

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)

Rappel du postulat

Le niveau actuel du dispositif d'engorgement du système sanitaire vaudois est, depuis le 21 juin, en « état de crise 4 sur une échelle de 4 ». Ce dispositif est déclenché dès que le nombre de patients admis au CHUV dépasse les capacités des services à les prendre en charge. Cela montre clairement que le CHUV n'est pas en capacité de répondre aux besoins de la population. Or, une tendance à la concentration des opérations au CHUV semblerait clairement être une volonté du Conseil d'Etat dans le cadre de la planification hospitalière. Dès lors, pourquoi attendre un tel engorgement qui a de plus un impact stressant sur l'ensemble du personnel de soins ? Élargir les prestataires pour les patients AOS (assurance maladie de base) devrait entrer dans une réflexion globale.

Qui dit engorgement dit report d'opérations. Certes, il s'agit souvent d'opérations non-urgentes mais toutefois nécessaires. Les repousser c'est faire prendre des risques aux patients et s'ils sont considérés, c'est souvent pallier l'opération par des prescriptions médicamenteuses qui ont-elles aussi, notamment un effet sur les coûts de la santé.

Les acteurs du réseau de santé vaudois sont nombreux. Un partenariat large est nécessaire afin de trouver des solutions à cet engorgement menant parfois à des délais d'attente de plusieurs mois pour une opération. Une même opération qui aurait pu être réalisée dans un délai de quelques semaines dans un autre établissement vaudois.

Ceci est d'autant plus vrai à Lausanne et dans sa proche région, le CHUV devant assumer son rôle d'hôpital cantonal universitaire mais également d'hôpital de ville. Or il semble aujourd'hui avoir atteint ses limites.

Il existe aujourd'hui d'autres partenaires de santé à Lausanne et ses environs qui de plus sont reconnus d'Intérêt Public (RIP). Ces établissements soutiennent d'ailleurs le système de santé cantonal ainsi que le CHUV dans le dispositif cantonal de désengorgement des établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public. Ceux-ci ont pourtant été oubliés lors de la première version de la planification hospitalière.

Sans remettre en cause la recherche d'une masse critique suffisante pour assurer la qualité d'une prestation, le partenariat entre les divers acteurs de santé se doit d'être aujourd'hui promu, ceci afin de répondre aux besoins des vaudoises et des vaudois. Sur le plan des coûts, ceci est d'autant plus vrai que le tarif DRG du CHUV est plus élevé. L'efficience souhaitée par la LAMal doit donc maintenant être appliqué dans notre canton. Désengorger le CHUV c'est aussi lui permettre d'accomplir les missions de recherche et de formation, pour lesquelles il est mondialement reconnu. Le maintien de cette reconnaissance mondiale est aussi un enjeu pour notre Canton. La centralisation semble aller à l'encontre de ce principe.

Par le présent postulat, nous demandons au Conseil d'Etat, de se positionner sur l'opportunité de différencier le CHUV et un hôpital de ville.

Ce rapport devrait comprendre notamment les éléments suivants :

- *Un état des lieux et un historique du recours au dispositif cantonal de désengorgement des établissements hospitaliers RIP durant et hors COVID ainsi que l'accueil des patients par les autres établissements du canton*
- *Une réflexion sur la prise en considération des établissements de santé situés à Lausanne et dans sa périphérie en tant qu'hôpital de ville pour les habitants de Lausanne et de la proche région*

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	4
2	DEFINITIONS.....	5
3	MISE EN PERSPECTIVE DE LA QUESTION	7
3.1	HISTORIQUE DE LA QUESTION.....	7
3.2	CONSTATS SUR LE DISPOSITIF HOSPITALIER VAUDOIS	10
3.3	UN HOPITAL DE VILLE POUR REpondre A QUELS PROBLEMES ?	11
3.4	CONTEXTE ET ENJEUX ACTUELS DU DISPOSITIF HOSPITALIER	12
4	PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES PATIENTS DE LA REGION LAUSANNOISE.....	14
4.1	FLUX DE PATIENTS, PAR QUI SONT TRAITES LES PATIENTS DE LA REGION LAUSANNOISE ?	14
4.2	PERTINENCE DU MODELE HOSPITALIER LAUSANNOIS ACTUEL	15
4.3	LIMITES DU MODELE ACTUEL	18
5	VERS UN AUTRE MODELE ?	19
5.1	ET AILLEURS ? ORGANISATION DES CANTONS AVEC UN HOPITAL UNIVERSITAIRE	19
5.2	REFLEXIONS SUR LA CREATION D'UN NOUVEL HOPITAL DE VILLE A LAUSANNE	21
5.3	LES LIMITES D'UN CHANGEMENT DE MODELE	23
6	VERS UN RENFORCEMENT DU MODELE ACTUEL	26
6.1	OPTIMISATION DE L'ORGANISATION DU CHUV.....	26
6.2	CONSOLIDATION DU ROLE DES CLINIQUES DE VILLE	27
6.3	CONSOLIDATION DU ROLE DES HOPITAUX REGIONAUX.....	28
6.4	DEVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGES A DOMICILE ET EN RESEAU	29
6.5	OPTIMISATION DE L'ORIENTATION DE LA POPULATION	30
6.6	SYNTHESE	30
7	CONCLUSION	31
8	ANNEXE 1 – GRAPHIQUES DE FLUX DE PATIENTS.....	32
9	ANNEXE 2 - ENGORGEMENT DU SYSTEME SOCIO-SANITAIRE	34

Rapport du Conseil d'Etat

1 INTRODUCTION

Le présent rapport du Conseil d'Etat a pour objectif de présenter l'état des réflexions quant à un besoin d'un hôpital de ville pour la région lausannoise.

Le Conseil d'Etat, soucieux de répondre dans le sens débattu par le Grand Conseil lors de la votation de ce postulat, aborde la question d'un hôpital de ville principalement sous l'angle de l'organisation des prestations et de la coordination des prestataires de soins dans la région lausannoise, plutôt que sous l'angle de la création d'un nouvel hôpital. Pour ce faire, le rapport présente les différents constats et enjeux actuels du dispositif hospitalier vaudois, décrit le fonctionnement du dispositif hospitalier de la région lausannoise et étudie la possibilité d'un changement de modèle de prise en charge hospitalière de cette région.

Le Conseil d'Etat relève qu'au moment du dépôt du Postulat, en septembre 2022, le dispositif hospitalier vaudois avait atteint une situation d'engorgement de niveau 4/4 depuis le mois de juillet 2022. Ce niveau d'engorgement a perduré jusqu'au printemps 2023, puis, il a connu une détente avec des oscillations de niveaux de tension mais sans être constamment au maximum ; ceci jusqu'au moment de la rédaction de ce rapport à l'hiver 2024-2025. Le Conseil d'Etat rejoint les constats de la postulante de l'impact majeur d'une situation d'engorgement sur la fluidité des patients à traiter par le CHUV.

Néanmoins, dans un but de clarté de la réflexion de fond sur l'évaluation du besoin d'un hôpital de ville pour la région lausannoise, le Conseil d'Etat propose de traiter la question de l'engorgement de façon spécifique. En ce sens, le rapport traite la question de l'engorgement dans une partie distincte (Annexe 2- Engorgement du système socio-sanitaire) et la postulante ayant émis son accord pour cette manière de faire.

L'analyse part du principe que la question posée par la postulante concernait les prises en charge somatiques aiguës. Par conséquent, le présent rapport a élaboré une réflexion sur un hôpital de ville principalement du point de vue des prises en charge somatiques aiguës bien que des informations sur les prises en charge psychiatriques ou de réadaptation soient également traitées par moment.

2 DEFINITIONS

En préambule et afin de poser un champ sémantique aux réflexions de ce rapport, le Conseil d'Etat souhaite définir les principaux concepts du dispositif hospitalier.

2.1.1 Région lausannoise - agglomération lausannoise

La postulante évoque la notion de « région lausannoise ». Le Conseil d'Etat considère la région lausannoise selon le découpage géographique appliqué aux Régions de santé (découpage par districts). La Région Centre comprend 4 districts et s'étend d'Est en Ouest entre Ecublens et Chexbres ; du Nord au Sud entre Essertines-sur-Yverdon et Lausanne. La Région Centre recoupe environ 370'000 habitants, soit un peu plus du 40% de la population du canton. Ce découpage a également été la référence lors de la dernière planification hospitalière de soins aigus. Par conséquent, dans la suite du rapport les acceptions « région lausannoise » et « Région Centre » sont à considérer comme identiques lorsqu'elles sont employées pour décrire leur périmètre géographique.

Plus largement, il s'avère également pertinent de considérer la question d'un « hôpital de ville » sous une approche d'agglomération (bien que la définition de la région lausannoise décrite ci-dessus n'est pas identique à la définition de la Confédération qui considère l'agglomération lausannoise dans un bassin de population plus large). L'agglomération lausannoise fait référence à une aire urbaine qui couvre plusieurs aspects tels que : une zone densément urbanisée avec une forte concentration d'habitants, des services et d'infrastructures ; un pôle économique important abritant de nombreuses entreprises, notamment des entreprises dans les secteurs de la recherche et de la technologie ; un réseau de transport public qui relie la ville et les communes environnantes, incluant les trains, métros et bus. De ce fait, l'agglomération permet une accessibilité aux établissements hospitaliers facilitée par la mobilité. L'accessibilité et les logiques de flux sont des éléments déterminants pour les établissements hospitaliers.

2.1.2 Hôpital universitaire

Un hôpital universitaire est un établissement de soins qui est lié à une université et à sa faculté de médecine, qui joue un rôle central dans l'enseignement (médical prégradué), la recherche et la pratique clinique. Ces hôpitaux ont des missions spécifiques qui les distinguent des hôpitaux traditionnels.

- Enseignement et formation : ils accueillent des étudiants en médecine, en soins infirmiers, ainsi que d'autres professions de la santé pour leur offrir une formation pratique et théorique. Pour le domaine médical, la formation s'étend aussi au post-gradué jusqu'à l'obtention d'un titre FMH par exemple.
- Recherche médicale : ils participent à des projets de recherche de pointe dans divers domaines médicaux, collaborant souvent avec des chercheurs universitaires pour développer de nouvelles méthodes de traitement et comprendre les maladies.
- Soins spécialisés : en raison de leur lien avec des universités et des centres de recherche, ils offrent des soins spécialisés dans des domaines de pointe, comme la chirurgie complexe, l'oncologie, ou encore les traitements innovants qui ne sont pas disponibles dans les hôpitaux non universitaires.
- Innovation et technologies : ils sont également des lieux où les nouvelles technologies médicales et médicamenteuses sont développées et testées.
- Médecine hautement spécialisée (MHS) : bien que les prestations de MHS ne soient pas exclusivement attribuées à des hôpitaux universitaires, ces derniers couvrent la grande majorité des prestations de la planification nationale.

Par année, le CHUV forme plus de 2'000 étudiants de médecine et emploie 750 EPT de médecins assistants ainsi que 500 EPT de médecins chefs de clinique/clinique adjoint en formation postgrade. Il accueille également plus de 900 doctorants. Par ailleurs, 700 soignants non-médecins sont accueillis au sein du programme d'intégration des nouveaux collaborateurs et les étudiants des filières santé et HES y réalisent plus de 38'000 jours de stage par année. Plus de 70 masters et doctorats en sciences infirmières y sont délivrés annuellement par les différents organismes de formation. Il faut relever que le CHUV forme également plus de 250 apprentis par année.

2.1.3 Hôpital cantonal

La notion d'hôpital cantonal comprend trois dimensions ou missions. Le CHUV cumule, en plus de la mission universitaire les trois missions ci-dessous.

2.1.3.1 Mission de « dernier recours »

Un hôpital de « dernier recours » (terminologie langagière usuelle) est un hôpital en mesure d'accueillir et de traiter toutes les demandes d'hospitalisations urgentes, les cas les plus complexes ou les plus graves provenant de l'ensemble du canton ou qui ne peuvent pas être pris en charge par d'autres acteurs de soins privés ou hospitaliers en raison d'absences de système de garde par exemple. Les patients sont adressés directement par les prestataires de soins, principalement les hôpitaux régionaux et les services d'ambulances terrestre ou aérien. Le CHUV assume cette fonction. Pour ce faire, le CHUV dispose du plateau technique nécessaire, d'équipes médico-soignantes spécialisées de garde. Il assure des piquets d'urgence pour de nombreuses spécialités. Afin d'assurer un nombre de lits disponibles au CHUV pour absorber les situations urgentes, une « Directive zéro refus de transfert », applicable aux hôpitaux régionaux du canton, permet d'articuler le flux de patients entre le CHUV et les hôpitaux régionaux, notamment afin de rediriger les patients dans leurs hôpitaux régionaux dès que la phase aigüe nécessitant le plateau technique du CHUV est passée, voir point 6.3.1.

2.1.3.2 Mission régionale

Une mission régionale consiste à répondre aux besoins d'une population donnée et définie par la planification hospitalière. En plus des missions d'hôpital universitaire et de dernier recours, le CHUV a la mission de répondre aux besoins de la Région Centre en réalisant des prises en charge « ordinaires » ou dites de type secondaire pour le bassin de population concerné.

2.1.3.3 Mission d'intérêt général

Afin de répondre à l'ensemble des besoins généraux ou plus spécifiques de la population, les systèmes de santé cantonaux donnent missions aux hôpitaux cantonaux de réaliser des prestations d'intérêt général (PIG). Ces prestations d'intérêt général sont des prestations nécessaires à la réalisation de missions de santé publique, qui ne sont pas ou que partiellement prises en charge par le système tarifaire LAMal et/ou permettent d'assurer la couverture des besoins des régions. Le CHUV assume pour le canton un nombre important de prestations d'intérêt général centralisées et utiles à la population ainsi qu'aux autres établissements du système sanitaire, par exemple : CAN-TEAM cantonal (détection de maltraitance infantile), coordination des dons d'organes, consultation d'autisme, banque de sang, banque de lait infantile, etc. Les PIG concernent également des prestations de formation utiles à l'ensemble du système de santé.

2.1.4 Hôpital régional

Les hôpitaux communément appelés « hôpitaux régionaux »¹ dans le Canton de Vaud sont des établissements hospitaliers privés reconnus d'intérêt public ou des établissements hospitaliers constitués en institutions de droit public qui remplissent une mission régionale (point 2.1.3.2) et réalisent, le cas échéant, certaines prestations d'intérêt général (point 2.1.3.3). A ce titre, ces hôpitaux remplissent pleinement les critères prévus à l'article 4 de la Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et sont reconnus d'intérêt public pour l'ensemble de leurs missions et prestations. Le subventionnement est étroitement lié au respect des critères définis par l'Etat (art. 4 al. 1 LPFES). Par ailleurs, ces établissements répondent aux critères des planifications hospitalières et sont inscrits sur la liste LAMal vaudoise pour l'intégralité de leurs missions médicales.

¹ Les hôpitaux régionaux sont : Hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais (HRC) ; Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) ; Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) ; Groupement hospitalier de l'ouest lémanique (GHOL) ; Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv). Les hôpitaux Hôpital de Lavaux ; Fondation Rive-Neuve ; Institution de Lavigny ; Fondation de Nant sont des hôpitaux régionaux avec des missions spécialisées pour des groupes spécifiques de prestations de soins somatiques, psychiatriques ou de réadaptation. Le terme « hôpitaux périphériques » est également communément employé mais n'a pas été retenu dans le présent rapport.

2.1.5 Clinique privée inscrite sur la liste LAMal vaudoise

Les cliniques privées inscrites sur la liste LAMal vaudoise sont des cliniques qui remplissent une mission régionale pour une partie de leurs activités. A ce titre, ces cliniques sont au bénéfice d'un mandat de prestations attribué par le Conseil d'Etat dans le cadre de la planification hospitalière et sont inscrites sur la liste LAMal vaudoise pour une part de leurs missions médicales, bénéficiant d'un financement étatique pour un nombre de cas déterminé (hors prise en charge en urgence). Ce nombre de cas est calculé lors de la planification hospitalière afin de répondre aux besoins d'une région donnée.

Nonobstant la réalisation de mandats de prestations, ces cliniques privées ne remplissent pas l'entier des critères prévus à l'article 4 de la LPFES pour être un hôpital pleinement reconnu d'intérêt public.

Les cliniques privées inscrites sur la liste LAMal vaudoise ne sont pas mandatées pour la réalisation de prestations d'intérêt général.

2.1.6 Clinique privée non inscrites sur la liste LAMal vaudoise

Il s'agit de cliniques privées au bénéfice d'une autorisation d'exploiter mais sans attribution de missions par l'Etat, par conséquent, sans mandat de prestations ni contrat de prestations. Leur financement dépend uniquement des conventions réalisées avec les assureurs-maladie qui financent l'entier de l'hospitalisation (contrairement aux patients au seul bénéfice d'une assurance obligatoire des soins (AOS) pour lesquels l'Etat finance le 55% et les assureurs le 45%).

2.1.7 Hôpital de ville

Il n'existe pas de définition à proprement parler d'« hôpital de ville ». Néanmoins, le Conseil d'Etat entend cette acception comme étant un hôpital ayant une mission d'hôpital régional répondant à la couverture des besoins d'un périmètre donné (voir point 2.1.3.2) comprenant spécifiquement une grande ville ou une agglomération. Le déploiement d'un hôpital de ville peut prendre différentes formes et sera traité au point 5.1.1 sur les comparaisons avec d'autres cantons.

2.1.8 Autre

Le Conseil d'Etat précise que l'organisation du dispositif hospitalier stationnaire comporte des prises en charge aigues (lits A) et des prises en charge de réadaptation (lits B). Les prises en charges chirurgicales et le plateau technique qu'elles requièrent font également partie intégrante de la réflexion. La question des places d'hébergement (lits C) est traitée dans la partie relative à l'engorgement (Annexe 2).

3 MISE EN PERSPECTIVE DE LA QUESTION

La question complexe d'un hôpital de ville pour la région lausannoise n'est pas nouvelle. Afin de comprendre dans quel contexte évolue le dispositif hospitalier et dans quelle perspective se situe cette question, ce chapitre a pour objectifs de décrire brièvement les idées débattues du point de vue politique et de présenter différents constats sur le dispositif hospitalier vaudois.

