

Le centre hospitalier Riviera-Chablais VD-VS

**Argumentaire en faveur d'un seul
hôpital monosite pour la Riviera –
Chablais (VD-VS) plutôt que deux
hôpitaux monosites respectivement
sur les sites existants du Samaritain
et d'Aigle**

santé
publique

Table des matières

1	Pourquoi un seul hôpital ?	4
2	L'hôpital du futur: tendances et implications	6
2.1	<i>Nécessité de freiner l'augmentation des coûts de la santé:</i>	6
2.2	<i>Vieillesse de la population</i>	8
2.3	<i>Complexité croissante des cas d'hospitalisation</i>	9
2.4	<i>Attentes des patients</i>	9
2.5	<i>Ouverture de l'Hôpital à la communauté</i>	10
2.6	<i>Attentes des professionnels</i>	11
2.7	<i>Révision de la LAMal</i>	12
2.8	Organisation	13
2.8.1	Organisation multisite vs. monosite et nombre de lits	13
2.8.2	Décentralisation et multidisciplinarité	14
2.8.3	Hospitalisation vs. activité ambulatoire	15
2.9	Organisation autour du patient	17
2.10	Progrès technologiques	18
2.10.1	Incorporation de la technologie médicale	18
2.10.2	Utilisation de l'informatique et de la télécommunication	18
2.11	Respect de l'environnement	19
2.12	Conclusions	20

1 Pourquoi un seul hôpital ?

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire prévoit une nouvelle organisation hospitalière qui vise à améliorer la maîtrise des coûts d'exploitation et à maintenir la qualité des prestations en préconisant notamment de *"regrouper les équipements et compétences en matière de soins aigus sur un nombre limité de sites, en réalisant en priorité le centre hospitalier de l'Est vaudois"*.

Ce centre hospitalier intercantonal VD-VS d'environ 300 lits de soins aigus desservira le bassin de population des régions de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan (150 000 habitants). Il remplacera les services de soins aigus spécialisés actuellement fournis par trois hôpitaux sur cinq sites :

- Hôpital du Chablais, 2 sites : Aigle et Monthey,
- Hôpital Riviera, 2 sites : Samaritain, Montreux - le site de Mottex étant un CTR (lits B),
- Hôpital de la Providence à Vevey (négociation en cours).

Les services de santé VD et VS ont mandaté Cap Gemini Ernst & Young pour effectuer une étude des options de réorganisation possibles pour ce secteur. L'étude a comparé:

1. le maintien des hôpitaux actuels avec quelques améliorations,
2. la construction de deux hôpitaux monosites, par l'extension, d'une part du site du Samaritain pour la Riviera et d'autre part du site d'Aigle pour le Chablais vaudois et valaisan,
3. la construction d'un nouveau centre hospitalier sur un site neuf.

Le rapport de l'étude ¹ concluait que les deux premières options ne seraient pas viables à long terme et a recommandé la troisième, un nouveau centre hospitalier sur un site neuf. Ils ont estimé que cette option permettrait une économie annuelle d'exploitation de quelque Fr. 14 millions (contre Fr. 8 millions pour l'option 2, deux hôpitaux monosites cf. section 3 ci-dessous).

Le 4 mai 2001, l'hôpital de la Riviera a mis à la disposition du Service de la santé publique un rapport détaillé d'architectes² sur la faisabilité de l'agrandissement du site du Samaritain pour y créer un hôpital unique pour la seule région de la Riviera.

Ce rapport concluait que le projet était techniquement faisable mais qu'il ne permettrait au plus que 38 lits supplémentaires (soit 153 au total) et cela à un coût deux fois plus élevé que celui estimé sommairement par l'étude Cap Gemini ¹ (soit Fr. 40 millions +/- 20%) et non Fr. 20 millions), tout en subissant les contraintes majeures imposées par la structure existante du bâtiment. De plus, pendant les 4 ans du chantier, l'hôpital subirait de fortes perturbations fonctionnelles (d'où des coûts d'exploitation supplémentaires qu'on peut estimer sommairement à Fr. 18 – 20 millions).

Après examen du rapport, les responsables de l'hôpital ont conclu que ces inconvénients excluaient ce projet, (d'autant plus que les parties existantes de l'hôpital resteraient de conception ancienne, peu adaptable aux changements prévisibles des prochaines décennies) et ils ont rejoint la conclusion du rapport Ernst & Young que la seule option viable serait un nouveau centre hospitalier sur un site neuf ³.

¹ "Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux du Chablais et de la Riviera, Cap Gemini Ernst & Young", octobre 2000.

² Hôpital unique de la riviera, étude de la faisabilité de l'agrandissement du site du Samaritain à Vevey pour y créer l'hôpital unisite riviera, Gutscher architectes SA, 4 mai 2001.

³ Analyse critique du groupe de travail interne de l'hôpital Riviera concernant l'étude de l'agrandissement du site du Samaritain.

Le 8 octobre 2001, les Gouvernements valaisan et vaudois ont fait une déclaration commune optant en faveur de l'option et mandatant un groupe de travail constitué de représentants des hôpitaux, des régions et des services cantonaux de la santé publique pour mener une étude afin de déterminer le lieu idéal d'implantation du centre hospitalier et la procédure à suivre pour assurer la réalisation commune dans un délai de 10 ans. Le rapport du groupe⁴ recommandait le site "La Grange des Tilles", propriété de la Commune de Montreux à Rennaz.

Bien que son mandat ne le demandait pas, ce groupe a également acquis la conviction que l'option d'un nouveau centre hospitalier sur un site neuf était la seule viable et il a ajouté un argumentaire dans son rapport expliquant cette conviction.

Enfin, dans la foulée de ce rapport, les directions des hôpitaux Riviera et du Chablais ont approfondi l'estimation des économies qu'apporterait un hôpital monosite unique et ils ont conclu qu'elles seraient de quelque Fr. 15 millions (confirmant en cela l'estimation sommaire du rapport Cap Gemini¹).

* * * * *

Dans les pages qui suivent, le Service de la santé publique rappelle succinctement les arguments en faveur d'un seul hôpital monosite pour la Riviera–Chablais plutôt que deux hôpitaux monosites respectivement sur les sites existants du Samaritain et d'Aigle.

⁴ Groupe de travail "Recherche de site Hôpital Riviera-Chablais VD/VS", Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan, 19 novembre 2002.

