision d'adjudication a été notifiée aux entreprises le 13 novembre 2017. Cette décision a fait l'objet d'un recours par l'entreprise classée 2ème. La procédure est en cours et l'effet suspensif n'a pas pu être levé. Une décision du Tribunal devrait pouvoir être rendue en mai 2018. Les offres rendues respectent la cible financière et une réserve de 7% (env. 8.7 mios) a pu être provisionnée. L'EMPD pour la demande de crédit des équipements, le financement du parking et les changements normatifs, a été présenté et adopté par le Grand Conseil le 7 novembre 2017. Suite à l'obtention du permis, les travaux de démolition des bâtiments situés dans le périmètre du futur Hôpital ont pu être exécutés courant 2017. La mise à l'enquête publique du projet a été déposée le 4 novembre 2016 et le permis a été obtenu décembre 2017. Le planning prévoit une fin des travaux début 2022. La mise en exploitation du bâtiment est prévue pour mi-2022 suite à la pose des équipements.	😐	40 %
Mesure 4.1.2	Agrandir le CUTR Sylvana (lits B / lits SPAH)	Le projet a été mis en attente. Les études préliminaires, pour valorisation de la parcelle avec un nouveau bâtiment (60 lits B et 60 lits SPAH), reprendront en 2019. La demande de crédit ainsi que le concours d'architecture sont reportés.	😐	30 %
Mesure 4.1.3	Participer à la création du bâtiment de recherche translationnelle sur le cancer (Agora)	L'ISREC est maître d'ouvrage (MO) de ce bâtiment de recherche sur le cancer, nommé "AGORA". Il a mandaté le consortium Steiner-Marti pour sa réalisation. Les travaux de gros œuvre, l'exécution des façades et des installations techniques CVSE sont terminés. Les travaux d'aménagement intérieur sont en cours d'achèvement. Le bâtiment sera remis aux utilisateurs en juin 2018. Le programme et les équipements des différents locaux de recherche ont été validés par les groupes utilisateurs. Les conventions d'utilisation et d'exploitation entre les partenaires CHUV-UNIL-EPFL doivent encore être finalisées.	☺	95 %
Mesure 4.1.4	En collaboration avec l'UNIL, créer sur le site du Bugnon des capacités de locaux d'enseignement supplémentaires	La réalisation des deux grands auditoires superposés sous la cour arrière du bâtiment César-Roux 19 est terminée. L'exploitation de l'ensemble des locaux a pu, comme convenu, débuter pour la rentrée de février 2017. Le bouclement des comptes est terminé.	☺	100 %
Objectif 4.2	**Mettre en œuvre les projets prioritaires pour répondre à la croissance de l'activité et à la saturation, tant au niveau des soins que de la recherche**	L'ensemble des projets sont achevés ou en cours de réalisation. Quelques reports sont à noter pour ce qui relève de la modernisation des infrastructures stationnaires, ainsi que pour finaliser le plan de regroupement des laboratoires par thématique.	☺	
Mesure 4.2.1	Agrandir le Centre coordonné d'oncologie	Le projet d'extension du CCO est en exploitation depuis octobre 2015. Le démarrage du chantier de transformation de l'ancienne partie du CCO dans le BH06 a débuté comme prévu en septembre 2017. La fin de l'ensemble des étapes de travaux est fixée à octobre 2018.	☺	100 %
Mesure 4.2.2	Créer un hôtel patients	L'Hôtel des patients a été ouvert en octobre 2016 et est en exploitation opérationnelle depuis novembre 2016. L'utilisation par des patients CHUV sous DRG est en progression depuis. Des contacts réguliers ont lieu avec les principaux services utilisateurs pour optimiser l'exploitation.	☺	100 %

Mesure 4.2.3	Déplacer la chirurgie ambulatoire dans le Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont 26, afin d'augmenter les capacités du bloc opératoire principal BH05 en chirurgie lourde	*Etat à mars 2016 (terminé):* Le projet est terminé. Le Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont 24 est 100% opérationnel. Cf. aussi mesure 1.3.2.	☺	100 %
Mesure 4.2.4	Agrandir le bâtiment de l'Hôpital orthopédique	Le projet a été revu pour intégrer la vision globale du Plan d'hébergement. Le programme des locaux doit encore être finalisé. Un EMPD qui englobera, entre autres, cette extension sera présenté ultérieurement au Grand Conseil (fin 2018 - début 2019).	😐	10 %
Mesure 4.2.5	Rénover et agrandir l'Hôpital de Cery	Le contrat pour une réalisation en entreprise totale a été signé en juin 2016 avec HRS Real Estate SA, pour un coût forfaitaire de frs 93'567'743.-- TTC. Les travaux préparatoires (installation de chantier, dévoiements conduites, démolition et terrassement) sont terminés. Les travaux de gros-œuvre de l'étape 1 sont terminés à 90%. La mise en place des façades et la pose des installations techniques sont en cours. Le planning contractuel fixe la livraison de l'étape 1 du nouvel Hôpital en octobre 2018 et la fin des travaux en décembre 2020. L'entreprise totale a annoncé un retard de deux mois dans la livraison de la première étape du Nouvel Hôpital. A ce jour, la date de livraison de la globalité du projet C'PSY n'est cependant pas modifiée. Une mise à l'enquête administrative complémentaire sera déposée en mai 2018 à la suite de diverses adaptations, en particulier la nouvelle disposition des sous-sols et la mise en place de panneaux photovoltaïques en toiture.	😐	70 %
Mesure 4.2.6	Aménager une unité d'hospitalisation individualisée au BH19 Sud	Le projet définitif et le devis général ont été validés par la Direction du CIT-S en octobre 2016. Les travaux de démontage des équipements et de démolition sont terminés. L'ensemble des travaux a été adjugé et les travaux de réaménagement ont débuté à fin juin 2017. La remise des locaux aux utilisateurs est agendée pour septembre 2018.	☺	70 %
Mesure 4.2.7	Poursuivre les regroupements géographiques des pôles d'activités (cliniques, laboratoires de recherche, administration, …)	Les regroupements principaux encore à finaliser sont : *Activités laboratoires :* • Déplacement des labos angiologie et néonatologie au Bugnon 27 : finalisation du projet en cours, début des travaux reporté à début 2019. • Création du Centre de recherche clinique au Bugnon 19 : le projet et la définition des besoins doivent être repris par les groupes de travail. Début des travaux est reporté à 2019. • Création d'un bâtiment de recherche au Biopôle pour le LICR. Le concours en conception réalisation a été lancé le 2 juin 2017 et les offres ont été retournées début novembre 2017. Après analyse des dossiers, la proposition d'adjudication a été remise au Chef du DSAS et adoptée par le Conseil d'Etat en mars 2018, aucun recours n'a été formulé. Le défi pour l'Entreprise Totale (ET) sera de présenter un planning respectant le contrat entre l'Etat de Vaud et la Fondation Ludwig, à savoir une mise en service partiel du bâtiment en mai 2020. Il est toutefois admis que la mise en exploitation des locaux plus spécialisés puisse être différée et terminée à fin 2020. *Activités administratives :* • Volonté de regrouper la formation et l'enseignement post-gradué et de déplacer les espaces d'accueil de la petite enfance à la Route de Berne 115 pour dégager des surfaces pour les soins sur la Cité hospitalière. Un nouveau bâtiment situé à proximité (Rte de Berne 113) sera également loué par le CHUV. Le programme est en cours d'établissement et l'estimation des travaux d'aménagement est en cours. Le démarrage du chantier (second œuvre) est prévu pour juin 2018.	😐	40 %

Objectif 4.3	**Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques**	De manière globale, les études ont été plus longues que prévues au vu de la complexité des étapes de chantier et du maintien de l'exploitation durant les travaux. Néanmoins, ces derniers ont débuté pour les plateaux techniques dans le bâtiment hospitalier.	☺	
Mesure 4.3.1	Réaliser les travaux aux soins continus, soins intensifs et déchocage	Les transformations des soins intensifs au BH05 est en phase de validation du projet définitif. Ce chantier sera d'une extrême complexité, tant du point de vue de la sécurité et des flux patients, que des techniques CVCSE (chauffage, ventilation, climatisation, sanitaire, électricité). Des variantes de projets pour limiter les travaux ont été étudiées par le CIT-S et soumises aux utilisateurs. La variante retenue et le phasage des travaux ont été validés par le COPIL Plateaux techniques BH05. Cette nouvelle planification prévoit l'utilisation de la salle de réveil du bloc opératoire BH05 afin de réduire les étapes et la durée des travaux sur le plateau technique du niveau 05. Le nouveau projet sera déposé à l'enquête en mai 2018 et les travaux de la 1ère étape de transformation des SI débuteront en mai 2019. Au même niveau, les travaux de transformation effectués pour la mise en place d'un IRM sont terminés.	😐	25 %
Mesure 4.3.2	Rénover le bloc opératoire du BH05 et construire le bloc opératoire provisoire	Le chantier du bloc opératoire transitoire s'est achevé dans le respect du planning et des coûts. Le bloc opératoire transitoire fonctionne actuellement à pleine capacité. Le projet définitif et le devis général du bloc opératoire central au BH05 (BORBH05) avaient été validés par la Direction en mars 2017. Les principaux marchés de constructions ont été adjugés et les travaux préparatoires (assainissement, démolition) de toute la zone sont terminés. Différentes modifications du projet ont été demandées et le démarrage des travaux de reconstruction a été reporté en mai 2018. La fin des travaux est prévue pour décembre 2020.	☺	60 %
Mesure 4.3.3	Reconstruire le bloc opératoire de l'Hôpital orthopédique	La fin du chantier du bloc opératoire de l'HO, avec l'ensemble des réceptions et la levée des réserves, s'est achevée selon le planning revu et dans le respect des coûts. Le bloc opératoire a donc pu être remis aux utilisateurs pour la formation et la préparation des déménagements le 7 décembre 2016. Les premières opérations ont eu lieu en janvier 2017 et le bloc fonctionne actuellement à pleine capacité.	☺ ☺	100 % 100 %
Mesure 4.3.4	Robotiser les analyses en microbiologie et fournir des prestations rapides et centralisées	Un projet d'automatisation a été élaboré et déposé [demande 2091-NewLab18]. Objectifs principaux : améliorer la qualité, la productivité et le temps de rendu des résultats. Ce projet est finalisé en décembre 2017 avec la mise en place d'une chaîne automatisée. L'équipement a été sélectionné suite à un appel d'offres. Il a été installé en automne 2017 et un partenariat sera mis sur pied avec le fournisseur. L'équipe des techniciens en analyses biomédicales a été renforcée dès 2016 afin de faire face à la croissance d'activité. Une réallocation de la Direction CHUV a permis la mise à disposition de tests rapides de 7h à 22h (extension des horaires). Les tests rapides de microbiologie sont des tests centralisés au vu de la complexité des analyses et du risque « biosécurité » pour effectuer ces tests rapides de manière délocalisée. Les tests rapides permettent d'accélérer la prise en charge des patients et de limiter le nombre d'hospitalisation (exemple : test rapide grippe pour les patients des urgences). Courant 2018, une réorganisation (lean management) du travail effectué à l'aide de cette chaîne automatisée permettra d'améliorer la productivité du laboratoire de bactériologie avec un gain escompté de 2.4 EPTs effectif dès le 1er janvier 2019, soit un an après la fin de l'installation du système automatisé.		

Objectif 4.4	**Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques**	La logistique hospitalière doit s'adapter en permanence aux besoins, aux nouvelles exigences et à l'augmentation d'activité, dont une grande partie a pu être absorbée par une amélioration de son efficience. La plateforme de logistique commune HUG-CHUV à Bussigny, qui abritera les magasins centraux du CHUV et des HUG (projet PLEXUS) et l'Unité centralisée de production (UCP) du CHUV, sera terminée fin 2018. L'augmentation des capacités "alimentaires" est planifiée en plusieurs étapes: - L'agrandissement du restaurant du BH qui est terminé. - Le réaménagement des points de vente : des snackings ont été ouverts dans des sites stratégiques (auditoires, BU21, …) ; des transformations de cafétérias sont planifiées ou à l'étude. - La construction de la nouvelle UCP (cuisine froide) dont la fin des travaux est prévue pour octobre 2018. - L'augmentation de la capacité des cuisines de Cery, du BH, puis de Chantepierre, de l'Hôpital orthopédique et de Nestlé, dont les études démarrent en juin 2018. L'automatisation de la livraison des médicaments dans les unités de soins est en phase d'étude et le projet de transport de marchandises par véhicule automatiques guidés (AGV) entrera en phase pilote fin 2018.	☺	
Mesure 4.4.1	Terminer l'agrandissement du restaurant du personnel du BH	*Etat à mars 2016 (terminé):* Projets terminés : bâtiment fini et livré aux utilisateurs et au personnel. Nouveaux meubles livrés. Nouveaux buffets à salades en service.	☺	100 %
Mesure 4.4.2	Réaménager les restaurants, cafétérias et snackings en fonction des évolutions de fréquentations afin de contribuer aux indices de satisfaction des patients et des collaborateurs	Projet d'aménagement cafétéria MAT : 90 % Projet d'aménagement cafétéria HE : 80 % Construction de la cafétéria MAT : 2018 Construction de la cafétéria HE : 2018-2021	☺	90 %
Mesure 4.4.3	Créer une cuisine primaire, en dehors de la cité hospitalière (préparation, garde-manger, boucherie, sandwicherie, boulangerie, pâtisserie)	L'Unité centralisée de production (UCP) du CHUV pour la production de la cuisine froide sera réalisée dans le cadre de la plateforme logistique commune HUG-CHUV (cf. mesure 4.4.7) à Bussigny d'ici 2018. Les travaux pour la partie livrée brute, ainsi que pour les aménagements intérieurs, ont été adjugés à l'entreprise générale Losinger SA. Les travaux de gros œuvre et de mise en place de la structure métallique sont terminés et les aménagements intérieurs sont en cours. La fin des travaux est prévue pour octobre 2018.	☺	80 %
Mesure 4.4.4	Augmenter la capacité des cuisines de finition de la cité hospitalière et de celle de Cery dans les surfaces actuelles	Le démarrage des études est reporté à fin juin 2018. Ce projet est lié à la réalisation de l'UCP. Une première étude a déjà été réalisée par un mandataire (GSIR).	😐	5%
Mesure 4.4.5	Robotiser le stock de la pharmacie centrale et automatiser la livraison des médicaments dans les unités de soins	La Logistique hospitalière (LOH) est concernée par la partie "Automatiser la livraison des médicaments dans les unités de soins". Le projet appelé "TRANSPHAR" est actuellement en phase d'étude de faisabilité. Le projet débutera après la validation du pilote AGV courant 2019.	☺	5 %
Mesure 4.4.6	Optimiser et tracer les prestations des unités de support	• Pour le transport de sang et d'échantillons : cf. mesure 4.4.5 (Projet TRANSPHAR). • Pour la livraison de marchandise : Projet AGV (Automated Guided Vehicles) : étude de faisabilité terminée. Décision du Conseil d'Etat du 05.04.2017 : Le CE accepte le financement du projet pour un déploiement dans le BH. L'appel d'offre a été lancé en février 2018, l'adjudication sera faite mi-2018 et le pilote se fera fin 2018. • Pour la chaîne du froid : projet d'implémentation du logiciel EVISENSE refusé pour raisons économiques. Alternative : implémentation d'enregistreurs LogTag : projet terminé. • La traçabilité se renforce avec la venue de l'UCP, le projet GPAO en cours, les améliorations de l'ERP (Qualiac) et les transports par AGV.	☺	25 %

Mesure 4.4.7	Etudier l'opportunité de créer une plateforme logistique commune entre le CHUV et les HUG	*Etat à mars 2016 (terminé):* Les HUG et le CHUV ont décidé de construire une nouvelle plateforme logistique commune réunissant: a) leurs magasins centraux (stocks de marchandises et des produits pharmaceutiques hors médicaments), projet PLEXUS, ainsi que b) l'Unité centralisée de production (UCP) du CHUV pour la production de la cuisine froide (ce qui permettra de réaliser la mesure 4.4.4). Cette plateforme PLEXUS+UCP sera construite à Bussigny sur un terrain appartenant à Edipresse SA. Le financement des bâtiments évalué à 24 millions frs sera assumé par Edipresse SA qui bénéficie pour les deux tiers de cette somme d'une garantie étatique. Le Grand Conseil a validé un financement de 15.97 millions pour les aménagements intérieurs de l'UCP. En échange de la garantie étatique, l'Etat de Vaud, au terme de 15 ans de location, pourra se porter acquéreur de l'ensemble de la plateforme. La mise en exploitation de l'infrastructure qui pourra accueillir d'autres partenaires hospitaliers est prévue pour 2018. La plateforme logistique regroupera environ 80 collaborateurs des deux hôpitaux. Leur statut salarial sera entièrement préservé. Le contrat cadre entre les parties est signé. Le marché est attribué à Losinger Marazzi SA. Les travaux préparatoires du chantier sont lancés. *Mars 2018:* La fin des travaux est prévue pour fin 2018.	☺	100 %
Objectif 4.5	**Prolonger au CHUV l'engagement du Conseil d'Etat en matière de développement durable**	Le développement durable (DD) est de longue date une préoccupation majeure du CHUV. Il a été inscrit dans les plans stratégiques successifs dès 2009. En 2013 le premier Agenda 21 CHUV a été établi ; c'est un plan d'actions concrètes couvrant les 4 thèmes: environnement, consommation des ressources, soins responsables et conditions de travail. La gouvernance est assurée par la Commission de coordination et de promotion du DD (CP2D) créée en 2009, ainsi qu'un coordinateur DD à temps partiel. Les résultats obtenus sont nombreux et satisfaisants. L'Agenda 21 sera actualisé en 2018.	☺	
Mesure 4.5.1	Mettre en œuvre les objectifs prioritaires de l'Agenda 21 CHUV	L'Agenda 21 est un plan de 81 actions concrètes, dont 3 nouvelles ajoutées en 2016 et 2017, découlant de 19 objectifs prioritaires couvrant 4 thèmes principaux. L'avancement global est satisfaisant. Sélection de quelques résultats : <u>Environnement :</u> • Charte des achats responsables en place et appliquée depuis plus de 3 ans. Tous les acheteurs régulièrement formés et sensibilisés au DD. Plus de 300 fournisseurs signataires de la convention DD. • Tous les produits de nettoyage respectent l'écolabel flower de l'UE. Mise en place de la désinfection à la vapeur au bloc opératoire HO et au Centre des brûlés. Dès 2017, généralisation de la désinfection à la vapeur. • Remplacement du parc des équipements de nettoyage par des moyens beaucoup plus économiques en eau et sans détergent, selon planning. • Processus de réduction des déchets alimentaires avec pesage systématique en place depuis mai 2016. Optimisations de la production par rapport à la demande, ainsi que de l'offre. <u>Consommation des ressources :</u> • Potentiel de production d'énergies renouvelables toujours sous-exploité, quelques surfaces potentielles identifiées (Nestlé et Maternité) pour des installations photovoltaïques futures (SIREN). Lorsque les budgets d'investissements doivent être rognés, c'est souvent au détriment du DD et des investissements à longue terme. • Energie renouvelable: installations de 20 m2 de panneaux thermiques à Sylvana et d'une pompe à chaleur au Centre de psychiatrie du nord vaudois (CPNVD). • Désamiantage d'urgence niveau 1 terminé. Le reste de l'assainissement se fera en fonction des travaux. • Limiteurs de débit d'eau installés au BH dans les endroits possibles. • Environ 15% des luminaires du BH remplacés par des modèles LED, poursuite. • Réduction de la consommation de papier grâce à la dématérialisation (dossier patient, workflow, edoc, sensibilisation, …). <u>Soins responsables :</u> • Réaliser une analyse du cycle de vie de 3 dispositifs médicaux (ciseaux, pinces) démontrant que l'impact environnemental des dispositifs à usage unique est de 3 à 5 fois plus important que pour ceux à usage multiple (entre 13 et 70 réutilisations).	☺	75 %

		• Mise aux normes des locaux sales et déchetteries d'étage avancent selon planning (80% réalisé). • Processus de gestion du sang maîtrisé et réduction de la perte de produits sanguins. <u>Conditions de travail :</u> • Plan de mobilité en exploitation sur l'ensemble des sites depuis 2 ans. • Promotion et développement des temps partiels pour les médecins en cours avec 178 postes à temps partiel (40 à 80%) à fin 2016. • Promotion du télétravail selon règles du Service de personnel de l'Etat de Vaud (SPEV) ; directive DSI spécifique ; publication directive institutionnelle CHUV imminente. • Augmentation du nombre de places de crèche à 239 fin 2016. • Objectif d'augmenter le nombre d'apprentis de 180 en 2016 à 300 en 2020. <u>Communication & management :</u> • Le passage au nouvel intranet Tribu a permis de renforcer la communication. L'effort doit se poursuivre, notamment sur la valorisation des actions, la sensibilisation (écogestes) et l'actu (journées mondiales, …). • Le référentiel ESR (Etablissement de soins responsable) d'autoévaluation des bonnes pratiques DD, développé en collaboration avec la FHV et Globalité Management et d'autres institutions de soins, est commercialisé depuis mi-2016. Une association a été constituée en juin 2017 pour favoriser les échanges d'expérience entre utilisateurs et contribuer à la promotion, au développement et à la pérennité du référentiel. • Autoévaluation ESR effectuée d'avril à juin 2017.