3.1 Historique de la question

3.1.1 Motion Janine Coderey et consort, 1993

Cette motion – *demandant au Conseil d'Etat l'étude d'une structure hospitalière qui assume le rôle d'un hôpital de zone à Lausanne* – s'inscrit dans un contexte budgétaire tendu. En effet, dans les années 1990, le Canton avait dû activer plusieurs plans d'économie (Plans Orchidée, Equation 33 pour les hôpitaux) pour faire face à la récession économique.

L'argumentaire principal de la motion reposait sur la question des coûts induits par le fait de traiter des pathologies courantes dans un hôpital universitaire.

La réponse du Conseil d'Etat confirmait la nécessité de ne pas dissocier la mission universitaire de la mission d'hôpital pour la région lausannoise. En effet, le Conseil d'Etat relevait les éléments suivants :

- la mission de formation nécessite une masse critique de patients ;
- aucun établissement de cette région Centre n'avait la capacité d'intégrer entre 400 et 600 nouveaux lits, il aurait fallu techniquement fermer simultanément un nombre équivalant de lits au CHUV ;
- quand bien même cet hôpital serait sous l'égide du CHUV, l'idée de séparer géographiquement une zone de traitement n'était pas envisageable du point de vue logistique (manque de place, dédoublement des équipements médico-techniques) et du point de vue de la pratique clinique universitaire (comment isoler le personnel et comment prévoir des traitements différenciés ?).

Pour répondre à la problématique des coûts, le Conseil d'Etat avait opté pour une stratégie de réduction importante du nombre de lits (20-25%), le renforcement de la collaboration entre hôpitaux universitaires et le développement d'une collaboration avec les hôpitaux régionaux pour la formation des médecins assistants. Il faut noter que les règles actuelles de financement des hôpitaux ne sont pas comparables à celles de la période de la présente motion.

3.1.2 Organisation hospitalière de 2004

En 2004, le Conseil d'Etat présentait son rapport au Grand Conseil sur la politique sanitaire face aux deux enjeux principaux de la démographie et du progrès technologique. Ce fut l'occasion de présenter une stratégie d'organisation hospitalière.

En résumé, cette stratégie qui découlait du programme Equation 33, visait à une défragmentation du dispositif des prises en charge stationnaires par une réduction du nombre d'établissements selon un ratio reconnu de 200 à 400 lits pour une région entre 100'000 et 150'000 personnes. L'objectif était d'offrir à chacune des quatre régions du canton un centre hospitalier de référence appuyé par des structures plus petites pour desservir les régions excentrées. L'actuel Hôpital Riviera Chablais (HRC) est la parfaite illustration de cette politique par la fusion de différents établissements pour créer un centre hospitalier régional de 380 lits.

Concernant la Région Centre, le rapport évoque aussi la nécessité de renforcer la coordination des différents établissements qui le composaient (Hôpital de l'enfance, Hôpital Orthopédique, Hôpital Ophtalmique, la Policlinique médicale universitaire, Hôpital de Lavaux) par un regroupement formalisé sous le label « Groupe Hospices ». Le rapport relevait l'importance de positionner le CHUV comme hôpital universitaire vaudois dans le paysage suisse et européen. Enfin, le Conseil d'Etat réaffirmait clairement la vision du Canton de maintenir un hôpital universitaire avec aussi la mission de centre hospitalier pour la région lausannoise.

3.1.3 Planification hospitalière de 2012

Pour rappel, les décisions du Conseil d'Etat sont fondées sur l'offre nécessaire à la couverture des besoins ainsi que sur la capacité des hôpitaux et cliniques à respecter les conditions posées. Elles tiennent également compte des principes généraux qui fondent la politique hospitalière du Canton. La planification hospitalière 2012 avait abouti à la liste hospitalière du Canton de Vaud prévue par la LAMal. Cette liste définit les hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et légitime le financement de la part étatique pour les prestations stationnaires fournies par les établissements qui y figurent.

Les hôpitaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et le CHUV ont été inscrits conformément à leurs demandes, sans augmentation de leur activité. La demande des cliniques Bois-Cerf et Cecil pour l'octroi d'un mandat régional de base pour la région lausannoise a été initialement rejetée dans une première liste LAMal vaudoise¹ émise par le Conseil d'Etat en 2011, pour la mise en application en 2012, ceci en raison du non-respect de critères spécifiques liés à l'octroi du mandat et visant à assurer la qualité des soins (en particulier par l'absence de prestations de pédiatrie et l'absence d'un service

¹ La « liste LAMal vaudoise » émane de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) qui dans son article 39 al 1 stipule que les établissements, pour être reconnus fournisseurs de prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins, doivent bénéficier d'un mandat par le canton et figurer sur une liste cantonale.

des urgences structuré). De plus, la demande présentait un non-respect du principe d'économicité. En effet, les coûts des prestations fournies par ces établissements étaient nettement plus élevés que ceux des hôpitaux de la FHV (rapport du Service de la santé publique du 7 octobre 2010 « *Collaboration entre le CHUV, les cliniques privées et le Service de la santé publique* »). En outre, le Conseil d'Etat rappelait que « *le mandat régional de base pour la région Centre est actuellement octroyé au CHUV et aucun motif ne permet de revenir sur cette décision, qui se justifie en termes de concentration d'activités, de masse critique, de qualité et d'économicité* ».

Néanmoins, les cliniques Bois-Cerf et Cecil ont bénéficié d'un mandat de prestations dès 2012. En effet, suite à leur recours déposé contre la liste LAMal édictée en 2011, un accord a été trouvé et une nouvelle liste LAMal édictée, moyennant le retrait du recours. Des contrats de prestations reconnaissant « un mandat partiel de base » avec financement par quotas ont ainsi été établis avec ces cliniques.

A noter que la clinique de La Source a également été inscrite sur la liste LAMal dès 2012 pour un total de 10 lits de soins aigus dans le cadre d'une convention de collaboration avec le CHUV.

Entre 2020 et jusqu'en début 2023, les trois cliniques ont par ailleurs participé activement à la gestion de l'épidémie COVID-19. A cet effet, des conventions de collaborations ont été signées entre la Direction générale de la santé (DGS), la FHV, le CHUV et ces trois cliniques pour la mise à disposition de lits hospitaliers et de blocs opératoires.

Ces éléments relativisent les propos de la postulante quant à un éventuel « oubli » de la part de l'Etat.

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

Dans un contexte de modernisation et de rénovation des bâtiments vieillissants de la cité hospitalière, l'objet du décret, validé par le Grand Conseil en novembre 2019, visait l'étude de travaux pour moderniser le bâtiment Beaumont avec la stratégie de le dédier prioritairement à des patients souffrants de pathologies en lien avec l'âge avancé ; faisant ainsi « retrouver la vocation première » de ce bâtiment. Pour ce faire, il s'agissait d'y placer les services de gériatrie, de médecine et soins palliatifs pour un objectif estimé à un total de 56 lits. La planification des étapes des travaux prévoyait la réalisation d'un projet définitif en 2021, un dossier d'appel d'offre en 2022, l'obtention d'un crédit d'investissement (CHF 41.0 millions) en fin 2022, et le démarrage du chantier en 2023 avec plusieurs étapes jusqu'en 2026. En dépit d'une période de pandémie (2020-2021) et d'autres aléas liés à des rocadés de placement d'unités de soins dans différents bâtiments en rénovation, le projet de rénovation de Beaumont était prévu pour 2027 et pour une durée de 3 ans. Tenant compte du contexte financier actuel du CHUV, il sera probablement légèrement décalé dans le temps.

La stratégie de regroupement de certaines spécialités médicales dans le bâtiment Beaumont ne s'apparente pas directement à la mise en place d'un hôpital de ville, mais s'inscrit dans une stratégie plus large que le CHUV déploie pour repenser son flux interne de patients. Le rapport développera cet aspect au point 4.2.

3.1.5 Planification hospitalière de 2024

Le rapport de planification hospitalière 2024 démontre l'attention particulière portée par le Conseil d'Etat sur la région Centre et explique le rationnel appliqué lors de l'octroi des mandats. Le Conseil d'Etat rappelait que le CHUV, qui réalise à lui seul le 40% des hospitalisations du canton, agit en tant qu'hôpital universitaire, hôpital de ville et hôpital de dernier recours lorsque les autres établissements ne sont plus en mesure de livrer certaines prestations. Le rapport rappelait que le CHUV était en mesure de faire face à ses obligations dans la grande majorité des situations mais qu'il était parfois en situation d'engorgement. Selon la nature d'engorgement, il est arrivé que des opérations de chirurgie non urgentes aient été différées et que des interventions urgentes soient reprogrammées dans d'autres établissements hospitaliers vaudois.

Au regard de ces problématiques, le Conseil d'Etat jugeait pertinent que les patients voués à être hospitalisés au CHUV puissent disposer de solutions alternatives dans la Région Centre, en sus de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC), situé à proximité. Cette approche s'avérerait d'autant plus

pertinente que des établissements de la Région Centre entretiennent avec le CHUV des liens étroits dans de nombreux domaines.

Néanmoins, le Conseil d'Etat a veillé à ce que cette volonté de pouvoir disposer de plus d'établissements pouvant accueillir des patients dans de nombreux groupes de prestations dans la Région Centre n'aboutisse pas à la création d'une importante suroffre, respectant ainsi les exigences de la LAMal. Or, octroyer des mandats aux quatre cliniques situées dans la Région Centre (les cliniques La Source, Cecil, Bois-Cerf et Montchoisi) pour tous les groupes de prestations pour lesquels elles remplissaient les critères GPPH (critères spécifiques aux groupes de prestations selon un modèle zurichois) aurait créé une surcapacité de plus de 12'500 cas et aurait amené l'offre globale cantonale à atteindre 107% de couverture du besoin. Dans leurs offres, les cliniques La Source, Cecil et Bois-Cerf ont proposé de limiter le nombre de cas de prises en charge de personne au seul bénéfice d'une AOS qu'elles seraient autorisées à traiter. Ceci dans toutes les missions qui leur seraient octroyées, au travers d'un plafonnement annuel et sous réserve de ne pas devoir appliquer intégralement certaines obligations relatives aux critères de planification (conditions de travail du personnel non-médical ; responsabilité et organisation médicale ; modèles de rémunérations ; obligation d'admission). La somme des cas offerts en tenant compte de ces limites de quantité atteint globalement 3'400 cas. L'offre globale cantonale atteignait ainsi 95% de couverture du besoin, ce qui est acceptable selon la LAMal.

Le Conseil d'Etat a donc décidé de suivre les propositions des cliniques et d'octroyer des mandats à La Source, Cecil et Bois-Cerf pour un nombre limité de cas permettant ainsi de couvrir les besoins identifiés de certaines prestations spécifiques non couvertes par l'ensemble des autres hôpitaux. Etaient toutefois réservés certains groupes de prestations, ou certaines interventions très spécifiques, pour lesquelles une limite de quantité ou une exclusion spéciale avait été définie dans les mandats de prestations, notamment afin de garantir que le CHUV traite un nombre de cas suffisant pour mener à bien ses missions de formation.

En complément, la Clinique de Montchoisi, qui est également située dans la Région Centre, a été jugée nécessaire à la couverture des besoins dans le cas de l'ophtalmologie.

3.1.6 Synthèse

Les éléments relevés ci-dessus démontrent que les autorités politiques, depuis plus de trois décennies, se sont régulièrement soucies de vérifier que l'organisation hospitalière de la Région Centre réponde aux besoins et soit rationnelle d'un point de vue économique, en respect des exigences LAMal. Jusqu'à la récente planification hospitalière, les réponses démontrent une constance inaliénable du Conseil d'Etat de confier au CHUV simultanément les missions d'hôpital universitaire et d'hôpital pour la région lausannoise. Nonobstant cette double mission, et après la stratégie de recentrage advenue dans les années 2000 de l'ensemble du dispositif hospitalier cantonal, y compris pour la Région Centre, la planification hospitalière 2024 octroie une place importante aux établissements de soins de la région lausannoise ; notamment en vue d'assurer une bonne couverture des besoins en période de tension.

3.2 Constats sur le dispositif hospitalier vaudois

Le Conseil d'Etat tient à souligner que l'ensemble du dispositif hospitalier vaudois¹ dispose d'un hôpital universitaire², 9 hôpitaux régionaux ou spécialisés (soins aigus, réadaptation, psychiatrie), 3 Pôles santé pour les régions excentrées et 8 cliniques privées inscrites sur la liste LAMal vaudoise pour une part de leurs missions médicales. Le dispositif hospitalier répond aux besoins de la population, qu'elle soit citadine ou rurale. Le Conseil d'Etat porte une attention particulière à garantir une accessibilité au dispositif hospitalier pour l'ensemble de sa population et ce malgré la grandeur et la diversité du territoire vaudois. La récente planification hospitalière de soins somatique aigu en est la démonstration. En effet, l'attribution des prestations a tenu compte des régions dites « excentrées » et a renforcé le secteur de la région lausannoise en augmentant de façon significative les quotas attribués aux cliniques. Pour rappel, tous les prestataires de soins pouvaient postuler à l'appel d'offre. Ainsi, la planification

¹ Liste informative des établissements hospitaliers vaudois :

https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Organisation/Hopitaux/20240130_DSM_Doc_Autre_Liste-informative-vaud-2024.pdf

² L'Hôpital ophtalmique Jules Gonin est rattaché au groupe CHUV, il est comptabilisé avec le CHUV.

hospitalière pour les soins somatiques aigus, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, assure une couverture globale des besoins de la population vaudoise à l'horizon 2030 de 95%.

Pour le Canton de Vaud, le fait de disposer de multiples établissements hospitaliers est une opportunité notamment en situation d'épidémies. En effet, l'épidémie COVID-19 et la plus récente épidémie de bronchiolite durant l'hiver 2022-2023 ont mis à l'épreuve le dispositif hospitalier. Si ce dernier a pu y faire face, outre grâce aux compétences et l'engagement des professionnels qui le compose, le fait de pouvoir répartir les patients sur plusieurs sites a été déterminant. En effet, lors d'une tension du système, chaque unité de soins connaît une pression sur son flux de patients, néanmoins ce flux intensifié de patients est variable. Le fait d'avoir un dispositif en réseau permet de répartir les flux sur l'ensemble des établissements et ce de façon fine. Les unités présentant de la disponibilité peuvent rapidement accueillir un patient provenant d'une unité d'un autre hôpital saturé.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat rappelle que du point de vue de la qualité des soins, les hôpitaux vaudois se situent dans les standards nationaux offrant ainsi un niveau de prise en charge de qualité et sécuritaire à l'ensemble de la population, quelle que soit la région du canton. De plus, son Centre universitaire permet de prendre en charge une grande partie des patients vaudois et romands nécessitant des soins de médecine hautement spécialisée.

3.3 Un hôpital de ville pour répondre à quels problèmes ?

A la lecture des différents débats parlementaires et de commissions concernant le présent Postulat, le Conseil d'Etat souhaite exposer les problématiques qui ont été relevées. Les pistes de réponses à ces problématiques se trouvent plus avant dans le rapport.

3.3.1 Capacité d'accueil du CHUV

Le CHUV, dans le cadre de ses missions d'hôpital universitaire et d'hôpital de la région lausannoise, cumule les missions de formation, recherche et clinique. Sa mission clinique traite des patients de soins aigus tertiaires (nécessitant des soins prodigués par un hôpital universitaire), des soins aigus secondaires (soins pouvant être prodigués par un hôpital non universitaire) et des soins de réadaptation (lits B). Par conséquent, le CHUV répond à un volume important de patients : 54'000 hospitalisations par année. Les hôpitaux ne devant pas travailler en surcapacité et la capacité du CHUV étant atteinte, la marge pour accueillir plus de patients en cas de survenue de tension du système est limitée. La conséquence qui en résulte est un engorgement du flux interne de patients, cela sera expliqué au point 2 de l'Annexe 1. Par ailleurs, les urgences du CHUV sont mises à forte contribution durant certaines périodes de l'année, notamment durant les vacances scolaires où bon nombre de prestataires du domaine communautaire orientent les patients sur le CHUV, ainsi qu'en période de virus hivernaux. Par conséquent, se pose la question de savoir si la capacité des urgences hospitalières de la région lausannoise est suffisante. La question sera traitée aux points 4.2.4.2 et 5.2.1.

3.3.2 Organisation interne du CHUV et coût des prestations

Au vu de la grandeur de l'établissement, le volume et les natures différentes des prestations, le CHUV doit faire preuve d'une organisation optimale pour maîtriser une telle complexité. De plus, le traitement de patients nécessitant des soins aigus secondaires coûte plus cher que s'ils étaient traités dans une structure non universitaire. L'organisation actuelle du CHUV doit constamment être repensée afin de permettre une gestion efficace des flux de patients et selon les besoins différenciés (secondaires / tertiaires). La question sera traitée aux points 3.4.3, 4.2.2 et 4.3.3.

3.3.3 Prise en considération de l'ensemble des prestataires de soins de la région

La région lausannoise dispose de plusieurs prestataires de soins aigus pour la patientèle en AOS : le CHUV, l'Hôpital de Lavaux¹, l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin² et quatre cliniques privées, Bois-Cerf, Cécil, La Source et Montchoisi³. Bien que formellement hors de la Région Centre, l'Etablissement

¹ Nota Bene, l'hôpital de Lavaux réalise majoritairement des prestations de soins de réadaptation mais dispose également d'un mandat de soins aigus de prestations spécialisées (gériatrie aigue et soins palliatifs).

² L'Hôpital ophtalmique Jules Gonin dispose d'un mandat de prestations spécialisé pour l'ophtalmologie uniquement.