2 L'hôpital du futur: tendances et implications

Les hôpitaux sont confrontés à une évolution des tendances lourdes touchant leur organisation et leur fonctionnement d'une importance et d'une vitesse sans précédent. La connaissance de ces tendances d'évolution est primordiale pour construire un hôpital prêt à s'y adapter et ainsi garantir sa pérennité. Il s'agira ci-dessous d'explorer les tendances du contexte dans lequel s'inscrit la construction du nouveau centre hospitalier afin de mettre en évidence les **avantages à construire un hôpital monosite**.

2.1 Nécessité de freiner l'augmentation des coûts de la santé:

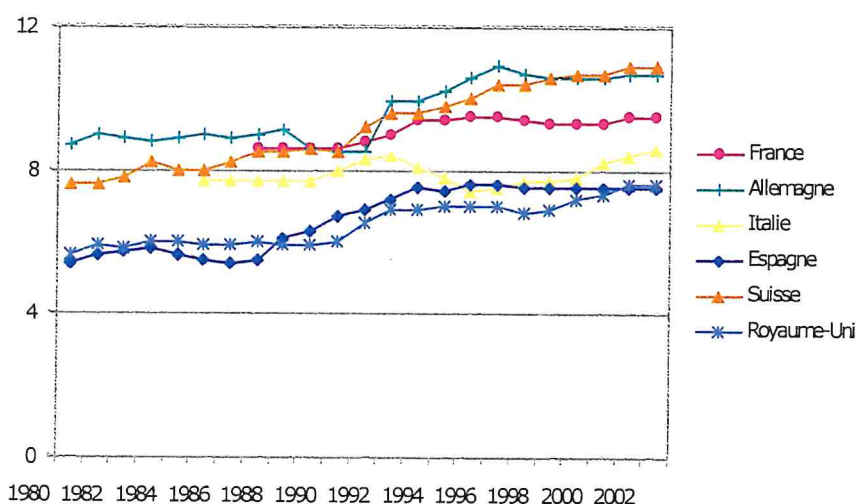
Tendance

La part des coûts dans le PIB en Suisse est la plus forte en Europe passant de 4,9% en 1960 à 10,7% aujourd'hui, soit plus de 3'000 dollars annuels par habitant. Depuis 1980 elle a progressé plus rapidement que dans la plupart des autres pays développés (cf. les pentes des chiffres Suisses dans les graphiques 1 et 2 ci-dessous).

La part des soins hospitaliers dans les dépenses a connu un véritable "boom": elle est passée de 35,7% en 1960 à 46,8% en 2002. Cependant, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) entrée en vigueur en 1996, conjuguée à l'évolution technologique, notamment l'utilisation des potentialités des soins ambulatoires, ont infléchi cette tendance, car la part des soins intra-muros est en recul depuis cette date.⁵

Grappe 1

Évolution de la part des coûts de la santé dans le PIB (%) de quelques pays européens de 1980 à 2002

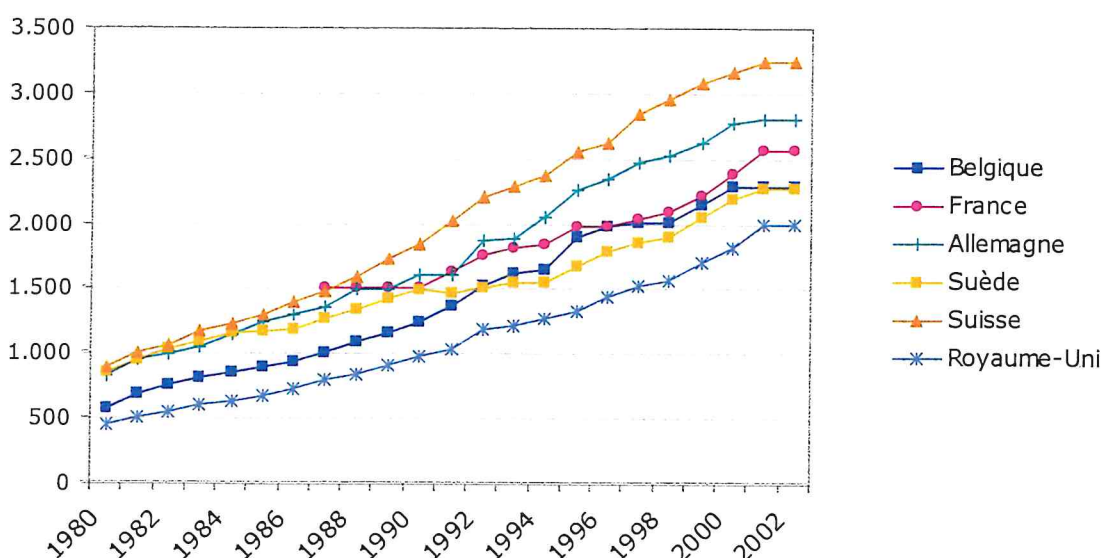


Source : Eco-santé OCDE 2003

⁵ Communiqué de presse OFS, juillet 2003

Graph 2

Évolution des dépenses de santé par habitant (\$) de quelques pays européens de 1980 à 2002



Source : Éco-santé OCDE 2003

Quant aux causes des augmentations des dépenses dans le secteur hospitalier, selon une étude⁶ menée aux Etats-Unis sur la période 1997-2001, 55,4% de l'augmentation s'expliquaient par l'augmentation du **volume** d'utilisation et 44,6% par l'augmentation des **coûts** des prestations.

A l'intérieur des 55,4% d'augmentation liée au volume d'utilisation, seulement 21% provenaient de la **croissance démographique** alors que 34,4% provenaient de l'augmentation du **taux de recours**, d'une part à cause du **vieillesse** de la population, mais d'autre part à cause de l'**insuffisance de gestion des soins délivrés et d'éducation du patient**. L'augmentation des volumes est plus prononcée pour l'activité ambulatoire, car des cas autrefois hospitalisés sont devenus ambulatoires, et elle est particulièrement forte dans les services des urgences, qui ont de plus en plus de mal à faire face. (Une étude de l'American Hospital Association en 2002 rapporte que les urgences travaillent en surcapacité dans 62% des hôpitaux et qu'un tiers des visites auraient pu être évitées ou traitées de façon plus économique.)

