

Etude de divers scenarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais

Rapport final – octobre 2000



DEPARTEMENTS DE LA SANTE,
SERVICES DE LA SANTE PUBLIQUE



Table des abréviations

CHIN	Community Health Information Network	SCRIS	Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	SI/SC	Soins intensifs / Soins continus
CTR	Centre de Traitement et de Réhabilitation	SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
CSSC	Centre de soins et de santé communautaire	SSP	Service de la Santé Publique
DMS	Durée Moyenne de Séjour	TOM	Taux d'Occupation Moyen
EPT	Equivalent Plein Temps (poste occupé à 100%)		
FHV	Fédération des Hôpitaux Vaudois (anciennement : GHRV)		
GHRV	Groupement des Hôpitaux Régionaux Vaudois (nouveau : FHV)		
HAD	Hospitalisations à domicile		
HDJ	Hospitalisation d'un Jour		
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève		
IDS	Integrated Delivery System		
KF	Kilos francs (millions de francs)		
LAMal	Loi sur l'assurance maladie		
OFS	Office Fédéral des Statistiques		

Table des matières

	Page		Page
Résumé du rapport en 10 points clés	4	Analyse de quelques variantes de mise en oeuvre	38
Introduction	5	Recommandations finales	41
Présentation du mandat	7	Perception politique du changement	43
Réalisation du mandat	9	Annexes	45
Vision de l'hôpital du XXI ^{ème} siècle	10		
Vision du réseau hospitalier de l'Est vaudois et du Chablais	13		
Conclusions au terme de cette réflexion sur la vision	16		
Démographie régionale, structure du bassin de captation et besoins en lits	17		
Evaluation des deux réseaux hospitaliers actuels	22		
Evaluation des infrastructures existantes	27		
Analyse économique des trois scenarii	30		
Mise en oeuvre des trois scenarii	34		

Résumé du rapport en 10 points clés

- Le rapport recommande qu'un hôpital unique devrait être construit pour les besoins du bassin de population des districts de Vevey, Aigle et Monthey et partiellement St-Maurice,
 - Cette solution est acceptée sur le principe dans les trois districts,
 - La question de l'emplacement est un élément de conflit entre les deux régions de la Riviera et du Chablais,
 - L'emplacement optimal de l'hôpital se situe à proximité d'Aigle,
 - Les investissements pour le nouvel hôpital sont de l'ordre de 130 à 160 millions,
 - Les économies annuelles d'exploitation liées à la fermeture des 4 sites et au transfert de l'activité sur un site unique sont de l'ordre de près de 14 millions par an,
 - Les économies (entre 8 et 14 millions de francs par année selon le scénario retenu) permettraient de financer le nouvel hôpital ainsi que la dette actuelle des hôpitaux en 25 ans environ,
- Le statu quo, (le maintien de 4 hôpitaux) ainsi que le scénario consistant à construire deux monosites ne sont pas viables à long terme. Ces hôpitaux n'auront bientôt plus la masse critique pour fonctionner,
 - Bien que l'hôpital unique soit le meilleur scénario en terme de coût et de qualité des prestations, il sera difficile à faire accepter. Un projet de communication et de gestion du changement devra être mis en place pour faire accepter un tel projet.

Introduction

Deux hôpitaux multisites se sont récemment créés dans la zone Riviera-Chablais des Cantons de Vaud et Valais :

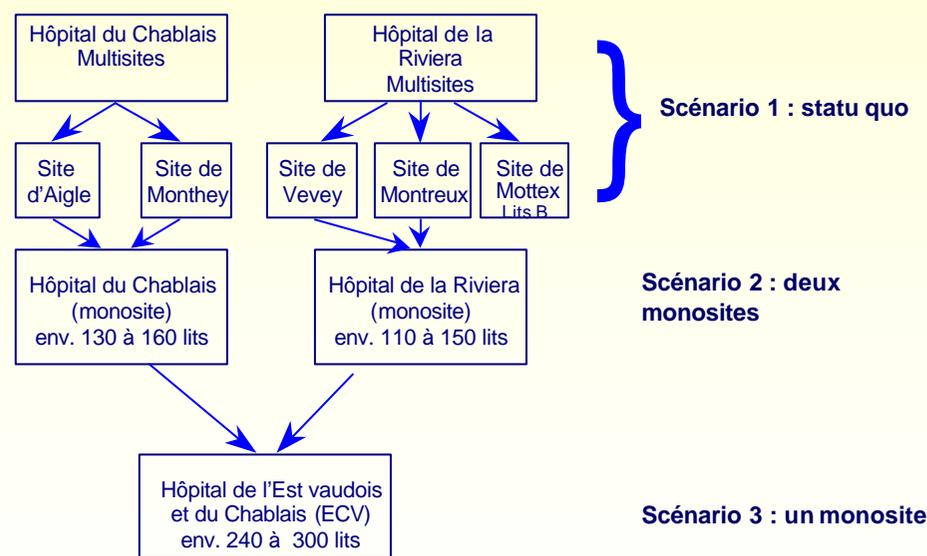
- l'Hôpital de la Riviera (HR - 1.1.98) procédant de la fusion de trois établissements, soit le Samaritain à Vevey, l'Hôpital de Zone de Montreux et le CTR de Mottex à Blonay,
- l'Hôpital du Chablais (HDC - mars 98) résultant de la fusion de deux établissements, soit l'hôpital du district de Monthey (VS) et l'Hôpital de Zone d'Aigle (VD).

Les hôpitaux de la Riviera et du Chablais ont près de 2 ans d'expérience dans le mode de fonctionnement d'hôpitaux uniques multisites. Si les réaménagements d'activités et les réorganisations ont permis d'apporter des améliorations qualitatives et d'atteindre une meilleure productivité, ce mode de fonctionnement n'est pas optimal comme nous le verrons dans ce rapport.

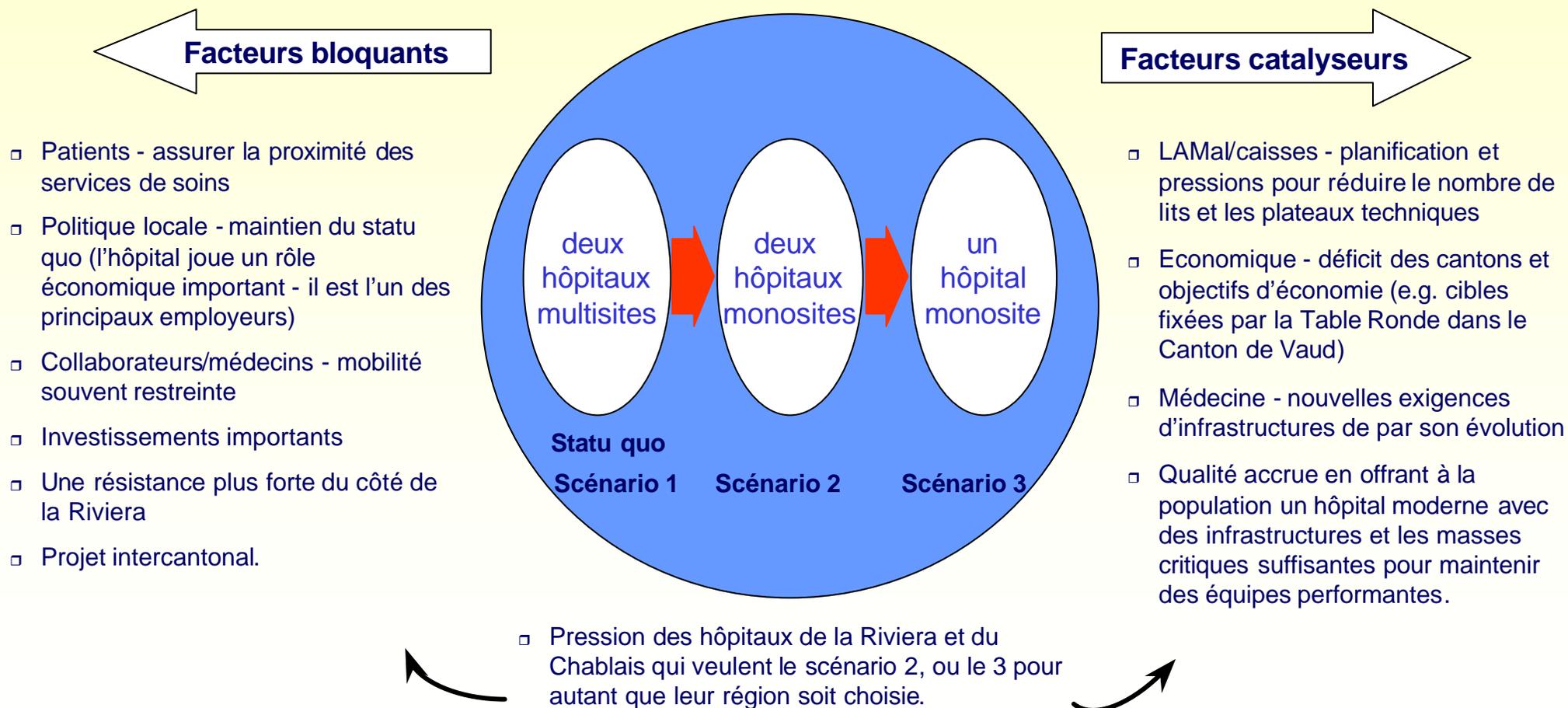
Les conventions de fusion des hôpitaux de la Riviera et du Chablais prévoient à terme le remplacement des établissements actuels par la création de deux hôpitaux sur un site unique (un pour la Riviera et un pour le Chablais).

Entre-temps, un nouveau scénario a émergé, soit la concentration de ces hôpitaux sur un seul site au lieu d'une dispersion sur deux sites.

Il en résulte que les divers acteurs et en particulier les autorités sanitaires devront choisir entre les trois scénarii génériques visualisés ci-dessous.



Ces discussions et les choix qui devront en découler ont lieu dans un contexte plus complexe dominé par d'autres enjeux et contraintes, qui se traduisent pour les autorités valaisannes et vaudoises par de forts champs de tensions qui influenceront le processus de décision. Cette situation peut être représentée en la simplifiant par le schéma ci-après.



Présentation du mandat

- Les chefs du Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie pour le Canton du Valais et du Département de l'Intérieur et de la Santé Publique pour le Canton de Vaud s'interrogent sur les questions stratégiques suivantes : "vaut-il la peine de maintenir les hôpitaux multisites actuels, est-il préférable de réaliser soit deux hôpitaux monosites de 150 à 160 lits chacun ou de regrouper ces établissements en réalisant un hôpital unique d'une taille que l'on peut situer dans une fourchette de 240 à 300 lits en fonction des hypothèses retenues" (scenarii 2 à 3 présentés au point précédent). A fin 1998, Ernst & Young Consulting a été mandaté par les deux Services de Santé Publique pour réaliser cette étude dans le courant de l'année 1999.