³ Les Cliniques Bois-Cerf, Cécil, La Source disposent d'un mandat de prestations général (Paquet de base de médecine et chirurgie), la Clinique Montchoisi dispose d'un mandat pour des prestations spécialisées en ophtalmologie uniquement.

hospitalier de la Côte (EHC), hôpital régional, offre également des prestations de soins aigus pour les patients de la région lausannoise. Au vu de la multiplicité des prestataires, est-ce que la répartition des prestations est faite adéquatement ? Les processus de flux de patients est-il bien organisé ? Les synergies sont-elles optimales ? Ces questions seront traitées au point 4.1.

En plus des éléments reportés ci-dessus, le Conseil d'Etat relate le fait que lors de ces débats, il a été présenté comme risqué du point de vue de l'économicité et des besoins de la formation médico-soignante de créer un nouvel établissement ou de transférer des prestations réalisées actuellement par le CHUV.

Fort de l'ensemble de ces questions, le Conseil d'Etat relève l'opportunité de réfléchir sur l'organisation des prestations secondaires en région lausannoise réalisées par le CHUV et par l'ensemble des prestataires de soins. Le Conseil d'Etat porte un souci particulier aux réflexions portant sur l'amélioration possible de synergies et complémentarité entre les acteurs concernés.

3.4 Contexte et enjeux actuels du dispositif hospitalier

Toujours dans l'intention de mettre en perspective la question du Postulat, le Conseil d'Etat propose une description synthétique des principaux défis que les hôpitaux relèvent et devront relever ces prochaines années. En effet, depuis la fin des années 2010, les hôpitaux évoluent dans un contexte de plus en plus tendu. Cette tension s'est accentuée au sortir de la pandémie COVID-19.

3.4.1 Pénurie du personnel

La pénurie du personnel se caractérise principalement par une situation où il y a un nombre insuffisant de professionnels de santé¹ (médecins, infirmiers, assistants en soins et santé communautaire, aides-soignants, etc.) pour répondre aux besoins en soins dans un établissement de santé ou une région donnée. Elle représente un enjeu majeur pour les systèmes de santé à l'échelle nationale, voire mondiale. Cette pénurie peut résulter de divers facteurs, tels que l'augmentation des besoins en soins de la population en raison du vieillissement de cette dernière et de l'augmentation des maladies chroniques, d'un manque de jeunes diplômés disponibles à l'emploi, des sorties précoces de la profession et d'un taux d'absentéisme élevé dû, entre autres, à la pénibilité du travail pouvant entraîner un épuisement professionnel. La pandémie COVID-19 a accru ce phénomène² qui est visible au niveau mondial comme au niveau national.

L'Observatoire de la santé annonce, par exemple, un déficit notable entre le nombre de diplômés disponibles et les besoins en personnel de soins et de santé à l'horizon 2030, en particulier pour le personnel soignant du degré tertiaire³ et du personnel de soins et d'accompagnement du degré secondaire II^{4,5}.

Il faut relever que le phénomène peut toucher différemment les institutions de santé selon les régions ou les secteurs spécifiques d'activité (type de spécialité, type d'institution, etc.). Si le personnel en place rencontre des difficultés à assumer une prise en charge satisfaisante des patients, cela pourrait avoir un impact sur la qualité des soins et des conséquences telles que l'augmentation des événements indésirables, des complications de santé, une hausse des hospitalisations ou de la mortalité. Ces événements représenteraient des coûts supplémentaires pour le système de santé cantonal. De plus, si les départs de professionnels de santé dans les hôpitaux deviennent trop importants, il y aura un risque d'augmenter encore la concurrence entre établissements de soins.

Les hôpitaux doivent par conséquent déployer de nouvelles stratégies pour rendre attractifs sur le long terme leur secteur et veiller à offrir des bonnes conditions de travail, un environnement habitant qui permet aux professionnels d'offrir des soins de qualité et donner ainsi du sens à leur travail.

Face à ce problème et afin de soutenir les hôpitaux et les institutions de santé du canton de tous les secteurs d'activité, le Conseil d'Etat a, en 2024, mis en place le programme cantonal de lutte contre la

¹ Professionnels de niveau tertiaire (Université, Haute Ecole Spécialisée, Ecole Supérieure) et de niveau secondaire II (CFC, AFP)

² Selon l'OBSAN, le nombre de postes vacants dans le domaine des soins est passé d'env. 10'000 avant la pandémie à env. 15'000 fin 2022.

³ Tertiaire a : Haute Ecole Spécialisée (HES) / Université / Tertiaire b : Ecole Supérieures (ES). Dans le Canton de Vaud, les infirmier.ère.s ont uniquement une formation HES. Les autres professions HES sont les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les sage-femmes.

⁴ Secondaire II : certificat fédéral de capacité (CFC) / attestation fédérale professionnelle (AFP). Il s'agit principalement des ASSC, ASE, et ASA.

⁵ OBSAN, [rapport "Personnel de santé en suisse : Rapport national 2021"](#).

pénurie dans le domaine de la santé et des soins infirmiers INVESTPRO (Investir Ensemble pour les Professions des soins et de santé). Ce programme, validé par le Grand Conseil, s'étendra sur huit ans et interviendra dans le domaine de la promotion des professions, la formation des professionnels et la fidélisation de ces derniers.

3.4.2 La relève médicale

Dans le contexte général de pénurie de personnel décrit ci-dessus, se pose plus spécifiquement le problème de la relève médicale. La relève médicale est un processus par lequel de nouveaux professionnels prennent la relève des générations précédentes. Cela concerne la formation de nouveaux médecins dans l'ensemble des disciplines nécessaires à la prise en charge des pathologies de la population. Plusieurs spécialités médicales sont particulièrement touchées, notamment pour les secteurs de la médecine générale, de la gériatrie et de la pédiatrie. Afin de garantir une relève médicale et soignante, il est indispensable que les hôpitaux soient des centres formateurs. L'enjeu est colossal. En ce sens, le CHUV assure la grande partie de cette formation médicale. Néanmoins, la totalité des hôpitaux régionaux participent activement à la formation médicale.

Les différentes disciplines médicales hospitalières œuvrent déjà à organiser leur relève, toutefois une gestion coordonnée de la relève entre les besoins hospitaliers et communautaires s'avère indispensable. En ce sens, le projet des cantons romands REFORMER a, entre autres, pour objectif de « calibrer » le nombre de médecins en formation selon le nombre de médecins nécessaires au système de santé (hospitalier et communautaire) selon les disciplines et spécialités.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat relève que les hôpitaux formateurs bénéficient de soutiens financiers importants depuis plusieurs décennies afin de reconnaître les efforts collectifs nécessaires à la relève médicale. Le Canton soutient également plusieurs programmes de formation postgraduée pour inciter les jeunes médecins à se lancer dans des filières moins attractives, notamment la médecine générale, mais hautement nécessaire aux besoins.

3.4.3 Le financement des hôpitaux

L'ensemble des hôpitaux suisses sont soumis depuis plusieurs années à une pression financière notamment liée aux tarifs hospitaliers relatifs à l'AOS pour le stationnaire et aux tarifs ambulatoires. Cette pression concerne aussi bien les hôpitaux universitaires que les hôpitaux régionaux qui traitent majoritairement des patients sans couverture asséculologique privée ou semi-privée (plus rémunératrices). A titre d'illustration, dans notre canton en 2023, seuls 4 hôpitaux sur 13 (Pôles santé et groupe CHUV¹ compris) sont parvenus à un résultat financier équilibré. Cette pression financière implique une optimisation constante des effectifs par rapport à la charge de travail, impactant inévitablement les problèmes de la pénurie du personnel et de la relève médicale. Les recherches d'efficacité concernent également les coûts liés aux biens et services médicaux (matériel de soins) ainsi qu'aux infrastructures.

Ces dernières années, les hôpitaux régionaux vaudois ainsi que le CHUV ont démontrés leurs efforts à optimiser leurs coûts de production et la recherche de gain d'efficacité. Néanmoins et malgré ces efforts, les hôpitaux constatent qu'ils ne parviennent pas à dégager une capacité d'investissement suffisante pour faire face aux besoins en infrastructures. En effet, le Conseil d'Etat constate que, comme relevé dans le Programme pluriannuel des investissements 2023 – 2027 (PPI) des hôpitaux de la FHV, bon nombre d'établissements hospitaliers nécessitent une rénovation complète de leurs bâtiments. Effectivement, une grande partie du parc immobilier hospitalier vaudois date des années 1990. En outre, du point de vue informatique, le logiciel actuel utilisé comme dossier patient informatisé (DPI) par la quasi-totalité des hôpitaux reconnus d'intérêt public et le CHUV devra être remplacé en 2027. Le coût de mise en application d'un nouveau logiciel de DPI représente également un investissement conséquent pour les hôpitaux, malgré les gains d'efficacité escomptés dès que celui-ci sera mis en œuvre.

¹ Le groupe CHUV est constitué du CHUV et de l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin qui lui est affilié.

3.4.4 *Vieillessement de la population et démographie*

Le Conseil d'Etat salue les avancées sanitaires et des autres domaines de la société qui permettent le prolongement de la vie. Cependant, le phénomène de vieillissement de la population sur la démographie a un impact sur les prises en charge. En effet, le cumul de maladies chroniques chez une même personne complexifie les prises en charge et le retour à domicile. Ce phénomène d'amplitude internationale n'a fait que croître ces dernières décennies et implique l'évolution de la prise en charge médico-soignante. Celle-ci se réalise au travers de projets de développements pluridisciplinaires et d'innovations technologiques, lesquels dépendent notamment de compétences spécifiques et interdisciplinaires ainsi que de la marge financière des hôpitaux.

Le Conseil d'Etat tient à rappeler et salue le fait que malgré les pressions relevées ci-dessus, les hôpitaux vaudois ont démontré leur capacité à maintenir la qualité et la sécurité des soins ainsi que la confiance de la population.

4 PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES PATIENTS DE LA REGION LAUSANNOISE

Après avoir décrit le contexte général dans lequel évoluent les hôpitaux vaudois, le présent chapitre a pour objectif de décrire la situation du flux des hospitalisations au sein de la région lausannoise et l'organisation actuelle du dispositif hospitalier pour le prendre en charge. Le Conseil d'Etat précise que les données analysées sont issues des données 2023 de la statistique médicale des hôpitaux (StatMed) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'analyse porte sur les soins aigus et la réadaptation. Les accouchements, naissances et les séjours en psychiatrie ont été retirés.

L'Annexe 1 – Graphiques de flux de patients – du rapport présente les résultats de façon plus détaillée et sous forme de graphiques.

4.1 Flux de patients, par qui sont traités les patients de la région lausannoise ?

4.1.1 Provenance des patients du CHUV

L'analyse démontre que le CHUV remplit respectivement sa mission d'hôpital régional avec 61% des patients hospitalisés au CHUV qui proviennent de la région lausannoise et celle d'hôpital de dernier recours avec 24% de sa patientèle provenant du reste du canton. Il faut relever également que le CHUV traite également une part significative de patients provenant des autres cantons romands (12%). La multiplicité de typologies de provenances, selon les missions auxquels le CHUV répond, indique une mixité de types de prises en charge.

Concernant la mission de dernier recours du CHUV, les raisons d'admission des 24% de patients provenant du reste du canton (hors région lausannoise) ont été analysées, en particulier pour déterminer si ce rôle variait en fonction de l'origine géographique du patient. L'analyse démontre que l'hospitalisation des patients provenant du reste du canton le sont pour des raisons de compétences d'hôpital de dernier recours en mesure de prendre en charge la complexité des cas. A titre d'exemple, pour les chirurgies de haute technicité les patients provenant des 3 autres régions sanitaires du canton (hors Région Centre) représentaient, en 2023, des taux de 86% pour la chirurgie thoracique, 94% pour la neurochirurgie et 100% pour la transplantations d'organes.

Le Conseil d'Etat relève que l'attractivité cantonale du CHUV ne palie donc pas à une absence d'offre hospitalière pour les soins de bases dans les autres régions, mais relève bien de sa mission de dernier recours. Les analyses démontrent par ailleurs que chaque hôpital régional draine en grande majorité les patients de sa région spécifique.

4.1.2 Flux des patients de la région lausannoise

L'analyse sur les lieux d'hospitalisation des habitants de la région lausannoise selon leur secteur d'habitation permet de constater qu'au sein même de la région, les résidents de l'ouest lausannois s'orientent vers l'EHC. Les patients du centre de Lausanne vont en très grande majorité au CHUV. De manière moins marquée, les habitants du reste de la région lausannoise vont également majoritairement au CHUV, puis dans les autres hôpitaux du canton et dans les cliniques lausannoises.

Concernant le flux de patient dirigé vers les cliniques, la patientèle est principalement issue de la région lausannoise, bien que les cliniques prennent en charge des patients de l'ensemble du canton.

Ainsi, les patients AOS de la région lausannoise sont pris en charge à hauteur de 63 % au CHUV, 20 % dans les cliniques lausannoises (Cécil, Bois Cerf, La Source), 8 % à l'EHC, et 10 % dans d'autres établissements hospitaliers. Pour ces derniers, il s'agit d'établissements de soins aigus spécialisés dans le périmètre de la région lausannoise : l'Hôpital de Lavaux (soins palliatifs, gériatrie), l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin (ophtalmologie), la clinique Montchoisi (ophtalmologie) ou dans le reste du canton, par exemple à la Fondation Rive-Neuve (soins palliatifs).

4.1.3 Le flux de l'Ouest lausannois

Le Conseil d'Etat relève que si l'EHC répond bien aux besoins de sa région sanitaire spécifique (voir point 4.1.1), il draine également presque un quart des patients de l'Ouest lausannois. En effet, les habitants de la commune d'Echandens s'orientent majoritairement vers l'EHC et une grande partie des communes de Bussigny et d'Ecublens s'orientent également vers l'EHC. Les patients de Renens s'orientent eux vers le CHUV. La typologie des patients de l'Ouest lausannois pris en charge par l'EHC recoupe de multiples disciplines médicales (orthopédie, gynécologie, rhumatologie, urologie, etc.). Ceci indique que l'EHC répond en partie aux besoins d'hospitalisation de base de la région lausannoise et influence ainsi le flux général des patients de la région lausannoise.

4.2 Pertinence du modèle hospitalier lausannois actuel

L'actuel modèle hospitalier lausannois se caractérise par le fait d'avoir un hôpital principal qui soit à la fois universitaire et réponde en grande partie au besoin d'hospitalisations de la Région Centre. Comme relevé plus haut, les patients lausannois sont également dirigés vers les cliniques lausannoises ainsi que sur l'EHC. Ci-dessous sont décrits les éléments relevant la pertinence du modèle actuel réparti sur 6 établissements hospitaliers traitants des patients somatiques aigus AOS sans assurance privée ou semi-privée (CHUV, Cliniques de La Source, Cécil, Bois-Cerf, Montchoisi et l'EHC).

L'analyse débute par un focus sur une description de l'organisation du CHUV pour ensuite décrire l'ensemble des acteurs de la région lausannoise.

4.2.1 Organisation clinique du CHUV

Le Conseil d'Etat tient à rappeler que le CHUV, chaque année et sur l'ensemble de ses missions, exploite 1500 lits (incluant la psychiatrie) et traite 54'000 patients hospitalisés. De plus, il accueille 80'000 patients en urgences ambulatoires, dont 26'000 patients pédiatriques (-18 ans). Pour mener à bien ses activités, l'établissement emploie près de 12'700 collaborateurs (2023). Réparti sur l'ensemble du canton, le CHUV gère un parc immobilier composé d'un peu plus de 160 bâtiments.

L'organisation clinique du CHUV s'articule autour de 12 départements médico-techniques (Médecine, Chirurgie, Femme-Mère-Enfant, Oncologie, etc.), regroupant un total de 56 services cliniques spécialisés. Ces services, en plus de traiter des patients sans complications majeures, offrent des prestations spécialisées, voire hautement spécialisées, pour des cas complexes. Ci-dessous deux exemples :

- Le service de néonatalogie gère entre 3000 et 3300 naissances par an. Il a entre autres pour mission de prendre en charge les bébés prématurés nés avant 32 semaines ou présentant des complications, pour l'ensemble du canton et une partie de la Romandie. Ce service accueille également les transferts de nouveau-nés présentant des complications, en provenance des maternités des hôpitaux régionaux.

- Le service de neurologie, quant à lui, joue le rôle de Stroke Center¹ pour le canton. Il assure en permanence la prise en charge des patients victimes d'AVC sévères, qui ne peuvent être traités dans les hôpitaux régionaux. Ces patients arrivent soit directement, soit par transfert d'un autre établissement.

4.2.2 *Le rôle central de la mixité des cas traités au CHUV*

Pour garantir leurs missions cliniques, de formation et de recherche, les services du CHUV doivent traiter un nombre suffisant de patients. Une combinaison équilibrée de cas simples et complexes est essentielle au fonctionnement optimal des services cliniques.

Si les services se consacraient exclusivement à des cas complexes, le bassin de population du Canton de Vaud serait insuffisant pour garantir leur viabilité économique et le maintien des compétences spécialisées des professionnels.

Par ailleurs, la distinction entre cas simples et complexes n'est pas évidente à faire. La majorité des hospitalisations concernent des patients âgés, souvent atteints de plusieurs pathologies (polymorbidités) dont certaines chroniques. Ces dernières n'entraînent pas systématiquement une complexité accrue, sauf en cas de déstabilisation ou d'interaction avec la cause de l'hospitalisation. Un patient initialement pris en charge pour un problème simple peut, en cours d'hospitalisation, devenir complexe en raison de l'évolution de son état ou de ses comorbidités. Cette dynamique nécessite une approche interdisciplinaire, impliquant différents spécialistes. L'efficacité de cette interdisciplinarité repose sur :

- une connaissance réciproque des compétences de chaque spécialité ;
- l'établissement de procédures claires pour la transmission des informations ;
- une relation de confiance entre les équipes.

Ces éléments deviennent encore plus cruciaux en cas de situations critiques ou urgentes.

4.2.3 *L'importance de l'organisation spatiale du CHUV*

L'organisation spatiale des infrastructures hospitalières joue un rôle clé dans le bon fonctionnement des services cliniques. Les espaces doivent être pensés en fonction des liens entre les services. Par exemple, le nouvel Hôpital des Enfants qui jouxte la maternité regroupe désormais la grande majorité des activités des cinq services du département Femme-Mère-Enfant, facilitant ainsi les interactions entre les disciplines.