Axe 5 Systèmes d'information

Objectif 5.1	**Poursuivre l'informatisation du dossier patient et le développement du système d'information clinique**	A mi-2018, l'ensemble des lits du CHUV sont équipés avec le dossier patient informatisé Soarian (documentation clinique et prescription). Les autres systèmes cliniques principaux (laboratoires, pharmacie, radiologie, ECG, …) sont intégrés à ce dossier patient qui est aujourd'hui l'outil de travail principal des cliniciens.	☺	
Mesure 5.1.1	Poursuivre et terminer l'implémentation du dossier patient informatisé	Depuis début 2016, l'ensemble de la documentation clinique et du dossier de soins sont opérationnels. Le déploiement de la prescription est en cours. Fin mars 2018, pratiquement l'ensemble des lits en sont équipés. Les objectifs du projet Dophin [projet 1111] tels que définis dans la PCE de 2008 sont atteints. Cf. aussi mesure 1.1.2.	☺	85 %
Mesure 5.1.2	Intégrer les prescriptions (laboratoires, radiologie, médicaments) et étoffer la documentation clinique (dossiers de spécialités, images non radiologiques, ECG, …) dans le dossier patient informatisé	Cf. mesure 5.1.1. La prescription électronique est intégrée au dossier patient au sein du CHUV à l'exception de HEL (prévu deuxième trimestre 2018).	☺	90 %
Mesure 5.1.3	Créer un entrepôt de données (datawarehouse) de gestion clinique	La plateforme est en place et a permis de déployer un certain nombre d'indicateurs cliniques. Des indicateurs supplémentaires sont continuellement mis en place. Cf. aussi mesure 1.1.4.	☺	90 %
Objectif 5.2	**Améliorer et développer le soutien à la recherche clinique et translationelle**	Le Datawarehouse de recherche clinique (DWH-RC) constitue le cœur du système de soutien à la recherche. Il a été mis en place et assure la consolidation des données en provenance des systèmes cliniques et leur anonymisation avant de les mettre à disposition des chercheurs. Le DWH-RC est opérationnel en 2018 et utilisé pour les premiers projets SPHN (Swiss Personalized Health Network) menés par le CHUV.	☺	
Mesure 5.2.1	Soutenir le projet de Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL)	La plateforme de la biobanque est opérationnelle. L'activité d'évolution et de support se poursuit.	☺	100 %
Mesure 5.2.2	Créer un datawarehouse pour la recherche clinique	Idem objectif 5.2. La solution Oracle TRC a été installée et configurée. La plateforme sera utilisée en 2018 pour les premiers projets SPHN du CHUV.	☺	90 %
Objectif 5.3	**Poursuivre la fiabilisation du système d'information**	L'infrastructure informatique a été fiabilisée et sécurisée en particulier avec la mise en place de serveurs et de stockage à tolérance de panne. Diverses autres mesures (analyse de risque, contrôles périodiques, tests de fonctionnement, mise en place de référentiels, …) ont accompagné ces réalisations techniques.	☺	
Mesure 5.3.1	Augmenter la disponibilité et la sécurité du système informatique	Mise en place de mesures organisationnelles: Health-check des applications, Service Level Agreements (SLAs) pour applications critiques, … Mise en place de mesures techniques: serveurs Oracle ODA, logiciels de sécurité (détection avancée). Réalisation d'une analyse de risques complète selon la méthode MEHARI et élaboration du plan d'action correspondant. Mise en place de la nouvelle plateforme de stockage et et serveurs virtuels. Tests de passage en temps réel de l'ensemble des serveurs virtuels entre le site principal et le site de secours réussi en mars 2018.	☺	80 %
Mesure 5.3.2	Assurer la gestion commune et partagée des données de référence (annuaires)	Un projet d'harmonisation de divers référentiels (en particulier celui des intervenants) est en cours. Une première urbanisation des systèmes de référence a été réalisée et une base de données a été mise en place.	☺	60 %
Objectif 5.4	**Développer la collaboration et les échanges de données avec nos partenaires**	Le CHUV a développé les outils informatiques nécessaires pour s'intégrer aux projets cantonaux de cybersanté : plan de médication partagé, échange de données cliniques. Les lettres et rapports de sortie sont envoyés de manière électronique aux partenaires qui disposent d'une connexion sécurisée.	☺	

Mesure 5.4.1	Soutenir la stratégie eHealth cantonale et ouvrir le système d'information du CHUV aux partenaires externes et aux patients, dans le respect de la protection des données	Une nomenclature pour les échanges de données cliniques a été définie avec la cellule eHealth du Service de la santé publique (SSP). Des pilotes d'échanges de données cliniques ont été réalisés avec les hôpitaux de Nyon et de Lavaux. Un système de préparation des documents en sortie du CHUV (MedEx) est en service depuis début 2016. Les éléments techniques et organisationnels sont en place; les échanges de documents électroniques se feront progressivement dès les 2ème semestre 2017. Le CHUV participe au projet cantonal de plan de médication partagé.	☺	70 %
Objectif 5.5	**Développer l'accessibilité et la mobilité**	La mobilité interne et externe sur PCs portables a été généralisée par la refonte de la couverture WiFi et la mise en place de sessions virtuelles (MesApplis2). La mise à disposition de services CHUV sur les autres équipements mobiles a été ralentie par des problèmes techniques et des aspects légaux liés à la sécurité et la confidentialité des données.	😐	
Mesure 5.5.1	Généraliser les moyens d'accès distants aux ressources informatiques du CHUV (p.ex. accès à l'ensemble informations cliniques du CHUV depuis le domicile d'un médecin de garde)	Refonte de l'environnement WiFi pour assurer une mobilité interne complète sur PC portable. Généralisation de la session virtuelle « MesApplis2 ». Déploiement réalisé fin 2017.	☺	100 %
Mesure 5.5.2	Développer la mise à disposition d'équipements mobiles (tablettes,…) dans les domaines cliniques et logistiques	En 2015 ont été mis en service : la gestion centralisée des équipements mobiles, une solution temporaire de stockage et de partage sécurisé de données, un accès WiFi généralisé sur l'ensemble de l'institution, ainsi que des pilotes de mise à disposition de tablettes en fonction des besoins métier au sein des services. Le déploiement des équipements mobiles a été ralenti en 2016 et 2017 pour cause de problèmes techniques liés aux logiciels de MDM (Mobile Device Management) et d'aspects légaux liés à la confidentialité des données (notamment données cloud pour échange avec les devices mobiles).	😐	70 %

Synthèse des indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre

La synthèse de l'auto-évaluation à 9 mois de la fin de la période 2014-2018 de ce plan stratégique, montre qu'une **partie dominante des objectifs** (26 sur 28, soit 93%) **et des mesures** (98 sur 116 = 84%) **se portent bien, voire très bien (☺)** et ne présentent pas de problème particulier, c'est-à-dire que la mise en œuvre se déroule conformément au plan de déploiement sur la période 2014-2018. Deux objectifs (7%) et 13 mesures (11%) sont dans une situation à surveiller, sans risque majeur (😐). Aucun objectif ni aucune mesure n'est en situation critique (☹) nécessitant des actions particulières. Cinq mesures encore non démarrées (○) sont soit planifiées encore en 2018 ou reportées sur le prochain Plan stratégique.

Sur l'ensemble du plan, relatif à un 100% visé pour fin 2018 les **mesures sont à 82% d'avancement**.

A 9 mois du terme de la période 2014-2018, on peut qualifier ces **résultats** de **très satisfaisants**.

Evaluation PS 2014-2018	Objectifs 28			Mesures 116				
	☺	😐	☹	☺	😐	☹	○	% Avanc. moyen
Axe 1 - PEC patients	5	-	-	20	-	-	-	86 %
Axe 2 - Médec. universit.	8	1	-	32	3	-	2	84 %
Axe 3 - Ress. humaines	4	-	-	21	2	-	3	89 %
Axe 4 - Infrastr. & logist.	5	-	-	16	7	-	-	66 %
Axe 5 - Syst. d'inform.	4	1	-	9	1	-	-	84 %
Totaux N	**26**	**2**	**0**	**98**	**13**	**0**	**5**	
Totaux %	**93%**	**7%**	**0%**	**84%**	**11%**	**0%**	**4%**	**82 %**

Evaluation des coûts

Financements des développements

Les développements sont prioritairement mis en œuvre grâce aux ressources propres (budget d'exploitation, fonds, …) des services et départements qui doivent réorienter leurs activités dans le cadre du plan stratégique.

Subsidiairement, certains projets peuvent bénéficier d'un soutien financier temporaire par des fonds institutionnels dédiés (Enveloppe du Plan stratégique, Fonds de développement et de restructuration, Fonds de perfectionnement, …). Ce soutien est limité dans le temps en principe à deux, voire trois ans.

Finalement, les projets qui nécessiteraient, après étude, des réallocations importantes ou des investissements conséquents sont soumis aux décisions respectives du Conseil d'Etat et du Grand Conseil selon les procédures en vigueur.

Coûts des projets par source de financement (situation mars 2018)

Comme mentionné supra, il y a plusieurs sources de financement possibles pour les projets :

a) Ressources propres des services et départements (budget d'exploitation, fonds, …) ;
b) Enveloppe du Plan stratégique, qui est prélevée sur le budget d'exploitation ;
c) Fonds institutionnels dédiés (Fonds de développement et de restructuration du CHUV, Fonds de perfectionnement, Fonds de recherche, …).

Les coûts suivis en central concernent uniquement les sources **b** et **c** pour les projets intégrés et suivis dans le portefeuille des projets institutionnels.

Les charges nettes ont été de 3.9 mios frs en 2014, 3.9 mios en 2015, 4.2 mios en 2016, 1.9 mios en 2017. Le budget 2018 est à 1.4 mios. L'enveloppe plan stratégique (PS) assure la part substantielle des financements des projets (de 80 à 90%).

Pour le détail par source de financement, cf. l'annexe en p. 42. Pour le détail par projet, cf. l'annexe p. 45.

Enveloppe plan stratégique

Un budget annuel est réservé sur le budget d'exploitation du CHUV pour le soutien des projets stratégiques dans leur phase de mise en œuvre.

Le plafond de cette "Enveloppe PS" a été revu plusieurs fois à la baisse depuis 2012, soit pour améliorer l'efficience de l'allocation des ressources (renfort des pools centraux de chefs de projets et d'experts), soit pour financer la pérennisation des projets (cf. détails en annexe p. 41). Parti de 10.0 mios en 2011, le plafond s'établit à **2.0 mios frs dès 2018**.

Les soutiens via cette enveloppe PS ont été de 3.2 mios frs en 2014, 3.2 mios en 2015, 3.9 mios en 2016 et 1.6 mios en 2017.

Pour 2018, 1.2 mios sont budgetés (validés T2) à ce jour ; compte tenu de plusieurs demandes de projets prioritaires qui sont à l'étude et pourraient être validés en juin, ce sont **1.8 mios** qui sont en voie d'engagement pour 2018.

Pour 2019, 0.7 mios sont validés ; cependant en cas de non-pérennisation des projets qui se termineront en fin d'année, il faudrait financer des rallonges ce qui consommerait une part très importante de l'enveloppe diminuant d'autant la capacité de soutenir des nouveaux projets.

Pérennisations

La majeure partie des projets contribuent à développer une (nouvelle) activité ou à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ils nécessitent, de ce fait, des moyens financiers pérennes pour que les acquis du projet puissent être maintenus.

De nombreux projets terminés ont pu être pérennisés et basculés dans l'exploitation grâce à des allocations accordées, soit par le DSAS-SSP en vertu notamment de la subvention pour "Prestations d'intérêt général (PIG)" (ex-"Tâches de santé publique (TSP)" et/ou de l'inscription de ces projets dans l'un des programmes cantonaux de santé publique (Santé mentale ou Vieillissement & santé par exemple) jusqu'en 2015, soit par

l'UNIL en 2014, soit moyennant la priorisation interne de moyens existants (exclusivement par ce biais depuis 2016).

Les montants totaux réalloués sont de 3.8 mios de frs en 2014, 1.3 mios en 2015, 0.6 mio en 2016, 2.1 mios en 2017 et 0.3 mio en 2018. Pour le détail, cf. l'annexe p. 43.

Investissements importants

Des investissements considérables sont effectués depuis quelques années dans les infrastructures pour :

- répondre à l'augmentation de l'activité et désengorger la cité hospitalière ;
- moderniser les infrastructures en les adaptant aux nouvelles normes de qualité et sécurité et aux avancées technologiques ;
- renforcer la qualité et l'efficience ;
- apporter de l'efficience dans l'organisation spatiale de la cité hospitalière et des sites périphériques.

L'Etat soutient ces investissements. Ainsi, le Grand Conseil a accordé **551 mios de frs** de 2007 à 2013 et **178 mios** de 2014 à 2017, **soit 729 mios depuis 2007**.

Le détail des EMPDs décrétés est en annexe p. 44.

Evolution du contexte financier

Ces dernières années, les crédits d'investissement ont été massifs et les projets terminés ont pu être pérennisés grâce aux réallocations principalement internes et celles de l'Etat. Le CHUV tient compte du ralentissement de l'augmentation des charges reconnues par l'Etat dans la libération de moyens supplémentaires pérennes en lien avec la mise en œuvre du plan stratégique. Dans ce contexte, l'hôpital poursuit une politique d'optimisation budgétaire visant à contribuer au financement des besoins supplémentaires ensemble avec les moyens octroyés par l'Etat ou financés par l'activité hospitalière et ambulatoire.

Conclusions et perspectives

L'appropriation par les départements et services, l'engagement et la motivation des équipes et la forte implication du Comité de direction dans le pilotage ont permis d'avancer considérablement sur la feuille de route.

Ce rapport final démontre des **résultats très satisfaisants compte tenu des objectifs initiaux ambitieux du Plan stratégique**. A quelques mois de la fin de la période 2014-2018, tous les 28 objectifs stratégiques se portent bien (26) ou sont à surveiller mais sans risque majeur (2). Concernant les 116 mesures, 59% sont (quasi) entièrement réalisées (entre 90% et 100%) et le taux de réalisation moyen est de 82%.

La mise en œuvre des mesures et projets est maitrisée grâce à la gouvernance efficiente mise en place. Elle profitera aussi de manière pérenne au CHUV (structuration des COPILs, renfort des PMOs et de son Collège, renfort des pools centraux de chefs de projet, consolidation des expertises en central, processus de demande projet et réallocation budgétaire, outils et culture projet).

La situation financière du CHUV et le ralentissement de l'augmentation des moyens pérennes réalloués annuellement par l'Etat ont eu pour conséquence de :

- sélectionner davantage les projets qui ne nécessitent pas de moyens supplémentaires pérennes, mais peuvent être financés par des réorientations ou des réorganisations dans les activités de service ;
- financer les développements davantage avec des ressources propres des services et départements ;
- réévaluer et/ou optimiser les activités courantes afin de dégager des moyens financiers nécessaires.

Perspectives : même si la majorité des mesures formulées dans ce Plan stratégique 2014-2018 ont été réalisées, la majorité des objectifs restent d'actualité et seront poursuivis dans le prochain Plan stratégique 2019-2023, soit parce que leur mise en œuvre couvre des délais jusqu'en 2022 et au-delà ou parce qu'ils ont été formulés de manière générique dans ce plan.

Glossaire et abréviations

ABCDx ..... Ancienne classification des filières de formation post-graduée des médecins : A = Relève académique ; B = Besoins hospitaliers ; C = Cabinets / Cliniques ; D = Divers ; x = pas encore déterminé

Aconso ..... Application de gestion numérique des dossiers collaborateurs

Agora ..... Bâtiment de recherche translationnelle sur le cancer

ANQ ..... Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

Antura ..... Application informatique de gestion de portefeuilles de projets

AVC ..... Accident vasculaire-cérébral

Axya ..... Application informatique de gestion administrative des patients

BH ..... Bâtiment hospitalier principal (site du Bugnon)

BH## ..... Niveau ## du BH

BIL ..... Biobanque institutionnelle de Lausanne

C4 ..... Centre coordonné de compétences cliniques

CCA ..... Centre cantonal de l'autisme

CCO ..... Centre coordonné d'oncologie

CCT ..... Convention collective de travail

CDIR ..... Conseil de direction UNIL-CHUV

CE ..... Conseil d'Etat

CFor ..... Centre des formations du CHUV

CHAT ..... Nouvelle classification des filières de formation post-graduée des médecins : C=Cabinet ou clinique, H=Hôpital, A=Académique, T=Transition.

CHUV ..... Centre hospitalier universitaire vaudois

CISERO ..... Centre de compétence d'insuffisance cardiaque sévère et greffe cardiaque en Suisse romande

CLM ..... Centre Leenaards de la mémoire

CODIR ..... Comité de direction du CHUV

ComEx ..... Commission d'experts

CoOL ..... Cohorte obésité Lausanne

COPIL ..... Comité de pilotage

CPA ..... Commission de planification académique

CRC ..... Centre de recherche clinique

CRO ..... Contract Research Organizations

CTE ..... Centre des thérapies expérimentales

CTI ..... Commission pour la technologie et l'innovation de la Confédération suisse

CTSP ..... Commission thématique de santé publique du Grand Conseil

CUTR ..... Centre universitaire de traitement et réadaptation

CVCSE ..... Chauffage, ventilation, climatisation, sanitaire, électricité

DCV ..... Département cœur-vaisseaux

DD ..... Développement durable

DFME ..... Département femme-mère-enfant

DGES ..... Direction générale de l'enseignement supérieur (de l'Etat de Vaud)

DGOG ..... Département de gynécologie-obstétrique

DIM ..... Direction médicale

DMCP ..... Département médico-chirurgical de pédiatrie

DMS ..... Durée moyenne de séjour

DNC ..... Département des neurosciences cliniques du CHUV

DNF ..... Département des neurosciences fondamentales de la FBM

DO ..... Département d'oncologie

DOHaD. ..... Developmental Origins of Health and Disease

Dophin ..... Projet "Dossier patient informatisé"

DP ..... Département de psychiatrie

Dpt ..... Département

Dr-e ..... Docteur-e

DSAS ..... Département de la santé et de l'action sociale

DSCA ..... Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie

DSI ..... Direction des systèmes d'information

DSO ..... Direction des soins

EBP ..... Evidence Based Practice

ECG ..... Electrocardiogramme

EG ..... Entreprise générale

EPFL ..... Ecole polytechnique fédérale de Lausanne

EMPD ..... Exposé des motifs et projet de décret

EMVs ..... Equipe mobile vulnérabilités

EMS ..... Etablissement médico-social

EPI ..... Entretien périodique individuel

ERAS ..... Enhanced Recovery After Surgery

ET ..... Entreprise totale

EVAM ..... Etablissement vaudois d'accueil des migrants

FBM ..... Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL

FHV ..... Fédération des hôpitaux vaudois

FNS ..... Fonds national suisse de la recherche scientifique

Frs ..... Francs suisses

GC ..... Grand Conseil

GMP ..... Good Manufacturing Practice (norme)

GPEC ..... Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

GPS+ ..... Gestion proactive des séjours (projet)

GT ..... Groupe de travail

HBP ..... Human Brain Project

HEdS ..... Haute école de santé La Source

HEL ..... Hôpital de l'enfance (au Ch. de Montétan)

HES ..... Haute école spécialisée

HESAV ..... Haute école de santé Vaud

HO ..... Hôpital orthopédique

HUG ..... Hôpitaux universitaires de Genève

ICLS ..... Infirmier-ère clinicien-ne spécialisé-e

IPS ..... Infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e

IQ^M ..... Initiative Qualitätsmedizin

IRM ..... Imagerie par résonance magnétique

ISREC ..... Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer
IT ..... Information Technology
ITRC ..... Unité informatique pour la recherche clinique
IUFRS ..... Institut universitaire de formation et recherche en soins
JBI ..... Joanna Briggs Institute
kFrs ..... mille francs suisses
LICR ..... Ludwig Institute for Cancer Research
LHC ..... Loi sur les Hospices cantonaux
LOH ..... Logistique hospitalière
LRH ..... Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain
MAT ..... Maternité
MD ..... Medical Doctor (Dr en médecine)
ME ..... Maître d'œuvre
MedEx ..... Système informatique de préparation des documents en sortie du CHUV
mio-s ..... million-s (de francs suisses)
MIP ..... Medical Informatics Platform du HBP
MNA ..... Mineurs non accompagnés
MHS ..... Médecine hautement spécialisée
MO ..... Maître d'ouvrage
N/A ..... Non applicable
NCCR ..... National Center of Competence in Research (français: PRN)
NGS ..... Next Generation Sequencing (Nouvelle génération de séquençage à haut-débit)
Niv. ..... Niveau (étage)
OFSP ..... Office fédéral de la santé publique
PCE ..... Proposition au Conseil d'Etat
PDS ..... Plan de développement de service
PEC ..... Prise en charge (des patients)
PEPPA+ ..... Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing role development (un modèle de pratique avancée en soins infirmiers)
PET ..... Tomoscintigraphie par émission de positons
PhD ..... Philosophiæ Doctor (diplôme de doctorat)
PIG ..... Prestations d'intérêt général (ex-TSP)
PLEXUS ..... Projet de création d'une plateforme logistique commune CHUV-HUG
PMO ..... Project Management Office
PMU ..... Policlinique médicale universitaire
POS ..... Service projets et organisation stratégiques, CHUV
pp. ..... pages
PPMO ..... Portfolio & Project Management Office
PPP ..... Partenariat public-privé
PQ ..... Plan de quartier
Pr-e ..... Professeur-e
PRN ..... Pôle de recherche national (anglais: NCCR)
PS ..... Plan stratégique
RAMO ..... Rapport d'avancement sur les mesures et objectifs
R&D ..... Recherche et développement
RECI ..... Recueil d'événements critiques et indésirables (le dispositif: orga+app)
RESAMI ..... Réseau de santé et migration
RLHC ..... Règlement d'application de la Loi sur les Hospices cantonaux
SAGEFI ..... Service d'analyse et de gestion financières (de l'Etat de Vaud)
SAS ..... Soins aigus aux seniors
SBP ..... Swiss Biobanking Platform
SI ..... a) Système d'information
b) Soins intensifs
c) Soins intermédiaires
SIB ..... a) Service d'ingénierie biomédicale du CHUV
..... b) Swiss Institute of Bioinformatics
SIPaL ..... Service immeubles, patrimoine et logistique (de l'Etat de Vaud)
SIRH ..... Système d'information des ressources humaines
SJL ..... Service juridique et législatif (de l'Etat de Vaud)
SLA ..... Service Level Agreement
Soarian ..... Application informatique de gestion du « dossier patient informatisé »
SMPP ..... Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires
SPAH ..... Structure de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS
SPEN ..... Service pénitentiaire, Etat de Vaud
SPHN ..... Swiss Personalized Health Network
SPO ..... Secteur psychiatrique ouest
SPN ..... Secteur psychiatrique nord
SRC ..... Service de soutien à la recherche clinique (ex-Plateforme de …)
ss. ..... et suivant-e-s
SSCL ..... Swiss Cancer Center - Lemanic Region / Centre suisse du cancer Arc lémanique
SSP ..... Service de la santé publique
STEMI ..... Filière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde
ST Reha ..... Structure tarifaire pour les séjours stationnaires dans les cliniques de réadaptation
SUN ..... Service universitaire de neuroréhabilitation
SUPAA ..... Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
SYNAPSY ..... Pôle de recherche national (NCCR) sur les mécanismes synaptiques de maladies mentales
TARPSY ..... Système de rémunération par forfait pour les prestations stationnaires de psychiatrie
TBSP ..... Tableau de bord de suivi des projets
TCC ..... Traumatismes crânio-cérébral
TDB ..... Tableau de bord
TRANSPHAR ..... Projet d'automatisation de la livraison des médicaments, échantillons et sang dans les unités de soins
TSA ..... Troubles du spectre de l'autisme
UCP ..... Unité centralisée de production
UniGe ..... Université de Genève
UNIL ..... Université de Lausanne
URGO ..... Unité d'observation des urgences
URP ..... Unité de réinsertion professionnelle

Annexe 1 : Evolution du portefeuille des projets institutionnels (2014 à mars 2018)

Nous tenons compte ici des projets qui sont intégrés dans le portefeuille institutionnel (la plupart ayant passé par le « processus de demande de projet et réallocation », quelques-uns pas), soumis au reporting quadrimestriel et rapportés au Comité de direction. La plupart de ces projets a obtenu un financement institutionnel.

Au 1er janvier 2014 :
- **27** projets en cours, démarrés sous l'ancien PS 2009-2013

De 2014 à mars 2018 :
- **13** projets soumis refusés (11 au TØ, 2 au T1)
- **29** projets démarrés (validés T2)
- **56** projets traités (reporting)
- **40** projets terminés

En mars 2018 :
- **16** projets en cours

En détail :

Portefeuille projets stratégiques	*fin 2013*	2014	2015	2016	2017	mars 2018	Total 2014-2016
Projets refusés / abandonnés (TØ-T1-T2)	-	1	6	6	0	0	13
Projets démarrés	-	4	10	10	3	2	29
Projets traités (reporting)	-	31	23	25	20	16	56
Projets terminés	-	18	8	8	6	0	40
Projets en cours en fin de période	27	13	15	17	14	16	16

Annexe 2 : Evolution de l'Enveloppe financière du plan stratégique

Ce budget annuel est réservé sur l'enveloppe d'exploitation du CHUV.

