

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

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Florence Gross et consorts - La région
lausannoise n'aurait-elle pas besoin d'un hôpital de ville ? (22_POS_50)**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 26 septembre 2025. Elle remercie Mme Krug secrétaire de commission pour les notes de séances.

Présent·e·s : Mmes Sylvie Podio (présidence), Florence Bettschart-Narbel, Chantal Weidmann Yenny, Sandra Pasquier, Valérie Zonca (en remplacement de Rebecca Joly), Géraldine Dubuis, Marion Wahlen (en remplacement de Gérard Mojon), MM. Maurice Neyroud (en remplacement de François Cardinaux), John Desmeules (en remplacement de Olivier Petermann), Sébastien Cala, Fabien Deillon, Michael Demont, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Stéphane Balet. Excusé·e·s : Mme Rebecca Joly, MM. Gérard Mojon, François Cardinaux, Olivier Petermann. Pour sa position sur le rapport Mme Florence Gross.

Représentant·e·s de l'Etat : Mme Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Cheffe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Mme Laurence Boland, Directrice générale adjointe de la Direction générale de la santé (DGS) et Directrice de la Direction Hôpitaux, MM. Gianni Saitta, Directeur général de la DGS, Marco Martinuz, Directeur adjoint de la Direction Hôpitaux.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

La postulante remercie le Conseil d'Etat pour son rapport conséquent et de qualité. Ce rapport relate plusieurs options envisagées et donne de nombreux renseignements sur ce qui se fait.

Elle rappelle les éléments suivants :

- Le postulat est issu du contexte de dispositif d'engorgement du CHUV : lorsqu'un certain niveau d'engorgement était atteint, une délégation de patientes et de patients s'est faite sur les autres établissements. Il s'agissait de réfléchir à une possible amélioration de cette synergie et de cette collaboration, même hors période de crise, pour la santé et le bien-être des patientes et des patients. Sachant que ces mêmes établissements sont parfois oubliés dans certaines versions de la planification hospitalière.
- À aucun moment dans la rédaction du postulat, il n'a été question d'un nouvel établissement pour assumer cette mission/fonction d'hôpital de ville. Les acteurs existants sont assez nombreux. Le but n'est pas d'ajouter une couche supplémentaire.
- Le but du postulat était surtout d'étudier l'opportunité de différencier les missions du CHUV et peut-être diminuer sa mission d'hôpital de base pour se concentrer sur celles qui font sa renommée. Cette mission d'hôpital de ville pourrait être assumée par d'autres établissements existants, pour des raisons d'engorgement et de coûts. Les tarifs du CHUV sont plus élevés, peut-être certaines opérations de base (prothèse de hanche, appendicite, ...) pourraient être assumées par d'autres types de prestataires existants, aussi dans le but de diminuer les coûts de la santé.

- Il s'agit aussi d'éviter le débat public-privé. Les « établissements existants » ne comprennent pas uniquement les cliniques privées, mais bien tous les acteurs.

A la lecture du rapport du Conseil d'État, la postulante relève :

- Une information conséquente qui pourrait inciter à aller dans le sens du postulat.
- Mais aussi un choix politique sur certains points avec des conclusions qui laissent à penser que la proposition de fait du postulat ne sera pas retenue par le Conseil d'État.

La postulante relève néanmoins quelques pistes d'ouvertures et variantes intéressantes :

- Opportunité de réfléchir à l'organisation des prestations secondaires en région lausannoise – c'était le but de ce postulat. Ainsi quelques opérations pourraient être déléguées sur d'autres établissements.
- Ouverture sur la mixité des cas avec une optimisation qui semble possible. Pour la postulante, elle doit être encouragée.
- La comparaison intercantonale est intéressante bien que les commentaires relèvent une différence telle qu'il ne serait pas possible de s'en inspirer. La postulante aurait souhaité que toutes les variantes aient été plus approfondies plutôt que de dire que le canton de Vaud ne peut pas s'inspirer de la solution. Elle évoque Genève où, à partir de 2026, la quasi-totalité de l'ambulatoire sera déléguée, alors que les HUG sont aussi un hôpital universitaire avec un rôle de formation.

Des pistes d'optimisation existent et sont mentionnées dans le rapport. La postulante aurait souhaité toutefois un peu plus d'ouverture. Elle comprend la décision politique - le but étant de trouver un mieux pour le patient, les collaboratrices et collaborateurs ainsi que les coûts de la santé. Si elle ne partage pas cette position, elle indique l'avoir toutefois reçue.

Elle n'a pas de questions techniques particulières sur le rapport du Conseil d'État.