De manière plus générale, les services médico-cliniques transversaux (urgences, imageries médicales, blocs opératoires, etc.) doivent être physiquement situés de manière stratégique et centrale. Cela garantit un flux de patients sécurisé, qu'ils proviennent des urgences ou des unités d'hospitalisation.

Le CHUV centralise ses activités somatiques spécialisées autour du bâtiment hospitalier (BH) de la rue du Bugnon et, plus largement, sur l'ensemble du site de la Cité hospitalière. Cette centralisation renforce l'interdisciplinarité, l'efficacité des soins et la sécurisation des prises en charge.

4.2.4 *Maillage hospitalier de l'agglomération lausannoise – réponse aux besoins actuels*

4.2.4.1 *Besoins de soins aigus stationnaires*

La répartition des hospitalisations de soins aigus entre le CHUV, l'EHC et les cliniques démontre que les besoins hospitaliers de la Région Centre sont couverts et qu'il n'y a pas de « débordement » de patients vers les autres régions sanitaires du canton pour les prestations présentes dans la Région Centre.

¹ Une unité Stroke Center (SC) comprend une Stroke Unit (SU) et élargit le concept de SU à des prestations structurales, neuroradiologiques et neurochirurgicales spécialisées. Les prestations sont toutes fournies sur un seul site. L'unité Stroke Center du CHUV répond pour l'ensemble du canton. Une unité SU est une unité de soins localement circonscrite et fonctionnellement homogène d'un hôpital, conçue pour prendre en charge les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Elle dispose de postes de traitement monitorisés et non-monitorisés.

A noter que pour la réadaptation les choses sont différentes. En effet, le flux présente un rayonnement sur l'ensemble du canton car la Région Centre ne dispose pas de toutes les spécialités. Par exemple, l'Institution Lavigny offre la grande partie des hospitalisations de réadaptation pour les patients neuro-lésés.

4.2.4.2 Besoins des urgences ambulatoires hospitalières

Les hôpitaux et cliniques répondent aux besoins d'urgences ambulatoires hospitalières. Le Conseil d'Etat précise que les services d'urgence hospitaliers se distinguent des permanences et des cabinets médicaux par le fait qu'ils sont ouverts 24/24 et 7/7 et offrent une prise en charge pour des patients plus gravement atteints. En effet, les structures hospitalières disposent du plateau technique pour répondre aux besoins d'équipements diagnostiques complexe (scanner, IRM, etc.), ainsi que pour des interventions d'urgences, y compris chirurgicales. En 2023, sur les plus de 90'000 consultations d'urgences ambulatoires (adultes, pédiatrie, psychiatrie) de patients résidants à Lausanne et réalisées sur un site hospitalier de la région lausannoise, le CHUV absorbe environ les deux tiers des urgences adultes, les cliniques et l'EHC absorbent le tiers restant¹. A noter que le CHUV traite le 90% des urgences pédiatriques (-18 ans).

4.2.4.3 Collaborations

Les collaborations entre le CHUV et l'ensemble des établissements hospitaliers vaudois (plus de 80 conventions de collaboration) sont déterminantes afin de ne pas saturer l'activité du CHUV, notamment en maintenant les patients dans leur région. En effet, la mise à disposition de médecins spécialisés par le CHUV, permet de réaliser des opérations dans les établissements et de ne pas faire affluer les patients vers le CHUV. Ces partenariats servent également à renforcer un retour sur l'hôpital régional lorsque le patient a néanmoins dû bénéficier du plateau technique du CHUV.

Par ailleurs, l'objectif de ces partenariats est d'assurer le développement de protocoles de traitements communs, et la prise en charge de patients dans des domaines spécialisés, de manière décentralisée, pour des traitements qui ne nécessitent pas le plateau technique du CHUV. Le CHUV forme en grande partie le personnel médico-soignant des hôpitaux régionaux ; il assure en particulier la relève médicale pour ces établissements, et forme des médecins qui participent ensuite à leur tour à la formation post-graduée des jeunes diplômés.

Ces partenariats décentralisent et fluidifient la prise en charge des patients selon la sévérité ou la nature des soins et traitements requis. Par ailleurs, ils assurent aux patients une qualité de prise en soin similaire à celle de l'hôpital universitaire et adaptée à leurs besoins. De plus, ces partenariats permettent de mettre en place des cycles de formations médicales complémentaires entre les hôpitaux régionaux et le CHUV.

Pour la Région Centre, la collaboration entre, d'une part, le CHUV et, d'autre part, les cliniques et l'EHC est formalisée par de nombreuses conventions (environ 30). Ces conventions traitent principalement de collaborations dans certains domaines (soins intensifs, chirurgicaux, oncologie, etc.) et de mise à disposition de personnel ou de salles d'intervention. Face à la quantité de prises en charge nécessaires, ces collaborations permettent d'optimiser leurs traitements par la mobilité des compétences sur des sites d'interventions multiples. De plus, elles permettent l'organisation de flux entre établissements selon des protocoles prédéfinis.

4.2.4.4 Besoins actuels et taille critique des établissements

Le Conseil d'Etat tient à souligner le fait que la répartition des besoins de la région lausannoise sur 5 établissements hospitaliers permet à priori un volume suffisant de patients pour assurer la viabilité financière de ces derniers. Les déficits de ces dernières années du CHUV sont dus à d'autres facteurs que celui du nombre de patients. Le plan Impulsion en cours a ainsi mis en œuvre des mesures d'optimisation et d'efficience interne à l'institution.

¹ Les données de La Source n'ont pas pu être exploitées.

4.2.4.5 Masse critique de patients du CHUV essentielle aux rôles d'hôpital de dernier recours et d'hôpital formateur

Comme déjà mentionné, le CHUV a besoin d'une certaine masse critique de patients, dans toutes les disciplines et quelles que soient les prises en charge auxquelles les services doivent avoir recours ceci pour deux raisons principales. En premier lieu il est nécessaire d'avoir un volume suffisant de patients permettant de maintenir les compétences de toutes les équipes de garde et de piquet qui assument une permanence 7/7 jours et 24h/24, conformément au rôle d'hôpital de dernier recours du CHUV. En second lieu, compte tenu de son rôle d'établissement de formation, le CHUV doit avoir suffisamment de patients pour former les futurs spécialistes dans toutes les disciplines médicales.

Compte tenu du bassin de recrutement de patient nécessitant des soins tertiaires et de la présence de cinq hôpitaux universitaires en Suisse, dont deux en Suisse romande, la concentration du CHUV sur ces seules activités tertiaires lui ferait perdre un nombre considérable de patients, rendant difficile le maintien de son rôle d'hôpital de dernier recours et de celui d'hôpital formateur.

4.2.5 Organisation spatiale, interdisciplinarité et services hautement spécialisés du CHUV

Bien que perfectible, l'organisation spatiale actuelle du CHUV lui permet de répondre au nombre important de prises en charge qui lui sont adressées. L'organisation spatiale du CHUV se caractérise par une centralisation des activités hautement spécialisées autour d'un plateau médico-technique sur le site de la Cité hospitalière facilement accessible (point 4.2.2). Cette organisation permet d'assurer un traitement optimal des situations complexes nécessitant des compétences hautement spécialisées et des prises en charge faite sur des modalités interdisciplinaires.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat souhaite relever que la satisfaction des patients hospitalisés en soins somatique du CHUV est bonne. Selon l'évaluation nationale ANQ, elle s'élevait en 2023 à 4.2/5 pour les adultes et 8.6/10 pour la pédiatrie. En 2022, pour la réadaptation le CHUV avait un score de 4/5.

4.3 Limites du modèle actuel

En regard des avantages que présente l'organisation du système actuel et décrits au point précédent, il faut tenir compte de plusieurs limites à ce dernier.

4.3.1 La grandeur du CHUV

S'il est indispensable que le CHUV atteigne la taille critique nécessaire à ses missions, il est indéniable que dans le même temps il doit être organisé dans une logique de grande entreprise (plus de 12'000 collaboratrices et collaborateurs). Du fait de sa taille, le CHUV doit établir des processus de gestion interne efficaces afin d'éviter tout excès de bureaucratisation et des modalités de gouvernance décentralisée pour permettre l'implémentation de la stratégie institutionnelle et assurer la réactivité aux changements. La taille de l'institution peut contribuer à une perte d'efficacité par un ralentissement des processus décisionnels. Le CHUV veille à ce bon fonctionnement et le plan Impulsion développe des mesures spécifiques à l'amélioration de l'efficacité.

4.3.2 Infrastructure du bâtiment hospitalier (BH)

L'essentiel de l'activité des hospitalisation somatiques aigues est réalisé sur la cité hospitalière et principalement sur le site du BH. Le bâtiment a été inauguré en 1982, il y a plus de 40 ans. Bien qu'il remplisse adéquatement sa fonction, il nécessite constamment de travaux de rénovation et de modernisation pour répondre à l'évolution des besoins et standards cliniques.

Par ailleurs, au vu de la date de sa construction la question de la potentielle obsolescence du BH est posée. Pour y répondre, la direction du CHUV va entreprendre dans les cinq années à venir des analyses d'ingénieries poussées afin d'étudier l'option d'une rénovation en profondeur du bâtiment. Cette option permettrait, entre autres, de répondre aux enjeux de développement durable et de continuité d'exploitation. Une autre option serait la démolition et la reconstruction du bâtiment. Enfin, une autre option envisageable est celle de la délocalisation et relocalisation de la cité hospitalière sur une autre parcelle géographique.

4.3.3 Coûts de production du CHUV pour des patients de ville

Les règles de financement prévoient des négociations tarifaires selon les coûts de production de l'activité. Le coût de production est majoré du fait que le CHUV est un hôpital universitaire. En d'autres termes, le CHUV peut négocier avec les assureurs un tarif plus élevé qu'un hôpital non universitaire (en 2025, le base rate du point DRG (valeur des assureurs plus représentatifs) est de CHF 11'100.- au CHUV vs de CHF 9'914.- dans les hôpitaux régionaux de la FHV ou CHF 9'825/50.- dans une clinique privée). Concrètement, cela signifie qu'une hospitalisation faite au CHUV sera de facto facturée plus chère que dans un autre établissement hospitalier du canton, indépendamment du fait que la prise en charge ait nécessité des soins spécialisés ou non. Par ailleurs, le fait que le CHUV réalise simultanément de multiples missions (voir point 2.1.2 et 2.1.3) complexifie fortement le calcul des coûts de production selon une mission donnée.

4.3.4 L'excellente réputation du CHUV génère une attractivité importante

Le phénomène d'attractivité des urgences hospitalière d'un hôpital universitaire est un phénomène connu dans la littérature. En effet, une partie de la population, notamment issue d'autres systèmes de santé, identifie ce type de service d'urgence comme étant l'unique réponse à leur problème de santé afin de leur garantir le sentiment de sécurité attendu. La majeure partie des urgences traitées au CHUV sont de niveaux 5/5 et 4/5 (les moins graves) et ne nécessitent pas le plateau technique du CHUV. Cet afflux de patientèle contribue à la congestion des urgences lors de survenues de pics viraux et/ou lors des vacances scolaires (en raison de l'absence des médecins traitants des patients) alors que cette patientèle pourrait être prise en charge adéquatement et souvent dans un meilleur délai dans un autre centre d'urgence. En effet, le travail de tri des urgences consiste notamment à prioriser la prise en charge selon le degré de gravité, par conséquent les niveaux moins graves attendent plus longtemps.

4.3.5 Limites du maillage hospitalier lausannois, modalité d'accueil de patientèle différentes

Comme évoqué plus haut, le CHUV cumulant plusieurs missions, dont celle d'hôpital de dernier recours, accepte l'ensemble des patients qui lui sont présentés. Hors contexte de catastrophe ou de crise sanitaire majeure, le CHUV assure ainsi la garantie d'une prise en charge de tous les citoyens du canton ou personnes de passage sur le territoire et ce, quel que soit leur état de santé, leurs conditions asséculo-logiques ou leur statut social. Les cliniques privées ne sont pas soumises à cette exigence et auront la capacité de prendre en charge uniquement des patients répondant précisément à leurs mandats et conditions d'admission. Dans un souci d'efficacité et dans la limite de leurs compétences, les établissements privés doivent réorienter les patients ne répondant pas à leurs compétences sur le CHUV. Ces missions différentes entre le CHUV et les cliniques nuancent l'analyse d'une distribution des patients lausannois entre ces deux types d'établissements. Le type de patientèle n'est pas identiques entre le CHUV et les cliniques, le CHUV admettant des patients plus complexes (sur différents niveaux) et financièrement plus difficile à valoriser.

5 VERS UN AUTRE MODELE ?

Après avoir décrit les flux de patients et l'organisation actuelle du dispositif hospitalier lausannois, ce chapitre a pour objectif de décrire et d'étayer la réflexion pour un éventuel autre modèle d'organisation du dispositif hospitalier de la Région Centre.

5.1 Et ailleurs ? Organisation des cantons avec un hôpital universitaire

En préambule à ce point, le Conseil d'Etat propose de mettre en lumière différentes réalités existantes dans les autres cantons.

La Suisse compte cinq hôpitaux universitaires, chacun rattaché à une faculté de médecine de son canton. En plus du CHUV, les autres hôpitaux universitaires sont les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), l'hôpital de l'Île (Inselspital) à Berne, l'Hôpital Universitaire de Bâle (USB) et l'Hôpital Universitaire de Zürich (USZ).

Afin d'analyser la position et les spécificités du CHUV au sein du système hospitalier vaudois, il convient de comparer son organisation avec celle des autres hôpitaux universitaires, tout en tenant compte des particularités des cantons concernés. Par ailleurs, le Conseil d'Etat note que le CHUV est le seul hôpital universitaire à être un service à part entière de l'Etat. En effet, il est directement intégré à l'administration du canton, ce qui signifie qu'il ne fonctionne pas comme une entité indépendante, contrairement aux autres hôpitaux universitaires. Les autres hôpitaux universitaires, comme les HUG (Genève) ou l'Inselspital (Berne), sont souvent gérés sous forme de fondations ou d'entités semi-autonomes. Cette structure étatique au CHUV peut influencer ses décisions stratégiques et son financement, étant davantage lié aux politiques cantonales.

5.1.1 Analyse des modèles déployés dans les autres cantons

En examinant les modèles d'organisation des hôpitaux universitaires et des infrastructures de santé dans les cantons suisses, plusieurs enseignements peuvent être tirés.

Tout d'abord, le cas de la Ville de Genève montre qu'un hôpital universitaire centralisé peut jouer un rôle polyvalent, remplissant à la fois les missions d'un hôpital de ville et celles d'un centre de référence universitaire, comme c'est également le cas du CHUV. Le modèle genevois repose sur une forte complémentarité avec des cliniques privées, ce qui reflète une planification adaptée à la densité démographique élevée, avec plus de 500'000 habitants pour 280 km² (pour le Canton de Vaud : 820'000 habitants pour 3200 km²), et à l'homogénéité territoriale.

Bâle, avec sa structure hospitalière décentralisée mais coordonnée, illustre un autre modèle où l'hôpital universitaire s'intègre dans une planification intercantonale. Les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne ont chacun un bassin de population relativement modeste (environ 200'000 habitants pour Bâle-Ville et 300'000 pour Bâle-Campagne) favorisant ainsi les synergies intercantionales entre les prestataires. Concernant plus spécifiquement l'Hôpital Universitaire de Bâle et son environnement urbain, il est situé au cœur de la ville et reste le principal établissement hospitalier public mais avec des partenariats auprès d'infrastructures privées.

Le modèle du Canton de Zurich doit répondre aux besoins d'un bassin d'environ 1,54 million d'habitants, dont 440'000 dans la Ville de Zurich. Le modèle, combinant un hôpital universitaire (USZ) et un hôpital municipal, le Stadtspital Zürich avec ses deux sites Waid et Triemli, reflète des besoins historiques et démographiques propres à Zürich. La création de cet hôpital municipal a répondu à une pénurie de lits et à des défis logistiques. Ces derniers étaient liés à la répartition inégale des infrastructures hospitalières dans un canton dont la population est presque deux fois supérieure à celle du Canton de Vaud et fortement concentrée dans l'agglomération zurichoise. En plus d'assurer des soins de proximité et des urgences locales, le Stadtspital de Zürich participe également à des activités universitaires, comme en témoigne la création en 2024 d'un centre universitaire de médecine gériatrique au Waid en collaboration avec l'USZ. Cette dimension académique nécessite une coordination renforcée entre les différents établissements afin d'éviter les redondances, d'assurer une complémentarité des missions et de garantir une gestion optimale des ressources tout en répondant aux exigences de la formation et de la recherche médicale.

Le Canton de Berne, qui compte un million d'habitants répartis sur un territoire vaste et diversifié, a choisi de centraliser les soins complexes à l'Inselspital, hôpital universitaire, tout en s'appuyant sur un réseau d'hôpitaux régionaux (« périphériques ») pour les soins de proximité. Cette stratégie s'est accompagnée de la fermeture de trois anciens hôpitaux « périphériques » situés dans ou à proximité de la Ville de Berne, le Tiefenauhospital, le Spital Münsingen et le Zieglerspital, et l'extension de l'Inselspital par la construction d'un nouveau bâtiment l'Anna-Seiler-Haus en 2023 (CHF 670 millions). L'Anna-Seiler-Haus est exploité par l'Inselspital qui y réalise des prestations spécialisées telle une Stroke Unit par exemple. Par ailleurs, l'Anna-Seiler-Haus accueille le département Insel Premium, qui propose 76 lits destinés aux patients assurés en privé ou semi-privé.

Le Conseil d'Etat relève que les développements de ces différents modèles sont le fruit de contextes historiques spécifiques et répondent à une densité de population et des problématiques de systèmes de santé différents. L'analyse ne laisse pas apparaître un modèle impliquant la mise sur pied d'un hôpital de ville indépendant et à proximité d'un hôpital universitaire. En ce sens, la réplique d'un modèle existant ne s'avère pas pertinente. Néanmoins, le Conseil d'Etat relève une constante des politiques

sanitaires cantonales dans la recherche d'un regroupement des activités sur un nombre plus restreint d'établissements et la complémentarité inter-institutionnelle.