A l'intérieur des 44,6% de l'augmentation due à la croissance des coûts, la plus grosse partie provenait des **coûts du personnel**: augmentation des salaires provoquée par la spécialisation croissante, la pénurie des professionnels et la concurrence d'autres secteurs, ainsi que le développement d'avantages non salariaux destinés à retenir et attirer les professionnels, notamment les infirmières, (p. ex. garderies, vacances, formation etc.). Le solde provenait de l'augmentation des **coûts des biens** (médicaments et équipements).

Enfin, les arrivées de plus en plus rapides et nombreuses de **nouvelles technologies** coûteuses alimentent à la fois la croissance du volume et des coûts.

⁶ "Cost of caring: key drivers of growth in spending on hospital care", PricewaterhouseCoopers, 2003

Implications

- Dans tous les pays industrialisés, on applique des réformes plus ou moins radicales cherchant à freiner significativement l'augmentation des coûts, soit en plaçant le système sous un contrôle plus fort de l'Etat, soit au contraire en le libéralisant pour permettre au jeu de la concurrence de réguler le marché, soit encore par un mélange des deux politiques. La Suisse, dans les mesures prévues dans la révision de la LAMal, ne fait pas exception.
- Quelles que soient les mesures systémiques adoptées, tous cherchent à adopter l'organisation et le fonctionnement de leurs services de manière à **minimiser le coût unitaire des prestations** et à en assurer une **utilisation optimale** (mettre le bon patient à la bonne place au bon moment).

Face à ces implications:

- **L'option qui minimise les coûts unitaires et le coût total des soins aigus spécialisés dans l'Est vaudois est celle de l'hôpital monosite unique.** (L'évaluation économique des différentes options est traitée plus en détail à la section 3 ci-dessous, et les avantages fonctionnels sont exposés sous les autres points ci-dessous.)
- L'option de l'hôpital monosite unique permet aussi **de réduire le nombre de lits** à fournir, car plus les services sont dispersés plus il faut de lits (et d'équipements et de personnel) pour répondre à un besoin donné.
- Enfin, il est indiscutable qu'un bâtiment neuf conçu pour être **adaptable** de manière flexible à l'évolution des besoins et des méthodes de prise en charge aura une **longévité bien supérieure** à celle de deux hôpitaux monosites basés sur les bâtiments existants.

2.2 Vieillessement de la population

Tendance

Le vieillissement de la population touchera l'ensemble du canton. Dans le bassin de population Riviera-Chablais, on prévoit qu'il y aura 177'000 habitants en 2015, soit une augmentation de 19'700. Sur ces 19'700 habitants supplémentaires, 8'000 (41%) auront plus de 65 ans et le pourcentage de personnes de plus de 80 ans passera de 5% à 6% (+ 2'600 habitants). La principale conséquence épidémiologique de ce vieillissement sera l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques somatiques et psychiques (maladies cardio-vasculaires, cancers, et maladies de l'appareil locomoteur et neuropsychiatriques), ainsi que des polyopathologies.

Les patients âgés étant hospitalisés plus souvent et plus longtemps que le reste de la population, le vieillissement démographique provoquera une augmentation à la fois du volume d'utilisation des services hospitaliers et de la complexité des cas à prendre en charge. Cette tendance sera atténuée mais non éliminée par la diminution de l'incidence des maladies chroniques parmi la population âgée (selon les dernières recherches aux USA).

Implications

- Les hôpitaux auront à faire face à une augmentation des **maladies chroniques** et à la **polypathologie** qui caractérisent les populations plus âgées.
- **L'organisation des services médicaux et d'hospitalisation** par spécialités ne suffira plus et devra s'adapter à ces changements, notamment en devenant **plus multidisciplinaires** (adaptations déjà visibles dans de nombreux hôpitaux au Canada, aux Etats Unis et en Grande Bretagne). Ces modifications seront plus faciles dans un hôpital monosite de quelque 300 lits dans un bâtiment moderne de conception flexible que dans deux hôpitaux de 150 lits dans des bâtiments essentiellement anciens de structure relativement rigide.

2.3 Complexité croissante des cas d'hospitalisation

On observe aujourd'hui une **augmentation progressive de la complexité des cas** au sein des hôpitaux dans les pays développés, ce qui engendre une augmentation du volume, de la technicité et de l'interdisciplinarité des soins. Cette évolution s'explique par plusieurs facteurs.

- **Evolution des pratiques médicales** : développement et diffusion de nouvelles connaissances diffusées de plus en plus rapidement (application de protocoles de soins, travail multidisciplinaire, abord des cas depuis différentes perspectives) permettent d'améliorer la pratique clinique et la gestion des cas, dont les durées moyennes d'hospitalisation deviennent de plus en plus courtes.
- **Avancées technologiques** : l'arrivée massive d'avancées technologiques permet d'accélérer la réponse diagnostique et thérapeutique et souvent de l'alléger, et par conséquent de diminuer les durées de séjour ou de remplacer l'hospitalisation par une prise en charge d'un jour ou ambulatoire pour une partie de plus en plus importante des patients. Elles impliquent que les bâtiments hospitaliers soient conçus de manière flexible, afin de pouvoir y allouer les surfaces nécessaires de manière évolutive.
- **Développement d'alternatives à l'hospitalisation en soins aigus**: ces alternatives (prises en charge ambulatoires en cabinet, services de réadaptation (lits B dans le canton de Vaud), maintien à domicile, hébergement en établissement médico-social) permettent et poussent les hôpitaux de soins aigus à se concentrer de plus en plus sur les véritables soins aigus hospitaliers qui ne peuvent pas être prodigués ailleurs, et à s'assurer que toutes les compétences relevantes soient disponibles et coordonnées en interne.

Implications

- Les personnes hospitalisées seront de plus en plus "malades" et "dépendantes" et exigeront des **soins infirmiers à la fois plus importants et plus techniques. Les hôpitaux devront donc être conçus pour maximiser la productivité des soignants**, notamment en minimisant les déplacements inutiles, et en assurant que les **unités d'hospitalisation soient de conception et de taille adéquate** pour minimiser les écarts d'occupation et de charge de travail (car plus ces unités sont petites plus les écarts sont importants). Ces exigences seront nettement mieux satisfaites dans un nouveau bâtiment logeant quelque 300 lits que dans deux bâtiments existants agrandis d'environ 150 lits chacun.