3. DISCUSSION GENERALE

Plusieurs commissaires remercient le Conseil d'État pour ce rapport : excellent, bien étoffé, complet, présentant plusieurs points intéressants sur l'organisation hospitalière, montrant l'équilibre actuel dans les 3 missions du CHUV, prouvant une fois de plus le rôle pionnier, indispensable du CHUV.

Pour un·e commissaire, le rapport du Conseil d'État :

- Montre que le CHUV arrive à répondre à ses 3 missions : hôpital universitaire, hôpital de référence, hôpital de ville. L'équilibre actuel dans les 3 missions du CHUV ressort bien du rapport.
- Dément les affirmations de la postulante selon lesquelles :
 - 1) le CHUV était dépassé dans les capacités de ses services à prendre en charge des patientes et des patients quand le dispositif d'engagement était au niveau 4 ;
 - 2) le CHUV n'était pas en mesure de répondre aux besoins de la population avec un tel niveau d'engagement.
- Relève que même avec un niveau 4 d'engagement, le CHUV ne refuse pas de patients·e·s - il peut différer certaines opérations mais il arrive à assumer ses missions.
- Souligne que si le CHUV n'avait que son rôle d'hôpital tertiaire, il perdrait alors des patients et cela poserait des problèmes par rapport aux besoins de formation et d'enseignement.

Le rapport donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

Le rapport du Conseil d'État montre aussi que certaines opérations deviennent plus complexes que prévu. Quel est le pourcentage d'activités très « standard » du CHUV par rapport à des activités plus spécialisées ?

Le CHUV présente plusieurs spécificités : la typologie de prestations, le volume important des prestations, la complexité autour de l'acte chirurgical. Si seule la prestation était prise en compte, elle pourrait être effectuée dans un autre hôpital ou en clinique privée. Mais du moment où la patiente ou le patient est par exemple très âgé, atteint de polymorbidité ou présente des troubles de la dépendance, l'opération et le suivi post-opératoire sont plus complexes (soins intensifs, soins dans les étages). Cet aspect est plus difficile à chiffrer.

Le Conseil stratégique du CHUV a-t-il pu consulter ce rapport et prendre position ? La question du développement ou pas d'un hôpital de ville étant une question stratégique

Le Conseil stratégique du CHUV n'a pas été consulté pour les raisons suivantes :

- Il s'agit d'une réponse à un postulat dont le titre ne porte pas spécifiquement sur le CHUV. Le Conseil stratégique du CHUV, dans le cadre de ses attributions et de ses compétences, n'est pas consulté sur des réponses à des objets parlementaires. La situation ne nécessite pas de le consulter au préalable - seuls l'administration ou le CHUV peuvent donner les éléments en réponse à ce postulat.
- Il pourrait certes s'auto-saisir de ce sujet stratégique d'avenir, mais il est peu probable qu'à ce stade il souhaite le faire. Si le Conseil stratégique du CHUV travaille déjà sur certains éléments de sa compétence, il est toutefois encore « en formation » pour ce qui concerne les domaines et activités du CHUV.
- A voir aussi où en était le Conseil stratégique du CHUV dans la mise en place de ses activités au moment de la rédaction de ce rapport.
- Le rapport du Conseil d'État n'a pas été rédigé par le CHUV mais par la DGS (vision d'ensemble sur la planification hospitalière et le dispositif cantonal).
- La Conseillère d'État suggère la possibilité qu'elle transmette le rapport au Conseil stratégique du CHUV.

A l'issue de l'examen de cet objet, un·e commissaire se dit frustré que le Conseil stratégique du CHUV n'ait pas lu ce dossier.

4. LECTURE DU RAPPORT

Point 2.1.3.3 Mission d'intérêt général, page 6 du rapport

Les prestations d'intérêt général (PIG) selon la LAMal visent la recherche et la formation et le maintien des capacités dans les régions. Or les prestations d'intérêt général diverses et variées mentionnées dans ce chapitre ne ressortent pas d'une loi, et la rédaction laisse à penser que ces prestations viennent avant les deux éléments précités. Dans ce sens, la rédaction ne respecte pas l'ordre de la LAMal.

La LAMal ne définit pas ce qui est couvert sous la notion de prestations d'intérêt général de manière détaillée. Elle donne la latitude aux cantons d'octroyer des subventions à des hôpitaux pour ce que le canton estime être des prestations d'intérêt général.

Les deux éléments précités ne sont pas restrictifs. La LAMal établit les deux grandes catégories qui peuvent être comprises comme des PIG mais elle ne les définit pas¹. Le terme « notamment » utilisé dans la loi vise une approche plus exhaustive, un financement en fonction des besoins et des prestations que chaque canton estime nécessaires, comme par exemple le CAN-TEAM cantonal. Ce dernier est une mission effectuée par l'hôpital universitaire dans le canton de Vaud mais cette mission sera peut-être effectuée par une association dans un autre canton.