5.1.2 Organisation dans les autres pays

Une tentative d'appréciation d'autres modèles mis en place dans des villes européennes a été tentée dans le cadre de ce rapport mais il s'est rapidement avéré que les comparaisons n'étaient pas suffisamment robustes. En effet, la démographie, les systèmes de santé et de financement étant notablement différents pour l'ensemble des pays analysés, il s'est avéré préférable de ne pas émettre de comparaison.

5.2 Réflexions sur la création d'un nouvel hôpital de ville à Lausanne

Au vu des précédentes réflexions et pour répondre à la question de savoir si la région lausannoise aurait besoin d'un hôpital de ville, il est indispensable de comprendre à quels besoins cet établissement répondrait. Pour ce faire, une modélisation des besoins ainsi qu'une modélisation de la structure de cet hôpital s'avèrent nécessaires. Le Conseil d'Etat précise que les éléments ci-dessous sont théoriques et ne font pas partie d'un agenda initié avec l'un ou l'autre des établissements concernés.

5.2.1 Modélisation des infrastructures hospitalières

5.2.1.1 Capacité des infrastructures hospitalières actuelles

Dans le cadre de la planification hospitalière somatique de 2024, le Conseil d'Etat a réalisé un état des lieux sur la couverture des besoins en matière de prestations médicales par régions. Il faut relever que dans le processus d'appel d'offre, les établissements hospitaliers, en plus de leur postulation sur des types de prestations, ont indiqué le volume de cas qu'ils s'engageaient à prendre en charge. Comme indiqué plus haut (point 3.1.5), la planification hospitalière 2024 assure la couverture des besoins pour la Région Centre dans les années à venir (point 3.2).

5.2.1.2 Capacité des infrastructures hospitalières futures

La construction d'un établissement hospitalier est un long processus d'au moins 20 ans. La création de l'Hôpital Riviera-Chablais sur le site de Rennaz en est l'illustration. Envisager aujourd'hui la création d'un hôpital de ville nécessiterait, pour évaluer son dimensionnement, de connaître le nombre de lits supplémentaires et nécessaires à la région lausannoise en 2045. Du point de vue de la projection des besoins, il est possible d'avoir une estimation approximative du nombre de cas à traiter dans les 15 ans. En effet, les travaux statistiques de l'OBSAN, aguerri aux exercices des planifications hospitalières, permettent cette estimation. Néanmoins, en principe l'OBSAN ne va pas au-delà de 15 ans estimant les variables démographiques trop importantes. Si la projection des besoins semble être envisageable le calcul du nombre de lits pour répondre à ce besoin estimé est quant à lui particulièrement complexe.

Pour la Région Centre, selon une approche théorique, à considérer avec grande précaution, qui prend en compte les prévisions de croissance démographique, il faudrait potentiellement plus de 140 lits supplémentaires (toutes disciplines confondues) en 2040. Cette augmentation du nombre de lits s'explique notamment par une augmentation du nombre de lits nécessaires pour les classes d'âge les plus âgées induit par le vieillissement de la population.

Comme évoqué plus haut, si la projection du nombre de cas à traiter est robuste, l'estimation du nombre de lits est beaucoup plus complexe. En effet, les capacités hospitalières devront correspondre au nombre de cas à traiter estimés mais les moyens pour traiter ces cas évoluent constamment. De ce fait, l'estimation des besoins en matière de capacité hospitalière (nombre de lits) repose sur plusieurs facteurs, dont principalement : évolution des durées moyennes de séjours, complexités des cas, vieillissement de la population, innovations technologiques réduisant les hospitalisations, survenue de nouvelles maladies, collaboration interprofessionnelle et nouveaux modèles d'organisation des soins, effets de la prévention, innovations en matière des moyens diagnostiques, amélioration du dépistage, changement de modèle tarifaire, développement des soins à domicile, etc. Ces facteurs font que la

courbe d'évolution du nombre de lits n'est pas parallèle à la courbe d'évolution du nombre de cas à traiter¹.

En définitive, il est actuellement difficile de pouvoir évaluer par une approche théorique un chiffre sur le besoin de lits supplémentaires de la région lausannoise en 2040. Les 140 lits évoqués ne peuvent être considérés comme tels. Une approche empirique semble plus pertinente pour réaliser cette estimation (voir point 6.1.2).

5.2.2 Taille critique d'un nouvel établissement

L'estimation du besoin de lits supplémentaires futurs est cruciale. Cette dernière permettra d'orienter la réflexion soit vers un agrandissement des infrastructures actuellement disponibles soit vers la création d'une nouvelle infrastructure. Le facteur déterminant pour déterminer quelle approche retenir pourrait être la taille critique nécessaire à un établissement hospitalier. La détermination de la taille critique qui permette une viabilité financière (pour une patientèle majoritairement AOS) dépendra du type de disciplines qui y seront déployées et de leur plateau technique, équipements lourds compris, qui le composeront. A première vue, il semble difficile d'imaginer une nouvelle structure en dessous de 150 ou 200 lits² de soins aigus mixée ou non avec des soins de réadaptation.

5.2.3 Typologie des prestations

Par ailleurs, il s'agit d'identifier de façon générale le panel de prestations que cet hôpital devrait assurer. Considérant qu'un hôpital de ville est un hôpital non universitaire desservant un bassin de population urbaine, il est possible d'identifier ses missions générales. Cette identification s'appuie sur les besoins actuels du système de santé. Sans être exhaustives les missions peuvent se décrire comme suit :

- offre de soins publics, c'est-à-dire accessible à tout type de populations socio-économiques ;
- soins d'urgences hospitalières ambulatoires ;
- soins somatiques aigus (adulte) en médecine interne, chirurgie et gériatrie, voire soins en réadaptation.

Les missions devront être réalisées dans une logique forte de coordination des soins afin de favoriser les prises en charge par filière avec l'ensemble des partenaires du système de santé, hospitalier ou communautaire. De plus, les prises en charge devront permettre une approche pluridisciplinaire afin d'assurer les dimensions de santé mentale et de gériatrie.

5.2.4 Le CHUV crée un hôpital de ville

D'un point de vue théorique, deux modèles organisationnels seraient envisageables. Le premier serait la création d'une structure « autonome » rattachée au groupe CHUV mais possédant un propre numéro RCC³ et assurant un panel complet de prestations de bases (urgences, médecine et chirurgie). Le deuxième, serait le regroupement d'activités spécifiques (urgences, médecine, gériatrie ...), rattachées formellement au CHUV, par exemple par la création d'un nouveau département.

5.2.4.1 Structure autonome

Avantages

L'Etat crée un hôpital de ville sous la forme d'un établissement de droit public, c'est-à-dire qu'il serait rattaché au groupe CHUV, inspiré du modèle de l'Inselspital ou de l'UHZ. Dans la mesure du possible, le modèle administratif devrait viser le fait qu'il puisse facturer des prestations sous un RCC autre que

¹ Ces éléments sont corroborés par l'analyse des indicateurs suivants. Le taux de lits par habitant était de 2.85/1'000 habitants en 2014 et de 2.6/1'000 en 2023. Cette diminution de taux peut s'expliquer entre autres par la diminution de la durée moyenne de séjours (DMS). Cette dernière était de 6.01 jours en 2014 et 5.56 en 2023. Selon les disciplines la diminution a été très importante. A titre d'exemple la DMS des patients de médecine interne du CHUV était de plus de 11 jours en 2011 et elle se situe à un peu plus de 7 jours en 2023. Par contre, le nombre d'hospitalisations (séjours) par habitant est resté stable : 124 pour 1'000 habitants en 2014 et en 2023 et ce malgré l'augmentation de la complexité des cas liée au vieillissement de la population évoqué plus haut.

² Par exemple, voir l'article de PWC, 2020 sur une modélisation d'organisation hospitalière en Suisse : https://www.pwc.ch/fr/publications/2020/ch_fr_pwc_etude_avenir_du_syst%c3%a8me_de_soins_suisse_web.pdf

³ Le registre des codes-créditeurs (RCC) octroie un numéro RCC que les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie doivent utiliser pour la facturation, le contrôle des factures, le paiement et les statistiques. Les numéros RCC servent à simplifier le décompte des prestations avec tous les assureurs-maladie.

celui du CHUV et, par conséquent, facturer un tarif non universitaire. Cette solution permettrait d'avoir un calibrage des coûts de production avec les prestations fournies selon le volume de patients. Cet hôpital pourrait assurer des missions de santé publique et de formation.

Désavantages

Le risque majeur serait une redondance d'offre de prestations avec le CHUV, les hôpitaux régionaux et les cliniques privées. De plus, la captation de patients pourrait influencer négativement le volume de patients nécessaire au CHUV (voir point 3.4.2). Par ailleurs, il faut relever que la mise en place d'une nouvelle structure de novo sera particulièrement longue pour trouver les investisseurs, définir et valider politiquement l'implication de l'Etat dans la gouvernance ainsi que recruter le personnel compétent. L'identification d'un site serait également un problème.

5.2.4.2 Nouveau département du CHUV

Avantages

La conduite d'un tel projet par la direction du CHUV permettrait, étant donné ses compétences avérées en matière de gestion hospitalière, une mise en place efficace et dans un délai raisonnable. Pour l'exploitation de cet établissement, qui de fait serait la création d'un département du CHUV sur un site dédié, l'établissement bénéficierait des infrastructures de support que le CHUV possède. En outre, du point de vue clinique et universitaire, pour les aspects de formation, le fait que l'établissement fasse partie intégrante du CHUV garantirait les synergies indispensables et n'affaiblirait pas les rôles de formation et de dernier recours du CHUV.

Désavantages

L'établissement facturerait les prestations au tarif CHUV et, par conséquent, n'élargirait pas l'offre de prestations au tarif non universitaire. De plus, cet établissement contribuerait encore à l'agrandissement de la structure CHUV, notamment dans ses services supports. Bien que les synergies cliniques soient assurées comme évoqué ci-dessus, le risque de redondance clinique, de garde et de formation sur plusieurs sites demeurerait possible. L'identification d'un site serait également un problème.

5.2.5 Création d'un hôpital de ville par des investisseurs non étatiques

La question d'une création d'un hôpital de ville par des investisseurs non étatiques, du type groupe de cliniques privées, une société privée ou une fondation peut être posée. Ceci en partant du principe que cette entité intégrerait les missions identifiées au point 5.2.3 (Typologie des prestations). Deux options de mise en œuvre pourraient être envisagées. La première, par l'arrivée d'un nouveau prestataire, la seconde par la transformation d'une clinique privée existante en hôpital de ville. Indifféremment pour ces deux options, le Conseil d'Etat relève les avantages et désavantages suivants.

Avantages

L'établissement facturerait à un tarif non universitaire. La taille de l'établissement pourrait par ailleurs permettre une bonne réactivité aux évolutions des besoins de la population.

Désavantages

La réalisation de la mission d'offre de soins publics au sens large serait en tension avec les exigences économiques de rentabilité pour une structure non étatique. Cet établissement pourrait orienter son offre de prestations vers des activités lucratives au détriment des besoins de la population en matière de patients complexes, redirigeant cette patientèle vers le CHUV.

5.3 Les limites d'un changement de modèle

Fort de l'ensemble des réflexions et constats relevés dans les points précédents, le Conseil d'Etat présente en synthèse les principales limites au changement de modèle. En effet, ce changement de modèle consisterait à ne plus reconnaître le CHUV comme l'hôpital de la région lausannoise. La formulation de ces limites est notamment construite par le contexte complexe et risqué dans lequel évolue les hôpitaux (point 3.4). Le Conseil d'Etat entend in fine garantir la pérennité de son dispositif hospitalier.

5.3.1 Le volume de patientèle nécessaire à l'accomplissement des rôles universitaire et de dernier recours du CHUV

La création d'un nouvel établissement hospitalier indépendant du CHUV amènerait à orienter une partie importante de la patientèle actuelle du CHUV vers cette structure. Etant donné la taille critique nécessaire à cet établissement (point 5.2.2), l'impact pour certains services du CHUV serait important, principalement pour la médecine interne et la chirurgie. Or, ces services formateurs ont une fonction capitale pour la relève médicale et soignante dans un contexte de pénurie de personnel. Il serait certes envisageable d'établir des collaborations en matière de formation, mais ces dernières compliqueraient le fonctionnement actuel par une organisation sur deux sites principaux. Par ailleurs, l'organisation actuelle des gardes médicales spécialisées reposant sur un dimensionnement d'unités suffisamment grandes serait probablement perturbée, risquant de doubler certaines gardes dans un contexte déjà difficile en matière de disponibilité de médecins cadres hospitalier. Pouvoir disposer de gardes médicales robustes qui reposent sur une équipe médicale conséquente est nécessaire pour assurer la mission d'hôpital de dernier recours.

De plus, l'atteinte d'un volume de patients étant essentielle au fonctionnement d'une structure hospitalière, la démultiplication de prestataires dans une région donnée représente le risque d'induire « artificiellement » un volume d'activité supplémentaire. Il s'agirait d'une suroffre par rapport à une couverture des besoins avérés.

5.3.2 Attractivité, mobilité et concurrence du personnel de santé

Le contexte de pénurie de personnel induit déjà actuellement une concurrence entre établissements hospitaliers en matière d'attractivité du personnel de santé qualifié. Cela est particulièrement fort pour le personnel infirmier. A noter qu'il existe différents modèles de conditions de travail entre les hôpitaux parapublics et les acteurs privés. Les rémunérations sont également variables selon les établissements. Par ailleurs, les difficultés se rencontrent aussi pour les médecins cadres avec une forte attractivité des milieux privés offrant des rémunérations notablement supérieures et des conditions de travail non soumis aux gardes hospitalières. L'arrivée d'un nouvel acteur privé pourrait encore tendre le système. Soit par le fait qu'il aurait de la difficulté à recruter du personnel infirmier, plutôt attiré par les conditions du CHUV, soit par le fait qu'il capterait des ressources médicales seniors du CHUV. Sans compter sur le fait que les questions d'attractivité existent aussi entre cliniques privées.

5.3.3 Investissement financier conséquent et localisation du site

L'exemple de l'HRC avec la création de novo d'une infrastructure hospitalière représentait environ un coût final de CHF 360 millions pour une structure de près de 300 lits (site soins aigus de Rennaz). L'hôpital de ville aurait probablement une taille plus petite mais nécessiterait un investissement conséquent. L'investissement d'un tel montant impliquerait une exploitation optimale mettant de la pression sur la recherche de prestations financièrement bien valorisées au détriment des missions identifiées au point 5.2.3. Par ailleurs, comme présenté plus haut, la localisation de l'établissement dans l'agglomération est stratégique en matière d'accessibilité et d'attractivité. La recherche et l'obtention d'un site s'avère une démarche potentiellement longue selon la taille de la future infrastructure hospitalière.

5.3.4 Pérennité des établissements

La répartition actuelle des prises en charge qui s'opère entre le CHUV, l'EHC et les cliniques (point 4.1.2) répond aux besoins et présente un équilibre dans la répartition. Cet équilibre octroie une viabilité financière à ces institutions. L'émergence d'un nouvel établissement, qu'il soit public, parapublic ou privé, viendrait nécessairement modifier l'équilibre actuel, risquant, du moins pour un temps, de fragiliser les prestataires actuels. Ce nouvel acteur augmenterait la pression sur l'ensemble des établissements aussi bien pour la captation de patients que pour l'attractivité du personnel de santé qualifié. Comme mentionné plus haut (point 3.4.3), les hôpitaux connaissent déjà une pression liée au financement des assurances. Ces dernières ont aussi pour objectif de contenir l'augmentation des coûts de la santé.

Par ailleurs, un risque financier pour le CHUV pourrait advenir si ce dernier ne devait prendre que des cas universitaires. En effet, le tarif (issu de négociations avec les assureurs selon des benchmark) ne

couvrait pas les coûts qui à priori seraient plus élevés. En effet, le CHUV fonctionne actuellement avec des coûts de production proportionnés à un volume de cas secondaires (non-universitaires). Oter la mixité des cas (secondaires, tertiaires) mettrait le CHUV encore plus en situation de tension financière.

6 VERS UN RENFORCEMENT DU MODELE ACTUEL

En préambule à ce chapitre, le Conseil d'Etat tient à rappeler que le dispositif hospitalier actuel de la Région Centre répond aux besoins de lits somatiques aigus. Bien que, comme mentionné plus haut (point 5.2.1), l'évaluation des besoins hospitaliers futurs de la Région Centre soit difficile à réaliser, la DGS doit, dans les prochaines années, anticiper l'augmentation probable des besoins et la réponse adéquate à donner en matière d'infrastructures. La DGS a inscrit ces travaux dans son plan stratégique 2024 -2028¹. Néanmoins et dans l'attente de ces évaluations, le système est en constante évolution et il s'avère stratégique de consolider, voire renforcer, le dispositif actuel.

Le chapitre traite de différents points de renforcement des acteurs qui composent le dispositif hospitalier actuel. En outre, le chapitre met en lumière le fait que le dispositif hospitalier fait partie d'un réseau qui inclut d'autres acteurs du système de santé. Les actions de coordination avec ces acteurs sont également essentielles au bon fonctionnement du modèle. Pour le Conseil d'Etat, il s'agit de relever les points qui sont amenés à être travaillés pour garantir le niveau de réussite du modèle actuel dans les années à venir. Le Conseil d'Etat relève que ces points sont inscrits dans différents objectifs du plan stratégique 2024-2028 de la DGS.

6.1 Optimisation de l'organisation du CHUV

Face aux constats et analyses relevés dans les chapitres précédents, le Conseil d'Etat met en lumière plusieurs éléments de la stratégie actuellement déployée pour l'optimisation de l'organisation interne du CHUV.