2.4 Attentes des patients

Les attentes des patients sont de plus en plus fortes, tant concernant la **qualité** et la **personnalisation** des services que concernant l'information et la participation dans les décisions concernant leur prise en charge. Ils sont conscients des montants de plus en plus importants qu'ils paient pour les services de santé et exigent que les prestations leur correspondent. **Ils se comportent de moins en moins en "patients" et de plus en plus en clients** (cf. les mouvements "consumerism" et "empowerment" aux Etats-Unis), et déplacent de plus en plus les fournisseurs des soins et les payeurs comme principaux centres d'attention des systèmes sanitaires. Dans le secteur hospitalier, la personnalisation des soins va croître parallèlement à l'augmentation de ces attentes et de la détermination des patients/clients à les voir satisfaites.

Implications

Pour répondre à cette tendance les hôpitaux du futur devront permettre des prises en charge personnalisées. Cette personnalisation passera par des espaces eux-mêmes personnalisés :

- **Séparation complète entre activités de logistique et activités de soins** de façon à ce que les circuits de soins, des patients et d'approvisionnement soient totalement différenciés.
- **Confort :**
 - Accueil :** zone d'accueil et salles d'attente amples.
 - Intimité :** maximum de chambres individuelles avec de l'espace pour les accompagnateurs et des espaces différenciés selon sexe et âge.
 - Sociabilité :** espaces réservés à des activités socioculturelles (salles d'attente, cafétérias, gymnase, commerces, etc.).
 - Fonctionnalité :** toutes les zones devront être fonctionnelles afin de faciliter la circulation des patients ; toutes les installations devront être adaptées aux personnes handicapées.
 - Flexibilité et polyvalence des espaces :** pourront ainsi être individualisées des zones ou locaux selon besoin.
 - Luminosité :** la structure et l'orientation de l'hôpital devront permettre l'entrée de lumière naturelle dans un nombre maximal d'espaces.
- **Accessibilité :**
 - Accès commode** aux zones de patients et de soins (couloirs amples, portes larges et coulissantes) .
 - Répartition** claire et indépendante des **zones** tout en assurant des communications faciles entre elles.
 - Signalisation** claires des espaces et cheminements.

2.5 Ouverture de l'Hôpital à la communauté

Les hôpitaux du futur s'ouvriront très largement à la communauté, non seulement par le poids de leurs activités ambulatoires et de jour (on parle déjà couramment "d'hôpitaux sans murs") mais aussi en faisant partie de l'équipement urbain. Ils deviendront des lieux de plus en plus proches de leur entourage par les liens qu'ils développeront avec leurs patients/clients et les différents acteurs de la communauté pour les attirer, les fidéliser et s'assurer de leur soutien, et cela d'autant plus dans les pays, dont la Suisse, qui adopteront des changements de système combinant la planification, la concurrence et un fonctionnement en réseau. Enfin, les hôpitaux intégreront les éléments de la société de l'information, non seulement pour la gestion interne mais aussi pour les lier avec les patients et la communauté, notamment par des connexions informatisées patient-hôpital, déjà largement développées dans plusieurs pays.

Implications

- Développement des **espaces** dédiés à l'activité **ambulatoire** amples et ouverts vers l'extérieur et propices à attirer la population.
- Développement de voies de communication et de places de stationnement facilitant l'**accès** à l'hôpital.
- Intégration dans l'hôpital de **services annexes** (restaurations, magasins, pharmacies etc.) que plusieurs hôpitaux récents ont intégré dans le concept de la "rue hospitalière".

2.6 Attentes des professionnels

Les nombreux changements mentionnés ci-dessus engendrent aussi un nouvel environnement pour les professionnels de la santé qui touchera à la fois la culture des organisations, et les fonctions et compétences des collaborateurs.

- Les soins aux personnes âgées et aux malades chroniques qui nécessiteront une adaptation constante de la pratique des soins et l'acquisition constante de **nouvelles compétences**, voire de **nouveaux métiers**, par exemple dans la coordination des soins et la liaison entre institutions.
- Parallèlement, les progrès technologiques, exigeront des personnels soignant et médico-technique des compétences toujours plus pointues et régulièrement actualisées. Ils devront devenir, soit **plus polyvalents**, soit toujours **plus spécialisés**.
- Les **contrôles et actes administratifs** (codage, reporting, etc.) demandés aux professionnels continueront à peser sur leurs activités de soins et à accroître le stress et la pénibilité de leur travail.
- L'hôpital devra ajuster minutieusement ses besoins en ressources humaines, non seulement à la **demande actuelle** mais également aux **attentes et nécessités futures**. L'offre d'emploi diminuera pour certains secteurs alors qu'elle augmentera pour d'autres, et les professionnels devront être préparés à ces évolutions.
- Face à ces changements, les personnels des hôpitaux exigeront que soient mis à leur disposition les **moyens de se former**, de **se tenir à jour**, voire de **se reformer**.
- Les professionnels de la santé, attachés à leur qualité de vie, exigeront de plus des **conditions de travail compétitives et agréables** et une meilleure **valorisation et reconnaissance**, non seulement en termes de salaire mais aussi en termes de l'environnement physique, et d'organisation du travail ainsi qu'en avantages annexes tels que garderies/crèches, etc. Ces exigences deviendront d'autant plus fortes que la part des femmes dans la force de travail ne cesse d'augmenter. Les professions soignantes sont déjà largement féminines, celles de la médecine le deviennent de plus en plus. En Suisse, la proportion de femmes médecins est passée de 16,5 % à 27,9% entre 1980 et 2002 et elle continuera vraisemblablement à augmenter (cf. les proportions encore plus élevées d'autres pays tels que la Suède, les Pays-Bas et le Royaume-Uni).
- La récente révision de la loi fédérale sur le travail limitant les heures de travail, notamment pour les médecins assistants, induit des besoins très importants en personnel supplémentaires. La dispersion des services provoquera non seulement des coûts supplémentaires considérables mais des problèmes majeurs de dotation : il deviendra tout simplement impossible de trouver les médecins et les autres professionnels nécessaires.