Un choix stratégique qui « hypothéquera » l'avenir du réseau sanitaire du Chablais et de l'Est vaudois de manière déterminante pour plusieurs décennies.

L'analyse du scénario retenu devra notamment prendre en compte les éléments suivants :

- les nouvelles contraintes sanitaires du XXI^{ème} siècle,
- les besoins des réseaux (p. ex. rôles extra-muros grandissants des hôpitaux),
- la tendance à regrouper les activités "lourdes", très spécialisées, nécessitant des infrastructures coûteuses sur des hôpitaux tels que le CHUV,
- l'influence du « managed care » et les nouvelles règles de concurrence ainsi que la pression sur les coûts exercée par les caisses,
- les nouvelles densités de lits aigus (qui vont diminuer dans une fourchette que nous évaluons a priori d'ici 5 à 10 ans à 2 - 2.5 lits/1000 habitants),
- les résistances politiques (voir p.ex : situations du Haut-Valais en relation avec les hôpitaux de Brig et Viège).

Pour chaque scénario étudié, il est demandé de prendre en compte les éléments suivants :

- **faisabilité au plan médical**, en dégagant les avantages et inconvénients des scénarii,
- **faisabilité au plan économique** (coûts de construction, frais d'exploitation, utilisation des bâtiments existants en prenant en compte les investissements et dettes existants),
- **faisabilité au plan des infrastructures** (terrains, bâtiments, investissements),
- **accessibilité** (pour les patients, médecins, collaborateurs),
- **dimension politique** des divers projets.

Autrement formulé, cette étude doit fournir aux décideurs les éléments clés leur permettant de choisir comme option de base, l'un des 3 scénarii génériques présenté ci-dessus; étant entendu que ce scénario devra par la suite être affiné.

Les experts sont cependant conscients des limites d'une telle approche rationaliste. Des expériences récentes faites tant dans les Cantons de Vaud et Valais, qu'ailleurs en Suisse (p.ex: Tessin et Genève) démontrent que d'excellents projets de réorganisation ont été bloqués ou rejetés, soit par le peuple souverain, soit par des groupes politiques, sur la base de critères "émotionnels" et irrationnels. Ce point sera également traité dans ce rapport.

Réalisation du mandat

Ce mandat a été réalisé durant la période de janvier à octobre 1999 par MM. Olivier Girardin - Partner, et Philippe Bolla - Directeur-adjoint chez Ernst & Young Consulting à Lausanne. Le Dr. Jean-Michel Gaspoz, PD et médecin chef de service adjoint au service de médecine 2 des HUG a été consulté notamment sur les parties concernant la vision du réseau hospitalier et les liens avec les CSSC. Une séance de discussion a également eu lieu avec le directeur général des Hospices Cantonaux, le directeur du CHUV ainsi qu'avec plusieurs professeurs du CHUV. Les consultants ont été soutenus dans leurs efforts par les Services de Santé Publique des Cantons de Vaud et Valais. Les directions des hôpitaux de la Riviera et du Chablais ont également contribué à cette étude.

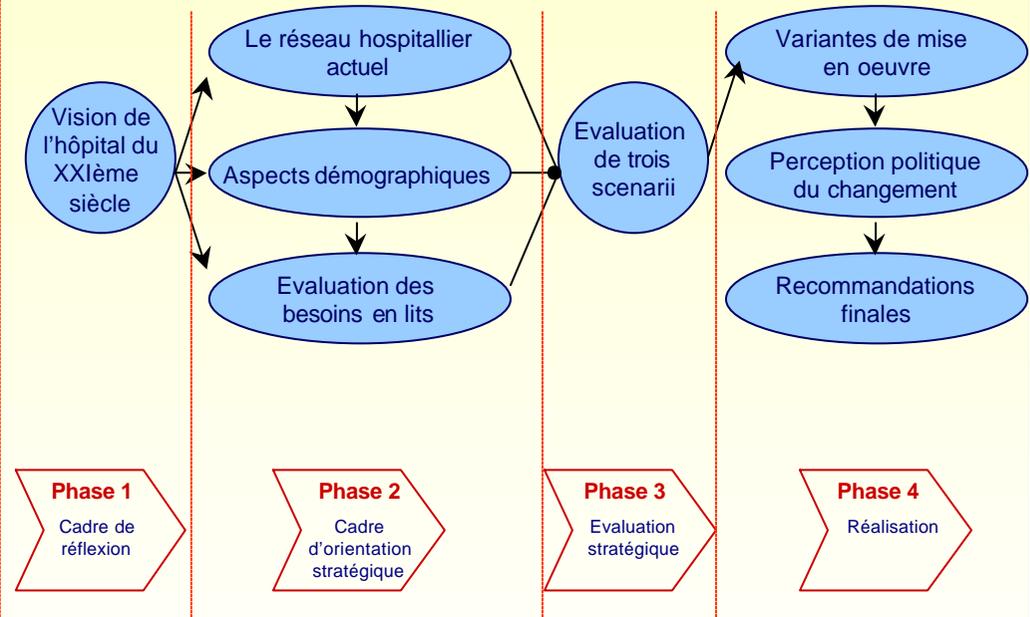
De plus, diverses autres personnalités médicales et politiques ont été interviewées (voir liste des personnes ayant participé à cette étude en annexe).

Les étapes suivies pour réaliser cette étude sont visualisées ci-après :

Etude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux de la Riviera et du Chablais



Quant au cheminement suivi pour arriver aux conclusions de cette étude et qui correspond de fait à la structure de ce rapport, il a été le suivant :



Vision de l'hôpital du XXI^{ème} siècle

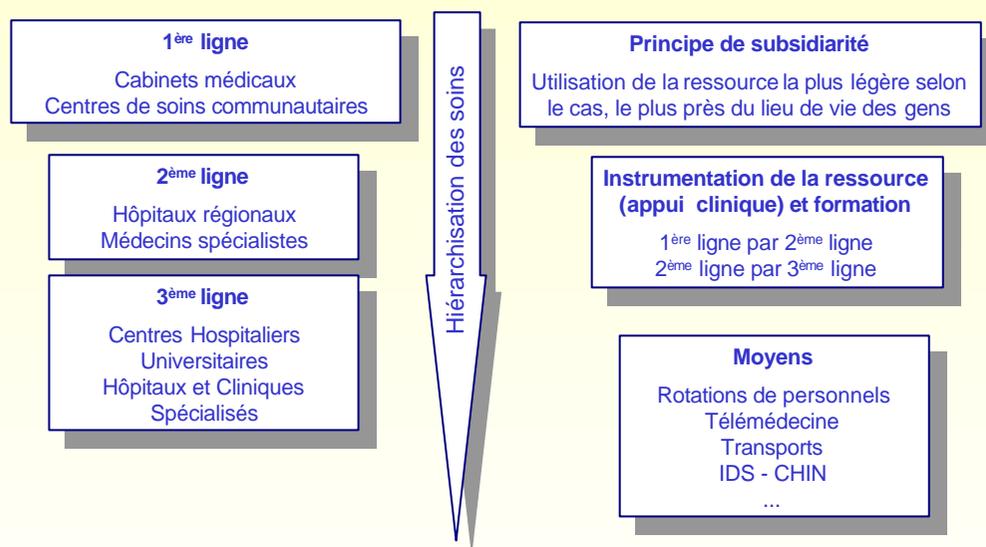
Les grandes tendances qui vont transformer le paysage sanitaire du XXI^{ème} siècle.

- La croissance et le vieillissement démographique ainsi qu'une précarisation économique accrue de la population.
- Des coûts de la santé qui continueront à croître plus rapidement que l'indice du coût de la vie.
- Des patients-clients de plus en plus informés et exigeants (voyez les paradigmes de la Nouvelle Gestion Publique, par exemple) autant d'éléments qui vont mettre sous pression le monde sanitaire et l'obliger à se transformer, avec pour enjeux le maintien de la qualité des soins et surtout de continuer à pouvoir garantir l'accessibilité aux services de soins.
- Une technologie médicale qui va modifier considérablement l'organisation des soins.
- Une concurrence avec d'autres réseaux et organisations de soins.

D'autres tendances se matérialisent chaque jour un peu plus fortement.

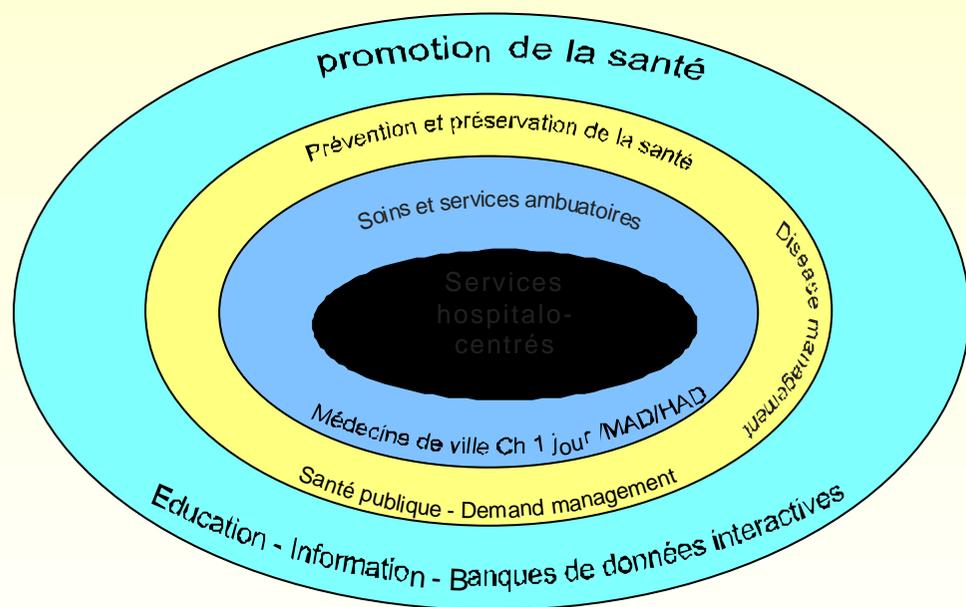
- Les pratiques médicales seront fondées sur des protocoles issus de consensus scientifiques et des analyses coûts/efficacité et coûts/bénéfices des protocoles utilisés (concept de l'evidence based medicine).
- Evolution vers la co-responsabilité patient-prescripteur dans le processus de soins. Les médecins auront de plus en plus une obligation de résultat.
- Le développement de pratiques coordonnées grâce à la mise en oeuvre de réseaux hiérarchisés (voir page suivante) de services et l'emploi de nouvelles technologies.
- Des approches innovantes dans les soins et le mode de prise en charge des patients en général et des personnes âgées en particulier.
- Des soins à domicile beaucoup plus performants, permettant en particulier de ramener le patient beaucoup plus rapidement à son domicile.
- La création de nouvelles professions telles que gestionnaires de cas (case managers) dont le rôle consistera à «piloter» de manière optimale, les patients le long de la chaîne thérapeutique au sein du réseau de soins.