6.1.1 Gestion des flux internes

Les flux internes d'un hôpital sont les mouvements de patients d'un lieu de prise en charge vers un autre, par exemple le transfert d'un patient des urgences vers une unité stationnaire de médecine interne. La fluidité de ces flux sont cruciaux au bon fonctionnement de l'hôpital. La fluidité est possible si les unités peuvent absorber le volume de patients qui leur sont adressés. Pour ce faire, les unités de soins doivent être en mesure d'anticiper la charge qui leur est acheminée et pouvoir ainsi libérer des places ou augmenter leur capacité. Afin d'optimiser encore le monitoring, l'analyse et parvenir à une meilleure anticipation, le CHUV prévoit courant 2025 l'implémentation d'un nouveau logiciel de pilotage de flux.

6.1.1.1 Comité de suivi de la gestion des flux patients

Le CHUV a mis en place un comité de suivi de la gestion des flux, composé des chefferies de plusieurs services (urgences, médecine interne, orthopédie et traumatologie, etc.) ou de département (chirurgie, orthopédie, etc.) et piloté par l'entité Gestion des flux patients (GFP) sous la responsabilité de la direction des soins. Cette entité monitorise toute l'activité des flux patients et propose des mesures d'amélioration. Dès l'été 2025, elle disposera d'un outil de pilotage des flux (à la place des 8 outils utilisés actuellement) pour gérer le flux quotidien et produire de l'information pour les décideurs. Les travaux menés sous l'égide de ce comité de suivi ont comme but de garantir une utilisation maximale et sécuritaire de l'ensemble des lits du CHUV dans l'activité ordinaire ou lors de la survenue de crise (plan catastrophe, pandémie, surcharge, etc.).

¹ Santé publique, plan stratégique 2024-2028, objectifs stratégiques 4.1.5, *Développer, avec les partenaires, une vision du système hospitalier à l'horizon 2040 en termes de missions, de prestations, de nombre de sites, de réponses aux enjeux de santé publique et d'intégration dans la communauté, afin de garantir un développement coordonné et d'améliorer l'efficacité et la maîtrise des coûts*, 4.3.1 *Planifier et accompagner le développement des infrastructures hospitalières, en améliorant notamment la vision prospective en la matière, le suivi et la documentation des projets*.

6.1.1.2 Processus d'ouverture et de fermeture des lits – CHUV

Il s'agit ici d'un processus de gestion de flux patients (GFP) sous la responsabilité de la direction des soins qui analyse trimestriellement les taux d'occupation (TOM) des services et fournit une analyse détaillée pour les extrêmes (TOM > 90% et < à 80%)¹ à l'attention de la direction des soins, de la direction médicale et de la direction financière. Selon les analyses de ce groupe, des propositions de reconfiguration sont faites au Comité directeur (CODIR) du CHUV.

6.1.2 Gestion des infrastructures

Le CHUV manque actuellement de surfaces et doit conduire de nombreux projets architecturaux pour maintenir son parc immobilier vieillissant. Pour répondre à ces défis, le CHUV anticipe ses besoins en matière d'infrastructure. A ce titre, le CHUV élabore actuellement une planification de ses activités stationnaires et ambulatoires par domaine de spécialité. L'objectif principal étant d'évaluer les besoins actuels et futurs en matière de locaux, ceci pour les domaines ambulatoire et stationnaire. Il s'agit d'une évaluation fine des besoins infrastructurels basée sur les développements cliniques. A ce titre, chaque département est directement impliqué dans ce projet. Cette démarche permettra d'anticiper de façon plus fine les besoins en nombre de lits futurs évoqués dans le point précédent (5.2.1).

6.1.3 Gestion des espaces

Dans l'attente de la réalisation de nouvelles infrastructures, le CHUV doit constamment repenser l'organisation spatiale de ses différents services. L'organisation spatiale vise les synergies entre services selon leur degré plus ou moins grand d'interdépendance. Par exemple, la proximité d'une unité de soins intensifs avec un bloc opératoire. L'Hôpital des enfants nouvellement créé sur la cité hospitalière est une illustration du regroupement de plusieurs pôles d'activités. Ce regroupement se constitue autour de logiques cliniques, en l'occurrence les filières spécifiques à l'enfance et la maternité. La réussite de ce projet pourrait amener le CHUV, dans les années futures, à entreprendre d'autres regroupements de ce type. Ces derniers pourraient se réaliser selon les opportunités de s'étendre sur de nouveaux sites qui viendraient à se présenter. On pense ici notamment aux activités portées par le département de l'appareil locomoteur ainsi qu'aux activités centrées sur la personne âgée. Nonobstant ces grands projets, le CHUV opère régulièrement des relocalisations d'unités de soins afin d'optimiser les flux, accompagner les besoins et également répondre aux travaux d'entretien nécessaires (transformation des chambres à 5 lits en chambres à 2 lits).

6.2 Consolidation du rôle des cliniques de ville

6.2.1 Prise en charge des besoins

Le rôle des cliniques privées lausannoises dans l'offre de soins a été confirmé et renforcé lors de la planification 2024 par l'attribution de mandats de prestations et par une augmentation de quotas pour la prise en charge de patients en AOS (de 2200 cas électifs en 2023 à 3400 cas en 2024, soit une augmentation de 55%). Ce renforcement illustre la volonté du Conseil d'Etat de reconnaître les cliniques privées lausannoises comme des acteurs à part entière du dispositif hospitalier de la Région Centre. Les données sur le flux des patients lausannois du point 4.1.2 le montrent.

6.2.2 Collaborations et flux des prises en charge

Les synergies actuelles sont importantes entre le CHUV et ces cliniques lausannoises. Ces synergies sont formalisées par des conventions de collaboration concernant différentes spécialités (chirurgie thoracique et vasculaire, etc.). A noter que les contrats de prestations de ces cliniques privées lausannoises prévoient le fait qu'elles puissent hospitaliser des patients au seul bénéfice d'une AOS en urgence. Pour ce type de prise en charge, les cliniques ne sont pas soumises à un quota. Lorsque les patients nécessitent un plateau technique spécialisé, les patients sont référés vers le CHUV. Ces processus de flux de patients pris en charge en urgences sont formalisés.

¹ C'est-à-dire que les extrêmes sont considérés à partir d'un taux d'occupation supérieur à 90% ou inférieur à 80%.

Ces collaborations sont appelées à se renforcer ces prochaines années. Ainsi, en situation extraordinaire, de type engorgement de niveau 4 ou d'épidémie, et selon les besoins, les flux existants peuvent être renforcés par une augmentation de mise à disposition des capacités des cliniques (en nombre de lits et de plages opératoires par exemple). La DGS travaille continuellement sur le renforcement et le développement de mesures appropriées pour répondre aux situations d'engorgement hospitalier de niveau 4.

6.2.3 Cohérence globale des collaborations

A noter que les cliniques privées ont également leurs développements propres, notamment si on pense au futur déménagement de la clinique La Source. Afin que les collaborations soient efficaces et équitables, et répondent aux évolutions des besoins cliniques, il est nécessaire de régulièrement questionner ces conventions. Le CHUV et les cliniques ont des rencontres annuelles afin de traiter divers sujets de collaboration. Le traitement de collaborations plus spécifiques se fait également régulièrement entre acteurs opérationnels. Néanmoins, la vue d'ensemble du développement de ces activités cliniques est un enjeu pour la direction du CHUV. Cette dernière doit assurer la cohérence avec ses développements stratégiques et éviter toute forme de morcellement des activités au détriment des prises en charge. La chose est tout aussi vraie pour les directions des cliniques.

Le Conseil d'Etat relève que dans sa planification hospitalière 2024 l'attribution des mandats de prestations impliquait de facto des collaborations entre établissements. En effet, ces derniers doivent collaborer, soit par le fait de la répartition de prestations spécialisées dans divers établissements, soit par le fait qu'un nombre important de mandats octroyés étaient sous réserve d'une collaboration avec un hôpital tiers, notamment pour assurer une couverture de gardes médicales spécialisées. De plus, le plan stratégique 2024-2028 de la DGS vise à renforcer les collaborations entre prestataires, dont les hôpitaux entre eux.

6.3 Consolidation du rôle des hôpitaux régionaux

6.3.1 Flux de patients

Les synergies cliniques actuelles entre les hôpitaux régionaux et le CHUV sont très bonnes ; l'épidémie du COVID-19 et l'engorgement exceptionnel qui s'en est suivi en sont la preuve. Les synergies sont formalisées par différents processus dont notamment le plan cantonal de désengorgement des hôpitaux. Par ailleurs, en 2016, le CHUV a mis en place avec la FHV une procédure intitulée « Zéro refus de transfert ». Cette procédure implique que le CHUV accepte sans délai toute demande de transfert nécessitant son plateau technique, en provenance d'un hôpital régional et, par extension, d'autres cantons. Cette procédure prévoit que, par réciprocité, l'hôpital régional s'engage à reprendre sans délai les patients qui ne nécessitent plus le plateau technique du CHUV et domiciliés dans leur région sanitaire. Elle vise notamment les filières dites prioritaires (brûlés, polytraumatisés, infarctus, AVC, etc.), afin de garantir en continu la disponibilité des lits pour accueillir de nouvelles urgences vitales. Cette directive a récemment été mise à jour pour renforcer ces processus de transferts parfois complexes. Il est indispensable que les hôpitaux régionaux continuent d'assurer ces retours dans leurs régions sanitaires et mettent en place les mesures nécessaires pour garantir le flux. A cette fin, les échanges entre hôpitaux sont quotidiens, voire plusieurs fois par jour. De plus, des rencontres hebdomadaires sous l'égide de la gestion des flux patients du CHUV sont organisées entre les hôpitaux (ainsi que les centres de traitement et de réadaptation (CTR) pour offrir un point de situation global à tous les partenaires et aborder les questions opérationnelles de ces flux.

6.3.2 Compétences spécialisées

Le CHUV et les hôpitaux régionaux développent de plus en plus des collaborations qui ont pour but de transférer des compétences spécialisées dans les régions. En effet, l'objectif est de contenir les prises en charge dans les régions afin de ne pas transférer systématiquement les patients sur le CHUV. Dans les faits, il s'agit du déplacement d'un médecin d'une discipline spécialisée, par exemple un neurologue, un jour par semaine dans un hôpital régional. Il peut à la fois consulter et superviser une équipe. En sens inverse, un médecin d'un hôpital régional se rend un jour par semaine au CHUV, par exemple un néonatalogue, afin de maintenir son niveau de compétences en traitant des cas plus complexes. Ces

« mouvements » de personnel renforcent grandement les collaborations cliniques et renforcent la confiance indispensable à la collaboration entre services de santé. Ces synergies ont un impact majeur sur la qualité des prises en charges des patients de l'ensemble du canton et doivent être poursuivies dans les années à venir.

6.3.3 Rôle d'hôpitaux formateurs

Même s'ils ne sont pas universitaires, les hôpitaux régionaux contribuent notablement à l'effort de formation médicale et infirmière. Etant donné le contexte de pénurie, il est indispensable que cet effort soit renforcé durant les années à venir. La mobilité des professionnels au sein du dispositif hospitalier est un atout aussi bien pour l'échange et le développement de compétences que pour assurer la répartition de professionnels compétents sur l'ensemble du territoire vaudois.

6.4 Développement des prises en charges à domicile et en réseau

Outre les efforts réalisés pour un passage de prestations chirurgicales de l'hospitalier vers l'ambulatoire prévus dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, art 3c¹), le Canton de Vaud déploie depuis plusieurs décennies une politique de maintien à domicile. Cette politique permet une alternative au recours à l'hospitalisation ou aux placements en institutions. Le plan stratégique 2024-2028 de la DGS réaffirme ce renforcement².

6.4.1 Soins à domicile

L'âge moyen d'entrée en EMS est supérieur à la valeur suisse depuis plus de 10 ans. En 2023, il se situait à 83 ans contre 81 ans dans le reste de la Suisse. En effet, le dispositif de maintien à domicile ainsi que les compétences des prestataires d'aides et de soins à domicile (CMS ou OSAD) ont un rôle déterminant dans cette entrée tardive en institution. Par ailleurs, ce dispositif a un impact direct sur le nombre d'hospitalisations. En effet, il permet de prendre en charge à domicile des situations de plus en plus complexes évitant ainsi au maximum d'hospitaliser les personnes. De plus, en cas d'hospitalisation, il permet également un retour plus rapide à domicile. Son rôle est essentiel lors de tensions du système (voir Annexe 2, point 4.1). Il convient toutefois de relever que le maintien à domicile renforcé présente des limites sur certains points (complexité croissante des patients hospitalisés, augmentation du taux de placement en EMS depuis l'hôpital plutôt que depuis le domicile).

Par ailleurs, des programmes de prise en charge à domicile sont en cours de déploiement, par exemple de la réadaptation à domicile notamment dans la Région Centre, ou en cours de développement (hospitalisation à domicile pour des patients gériatriques). Ces démarches sont promues et accompagnées par le DSAS.

La réalisation de prestations d'aide et de soins à domicile constitue un enjeu important dans les années à venir, aussi bien pour la qualité de vie des personnes atteintes dans leur santé et demeurant à domicile que pour la charge hospitalière.

6.4.2 Equipes mobiles d'urgence (EMU)

En 2017, le DSAS a déployé un programme d'optimisation du processus de réponse à l'urgence (RAU) dans le Canton de Vaud. L'objectif principal de ce programme était que toute personne ayant un besoin de soins qu'elle considère comme urgent puisse obtenir une réponse appropriée dans les meilleurs délais et en adéquation avec ses choix et préférences. Pour atteindre cet objectif, diverses activités ont été définies et mises en œuvre, dont les équipes mobiles d'urgence (EMU) présentes dans les différentes régions du canton. Composées d'infirmiers et infirmières, ces équipes ont pour mission d'intervenir dans les deux heures qui suivent la demande. Grâce à une orientation et une prise en charge adéquate, elles contribuent au maintien dans les lieux de vie et à la diminution des consultations aux urgences hospitalières.

¹ Annexe 1a de l'OPAS Restriction de prise en charge des coûts pour certaines interventions électives : file:///C:/Users/mab0m2/Downloads/OPAS_Annexe%201a_modifications_1.1.2025.pdf

² Santé publique, plan stratégique 2024-2028, lignes directrices : 2.2 *Optimiser, soutenir et consolider la première ligne de soins*, 4.2 *Favoriser le développement du réseau entre établissements hospitaliers*, 5.2 *Définir une vision pour les professions médicales universitaires au sein du système de santé et orienter les candidats en fonction des besoins planifiés*.

6.4.3 Réseaux de santé

L'ensemble de ce rapport démontre que les établissements hospitaliers constituent un dispositif propre mais en relation avec un grand nombre de prestataires de santé et du social. Il s'agit indéniablement d'une interdépendance vitale du système de santé. En ce sens, la coordination des acteurs est indispensable. Le Canton, via sa Loi sur les réseaux de soins (LRS), a structuré la coordination des prestataires de santé en quatre réseaux, les Réseaux de santé. Ces derniers regroupent au niveau régional les fournisseurs de soins représentant la chaîne complète de prestations, incluant des activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales et de réadaptation relevant tant de prises en charge somatiques que psychiatriques. Les Réseaux de santé ont notamment pour mission d'offrir un Bureau régional d'information et d'orientation (BRIO). Ce dernier constitue un rôle opérationnel important pour les hôpitaux dans l'orientation et le flux de patients. En effet, ce sont des professionnels (infirmiers ou infirmières de liaison) rattachés aux BRIO mais totalement intégrés aux équipes de soins des hôpitaux. Afin de renforcer davantage cette coordination dans les prochaines années, le DSAS a initié un processus de réforme de coordination des soins et de l'aide dans la communauté (CoSAC) en 2024, porté par la DGS. Ce programme a notamment pour but de redéfinir l'organisation du système socio-sanitaire dans la communauté pour répondre aux besoins populationnels des régions et favoriser l'accessibilité des prestations et l'économicité du système. Il vise ainsi à préciser ou redéfinir le rôle et les missions de chaque acteur du système à l'échelon cantonal et régional, mais également de revoir le découpage territorial des régions afin de garantir un même découpage pour l'ensemble des acteurs socio-sanitaires, et ainsi favoriser la fluidité et la continuité des trajectoires de santé des usagers.

6.5 Optimisation de l'orientation de la population

En situation de tension du système sanitaire, par exemple lors de la diffusion massive de virus hivernaux, les dispositifs de prise en charges, communautaire et hospitalier, sont vite saturés, notamment en raison des absences de médecins traitants en période de vacances scolaires. Lors de ces situations, les urgences du CHUV sont saturées sur des périodes plus ou moins longues. Pour répondre à cette problématique, les mesures visant à renforcer l'orientation des patients doivent continuer de se réaliser. Une des principales mesures consiste dans l'orientation de la population vers les bons prestataires d'urgences selon la nature des problèmes. Le travail réalisé par la centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) joue un rôle essentiel dans cette orientation, en guidant les patients vers les prestataires les plus adaptés à leurs besoins (prestataires de la première ligne de soins tels les soins à domicile, médecin traitant ou pharmacie notamment, permanence, structures de garde, etc.) et évaluant si un déplacement dans un service d'urgences hospitalières est nécessaire. Les travaux visant à augmenter la lisibilité du système par la population et les professionnels doivent encore être renforcés par le DSAS. La DGS a d'ailleurs inscrit ces travaux dans les objectifs de son plan stratégique 2024-2028¹.

Par ailleurs, l'information à la population assurée par le DSAS rappelle régulièrement le respect des gestes barrières lors de l'apparition de symptômes viraux, ainsi que l'importance de la vaccination.

6.6 Synthèse

Fort de l'analyse de ce chapitre, le Conseil d'Etat relève que le système de santé vaudois est étoffé et dispose d'une palette large de domaines d'actions (hospitalier, communautaire, stationnaire, ambulatoire, soins à domicile, etc.) pour assurer les multiples types de trajectoires de soins des patients. Ce chapitre démontre que les renforcements du modèle actuel sont réalisables selon différents degrés mais pour l'ensemble des prestataires impliqués. Les enjeux de coordination entre les prestataires font l'objet d'une attention particulière par le DSAS.