Le plafond de l'Enveloppe PS a été revu plusieurs fois à la baisse pour les motifs suivants :

Enveloppe PS (plafond)	Motifs de la réduction de l'Enveloppe PS
• 10.0 mios frs jusqu'à fin 2011	
• 8.0 mios frs dès 2012	Financement de la pérennisation du Centre de production cellulaire et réserves pour sa montée en puissance.
• 6.0 mios frs dès 2014	Lancement du nouveau Plan stratégique : financement central subsidiaire et volonté de réduire les besoins pérennes post-projet.
• 5.2 mios frs dès 2015	Pour améliorer l'efficience de l'allocation des ressources : pérennisations de postes de chefs de projet et d'experts métiers en central (DIM, POS, LOH) afin de professionnaliser et mutualiser ces ressources humaines centrales qui sont allouées de manière optimale aux projets stratégiques en lieu et place de moyens financiers directs. Permet aussi de capitaliser l'expertise institutionnelle, difficile à maintenir avec des postes non pérennes.
• 4.6 mios frs dès 2016	Financement de la pérennisation des projets Centre de la prostate et Centre des tumeurs thoraciques.
• 2.6 mios frs dès 2017	Financement de la pérennisation des projets Centre d'endocrinologie et métabolisme du jeune adulte (CEMjA), Centre des sarcomes et 2 Plateformes de séquençage NGS à l'Institut de pathologie et au Laboratoire de génétique.
• **2.0 mios frs dès 2018**	Financement de la pérennisation des projets Centre des tumeurs gynécologiques et Accueil mobile avancé, ainsi que d'autres réallocations.

Annexe 3 : Coûts des projets par source de financement (situation mars 2018)

Sources de financement des projets :

a) Ressources propres des services et départements (budget d'exploitation, fonds, …) ;
b) Enveloppe du Plan stratégique, qui est prélevée sur le budget d'exploitation ;
c) Fonds institutionnels dédiés (Fonds de développement et de restructuration du CHUV, Fonds de perfectionnement, Fonds de recherche, …).

Les charges et budgets indiqués ci-dessous sont ceux des sources **b** et **c** pour les projets suivis dans le portefeuille des projets institutionnels.

Source de financement	Charges cumulées à fin 2013 [kFrs]	Charges nettes 2014 [kFrs]	Charges nettes 2015 [kFrs]	Charges nettes 2016 [kFrs]	Charges nettes 2017 [kFrs]	Budget charges 2018 [kFrs]	Budget charges 2019 [kFrs]	Budget charges 2020 [kFrs]	Total (estimé) [kFrs]
Envelop. PS	10'352	3'236	3'236	3866	1604	1'202	718	288	24'502
Fds dévelop.	0	0	155	273	202	136	0	0	766
Fds perfect.	0	0	37	54	83	33	0	0	207
Fds qualité	912	331	61	0	0	0	0	0	1'304
Subv. PMU	0	377	433	0	0	0	0	0	810
Totaux	**11'264**	**3'944**	**3'922**	**4193**	**1889**	**1'371**	**718**	**288**	**27'589**

Sont inclus les projets de l'ancien plan stratégique 2009-2013 encore en cours au 1er janvier 2014.

Pour le détail par projet, cf. l'annexe p. 45.

Annexe 4 : Pérennisations de projets accordées 2014 – 2018

Trois sources de financement des réallocations pour pérennisations des projets terminés :

a) DSAS-SSP
b) UNIL-FBM
c) Internes CHUV

Objectif du PS	No	Nom du projet	Fin de projet	Réalloc. SSP [kf]	Réalloc. UNIL [kf]	Réalloc. internes [kf]	Réalloc. total [kf]
Pérennisations dès 1.1.2014				**3'279**	**400**	**77**	**3'756**
1.1 Vieillissement	**1006**	**Unité de soins aigus aux seniors (Unité SAS)**	2013	**618**	-	-	**618**
1.1 Vieillissement	**1007**	**Filière de soins aigus aux seniors (Filière SAS)**	2013	**475**	-	-	**475**
1.1 Vieillissement	**1011**	**Cohorte Lc65+**	2013	**452**	-	**77**	**529**
1.3 Santé mentale	**1032**	**Qualité du monitoring clinique (gouvernance clinique)**	2013	**256**	-	-	**256**
1.4 Popul. vulnérables	**1034**	**EmvS1 - Equipe mobile vulnérabilités, 1ère étape**	2013	**270**	-	-	**270**
2.1 CardioMet	**1053**	**Plateforme métabolique du rongeur**	2011	**75**	-	-	**75**
2.2 Cancer	**1074**	**Centre du sein - Coordination (101.DIM.CINO)**	2011	**90**	-	-	**90**
2.2 Cancer	**1074**	**Centre du sein - Physios (200.DMI.DMI6)**	2011	**52**	-	-	**52**
2.5 Bioengineer.	**1052**	**Plateforme cardiovasculaire du rongeur**	2011	**81**	-	-	**81**
3.4 PF rech. clinique	**1092**	**CRC/CTU - Centre de recherche clinique / Clinical Trial Unit**	2013	**308**	**400**	-	**708**
4. Autres projets strat.	**1117**	**Centre d'antalgie (clinique et admin.)**	2013	**602**	-	-	**602**
Pérennisations dès 1.1.2015				**967**	**0**	**348**	**1'315**
1.2 Nut. + troubles A-B	**1015**	**"Ça-Marche-Ped" - Unité d'expertise et de traitement du surpoids et de l'obésité infantile *(demande no 2005)***	2014	**677**	-	-	**677**
1.2 Nut. + troubles A-B	**1130**	**TRACES - TRAnsfert de compétenCES en Nutrition Clinique *(demande no 2006)***	2014	**290**	-	-	**290**
4. Autres projets strat.	**1131**	**Espace patients & proches *(demande no 2015)***	2014	-	-	**348**	**348**
Pérennisations dès 1.1.2016				**0**	**0**	**573**	**573**
O 2.1 - Oncologie	**1124**	**Centre de la prostate *(demande no 2208)***	2015	-	-	**180**	**180**
O 2.1 - Oncologie	**1125**	**Centre des tumeurs thoraciques *(demande no 2209)***	2015	-	-	**393**	**393**
Pérennisations dès 1.1.2017				**0**	**0**	**2'099**	**2'099**
O 2.5 - Endocrinologie	**1142**	**Centre d'endocrinologie et métabolisme du jeune adulte (CEMjA) - ex-projet EndoPedAdu *(demande 2389)***	2015	-	-	**256**	**256**
O 2.1 - Oncologie	**2020**	**Centre des sarcomes *(demande 2298)***	2016	-	-	**218**	**218**
O 2.1 - Labo Pathologie	**2003**	**Plateforme de séquençage NGS à l'Institut de pathologie *(demande 2393)***	2016	-	-	**781**	**781**
O 2.7 - Labo Génétique	**2004**	**Plateforme de séquençage NGS au Laboratoire de génétique *(demande 2394)***	2016	-	-	**844**	**844**
Pérennisations dès 1.1.2018				**0**	**0**	**333**	**333**
O 2.1 - Oncologie	**2093**	**Centre des tumeurs gynécologiques *(demande RA10001)***	2017	-	-	**213**	**213**
O 1.2 - Attractivité	**2069**	**Accueil avancé**	2017	-	-	**120**	**120**

Annexe 5 : EMPDs décrétés

EMPD décrétés *(en italique: décrets d'avant 2014)*

		Type crédit	Date décret	Montants (Frs)
Soins continus et intensifs + chambres BH		*ouvrage*	*29.05.2012*	*47'060'000*
Bugnon 17, Dialyse		*ouvrage*	*08.12.2009*	*6'590'000*
Extension du CCO		*ouvrage*	*01.11.2011*	*16'990'000*
Entretien technique		*ouvrage*	*04.05.2010*	*30'070'000*
Extension restaurant et bureaux		*ouvrage*	*01.11.2011*	*16'860'000*
Travaux liés à l'activité du CHUV dans locaux tiers		*ouvrage*	*04.10.2011*	*12'240'000*
Crédit cadre des laboratoires		*ouvrage*	*08.12.2009*	*30'000'000*
Hôpital de Cery, études et travaux		*études*	*24.04.2007*	*6'400'000*
		études	*09.12.2008*	*588'000*
		ouvrage	*17.08.2013*	*106'600'000*
Hôpital unique de l'enfant		*ouvrage*	*23.04.2013*	*170'000'000*
BH05 -Bloc opératoire		*études*	*26.08.2008*	*2'400'000*
		ouvrage	*21.05.2013*	*104'900'000*
Total décrétés 2007-2013				***550'698'000***
Laboratoire de production cellulaire pour l'immunothérapie		ouvrage	10.12.2014	18'500'000
Centre des neurosciences psychiatriques		ouvrage	10.12.2014	22'300'000
Unité centralisée de production (UCP)		ouvrage	05.05.2015	15'970'000
Médecine personnalisée et ingénierie immunitaire		études	24.11.2015	6'150'000
Biopôle 6 - Centre Ludwig		ouvrage	24.11.2015	63'200'000
Equipements biomédicaux blocs opératoires		équipements	24.05.2016	18'204'000
Hôpital unique de l'enfant	Parking	ouvrage	07.11.2017	10'650'000
	Equipements biomédicaux	équipements	07.11.2017	21'500'000
	Cadre normatif	ouvrage	07.11.2017	1'900'000
	Total décrétés 2014-2017			**178'374'000**
	Total décrétés 2007-2017			**729'072'000**

Annexe 6 : Portefeuille des projets institutionnels (2014 à mars 2018)

Depuis 2009, le Tableau de bord de suivi des projets (TBSP) était effectué sur Excel.
Dès mi-2015, l'application informatique Antura déployée au niveau institutionnel a pris le relais.
Le tableau infra consolide tous les projets suivis dans le portefeuille institutionnel de 2014 (inclus ceux démarrés sous l'ancien plan stratégique 2009-2013 et encore en cours au 1er janvier 2014) à mars 2018.

No projet	Libellé complet	Phase projet	Début projet	Fin projet	Initié sous	Source de financement	Charges cumulées à fin 2013 [kFrs]	Charges nettes 2014 [kFrs]	Charges nettes 2015 [kFrs]	Charges nettes 2016 [kFrs]	Charges nettes 2017 [kFrs]	Budget charges 2018 [kFrs]	Budget charges 2019 [kFrs]	Budget charges 2020 [kFrs]	Total charges (estimé) [kFrs]
RA10106	Accréditation des pansements biologiques pour brûlures	réalisation	01.01.18	31.12.19	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	-	-	100	75	73	248
2316 (RA	Création du Centre des tumeurs endocrines	réalisation	01.01.18	31.12.19	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	-	-	100	176	-	276
2091	NewLAb18 - Automatisation et réorganisation du laboratoire de l'IMU au BH18	terminé	01.07.17	31.12.17	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	-	88	-	-	-	88
-	DM - Réforme du Département de médecine	réalisation	20.02.17	31.12.18	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2479	Virage ambulatoire	réalisation	01.01.17	30.06.18	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
-	GPS+ - Gestion proactive des séjours +	réalisation	01.11.16	28.02.19	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
-	SUN - Création du Service universitaire de neuroréhabilitation CHUV-Lavigny	réalisation	01.09.16	31.12.21	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
-	Transmission orales internes	réalisation	01.01.16	01.06.18	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
-	DCV - Création du Département cœur-vaisseaux (DCV)	terminé	01.01.16	31.08.17	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
-	DFME - Création du Département femme-mère-enfant (DFME)	réalisation	01.01.16	30.04.18	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2270	PRESCO - Déploiement de la prescription électronique connectée dans Soarian	réalisation	01.01.16	30.06.18	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	420	591	351	-	-	1'362
2236	Création d'une Unité de soutien à l'allaitement en néonatologie	réalisation	01.01.16	31.12.18	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	202	317	318	-	-	837
2158	Déploiement ERAS au Chirurgie thoracique	réalisation	01.01.16	31.08.18	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	22	68	51	-	-	141
2093	Création d'un Centre des tumeurs gynécologiques	terminé	01.01.16	31.12.17	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	194	197	-	-	-	391
2025	Unité de chirurgie spinale	terminé	01.01.16	31.12.17	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2170	Formation Prévention et gestion de la violence et des conflits en milieu hospitalier	réalisation	01.07.15	31.12.19	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	-	-	75	87	-	162
2170	Formation Prévention et gestion de la violence et des conflits en milieu hospitalier	réalisation	01.07.15	31.12.19	PS 14-18	Fds perfect.	-	-	37	54	83	33	-	-	207
-	ProMouv - Flux patients Urgences-DM/Départements	réalisation	01.03.15	30.01.18	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2119	e-Recrutement - Professionnaliser le processus de recrutement et développer un outil de e-recrutement	terminé	01.01.15	31.12.17	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2094	Création d'un Espace collaborateurs : écoute & médiation	terminé	01.01.15	31.12.16	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2069	Accueil mobile avancé	terminé	01.01.15	31.12.17	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	156	173	186	-	-	-	515
2033	Lits de dégrisements - Filière de prise en charge des alcoolisations aiguës	terminé	01.01.15	30.06.16	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	430	185	-	-	-	-	615
2020	Création d'un Centre des sarcomes	terminé	01.01.15	31.12.16	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	143	174	-	-	-	-	317
2009	FISI - Formation du personnel infirmier en soins intermédiaires	réalisation	01.01.15	31.12.20	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	-	-	-	42	215	215	472
2009	FISI - Formation du personnel infirmier en soins intermédiaires	réalisation	01.01.15	31.12.20	PS 14-18	Fds dévelop.	-	-	155	273	202	136	-	-	766
2004	NGS LGE - Plateforme de séquençage NGS au Laboratoire de génétique	terminé	01.01.15	31.12.16	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	615	952	-	-	-	-	1'567
2003	NGS IPA - Plateforme de séquençage NGS à l'Institut de pathologie	terminé	01.01.15	31.12.16	PS 14-18	Envelop. PS	-	-	440	790	-	-	-	-	1'230
2016	Projet E-VO de réorganisation et transformation du CEMCAV	arrêté	01.09.14	31.07.15	PS 14-18	Envelop. PS	-	13	17	-	-	-	-	-	30
2315 (RA1	AGV - Automatisation des transports internes par des véhicules à guidage automatique	réalisation	01.01.14	30.06.18	PS 14-18	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
1147	Recherche translationelle sur les hépatites virales	terminé	01.01.14	31.12.15	PS 14-18	Envelop. PS	-	145	148	-	-	-	-	-	293
1133	LIMNA - Pôle lausannois de recherche en métabolisme-nutrition-vieillissement	terminé	01.01.14	31.12.16	PS 14-18	Envelop. PS	-	60	58	60	-	-	-	-	178
0176	APA - Projet pilote pour une Unité d'antibiothérapie parentérale ambulatoire (APA)	terminé	01.10.13	31.12.15	PS 09-13	Subv. PMU	-	377	433	-	-	-	-	-	810
1145	BIL - Création de la Biobanque institutionnelle de Lausanne	terminé	01.01.13	31.12.14	PS 09-13	Sans fin. PS	-	-	-	-	-	-	-	-	0
1144	Pronostic des chances de réveil des patients comateux : valid. clinique et automatis. en vue brevet et commercialis.	terminé	01.11.12	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	108	0	-	-	-	-	-	-	108
1142	CEMjA - Prise en charge des patients avec diabète et endocrinopathies pédiatriques chroniques (pjt EndoPedAdu)	terminé	01.09.12	31.12.16	PS 09-13	Envelop. PS	443	386	386	375	-	-	-	-	1'590
1030	Module thématique de recherche (MTR) en adddictologie	terminé	01.06.12	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	301	160	-	-	-	-	-	-	461
0171	Itinéraires cliniques maladies du dos	terminé	01.05.12	31.12.14	PS 09-13	Fds qualité	302	158	-	-	-	-	-	-	460
0172	Renouvel. certif. EduQua et mise en œuvre d'un modèle de gestion de la performance dans le secteur de la formation	terminé	01.04.12	30.04.14	PS 09-13	Fds qualité	37	12	-	-	-	-	-	-	49
1143	Création d'un Centre de la main	terminé	01.03.12	31.03.14	PS 09-13	Sans fin. PS	0	0	-	-	-	-	-	-	0
1139	Chirurgie bariatrique et risque d'ostéoporose	terminé	01.01.12	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	120	60	-	-	-	-	-	-	180
1135	Financement d'un technicien pour la recherche en ORL	terminé	01.01.12	31.03.14	PS 09-13	Envelop. PS	137	25	-	-	-	-	-	-	162
1131	EPP - Création d'un Espace patients & proches	terminé	01.01.12	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	437	312	-	-	-	-	-	-	749
1130	TRACES - TRAnsfert de compétenCES en nutrition clinique dans les services	terminé	01.01.12	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	489	290	-	-	-	-	-	-	779
1125	Création d'un Centre des tumeurs thoraciques	terminé	01.01.12	31.12.15	PS 09-13	Envelop. PS	315	313	247	-	-	-	-	-	875
1122	Méthodes avancées d'analyse des images médicales	terminé	01.03.11	28.02.14	PS 09-13	Envelop. PS	153	-	-	-	-	-	-	-	153
0166	PEANUT - Prise En charge et organisation Améliorée de la NUtrition au CUTR	terminé	01.02.11	31.03.14	PS 09-13	Fds qualité	230	12	-	-	-	-	-	-	242
1015	Ça marche-Ped - Unité d'expertise et de traitement du surpoids et de l'obésité infantile	terminé	01.01.11	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	703	232	-	-	-	-	-	-	935
1117	Création d'un Centre d'antalgie	terminé	16.06.10	31.01.14	PS 09-13	Envelop. PS	1'704	-	-	-	-	-	-	-	1'704
0167	Qualiweb 3 - Qualité des sites internet et intranet du CHUV - Sous-projet 3 : élaboration "Charte intranet"	terminé	01.06.10	30.03.16	PS 09-13	Fds qualité	111	115	61	-	-	-	-	-	287
0161	TraumaCareCHUV - Améliorer la prise en charge des patients traumatisés du CHUV	terminé	01.06.10	31.12.14	PS 09-13	Fds qualité	232	34	-	-	-	-	-	-	266
1097	Progr. développement durable	terminé	01.06.09	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	35	1	-	-	-	-	-	-	36
1111	Progr. DOPHIN (DOssier Patient Hospitalier INformatisé et INtégré)	terminé	04.03.09	31.12.15	PS 09-13	Sans fin. PS	0	0	0	-	-	-	-	-	0
1119	Gestion des identités	terminé	01.09.08	31.12.15	PS 09-13	Sans fin. PS	0	0	0	-	-	-	-	-	0
1124	Création d'un Centre de la prostate	terminé	01.02.08	31.12.15	PS 09-13	Envelop. PS	515	104	162	-	-	-	-	-	781
1121	Gestion de la mobilité	terminé	01.02.08	30.06.14	PS 09-13	Sans fin. PS	0	0	-	-	-	-	-	-	0
1073	Coordination projets centres interdisciplinaires en oncologie	réalisation	01.01.08	-	PS 09-13	Envelop. PS	961	724	424	319	157	*165*	*165*	-	2'915
1070	Programme d'amélioration de la qualité de vie des patients (soins de support)	terminé	01.01.07	31.12.15	PS 09-13	Envelop. PS	2'636	86	10	-	-	-	-	-	2'732
1041	Hyperglycémie	arrêté	01.07.06	31.07.14	PS 09-13	Envelop. PS	710	96	-	-	-	-	-	-	806
1063	CardioStem - Recherche translationnelle Cellules souches myocarde	terminé	01.01.05	31.12.14	PS 09-13	Envelop. PS	584	229	-	-	-	-	-	-	813
Portefeuille des projets						**Totaux**	**11'264**	**3'944**	**3'922**	**4'193**	**1'889**	**1'371**	**718**	**288**	**27'589**

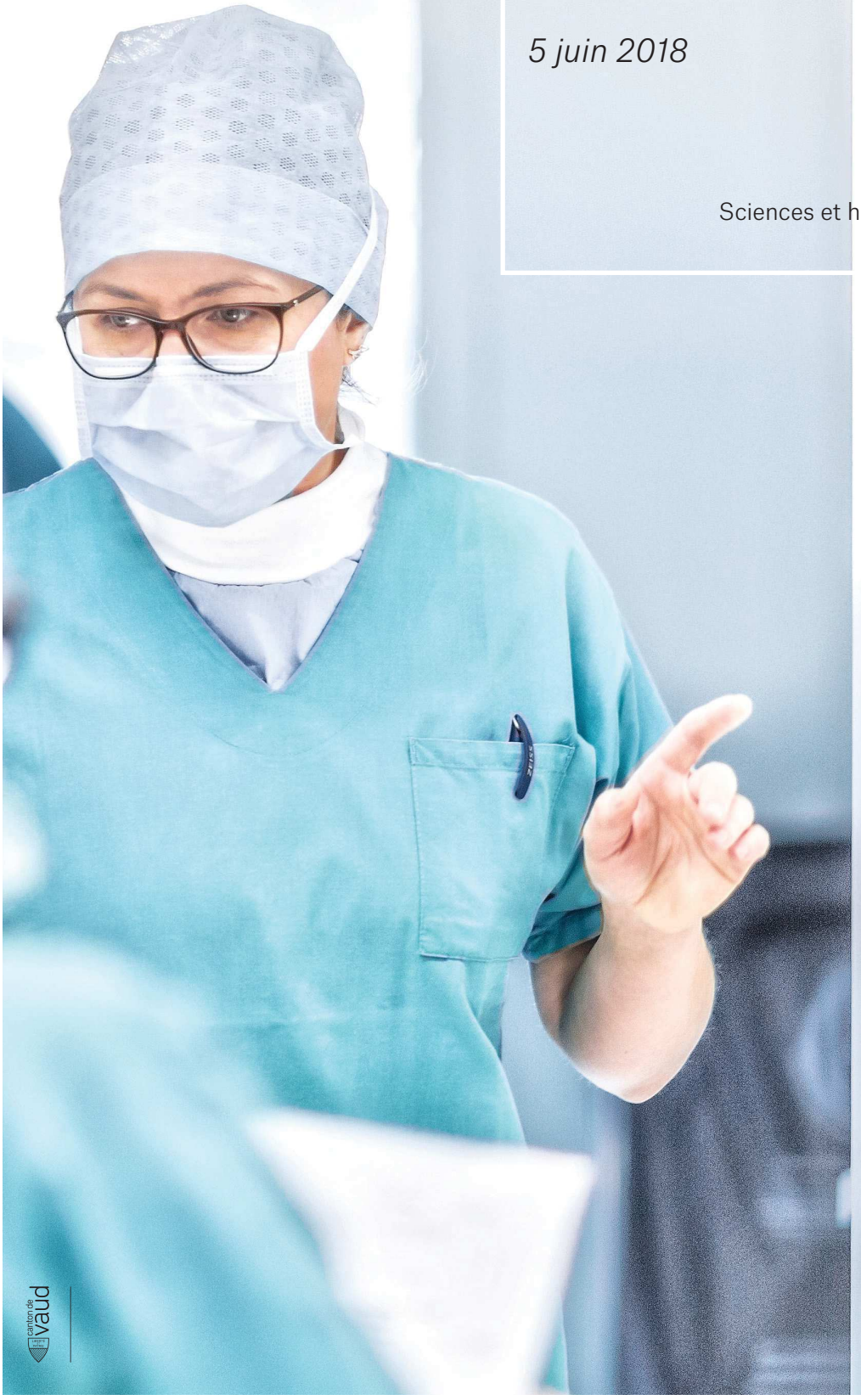
canton de
vaud

Direction générale

Plan stratégique 2019–2023

5 juin 2018

Sciences et humanité



canton de vaud

Editorial	**3**
Introduction	**5**
Le contexte	**7**
Le CHUV en bref	**10**
Le CHUV en quelques chiffres	**12**
Missions, valeurs, vision	**14**
Les enjeux	**16**
Les axes et objectifs stratégiques	**18**
a. Dans la continuité des objectifs 2014-2018	
Oncologie	**22**
Cardiovasculaire	**25**
Neurosciences cliniques	**26**
Rénovation des infrastructures	**27**
Collaboration interprofessionnelle, qualité, sécurité	**30**
Ressources humaines - management et relève	**34**
b. Nouvelles priorités 2019-2023	
Médecine génomique	**38**
Maladies infectieuses	**41**
Neurosciences	**45**
Immunologie	**47**
Oncologie radio-chirurgicale	**50**
Humanités en médecine	**51**
Gestion de l'information clinique	**54**
Couverture des enjeux par les objectifs stratégiques	**56**
Cadre organisationnel et financier de la mise en œuvre	**58**
Glossaire	**59**

Editorial

Conjuguer sciences et humanité : une gageure ?
Et si conjuguer, au sein même de l'hôpital, sciences et humanité représentait l'un des défis les plus délicats qui attendent les professionnels de la santé ? Il est confortable de penser qu'il s'agit d'une évidence, que la pratique de la médecine et des soins au sens large va de pair avec une démonstration quotidienne de bienveillance et de compassion. Et pourtant, est-ce toujours le cas ?