Il s'en suit qu'au niveau de la mise en place de réseaux de soins, on observera l'organisation décrite succinctement ci-après :



- L'organisation du réseau de soins se fera sur la base d'un principe de subsidiarité et d'une hiérarchisation des soins. Le système devra répondre aux besoins du patient en utilisant la ressource la plus légère, le plus près possible du lieu d'habitation.
- Une hiérarchie de soins s'organisera de manière plus formelle entre les soins de première ligne, deuxième ligne et les centres hospitaliers universitaires.
- Ce système sera largement soutenu par les moyens de communication accrus, télémedecine, accès à l'information par Internet. L'explosion des moyens de communication sera déterminante et modifiera considérablement les processus de travail.

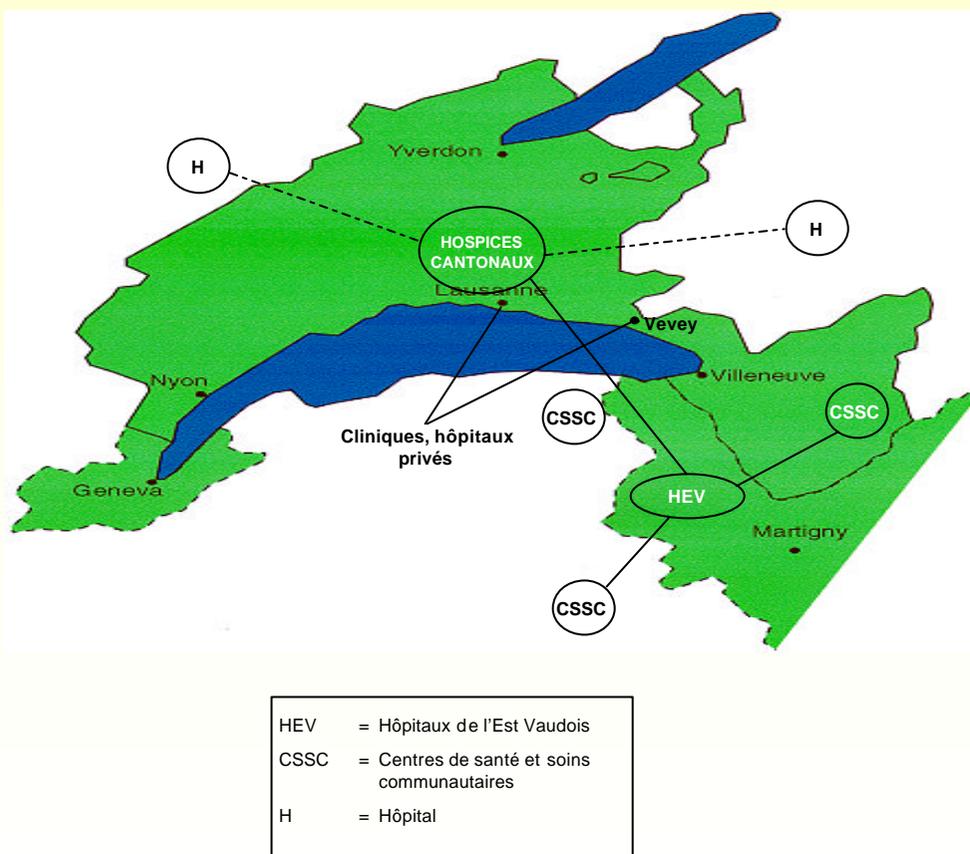
Ces réflexions nous conduisent à adopter une vision élargie du système de santé : le continuum de services intégrés, tel que représenté par le schéma ci-dessous.



- L'hôpital continuera à assumer un rôle central en tant que prestataire de soins aigus, mais son intégration dans un continuum de soins s'accéléra.
- L'hôpital s'intégrera dans un système de soins élargi où l'information circule entre les différentes couches du réseau.
- Les aspects liés à la promotion de la santé ainsi que la prévention joueront un rôle prépondérant à l'avenir

Vision du réseau hospitalier de l'Est vaudois et du Chablais

Compte tenu de ces réflexions, nous imaginons la future carte hospitalière de l'Est vaudois et du Chablais valaisan de la manière suivante :



Se pose dès lors les questions suivantes en relation avec le Chablais valaisan et l'Est vaudois :

- de la répartition des spécialités et responsabilités médicales entre les structures universitaires du CHUV, l'Hôpital Régional de Sion, les centres hospitaliers régionaux et les «centres de soins communautaires (les primary care clinics) ainsi que les autres acteurs du réseau sanitaire,
- de la taille du bassin de captation à prévoir pour un hôpital régional,
- du réseau de CTR collaborant avec l'hôpital régional,
- de la prise en compte de l'Hôpital de la Providence à Vevey ainsi que les autres établissements de la région figurant dans la planification LAMal des deux cantons,
- des centres de soins et de santé communautaires, qui offrent une infrastructure légère et mettent à disposition les services de premiers recours d'une polyclinique.

L'option qui sera retenue pour la réorganisation du réseau hospitalier de la zone Riviera-Chablais doit s'inscrire dans une vision dynamique de ce que sera l'hôpital du XXI^{ème} siècle.

Quatre constats s'imposent d'emblée.

1er constat : le secteur hospitalier est engagé dans un processus de transformation radicale irréversible

2ème constat : les réseaux hospitaliers de la Riviera et du Chablais sont trop denses et ne répondent plus de manière optimale aux besoins de la médecine d'aujourd'hui et de demain

3ème constat : les résistances au changement sont importantes au sein des communautés de la Riviera et du Chablais

4ème constat : il y a unanimité quant à la réalisation d'un hôpital unique

1er constat : le secteur hospitalier est engagé dans un processus de transformation radicale irréversible.

«Lorsque l'on songe à l'avenir de nos établissements, à leur mandat et à leur mode d'organisation, (...) le statu quo est impossible, il ne peut être question que de grands changements. (...) Déjà, nos établissements sont en proie à de profondes transformations. Le processus est enclenché et se poursuivra. La pression augmente et le rythme s'accélère».

Rapport final du comité directeur - Etude de faisabilité sur la création d'un centre hospitalier de l'Université McGill, Montréal, 1er mars 1994.

2ème constat : les réseaux hospitaliers de la Riviera et du Chablais sont trop denses et ne répondent plus aux besoins de la médecine d'aujourd'hui et de demain.

- Les réseaux hospitaliers valaisans et vaudois se sont constitués à une époque où l'abondance des ressources permettait de concilier la sophistication croissante des technologies avec un maillage très fin des territoires cantonaux.
- Le système est aujourd'hui caractérisé par des hôpitaux trop petits (moins de 120 à 150 lits en un seul site) et un suréquipement en plateaux techniques et en ressources généralement sous-utilisées.

- Les pressions économiques et politiques ainsi que les progrès de la médecine favorisent une concentration des ressources avec comme objectif, l'atteinte de masses critiques suffisantes, permettant d'améliorer la qualité médicale et l'efficacité.

3^{ème} constat : les résistances au changement sont importantes au sein des communautés de la Riviera et du Chablais

- Les désavantages économiques et techniques de disposer de petits hôpitaux sous-utilisés apparaissent moins évidents aux usagers et aux collectivités locales, que la commodité d'une prise en charge de proximité dans de petits établissements de taille humaine prime.
- Les hôpitaux de zone et de district sont souvent les plus importants employeurs de leur région, ce qui explique en grande partie les freins au plan politique.

- Les liens affectifs qu'une population entretient avec «son hôpital» rendent d'autant plus difficile un changement de sa mission, voire sa fermeture.
- Quelques personnalités rencontrées dans le secteur Riviera-Chablais estiment que l'effort de fusion déjà réalisé par les hôpitaux de la région est suffisant et qu'il convient de réaliser au plus vite deux hôpitaux monosites, en laissant le soin à une prochaine génération de réaliser un seul monosite.

4^{ème} constat : oui à un hôpital unique

- La grande majorité des personnes rencontrées (voir annexes) est cependant unanime pour reconnaître que la seule solution logique à retenir à terme est celle d'un hôpital unique (scénario 3).

Les opinions divergent cependant fortement, comme on pouvait s'y attendre, sur son emplacement.

Conclusions au terme de cette réflexion sur la vision

Nos observations :

- la taille optimale d'un bassin de captation, compte tenu de la densité démographique et des distances des zones sub-urbaines considérées, sera de notre point de vue de l'ordre de 100 à 200'000 habitants (soit des hôpitaux d'une taille de 200 à 350 lits aigus). Dans ce sens, le scénario 3 se révèle le plus attractif,
- les critères de flexibilité, d'accessibilité et de rentabilité pourront être mieux satisfaits par un hôpital unique (scénario 3) grâce notamment à une conception beaucoup plus moderne de l'infrastructure et de ses aménagements,
- le seul critère qui milite en faveur des scénarii 1 ou 2 est celui de la proximité. Compte tenu des distances modestes considérées, ceci ne nous semble pas être rédhibitoire,
- nous pouvons dès lors poser le postulat qu'à terme, le Canton de Vaud se rapprochera du modèle évoqué en page 12 et disposera pour la médecine aiguë d'un hôpital universitaire entouré d'hôpitaux et cliniques spécialisés, de trois hôpitaux régionaux (Nord, Ouest et Est) et de centres de soins communautaires de proximité. Un tel phénomène de concentration devrait également se produire en Valais.

Nous concluons à partir de la vision et des tendances lourdes présentées dans ce chapitre et pour répondre de manière ad hoc aux besoins médicaux du secteur Riviera-Chablais, de la nécessité de ne réaliser dans l'idéal qu'un seul hôpital régional en remplacement des quatre hôpitaux situés à Vevey, Montreux, Aigle et Monthey. La taille de cet établissement dépendra notamment du mode de collaboration/intégration qui pourra être adopté avec l'Hôpital La Providence à Vevey et la décision de maintenir ou non sur un site séparé, le CTR de Mottex.

En résumé, une première analyse qualitative sur la base de cinq critères de choix nous permet de comparer les trois scénarii génériques envisagés dans cette étude et place le scénario 3 en tête.