Implications

- L'incapacité du secteur sanitaire en général et des hôpitaux en particulier à répondre à ces attentes se traduit par **une pénurie de plus en plus marquée de personnel** dans les hôpitaux en Suisse comme ailleurs. Ils devront donc porter une attention particulière aux **conditions de travail : confort, fonctionnalité et ergonomie des installations et postes de travail, garderies, espaces communs agréables, parkings suffisants** constituent tous des éléments essentiels pour attirer et garder le personnel et pour assurer sa satisfaction, son implication et son rendement au quotidien. De même, le regroupement des services sur un site unique **diminuera les besoins en personnel**, notamment par l'élimination des services à double et la multiplication des équipes et des gardes / piquets que cela implique.
- Les hôpitaux devront également offrir les moyens permettant et favorisant le développement et la **mise à jour des compétences des professionnels**, soit au niveau des bâtiments, des **espaces pour la formation** des professionnels et des stagiaires à tous les niveaux.
- **Il est de nouveau indiscutable qu'un seul hôpital réunissant l'ensemble des lits de soins aigus spécialisés de la Riviera-Chablais logé dans un bâtiment neuf sera de loin plus capable de répondre aux exigences du personnel citées ci-dessus que deux hôpitaux logés essentiellement dans de vieux bâtiments.**

2.7 Révision de la LAMal

Dans la décennie à venir, le renforcement des mécanismes concurrentiels constituera la principale évolution socio-économique des systèmes de santé en Europe, avec pour corollaire un renforcement du rôle de garant des Etats en matière d'accessibilité aux soins et de qualité des prises en charge. La révision de la LAMal traduit, elle aussi, la volonté d'introduire une concurrence accrue dans le domaine de la santé.

Le projet de révision pourrait entrer en vigueur au plus tôt le 1er janvier 2006. Les principales nouvelles dispositions LAMal prévues sont :

- l'intégration des cliniques privées dans la planification hospitalière,
- l'octroi de mandats de prestations par le canton sous réserve de conditions à respecter,
- la suppression de la notion de traitement semi-hospitalier et une nouvelle définition des traitements hospitaliers,
- la planification de la médecine hautement spécialisée par les cantons, ou par la Confédération en cas d'échec,
- le financement à la prestation, selon une structure uniforme au niveau suisse,
- l'intégration des charges d'investissement dans les tarifs,
- le financement paritaire assureurs-canton, y compris pour les hospitalisations en clinique privée.

Implications

Le choix d'un hôpital unique monosite dans un nouveau bâtiment offre un outil de travail à la fois plus efficace, et plus concurrentiel au niveau hôtelier avec les cliniques privées (notamment l'offre de chambres individuelles sera indispensable), que celui d'une extension sur deux des sites existants.

2.8 Organisation

2.8.1 Organisation multisite vs. monosite et nombre de lits

Le rythme et la portée des changements organisationnels dans les hôpitaux sont spectaculaires. Dans la dernière décennie, la régionalisation des hôpitaux, la diminution de la capacité en lits d'hospitalisation et les fusions ont pris un rythme sans précédent, surtout dans les hôpitaux américains et canadiens mais de plus en plus aussi en Europe. Ces changements peuvent être classés en 2 grandes catégories.

- **Alliances et fusions** entre plusieurs hôpitaux et **intégrations horizontale et verticale** de services pour créer des systèmes intégrés de prise en charge ("integrated care systems").
- **Restructurations internes**, notamment **par la reingénierie des processus ("process reengineering")**, qui modifient profondément l'organisation des soins cliniques et les relations entre les différentes spécialités et professions de soins.

Dans les 2 cantons concernés par le futur hôpital, deux projets témoignent de la volonté d'obtenir des économies d'échelle et de rationalisation par des fusions :

- **Équation 33** dans le canton de Vaud par lequel 33 hôpitaux se sont regroupés pour devenir 15 groupes hospitaliers, pour la plupart multisite et multimission (A + B et ou C).
- **Réseau-Santé Valais**, qui vient d'être créé.

Tous les hôpitaux ayant fusionné dans le projet Equation 33 constatent que ces économies seraient nettement plus conséquentes si les services de soins aigus pouvaient être regroupés sur un site unique.

Une revue rapide de projets de construction d'hôpitaux publics (ou public/privés) en France, au Canada aux Etats-Unis et en Grande Bretagne (dont une sélection est résumée au tableau 1 ci-dessous) montre que :

- ceux qui concernent plusieurs hôpitaux, ou un même hôpital sur plusieurs sites, **visent systématiquement à les regrouper sur un seul site**,
- **aucun** ayant une mission comparable à celle du futur hôpital (ou hôpitaux) Riviera – Chablais **n'a moins que 300 lits et plusieurs ont nettement plus**,
- **même les hôpitaux universitaires ayant jusqu'à 1'185 lits sur plus d'un site cherchent à les regrouper sur un site lorsqu'ils en ont l'opportunité.**

Regroupements hospitaliers : projets réalisés ou en cours de réalisation

Hopital / lieux	Type	Pays	Lits	Ouverture	Commentaires
Hôpital Cadolles - Portales, Neuchatel	NU	CH	200	2002	Regroupe trois sites sur un seul
George Washington University Hospital, Washington	U	USA	371	2002	Remplace un hôpital existant
Great Western Hospital, Swindon	NU	GB	464	2002	Remplace l'hôpital existant (+ 87 lits HDJ)
Cook County Hospital USA Chicago, Illinois	NU	USA	464	2002	Remplace l'hôpital actuel sur 13 bâtiments
Hôpital / Clinique de Fécamp, Fécamp	NU	F	279	2003	Regroupe un hôpital public et une clinique privée
Princess Royal University Hospital, Farnborough	U	GB	525	2003	Remplace 3 hôpitaux existants
Auckland City Hospital, Auckland	NU	NZ	710	2003	Regroupe les 3 hôpitaux existants
Norfolk and Norwich University Hospital	U	GB	989	2003	Remplace un hôpital sur 3 sites
University Hospital Coventry & Warwickshire, Coventry	U	GB	1212	2003	Remplace 3 hôpitaux existants
Hôpital Pierre Le Gardeur Lachenaie, Montréal	NU	CAN	282	2004	Remplace l'hôpital existant (extensible jusqu'à 350 lits)
Virginia Hospital Center, Arlington	NU	USA	352	2004	Remplace un hôpital existant
Hôpital d'Annecy, Annecy	NU	F	626	2005	Remplace l'ancien hôpital
Hôspice Civil de Strasbourg, Strasbourg	U	F	712	2005	Remplace les services de soins aigus de l'hôpital pavillonnaire existant
Abbotford Hospital and Cancer Centre, Abbotford, British Columbia	NU	CAN	300	2007	Remplace et agrandit l'hôpital existant
Hopital de Cannes, Broussailles, Cannes	NU	F	533	2007	Remplace l'hôpital existant
Centre hospitalier universitaire de Montréal, Montréal	U	CAN	900	2007	Remplace l'hôpital actuel sur 3 sites
Centre hospitalier intercantonal Annemasse - Bonneville, Fridol	NU	F	500	2008	Regroupe les hôpitaux d'Annemasse et Bonneville
University College London Hospital, London	U	GB	715	2008	Remplace un hôpital sur plusieurs sites
University Hospital Brimingham, Birmingham	U	GB	1185	2008	Remplace 1'085 lits actuels sur 3 sites séparés de 2.5 km
Hôpital de Bourgoin, Jaillon	NU	F	600	2009	Regroupe 3 hôpitaux existants