Au cours des trente dernières années, la clinique s'est infiniment complexifiée. Le recours aux technologies les plus pointues a tendance à mobiliser principalement les énergies et l'attention des professionnels. Quel temps pouvons-nous encore consacrer à notre patient en tant qu'individu, à faire réellement connaissance avec lui dans toutes les dimensions de sa personnalité et du problème médical qui l'amène dans notre hôpital? Quelle place accordons-nous à soigner la relation avec lui, avec ses proches?

Les patients ne sont pas seuls à risquer de souffrir. Ce processus de désindividualisation menace tout autant les professionnels eux-mêmes. En effet, comment continuer de trouver du sens à notre métier lorsque la place accordée à la relation humaine et à la compréhension du patient entre en concurrence directe avec celle accordée à la technologie et à la gestion des données? Comment percevoir clairement l'importance de son rôle quand une prise en charge de par sa complexité croissante, se partage entre plusieurs collègues et plusieurs spécialistes ? Quand les patients arrivent mieux documentés que jamais et revendiquent légitimement un rôle de partenaire ?

Au CHUV, nous sommes convaincus que les sciences médicales et des soins n'ont de sens que si elles se pratiquent dans un environnement empreint d'humanité. Et qu'un bon projet thérapeutique passe d'abord et toujours par une bonne compréhension du patient et des raisons qui l'amènent à l'hôpital. Nous tenons tout autant à soigner le climat de travail dans lequel évoluent les professionnels de la santé : nous avons la ferme volonté de faire du CHUV un lieu où les pratiques de management sont empreintes de respect et où le travail est source de santé et non d'absentéisme.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'accoler ces deux termes de sciences et d'humanité à notre logo. Comme un mantra, ces deux mots unis l'un à l'autre, doivent nous rappeler quotidiennement que l'hôpital est avant tout un lieu où prime la qualité de l'accueil, où les traitements passent obligatoirement par l'écoute. C'est cela qui doit nous guider au cours des quatre prochaines années.

Comme vous le verrez dans ce Plan stratégique, la qualité de la relation que nous entretenons avec nos patients, avec leurs proches, mais aussi entre collègues, caractérise plusieurs projets d'envergure. Nous avons à cœur de penser l'organisation future de notre hôpital pour améliorer l'efficience de nos prises en charge, mais en ayant toujours à l'esprit le bien-être du patient, de ses proches et des professionnels qui les accompagnent. Nous allons ainsi développer un projet de partenariat avec les patients et leurs proches qui a

pour ambition de les impliquer davantage dans le déroulement de leur prise en charge. Nous projetons également d'établir, dès le début de l'hospitalisation, des Plans thérapeutiques qui permettront aux professionnels et aux patients d'envisager ensemble, et en toute transparence, un déroulement optimal de la prise en charge. Cette gestion proactive des séjours sera mise en œuvre de manière interprofessionnelle sous la responsabilité directe des cadres médicaux et infirmiers des unités concernées et permettra d'éviter des attentes, des journées d'hospitalisation et des complications évitables. L'ensemble de ces activités se fera en prenant soin d'entretenir une culture d'autoévaluation critique et d'amélioration continue.

Ouvrir cette réflexion nous paraît d'autant plus important que nous sommes à un moment crucial de l'Histoire. La médecine de précision se développe rapidement. Elle est sans doute, plus que bien d'autres progrès scientifiques, susceptible d'entraîner un processus de dépersonnalisation de la pratique. Aujourd'hui, nous soignons des patients, mais nous allons rapidement recevoir en consultation des personnes non pas malades, mais dont on aura décodé le génome, et qui souffriront d'une probabilité de développer telle ou telle maladie. Comment nous préparons-nous à annoncer un diagnostic potentiel? Quel temps consacrerons-nous à évoquer ces enjeux existentiels d'un nouveau type et notamment l'impuissance de la médecine à soigner l'ensemble des pathologies révélées par ces méthodes? Serons-nous entraînés, patients comme professionnels, à démultiplier les actes médicaux au nom du sacrosaint principe de précaution? Alors que le but de notre institution doit demeurer de faire non pas tout ce qui est techniquement possible, mais tout ce qui est nécessaire et adapté à la situation du patient. Ainsi et seulement ainsi, nous conserverons aux soins et à la médecine ce qu'ils ont de plus précieux : leur humanité.

Pierre-François Leyvraz
Directeur général

Introduction

Le CHUV est une institution en pleine mutation: médecine génomique, lutte contre les nouvelles maladies infectieuses ou développement de la médecine de pointe comme l'immunothérapie. Dans ces domaines comme dans de nombreux autres décrits dans ce document, notre hôpital travaille à l'amélioration en continu de son efficience et de la qualité de ses traitements et de ses prestations. Raison pour laquelle il a créé, entre autres changements, plusieurs nouveaux départements: oncologie, cœur-vaisseaux et femme-mère-enfant.

Pour achever de se convaincre du caractère exceptionnel de cette période de l'histoire de notre Institution, il suffit de déambuler dans la Cité hospitalière, qui est, pour quelque temps encore, le lieu de nombreux et importants chantiers. Certains décrits et lancés dans le cadre du Plan stratégique précédent ont déjà abouti, comme la construction d'un nouvel espace de chirurgie ambulatoire, le nouveau bloc opératoire complémentaire, l'extension du restaurant des collaborateurs ou l'Hôtel des patients ouvert en novembre 2016. D'autres, en revanche, sont encore en cours, comme le bâtiment du Swiss Cancer Center Lausanne (Agora), le nouvel hôpital psychiatrique de Cery ou l'Hôpital des enfants ainsi que la plateforme logistique à Bussigny conçue en collaboration étroite avec les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Au vu de l'ensemble, le CHUV connaît donc une reconfiguration de sa clinique et de ses infrastructures sans précédent, qui lui permettra de répondre aux évolutions démographiques et technologiques qui s'annoncent.

Nombre de ces projets exigent de par leur ampleur de se développer sur plusieurs années. Ainsi, la majorité des objectifs formulés lors du dernier Plan stratégique restent d'actualité pour la période 2019-2023, parce que leur mise en œuvre couvre des délais jusqu'en 2022 et au-delà.

Durant la période 2019-2023, il paraît donc adéquat de se limiter, d'une part, à une actualisation du Plan stratégique précédent qui maintient une pleine et entière continuité sur les choix essentiels et élaborer des compléments dans des domaines qui le nécessitent: l'oncologie, le cardiovasculaire, les neurosciences cliniques, la modernisation des infrastructures, notamment de la Cité hospitalière, l'efficience clinique, des programmes tels que Choosing Wisely qui visent à éviter les traitements futiles et enfin le soin apporté à la relation au patient et à leurs proches sont autant de sujets qui ont fait partie des développements prioritaires du Plan stratégique précédent et qui continueront d'être développés dans le cours du suivant.

D'autre part, le Plan stratégique 2019-2023 introduit de nouvelles priorités comme la médecine génomique, l'immunologie, l'intégration de l'information clinique (la gestion de l'information médicale devenant en effet un enjeu central du développement de la clinique) ou le développement des humanités en médecine.

UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Ce Plan stratégique constitue la feuille de route de notre hôpital. Il a été élaboré sur la base d'une démarche participative lancée par la Direction générale. Sa rédaction repose sur la contribution précieuse des directions de départements et de services ainsi que sur celle des collaborateurs qui ont été consultés. Il a été conçu en cohérence avec:

- Les plans stratégiques du CHUV précédents, notamment 2014-2018
- Le Plan stratégique 2017-2022 de l'Université de Lausanne (UNIL) et le Plan de développement 2017-2020 de sa Faculté de biologie et de médecine (FBM)
- Le programme de législature 2017-2022 du gouvernement vaudois et son Rapport sur la politique sanitaire 2018-2022

CADRE LÉGAL ET PROCÉDURE D'ADOPTION

En conformité avec l'article 21 du Règlement d'application de la Loi sur les Hospices cantonaux (RLHC) du 20 mai 2009, ce Plan stratégique, après concertation avec le Service de la santé publique, l'Université de Lausanne et la Direction générale de l'enseignement supérieur, est transmis au Département de la santé et de l'action sociale, pour soumission au Conseil d'Etat qui le transmet au Grand Conseil pour adoption.

Les résultats de la mise en œuvre du Plan stratégique précédent 2014-2018 sont présentés dans le rapport final ad hoc qui est transmis aux instances politiques en même temps que le présent Plan stratégique.

Le contexte

AU NIVEAU SUISSE

Démographie et offre médico-soignante

Le CHUV évolue dans un contexte caractérisé par de nombreux changements qui supposent une importante capacité d'adaptation de la part d'un établissement hospitalier tel que le nôtre.

Ainsi, il faut citer, entre autres, le fait que la population vieillit, que le nombre de maladies infectieuses augmente tout comme les pathologies chroniques.

Par ailleurs, la sur-spécialisation due à la complexité croissante de la médecine modifie la démographie médicale et soignante entraînant une diminution de l'offre de soins de premier recours. Certaines prestations risquent de ne plus être proposées dans les hôpitaux régionaux, notamment dans le domaine pédiatrique en raison d'un manque de spécialistes.

Enfin, on assiste également à un phénomène de centralisation dans les domaines de la médecine hautement spécialisée qui concernent les interventions et les thérapies complexes et coûteuses (oncologie, chirurgie spécialisée, brûlures graves, maladies rares).

Technologie

La médecine connaît d'importants progrès technologiques, les données concernant le patient sont désormais contenues dans un dossier informatisé qui permet, entre autres, un suivi de la prise en charge plus rigoureux.

Le rôle des professionnels de la santé évolue lui aussi au gré de la digitalisation, le monitoring à distance se développe de même que les interventions partiellement automatisées et le transfert de certaines activités entre corps professionnels.

Le développement de l'imagerie modifie considérablement les méthodes de traitement et les prises en charge deviennent toujours plus individualisées (médecine de précision).

Politique

Sur le plan politique, les relations de la Suisse avec l'Union européenne restent difficiles depuis le vote du 9 février 2014 sur l'initiative populaire «contre l'immigration de masse». Ceci a pour conséquence de rendre plus complexe le recrutement du personnel sanitaire issu des pays qui nous entourent.

Par ailleurs, le nombre de médecins et de soignants formés en Suisse est insuffisant. Ceci conditionne grandement le recrutement de professionnels de la santé. Les hôpitaux sont conduits à intensifier la formation du personnel et à offrir des conditions de travail attractives, voire d'encourager la réintégration en emploi des collaborateurs par exemple après une absence pour maternité.

L'augmentation des coûts de la santé et par conséquent celle des primes de

l'assurance maladie constitue une préoccupation constante.

Enfin, le système de santé suisse demeure compliqué: si la régulation fédérale s'intensifie (médecine hautement spécialisée, tarifs, évaluation médico-économique, surveillance des assureurs), l'influence des cantons reste forte. La coopération entre ces derniers se renforce notamment sur l'Arc lémanique, mais la concurrence entre eux demeure. Enfin, le Parlement fédéral actuel est clairement plus actif dans le domaine de la santé.

Finances et assurances
Le concept de concurrence dans le domaine de la santé ne produisant pas les effets escomptés, la pression sur les coûts augmente de même que la concentration avec, probablement à l'horizon de 2025, un nombre très limité de grands groupes d'assureurs.

Hôpitaux
Selon les pronostics de l'association «Les Hôpitaux de Suisse» (H+), le taux de croissance du chiffre d'affaires va diminuer de manière significative au cours de la prochaine période (de 5.3% par année pour la période 2006 à 2015 à moins de 3% par année pour la période 2015 à 2025), de même que le taux de croissance du personnel soignant (de 3.6% à env. 1.5% par année) et celui des médecins (de 1.7% à 1.4% par année). Le processus de concentration par fusions et formations de groupes va augmenter, et à la faveur de ces mutations, les petits hôpitaux régionaux risquent fort de voir leur rôle redéfini (réadaptation, ambulatoire) entraînant de nouvelles formes de coopération géographique. Il faut aussi relever l'entrée de grands groupes dans l'ambulatoire (Migros et Hirslanden).

AU NIVEAU DU CANTON DE VAUD

Plus spécifiquement, le contexte vaudois et son évolution possible va lui aussi conditionner l'évolution du CHUV. Selon les estimations de la Commission de prospective du canton de Vaud, le rythme de croissance de la population se maintient à un niveau parmi les plus élevés de ces dix dernières années (quelque 11'700 personnes ou +1.7% en moyenne annuelle) avec une hausse de la population plus marquée à Lausanne, à Nyon, dans le Jura et le Nord vaudois et une forte croissance des naissances entre 2015 et 2020 (+1600 par année). Le solde migratoire, lui, diminue (de 9000 à 5400 par année) alors que le vieillissement connaît une augmentation marquée (+ 1.9% de lits d'établissements médico-sociaux (EMS) par année). (Sources: évolutions suisses: Stratégie H+ 2025, évolutions canton de Vaud: Commission prospective, Statistique Vaud, juin 2017)

Opportunités et risques
Le CHUV dispose d'une excellence clinique reconnue notamment dans les domaines de la médecine hautement spécialisée comme en oncologie, en neurologie, en cardiologie/angiologie, en obstétrique, en transplantation et en néonatologie. Il entretient des liens forts et structurés avec la médecine de premier recours et les domaines de santé publique dont la tradition est bien ancrée. Il bénéficie d'une excellente collaboration avec l'UNIL et sa Faculté de biologie et de

médecine avec laquelle il assume une gouvernance commune. En outre, le CHUV a développé un solide réseau dans l'Arc lémanique notamment avec l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), les entreprises Medtech ou par le biais de l'Association Vaud-Genève. Il innove et explore de nouveaux modèles de soins dans le domaine de la pratique avancée des professions soignantes. Il jouit par ailleurs d'un soutien important du canton et de ses institutions. Enfin, il dispose d'une culture d'entreprise attractive.

D'autres éléments constituent des risques avec lesquels le CHUV doit compter: ses hautes compétences dans plusieurs domaines d'excellence le conduisent à prendre en charge un nombre croissant de patients. En raison de son double rôle d'hôpital universitaire et d'hôpital de ville, le CHUV jouit d'une capacité de délégation limitée de ses patients à d'autres hôpitaux.

La menace et les situations concrètes d'engorgement sont constantes notamment en raison d'un manque de places en aval de l'hôpital et d'un recours accru à ses services, en amont. Le CHUV dispose par ailleurs d'une marge de progression en termes d'efficience et de durées moyennes de séjours encore élevée en comparaison avec les autres hôpitaux universitaires. En outre, il participe de façon limitée à l'activité rentable et de manière sur-proportionnée en comparaison à l'activité non rentable.

La faiblesse de l'offre en médecine de proximité dans le canton contraint le CHUV à renforcer son offre en ambulatoire. Enfin, le nombre de professionnels avec des profils mixtes qui combinent le management, l'informatique ou l'ingénierie avec une formation en médecine ou en soins est encore très bas au vu des besoins.

Le CHUV en bref

CARACTÉRISTIQUES, POSITIONNEMENT ET DÉVELOPPEMENT

Le CHUV est un centre hospitalier d'envergure européenne. Il est l'un des cinq hôpitaux universitaires suisses, avec Genève, Berne, Bâle et Zurich. Il comprend les soins somatiques et psychiatriques. Il est entouré d'hôpitaux régionaux face auxquels il assume un rôle d'hôpital de référence.

Il comprend 17 départements cliniques, médico-techniques, administratifs et académiques, et un établissement médico-social psychogériatrique à Gimel (voir organigramme en annexe).

Il est étroitement lié à la FBM de l'UNIL afin d'assurer la formation pré-graduée, post-graduée et continue des médecins, ainsi que la formation universitaire du corps infirmier. Au sein du Conseil de direction UNIL-CHUV, les directions de l'UNIL et du CHUV prennent les décisions concernant les missions académiques du CHUV.

Le CHUV collabore avec les autres institutions universitaires lémaniques et suisses (UNIL, EPFL, HUG, UNIGE), les hautes écoles de santé et d'autres hôpitaux, cliniques, établissements de soins ou institutions (Fédération des hôpitaux vaudois, Société vaudoise de médecine, etc.).

Sur le plan administratif, le CHUV est un service de l'Etat de Vaud rattaché au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et disposant d'une large autonomie de gestion définie dans une loi spécifique: la Loi sur les Hospices cantonaux (LHC). Un contrat annuel de prestations entre le CHUV et le DSAS fixe notamment les objectifs assignés au CHUV ainsi que ses engagements en matière de quantité, de qualité et de coût des prestations cliniques et de santé publique fournies, et sert de base au calcul de la participation financière de l'Etat. Ce contrat inclut aussi les établissements affiliés au CHUV suivants: la Policlinique médicale universitaire (PMU), l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) et l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin (HOJG).

Le CHUV jouit d'une tradition bien établie dans le domaine de la coopération humanitaire puisqu'une étroite collaboration existe depuis 1960 avec Terre des hommes pour la prise en charge des cas pédiatriques nécessitant des soins spécialisés. Au fil des années, les activités se sont étendues à la mise sur pied de missions à l'étranger, à l'accueil de stagiaires dans notre institution et au don de matériel à des associations humanitaires. Les collaborateurs du CHUV sont parfois appelés par certaines organisations non gouvernementales (ONG) afin de contribuer à de l'aide d'urgence en cas de catastrophe.

Le CHUV s'est considérablement développé ces quinze dernières années. D'une part, il s'est adapté à l'augmentation de la population, de la demande et de l'offre en soins; d'autre part, il a grandi en intégrant l'activité de plusieurs établissements: Centre universitaire de traitement et de réadaptation (CUTR) Cevey-Sylvana (2000), Etablissements psychiatriques de trois secteurs (2003),

Hôpital de l'enfance (2004), Hôpital orthopédique (2008), Centre pluridisciplinaire d'oncologie (2013) et chirurgie de la main de la Clinique de Longeraie (fin 2013).

En 1982, lorsque son bâtiment hospitalier principal au Bugnon a été inauguré, le CHUV comptait 4'500 collaborateurs au service d'une population du canton de Vaud de 523'000 personnes. Aujourd'hui, le CHUV compte plus de 11'000 employés (soit environ 9'000 équivalents plein temps) au service d'un canton de 778'250 habitants.

Le CHUV en quelques chiffres

RESSOURCES

- **1.7** milliard de francs suisses de budget
- **11'039** collaborateurs au 31 décembre 2016 (pour 8'981 EPT) et 100 nationalités représentées dont:
- **68%** de femmes
- **3'664** EPT de soignants (Infirmière diplômée, personnel d'assistance, physio, ergo, assistantes sociales, éducateurs spécialisés et aumôniers)
- **1'509** EPT de médecins

- **490'000** m^2 de surfaces exploitables mises à disposition par l'Etat ou louées, dont:
- **330'000** m^2 propriétaire dans **54** bâtiments sur la cité hospitalière,
- **77'000** m^2 propriétaire hors cité hospitalière et
- **83'000** m^2 tiers

ACTIVITÉ CLINIQUE

- **49'520** patients hospitalisés
- **503'008** journées d'hospitalisation
- **1'522** lits exploités
- **87%** de taux d'occupation moyen des lits
- **7.1** jours de durée moyenne de séjour en soins somatiques aigus

- **3'230** naissances
- **74'093** urgences

- **1'611'020** cas-jour-service (passages d'un patient ambulatoire un jour donné, dans un service donné)
- **338'817'282** points ambulatoires facturés, dont **217'265'067** points de prestations médicales Tarmed

FORMATION DES SOIGNANTS

- **621** professionnels soignants accueillis au sein du programme d'intégration des nouveaux collaborateurs
- **32'970** jours de stages effectués par des étudiants des hautes écoles spécialisées (HES) des filières suivantes: soins infirmiers, sage-femme, physiothérapie, ergothérapie, technique en radiologie médicale, nutrition et diététique et travail social
- **76** étudiant-es en master Sciences infirmières
- **28** diplômés en master Sciences Infirmières

FORMATION MÉDICALE

- **1'686** étudiants en médecine (Bachelor et Master - FBM)
- **171** masters délivrés en médecine (FBM)

RECHERCHE

- **14** doctorants inscrits en sciences infirmières
- **370** doctorants inscrits en médecine (MD+MD-PHD)
- **40** doctorats en médecine en moyenne par année
- **63'344'917** francs suisses de budget sur fonds externes (EU/FNRS/CTI/autres) levés par les chercheurs de la Section des sciences cliniques (SSC)
- **1'403** publications CHUV (SSC) avec impact factor

Des données plus complètes sont disponibles dans le rapport annuel accessible en ligne sur le site internet du CHUV.
rapportsannuels.chuv.ch

Missions, valeurs, vision

NOS MISSIONS

Les missions d'une institution sont sa raison d'être, le cœur de ses activités.

Trois missions de base sont confiées au CHUV par les pouvoirs publics: **soins, formation et recherche.**

Les soins

Dans le domaine des soins, le CHUV assure les traitements dans toutes les spécialités médicales, y compris la psychiatrie. Il répond aux besoins de la population de l'agglomération lausannoise en tant qu'hôpital de premier recours. Il est l'hôpital de référence du canton et d'une grande partie de la Suisse romande, pour les patients qui nécessitent des soins spécialisés et ultra-spécialisés. Il joue un rôle pionnier sur le plan suisse et européen, voire international dans des domaines d'excellence reconnus.
Le CHUV assure aussi des missions de médecine et santé communautaires et soutient les efforts en matière de prévention et de santé publique. A ce titre, il collabore étroitement avec le Service de la santé publique.

La formation

En tant qu'hôpital universitaire, le CHUV participe à l'enseignement pré- et post-gradué des médecins, des soignants et des autres professionnels de la santé, en collaboration étroite avec la FBM de l'UNIL, les sociétés académiques et les hautes écoles de santé. Le CHUV contribue aussi à la formation dispensée par les écoles supérieures en accueillant les étudiants pour des stages pratiques et propose des places d'apprentissage menant au Certificat fédéral de capacité (CFC), à l'Attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) ou à la maturité professionnelle.