Point 2.1.5 Clinique privée inscrite sur la liste LAMal vaudoise, page 7

Le rapport indique que « Les cliniques privées inscrites sur la liste LAMal vaudoise ne sont pas mandatées pour la réalisation de prestations d'intérêt général ». Or des cliniques offrent des prestations - comme un centre de l'obésité. Ces prestations sont vraisemblablement plus larges que des prestations LAMal et pourraient donc être considérées aussi comme des prestations d'intérêt général ?

On peut considérer que ces cliniques privées offrent des prestations d'intérêt général, dans le sens où ces prestations servent l'intérêt général ou l'intérêt des patient·e·s suivi·e·s. Mais pas au sens strict du terme de *prestation d'intérêt général (PIG)*, qui doit répondre à des critères pour l'octroi d'une subvention PIG. Un

¹ Renvoi au débat à ce sujet qui a eu lieu lors du traitement de la Motion Gérard Mojon et consorts au nom PLR - Pour une liste claire des prestations d'intérêt général (PIG) dans la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) (24_MOT_20)

centre de l'obésité ou une consultation obésité faite par une clinique privée est une prestation financée par la LAMal. Les cliniques offrent ces prestations car leur financement LAMal est suffisamment couvrant².

Point 3.1.4 Décret 2019 : Crédit d'étude de CHF 5.9 millions pour la réhabilitation de l'Hôpital Beaumont (CHUV), page 9

Le projet de rénovation de Beaumont- prévu pour 2027 - sera « probablement légèrement décalé dans le temps ». Serait-il possible d'avoir plus de renseignements à ce sujet ?

La planification a été faite en 2022, la pandémie de COVID a retardé toutes les constructions de chantier, et le CHUV prévoit plusieurs développements au sein du BH pour restructurer les chambres. Pour finaliser ces travaux, le CHUV a besoin d'un bâtiment « tampon ». Il est prévu que la réalisation des travaux sur Beaumont intervienne après 2027 en parallèle aux travaux au sein du BH.

Point 3.3.1 Capacité d'accueil du CHUV, page 11

Il est indiqué que « les urgences du CHUV sont mises à forte contribution (...) notamment durant les vacances scolaires où bon nombre de prestataires du domaine communautaire orientent les personnes sur le CHUV ». Cette situation est-elle liée au fait que les pédiatres sont en vacances, par exemple ?

En effet, bon nombre de pédiatres ou de médecins de familles sont en vacances pendant cette période.

Point 4.2.4.3 Collaborations, page 17

Dans une interview parue récemment dans la presse, le Directeur des HUG a évoqué le développement de la collaboration notamment au niveau universitaire. Le canton de Vaud est-il sur la même longueur d'onde ?

Oui, ce développement de la collaboration est prévu et concrétisé dans le cadre de l'association Vaud-Genève. Cette association réunit les services de santé publique, les deux hôpitaux universitaires et les deux chef-fe-s de Département concernés. Elle traite de différents axes de collaboration entre les HUG et le CHUV. Lorsque le Comité MHS (médecine hautement spécialisée) de la CDS (Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé) qui réunit les chef-fe-s de Département des cantons dits universitaires et des représentants des cantons non-universitaires, Vaud et Genève sont toujours bien coordonnés. Il est aussi demandé aux deux hôpitaux universitaires de collaborer pour éviter de candidater pour de mêmes domaines d'attributions, ceci afin d'avoir une bonne répartition sur l'arc lémanique.

Quelles sont les collaborations possibles pour la formation des médecins dans les hôpitaux régionaux et dans les cabinets privés/ cliniques ?

Les médecins-assistant-e font des tournus de formation. Ils ou elles peuvent faire 6 mois au CHUV, puis 6 mois dans un hôpital régional et ensuite revenir au CHUV.

Il existe aussi un cursus de formation ad hoc qui incite des médecins-assistant-e-s à faire une partie de leur cursus dans un cabinet de médecin généraliste ou auprès d'un-e pédiatre. Cela n'existe pas dans tous les cantons. La DGS subventionne des cabinets qui accueillent un médecin en formation. Le but est d'encourager la relève dans la médecine de premier recours en donnant envie aux futurs médecins de s'orienter en médecine interne.

Point 4.3.3 Coûts de production du CHUV pour des patients de ville, page 19

Les coûts par opération sont visibles sur le site internet du surveillant des prix. On y constate que les opérations simples au CHUV ont un coût de 10 à 15% plus élevé que ceux pratiqués par les hôpitaux régionaux ou les cliniques privées. Existe-t-il des statistiques décrivant quelles opérations auraient pu coûter moins cher ? Serait-il possible d'avoir des tarifs différenciés pour le CHUV sur certaines opérations simples ?