	SCENARIO		
	1	2	3
□ Taille optimale du bassin de captation (atteinte masses critiques)	1	1	3
□ Flexibilité	1	2	3
□ Accessibilité	4	4	3
□ Proximité	4	3	3
□ Rentabilité / efficience	1	2	4
Total de points	11	12	16
	==	==	==

1 = plutôt faible; 2 = moyen; 3 = bon; 4 = excellent

Démographie régionale, structure du bassin de captation et besoins en lits

De par l'évolution de la médecine et en particulier des prises en charge accrues en mode ambulatoire, il est reconnu que le nombre de lits d'hôpitaux n'est plus l'élément essentiel dans la définition d'une stratégie hospitalière, d'autres éléments comme la capacité d'accueil de patients ambulatoires où la taille de plateaux techniques sont pris en considération. Dans notre analyse nous avons pris en compte les lits d'HDJ comme étant des lits d'hôpitaux, au même titre que les lits A stationnaires.

Prévisions démographiques

- Pour analyser ces besoins, nous avons utilisé les prévisions démographiques effectuées par le service de statistique du canton de Vaud. Une prévision démographique pour le Valais est en cours de réalisation avec la collaboration de l'OFAS et n'a pas encore été validée. Les chiffres préliminaires montrent une très forte augmentation des populations de Monthey et de St-Maurice. Dans le cadre de ce rapport, nous avons utilisé, les taux de croissances calculés par le SCRIS, pour le district de Vevey.

Les prévisions démographiques pour la région de l'Est vaudois et du Chablais durant la période 1997 à 2020.

	1997	2000		2005		2010		2015		2020	
Aigle*	33'754	33'455	-0.9%	33'510	-0.7%	33'647	-0.3%	33'770	0.0%	33'923	0.5%
Vevey*	64'779	65'223	0.7%	65'716	1.4%	66'176	2.2%	66'462	2.6%	66'683	2.9%
Monthey**	32'540	32'763	0.7%	33'011	1.4%	33'242	2.2%	33'385	2.6%	33'496	2.9%
1/2 St. Maurice	5'312	5'348	0.7%	5'389	1.4%	5'427	2.2%	5'450	2.6%	5'468	2.9%
Total Chablais	71'606	71'566	-0.1%	71'910	0.4%	72'315	1.0%	72'605	1.4%	72'888	1.8%
Total Riviera	64'779	65'223	0.7%	65'716	1.4%	66'176	2.2%	66'462	2.6%	66'683	2.9%
Total	136'385	136'789	0.3%	137'626	0.9%	138'491	1.5%	139'067	2.0%	139'571	2.3%
St-Maurice**	10'624	10'697	0.7%	10'778	1.4%	10'853	2.2%	10'900	2.6%	10'936	2.9%
Lausanne*	186'098	184'125	-1.1%	182'647	-1.9%	181'909	-2.3%	181'212	-2.6%	180'865	-2.8%

* Source : SCRIS / ** Source : Administration du Valais

Nos observations :

- à la demande de l'Etat du Valais, nous avons inclus la moitié de la population du district de St-Maurice dans le bassin de captation de l'Hôpital du Chablais. Compte tenu des hypothèses mentionnées, le bassin de captation de l'hôpital passerait de 136'385 à 139'571 habitants pour la période de 1997 à 2020,
- il convient de noter que la population des districts d'Aigle et Monthey augmente fortement durant les périodes de vacances, en particulier en hiver.

Répartition des lits A par secteur pour 2005; durée de séjour standard sur la base des données 1996*.

Des analyses détaillées effectuées par le SCRIS permettent d'estimer les besoins en lits pour 1000 habitants dans les 4 secteurs du Canton de Vaud en 2005 et 2010. Ces analyses qui prennent en considération de nombreux critères (démographiques et épidémiologiques), confirment le chiffre de 2 lits pour 1000 habitants dans le secteur Est ainsi que le taux d'hospitalisation de 10% que nous avons retenu pour nos projections.

Les chiffres suivants sont prévus à l'horizon 2005-2010 :

Secteurs	Nombre de lits par secteur		Nombre de lits pour 1'000 habitants	
	2005	2010	2005	2010
Nord	288	300	2.23	2.27
Ouest	249	260	1.61	1.60
Est	211	220	2.03	2.11
Centre	719	751	3.10	3.24
Total	1'467	1'531	2.37	2.43

* Sources SCRIS 1997

Nord : districts de Cossonay, Orbe, La Vallée, Yverdon, Grandson, Payerne, Moudon, Avenches
 Ouest : districts de Morges, Aubonne, Nyon, Rolle
 Est : districts de Vevey, Aigle, Pays d'En-Haut
 Centre : districts de Lausanne, Echallens, Oron, Lavaux

Nombre de séjours, effectifs et taux d'hospitalisation de la population prévus dès 2005 dans le canton de Vaud*.

Les calculs du SCRIS indiquent un taux d'hospitalisation de 9,7 % à l'horizon 2005. Nous retiendrons un taux de 10% d'hospitalisation.

Secteurs	Nombre de séjours prévus	Population prévue	Taux d'hospitalisation
Nord*	13'919	129'461	10.8%
Ouest**	11'977	155'196	7.7%
Est***	10'084	103'949	9.7%
Centre****	19'958	231'573	8.6%
Total	55'938	620'179	10.2%

* Sources SCRIS 1997

- Il n'existe pas de prévisions similaires dans le canton du Valais.
- La prévision du nombre de lits nécessaires a été réalisée selon deux approches différentes :
 - en fonction d'un coefficient du nombre de lits par mille habitants
 - selon une simulation sur les Durées Moyennes de Séjour, les taux d'hospitalisation et les taux d'occupation.
- Les deux méthodes indiquent que les structures hospitalières de l'Est vaudois et du Chablais (y.c. offre privée) devraient offrir une capacité d'environ 250 à 300 lits A.

Perspectives des besoins en lits A selon deux approches :

1. Perspective du nombre de lits A, hypothèse: 2 lits / 1000 habitants (chiffres arrondis)

	1997	2000	2005	2010	2015	2020
Aigle	68	67	67	67	68	68
Vevey*	130	130	131	132	133	133
Monthey	65	66	66	66	67	67
1/2 St. Maurice	11	11	11	11	11	11
Total	273	274	275	277	278	279

*La commune de Montreux est comprise dans le district de Vevey

2. Perspective du nombre de lits A, hypothèse : taux hospitalisation 10%. DMS** = 5 jours. Taux d'occupation moyen = 80 %.

	1997	2000	2005	2010	2015	2020
Aigle	58	57	57	58	58	58
Vevey*	111	112	113	113	114	114
Monthey	56	56	57	57	57	57
1/2 St. Maurice	9	9	9	9	9	9
Total	234	234	236	237	238	239

**A fin 1998, la DMS des hôpitaux Riviera et Chablais était de 7,16 jours.

Commentaires :

- l'hypothèse de 2 lits/1000 habitants dans le secteur Est peut être considérée comme une hypothèse assez forte par rapport aux estimations moyennes du SCRIS (2.3 lits) mais raisonnable sur la base de standards internationaux. Certains pays, comme le Canada (p.ex: le Québec), sont déjà allés en-dessous de ce taux mais éprouvent des difficultés. Pour parvenir à bien fonctionner avec un taux de 2/1000, les hôpitaux devront encore réduire leurs durées de séjour et transférer plus de patients vers d'autres modes de prise en charge. A l'horizon 2005-2010, un taux de 2/1000 nous semble cependant être tout à fait réaliste.

Ces deux perspectives indiquent une fourchette de 250 à 300 lits **A** requis par le secteur Est Vaudois et Chablais. A fin 1998, les lits A déclarés s'élevait à:

Hôpitaux Riviera et Chablais	410 lits
(voir détails page 21)	
Hôpital de la Providence - Vevey	70 lits
Clinique de la Prairie - Clarens	<u>16 lits</u>
TOTAL	496 lits

Toutefois, compte tenu des taux d'occupation assez modestes, le nombre de lits à fermer d'ici 2005 - 2010 se situe dans une fourchette de 52 à 92 lits (voir graphique en annexe).

Emplacement des hôpitaux et chronogramme.

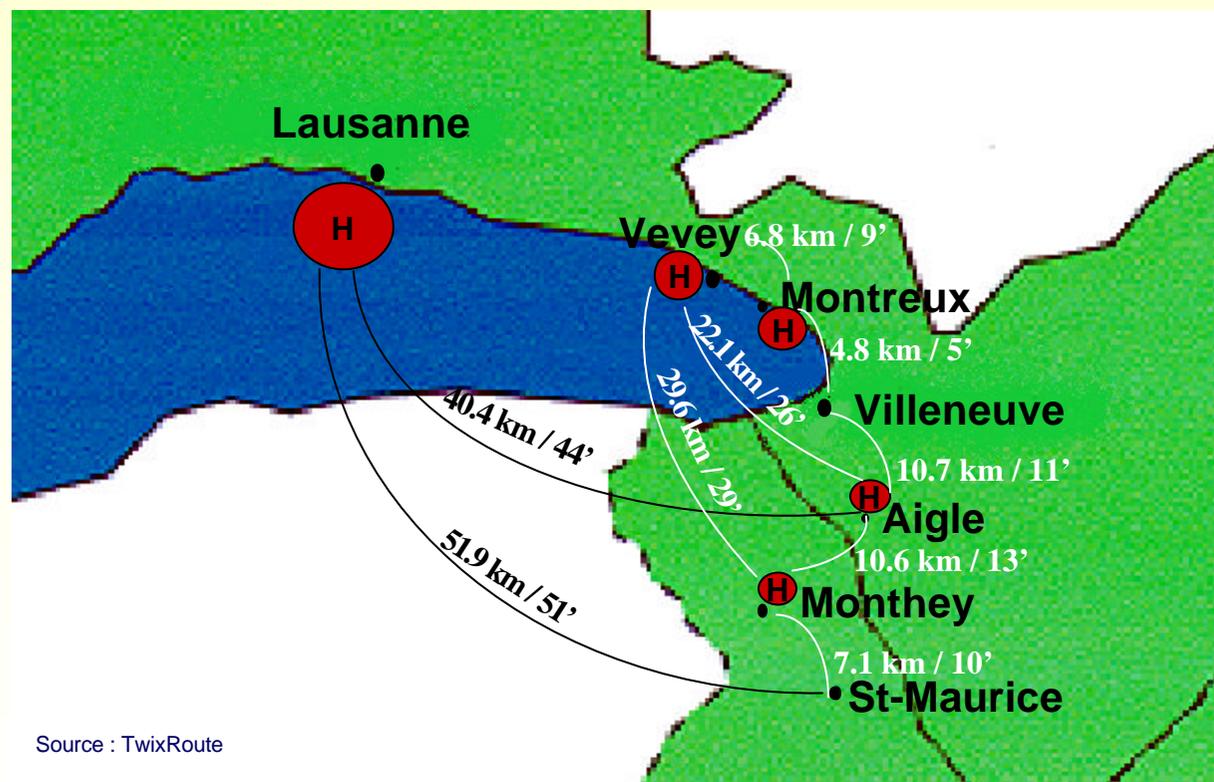
La carte ci-après permet de visualiser l'emplacement des hôpitaux concernés par cette étude ainsi que de représenter les distances et durées de déplacement.