La recherche

Le CHUV s'investit dans des activités de recherche clinique, translationnelle et fondamentale en collaboration prioritaire avec l'UNIL et sa Faculté de biologie et de médecine. Le CHUV développe également des partenariats de recherche avec l'EPFL, les hautes écoles, les institutions de recherche suisses et d'autres institutions internationales.

NOS VALEURS

Cinq valeurs alimentent notre action, motivent nos décisions et caractérisent l'état d'esprit dans lequel le Plan stratégique est appliqué.

La compétence

Les compétences du personnel du CHUV permettent une prise en charge attentive, efficace et adéquate de chaque patient afin de lui garantir les soins les meilleurs et les plus adaptés à ses besoins, tout en assurant son bien-être. Au-delà de ces buts fondamentaux – de soulager la souffrance du patient et l'inquiétude des proches en luttant contre les atteintes à la santé, les maladies et les accidents – les compétences concentrées au CHUV sont au service de la formation des professionnels et de la création des savoirs et pratiques de demain.

L'empathie
Le patient et ses proches sont au centre des préoccupations et des objectifs du CHUV. L'empathie se vit par l'accueil, l'écoute et le respect de leurs valeurs.

La créativité
Le monde de la santé est un monde d'incertitude dans lequel les connaissances évoluent rapidement. Le CHUV et la FBM visent l'excellence clinique et académique au service du patient et de la communauté. Cette ambition implique un regard critique sur les pratiques actuelles, un souci d'amélioration continue de la part de chacun des collaborateurs et une capacité d'imaginer et de réaliser des solutions nouvelles.

La responsabilité
L'accomplissement des missions du CHUV implique, de la part des collaborateurs, un sens aigu de la responsabilité vis-à-vis du patient, de l'Institution et de l'ensemble de la société, notamment en matière d'équité de traitement, d'économicité des moyens et d'éthique.

La transparence
Le CHUV s'engage à informer ses patients, ses collaborateurs et ses partenaires de manière transparente et complète sur son fonctionnement et ses pratiques dans l'accomplissement de chacune de ses missions.
Dans le domaine des soins, les patients ou leurs répondants sont informés aussi complètement que possible sur leur état de santé et les différentes options de traitements qui s'offrent à eux, sur les risques et conséquences associés à chacune de ces options et sur le déroulement et le résultat des prestations diagnostiques et thérapeutiques.

NOTRE VISION

La vision d'une institution est l'état futur et désirable qu'elle entend atteindre.

Le CHUV est un centre médical universitaire reconnu pour son excellence clinique et académique et un lieu privilégié de formation pour tous les professionnels de la santé et les autres professions liées à l'activité de l'hôpital.
Il ambitionne d'être un centre de référence européen dans certains domaines de médecine de pointe comme l'oncologie et toutes les spécialités qui contribuent au traitement de ces patients notamment dans les domaines de la chirurgie et de la chirurgie interventionnelle mais aussi dans le secteur des maladies infectieuses, des neurosciences, de l'immunologie, des humanités en médecine, de la médecine génomique et de la gestion de l'information clinique.
Il vise à se distinguer par une excellente structuration de l'information qui lui permettra d'améliorer encore la qualité de ses recherches de même que sa capacité à transférer ses résultats dans la clinique.
Il offre à ses patients et à leurs proches les informations et les soins les mieux adaptés et les plus performants dans le respect de leur individualité.
L'accueil des patients est la première préoccupation de toutes les collaboratrices et de tous les collaborateurs.

Les enjeux

Les enjeux décrivent les situations contextuelles majeures – présentes et futures – dont l'impact sur le fonctionnement et le développement du CHUV est important.

Les enjeux auxquels le CHUV doit faire face restent à quelques exceptions près, proches de ceux qui avaient été décrits dans le Plan stratégique précédent. Les principales nouveautés portent sur la finalisation des différents chantiers architecturaux qui ont été lancés ces dernières années, sur le renforcement de la responsabilisation des cadres et enfin sur l'attention qui devra être consacrée à la restitution de l'information clinique au patient et à ses proches.

Ainsi, au cours de la période 2019-2023 le CHUV portera ses efforts sur les sept enjeux suivants:

ENJEU 1

L'adaptation de l'hôpital à l'évolution démographique.
La population vaudoise est en forte croissance, elle vieillit, entraînant une augmentation de la prévalence de maladies chroniques, des polymorbidités et des situations de dépendance. Ceci implique pour l'hôpital de devoir entre autres repenser son réseau de collaborations (soins à domicile, EMS, hôpitaux périphériques, par exemple). Il s'agit également de réorganiser les prises en charge de façon à mieux planifier l'entier du parcours du patient dès son entrée dans l'hôpital, de l'orienter vers les services et prestations les plus pertinents et d'opérer, lorsque la situation le permet, une transition du stationnaire vers l'ambulatoire.

ENJEU 2

La poursuite de la transformation de la cité hospitalière et la mise en exploitation des nouvelles infrastructures.
Les infrastructures du CHUV, bientôt quarantenaires, nécessitent d'être adaptées afin de répondre aux besoins futurs de la population. Elles doivent aussi permettre de renforcer la qualité et l'efficience des soins. Les plateaux techniques doivent ainsi être adaptés aux normes et aux avancées technologiques. Il s'agit également de développer des équipements et des organisations logistiques performants et efficients.

ENJEU 3

L'amélioration de la qualité et de l'efficience clinique et la garantie de l'équilibre économique durable du CHUV.
Le CHUV est excellent dans les secteurs de la médecine hautement spécialisée (MHS) et d'autres domaines de médecine de pointe. Mais dans d'autres prises en charge, il doit revisiter son organisation, notamment la question de la durée des prises en charge ou l'organisation de la sortie du patient afin d'améliorer la qualité et l'efficience de ses prestations cliniques, mais également la satis-faction des patients eux-mêmes.

ENJEU 4

La poursuite de la construction des pôles d'excellence du CHUV (dans leur dimension clinique, de formation et de recherche) en améliorant la collaboration avec nos partenaires externes.

Le CHUV, qui est également un hôpital de zone pour la région lausannoise, doit être attentif à préserver son caractère universitaire en développant des domaines de médecine de pointe. Il doit par ailleurs développer ses relations avec ses différents partenaires en endossant un rôle de ressource. À titre d'exemple, le réseau romand d'oncologie, qui regroupe tout à la fois des médecins de cabinet, des médecins d'hôpitaux périphériques et des cliniciens du CHUV, doit encore être développé. Les urgences doivent également faire l'objet d'une réorganisation qui permettrait de mieux distinguer les problématiques de médecine de premier recours et les cas qui exigent le recours aux plateaux techniques.

ENJEU 5

Le renforcement de la responsabilité des cadres à tous les niveaux dans la prise en charge des patients et de leurs familles.

Au fil de l'évolution de l'histoire de la médecine, celle-ci s'est sur-spécialisée. Il en résulte une fragmentation des soins problématique tant pour le patient que pour les professionnels de la santé. Le renforcement de la responsabilité des cadres à tous les niveaux permettra de lutter contre la fragmentation des soins et d'améliorer la qualité et l'efficience des prises en charge.

ENJEU 6

L'intégration de la gestion et de la restitution de l'information aux patients dans la formation des professionnels de la santé et dans la pratique clinique et académique.

Le CHUV dispose et génère une grande quantité de données structurées et non structurées dans le cadre de la prise en charge clinique de ses patients et dans celui de la recherche clinique. Or, nombre de ces données restent aujourd'hui distribuées entre le dossier patient institutionnel et de nombreux autres registres. Ces données devraient être intégrées en un seul et même système. Le développement de formations dans le domaine devrait permettre aux professionnels de mieux maîtriser leur gestion et leur restitution au patient.

ENJEU 7

La formation et le développement des ressources professionnelles en accord avec les besoins de la population.

Le manque de compétences rares dans certains domaines (urgences, soins intensifs...) nous amène à devoir être innovant dans la politique de gestion des ressources humaines. Améliorer et assouplir les conditions et l'organisation du travail, adapter l'hôpital à la féminisation des métiers des soins, favoriser l'innovation par la responsabilisation des collaborateurs, augmenter le nombre d'étudiants en médecine, développer des filières de formation de degré master et doctorat en soins infirmiers et mettre en place une gestion des carrières et de la relève, sont quelques mesures parmi d'autres à prendre pour y répondre.

En parallèle, il s'agit d'améliorer la qualité et l'adéquation de l'offre en places de formation de médecins avec les besoins de la population et du réseau sanitaire.

Les axes et objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques constituent les solutions que le CHUV entend développer pour répondre aux enjeux identifiés.
L'analyse a conduit à fixer **29 objectifs** stratégiques prioritaires regroupés en **5 axes** stratégiques.

AXE 1: PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Objectifs

1.1 Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients et de leurs proches;
1.2 Renforcer la responsabilité et la capacité décisionnelle des cadres de tous les niveaux dans le domaine de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs familles;
1.3 Développer l'attractivité du CHUV pour les patients et les proches, et la qualité de la collaboration avec les partenaires du système de soins;
1.4 Développer la structure et l'organisation du CHUV pour le rendre plus «senior-friendly» et intégrer de manière explicite la prévention du déclin fonctionnel dans la clinique, la formation et la recherche;
1.5 Optimiser les méthodes de prise en charge de manière à offrir aux patients la solution la plus adaptée et la moins invasive relativement à l'objectif visé (ambulatoire, hôpital de jour, Enhanced Recovery After Surgery, Choosing Wisely);
1.6 Collaborer au renforcement de la médecine de premier recours et des programmes de santé publique, notamment dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.

AXE 2: MÉDECINE UNIVERSITAIRE, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

Objectifs

2.1 Poursuivre et consolider les développements prioritaires du Plan stratégique 2014-2018 (oncologie, cardiovasculaire, neurosciences cliniques, infectiologie, immunologie et vaccinologie, médecine génomique, métabolisme et nutrition) et les domaines de la MHS attribués au CHUV;
2.2 Développer le pôle des maladies infectieuses;
2.3 Développer l'immunologie et la vaccinologie;
2.4 Développer la médecine génomique;
2.5 Favoriser les interactions entre la recherche et la clinique et construire un réseau de compétences fort dans la gestion de l'information clinique;
2.6 Développer les humanités dans l'enseignement, la recherche et la pratique clinique;
2.7 Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement;
2.8 Développer en collaboration avec l'UNIL et la FBM les synergies dans le domaine des soins et de la collaboration interprofessionnelle en matière de formation, de recherche et de pratique clinique, notamment par le développement de l'IUFRS;
2.9 Poursuivre l'amélioration continue de la formation postgraduée et renforcer l'adéquation de l'offre par une revue continue de l'organisation des services, des besoins à moyen terme et des plans de carrière individuels.

AXE 3: RESSOURCES HUMAINES

Objectifs

3.1. Management, relève et mobilité: créer les conditions favorables à l'attraction, la détection, la préparation, le développement et la fidélisation de nos talents, y compris pour les carrières féminines. Les intégrer dans un système de planification de la relève hospitalière. Dynamiser la capacité de coopération entre services et de transfert interne des ressources et promouvoir la mobilité interne et la polyvalence;

3.2 Administration RH 2.0: simplifier, moderniser et automatiser ses outils de gestion et ses processus. Déployer auprès de l'encadrement les tableaux de bord RH et développer un nouvel outil de planification et de gestion des présences;

3.3 Consolidation des programmes de formation dans tous les métiers de l'hôpital, développer l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative; intégrer les nouveaux métiers hospitaliers et préparer l'Institution à la digitalisation des métiers tout en mettant un accent particulier sur la gestion et la restitution de l'information au patient;

3.4 Améliorer l'organisation du travail (jobsharing, travail à domicile, etc.).

AXE 4: INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE ET ÉQUIPEMENTS

Objectifs

4.1 Mettre en œuvre les projets de construction prioritaires pour renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche (bloc opératoire, soins intermédiaires au 11e étage du Bâtiment hospitalier (BH), Hôpital des enfants, Cery, Agora, etc.) et assurer la réalisation des bénéfices attendus lors de leur mise en exploitation;

4.2 Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques (nouveau bloc opératoire, par exemple);

4.3 Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques notamment dans le cadre de la mise en exploitation de la plateforme logistique à Bussigny;

4.4 Donner suite au CHUV à l'engagement du Conseil d'Etat en matière de développement durable.

AXE 5: SYSTÈMES D'INFORMATION

Objectifs

5.1 Poursuivre la sécurisation et la fiabilisation du système d'information;

5.2 Homogénéiser et simplifier l'utilisation du dossier patient et du système d'information clinique - Transformer une partie des fonctions de secrétariat en fonctions de soutien aux médecins;

5.3 Réintégrer de manière systématique l'information structurée disponible dans le dossier patient, préparer l'intégration d'information non structurée;

5.4 Améliorer et développer le soutien à la recherche clinique et translationnelle;

5.5 Développer la collaboration et les échanges de données avec nos patients et nos partenaires;

5.6 Développer l'accessibilité et la mobilité.

Plan stratégique 2019-2023

Le CHUV vit une reconfiguration de sa clinique et de ses infrastructures sans précédent qui lui permettra de répondre aux évolutions démographiques et technologiques qui s'annoncent.

Nombre de ces projets exigent, de par leur ampleur, de se développer sur plusieurs années. Ainsi, la majorité des objectifs formulés lors du dernier Plan stratégique reste d'actualité pour la période 2019-2023, parce que leur mise en œuvre couvre des délais jusqu'en 2022.

Durant la période 2019-2023, il paraît donc adéquat de poursuivre les objectifs lancés dans le cadre du Plan stratégique précédent (partie a) et d'élaborer des compléments dans des domaines qui le nécessitent (partie b: Nouvelles priorités 2019-2023).

a. Dans la continuité des objectifs 2014-2018

Oncologie

CONTEXTE

Le développement de l'oncologie lausannoise s'est accéléré avec l'arrivée en 2012 d'un chef de département spécialisé dans le domaine de l'immunothérapie du cancer et la création début 2013 du Département d'oncologie CHUV-UNIL. Depuis, de substantielles avancées ont été réalisées tant dans la mise en place et la coordination de structures de recherche clinique et translationnelle que dans la prise en charge clinique.

Des efforts importants doivent encore être consentis ces prochaines années afin de faire de Lausanne un pôle international de la recherche sur le cancer et pour en faire bénéficier les patients.

RÉALISATIONS 2014-2018

Organisation

- Le Département d'oncologie regroupe désormais les services d'oncologie médicale, d'immuno-oncologie, d'hématologie et de radio-oncologie, les laboratoires d'oncologie, le Centre des thérapies expérimentales et la Division d'oncologie personnalisée analytique.

Clinique

- Déploiement de l'oncologie ambulatoire avec son transfert dans les nouveaux locaux du Centre coordonné d'oncologie du CHUV (CCO) et optimisation de l'organisation médicale et des soins par sous-spécialités cliniques;
- Renforcement des services d'oncologie médicale et d'hématologie avec plusieurs médecins cadres et chefs/fes de clinique ; nomination d'une nouvelle cheffe d'oncologie médicale;
- Développement de la radiothérapie et de la collaboration avec la médecine nucléaire;
- Création d'un Réseau romand d'oncologie offrant à tout oncologue une plateforme de discussion et d'interprétation des données complexes pour faciliter la prise en charge thérapeutique des patients;
- Création de plusieurs centres interdisciplinaires et interprofessionnels en oncologie: sein, prostate, tumeurs thoraciques, sarcomes, tumeurs gynécologiques;
- Déploiement de multiples initiatives pour accroître la sécurité des patients (dossiers médicaux électroniques (Soarian), ordonnances électroniques de chimiothérapie, notes infirmières obligatoires, identito-vigilance, renforcement de la supervision des médecins, révision obligatoire des attitudes thérapeutiques par les tumor boards multidisciplinaires, etc.);
- Création du Service d'immuno-oncologie, ainsi que d'une Unité des thérapies innovantes pour les études de phase I au BH06 et d'une Unité d'immuno-oncologie hospitalière au BH19.

Recherche

- Signature d'un contrat de collaboration stratégique d'une durée de trente

ans avec le Ludwig Institute for Cancer Research (LICR) permettant le développement de la branche lausannoise de l'Institut centré sur l'immunologie du cancer et le design de nouvelles approches moléculaires et cellulaires;
- Intégration de la recherche fondamentale du Département d'oncologie, entre les groupes (de recherche) de l'UNIL et du CHUV. Développement de la capacité de recherche clinique et translationnelle avec la création du Centre des thérapies expérimentales (CTE), ainsi que la création du Laboratoire de production cellulaire pour l'immunothérapie en 2018 au Biopôle 3 à Epalinges (plateforme Good Manufacturing Practices - GMP);
- Conclusion d'accords de collaboration avec de grandes sociétés pharmaceutiques, notamment Roche, Genentech et BMS pour soutenir des projets de recherche translationnelle et clinique;
- Développement de la structure intégrative du Centre suisse du cancer lémanique (SCCL) pour créer un environnement multidisciplinaire et collaboratif de recherche fondamentale, clinique et translationnelle sur le cancer, sur l'Arc lémanique. Participation à la construction du bâtiment Agora (Fondation ISREC), qui abritera des groupes de chercheurs et cliniciens actifs en recherche translationnelle;
- Développement de plateformes et d'infrastructures de services pour la recherche en oncologie (plateforme d'imagerie in vivo, de découverte d'antigènes...).

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 2019-2023

Organisation

- Poursuivre l'intégration CHUV-UNIL des structures administratives du Département d'oncologie, incluant les finances, les ressources humaines, les technologies de l'information, etc.

Clinique

- Poursuivre la réorganisation de l'oncologie hospitalière avec la création d'une unité d'oncologie médicale pour la prise en charge des patients oncologiques avec complications, et la création d'une unité d'hémato-oncologie hospitalière;
- Mettre en œuvre un programme de thérapie cellulaire de niveau international. Obtenir la reconnaissance par l'Assurance obligatoire des soins (AOS) des thérapies cellulaires adoptives à base de TILs (tumor-infiltrating lymphocytes), pour les patients atteints de mélanome dans un premier temps, puis pour les autres types de tumeurs;
- Démarrer la production cellulaire au sein du Laboratoire de production cellulaire créé au Biopôle 3 à Epalinges;
- Poursuivre le développement de la capacité d'ingénierie cellulaire avec la construction du Laboratoire de production de vecteurs viraux au Biopôle 6 à Epalinges;
- Poursuivre le déploiement de l'Unité d'immuno-oncologie hospitalière au BH19.
- Mettre en œuvre le projet d'extension de l'Unité des thérapies innovantes, ainsi que la création d'une unité d'aphérèse;
- Poursuivre et consolider la coordination de l'activité oncologique du CHUV autour du Département d'oncologie en favorisant les approches multidis-

ciplinaires et interprofessionnelles. Poursuivre le programme de création de centres interdisciplinaires et interprofessionnels en oncologie (tumeurs neuroendocrines, neuro-oncologie, mélanome, tumeurs gastro-intestinales, oto-rhino-laryngologie (ORL), etc.).

- Poursuivre le développement d'une plateforme innovante de pointe en radio-oncologie, incluant la protonthérapie, la radiothérapie FLASH et l'hyperthermie. Dans ce cadre, poursuivre le projet en partenariat public-privé en vue de la création d'un 2e centre de protonthérapie en Suisse, sous réserve des décisions liées à la médecine hautement spécialisée;
- Renforcer l'hémato-oncologie, notamment dans le domaine de la transplantation cellules souches et leucémie;
- Poursuivre la création des conditions-cadres pour le développement de pratiques diagnostiques et thérapeutiques innovantes (radiochimie diagnostique et thérapeutique...);
- Poursuivre le développement de la Division ou Service d'oncologie personnalisée analytique au sein du Département d'oncologie, afin d'offrir des diagnostics moléculaires qui facilitent les thérapies ciblées ou personnalisées à tous les patients échappant aux thérapies standards;
- Poursuivre le déploiement du Réseau romand d'oncologie en assurant une bonne coordination avec les hôpitaux vaudois, en développant les collaborations avec les HUG et en augmentant la participation d'autres hôpitaux romands en incluant également l'Inselspital de Berne;
- Poursuivre le développement de soins de support en oncologie.

Recherche

- Finaliser le déploiement de la branche lausannoise du LICR, construire et mettre en exploitation le bâtiment dédié au LICR (Biopôle 6) à Epalinges.

Pour les approches chirurgicales voir p.49 : Oncologie radio-chirurgicale

Cardiovasculaire

CONTEXTE

Les études et réflexions de variantes d'organisation pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque ont débouché sur la création d'un Département cœur-vaisseaux (DCV) en 2017. Ce département médico-chirurgical vise à être un pôle d'excellence dans la prise en charge des patients, dans la formation et la recherche dans le domaine des pathologies cardiaques et vasculaires. Il doit permettre de faire face aux enjeux de santé publique, aux enjeux économiques et à la concurrence des cliniques privées et des autres hôpitaux universitaires, notamment dans le cadre de la MHS.

RÉALISATIONS 2014-2018

- Suite à la reconnaissance par la Fédération des médecins suisses (FMH) de la chirurgie vasculaire comme spécialité à part entière, création du Service de chirurgie vasculaire début 2015 par le regroupement de toutes les activités vasculaires jusqu'alors réparties sur plusieurs services;
- Développement de programmes cliniques innovants comme la filière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde (filière STEMI), la prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère et la transplantation cardiaque;
- Création, en 2015, du Centre universitaire romand de cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatrique, né d'une collaboration entre le CHUV et les HUG. Il offre des consultations de cardiologie pédiatrique dans plusieurs villes de Suisse romande (Aigle, Delémont, Neuchâtel, Payerne, Porrentruy et Sion);
- Création, début 2017, du Département cœur-vaisseaux regroupant les Services d'angiologie, de cardiologie, de chirurgie cardiaque et de chirurgie vasculaire, ainsi que l'Unité de cardiologie expérimentale. Cette structure permet de fédérer les compétences médicales et soignantes, d'unifier la prise en charge, d'améliorer la qualité des prestations, de mutualiser les ressources, d'assurer la formation et la recherche dévolues à un hôpital universitaire, et de développer les collaborations nationales et internationales.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 2019-2023

- Consolider le DCV et réaliser les synergies attendues dans les domaines de soins, formation et recherche;
- Poursuivre les efforts pour unifier la prise en charge interdisciplinaire et interprofessionnelles des pathologies vasculaires (angiologie, chirurgie vasculaire, radiologie interventionnelle);
- Poursuivre le développement et consolider la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale;
- Développer un centre romand de pathologies vasculaires thoraco-abdominales complexes et le réseau romand de chirurgie vasculaire;
- Intégrer les nouvelles technologies dans le domaine des valvulopathies, de l'insuffisance cardiaque, des troubles du rythme et de l'imagerie cardiaque dans le standard CHUV.

Neurosciences cliniques

CONTEXTE

Les neurosciences cliniques regroupent les affections du système nerveux. La création du Département des neurosciences cliniques (DNC), dès 2010, regroupant les Services de neurologie, de neurochirurgie et de neuropsychologie et neuroréhabilitation ainsi que le Centre de la mémoire, l'Unité de chirurgie spinale et le Centre de recherche en neurosciences, a permis de mettre en place une meilleure coordination de la prise en charge des pathologies aiguës entre les services cliniques concernés, ainsi que des synergies dans la recherche.