(U = universitaire NU = non universitaire)

Implications

L'hôpital monosite unique d'environ 300 lits dans un bâtiment neuf est cohérent avec ces tendances, deux hôpitaux monosites de 150 lits basés sur les bâtiments existants agrandis ne le sont pas.

2.8.2 Décentralisation et multidisciplinarité

Au cours des dernières décennies, les grandes entreprises ont adapté leurs structures et leur fonctionnement aux changements de leur environnement en adoptant des **organisations par client et processus**. Peu d'hôpitaux ont suivi, la plupart ont maintenu des modèles organisationnels basés sur l'organisation des fonctions dictées par les administrations publiques et peu orientées vers l'amélioration de l'efficacité du système et de la satisfaction des patients et des professionnels.

Cependant, les hôpitaux les plus performants se sont rendu compte que l'organisation traditionnelle par spécialités est dépassée. Les patients sont toujours plus âgés, toujours plus malades, souvent de plusieurs maladies en même temps (par exemple pathologie cardiaque, hypertension et affection pulmonaire) et nécessitent un traitement de l'état global par une équipe pluridisciplinaire et autonome.

Implications

Pour répondre efficacement à de tels cas il faudra :

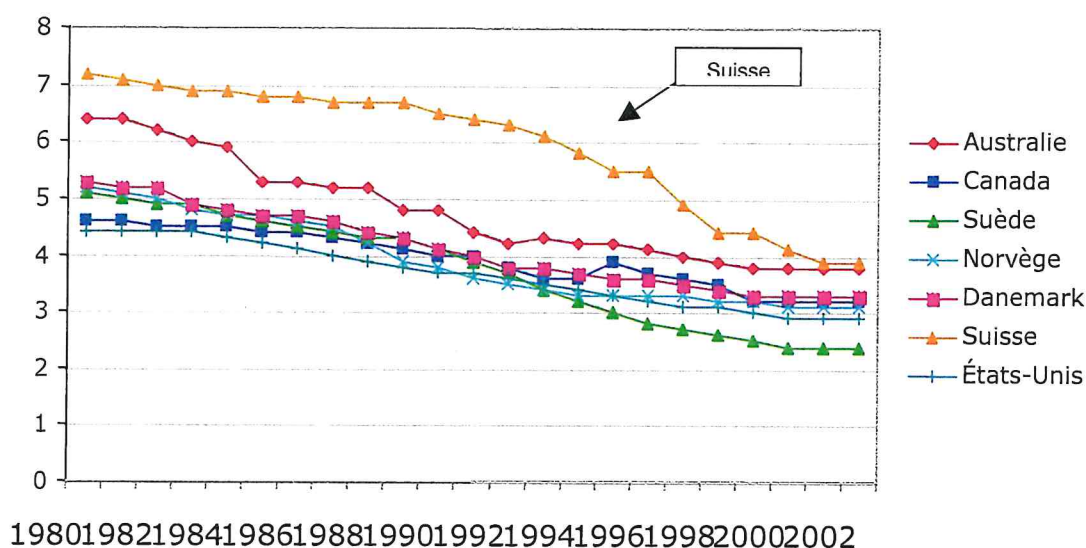
- des structures **flexibles et décentralisées** qui permettent de répondre au plus vite aux évolutions des besoins des patients et professionnels, avec une décentralisation des responsabilités et de l'autorité décisionnelle ;
- des unités organisationnelles ayant une grande **autonomie** de fonctionnement, y compris notamment, la possibilité d'adapter l'offre et de s'organiser en fonction des processus de soins, et de gérer les ressources assignées ;
- des compétences **multidisciplinaires** dans lesquelles des équipes de professionnels de différents spécialités et catégories professionnelles travaillent de façon coordonnée pour un objectif commun ;
- **des regroupements de professionnels sur la base des connaissances gérant des groupes de maladies ayant des caractéristiques communes** ;
- la décentralisation des responsabilités et la multidisciplinarité des équipes, qui devront être facilitées par la configuration et la **flexibilité des espaces** : ceux-ci devront être **autonomes** dans leur fonctionnement et **modulaires** ;
- en fonction la décentralisation, une **dispersion de certains espaces** : par exemple des laboratoires ;
- des **communications internes fluides et des espaces de travail favorables à la coopération** entre professionnels de services différents. Pour cela les flux de personnes devront être finement étudiés.

La restructuration des bâtiments existants avec seulement 150 lits ne permettra qu'une réponse partielle à ces implications, d'une part à cause des contraintes physiques, d'autre part à cause de leur taille trop petite (équipes et nombre de patients n'atteignant pas les masses critiques nécessaires).

2.8.3 Hospitalisation vs. activité ambulatoire

Dans tous les pays développés, il y a une tendance nette de **réduction** des hospitalisations et de la durée des séjours et donc **du nombre de lits de soins aigus** (cf. graphe 3 ci-dessous) et en contrepartie, une augmentation également nette de l'activité ambulatoire et d'hospitalisation d'un jour.

Grappe 3
Evolution de l'offre en lits de quelques pays européens
de 1980 à 2002 (nombre de lits/1000 habitants)



Source : Éco-santé OCDE 2003

En **Suisse le nombre de lits a diminué de 37% de 1980 à 2002**, passant de 45'267 à 28'532 et de 7,2 à 3,9 lits par habitant. Cette offre en lits reste cependant parmi les plus élevées dans les pays développés et elle diminuera vraisemblablement encore, d'autant plus avec l'introduction prévue du financement par APDRG qui encouragera la diminution des durées de séjour (les hôpitaux ne pouvant plus facturer à la journée. En effet ce mode de financement est un facteur de baisse du nombre de lits.