Sommes toutes, l'analyse met en exergue la complexité inhérente au système de santé et les enjeux liés à la coordination entre prestataires et liés à la lisibilité du système qui en découlent. Sur la base de ces éléments et pour l'avenir, il s'avère indispensable que les développements sur le système de santé s'orientent vers la recherche de simplification et de clarté des flux des trajectoires de soins plus que vers l'intégration de nouveaux prestataires.

¹ Santé publique, plan stratégique 2024-2028, objectif stratégique : 6.5.1 Informer la population sur l'organisation du système de santé, les réponses et prestations accessibles en fonction des besoins et les bonnes pratiques à adopter pour soutenir la fluidité du système et l'utilisation adéquate des ressources et financières disponibles.

7 CONCLUSION

Le Conseil d'Etat considère que l'analyse approfondie des besoins hospitaliers de la région lausannoise révèle un système déjà bien structuré, reposant sur le rôle central du CHUV et sa collaboration avec des établissements régionaux et privés ; ceci dans un contexte hospitalier complexe. La planification hospitalière 2024 a apporté une réponse adéquate à la prise en charge des patients dans la région lausannoise. Cette planification hospitalière s'inscrit en droite ligne de la politique cantonale adoptée depuis plus de 30 ans qui a toujours identifié le CHUV aussi comme l'hôpital de ville de la Région Centre. Cependant, des défis importants persistent, notamment liés à l'engorgement du CHUV, la gestion des flux de patients et l'activité croissante des urgences hospitalières.

Si l'idée d'un hôpital de ville dans la région lausannoise peut paraître séduisante pour alléger la pression sur le CHUV et renforcer l'accès aux soins de proximité, sa mise en œuvre est envisagée avec prudence. Les expériences dans d'autres cantons suisses et les projections démographiques soulignent que la création d'un nouvel établissement de cette envergure impliquerait des délais considérables, des investissements financiers conséquents, et une coordination accrue avec les infrastructures existantes. Par ailleurs, l'ajout d'un nouveau prestataire hospitalier dans cette région aurait pour effet de modifier l'équilibre existant, avec des risques importants de redondance des prestations, une concurrence entre les acteurs, et l'affaiblissement du volume de patients du CHUV indispensable pour assurer la formation des professionnels de santé de demain et pour garantir les prises en charges spécialisées de derniers recours du canton.

Le Conseil d'Etat considère dès lors que la solution ne réside pas dans un nouvel établissement, mais plutôt dans l'optimisation des synergies et complémentarité entre les acteurs de santé locaux, une meilleure gestion des ressources actuelles, et l'amélioration des capacités hospitalières existantes. Cette approche permettra de répondre aux besoins évolutifs de la population lausannoise tout en évitant une potentielle suroffre ou redondance des services, et ainsi favoriser l'économicité.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat souligne que le modèle actuel garantit le bon fonctionnement de l'hôpital universitaire. Or, le fonctionnement du CHUV représente des enjeux majeurs pour assurer les besoins en traitements spécialisés ainsi que pour assurer la relève des professionnels de santé, notamment spécialisés. Le niveau de compétences du CHUV n'est pas centré sur lui-même mais rayonne sur l'ensemble du dispositif hospitalier comme démontré plus haut (point 6.3). Disposer d'un hôpital universitaire fort, c'est assurer un dispositif hospitalier cantonal fort et pérenne.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 9 avril 2025.

La présidente :

C. Luisier Brodard

Le chancelier :

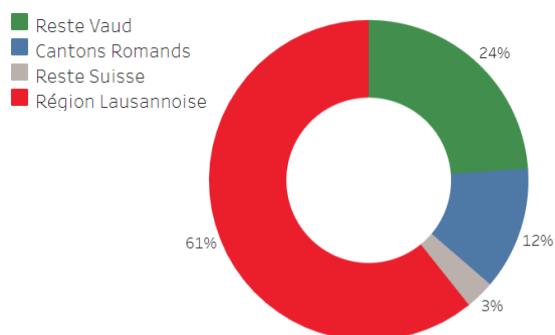
M. Staffoni

8 ANNEXE 1 – GRAPHIQUES DE FLUX DE PATIENTS

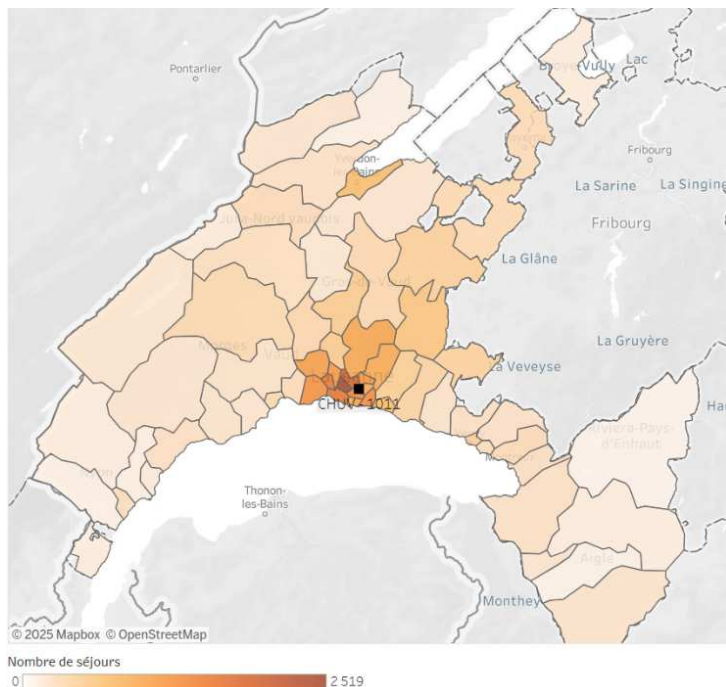
La présente annexe détaille le point 4.1 (Flux de patients, par qui sont traités les patients de la région lausannoise ?). Le Conseil d'Etat précise que les graphiques présentés sont issus des données 2023 de la statistique médicale des hôpitaux (StatMed) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'analyse porte sur les soins aigus et la réadaptation. Les accouchements, naissances et les séjours en psychiatrie ont été retirés.

1. Provenance des patients du CHUV

Provenance globale des patients du CHUV – Hospitalisations



2. Provenance « vaudoise » des patients du CHUV - Hospitalisations

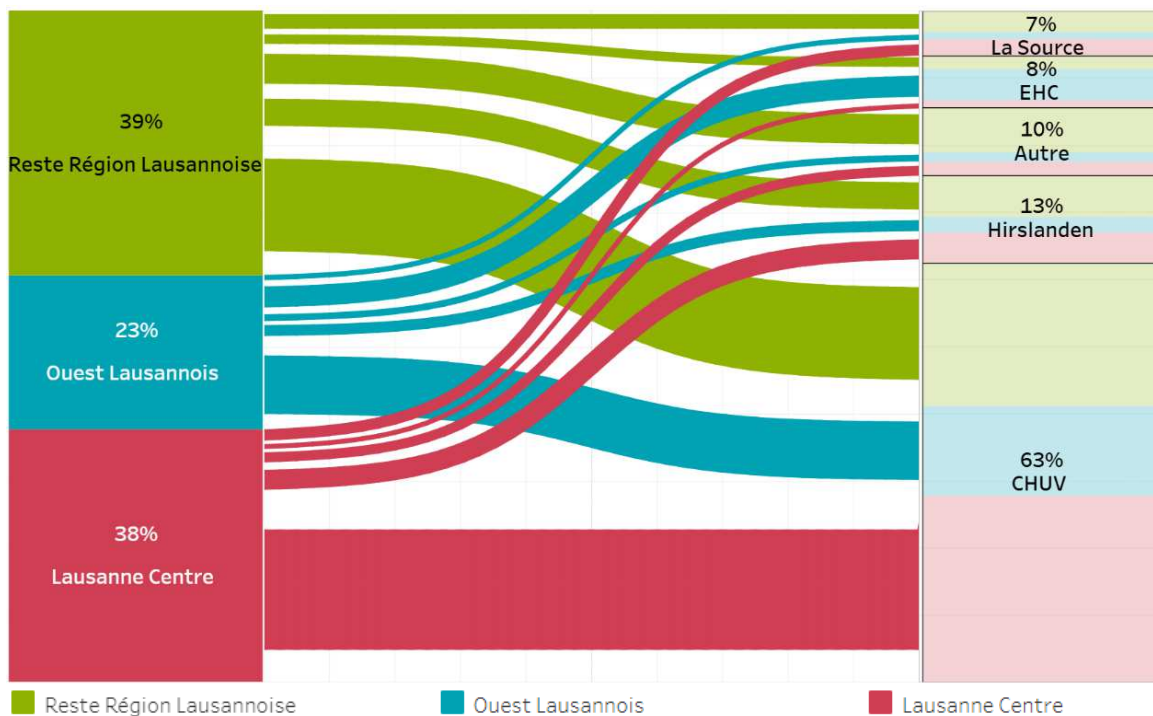


Le graphique ci-contre illustre que le CHUV remplit son rôle d'hôpital régional avec une importante provenance de patientèle issue de sa région sanitaire. En effet, les patients lausannois, à part pour l'orthopédie ou l'ophtalmologie, vont majoritairement au CHUV.

Afin d'évaluer le rôle du CHUV quant au 24% de patients (graphique du point 1) provenant de l'ensemble du canton (hors région lausannoise), les raisons d'admission des patients ont été analysées, en particulier pour déterminer si ce rôle variait en fonction de l'origine géographique du patient. L'analyse démontre que l'hospitalisation des patients provenant du reste du canton le sont pour des raisons de compétences d'hôpital de dernier recours en mesure de prendre en charge la complexité des cas. A titre d'exemple, pour les chirurgies de haute technicité, les patients provenant

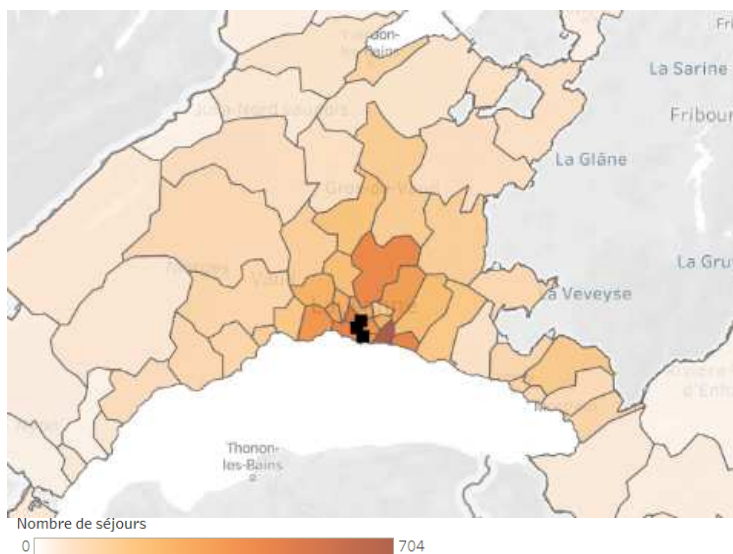
des 3 autres régions sanitaires du canton (hors Région Centre) représentaient, en 2023, des taux de 86% pour la chirurgie thoracique, 94% pour la neurochirurgie et 100% pour la transplantations d'organes.

3. Flux des patients de la région lausannoise



Le graphique ci-dessus décrit les lieux d'hospitalisation des habitants de la région lausannoise selon leur secteur d'habitation. Il est intéressant de constater qu'au sein même de la région, les résidents de l'ouest lausannois ont bien plus recours à l'EHC que les patients des autres secteurs. Les patients du centre de Lausanne vont en très grande majorité au CHUV. De manière moins marquée, les habitants du reste de la région lausannoise vont également majoritairement au CHUV. La destination « Autre » indique les établissements de soins aigus spécialisés dans le périmètre de la région lausannoise tels l'Hôpital de Lavaux (soins palliatifs, gériatrie), l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin (ophtalmologie), ou dans le reste du canton, par exemple à la Fondation Rive-Neuve (soins palliatifs).

4. Provenance des patients dans les cliniques lausannoises



Concernant l'attractivité des cliniques, le graphique ci-dessus démontre que la patientèle (avec ou sans assurance complémentaire) est principalement issue de la région lausannoise, bien que les cliniques prennent en charge des patients de l'ensemble du canton.

9 ANNEXE 2 - ENGORGEMENT DU SYSTEME SOCIO-SANITAIRE

1. INTRODUCTION

La question de l'engorgement dans les lieux de soins aigus concerne aussi bien les unités somatiques que psychiatriques. Néanmoins, les questions de la postulante visaient la problématique liée aux soins somatiques. Par conséquent, le Conseil d'Etat abordera la question spécifiquement sur l'angle des soins somatiques aigus.

Dans un premier temps, une définition claire du phénomène sera établie, suivie d'un historique des périodes d'engorgement observées depuis 2012. Une attention particulière sera portée aux conséquences de la pandémie du COVID-19, qui a bouleversé les dynamiques hospitalières et entraîné un phénomène d'engorgement prolongé depuis 2022. Ensuite, les actions entreprises par le DSAS pour pallier cette situation seront détaillées, notamment l'augmentation des capacités d'accueil en EMS et la création d'unités d'attente de placement. Enfin, une projection des perspectives d'évolution du nombre de places en EMS et des dispositifs de gestion des engorgements sera présentée afin d'évaluer l'impact des mesures adoptées et d'anticiper les défis futurs.

Dans son plan stratégique 2024-2028, la DGS adresse spécifiquement cette question dans son objectif stratégique qui vise à revoir et coordonner les plans systémiques et sectoriels pour la gestion des engorgements et des épidémies infantiles¹.

2. DEFINITION DE L'ENGORGEMENT HOSPITALIER

Le Conseil d'Etat précise qu'il faut entendre par « engorgement hospitalier » la problématique liée au flux de patients entre les différents acteurs du système socio-sanitaire. L'engorgement hospitalier se caractérise par le fait que des patients ayant été hospitalisés dans une unité de soins aigus continuent d'y séjourner après leur traitement et perturbent le flux des patients. Ils y séjournent car leur lieu de destination, soit pour un placement dans un EMS, soit pour la poursuite de leur prise en charge dans une unité de réadaptation, n'est pas en mesure de les accueillir par manque de disponibilité. Ces séjours dans des unités de soins aigus sont catalogués comme « séjours inappropriés » ou « attentes de placement ». Lorsque ce nombre de patients devient trop important dans une unité de soins, il la sature et l'empêche d'accueillir de nouveaux patients nécessitant des soins aigus ; ralentissant ainsi le flux en amont. Outre le nombre, il faut relever que les délais d'attente pour pouvoir bénéficier d'une place dans un EMS ont doublé voire triplé suivant les unités de soins. Par exemple au CHUV dans les unités d'hospitalisation de soins aigus, ils sont passés d'une moyenne de 13.5 jours en 2020 à 29.8 jours en 2023. Avant l'épidémie COVID-19, les périodes d'engorgement des unités de soins somatiques, principalement dans les services de médecine interne, survenaient en période hivernale lors de la circulation des virus, telle la grippe (voir tableau du point 3.1). En situation ordinaire, le canton dispose d'une dotation en lits des services de médecine adéquate aux besoins de la population.

Il faut également préciser, que la notion d'engorgement existe aussi pour l'engorgement interne à l'hôpital. En effet, un hôpital peut avoir un service « engorgé » par exemple une unité des urgences ou de soins continus. Généralement, cet engorgement spécifique provoque des conséquences dans les autres unités de l'hôpital au point de perturber les flux internes. L'engorgement interne à un hôpital précède l'engorgement du dispositif socio-sanitaire comme décrit plus haut. Un hôpital peut être engorgé sans que l'ensemble du dispositif le soit. C'est ensuite le cumul de plusieurs établissements hospitaliers ou non hospitaliers engorgés qui va déclencher l'engorgement du dispositif socio-sanitaire. Ceci s'est produit par exemple durant l'hiver 2024-2025, avec une arrivée massive de patients aux urgences à la fin décembre, notamment au CHUV, du fait d'un grand nombre de cas de virus respiratoires, d'accidents liés aux sports d'hivers, et de l'absence de médecins traitant durant les vacances scolaires. Au CHUV, la vague d'entrée aux urgences s'est ensuite diffusée dans les services

¹ Objectif stratégique 4.2.1 : *Revoir et coordonner les plans systémiques et sectoriels du domaine hospitalier (gestion de l'engorgement et des épidémies) et structurer la gouvernance et l'offre des prestations hospitalières afin d'améliorer le pilotage et la coordination.*

par l'augmentation des hospitalisations, déjà élevée fin décembre. Avec la reprise des activités électives en janvier 2025 et des durées d'hospitalisation relativement longues, les services du CHUV ont été engorgés.

Le Conseil d'Etat relève que le phénomène de l'engorgement met en lumière l'interdépendance qui existe entre les établissements socio-sanitaires et les flux de patients qui les relient. Toutefois, il relève également qu'il n'y a pas une relation immédiate entre le phénomène d'engorgement et un manque de capacités du système de santé pour répondre aux besoins de la population. Ainsi, contrairement à l'affirmation de la postulante, le déclenchement du plan d'engorgement niveau 4 ne signifie pas que les capacités des services du CHUV sont dépassées pour prendre en charge les patients, ni même qu'il n'est pas en capacité de répondre aux besoins de la population. En effet, même en situation d'engorgement de niveau 4, le CHUV ne refuse pas de patients et les traite en garantissant la sécurité et qualité des soins. Cela signifie en revanche que des mesures particulières doivent être prise pour améliorer la fluidité des flux patients, par exemple en appliquant les mesures du plan cantonal de désengorgement (modalités d'adressage des patients par les hôpitaux régionaux), en augmentant les séances de coordination de gestion des flux (séances internes ou entre hôpitaux) et, dans certains cas en reportant des opérations électives non urgentes. Le Conseil d'Etat tient à préciser que les services des hôpitaux et le système de santé ne peuvent pas être organisés en permanence pour les pics d'activité, mais que l'organisation évolue en fonction des pics et c'est précisément ce que prévoit le plan cantonal de désengorgement avec les niveaux cumulatifs 0 à 4. Le fait de retarder une opération élective non urgente ne représente pas, en soi, un risque pour la santé du patient. Si le système de santé devait en permanence les garantir, cela signifierait que plus du 80% du temps, il serait en surcapacité, avec des coûts et des déficits d'efficacité énormes.