RÉALISATIONS 2014-2018

- Consolidation du Centre Leenaards de la mémoire du CHUV et de la coordination et collaboration avec les trois centres mémoires régionaux du canton.
- Développement d'une plateforme de recherche en imagerie par résonance magnétique (IRM).
- Participation du CHUV, en collaboration avec l'EPFL, à la partie médicale du Human Brain Project.
- Signature de la convention et lancement du projet de création du Service universitaire de neuroréhabilitation CHUV-Lavigny (SUN), qui prévoit 65 lits à Lavigny et la création du Centre de recherche en neuroplasticité et neuroréhabilitation (CRINN).
- Définition de la stratégie de développement d'actions fédératives entre le DNC, le Département de psychiatrie (DP) et le Département des neurosciences fondamentales de la FBM (DNF).
- Mise en place des conditions-cadres pour la plateforme NeuroTech (pôle d'évaluation de l'impact des technologies mobiles pour la santé (eHealth/mHealth) et des neurotechnothérapies).

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 2019-2023

- Finaliser la création du Service universitaire de neuroréhabilitation CHUV-Lavigny (SUN).
- Construire un Centre de compétences en mHealth/téléHealth (NeuroTech).
- Renforcer les ressources et compétences en neurochirurgie.
- Poursuivre le développement de l'Unité de chirurgie spinale.
- Poursuivre les projets de recherche clinique du Human Brain Project (HBP) (sous réserve de la poursuite du financement européen).
- Fédérer l'activité de recherche en neurosciences (DNF, DNC, DP).

Ces 6 mesures sont précisées dans le chapitre «Neurosciences» des nouvelles priorités 2019-2023.

Rénovation des infrastructures

CONTEXTE

Depuis plusieurs années, le CHUV suit un plan de constructions, de rénovations et de modernisation ambitieux afin de répondre aux besoins croissants de la population vaudoise, de renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche, d'adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques et de déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques. Ces travaux concernent tant la Cité hospitalière que les autres sites lausannois et dans le canton (Epalinges, Cery, Prangins, etc.) qui sont en continuelle mutation.

Sur la période 2014-2018, de nombreuses constructions et transformations ont été réalisées à la satisfaction de leurs usagers et ont pu être mises en exploitation pour en retirer les bénéfices attendus. Enfin, de nombreux projets doivent encore être planifiés et réalisés ces prochaines années.

RÉALISATIONS 2014-2018

Renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche et de l'enseignement

- Ouverture en mai 2014 de quatre bâtiments du Centre des laboratoires d'Epalinges (CLE) permettant de réunir des chercheurs de l'UNIL et du CHUV autour de thématiques proches, notamment dans le domaine de l'immunologie, de l'infectiologie et de la vaccinologie;
- Création de deux grands auditoires superposés sous la cour arrière du bâtiment César-Roux 19 afin d'augmenter les capacités d'enseignement, remis aux utilisateurs en février 2017;
- A Prangins, nouveaux bâtiments inaugurés en septembre 2014 permettant de regrouper sur le même site les hospitalisations psychiatriques pour les adultes et les personnes âgées de l'Ouest vaudois, ainsi que d'améliorer les prestations cliniques.

Répondre à la croissance de l'activité et à la saturation, tant au niveau des soins que de la recherche

- Dès 2014, déplacement de la chirurgie ambulatoire dans le Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont 24, réalisé en partenariat public-privé, ce qui a permis d'augmenter les capacités en chirurgie lourde des blocs opératoires principaux du BH05, de l'Hôpital orthopédique et de la Maternité;
- Nouveaux locaux remis à la Psychiatrie pour les consultations de Chauderon et Bugnon 23;
- Regroupement des unités ambulatoires du Secteur psychiatrique nord dans de nouveaux locaux à La Brine à Yverdon, dès octobre 2017;
- Extension du Centre coordonné d'oncologie ambulatoire sur 2 étages au BH06 et BH07, ouverte en octobre 2015;

- Création de 29 lits supplémentaires au CUTR Cevey-Sylvana par agrandissement et surélévation d'un étage (ouverture en novembre 2015).
- Réalisation en partenariat public-privé de l'Hôtel des patients, qui a accueilli ses premiers occupants en octobre 2016; l'exploitation des 114 chambres réservées pour les pensionnaires du CHUV doit encore être optimisée.
- Aménagement d'une nouvelle unité d'hospitalisation individuelle au BH19-sud avec 30 lits d'isolement, ouverture prévue en mai 2018.

Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques

- Création du laboratoire de production cellulaire pour l'immunothérapie sur le site du Biopôle 3 à Epalinges (inauguré en septembre 2016);
- Construction d'un nouveau bloc opératoire de l'Hôpital orthopédique avec 3 salles en toiture par surélévation du bâtiment original (remis en décembre 2016);
- Construction d'un bloc opératoire complémentaire sur un bâtiment bas aux niveaux BH06/07 dans lequel toute l'activité opératoire lourde a été transférée dès mars 2017, afin de permettre la rénovation complète du bloc opératoire principal du BH05 sur une période de 3 ans;
- Robotisation des analyses en microbiologie afin de fournir des prestations rapides et centralisées (2017);
- Réaménagement des soins intermédiaires au BH17-sud, pour réouverture courant 2018.

Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques

- L'extension du restaurant du personnel du BH05 a permis de créer 250 places supplémentaires dès novembre 2014;
- La création en partenariat public-privé à Bussigny d'une plateforme logistique commune entre le CHUV et les HUG pour permettre de libérer des surfaces de stockage au BH;
- Sur le même site de Bussigny, la construction d'une Unité centralisée de production alimentaire (UCP)avec notamment, une cuisine primaire froide (préparation, garde-manger, boucherie, sandwicherie, boulangerie, pâtisserie) dans le but de désengorger les cuisines du BH04.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 2019-2023

Renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche et assurer la réalisation des bénéfices attendus lors de leur mise en exploitation

- Créer le nouvel Hôpital de l'enfant pour une ouverture à l'horizon 2021;
- Terminer la construction du bâtiment Agora et assurer son exploitation;
- Terminer le bâtiment du LICR sur le site du Biopôle;
- Réaliser un bâtiment pour la recherche en immunologie et la médecine de précision;
- Réorganiser et étendre de manière cohérente les activités ambulatoires et stationnaires entre les hôpitaux de Beaumont, Hôpital orthopédique et Nestlé;
- Terminer la rénovation et l'agrandissement de l'Hôpital de Cery, y compris le Centre de neurosciences psychiatriques (CNP);
- Renforcer les consultations spécialisées;
- Poursuivre le programme de rénovation des chambres d'hospitalisation et

créer une unité de soins intermédiaires multidisciplinaires au BH11;
- Poursuivre les regroupements géographiques des pôles d'activités (cliniques, laboratoires de recherche, administration ...).

Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques

- Rénover, réaménager et moderniser complètement les 14 salles du bloc opératoire central du BH05, afin d'optimiser la disposition et l'équipement des espaces pour garantir une plus grande fluidité des interventions chirurgicales et répondre aux normes techniques et de sécurité actuelles;
- Réaliser la transformation des soins intensifs et de déchocage au BH05.

Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques

- Réaménager les restaurants, cafétérias et snackings en fonction des évolutions de fréquentation afin de contribuer aux indices de satisfaction des patients et des collaborateurs;
- Augmenter la capacité des cuisines de finition de la Cité hospitalière et de celle de Cery dans les surfaces actuelles et adapter les espaces des livraisons.
- Etendre la production de la pharmacie pour répondre aux besoins en particulier oncologiques;
- Optimiser et tracer les prestations des unités de support (transport de sang et d'échantillons, livraison de marchandises, accompagnement patients, chaîne du froid, etc.);
- Exploiter et optimiser la plateforme logistique commune CHUV-HUG.

Collaboration interprofessionnelle, qualité, sécurité

CONTEXTE

Dans une organisation caractérisée par la complexité de la patientèle qu'elle accueille ainsi que par la médecine et les soins hautement spécialisés qu'elle dispense, les bonnes pratiques de la collaboration intra et interprofessionnelle ont démontré, scientifiquement, leur plus-value en faveur de soins sûrs, efficients et personnalisés. Cette collaboration se construit par des plateformes de formation et de recherche (notamment le Centre coordonné de compétences cliniques (C4) et l'IUFRS, ainsi que par l'implémentation de protocoles de communication et de prise en charge intégrés (voir démarches ERAS et GPS+ ci-dessous).

Le CHUV attache une importance particulière à la qualité et la sécurité des traitements offerts à ses patients, c'est un objectif que partagent tous les acteurs de la clinique, de la formation et de la recherche. Raison pour laquelle le CHUV s'est, dans un premier temps, doté d'indicateurs qui lui permettent de monitorer ses résultats avec précision. Il dispose d'un Comité Qualité & Sécurité. En soutien de la Direction générale, cet organe a pour tâche de définir, de mettre en œuvre et de suivre toutes les mesures et projets Qualité & sécurité au sein de l'hôpital. Son travail consiste à vérifier que les évènements indésirables déclarés soient analysés et suivis. Il porte donc une attention systématique aux risques potentiellement évitables.

RÉALISATIONS 2014-2018

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, le CHUV a mis en place une série de mesures dans les domaines relatifs à l'information du patient, la continuité et l'efficience des soins, et la gestion des risques.

Pour assurer un meilleur **accueil** des patients, des postes d'accueil avancé ont été déployés dans les trois sites principaux de la cité hospitalière. Une série d'ateliers de réflexion ont été menés sur ce thème avec les chefferies médico-soignantes des départements et des services.

La **standardisation des prises en charge** cliniques (programme Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), prévention des escarres) et la mise en place de filières interdisciplinaires et interprofessionnelles permettant de maîtriser les délais des traitements (filières AVC et STEMI) ont permis d'améliorer la qualité et l'efficience clinique de la prise en charge. Des révisions systématiques de la documentation clinique ont été instaurées pour assurer sa qualité et l'exhaustivité de la saisie des prestations médicales et soignantes.
La **sécurisation** des interventions par une check-list opératoire, la révision de

l'antibioprophylaxie pour la chirurgie à haut risque infectieux et la systématisation des déclarations et analyses d'événements indésirables (projet RECI) ont constitué les projets essentiels dans le domaine de la gestion des risques.

Pour assurer le suivi étroit de la qualité des soins, des **indicateurs cliniques** ont été introduits. La gouvernance qualité et sécurité a été renforcée par la mise en place d'un Comité qualité & sécurité (Q&S) institutionnel impliquant les directions médicales et soignantes des départements et des services et leurs homologues des soins.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 2019-2023

Gouvernance

Un enjeu important pour le CHUV sera d'ancrer le suivi des indicateurs-clés, l'analyse d'évènements indésirables et l'amélioration continue de la qualité et sécurité dans toutes les entités cliniques et instances du CHUV. Dans cette perspective, il est envisagé de mettre en place des cellules Q&S dans l'ensemble des services cliniques, des formations à l'analyse des données et au suivi des mesures d'amélioration et d'introduire en même temps des plans d'amélioration annuels systématiques. Ces démarches seront supervisées et coordonnées par le Comité Q&S institutionnel.

Un élément dont l'importance croît dans les soins aux patients âgés et polymorbides est la priorisation et la planification de la prise en charge hospitalière par l'équipe médicale et soignante, en associant le patient/la patiente et ses proches. Un projet stratégique du nom de **GPS+** (Gestion proactive des séjours) est en cours de déploiement dans deux services importants du CHUV. L'objectif est d'assurer que chaque patient dispose d'un médecin expérimenté responsable dans les 12 heures après son admission à l'hôpital et d'un projet thérapeutique qui inclut la prévision de la date de sortie dans les 24 heures. L'évolution de ce projet thérapeutique est ensuite évaluée au minimum 1x par jour pour adapter la prise en charge sans délai. GPS+ sera déployé dans tous les services du CHUV jusqu'en 2020, complété dans certains services chirurgicaux par la démarche **ERAS**, notamment dans les services de chirurgie cardiovasculaire et de chirurgie vasculaire. Des itinéraires cliniques continueront à être développés dans tous les domaines à haute complexité ou à grand volume, tout comme le développement et l'évaluation de nouveaux modes d'organisation des soins notamment avec la pratique infirmière avancée et une collaboration interprofessionnelle forte.

Des mesures s'inscriront dans la continuité de celles du Plan stratégique 2014-2018, à savoir l'amélioration de la qualité de la documentation **clinique** directement dans le dossier patient informatisé; **l'efficience** de la prise en charge ambulatoire fera l'objet de projets d'amélioration spécifiques.
Il s'agira également de revisiter le nombre de médecins en formation postgraduée afin que leur nombre soit en adéquation avec les besoins du réseau sanitaire vaudois.

La **sécurité aux interfaces,** en particulier dans l'échange d'informations, est un enjeu essentiel pour un hôpital hautement spécialisé comme le CHUV. C'est la raison pour laquelle des formations sont dispensées aux équipes

interprofessionnelles pour communiquer de manière fiable et structurée lors des transferts ou transmissions au sujet des patients. La sécurité de la médication étant particulièrement critique à l'entrée et à la sortie du patient, une démarche institutionnelle pour sécuriser ces deux étapes du processus va être lancée en s'appuyant sur le dossier patient informatisé du CHUV et le système de partage d'information mis en place par le Canton de Vaud.

Une meilleure intégration des patients dans les démarches d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est développée dans certains hôpitaux sous le titre **«Patient partenaire».** Ce concept se base sur le postulat que l'expertise acquise par le patient au cours de son parcours de vie et de soins peut utilement être exploitée pour améliorer l'efficience du système de soins. Il peut en effet participer activement à sa prise en charge, transmettre ses expériences de patient à d'autres patients ou à ses partenaires dans le système de soins, voire être une force de proposition d'améliorations au sein du système de soins. Le CHUV va, dans la prochaine période, sélectionner quelques domaines dans lesquels un tel partenariat serait souhaitable (par exemple, les porteurs de maladies chroniques, en oncologie ou en psychiatrie), et en faire des sites pilotes pour mener une première expérience, en tirer les enseignements, et évaluer la valeur ajoutée à généraliser progressivement la démarche à l'ensemble de l'Institution.

La technicité croissante des soins hospitaliers et ambulatoires augmente le risque de réaliser des procédures à faible valeur ajoutée, potentiellement risquées et coûteuses. Assurer l'adéquation de la prescription de procédures diagnostiques ou thérapeutiques en fonction du contexte propre au patient et de ses préférences fait l'objet de la démarche **«Smarter Medicine»** lancée par des sociétés savantes au niveau international et suisse. Dans le cadre du Plan stratégique 2019-2023, une démarche sera lancée au CHUV pour appliquer les recommandations pertinentes au milieu hospitalier. Il s'agira notamment de prévenir certains examens diagnostiques inutiles (demandés sans question spécifique), d'éviter les poses de sondes urinaires non indiquées, de limiter les transfusions, de mobiliser les patients aussitôt que leur situation le permet, et de limiter l'utilisation des benzodiazépines et des hypnotiques sédatifs. La «Smarter Medicine» est cohérente avec d'autres approches implémentées au CHUV pour offrir aux patients les traitements les moins invasifs possible (notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le programme ERAS et l'Hôtel des patients ou les équipes mobiles de soins palliatifs).

La **médecine complémentaire** est un thème important pour le CHUV, d'une part, parce qu'une grande partie de la population utilise des méthodes issues de la médecine complémentaire et qu'une bonne connaissance des effets primaires et secondaires de ces méthodes devient de plus en plus important pour pouvoir traiter de manière adéquate les patients qui les utilisent. D'autre part, le CHUV a acquis une expérience importante dans l'utilisation de certaines de ces techniques, notamment dans le domaine de l'antalgie et de l'oncologie (hypnose, acupuncture, soins de support). Un **Centre de médecine intégrative et complémentaire** (CEMIC) avec une chaire dédiée sera créé. Il aura pour missions de:

- développer l'enseignement et la recherche;
- d'assurer la qualité des prestations offertes aux patients du CHUV avec ces méthodes;

- de diffuser l'offre de ces prestations aux patients du CHUV dans les applications qui paraissent les plus prometteuses pour améliorer les résultats cliniques et la satisfaction des patients.

Il entretiendra des collaborations avec les services cliniques du CHUV (notam-ment l'oncologie, le Centre des brûlés et la pharmacologie clinique) pour étendre l'offre et couvrir à terme les méthodes couramment utilisées et/ou remboursées à charge de la LAMal.

Ressources humaines - management et relève

CONTEXTE

Attirer, développer et fidéliser les compétences et les talents restent et resteront une activité et un défi stratégique pour notre institution au même titre que pour toute autre organisation ou entreprise. Ils le resteront d'autant plus que la pénurie de personnel qualifié et hautement qualifié va perdurer, en particulier dans les branches généralistes de la médecine, mais aussi chez les spécialistes destinés à la médecine d'urgence et de premier recours.
Le CHUV a pour mission de former les ressources médicales de demain. Ceci implique:

- un effort permanent pour la qualité de la formation offerte par ses services;
- une orientation systématique des médecins assistants vers un objectif de carrière (académique, hospitalier, cabinet ou clinique);
- une revue régulière de l'organisation des services et des besoins du réseau sanitaire pour éviter une surproduction de spécialistes.

La féminisation croissante des professions médicales et soignantes, les exigences plus grandes des collaborateurs/trices en termes d'inclusion et d'autonomie, les aspirations professionnelles des nouvelles générations et leur quête de sens, de valeurs au travail et d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, enfin la volatilité du marché du travail sont autant de facteurs qui nous ont obligés à innover sur le plan des modèles d'organisation du travail et de son environnement.
Tout ceci se fait dans un contexte de développement et d'intégration des nouveaux métiers qui feront nos hôpitaux de demain, de transformation digitale des métiers, de développement de nouvelles technologies, d'accélération des rythmes de changement avec des exigences de simplification, d'optimisation et d'augmentation de la productivité. Ces défis présupposent un encadrement formé au management et à la gestion du changement, des outils de gestion modernes, ainsi que des conditions de travail attractives. Les réalisations du Plan stratégique 2014-2018 tendent vers ces objectifs. Les actions planifiées sur le présent plan vont permettre de les poursuivre.

RÉALISATIONS 2014-2018

La fonction RH du CHUV a su opérer sa mue et passer à un positionnement plus stratégique et davantage en phase avec les défis de notre institution. Elle a contribué fortement au développement de la marque employeur CHUV par une visibilité plus importante (Universum, LinkedIn, Facebook, site internet « Carrière », journal interne « Le Chuvien », conférences, 5 à 7..) et une présence médiatique plus forte.
Elle a initié la modernisation de ses outils de gestion par la création des tableaux de bord RH, l'implémentation de la plateforme de gestion des absences de longues durées (ALD), la plateforme e-recrutement, le changement de son logiciel de paie ainsi que la numérisation des dossiers du personnel. Elle a mis en œuvre une gestion plus efficace et réactive des mesures disciplinaires à la

satisfaction des services et instauré des entretiens de départ systématiques. Au sein de sa direction, elle a mis sur pied des centres de compétences désormais reconnus: organisation et amélioration continue, développement et carrière, médiation, réinsertion, apprentissage, notamment.
Elle a agi notamment sur de multiples plans pour faire évoluer les conditions de travail, être plus en phase avec les aspirations des jeunes et favoriser les carrières féminines: révision du règlement des médecins cadres, révision de la convention des médecins assistants/es et chefs/fes de clinique, soutien des demandes de temps partiel, de télétravail, de jobsharing, d'annualisation du temps de travail, augmentation du nombre de places en crèche et garderie, prévention du harcèlement et du mobbing, etc. Elle a contribué à l'évolution de la culture managériale par des programmes de formation structurés pour les cadres.

Dans le domaine de la formation postgraduée des médecins, beaucoup de projets ont été déployés avec succès dans la dernière période, dont
- La remise à jour régulière des plans de formation des médecins en fonction de l'objectif de carrière visé;
- L'instauration d'un processus interne d'amélioration continue de la qualité de la formation postgraduée dans les services;
- La création de l'Ecole de formation postgraduée à la Faculté de biologie et médecine;
- La révision des critères de promotion académique et hospitalière pour valoriser l'activité d'enseignement postgraduée.

Pour les années à venir, la Direction des ressources humaines (DRH) va poursuivre la même politique en mettant un accent particulier sur les objectifs suivants.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 2019-2023

- Poursuivre la réorganisation de la fonction RH: positionnement du/de la directeur/trice RH de département comme partenaire stratégique et renforcement des centres de compétences de la DRH en définissant mieux le rôle et les responsabilités des différents niveaux hiérarchiques;
- Poursuivre le développement et la diffusion de mesures permettant une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée (augmentation du nombre de places de crèche à horaires adaptés, promotion des temps partiels et horaires aménagés, etc);
- Concevoir et mettre en place un système de planification de la relève des fonctions-clés ainsi que de détection et de revue des talents (people review) par service/département en se dotant d'outils informatiques adaptés;
- Mettre en place, en partenariat avec les directions et les services, une politique d'identification de soutien et de promotion des talents internes;
- Poursuivre les efforts de formation en management pour les cadres et les collaborateurs préssentis pour assurer la relève de l'institution;
- Repenser le système d'appréciation/évaluation en vigueur et le faire évoluer vers un système de feedbacks réguliers orienté sur la performance collective.
- Développer au niveau de la Direction des ressources humaines (DRH), une prestation de conseil en accompagnement du changement (change management);

- Poursuivre le développement d'un système d'information et de gestion intégrée des ressources humaines (SIRH) et des fonctionnalités permettant de renforcer et simplifier les outils de gestion dédiés à l'encadrement. Identifier et mettre en place un nouveau système de planification et de gestion des horaires à l'intention des cadres;
- Veiller à respecter l'égalité entre hommes et femmes à tous les niveaux (carrières, promotions, salaires, etc.);
- Lutter contre toutes les formes de discrimination et d'atteinte à la personnalité (sexisme, orientation sexuelle, identité de genre, racisme, appartenance culturelle et/ou religieuse...);
- Poursuivre le développement d'une offre de formation professionnelle dans tous les métiers de l'hôpital notamment en augmentant les places d'apprentissage. Renforcer l'encadrement de la formation sur le terrain;
- Concevoir et mettre en place dans tous les services cliniques et de soutien des concepts d'organisation efficients pour les activités administratives;
- Développer une culture institutionnelle dans le domaine de l'accueil, de la qualité/sécurité des patients et de la collaboration interprofessionnelle;
- Dans le domaine de la formation des médecins, les activités suivantes sont prioritaires dans la prochaine période:
- Réviser l'organisation des services cliniques du CHUV, de manière à renforcer l'encadrement médical;
- Etendre les réseaux de formation postgraduée à toute la Suisse romande;
- Collaborer à la constitution d'une base de données romande pour pouvoir établir des estimations plus fiables des besoins du réseau sanitaire en médecins formés (sous le lead du Service de la santé publique (SSP).
- Prendre les mesures nécessaires (avec SSP et en collaboration avec les autres cantons romands) pour adapter le nombre de postes de formation aux besoins.

b. Nouvelles priorités 2019-2023

Médecine génomique

CONTEXTE/ENJEUX

Quinze ans après le séquençage du premier génome humain, de nouveaux horizons s'ouvrent à la médecine grâce aux progrès des sciences de l'information et à l'évolution des technologies d'analyse de l'ADN. Au CHUV, d'importants investissements ont permis la mise en place des infrastructures nécessaires au développement de la médecine génomique, notamment le consentement général, la Biobanque institutionnelle de Lausanne (BIL), et certaines cohortes populationnelles comme la Cohorte lausannoise (CoLaus). Le CHUV possède par ailleurs un Service de médecine génétique et une Unité de médecine de précision qui travaillent de manière coordonnée à l'intégration des données génétiques et génomiques dans la prise en charge des patients. Sa stratégie et sa vision sont alignées avec les initiatives liées à la médecine personnalisée récemment lancées au niveau régional (VD, GE, BE), dans le cadre de Health 2030 et national dans le cadre de Swiss Personalized Health Network (SPHN).