Les tarifs sont négociés avec les assurances. Ils ne vont donc pas changer par type d'opération. Il n'y a pas de facturation différenciée si le CHUV prend en charge une opération.

² La Conseillère d'État ajoute qu'il est possible – sans certitude - que le CHUV reçoive une PIG DGS particulière pour son centre de l'obésité pour certains cas très complexes qui pourraient être refusés par des centres privés, eux-mêmes financés par la LAMal (cas où les tarifs prévus ne sont pas suffisamment couvrants) – sur la prévention par exemple.

Le tarif couvre aussi le plateau technique et de l'infrastructure qui ne sont pas les mêmes au CHUV que dans un hôpital régional. D'autre part, le CHUV est opérationnel 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, avec des spécialistes pouvant être mobilisés sur place cas échéant pour des opérations très complexes, ce qui n'est pas forcément le cas d'autres infrastructures hospitalières ou cliniques privées ; le personnel très spécialisé doit être présent quelque part ... il arrive aussi souvent que les hôpitaux régionaux renvoient les cas complexes au CHUV.

Point 5.1.1 Analyse des modèles déployés dans les autres cantons, pages 20-21

L'Inselspital propose 76 lits destinés aux patient·e·s assurés en privé ou semi-privé. Quel est le nombre de lits à disposition au CHUV en division privée ou semi-privée ?

Au CHUV, la part des lits en privé est très basse (moins de 8% selon les derniers chiffres). Il a été question à l'époque de dédier un étage du CHUV à l'hospitalisation privée, des rénovations avaient été faites. Finalement, le choix politique avait été de dédier une partie de cet étage à la prise en charge de patientes et patients suivis dans le domaine de l'oncologie de pointe ou des personnes très immunosupprimées (chambres avec des sas particuliers).

Dans le cadre du plan impulsion, il est prévu de réaliser une étude solide pour savoir comment augmenter la part de la patientèle privée. Cela nécessite toutefois de repenser les murs ou en tous cas de savoir où installer cette unité où certaines prestations et des critères de confort, de nourriture, etc. devront être proposés, en vue de la facturation.

Point 5.1.2 Organisation dans les autres pays, page 21

On sait que les lits pour les personnes en attente de placement chargent les hôpitaux et ont un coût. Comment est gérée cette patientèle ?

La question est traitée dans le rapport (2^e partie). Une augmentation des capacités est prévue dans la région centre. Cela permettra d'améliorer le flux pour les personnes au CHUV en attente de placement. Ce flux s'est d'ailleurs déjà amélioré ces derniers 6 mois avec la création de lits d'EMS. Une nouvelle organisation interne au CHUV (répartition dans les différents étages) a aussi eu un impact positif.

Un autre lieu d'établissement que le CHUV peut-il être imposé à un patient en attente de placement ? Si oui, dans quelle situation (niveaux 4 et 5 ?) ?

Un changement d'hôpital pour cette patientèle n'est jamais imposé.

Point 6.1.1 Gestion des flux internes (CHUV), page 26-27

Le nouveau logiciel de pilotage de flux interne des patients est-il indépendant du successeur de SOARIAN ou en est-il lié ?

Ce nouveau logiciel est indépendant du successeur de SOARIAN. Il a déjà été mis en place pour le suivi et le flux des patients.

5. QUESTIONS SUR LES ANNEXES

5.1. ANNEXE 2

3. 1. Descriptif des engorgements depuis 2012, page 35-36

Dans le tableau présentant les périodes de déclenchement (p.36), on constate que depuis 2022, le niveau d'engorgement est de 3-4 alors qu'il était de 2-3 avant la pandémie COVID-19. Cette situation signifie-t-elle qu'il manque des lits d'hôpitaux pour pouvoir retrouver des niveaux d'engorgement plus bas ? Manquerait-il plutôt des lits d'EMS ?

Il convient de s'interroger sur les causes de l'engorgement (à cause des entrées ou à cause des sorties ?). Durant l'hiver 2024-2025, on a eu un engorgement au sein du CHUV avec une vague d'entrées d'abord aux Urgences qui s'est ensuite diluée dans l'hôpital. On peut aussi avoir un engorgement à la sortie de l'hôpital. Souvent, il s'agit d'un mélange et d'une combinaison de ces éléments ; il ne manque pas forcément de lits dans les hôpitaux.

Dans des situations plus critiques, il arrive aussi qu'un autre hôpital refuse de reprendre en charge un·e patient·e (transfert) en raison d'une situation d'engorgement. Le CHUV joue alors un rôle tampon avec les autres hôpitaux, et le CHUV ne pourra jamais refuser un·e patient·e.

6. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat par 12 voix pour, 0 voix contre et 3 abstentions.

Lieu, le 10 février 2026.

*La Présidente :
(Signé) Sylvie Podio*