3. HISTORIQUES DES ENGORGEMENTS HOSPITALIERS

3. 1. Descriptif des engorgements depuis 2012

Le Conseil d'Etat rappelle que le canton dispose d'un plan cantonal de désengorgement hospitalier se déclinant en quatre niveaux cumulatifs de 0 à 4. Ce dernier a été mis en place en 2012 afin de prévenir une saturation des établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public. Il permet une plus grande réactivité en cas d'engorgement en optimisant le flux cantonal des patients. Le dispositif est déclenché dès que le nombre de patients admis au CHUV dépasse la capacité de ses services à les prendre en charge et compromettant ainsi les possibilités d'admission de nouveaux patients. En période hors engorgement, le système hospitalier fonctionne avec des capacités calibrées selon les besoins. Le plan cantonal de désengorgement est un outil de gestion pour permettre de gérer les périodes de pics d'activités qui mettent en tension les capacités ordinaires du système, sans ce dernier et comme évoqué plus haut (point 2) les capacités du système hospitalier devraient être calibrées autrement.

Le dispositif de désengorgement a été mis en place pour la première fois en hiver 2012. Il a été déclenché à plusieurs reprises les années suivantes selon le tableau ci-après :

Période de déclenchement	Niveau maximum atteint
17 déc. - 20 déc. 2012	2
15 janv. – avr. 2013	3
14 nov. 2014 - 28 avr. 2015	4
26 janv. - 29 mars 2016	2
23 nov. 2016 - 15 mars 2017	3
8 janv. 2018 - 4 avr. 2019	3
8 oct. 2019 – 14 oct. 2019	3
COVID-19	-
24 juin 2022 – 21 juil. 2022	3
22 juil. 2022 – 15 sept. 2023	4
16 sept. 2023 – 23 janv. 2024	3
24 janv. 2024 – 16 avr. 2024	4
17 avr. 2024 – 8 janv. 2025	3
9 janv. 2025 – actuel (mars 2025)	4

Ces données permettent de constater que le dispositif a surtout été actionné pendant la saison d'hiver en raison notamment de l'épidémie de grippe se cumulant aux prises en charge traumatiques propres à cette saison (chutes, sports d'hiver, etc.). Le niveau 4 a été atteint pour la première fois en 2014-2015. Cet hiver-là, l'épidémie de grippe a fortement sévi et s'est traduite par une hausse des décès par rapport aux années précédentes.

3.1.1 Engorgement et pandémie du COVID-19

Durant la pandémie du COVID-19 et dans la période 2020-2021, le dispositif de désengorgement n'a pas été actionné. En effet, étant donné l'ampleur de l'enjeu sanitaire la gestion hospitalière a été régulée par le DSAS via la mise en œuvre d'un plan de montée en puissance du dispositif socio-sanitaire vaudois (*Directive sur l'adaptation du dispositif sanitaire en réponse à la crise du coronavirus (COVID-19)* du 18 février 2020 et de la *Directive sur la montée en puissance du dispositif sanitaire face à la deuxième vague de coronavirus (COVID-19)* du 27 octobre 2020).

Pendant la période de la fin de l'hiver 2020, les établissements étaient en sous-activité notamment avec l'interdiction d'effectuer des interventions électives non urgentes pour libérer des lits pour le traitement de patients atteints de COVID-19. En effet, ces traitements impliquaient un plateau technique similaire à des soins intensifs ou de soins continus. Pour y faire face, les adaptations des unités de soins mises en place ont nécessité le transfert de personnel compétent, l'adaptation d'infrastructures et du matériel de soins. Une dynamique de transfert inter hospitalier a d'ailleurs été instaurée pour fluidifier les flux des patients nécessitant des soins intensifs. De plus, une quantité importante de lits de médecine interne (environ 100) ont été créés temporairement dans les établissements hospitaliers (hors cliniques privées) pour faire face à cette crise.

3.2 Phénomène d'engorgement après l'épidémie COVID-19

Le Conseil d'Etat note que le canton a connu un phénomène nouveau en matière d'engorgement. En effet, la sortie de la pandémie du COVID-19 au printemps 2022 a eu des effets inattendus sur les flux du dispositif socio-sanitaire. L'engorgement de 2022 et qui dure jusqu'à aujourd'hui (à date d'écriture du rapport) s'explique par différents facteurs.

3.2.1 Confinement et levée des gestes barrières

Les mesures de protection de la population établie lors de la pandémie dès 2020 ont amené la population à prendre des précautions pour la transmission des virus. L'impact a été significatif et a permis positivement d'endiguer le virus du COVID-19. Néanmoins, la circulation « ordinaire » des virus en période hivernale ne s'est pas faite de façon habituelle. Par conséquent, l'immunité de la population a évolué. En 2022, lorsque la levée des mesures de protection a été effective, la population s'est vue à nouveau exposée à une multitude de virus. Cette exposition a induit un nombre d'hospitalisations plus important qu'habituellement.

A noter également que l'été 2022 était caniculaire, augmentant encore la pression sur certains services hospitaliers.

3.2.2 Rattrapage de l'activité chirurgicale

Les stratégies organisationnelles mises en place durant la pandémie ont centré les efforts des hôpitaux sur le traitement des patients atteints de COVID-19, voir point 3.1.1. Dès la sortie de la pandémie, les hôpitaux ont été amenés à rattraper le retard pris dans le traitement des patients électifs non urgents remplissant ainsi les unités de soins intensifs et les services de chirurgie.

A noter également, même s'il est difficilement mesurable, qu'un certain nombre de patients, malgré les messages répétés des autorités sanitaires et des professionnels de santé ont retardé leurs consultations avec leurs médecins traitants ou spécialisés. Cela a eu pour eux la conséquence d'une péjoration de leur état de santé. Ces patients ont également contribué à l'augmentation d'activité hospitalière.

Du point de vue de l'activité hospitalière, 2022 a été une année exceptionnelle en termes de nombre de cas traités.

3.2.3 Diminution des capacités d'hébergement

La pandémie a induit une augmentation de la mortalité chez les personnes âgées. Cette augmentation s'est répercutée dans les EMS. Le nombre de décès ayant libéré une quantité non négligeable de lits et a diminué le nombre de demande de placement. Une partie des EMS ont saisi cette occasion pour réaménager leurs chambres à deux lits pour les faire passer à un seul lit selon les Directives et recommandations architecturales des EMS vaudois (DAEMS) qui répondent à une demande de la population. Les capacités d'hébergement ont été réduite de 58 lits sur l'ensemble du canton entre 2020 et 2021, dont 44 lits en région lausannoise. Les EMS, par mesure d'optimisation, ont adapté leurs infrastructures et leurs effectifs, réduisant leur capacité de lits. Suite à la pandémie la mortalité a retrouvé un taux normal. Les EMS ont commencé à se remplir à nouveau. Néanmoins, les capacités étant diminuées, alors que le nombre de nouveaux lits devrait être en constante augmentation annuelle pour accompagner l'évolution démographique, les EMS ne pouvaient plus accueillir comme précédemment les besoins.

3.2.4 Pénurie du personnel de santé

De plus, la pandémie a aussi impacté le personnel soignant. Ce dernier ayant été fortement mis à contribution a vu un nombre important de réorientation de carrière à la fin de la pandémie. Or, en 2022, les hôpitaux et EMS auraient justement eu besoin d'une augmentation de personnel pour répondre aux importants besoins. Ces derniers n'ont pu augmenter leurs capacités par manque de personnel formés et disponibles.

En résumé, une activité hospitalière augmentée par le rattrapage des activités chirurgicales non réalisées durant la pandémie, la circulation de virus impliquant plus d'hospitalisations et le manque de capacité de lits d'EMS ont induits une saturation du flux entre les hôpitaux et les structures d'hébergement.

4. DESCRIPTION DES MESURES MISES EN PLACE

Le Conseil d'Etat souligne et salue le travail effectué sur l'établissement des mesures qui ont mobilisé l'ensemble des acteurs concernés aussi bien par leurs identifications, notamment par des groupes de travail sur la fluidité dans les Régions, que pour leur mise en œuvre.

4. 1. Mesures déployées

Pour pallier la problématique de l'engorgement, 27 mesures sont actuellement déployées ou partiellement déployées (car en cours de développement) par le DSAS. La DGS a inscrit ces actions dans son plan stratégique 2024-2028¹. Ces mesures ont pour objectifs d'optimiser les domaines suivants.

- Augmentation des capacités :
 - Soins stationnaires aigus ou de réadaptation
 - Réadaptation à domicile
 - Places de longs séjours ou de CAT dans les EMS (voir 4.1.1)
- Amélioration des processus de flux :
 - Flux internes au CHUV
 - Admissions en EMS
- Renforcement de dispositif existants :
 - Retours à domicile depuis les urgences du CHUV
 - Augmentation des infirmiers de liaison dans certains services du CHUV
- Développement de nouveaux modèles de prise en charge :
 - Unité d'attente de placement C (voir 4.1.2)
 - Monitoring du dispositif socio-sanitaire

En complément, il faut relever que l'élaboration des mesures est évolutive. A ce titre, certaines ont été conçues mais non déployées. 8 mesures ont été stoppées suite aux constats d'un manque de pertinence ou du risque d'engager des moyens trop importants par rapport aux résultats escomptés.

Le Conseil d'Etat souhaite mettre en lumière deux mesures saillantes.

4.1.1 Ouvertures de nouvelles capacités en EMS

Dès l'été 2022, un groupe de travail sur la fluidité du Réseau santé de la région lausannoise a mis en évidence la nécessité de l'augmentation des capacités des EMS. De multiples réflexions ont été déployées pour trouver des solutions (par exemple : transformation d'un ancien hôtel en EMS, élargissement d'EMS, dédoublement de chambres, création de nouveaux SPAH, etc.). Au final, cette mesure s'est avérée très difficile à réaliser principalement par le manque de personnel soignant

¹ Santé publique, plan stratégique 2024-2028, objectifs stratégiques 4.2.1 : *Revoir et coordonner les plans systémiques et sectoriels du domaine hospitalier (gestion de l'engorgement et des épidémies) et structurer la gouvernance et l'offre des prestations hospitalières afin d'améliorer le pilotage et la coordination.*

disponible sur le marché. A ce moment-là, les EMS avaient de la peine à pouvoir suffisamment recruter pour leur activité ordinaire. Néanmoins, un EMS de la région lausannoise est parvenu à créer rapidement 23 places de façon extraordinaire (hors planification) en mai 2023.

4.1.2 Création d'unités d'attente de placement

Durant les années 2022 à 2024, le nombre d'occupation inadéquates des lits hospitaliers (unités de soins aigus et de réadaptation) se situaient dans les moments plus tendus entre 110 et 130 pour l'ensemble du canton, dont entre 50 et 60 sur la région lausannoise, avec des délais d'attente 2 à 3 fois supérieurs qu'en période de non-engorgement (point 2). Cette phase d'attente prolongée peut représenter un risque de péjoration de l'état de santé (déclin fonctionnel) lié au fait que les personnes se mobilisent moins. Afin de répondre à ce problème et bien que cela ne soit pas leurs missions, plusieurs hôpitaux ont mis en place des unités d'attentes de placement. Ces unités, soutenues financièrement par le canton, ont pour objectif principal de limiter le déclin fonctionnel en favorisant la mobilité des patients, par exemple en offrant des animations comme dans un EMS. Le canton dispose de 32 places dans des unités d'attentes de placement réparti dans 3 hôpitaux. Cette mesure est toujours en cours en 2025.

5. PERSPECTIVES DU DSAS

5. 1. Description et perspective de l'évolution du nombre de places d'EMS

Comme indiqué plus haut, la capacité d'accueil des EMS a été et demeure un facteur important pour la fluidité du système hospitalier. Les points ci-dessous permettent de décrire ce qui s'est passé depuis la pandémie ainsi qu'une projection des années à venir. L'analyse se porte sur la région lausannoise.

5.1.1 Description de la situation durant la phase d'engorgement (2020-2024)

Le tableau ci-dessous indique l'évolution du nombre de lits d'EMS (selon la mesure des tarifs socio-hôtelières SOHO et les autorisations d'exploiter) dans le Réseau de santé de la région lausannoise (RSRL). Le nombre de lits de la région lausannoise était de 2650 en 2019.

Années	Nombre de fermetures de lits*	Nombre d'ouverture de lits*
2020	44	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	56	83
2024	0	115
TOTAL	100	198

** Les lits concernent des établissements reconnus d'intérêt public et privé, ainsi bien que des lits de longs ou courts séjours.*

Ces éléments démontrent que lors de la survenue de l'engorgement en 2022, il y a eu la fermeture de 44 lits en 2020 et plus aucune ouverture de nouveaux lits depuis lors dans cette région. C'est uniquement en 2023 qu'il y a eu des ouvertures de lits supplémentaires et de façon significative. La cause principale étant un retard de planification du Programme d'investissements de modernisation des EMS et EPSM (PIMEMS) en raison du ralentissement du secteur de la construction durant la pandémie du COVID-19 (confinements, approvisionnement des matières premières, retard de livraison, etc.). En effet, plusieurs projets ont connu des reports de délais importants, ils ont pu néanmoins aboutir en 2023 offrant 83 nouvelles places et 115 en 2024. Les ouvertures à la marge de places dans les EMS ont été difficile étant donné les difficultés de recrutement comme relevé plus haut (3.2.4).

5.1.2 Perspective future

Le tableau ci-dessous indique les ouvertures de lits planifiées selon le PIMEMS pour la région lausannoise.

Années	Nombre de lits* projetés
2025	214
2026	30
2027	0 ¹
2028	48
2029	22
2030	36
TOTAL	345

** Les lits concernent des établissements reconnus d'intérêt public et privé, ainsi bien que des lits de longs ou courts séjours.*

Avec l'ouverture de 115 lits en 2024 et 214 projetés en 2025, la région lausannoise devrait connaître ces prochaines années une nette amélioration pour répondre aux besoins de la population et pour améliorer le flux hospitalier. Néanmoins, les ouvertures actuellement planifiées doivent tenir compte des aléas toujours présents comme certaines difficultés dans l'approvisionnement des matériaux et la dotation en personnel.

Concernant l'ensemble du canton, le PIMEMS 2022-2027 prévoit l'ouverture de plus de 100 lits par année, plus précisément pour la période qui nous concerne, 634 lits entre 2025 et 2030, y compris la Région Centre. Cette augmentation ne tient pas compte des potentielles fermetures de lits qui peuvent advenir ni des projets de construction d'EMS privés (hors périmètre PIMEMS).

Le Conseil d'Etat précise que les problèmes de flux entre les hôpitaux et les EMS sont différents selon les régions étant donné l'évolution des capacités d'hébergement différente.

5. 2. Réflexions en cours sur les dispositifs de gestion des engorgements

La gestion par le DSAS de l'engorgement exceptionnel de 2022 a permis au DSAS d'élargir sa compétence de gestion des engorgements. En effet, le dispositif cantonal d'engorgement existe depuis 2012 (point 3.1) et prévoit des mesures selon les niveaux d'engorgement. Cet engorgement exceptionnel a permis d'identifier de nouvelles mesures de gestion de l'engorgement, une compréhension par région plus fine et de mettre en place un monitoring des flux. Bref, l'expérience de cet engorgement exceptionnel a mis en lumière l'interdépendance qu'il existe entre l'ensemble des prestataires du système socio-sanitaire qui s'étend au-delà du dispositif hospitalier. En effet et par exemple, un manque de capacité en EMS ou une faiblesse du maintien à domicile influencent les sorties d'hôpital. Une diminution des prestations des médecins traitants et de permanences ou la sous-utilisation de la CTMG vont augmenter l'afflux de patients dans les urgences hospitalières.

En ce sens, le DSAS a mis en place et développe encore un système de monitoring du dispositif socio-sanitaire afin de renforcer la veille du système et des actions de gestion lors de la survenue d'engorgements hospitaliers. Ces réflexions intègrent la disponibilité en lits qui peut être offerte par les cliniques privées.

¹ Cette année-là, le delta entre ouvertures et fermetures de capacités ne présente pas de gain en raison de fermetures temporaires liés à des rénovations

6. CONCLUSION

L'analyse du Conseil d'Etat relève que l'engorgement hospitalier est un phénomène complexe qui résulte de l'interdépendance entre les différents acteurs du système socio-sanitaire. L'augmentation des hospitalisations inappropriées, la saturation des lits de soins aigus et la difficulté d'accès aux EMS illustrent l'ampleur de cette problématique. Le Conseil d'État souligne que l'engorgement des hôpitaux n'indique pas un manque de capacité du système de santé. En effet, même au niveau 4, le CHUV assure les soins en toute sécurité. Des mesures comme le report d'opérations non urgentes et la coordination renforcée entre établissements hospitaliers permettent de fluidifier les flux. Le système de santé s'adapte aux pics d'activité sans maintenir une surcapacité coûteuse en permanence.

Si les mesures mises en place depuis 2022 ont permis d'atténuer certains effets de l'engorgement, certaines d'entre elles restent d'actualité face à l'ampleur des défis rencontrés. Les stratégies développées, telles que l'augmentation du nombre de places en EMS, la mise en place d'unités d'attente de placement et le renforcement des équipes soignantes ont été des éléments déterminants. Toutefois, l'enjeu lié à la capacité d'hébergement en EMS reste déterminant dans les années à venir afin de prévenir de nouveaux épisodes extraordinaires de saturation hospitalière.

À l'avenir, le développement d'un monitoring plus précis des flux hospitaliers, le renforcement de la coordination entre les établissements de soins et un soutien accru aux structures d'hébergement seront essentiels. Le Conseil d'Etat souligne que l'expérience acquise lors des périodes d'engorgement récentes sert de levier pour renforcer la résilience du système de santé et garanti une prise en charge efficiente des patients.