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURES PROPOSÉES

Centre de compétences et de veille technologique dans le domaine de la médecine génomique/médecine de précision

- Un centre de compétences sera créé qui regroupera les expertises existantes dans l'Unité de médecine de précision, le Service de médecine génétique, les laboratoires diagnostiques et les autres unités intéressées du CHUV et de la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL. Ce centre interdisciplinaire servira de plateforme d'échange et de centralisation des compétences, et sera localisé dès 2020 dans les nouveaux locaux dédiés à la médecine de précision au Biopôle. Il sera chargé de faciliter l'intégration des données génomiques individuelles dans la prise en charge des patients, et de soutenir les services dans l'adoption de nouvelles techniques utiles à la santé personnalisée dans leur pratique clinique.

Démonstration de l'utilité clinique de la médecine génomique

- Des projets pilotes seront lancés par l'Unité de médecine de précision en collaboration avec les services cliniques intéressés par l'idée d'explorer l'utilité clinique. Cette recherche innovante permettra au CHUV de jouer un rôle pionnier au niveau international, et sera capable d'attirer des financements externes. De plus, elle assurera la visibilité et la participation active des chercheurs du CHUV dans les initiatives de santé personnalisée Health2030 et SPHN. Un groupe d'analyse génomique sera créé, en partenariat avec les experts de l'UNIL, de l'EPFL et de l'Institut suisse de bioinformatique, qui offrira le soutien indispensable aux analyses et travaillera avec la Direction des systèmes d'information pour accélérer l'intégration des résultats dans le dossier patient informatisé.

Prise en charge des patients atteints par des maladies génétiques

- Le diagnostic, le traitement et le suivi des patients souffrant de maladies génétiques monogéniques sont assurés par le Service de médecine géné-

tique, qui s'occupe aussi du dépistage et du conseil des familles concernées. Grâce à la démocratisation en cours des analyses génomiques, de nombreux patients porteurs de mutations impliquées dans la survenue de maladies monogéniques seront identifiés à un stade pré-symptomatique. Il sera dès lors crucial de disposer d'un nombre suffisant d'experts médicaux et soignants pour assurer une prise en charge optimale, notamment de médecins spécialistes en génétique médicale et de conseillers en génétique.

Clinique de santé personnalisée

- Une consultation ambulatoire sera développée qui aura pour double mission d'assurer l'expertise dans l'interprétation et la restitution d'analyses de médecine génomique, et d'offrir à chacun un accompagnement multidisciplinaire, en collaboration étroite avec les médecins traitants, et grâce à une équipe composée de médecins généralistes et spécialistes, conseillers en génétique, éthiciens, psychologues, infirmières, etc. Le développement de cette clinique s'appuiera sur les compétences et l'expérience du Service de médecine génétique, notamment sur le modèle de la clinique de prévention personnalisée prévue pour les porteurs de mutations prédisposant au cancer. Dans ce contexte, il sera notamment nécessaire de définir un cadre de restitution des informations génomiques aux individus qui participent à des projets de recherche, et d'intégrer les données génomiques potentiellement utiles pour la prise en charge clinique dans le dossier électronique du patient.

Pharmacogénétique

- L'analyse des variations génétiques impliquées dans l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des médicaments, ainsi que dans la survenue d'effets indésirables liés à des réactions immunologiques, représente une application immédiate de la médecine génomique. Certains centres hospitalo-universitaires, notamment aux Etats-Unis, pratiquent une analyse pharmacogénétique par défaut chez les patients qui leur sont confiés. En collaboration avec les services concernés (notamment le Service de pharmacologie clinique), il sera évalué dans quelle mesure ce genre d'approche pourrait être bénéfique aux patients hospitalisés au CHUV, et quelles applications de pharmacogénétique pourraient être délivrées dans un avenir proche.

Application de la génomique pour le développement de nouveaux médicaments et tests diagnostiques

- Moyennant accès à de grandes cohortes telles que la BIL, la médecine génomique ouvre des perspectives nouvelles dans le développement des médicaments, avec notamment la mise en évidence de mutations rares qui abolissent la fonction de gènes (human knock-out). Des études «preuve-de-concept» (phase IIb) ciblant des populations génétiquement sélectionnées permettent de déterminer très tôt si de nouvelles molécules ont l'effet biologique attendu, ce qui permet de prendre une décision fondée en faveur ou non de la poursuite de leur développement. De façon similaire, ces «human knock-out» permettent d'identifier des marqueurs génétiques précoces de maladies qui peuvent ensuite être utilisés pour la population générale.

Enjeux éthiques et sociétaux

- La médecine génomique et la santé personnalisée doivent se développer dans une approche holistique qui permette de répondre aux questions des

citoyens, des associations de patients et des différents acteurs du système de santé. Le CHUV collaborera avec l'UNIL et ses différentes facultés (droit, sciences sociales, théologie, etc.) pour permettre l'émergence d'un carrefour entre génomique et société, qui sera attractif pour les patients, les prestataires de soins, les chercheurs et la société civile. Cette collaboration couvrira également des projets de recherche et de développement en bonnes pratiques sur des enjeux sociétaux de la médecine génomique. Plus spécifiquement, le développement de la médecine génomique soulève des questions médico-économiques fondamentales, qui pourront être adressées en partenariat avec la Faculté des hautes études commerciales (HEC) de l'UNIL. Un objectif prioritaire est de participer au développement d'un consentement éclairé dynamique pour les projets de recherche en médecine génomique.

Formation et communication avec le public

- Il est prévu de créer un pôle de formation au sein duquel le personnel clinique et scientifique pourra acquérir des connaissances en médecine génomique (éthique, génétique, statistiques, bio-informatique), et qui assurera aussi une mission de dissémination de l'information pour le grand public.

PERSPECTIVES

Ces efforts coordonnés permettront l'intégration harmonieuse de la médecine génomique dans le parcours de soin et de prévention du CHUV, au bénéfice des patients et de la population. Au-delà de ces améliorations de la prise en charge clinique, une importance particulière sera donnée à l'établissement d'axes de recherche liés à cette nouvelle approche de la santé, ainsi qu'à la construction d'un Pôle formation qui permettra aux prestataires de soins ainsi qu'à la population générale de se familiariser avec les concepts et les enjeux de la santé personnalisée. La médecine génomique se développera ainsi en adéquation avec la triple mission de soins, de formation et de recherche confiée à notre institution. Par ailleurs, les investissements consentis et l'expérience acquise permettront de positionner le CHUV comme centre hautement compétitif pour le développement de biomarqueurs prédictifs et de nouvelles thérapeutiques. Dans ce sens, des partenariats public-privé pourraient être mis en place pour financer une partie des investissements nécessaires à la construction, à Lausanne, d'une médecine génomique de haut niveau.

Maladies infectieuses

CONTEXTE/ENJEUX

Les maladies infectieuses constituent un défi majeur en santé publique (deuxième cause de mortalité dans le monde). L'émergence régulière de nouvelles pathologies (Sida, SRAS, virus du Nil occidental, grippe aviaire, MERS-CoV, Ebola et Zika) est une menace planétaire constante impliquant de près ou de loin tous les services de maladies infectieuses, de microbiologie et d'hygiène hospitalière. Les changements climatiques, les catastrophes naturelles, les voyages et migrations, les facteurs géopolitiques, mais aussi le vieillissement de la population, la médecine hautement spécialisée (transplantation d'organe ou de cellules souches), les nouvelles technologies médicales (implants et prothèses) et les thérapies innovantes (oncologie, immunologie) sont autant de facteurs favorisant la survenue des maladies infectieuses tant en ambulatoire qu'en milieu hospitalier (infections nosocomiales, épidémies, résistance antimicrobienne).
Domaine de la médecine spécialisée à part entière et spécialité transversale par excellence, l'infectiologie est aussi essentielle au soutien de nombreux secteurs hospitaliers comme les urgences, les soins intensifs, la médecine interne, la chirurgie et l'onco-hématologie. Dans ce contexte, la Direction générale du CHUV a mandaté les chefs de service des maladies infectieuses (MIN), de l'Institut de microbiologie (IMU) et de médecine préventive hospitalière (SMPH) pour créer, au 1er janvier 2018, un centre de compétences en maladies infectieuses afin de faciliter les synergies entre les trois services et de continuer d'assurer un haut niveau de prestations diagnostiques et cliniques, tout en relevant de nouveaux défis et de:

- Promouvoir une infectiologie de pointe basée sur une approche multidisciplinaire (microbiologie, maladies infectieuses, médecine préventive hospitalière);
- Assurer un enseignement (pré- et post-gradué) moderne, transversal et intégratif de l'infectiologie et de la microbiologie;
- Poursuivre le développement de la microbiologie clinique;
- Prévenir les infections nosocomiales;
- Optimiser les traitements anti-infectieux en minimisant leur impact sur la résistance microbienne;
- Promouvoir une recherche de base et clinique d'envergure internationale.

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURES PROPOSÉES

Création d'un centre d'excellence en infectiologie de l'hôte immunocompromis

Ce centre d'excellence aura pour but de répondre à l'augmentation constante du nombre de patients immunocompromis et à l'élargissement du spectre des immunodéficiences. Il s'agira donc:

- D'améliorer l'efficience de la prise en charge par des équipes médico-infirmières hautement spécialisées et compétentes dans la gestion des procédures d'isolement et des traitements nécessitant des surveillances particu-

lières en hospitalier ou en ambulatoire;
- De standardiser les procédures, d'améliorer les algorithmes diagnostiques (en collaboration avec les services d'hygiène hospitalière et la microbiologie) et de diminuer les coûts;
- De développer le dossier médico-soignant avec codage direct des données (suivant l'exemple MINCO-Soarian) permettant une meilleure surveillance de la qualité des soins et le développement de la recherche translationnelle.

Développer les consultations d'infectiologie ambulatoire pour la prise en charge des patients vus aux Urgences

Les pathologies infectieuses sont une des causes principales de consultation aux Urgences. Un suivi ambulatoire de ces patients par le Service des maladies infectieuses raccourcirait potentiellement la durée d'hospitalisation.

- Développement de consultations ambulatoires d'infectiologie agendées directement par les médecins des Urgences au Service des maladies infectieuses pour des patients admis aux Urgences;
- Développement de consultations ambulatoires d'infectiologie afin d'assurer une transition optimale entre l'hôpital et la communauté (médecin traitant) pour des patients hospitalisés nécessitant un suivi médical rapproché et spécialisé.

Création d'un Centre de transplantation du microbiote fécal (TMF)

A ce jour, la seule indication thérapeutique retenue au niveau international est le traitement des colites récidivantes à Clostridium difficile où la TMF a montré des taux de guérison de plus de 90%, soit largement supérieurs aux autres modalités thérapeutiques. La TMF est actuellement évaluée pour la décolonisation de patients hébergeant des bactéries multirésistantes et pour le traitement des maladies inflammatoires du côlon, du diabète, de l'obésité, des maladies onco-hématologiques et neurologiques.

- Création de consultations multidisciplinaires impliquant l'infectiologue, le gastro-entérologue et le microbiologiste (+/- autres disciplines en fonction des indications dans le but de développer la TMF);
- Constitution d'une biobanque et anticipation du développement des formes alternatives (microbiote synthétique);
- Mise en place de travaux prospectifs de recherche clinique avec création de cohorte pour le suivi à court, moyen et long terme avec possibilité de collaborations nationales (Arc lémanique et Romandie) et internationales;
- Positionnement comme Centre de référence pour la Suisse romande (démarche pionnière).

Développer une plateforme de phagothérapie UNIL-CHUV

La thérapie par les phages représente une solution potentielle au développement de la résistance des agents bactériens à un nombre toujours plus important d'antibiotiques, puisqu'elle permet un traitement alternatif aux antibiotiques dans certaines situations cliniques particulières (germes multirésistants, infections chroniques) ainsi qu'une approche individualisée puisque

les phages sont sélectionnés spécifiquement pour un individu et le pathogène qui l'infecte (médecine personnalisée).
- Développement de la plateforme de production des phages (collaboration avec le Dr G. Resch, et le Dr J.-F. Brunet du Centre de production cellulaire);
- Revue systématique de la littérature sur les essais cliniques de phagothérapie en cours;
- Réalisation d'un essai clinique (collaboration avec le Service de pneumologie).

Consolider le centre de référence de chirurgie septique
Etendre (au BH14 et à l'Hôpital orthopédique) les visites interdisciplinaires des patients hospitalisés pour des infections des os et des tissus mous, afin d'offrir une prise en charge multidisciplinaire et interprofessionnelle avec une coordination étroite du traitement chirurgical et médical entre l'orthopédiste et l'infectiologue.

- Organiser une consultation ambulatoire conjointe pour le suivi des infections ostéo-articulaires complexes;
- Mettre sur pied un colloque radiologique et clinique multidisciplinaire et interprofessionnel hebdomadaire;
- Créer un registre des infections ostéo-articulaires avec une possible extension au plan national et international;
- Monter une unité de recherche clinique et développer un laboratoire pour la recherche translationnelle.

Garantir l'efficacité des antibiotiques à long terme – Antibiotic stewardship
Création d'une équipe multidisciplinaire ayant pour missions:

- l'élaboration, avec les utilisateurs, des directives concernant le traitement de maladies infectieuses et la garantie de leur mise en œuvre;
- la mise à disposition des données sur des agents infectieux importants, sur la résistance et sur la consommation d'antibiotiques au sein de l'institution;
- la mise en place d'une formation ciblée sur le sujet afin de lutter au mieux contre la résistance aux antibiotiques, et l'émergence ainsi que la dissémination de bactéries résistantes au sein de l'hôpital et le développement de moyens et du personnel requis pour mettre en œuvre les mesures recommandées dans la Stratégie nationale antibiorésistance (StAR) dans tous les secteurs de l'hôpital.

Développer le laboratoire de génomique et métagénomique
Le laboratoire de génomique et de métagénomique a été créé par le Service de microbiologie en 2012 et représente une plateforme technologique moderne permettant l'analyse des génomes bactériens, de la composition microbienne et de l'analyse métagénomique sur échantillons.

Ces approches sont essentielles au typage bactérien lors d'épidémies et les services de ce laboratoire – dépendant du Service de microbiologie – sont largement utilisés aujourd'hui par le Service d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière lors d'épidémie.

De plus, l'analyse du microbiote est utile à plusieurs services dont l'endocrinologie, la dermatologie, les soins intensifs dans le cadre de projets novateurs.

Il est par conséquent important de poursuivre le développement de ce laboratoire, afin qu'il puisse offrir :

- Des analyses toujours plus performantes en génomique bactérienne (typage, taxogénomique, facteurs de virulence, prédiction de l'antibiorésistance) et en métagénomique;
- Des analyses des voies métaboliques et des gènes de résistance présents dans un échantillon donné (métagénomique directe), afin d'améliorer la gestion des prescriptions antibiotiques (cf chapitre 2.6); et de faciliter le développement progressif par les endocrinologistes d'une consultation du diabète et de l'obésité, partiellement basé sur ces résultats microbiologiques;
- Un outil unique de formation en bio-informatique dans le domaine de la microbiologie médicale aux jeunes biologistes et médecins de l'UNIL.

Neurosciences

CONTEXTE/ENJEUX

La progression constante du vieillissement de la population, de la prévalence du handicap neurologique qui en découle, et du coût de prise en charge des pathologies chroniques de manière générale, impose une adaptation des systèmes de santé. En Europe, près d'une personne sur quatre est touchée par une affection du système nerveux, représentant un coût total annuel de 800 milliards d'euros, soit plus de 5% du produit intérieur brut (PIB). La pharmacologie n'offrant dans l'immédiat que peu d'espoir de prévention des principales maladies conduisant à un handicap neurologique, l'enjeu principal actuel réside dans la minimisation du handicap et de la perte d'autonomie qui s'y associe.

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURES PROPOSÉES

Construire un Centre de compétences en neuroréhabilitation
Le SUN prévoit la construction d'un nouveau bâtiment à Lavigny permettant d'accueillir un nombre accru de patients nécessitant une neuroréhabilitation ainsi qu'un Centre de recherche dédié à la neuroréhabilitation. Le coût de l'opération est estimé à 40 MCHF.

Construire un Centre de compétences en mHealth/téléHealth (NeuroTech)

- Le DNC est fortement engagé dans le développement de solutions de santé mobile (mHealth) et de santé connectée pour une prise en charge ambulatoire optimisée des maladies neurologiques chroniques. Ces nouveaux outils peuvent permettre la détection des crises d'épilepsie et la prévention des morts subites, le maintien à domicile de patients souffrant de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson), la détection des troubles du rythme cardiaque responsables d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'anticipation de nouvelles poussées de sclérose en plaques afin d'adapter le traitement en temps utile. NeuroTech vise à évaluer l'efficience de ces nouvelles solutions, et à faciliter leur implémentation une fois validée, grâce à une infrastructure IT dédiée, unique en Europe.

Poursuivre le développement de l'Unité de chirurgie spinale

- L'Unité transversale de chirurgie spinale, regroupant les ressources et compétences neurochirurgicales et orthopédiques du CHUV, a été mise en place en 2015, avec l'ambition d'offrir des prestations de niveau hospitalo-universitaire dans le domaine des pathologies du rachis et de la moëlle épinière. Le développement de cette activité doit être poursuivi, tant du point de vue clinique qu'académique.

Fédérer l'activité de recherche en neurosciences (DNC, DP, DNF)

- La recherche en neurosciences au CHUV et à l'UNIL est développée au sein de trois départements: DNC, DP et DNF. Bien qu'ayant des objectifs et missions distincts, ces trois départements partagent des besoins et intérêts

communs, dont en particulier l'utilisation de cellules souches et l'étude des mécanismes de neuro-inflammation. Au vu de la masse critique limitée des secteurs de recherche de ces trois départements, il apparaît nécessaire de renforcer leur coopération dans le cadre d'actions spécifiques.

Poursuivre les projets de recherche clinique du Human Brain Project (HBP)

- Le HBP inclut un sous-projet à orientation clinique dont la coordination a été confiée au CHUV. L'objectif est de construire une plateforme informatique (MIP) permettant de réaliser des analyses de très gros volumes de données médicales (big data) provenant de multiples centres hospitaliers, sans centralisation préalable de ces données. Cette approche, mise en œuvre conjointement par le CHUV et l'EPFL, est susceptible de générer des connaissances nouvelles importantes en neurosciences cliniques. Sa mise en application nécessite de finaliser les outils informatiques en cours d'élaboration, et de les interfacer avec des bases de données médicales à haute valeur ajoutée.

Immunologie

CONTEXTE/ENJEUX

Ces quarante dernières années, Lausanne s'est forgé une réputation internationale d'excellence en immunologie, notamment pour ce qui concerne l'immunité innée, anti-tumorale, anti-virale et anti-bactérienne. Son expertise est aujourd'hui reconnue en matière de mécanismes de régulation de l'immunité adaptative, de tolérance immunitaire dans la transplantation, de réponse immunitaire chez la personne âgée, de vaccins chez les populations vulnérables, d'immunothérapie chez le patient cancéreux, ou encore de thérapie avec des agents biologiques dans les maladies systémiques inflammatoires. Grâce à ses quelque 180 collaborateurs travaillant dans le domaine de l'immunologie et à la qualité exceptionnelle de leurs travaux scientifiques, mais aussi du fait de sa grande capacité à lever des fonds, le CHUV, et plus particulièrement 11 de ses services cliniques (dermatologie, gastro-entérologie, immunologie et allergie, maladies infectieuses, neurologie, néphrologie, pneumologie, oncologie, pathologie clinique, rhumatologie, Centre de transplantation d'organes), a fortement contribué à l'émergence de ce pôle d'expertise.

Les principaux enjeux du domaine immunologique sont au nombre de trois et sont détaillés ci-dessous: il s'agit de définir la signature d'une immunité normale et anormale, de déterminer l'efficacité et la sécurité des traitements biologiques et de développer les outils et les plateformes technologiques nécessaires.

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURES PROPOSÉES

Plan de développement pour un Centre d'immunologie humaine FBM-CHUV

Dans la pleine continuité du travail réalisé au sein de notre institution, le nouveau Centre d'immunologie humaine FBM-CHUV aura pour objectif principal d'identifier les biomarqueurs immunologiques du système immunitaire à fonction normale et anormale, ainsi que les biomarqueurs immunologiques permettant d'assurer le suivi, la sécurité et l'efficacité de l'immunothérapie.

Définir la signature d'une immunité normale et anormale

- L'un des problèmes majeurs dans l'interprétation des données immunologiques réside actuellement dans la grande hétérogénéité entre les individus, influencée par l'âge, le genre et des facteurs comme la présence d'infections chroniques, ainsi que par des facteurs environnementaux ou exogènes comme le tabagisme, la nutrition ou le microbiote. Pour y remédier, il est nécessaire de distinguer le système immunitaire sain de celui qui est altéré par des pathologies.

- Une étude de la population saine sera donc menée selon l'âge, le genre et la présence d'infections chroniques telles que le cytomégalovirus. Elle permettra de définir la signature d'une immunité normale. Celle-ci pourra ensuite être utilisée pour détecter les biomarqueurs spécifiques aux dys-

fonctionnements d'un système immunitaire chez des cohortes de patients avec des tumeurs, des maladies inflammatoires ou auto-immunes, des transplantations, des immunodéficiences primaires ou des infections.

Déterminer l'efficacité et la sécurité des traitements biologiques

- Avec l'essor du domaine des traitements biologiques, qui a énormément progressé ces cinq dernières années, il devient urgent d'identifier des biomarqueurs permettant de prédire l'efficacité et la sécurité des nouveaux agents thérapeutiques. En 2017, plus de 59 anticorps monoclonaux faisaient ainsi l'objet d'essais cliniques visant à déterminer la sécurité et l'efficacité de ces agents.

- Lausanne est bien placée à cet égard, puisque la plupart des services cliniques du CHUV utilisent couramment des agents biologiques pour le traitement de différents types de maladies touchant aux tumeurs solides, aux hémopathies malignes, à l'immunologie, à la dermatologie, à la gastro-entérologie, à la rhumatologie, à la transplantation, aux maladies infectieuses, à la néphrologie et à la neurologie. Grâce au nouveau Centre d'immunologie humaine FBM- CHUV et à l'expertise des services cliniques du CHUV, nous serons donc en mesure de répondre à ce besoin de monitorage et de surveillance.

- L'étude de biomarqueurs immunologiques durant et après l'administration de traitements biologiques permettra en outre de guider les cliniciens vers une personnalisation de la thérapie, afin de prédire la survenue d'effets secondaires, par exemple le développement d'infections ou de complications auto-immunes lors du traitement de tumeurs par des anticorps monoclonaux.