Nos observations :

- les distances sur route entre hôpitaux sont modestes
- les durées en train* pour se rendre à Aigle sont au départ de:

Vevey	16'
Montreux	9'
St. Maurice	11'
- ces faibles distances confirment qu'un établissement unique bien situé (p. ex: dans l'axe Villeneuve/Aigle) pourra répondre aux besoins des populations des districts concernés

*Source : Logiciel HAFAS (HaCon Fahrplanauskunft) des CFF



L'analyse des distances en rapport aux populations déplacées place l'hôpital dans la région de Montreux / Villeneuve

	Minutes *					
	AIGLE	VILLENEUVE	VEVEY	MONTRÉUX	MONTHÉY	ST-MAURICE
AIGLE	0	11	31	16	13	14
VILLENEUVE	11	0	20	5	15	18
VEVEY	26	15	0	9	29	33
MONTRÉUX	16	5	9	0	19	22
MONTHÉY	13	20	40	25	0	10
ST. MAURICE	14	18	38	23	10	0
Champéry	32	39	59	44	20	29
Collombey-Muraz	10	18	38	23	2	12
Port Valais	16	16	36	21	17	26
St. Gingolph	21	22	42	27	22	31
Troistorrens	20	27	47	32	8	17
Val-D'Illiez	26	33	53	38	14	23
Vionnaz	6	17	37	22	8	18
Vouvry	11	14	34	19	12	21
Leysin	18	29	49	34	30	31
Ollon	5	15	23	20	9	11
Gryon	24	34	54	39	39	22
Bex	10	21	41	25	7	6
Ormont-Dessus	32	43	63	48	44	45
Ormont-Dessous	12	24	44	29	24	26
Lavey-Morcles	27	31	51	36	24	14
Yvorne	3	10	30	15	15	16
Chessel	13	11	31	16	14	24
Roche	7	5	25	10	19	20

Total

	Population **		
	1997	2005	2015
	9'142	9'076	9'146
	3'971	3'942	3'973
	32'390	32'858	33'231
	32'390	32'858	33'231
	16'622	16'863	17'054
	5'312	5'389	5'450
	1'007	1'022	1'033
	4'493	4'558	4'610
	1'832	1'859	1'880
	674	684	692
	3'040	3'084	3'119
	1'306	1'325	1'340
	1'182	1'199	1'213
	2'384	2'419	2'446
	2'657	2'638	2'658
	6'061	6'017	6'064
	1'016	1'009	1'016
	5'584	5'544	5'587
	1'314	1'305	1'315
	976	969	976
	837	831	837
	1'000	993	1'000
	302	300	302
	894	888	894

136'385 | 137'626 | 139'067

	Minutes totales de déplacement pour aller à:		
	1997	2005	2015
	36'518	36'941	37'343
	32'713	32'990	33'332
	49'431	49'732	50'228
	32'649	32'866	33'197
	38'208	38'570	38'976
	46'568	47'045	47'547

Le chiffre 36'518 pour Aigle, signifie que si toute la population du bassin d'attraction se déplaçait vers Aigle, 36'518 heures cumulées seraient nécessaires.

Ce nombre est calculé en additionnant, colonne par colonne, les minutes nécessaires pour se rendre de l'un des six sites (Aigle, Vielleneuve, Vevey, Montreux, Monthey, St-Maurice) à une autre ville ou village, multipliées par la population de la Ville ou du Village. Dans le cas d'Aigle, les 36'518 heures sont obtenues en effectuant le calcul suivant:

$$(0*9142+11*3971+26*32390+...+7*894) / 60$$

N.B.: Suite à une non disponibilité des prévisions par commune, nous avons divisé l'effectif pour le district de Vevey entre les communes de Vevey et de Montreux.

*Source : TwixTel

** Sources : Etats de Valais et de Vaud



L'analyse des distances en rapport aux populations déplacées place l'hôpital dans la région de Montreux / Villeneuve (suite)

Compte tenu des hypothèses retenues, le calcul des heures totales de déplacement de la population place l'hôpital unique dans la zone de Montreux à Villeneuve. L'écart est très faible entre les deux sites.

Les simulations que nous avons effectuées, montrent aussi que le modèle est extrêmement sensible. En effet, avec 1700 habitants supplémentaires dans la région de Aigle Monthey, ou en prenant le 65% de la population de St-Maurice, le centre de gravité se déplace vers Villeneuve.

La sensibilité du modèle est accentuée par le fait que les distances évoquées sont extrêmement courtes. Des méthodes de programmation linéaire de ce type seraient plus appropriées sur des territoires plus importants.

Les contacts que nous avons eu, ont montrés que la décision de l'emplacement de l'hôpital unique est un point très sensible. Avant de se poser la question de l'emplacement, une décision de principe devra être prise, sur l'opportunité d'aller de l'avant dans ce projet.

En dépit du résultat obtenu par le stricte calcul des heures totales de déplacement des populations, nous pensons que le site optimal pour un hôpital unique se situe à l'est du Château de Chillon, dans la région de Villeneuve / Aigle:

- La population Valaisanne de Monthey ou de Champéry acceptera un hôpital dans le Chablais Vaudois, mais sera beaucoup plus réticente à accepter de se déplacer jusqu'à la Riviera.
- La population augmente considérablement pendant les périodes de vacance et plus particulièrement pendant la saison d'hiver.
- Le site d'Aigle offre de grandes facilités d'accès routier et ferroviaire. Il est de ce point de vue préférable à Villeneuve, même si Villeneuve est un peu plus proche de la Riviera.

Evaluation des deux réseaux hospitaliers actuels

Le présent chapitre traite des questions suivantes:

- Activité et taux d'occupation
- Données économiques
- Infrastructures existantes
- Situation financière et niveau d'endettement
- Capacité de réalisation et/ou de reconversion des bâtiments.

Nous avons volontairement éliminé de nos raisonnements dans ce chapitre le CTR de Mottex, pour nous concentrer sur les hôpitaux de type A, qui pourraient faire l'objet d'un regroupement ou d'une fusion. La reconversion de sites en CTR devra faire l'objet d'une étude séparée, compte tenu des besoins en lits B dans l'Est vaudois et le Chablais. Nous faisons l'hypothèse que le site de Mottex restera un CTR.

Nombre de lits et activités 1998 - ainsi qu'une analyse du nombre de lits.

Les chiffres clés 1998 pour les hôpitaux de la Riviera et du Chablais sont représentés ci-après (voir annexes pour plus de détails).

	Samaritain	Montreux	Riviera	Aigle	Monthey	Chablais	Hôpitaux Est Vaudois et Chablais
Lits A (déclarés)	110	85	195	92	114	206	401
Lits déclarés (y.cHdJ)	115	89	204	92	114	206	410
dont lits SI et SC* (1998)	10	6	16	7	7	14	30

Sorties A	4'030	2'944	6'974	3'070	4'282	7'352	14'326
Journées A	27'422	23'324	50'746	20'542	31'244	51'786	102'532
DMS (A)	6.80	7.92	7.28	6.69	7.30	7.04	7.16
TOM (A)	68%	75%	71%	61%	75%	69%	70%
Accouchements			454	381	335	716	1'170

Lits occupés à 100%	75	64	139	56	86	142	281
Lits occupés à 80%	94	80	174	70	107	177	351
Lits non occupés/TOM 80%	-21	-9	-30	-22	-7	-29	-59
Lits occupés à 85%	88	75	164	66	101	167	330
Lits non occupés/TOM 85%	-27	-14	-40	-26	-13	-39	-80

Source : statistiques OFS 1998 des hôpitaux

Nos observations :

- Les hôpitaux de la Riviera et du Chablais sont assez proches en terme de taille, volume d'activité et taux d'occupation.
- Les deux hôpitaux ne sont pas suffisamment occupés (moyenne 70%). A activité constante (nombre de cas) et Durée Moyenne de Séjour constante, mais avec un taux d'occupation de 85%, les hôpitaux pourraient fonctionner avec en moyenne 80 lits en moins.
- Il est plus facile de travailler avec un taux d'occupation de 85% dans un hôpital ayant une certaine masse critique, donc une certaine souplesse dans la gestion des lits, qu'avec 4 hôpitaux n'ayant qu'une centaine de lits.
- Les 4 sites considérés ont chacun une taille utile en lits A inférieure à 120 - 130 lits, ce qui d'après nos chiffres est la taille minimale à considérer pour ce genre d'établissement afin d'atteindre un seuil de rentabilité acceptable.
- Le nombre de lits de soins intensifs (30 en 1998) est de notre point de vue trop élevé.