Quant au canton de **Vaud, entre 1991 et 2000 le nombre de lits A déclarés au sein du réseau d'intérêt public a diminué de 34%** passant de 2'664 à 1'746 lits, soit de 918 lits.

Cette diminution est liée à :

- La baisse du nombre d'hospitalisations (de 74'000 à 65'400 (-12%) entre 1991 et 2000), notamment à cause du transfert sur l'hospitalisation d'un jour (HDJ).
- La réduction de la durée moyenne de séjour (de 10,6 jours en 1991 à 7,8 jours en 2000 (-26%).

Les **principaux motifs** de ces changements sont:

- Les **progrès technologiques** :
 - médicaments permettant le contrôle et le suivi ambulatoires des patients ;
 - nouvelles technologies non et minimalement invasives ;
 - nouvelles technologies diagnostiques rapides et utilisables en ambulatoire.
- La volonté croissante des soignants et des patients de **surmonter la maladie dans l'environnement le plus familier possible.**
- La **disponibilité effective d'alternatives** à l'hospitalisation.
- La **pression économique** d'éliminer les hospitalisations et les journées d'hospitalisation inappropriées (les hôpitaux vaudois font, depuis plusieurs années, des revues d'hospitalisation dans ce but).
- La prévention des **infections nosocomiales.**

Implications

- **L'hôpital devra être préparé à répondre à une augmentation du volume de l'activité ambulatoire. Il devra disposer d'une zone polyclinique importante qui constituera son centre de gravité.** Cette polyclinique devra développer et intégrer les espaces suivants :
la chirurgie ambulatoire : un espace autonome pourra lui être consacré avec un circuit indépendant du bloc chirurgical,
les consultations externes (salles de consultations, salles d'attente),
l'hospitalisation de jour.

L'activité ambulatoire sera clairement séparée de l'hospitalisation et aura des accès et circuits pour les patients et les professionnels clairement différenciés.

2.9 Organisation autour du patient

La perception des patients de l'organisation traditionnelle basée sur une structure par directorats professionnels présente de nombreuses failles, notamment :

- manque d'implication dans les décisions les concernant ;
- multitude d'intervenants ;
- lacunes dans la coordination des services ;
- problèmes de communication entre les intervenants ;
- temps d'attente ;
- déplacements continus ;
- lacunes dans la continuité des soins intra et extra muros.

Implications

A partir de ces constatations on peut identifier neuf axes permettant d'orienter l'organisation vers le patient :

- une organisation clientèle (et non par spécialités cliniques ou fonctions) ;
- le travail en équipe interdisciplinaire ;
- une gestion par processus orientée vers les résultats ;
- la décentralisation des décisions ;
- la décentralisation des services du support ;
- continuité et qualité des soins ;
- évaluation des résultats et de la satisfaction de la clientèle ;
- implication médicale dans la gestion ;
- responsabilisation du personnel.

L'organisation du futur consistera ainsi en un **ensemble de services et d'activités intégrés** :

- visant des résultats spécifiques destinés à une clientèle particulière,
- pour lesquels sont allouées des ressources humaines, matérielles et financières.

Les hôpitaux ayant déjà pris ce virage (tel que l'hôpital Sainte-Justine de Montréal) rapportent des résultats positifs : augmentation de la satisfaction de la clientèle, bon niveau de satisfaction du personnel, amélioration de la continuité des soins.

Pour être réellement orientée vers le patient, l'organisation de l'hôpital devra s'appuyer sur une **structure physique pouvant être adaptée** à la demande des patients, à son évolution et à ses fluctuations.

Pour cela, la structure adoptée devra être **flexible, polyvalente et sectorisée** au travers d'espaces adaptables et **modulaires**. Ceux-ci permettront une restructuration en cas de croissance et/ou modifications de l'activité hospitalière.

La **différenciation des espaces selon la nature de l'activité** qui s'y déroule facilitera le repérage des patients :

- activité urgente vs. activité programmée ;
- hospitalisation vs. activité ambulatoire ;
- activité pédiatrique vs. activité adulte, etc.

2.10 Progrès technologiques

2.10.1 Incorporation de la technologie médicale

De nombreuses avancées dans la technologie médicale sont prévisibles dans les décennies à venir notamment dans les domaines suivants :

- biomatériaux/implants ;
- nanotechnologie / miniaturisation ;
- cytogénèse et régénération tissulaire ;
- vaccins (cancer, virus immunodéficients, diabète type 1, etc.) ;
- médicaments ;
- génomique et biotechnologie (détection et correction d'anomalies génétiques) ;
- chirurgie non invasive ;
- radiologie interventionnelle ;
- robotique (logistique et clinique) ;
- xénotransplantations (l'offre d'organes sera alors illimité) ;
- imagerie médicale, (disponibilité en temps réel, digitalisation, téléradiologie, traitement informatique) ;
- détecteurs (monitorage à distance des fonctions des patients).

Certaines de ces avancées diminueront les besoins d'hospitalisation, d'autres augmenteront les possibilités de traitement hospitalier ou impliqueront une réorganisation des services.

Implications

Dans tous les cas, l'adaptation des services hospitaliers aux avancées de la technologie médicale sera plus facile dans un bâtiment neuf, de taille suffisante, dont les surfaces ont été conçues dès le début de manière modulaire et facilement adaptable.

2.10.2 Utilisation de l'informatique et de la télécommunication

Une grande partie des activités réalisées dans les hôpitaux sont déjà contrôlées par des systèmes informatiques ou peuvent l'être (rendez-vous, dossiers cliniques, admissions, tests

diagnostiques, pharmacie, listes d'attente, urgences, salles d'opération, comptabilité et facturation, commandes, ressources humaines etc.). Toutefois, pour la plupart, ces applications ne sont **pas interconnectées, et ne permettent pas une gestion intégrale des informations**. Ainsi, des documents papiers sont encore nécessaires, et les structures et procédures restent lourdes, lentes, complexes et excessivement bureaucratiques. Or, la grande quantité de données générées dans un hôpital implique une gestion favorisant une vision intégrée de toute l'organisation et permettant une amélioration de la qualité et l'efficacité de toutes les activités.

L'organisation hospitalière du futur concevra la prestation de services à travers des systèmes intégrés en réseau, grâce auxquels **chaque acte réalisé sera enregistré de façon à pouvoir être exploité, analysé et utilisé** immédiatement dans la **prise de décisions**.