Développer les outils et les plateformes technologiques nécessaires

En parallèle à la création du Centre d'immunologie humaine FBM- CHUV, quatre plateformes technologiques devraient voir le jour:

1) Une plateforme de surveillance immunologique utilisant des outils d'analyse immunologique standardisés pour l'évaluation approfondie de l'immunité innée, adaptative et mucosale (liée aux muqueuses). Cette plateforme comprendra la cytométrie de flux, la cytométrie de masse, l'analyse de cellule unique et l'immuno-métabolisme.
2) Une plateforme d'immuno-pathologie, dont le but sera d'appliquer et de développer des méthodes de coloration et d'analyse sur des sections tissulaires (et par extension, toute préparation cellulaire fixée sur des lames), l'accent étant mis sur les marqueurs immunologiques associés. Cette plateforme pourrait soutenir des programmes de recherche prévus dans d'autres secteurs, comme l'immuno-pathologie de maladies systémiques ou de maladies d'organes, l'immuno-oncologie, et l'analyse de lésions tissulaires liées à l'immuno-pathologie, y compris les effets secondaires d'immunothérapies. Les équipements de coloration devraient être complétés par une plateforme d'imagerie destinée au scanning des préparations et comprenant des outils pour l'analyse d'imagerie.
3) Une biobanque pour la collecte et la conservation de cellules vivantes mononucléées du sang périphérique, puisqu'en l'état actuel, la biobanque institutionnelle est limitée à la collecte d'ADN cellulaire.
4) Une plateforme bio-informatique pour l'analyse d'importantes quantités

de données immunologiques, puisque le nombre de bio-informaticiens ayant des compétences spécifiques dans l'analyse de données immunologiques n'est actuellement pas suffisant.

Oncologie radio-chirurgicale

CONTEXTE/ENJEUX

Aujourd'hui, le traitement du cancer est multidisciplinaire et c'est la combinaison des stratégies – chimiothérapie, immunothérapie, médecine nucléaire interventionnelle, chirurgie – ainsi que les différents dosages qui permettent d'obtenir des succès et d'améliorer la prise en charge des patients.

Si cette approche multidisciplinaire de l'oncologie fait ses preuves au CHUV depuis plusieurs années, notamment pour ce qui concerne les lésions cancéreuses au niveau du foie, où une collaboration étroite existe entre le Service de chirurgie viscérale et le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle, le potentiel interdisciplinaire de l'oncologie radio-chirurgicale reste à développer. Ce domaine de spécialité englobe la radiologie interventionnelle, la médecine nucléaire, la chirurgie, et, dans certains cas, la gastro-entérologie interventionnelle. C'est dans cet esprit qu'en janvier 2018, le Prof. Nicolas Demartines, chef du Service de chirurgie viscérale, a donné à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (UNIL) le tout premier cours consacré aux principes généraux d'oncologie chirurgicale.

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURES PROPOSÉES

Développer un centre des maladies digestives et un centre des maladies hépato-biliaires et pancréatiques

- qui regroupera les cas traités par le Service de chirurgie viscérale et ceux traités par le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle, s'appuyant sur la collaboration étroite existant déjà entre les deux équipes. Ce centre aura vocation à devenir le plus important en Suisse pour la prise en charge des lésions cancéreuses du foie.

Elaborer une stratégie MHS

- en planifiant les infrastructures et les collaborations en lien avec l'activité hautement spécialisée du CHUV.

Développer la robotique chirurgicale

- En lien avec la réintégration des activités chirurgicales dans le bloc central rénové, en 2020, introduire au CHUV la robotique chirurgicale de façon coordonnée, en faisant l'acquisition de robots de nouvelle génération, très utiles dans les espaces confinés, ce qui permettra également de développer des axes de recherche importants et de stimuler la relève. Le CHUV ne dispose pour l'heure que d'un robot chirurgical d'ancienne génération, qui se trouve au Centre de chirurgie robotique de La Source-CHUV et qui est exploité principalement pour le colorectal, la gynécologie et l'ORL. Alors qu'une nouvelle génération de robots est en développement, il s'agira d'acquérir le modèle le plus performant et le moins encombrant, en intégrant les techniques de réalité virtuelle, la réalité augmentée et le stockage des données, ce qui le distinguera du bras télémanipulateur.

Humanités en médecine

CONTEXTE/ENJEUX

Dans le contexte de l'évolution d'une médecine contemporaine dont l'impact sur la relation clinique, sur l'institution hospitalière et le système de santé pose de nouveaux questionnements, il s'agit de coordonner, intégrer et déployer au niveau de l'organisation hospitalière aussi bien qu'académique le domaine des «humanités en médecine», selon les principaux axes qui lui sont propres: formation et recherche, communication et relations hospitalières, liens avec la santé publique, liens avec la société civile.

En effet, si les nouvelles technologies médicales se développent sans cesse, leurs enjeux sociétaux et humains restent peu élaborés (il suffit de mentionner les multiples questions liées au développement de la «médecine personnalisée»). Se donner l'opportunité de répondre de manière structurée à des problématiques d'ordre éthique, socio-anthropologique, juridique ou économique, est crucial pour une intégration harmonieuse de la médecine et de la pratique clinique et hospitalière confrontées à de tels enjeux: vers quelle médecine nous dirigeons-nous? Comment respecter l'autonomie du patient? Quelle éthique sociale se dessine à travers les développements médicotechniques?

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURE ENVISAGÉE

Pour donner un cadre à cette démarche, il convient de créer un Institut des humanités en médecine (IHM), rattaché au Département de la formation et de la recherche (DFR) du CHUV, et issu du redimensionnement de l'actuel Institut d'histoire de la médecine et de la santé publique. Ce nouveau domaine est inscrit au Plan stratégique du CHUV 2019-2023, ainsi qu'au Plan stratégique de la FBM.

Missions de l'IHM

- **Répondre aux enjeux** posés par les développements contemporains de la médecine (p.ex. limites des nouvelles technologies médicales, santé et médecine personnalisée, big data et gestion de l'information, partenariat avec le patient, santé publique et société…), **par le développement d'activités spécifiques** visant in fine à contribuer à l'amélioration de la qualité globale des soins:
- dans l'enseignement et la formation aux médecins et aux autres professionnels de la santé;
- dans la recherche en sciences humaines et sociales de la médecine;
- dans la communication et la prise en charge hospitalière, en direction des patients, proches et soignants;
- **Apporter un étayage** aux décisions institutionnelles hospitalières et de politique sanitaire;

Pour ce faire, l'IHM se dote des objectifs suivants:

- **Structurer et renforcer** l'ensemble des activités FBM-CHUV relevant des disciplines des sciences sociales et humaines en médecine;
- **Construire des liens structurels forts** avec les professionnel/les impliqués/es dans l'activité clinique et hospitalière;
- **Coordonner** les projets développés au sein de FBM-CHUV dans ce domaine, et améliorer leur visibilité;
- **Répondre** par ses moyens et compétences propres aux mandats confiés par les instances médico-sanitaires et portant sur les enjeux sociétaux de la médecine contemporaine;
- **Favoriser les collaborations** entre le CHUV, la FBM, les différentes Facultés de l'UNIL, le Service de la santé publique et nourrir le débat avec la société civile.

Les programmes de l'IHM

Programme «Histoire de la médecine et de la santé publique»

Les activités portent sur des thématiques envisageant l'objet «médecine» dans son rapport historique et épistémologique avec la société contemporaine. Exemples:

- systèmes médico-sanitaires et santé publique (hôpitaux, réseaux sanitaires, professions de santé);
- fondements historiques et épistémologiques des sciences biomédicales contemporaines.

Programme «Sciences sociales de la médecine»

Ses activités portent sur les thématiques relevant de la sociologie et de l'anthropologie de la médecine et de la santé, en incluant les questions liées à la problématique «genre et médecine». Exemples:

- enjeux de la médecine des populations vulnérables;
- dimensions sociétales de la médecine personnalisée;
- aspects sociétés de la médecine génomique.

Programme «Ethique et philosophie de la médecine»

Ses activités portent sur les thématiques relevant au sens large de l'éthique de la médecine, tant sur le plan clinique qu'en recherche, et des enjeux philosophiques, juridiques et moraux posés par le développement de la médecine contemporaine. Ce programme est divisé en deux filières:

1) éthique clinique;
2) éthique et droit de la recherche sur le vivant: en lien avec la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD).

Programme «Relations entre patients et professionnels à l'hôpital»

Ses activités sont organisées autour de la qualité de la communication et de la relation avec le patient et ses proches, d'une part, et l'expérience de travail des professionnels/les de la santé et employés/es de l'institution hospitalière, d'autre part. Exemples.

- objets de doléance des patients et de leurs proches
- médiation;
- expérience vécue des professionnels.

Programme «Santé et spiritualité»

Ce programme est organisé sur la base des activités de la Plateforme Médecine, spiritualité, soins et société du CHUV (MS3), dont la mission est de soutenir, développer et mettre en œuvre des projets interdisciplinaires intégrant la dimension spirituelle, tant en recherche, qu'en enseignement et pour la validation de modèles cliniques. Exemples:

- conceptions de la spiritualité dans les institutions de santé selon différents corps professionnels (médecins, infirmiers, accompagnants spirituels)
- impact de l'intégration de la spiritualité à l'hôpital sur la prise en charge globale des patients.

Gestion de l'information clinique

CONTEXTE/ENJEUX

Le CHUV dispose d'une grande quantité de données structurées et non structurées dans le cadre de la prise en charge clinique de ses patients et dans celui de la recherche clinique répondant à sa mission universitaire et en génère généralement beaucoup. Beaucoup de ces données restent aujourd'hui distribuées entre un dossier patient et de nombreux registres, terme générique recouvrant un ensemble hétérogène de collections de données situées en dehors du dossier patient institutionnel.

Les équipes du CHUV souhaitant répondre à leur mission universitaire de recherche sont donc amenées, dans un certain nombre de cas, à collecter des données s'intégrant dans le cadre de la prise en charge clinique sous forme structurée dans des bases de données extérieures au dossier patient pour analyse ultérieure. En cela, deux conséquences néfastes sont immédiate-ment identifiables : soit les données cliniques ne figurent pas dans le dossier patient informatisé institutionnel, soit il existe pour les équipes des étapes de saisies multiples des mêmes données. Potentiellement, cette situation est délétère tant pour la prise en charge clinique des patients que pour l'analyse des activités et de la qualité des soins, et provoque assurément une surcharge de travail, donc un coût, pour les équipes et bride leur potentiel de recherche.
Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (disponibilité des données du séjour dans le dossier du patient, consolidation des informations des précédents séjours, alertes, état des comorbidités et autres risques significatifs, participation à des projets de recherche clinique, état du recueil du/des consentement/s..., monitoring) un plan de développement du système d'information clinique est établi avec pour objectif l'intégration structurée des données cliniques et leur réemploi. En lien avec le développement et l'implémentation de ce plan, une gouvernance du système d'information clinique est construite de manière à assurer une pénétration rapide des bonnes pratiques dans les domaines de la clinique, de la formation et de la recherche. Une attention particulière sera portée au développement de profils de compétences mixtes (médecine + systèmes d'information, resp. soins et systèmes d'information).

AXES DE DÉVELOPPEMENT ET MESURES PROPOSÉES

Améliorer la disponibilité de l'information clinique

- Développer un monitoring en temps réel des patients traités, des systèmes d'alerte et de mise en garde déclenchés par des données unitaires (valeurs biologiques, antécédents ou allergies/intolérances, examen prescrit mais déjà réalisé...);
- Améliorer la capacité à attribuer un parcours de soins et la capacité à détecter des anomalies de la prise en charge par rapport à des plans de soins types ou des recommandations professionnelles.;

Simplifier la facturation, ainsi que la remontée d'indicateurs d'activité.

Simplification de la constitution de groupes homogènes de suivi clinique

- permettre des analyses ultérieures dans les domaines de la qualité et de la recherche rétrospective et l'enrichissement des jeux de données cliniques
- améliorer les potentiels de recherche dans les domaines liés à la médecine de précision.

Simplification de la constitution de cohortes pour la recherche prospective ou pour le recrutement dans les essais cliniques.

Couverture des enjeux par les objectifs stratégiques

Le tableau ci-contre décrit à quel(s) enjeu(x) répond chaque objectif stratégique fixé par le CHUV.

ENJEUX

1. L'adaptation de l'hôpital à l'évolution démographique
2. La poursuite de la transformation de la cité hospitalière et la mise en exploitation des nouvelles infrastructures
3. L'amélioration de la qualité et de l'efficience clinique et la garantie de l'équilibre économique durable du CHUV
4. La poursuite de la construction des pôles d'excellence du CHUV (dans leur dimension clinique, de formation et de recherche) en améliorant la collaboration avec nos partenaires externes
5. Le renforcement de la responsabilité des cadres à tous les niveaux dans la prise en charge des patients et de leurs familles
6. L'intégration de la gestion et de la restitution de l'information aux patients dans la formation des professionnels de la santé et dans la pratique clinique et académique
7. La formation et le développement des ressources professionnelles en accord avec les besoins de la population

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	OBJECTIFS STRATEGIQUES	
++	++	++	+	++	++	+	**1.**	**Axe « Prise en charge des patients »**
++	+	++		++	+	+	1.1	Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients et de leurs proches
		++		++	+		1.2	Renforcer la responsabilité et la capacité décisionnelle des cadres de tous les niveaux dans le domaine de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs familles
+	+	++	+		++		1.3	Développer l'attractivité du CHUV pour les patients et les proches, et la qualité de la collaboration avec les partenaires du système de soins
++		++		+	+	+	1.4	Développer la structure et l'organisation du CHUV pour le rendre plus «senior-friendly» et intégrer de manière explicite la prévention du déclin fonctionnel dans la clinique, la formation et la recherche
+	++	++	+	+			1.5	Optimiser les méthodes de prise en charge de manière à offrir aux patients la solution la plus adaptée et la moins invasive relativement à l'objectif visé (ambulatoire, hôpital de jour, ERAS, Choosing Wisely)
++	+	++	+				1.6	Collaborer au renforcement de la médecine de premier recours et des programmes de santé publique, notamment dans le domaine de la prévention des maladies chroniques
++	+	+	++	+	+	+	**2.**	**Axe « Médecine universitaire, enseignement et recherche »**
++	+	+	++		+		2.1	Poursuivre et consolider les développements prioritaires du plan stratégique 2014-2018 (oncologie, cardiovasculaire, neurosciences cliniques, infectiologie, immunologie et vaccinologie, médecine génomique, métabolisme et nutrition) et les domaines de la MHS attribués au CHUV
+		+	++				2.2	Développer le pôle des maladies infectieuses
+		+	++				2.3	Développer l'immunologie et la vaccinologie
+		+	++				2.4	Développer la médecine génomique
+		+	+		+	+	2.5	Favoriser les interactions entre la recherche et la clinique et construire un réseau de compétences fort dans la gestion de l'information clinique
++		+	+	+	+	+	2.6	Développer les humanités dans l'enseignement, la recherche et la pratique clinique
		+	+	+	+	+	2.7	Faire évoluer l'offre de formation en fonction des nouvelles méthodes d'enseignement
		+	+		+	+	2.8	Développer les synergies CHUV-IUFRS/FBM dans le domaine des soins et de la collaboration interprofessionnelle en matière de recherche et de pratique clinique
		+	+	+	+	++	2.9	Poursuivre l'amélioration continue de la formation postgraduée et renforcer l'adéquation de l'offre par une revue continue de l'organisation des services, des besoins à moyen terme et des plans de carrière individuels
		+	+	++	+	++	**3.**	**Axe « Ressources humaines »**
		+	+	++		++	3.1	Management, relève et mobilité : créer les conditions favorables à l'attraction, la détection, la préparation, le développement et la fidélisation de nos talents, y compris pour les carrières féminines. Les intégrer dans un système de planification de la relève hospitalière. Dynamiser la capacité de coopération entre services et de transfert interne des ressources et promouvoir la mobilité interne et la polyvalence.
		+					3.2	Administration RH 2.0 : simplifier, moderniser et automatiser ses outils de gestion et ses processus. Déployer auprès de l'encadrement les tableaux de bord RH et développer un nouvel outil de planification et de gestion des présences.
		+	+	++	+	++	3.3	Consolidation des progr. de formation dans tous les métiers de l'hôpital, développer l'éducation interprof. et la pratique collaborative ; intégrer les nouveaux métiers hospitaliers et préparer l'institution à la digitalisation des métiers tout en mettant un accent particulier sur la gestion et la restitution de l'information au patient.
		+				++	3.4	Améliorer l'organisation du travail (jobsharing, travail à domicile, etc.)
+	++	++	+			+	**4.**	**Axe « Infrastructures, logistique et équipements »**
+	++	++	+			+	4.1	Mettre en oeuvre les projets de constructions prioritaires pour renforcer la qualité et l'efficience des soins et de la recherche (bloc opératoire, soins intermédiaires au 11e étage du Bâtiment hospitalier (BH), Hôpital des enfants, Cery, Agora, etc.) et assurer la réalisation des bénéfices attendus lors de leur mise en exploitation
+	++	+				+	4.2	Adapter les plateaux techniques aux normes et aux avancées technologiques (nouveau bloc opératoire p.ex.)
	++	+				+	4.3	Déployer des équipements et des organisations de logistique performants et économiques notamment dans le cadre de la mise en exploitation de la plateforme logistique à Bussigny
		+				+	4.4	Donner suite au CHUV à l'engagement du Conseil d'Etat en matière de développement durable
+		++	++		++	+	**5.**	**Axe « Systèmes d'information »**
		+					5.1	Poursuivre la sécurisation et la fiabilisation du système d'information
+		++	++		++		5.2	Homogénéiser et simplifier l'utilisation du dossier patient et du système d'information clinique - Transformer une partie des fonctions de secrétariat en fonctions de soutien aux médecins.
		++	++		++		5.3	Réintégrer de manière systématique l'information structurée disponible dans le dossier patients, préparer l'intégration d'information non structurée
		+	++			+	5.4	Améliorer et développer le soutien à la recherche clinique et translationnelle
+		++			++		5.5	Développer la collaboration et les échanges de données avec nos patients et nos partenaires
		+	+		+	+	5.6	Développer l'accessibilité et la mobilité

++ Contribution forte + Contribution partielle Aucune ou très faible contribution

Le cadre organisationnel et financier de la mise en œuvre

PRINCIPE DE MISE EN ŒUVRE

Les objectifs et les mesures du Plan stratégique sont/seront intégrés dans les objectifs annuels du CHUV, de ses directions, de ses départements et de ses services. Les Plans de développement des départements et des services cliniques et médico-techniques sont/seront actualisés seulement en cas de besoin, notamment lors de nouvelles nominations aux chefferies de ces entités ou de nouvelles missions.

SOUMISSION ET SUIVI DES DÉVELOPPEMENTS ET PROJETS

Les développements en découlant peuvent être :

a) soit intégrés dans l'activité courante des départements ou des services, auquel cas ils sont suivis dans le cadre des objectifs annuels en central et/ou au niveau départemental ;

b) soit faire l'objet de projets stratégiques dûment identifiés, auquel cas ils sont soumis au processus unifié de demande de projet (analyse, évaluation, validation, priorisation, libération des ressources), puis au dispositif de suivi et reporting périodique assuré par les Project Management Office (PMO) institutionnel et des directions métiers.

FINANCEMENT DES DÉVELOPPEMENTS

Les développements doivent prioritairement être mis en œuvre grâce aux ressources propres des services et départements qui doivent réorienter leurs activités dans le cadre du Plan stratégique. Subsidiairement, certains projets peuvent bénéficier d'un soutien financier temporaire par des fonds institutionnels dédiés.

RÉALLOCATIONS ET INVESTISSEMENTS IMPORTANTS

Finalement, les projets qui nécessiteraient, après étude, des réallocations importantes ou des investissements conséquents seront soumis aux décisions respectives du Conseil d'Etat et du Grand Conseil selon les procédures en vigueur.

Glossaire

AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
Agora	Bâtiment du Swiss Cancer Center Lausanne (SCCL)
ALD	Absence de longue durée
AOS	Assurance obligatoire des soins
AVC	Accident vasculaire cérébral
BH	Bâtiment hospitalier principal du CHUV
BIL	Biobanque institutionnelle de Lausanne UNIL-CHUV
C4	Centre coordonné de compétences cliniques
CCO	Centre coordonné d'oncologie du CHUV
CEMIC	Centre de médecine intégrative et complémentaire du CHUV
CER-VD	Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain
CFC	Certificat fédéral de capacité
CLE	Centre des laboratoires d'Epalinges
CNP	Centre de neurosciences psychiatriques du CHUV
CoLaus	Cohorte lausannoise
CRINN	Centre de recherche en neuroplasticité et neuroréhabilitation du CHUV à Lavigny
CTE	Centre des thérapies expérimentales du CHUV
CTI	Commission pour la technologie et l'innovation (de la Confédération)
CUTR	Centre universitaire de traitement et de réadaptation
DCV	Département cœur-vaisseaux du CHUV
DFR	Département de la formation et de la recherche du CHUV
DNC	Département des neurosciences cliniques du CHUV
DNF	Département des neurosciences fondamentales de la FBM
DP	Département de psychiatrie du CHUV
DRH	Direction des ressources humaines
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
eHealth	Cybersanté
EMS	Etablissement médico-social
EPFL	Ecole polytechnique fédérale de Lausanne
EPT	Equivalent plein temps
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery = réhabilitation améliorée après chirurgie
EU	European Union (Fonds EU)
FBM	Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL
FMH	Fédération des médecins suisses
GMP	Good Manufacturing Practices = bonnes pratiques de fabrication
GPS+	Gestion proactive des séjours
H+	Les Hôpitaux de Suisse (association)
HBP	Human Brain Project
HEC	Faculté des hautes études commerciales de l'UNIL
HES	Haute école spécialisée
HOJG	Hôpital ophtalmique Jules-Gonin
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
ID	Infirmière diplômée
IHM	Institut des humanités en médecine du CHUV
IMU	Institut de microbiologie du CHUV

IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISREC	Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer (fondation)
IST	Institut universitaire romand de santé au travail
IT	Information Technology
IUFRS	Institut universitaire de formation et de recherche en soins de la FBM/UNIL
LHC	Loi sur les Hospices cantonaux
LICR	Ludwig Institute for Cancer Research
MD	Medical Doctor
MedTech	Medical Technology: domaine des technologies médicales destinées à une utilisation clinique au service des patients
mHealth	Cybersanté mobile = eHealth + mobile
MHS	Médecine hautement spécialisée
MIN	Service des maladies infectieuses du CHUV
MIP	Medical Informatics Platform du HBP
MS3	Plateforme Médecine, spiritualité, soins et société du CHUV
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PhD	Philosophiæ Doctor (diplôme de doctorat)
PIB	Produit intérieur brut
PMO	Project Management Office
PMU	Policlinique médicale universitaire
Q&S	Qualité et sécurité
RECI	Recueil des événements critiques et indésirables (et leur analyse)
RH	Ressources humaines
RLHC	Règlement d'application de la Loi sur les Hospices cantonaux
SCCL	Swiss Cancer Center Lausanne = Centre suisse du cancer Lausanne (CSCL)
SIRH	Système d'information et de gestion intégrée des ressources humaines
SMPH	Service de médecine préventive hospitalière du CHUV
Soarian	Dossier patient informatisé, application utilisée au CHUV et à la FHV
SPHN	Swiss Personalized Health Network
SSC	Section des sciences cliniques de la FBM (= départements du CHUV)
SSP	Service de la santé publique
StAR	Stratégie Antibiorésistance Suisse de la Confédération
STEMI	Infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du segment ST (ECG)
SUN	Service universitaire de neuroréhabilitation CHUV-Lavigny
TILs	Tumor-infiltrating lymphocytes
TMF	TransPlantation du microbiote fécal
UCP	Unité centralisée de production alimentaire à Bussigny
UNIGE	Université de Genève
UNIL	Université de Lausanne

Mise en page:
SAM CHUV 21478

canton de vaud