Données d'exploitation 1998 (montants en KF)

	Samaritain	Montreux	Riviera	Aigle	Monthey*	Chablais	Hôpitaux Est Vaudois
30 Médecins et autres univ sect méd			24.4	12	8.7	20.7	45.1
31 Personnel soignant			157.9	65.3	117.1	182.4	340.2
32 Personnel médico-technique			114.7	52.9	32.9	85.8	200.5
33 Personnel administratif			27.5	15.4	23.0	38.4	65.9
34 Personnel hôtelier			74.0	26.9	21.4	48.3	122.3
35 Personnel de maintenance			7.0	3.6	4.0	7.6	14.6
Dotations en personnel (EPT)			405.5	176.1	207.2	383.3	788.7
30 Médecins et autres univ sect méd	777	739	1'517	784	2'798	3'582	5'099
31 Personnel soignant	6'430	4'727	11'157	4'642	7'733	12'375	23'532
32 Personnel médico-technique	4'476	3'823	8'299	3'901	2'774	6'675	14'974
33 Personnel administratif	1'238	1'188	2'426	899	1'017	1'916	4'342
34 Personnel hôtelier	2'549	1'667	4'216	1'447	1'131	2'578	6'794
35 Personnel de maintenance	188	306	494	269	382	651	1'145
Total salaires	15'658	12'450	28'109	11'942	15'835	27'777	55'886
37 Charges sociales	3'053	2'375	5'428	2'140	3'175	5'315	10'743
39 Autres charges du personnel	75	49	124	33	48	81	205
Total charges sociales	3'128	2'424	5'552	2'173	3'223	5'396	10'948
Coûts de personnel	18'786	14'874	33'660	14'115	19'058	33'173	66'833
40 Matériel médical	3'197	3'723	6'920	3'098	4'745	7'843	14'763
41 Produits alimentaires	556	442	998	363	601	964	1'962
42 Autres charges ménagères	725	544	1'269	449	1'641	2'090	3'359
43 Entretien / réparations	376	535	911	380	890	1'270	2'181
44 Achats équipt./locations	144	163	307	189	149	338	645
45 Eau/énergie	443	295	738	263	301	564	1'302
47 Frais bureau/admin	586	411	997	601	635	1'236	2'233
46+48+49 Primes ass./taxes/autres**	477	322	799	457	445	902	1'701
Total charges hors personnel	6'503	6'435	12'938	5'800	9'407	15'207	28'145
CHARGES TOTALES (3+4)	25'290	21'309	46'598	19'915	28'465	48'380	94'978

* les effectifs (6,77 EPT) du compte 36 de l'Hôpital de Monthey, ce qui correspond aux secrétaires médicales, ont été ajoutés au personnel administratif de l'hôpital

** comprend, le cas échéant, le résultat net des honoraires des médecins

Sources :

Riviera : Comptes des hôpitaux 1998
Chablais : Statistiques OFS 1998

Nos observations :

- Les effectifs en personnel et les charges d'exploitation sont très proches entre les deux ensembles hospitaliers.
- Le ratio dotation en personnel par lit occupé donne 2,9 pour la Riviera et 2,7 pour le Chablais.
- La masse salariale par rapport au total des charges est de 70,9% (72,2% pour la Riviera, 69,7% pour le Chablais). Les deux réseaux hospitaliers ont une taille très semblable.



**Valeur de réalisation et niveau d'endettement :
situation au 31.12.1998.**

(voir annexes pour plus de détails)

	Samaritain	Montreux	Riviera	Aigle	Monthey	Chablais	Hôpitaux est Vaudois et Chablais
--	------------	----------	---------	-------	---------	----------	---

Valeur incendie bâtiment en KF (ECA 97)	35'243	29'106	64'349	23'408	46'221	69'629	133'978
---	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

m2	13'217	13'050	26'267	21'048	14'000	35'048	61'315
Valeur min en Fr / m2	300	400		180	180		
Valeur max en Fr / m2	600	600		250	200		
Valeur réalisation min (en KF)	3'965	5'220	9'185	3'789	2'520	6'309	15'494
Valeur réalisation max (en KF)	7'930	7'830	15'760	5'262	2'800	8'062	23'822
Valeur réalisation moy (en KF)	5'948	6'525	12'473	4'525	2'660	7'185	19'658

Service de la dette - état au 12/98	13'528	1'702	15'230	6'693	20'879	27'572	42'802
-------------------------------------	--------	-------	--------	-------	--------	--------	--------

Chiffres obtenus par les SSP et les hôpitaux concernés

Nos observations :

- La valeur de réalisation des quatre sites se situe dans une fourchette prudente de 15 à 24 mios de francs (équipements et matériels non compris). Les valeurs individuelles sont dépendantes des contraintes imposées par les communes, notamment au niveau du coefficient d'utilisation du sol.
- Le niveau des dettes totales s'élevait à 42,8 mios de francs (taux d'intérêt moyen évalué à 3,5%).
- Compte tenu des surfaces disponibles, le seul site capable d'accueillir un hôpital unique est celui d'Aigle, qui aurait une opportunité de faire l'acquisition d'une parcelle supplémentaire.

Conclusions liées à l'évolution des réseaux hospitaliers

- en croisant les chiffres 1998 des hôpitaux (voir tableau page 22) avec les estimations en besoin de lits à l'horizon 2005-2010 (voir page 19) on peut en tirer les observations suivantes:

- situation au niveau des lits requis et lits disponibles

	<u>Riviera</u>	<u>Chablais</u>	<u>TOTAL</u>
Nombre de lits requis (2005)	130	150	280
Lits disponibles (1998)			
Samaritain	115		115
Montreux	89		89
Providence	70		70
Prairie	16		16
Aigle		92	92
Monthey	—	<u>114</u>	<u>114</u>
Excédents de lits	(160)	(56)	(216)

- des chiffres ci-dessus on peut déduire :

1. En prenant en compte l'Hôpital de la Providence, le besoin en lits supplémentaires sur la riviera serait de 60 lits. Tant le Samaritain que Montreux pourraient répondre à ce besoin. Le problème provient du fait que cette taille de 60 lits serait nettement insuffisante, tant d'un point de vue masse critique qu'au niveau économique. D'autres variantes doivent être explorées.

2. Ce raisonnement de taille critique s'applique également à l'Hôpital de la Providence dont l'avenir est loin d'être assuré. Malgré des infrastructures en très bon état (l'établissement a investi plus de 33 mios au cours de ces 10 dernières années), cet hôpital membre de l'AVCP ne réussit à équilibrer ses comptes que grâce à sa clientèle privée. Une convention signée entre cet établissement et l'Hôpital de la Riviera le 9 octobre 1998 qui règle notamment les modalités de concertation et d'échange entre ces deux établissements ainsi que l'organisation, représente un premier pas vers une coopération plus étroite.

Les opportunités, mais aussi les risques (l'hôpital pourrait disparaître) ne peuvent être ignorés des décideurs politiques.

3. Dans l'hypothèse où le politique se déciderait pour un scénario 2, l'objectif à viser de notre point de vue serait l'existence à terme d'un seul hôpital sur la Riviera. Ayant rencontré une délégation de la direction de la Providence, nous avons pu constater que cet établissement est ouvert à la discussion et à toute forme de proposition.
4. Dans le Chablais, nous devons constater qu'aucun des deux sites ne peut offrir de capacités suffisantes sans transformations et extensions des unités de soins. La réalisation d'un monosite d'environ 150 lits pour cette région pourrait se justifier.

Evaluation des infrastructures existantes

Les tableaux synoptiques ci-après proposent une évaluation des infrastructures existantes de l'efficacité et du standing des établissements. Il s'agit d'une évaluation subjective basée sur les visites que nous avons effectuées dans les établissements ainsi que sur les appréciations recueillies lors des entretiens que nous avons menés dans le cadre de ce mandat.

Evaluation des infrastructures existantes et capacité d'extension des bâtiments

	Hôpitaux de la Riviera			Hôpitaux du Chablais	
	Mottex-Blonay	Samaritain-Vevey	Montreux	Aigle	Monthey
Etat des bâtiments et localisation	Bâtiment restauré en 1993. Environ 60% du terrain est constitué de vignes en dehors de la zone à bâtir. Excellente situation panoramique.	Bâtiment entièrement transformé dans les années 80 ayant subi quelques agrandissements. Excellente situation panoramique.	Vieux bâtiment ayant subi quelques rénovations. Excellente situation panoramique. Accès difficile.	Bâtiment des années 30. Possibilités d'agrandissement importantes.	Structure de base datant de 1933. Vient d'être entièrement rénové, avec la construction d'une aile de soutien.
Potentiel d'extension	Grandes surfaces de terrain non constructibles disponibles. Exigerait réaffectation de la zone. Possibilités d'extension uniquement en réaffectant la zone (agricole et villas); difficulté élevée à y introduire un projet d'une telle ampleur.	Possibilité de rajouter 50 à 100 lits sans réaménagement de la zone, mais en démolissant certains bâtiments. Problème avec la hauteur des salles d'opération (trop basse).	Très réduit car zone à forte déclivité, potentiel d'agrandissement quasi inexistant.	Excellent potentiel d'agrandissement; la Commune va acquérir permettant un agrandissement ou la construction d'un nouveau bâtiment.	Pratiquement impossible, du fait des contraintes topographiques, tout l'espace autour de l'hôpital est utilisé pour le parking.
Appréciation	Situation relativement peu centrée et bruyante à cause de l'autoroute.	Situation urbaine et centrale proche de tous moyens de communication.	Situation urbaine et centrale proche de tous moyens de communication, accès difficile et difficulté de parquer.	Situation urbaine et centrale proche de tous moyens de communication, accès très facile.	Situation au dessus de Monthey, accès difficile et manque de places de parking.

Evaluation de l'efficience et des standings.

	Hôpitaux de la Riviera			Hôpitaux du Chablais	
	Mottex-Blonay	Samaritain-Vevey	Montreux	Aigle	Monthey
Efficience fonctionnelle	++	++	+	++	O
Standing plateau technique	++	++	+	++	O
Standing hôtelier	+++	+	++	++	++
Remarques	bâtiment récemment transformé assez lourdement satisfaisant à l'essentiel des exigences d'un CTR, seule l'aile nord-ouest devrait être soit rénovée, soit démolie.	malgré les apparences, les standards sont globalement relativement bas par rapport aux exigences optimales actuelles; le bâtiment souffre de sa conception des années 70, difficile à améliorer.	la transformation récente a grandement amélioré l'essentiel des fonctions; le bâtiment souffre néanmoins de la dispersion des divers services dans les diverses parties de l'établissement.	bâtiment de qualité des années 30 souffrant néanmoins d'une conception ancienne difficile à améliorer; le pavillon de l'administration a un aspect provisoire.	regroupement, au fil du temps, de plusieurs bâtiments rajoutés les uns aux autres sans concept de circulation et de liens entre les divers services; la contrainte essentielle étant celle de la difficulté topographique.

Légende :	Efficience fonctionnelle	Standing plateau technique	Standing hôtelier
+++	excellent	excellent, répartis sur 1-2 niveau	surfaces suffisantes y.c. douche + lavabo dans la chambre
++	moyen	bon, mais répartis sur plus de 2 niveaux	surfaces suffisantes sans douche dans la chambre, mais moins de 4 lits/douche
+	passable, organisation difficile	dispersé sur plusieurs niveaux et à plusieurs endroits	idem mais plus de 4 lits/douche
O	insuffisant	dispersé dans plusieurs bâtiments	surface de la chambre insuffisante et sanitaires insuffisants

Nos observations :

- Comme déjà relevé, le seul site actuel permettant d'accueillir un futur hôpital unique est celui d'Aigle.
- Tous les bâtiments des divers sites sont en bon état mais aucun n'est excellent pour permettre une efficience fonctionnelle élevée. Il en va de même du standing des plateaux techniques et de l'infrastructure hôtelière.
- Ces constats nous amènent à mettre en doute dans une perspective à long terme et compte tenu des investissements requis, le bien-fondé de la réalisation d'un scénario 2, consistant en une extension dans chaque région d'un site existant (p. ex: le Samaritain à Vevey et l'Hôpital d'Aigle).