De même, les avancées dans les domaines de l'Internet /télécommunications favorisent chaque jour une communication supérieure entre fournisseurs de soins, payeurs et patients. Il a été estimé que, si les patients pouvaient communiquer avec les médecins et être contrôlés à travers l'Internet, les visites médicales diminueraient de 20% et les médecins dédieraient 30% de leur temps de travail à l'utilisation d'outils basés sur l'Internet.

Les technologies informatiques et de télécommunications devraient permettre, entre autres :

- d'intégrer les informations venant de différentes sources ;
- de permettre l'accès rapide à ces informations en temps réel partout (sous les contraintes de la sécurité des données) et ainsi d'améliorer et d'accélérer les décisions ;
- de créer un dossier clinique intégré ;
- de diminuer les délais pour toutes les transactions (administratives et cliniques) ;
- de développer la télémédecine et la télésurveillance ;
- d'améliorer les échanges professionnels et l'accès aux informations et publications médicales.

Implications

- Les hôpitaux devront être équipés d'un **câblage informatique** complet et de débit suffisant pour des volumes importants d'informations.
- Les **espaces réservés à l'archivage** des documents papiers seront donc de moins en **moins importants**. Ils devront donc être flexibles afin de pouvoir être réduits et affectés à un autre usage par la suite.

Ces implications n'ont pas de conséquences lourdes dans le choix d'un hôpital monosite unique dans un nouveau bâtiment.

2.11 Respect de l'environnement

Les considérations dans ce domaine ne sont pas présentées ici, car les exigences environnementales et de développement durable appliquées par l'Etat seront appliquées quelle que soit l'option choisie. Cela dit, il est évident qu'elles pourront être satisfaites plus complètement dans une construction neuve pour laquelle elles seront prises en compte dès le début, à la fois dans la conception du bâtiment et dans le choix du site.

2.12 Conclusions

Les constats qui ont été développés ci-dessus affectent de manière fondamentale :

- le choix de l'option : hôpital monosite unique dans un bâtiment neuf, ou deux hôpitaux monosites obtenus par l'agrandissement et l'adaptation des bâtiments existants du Samaritain et d'Aigle,
- la définition des besoins en termes de surfaces et de conception des nouveaux bâtiments.

Les implications dont la prise en compte sera facilitée voire conditionnée par le choix de l'option monosite unique du futur hôpital peuvent être regroupées en trois grands groupes.

Economies d'échelle

Un hôpital monosite constitue incontestablement la solution la plus favorable à la réduction des dépenses en permettant une concentration des ressources et une baisse des coûts d'exploitation. En concentrant les infrastructures sur un seul site les masses critiques seront plus facilement atteintes et ceci permettra d'incorporer au maximum les technologies médicales.

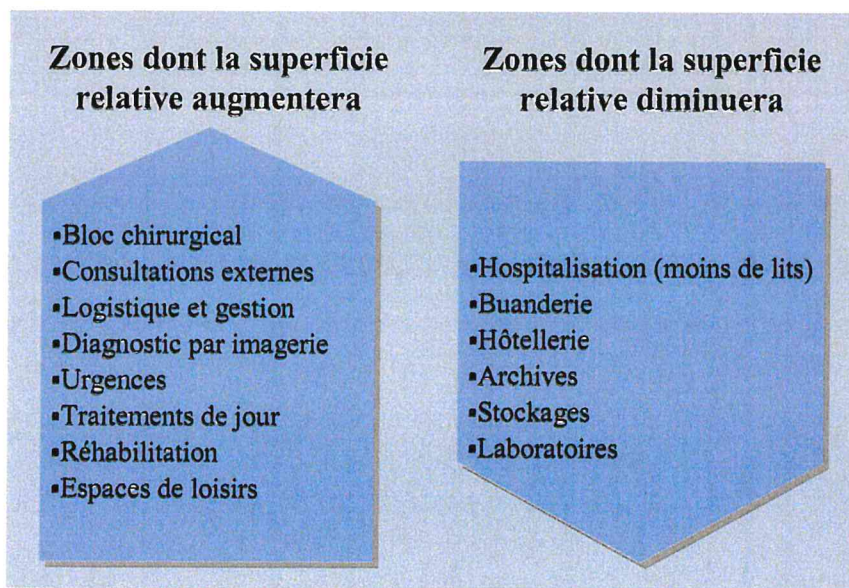
Critères organisationnels et fonctionnels

La concentration des infrastructures sur un seul site sera favorable à la personnalisation et à la continuité de la prise en charge notamment en termes de :

- fonctionnalité : facilitation de la circulation des patients,
- flexibilité : remaniement des espaces selon les besoins fonctionnels, l'évolution de la technologie et des attentes des patients et des professionnels.

Le regroupement des activités en un seul endroit permettra également de construire une zone ambulatoire unique, importante et visible pour la population.

Les modifications résumées ci-dessous en ce qui concerne les surfaces et l'organisation de l'hôpital, tant au moment de la mise en service qu'ultérieurement, ne pourraient être effectuées que partiellement ou de manière non optimale dans les structure existantes.



Le passage au financement par activités exigera l'implantation d'outils de contrôle de la gestion des dépenses. Cette gestion sera simplifiée si l'hôpital est monosite : la centralisation et l'homogénéité de l'information seront facilitées.

Le regroupement des professionnels de toutes les spécialités au même endroit sera propice à la collaboration et à la coordination entre les équipes et au travail interdisciplinaire.

Accessibilité et intégration

Un site unique favorisera l'accessibilité et l'intégration des ressources sanitaires.

<p>Accès pratique et rapide pour les patients et les professionnels : connections par transport public, communication par route, places de stationnement, sorties d'urgences dégagées etc.</p>	<p>Intégration visuelle à l'environnement par l'utilisation de matériaux et couleurs adéquats lors de la construction.</p>
<p>Intégration "écologique" à l'environnement par l'utilisation de matériaux non contaminants, l'usage d'énergies renouvelables, le traitement, l'auto-épuration et le recyclage de déchets, l'insonorisation, etc.</p>	<p>Intégration architecturale du terrain avec les édifices et structures environnants : hauteurs, volumes, espaces ouverts, espaces verts, etc.</p>

L'option d'un hôpital monosite unique dans un nouveau bâtiment apparaît indispensable si l'on veut obtenir un hôpital tourné vers l'avenir et dont la pérennité sera assurée par son adaptabilité et sa taille.