Investissements futurs à réaliser dans le cadre du maintien d'un statu quo (montants en KF).

<u>Chablais</u>		<u>Riviera</u>	
Aigle	1'000	Montreux	847
Monthey	<u>1'400</u>	Samaritain	<u>1'540</u>
Totaux	2'400		2'387
TOTAL des 4 sites:		<u>4'787</u>	

Chiffres obtenus par les hôpitaux concernés

Conclusions :

- Le regroupement des activités des 4 hôpitaux sur un seul site, toutes choses restant égales par ailleurs (activité constante) permettrait déjà aujourd'hui, avec un taux d'occupation de 85 % de fermer environ 80 lits.
- Nos observations relatives aux bâtiments et infrastructures indiquent que le statu quo (scénario 1) est viable, probablement pour plusieurs années, sans investissement très important.

Analyse économique des trois scenarii

Introduction

Ce rapport esquisse plusieurs variantes possibles qu'il serait trop long de chiffrer à ce stade. Gardant à l'esprit que le but de cette étude est de proposer des éléments clés permettant aux décideurs de choisir entre 3 scenarii génériques, avant que celui choisi ne soit ultérieurement approfondi.

Pour cette raison, nous analysons dans ce chapitre sous l'angle économique les scenarii 2 et 3, que nous confrontons au scénario 1.

Compte tenu d'arguments déjà évoqués, nous avons d'emblée exclu, dans la perspective d'un scénario 2, la construction de deux monosites nouveaux (e.g. l'équivalent du projet Sully). La construction de deux hôpitaux (par exemple de 130 et 150 lits) coûterait environ entre 90 et 100 mios chaque unité, ce qui nous paraît indéfendable dans le contexte économique actuel et surtout à la lumière des arguments développés dans notre chapitre sur la vision de l'hôpital du XXI^{ème} siècle.

Pour ces raisons, nous nous sommes ralliés dans ce chapitre aux hypothèses de base suivantes:

- le scénario 2 consiste en une extension du site du Samaritain (investissement estimé : 20 mios) et du site d'Aigle (investissement estimé : 30 mios),

- le scénario 3 consiste en la construction d'un nouvel hôpital d'environ 230-250 lits sur le site d'Aigle ou un autre terrain sur l'axe Villeneuve-Aigle (investissement estimé : 150 mios)

A noter que la hauteur des investissements requis a été estimée avec la collaboration du Service de Santé Publique du canton de Vaud.

Autres hypothèses de travail retenues pour le calcul des économies

(Voir annexes pour le détail de nos calculs)

- Le regroupement des hôpitaux en 2 ou 1 monosite permet en particulier:
 - de s'approcher d'une masse critique pour les services de soutien, d'administration et de logistique
 - une meilleure gestion des lits et un taux d'occupation des infrastructures plus élevé
 - une nouvelle structure hospitalière mieux adaptée et mieux informatisée.
 - Les économies réalisables dans la mise en place du scénario 2 ont été discutées avec les directions des hôpitaux de l'Est vaudois et du Chablais.
 - L'analyse des gains de productivité liés au regroupement des hôpitaux a été analysé séparément de l'effet gains de productivité lié à la diminution des durées moyennes de séjour d'ici 2015 et des autres mesures de rationalisation possibles. De ce fait, il a été considéré dans cette logique et dans nos calculs ci-après, que le scénario 1 ne dégage aucune économie.
 - La base de calcul pour les économies est l'année 1998.
- Les économies ressortant des scénarii 2 et 3 sont évalués ci-après par rapport au scénario 1 (exploitation actuelle).

Evaluation économique des scenarii 2 et 3 (montants en KF, sur la base des chiffres 1998)

	Scénario 1	Scénario 2				Scénario 3		
	Hôpitaux de l'Est vaudois (ch. 1998)	Riviera	Chablais	Deux monosites	Economies par rapport au scénario 1	Un monosite	Economies par rapport au scénario 1	Economies par rapport au scénario 2
Dotations en personnel (EPT)	788.7	371.5	352.7	724.1	-64.6	669.5	-119.2	-54.6
Salaires	55'886	25'816	25'648	51'464	-4'422	47'676	-8'210	-3'788
Charges soc. & autres charges de pers.	10'948	5'099	4'921	10'020	-928	9'283	-1'665	-738
Coûts de personnel	66'833	30'915	30'569	61'484	-5'349	56'958	-9'875	-4'526
Matériel médical	14'763	6'574	7'451	14'025	-738	13'323	-1'439	-701
Entretien / réparations	2'181	683	800	1'483	-698	1'335	-846	-148
Eau/énergie	1'302	554	406	960	-342	912	-390	-48
Primes ass./taxes/autres	1'701	615	695	1'309	-391	1'179	-522	-131
Autres charges d'exploitation	8'199	3'338	4'327	7'665	-534	7'314	-885	-351
Total des autres ch. d'explo.	28'145	11'763	13'679	25'442	-2'703	24'062	-4'083	-1'379
CHARGES TOTALES (3+4)	94'978	42'679	44'247	86'926	-8'052	81'021	-13'958	-5'905

Nos observations :

- Economies réalisées en regroupant les activités des 4 hôpitaux sur deux sites : 8 millions.
- économies réalisées en regroupant les activités des 4 hôpitaux sur un site: 14 millions.
- Les économies calculées représentent un gain pour les "citoyens - contribuables - usagers". Elles se répartiront suivant le modèle de financement en vigueur à l'heure actuelle et compte tenu de la LaMal (50% pour l'état, 50% pour les caisses maladies).

Comparaison des trois scénarii (montants en KF, sur la base des chiffres 1998)

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Coûts d'exploitation	94'978	86'926	81'021
Economies réalisées	0	-8'052	-13'958
Investissement Riviera	0	20'000	0
Investissement Chablais	0	30'000	0
Investissement Total	0	50'000	150'000
Dette	42'802	42'802	42'802
Dette totale	42'802	142'802	192'802
Pay back		18 ans	25 ans

Remarques :

Aucun investissement n'est prévu pour le scénario 1. En effet, les 4 hôpitaux pourraient fonctionner en l'état encore pendant une période de 5 à 8 ans, le temps de construire le nouvel hôpital (sous réserve d'assurer l'entretien courant).

En réalité, si le statu quo devait être maintenu à plus long terme, des investissements seront nécessaires en particulier à Montreux.

Hypothèses retenues pour comparer les scénarii :

Le nombre d'années qui seraient nécessaires pour financer l'investissement à effectuer a été calculé pour comparer la performance économique des deux scénarii. Le calcul est basé sur les hypothèses suivantes :

- un taux d'intérêt de 5%
- l'investissement est financé par les économies réalisées. Aucune hypothèse n'a été faite sur les recettes, car il n'est pas possible aujourd'hui de prévoir les conséquences des nouveaux modes de financement
- il n'a pas été tenu compte du fait qu'une partie du matériel des hôpitaux existants pourrait être récupérée
- les investissements nécessaires pour le scénario 2 correspondent au montant à investir pour rénover les hôpitaux d'Aigle et du Samaritain. La construction de deux monosites neufs a été écartée
- nous avons pris en compte l'économie globale pour les payeurs. Cependant, selon le système de financement actuel, une partie seulement sera répercutée sur les comptes de l'Etat.

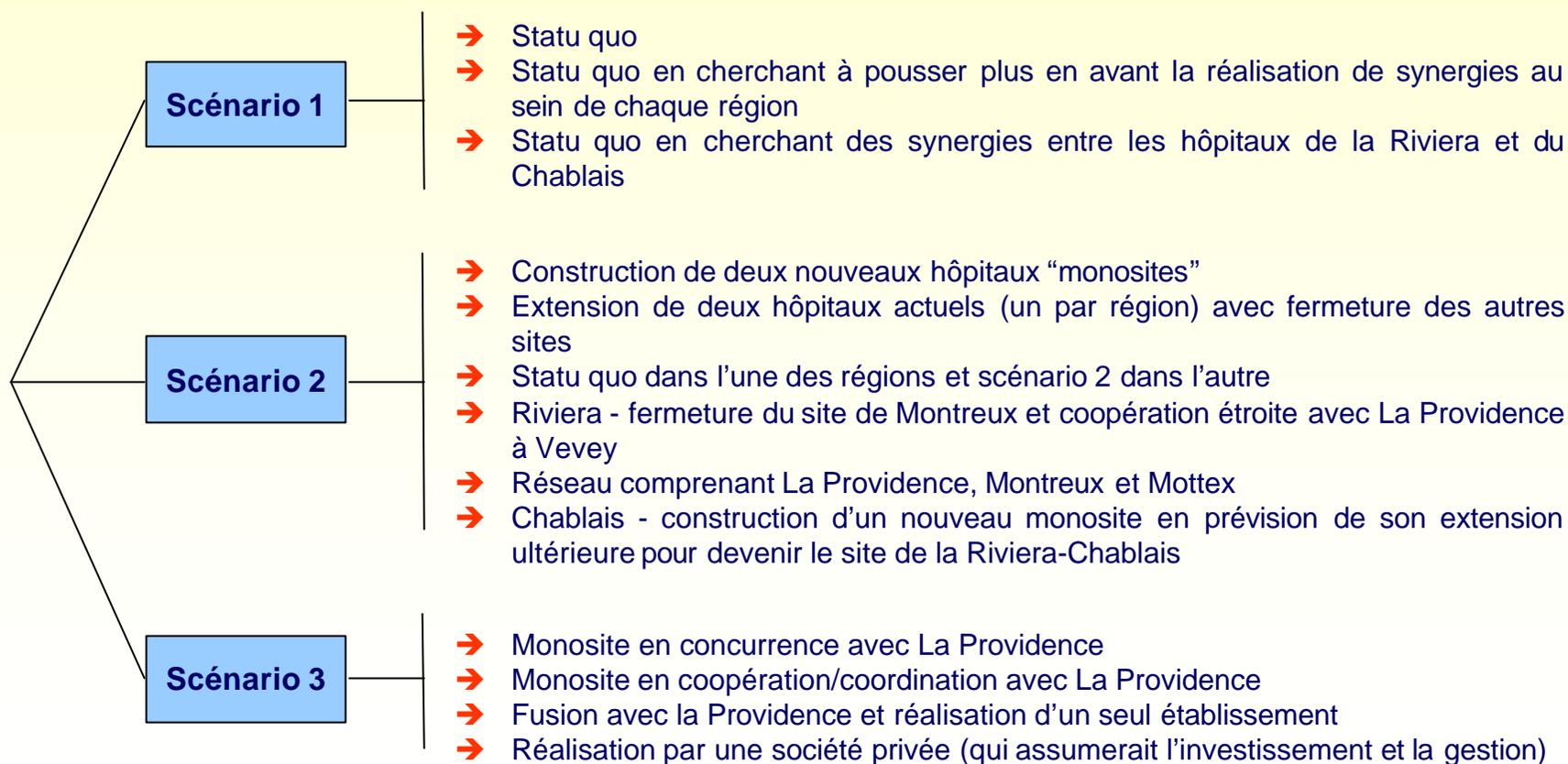
Conclusions :

L'analyse montre qu'il y a peu d'écart entre les deux scénarii. Environ 25 ans seraient nécessaires pour financer la dette totale du scénario 3 par les économies réalisées contre 18 ans pour le scénario 2. Cette faible différence met en avant le scénario 3 qui offrirait, pour un coût d'exploitation inférieur de 6,7% au scénario 2, un hôpital moderne et performant.

Mise en oeuvre des trois scenarii

Nous aimerions dans ce chapitre analyser les trois scenarii génériques retenus, tout en gardant à l'esprit qu'il existe au sein de chaque scénario, des variantes qui permettent de réaliser l'un ou l'autre des projets en plusieurs étapes, (p.ex: on peut imaginer vouloir réaliser le scénario 3 en passant en phase intermédiaire par un scénario 2).

Tableau récapitulatif de divers variantes de réalisation



Scénario 1 : Statu quo

Maintien du statu quo. Les deux réseaux hospitaliers continuent de fonctionner selon les modèles actuels

Avantages	Inconvénients	Points clefs
<ul style="list-style-type: none">□ Maintien de la proximité par rapport aux médecins et aux patients□ Permet d'amortir les investissements réalisés (p.ex. à Monthey)□ Permet d'adopter une position d'attente et voir l'évolution□ Phase de stabilisation et d'apprentissage du travail à deux après une première fusion (permet de créer une culture commune)	<ul style="list-style-type: none">□ Exploitation non optimale (activités et personnel à double, processus décisionnels plus lourds, plus de stress)□ Perte de potentiel d'économie□ Contrainte des locaux et infrastructures qui freinent l'adaptation des hôpitaux à l'évolution médicale□ Obligation de transférer les patients entre les hôpitaux□ Risque élevé de rupture avec le Valais□ Les établissements se sentent pénalisés (aucun dividende à la fusion, crainte de rester dans l'incertitude quant à la suite)□ Non atteinte de masses critiques dans certaines disciplines médicales	<ul style="list-style-type: none">□ Les hôpitaux ne sont pas satisfaits de la situation de compromis actuel□ Les partenaires (et en particulier les autorités valaisannes par rapport à l'Hôpital du Chablais) feront le "forcing" pour aller de l'avant avec une autre solution□ Les modèles de fonctionnement adoptés par les hôpitaux de la Riviera et du Chablais peuvent encore être optimisés et dégager des économies supplémentaires□ Une solution consisterait à coordonner et répartir les pôles médicaux entre les deux hôpitaux

Conclusions : Les hôpitaux estiment qu'ils pourraient vivre avec une telle solution de statu quo, mais pas au-delà d'une dizaine d'années et à condition d'avoir une vision et des options claires pour la suite. Il faut nous souvenir que des investissements seront requis pour maintenir ce statu quo (voir estimation page 30). Entre-temps, les hôpitaux chercheront probablement des solutions de rationalisation. Par exemple avec la réduction des DMS qui va se poursuivre, l'Hôpital du Chablais pourrait concentrer plus d'activités à Monthey et réduire les activités du site d'Aigle.

Scénario 2 : 2 monosites

Concentration des activités sur un seul hôpital dans chaque région (Chablais et Riviera)

Avantages	Inconvénients	Points clefs
<ul style="list-style-type: none">□ Exploitation plus optimale que le statu quo (au plan médical et administratif)□ Economies substantielles par rapport au statu quo□ Plus grande proximité que le scénario 3□ Elimine les transferts de patient et de personnel□ Meilleure acceptabilité au plan politique que le scénario 3	<ul style="list-style-type: none">□ Investissements lourds pour une solution de loin pas optimale et de plus non pérenne□ Figurer une solution pour de nombreuses années□ La population et les collaborateurs pourraient ne pas comprendre les raisons justifiant des investissements lourds pour une solution peu optimale	<ul style="list-style-type: none">□ Du point de vue des hôpitaux, cette solution serait préférable au statu quo.

Conclusion :

La hauteur des investissements à réaliser pour une solution non pérenne est difficile à justifier et désavantageuse d'un point de vue économique. Différentes variantes permettent cependant de minimiser ces désavantages : pour la Riviera, choisir une solution de partenariat avec la Providence ce qui devrait permettre de réduire les investissements; pour le Chablais et pour autant que le site d'Aigle soit retenu comme étant le futur site unique de l'hôpital Riviera-Chablais, ce scénario 2 pourrait être considéré comme étant une étape intermédiaire en cohérence avec la future extension.

Scénario 3 : un monosite

Réalisation d'un monosite

Avantages	Inconvénients	Points clefs
<ul style="list-style-type: none">□ Taille optimale de l'hôpital et du bassin de captation□ Efficience d'exploitation□ Solution pérenne□ Augmentation de la qualité et de l'attractivité de l'établissement□ Solution Vaud/Valais - partage des investissements	<ul style="list-style-type: none">□ Risque de perdre une partie de la clientèle□ Résistances politiques fortes et risques d'enlisement dans le statu quo□ Investissements importants à réaliser□ Perte de proximité (Riviera)□ Résistance des médecins (en particulier ceux de la Riviera) pour raison de déplacements, risque de changement de statut et de rémunération	<ul style="list-style-type: none">□ Cette solution fait la quasi-unanimité (sous réserve de l'emplacement d'une future entité)□ Diverses solutions existent pour maintenir des soins de proximité. Nous préconisons de favoriser la création de CSSC (p.ex. Vevey, Montreux, Monthey) qui travailleraient en réseau avec l'hôpital. Les CSSC pourraient être créés et gérés par des médecins privés (à l'exemple du Groupe Médical d'Onex).

Conclusion : Solution de notre point de vue optimale. Doit être en cohérence avec la future carte sanitaire du Canton. Ce projet doit s'insérer dans un concept de réseau de soins et prendre en compte de manière réaliste l'offre existante (p.ex : La Providence).

Analyse de quelques variantes de mise en oeuvre

Les avantages, inconvénients et points clés de chaque scénario ont été identifiés aux pages 35 à 37.

Notre conclusion liée à cette analyse ainsi qu'à la réflexion sur la vision de l'hôpital du XXI^{ème} siècle conclut très clairement **en faveur du scénario 3**, soit le regroupement de toute l'activité des hôpitaux de la Riviera et du Chablais sur un seul site. Notre étude conclut également que l'emplacement optimal de cet établissement serait Aigle.

Il est utile de rappeler que la très grande majorité des acteurs contactés partagent notre conclusion quant à la réalisation d'un hôpital unique (la seule divergence, mais qui est de taille, provient de l'emplacement de ce site).

Ce scénario 3 satisfait à tous les critères retenus (médicaux, économiques, accessibilité, etc..) sauf le critère politique, (voyez dans le Canton de Vaud, l'initiative populaire "pour des hôpitaux de proximité" déposée en mars 1999 où les divers postulats récents de MM. P. Ghiringhelli, L. Recordon et C. Poget).

Il s'en suit que l'option de base qui sera retenue dépendra essentiellement de la définition, dans les deux cantons, d'un cadre de référence cantonal clair et accepté en matière de planification hospitalière.

Si un tel cadre devait amener à rejeter la réalisation immédiate du scénario 3, différentes options existent, que nous aimerions commenter ci-après dans notre ordre de préférence.

Variante 1

Aller vers l'hôpital unique en deux étapes de construction, par exemple, en réalisant l'hôpital unique du Chablais dans une perspective de l'agrandir par la suite pour en faire l'hôpital unique de l'Est vaudois et du Chablais.

Les avantages et inconvénients de cette solution seraient :

AVANTAGES	INCONVENIENTS
<ul style="list-style-type: none">Démarche et investissements en cohérence avec le futur et en direction d'un scénario optimal.	<ul style="list-style-type: none">Plus coûteux pour les partenaires-payeurs.Laisse moins de flexibilité pour construire d'emblée un hôpital moderne.

Dans l'hypothèse où le site actuel d'Aigle devait être retenu pour accueillir l'hôpital unique, et que ce site ne serait pas utilisable pendant la durée des travaux, l'hôpital de Monthey et les hôpitaux de la Riviera (y.c. La Providence) pourraient absorber sans trop de difficultés les patients de l'Hôpital d'Aigle pendant la durée des travaux.

Dans une telle variante, deux alternatives pourraient être envisagées sur la Riviera.

a) Le statu quo est maintenu	Cette solution laisse du temps au Canton et à la région pour se préparer au changement. Ce scénario n'exclut pas que des synergies et économies supplémentaires puissent être réalisées.
b) Le site de Montreux est fermé et le site du Samaritain est, soit agrandi ou légèrement transformé dans l'éventualité d'une coopération étroite avec l'Hôpital de la Providence.	Le risque est que cette solution fasse perdurer une situation qui reste à notre avis intermédiaire. Dans l'éventualité d'investissements d'extension au Samaritain, il sera plus difficile d'aller vers l'hôpital unique. Cette solution est aussi plus onéreuse.

Variante 2

Prendre l'option d'un scénario 2 en modifiant les sites d'Aigle et du Samaritain pour en faire deux hôpitaux monosites.

Les avantages et inconvénients de cette variante ont déjà été relevés en page 36.

Une variante sur la Riviera pourrait consister à fermer le site de Montreux par le biais d'une très étroite collaboration entre le Samaritain et la Providence.

Les avantages et inconvénients de cette dernière approche seraient :

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"> • Permet de regrouper partiellement certaines activités et de réduire les investissements d'extension nécessaires au Samaritain. • Permet de réaliser les économies d'exploitation liées à la fermeture du site de Montreux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution plus légère qui pourrait représenter une alternative séduisante et bloquer la réalisation d'un scénario 3.

Variante 3

Prendre l'option d'un statu quo en incitant les deux hôpitaux à poursuivre leurs efforts de rationalisation.

Alors que les hôpitaux verront leur taux d'occupation continuer à diminuer au cours de ces prochaines années, les directions pourraient choisir l'option de concentrer un maximum d'activités sur un site (p.ex : sur les sites du Samaritain et Monthey) et réduire d'autant l'activité des autres sites (p.ex : fermeture du site pendant les périodes creuses, fermeture le week-end).

Diverses mesures de rationalisation pourraient encore être réalisées (externalisation accrue de certaines fonctions - cuisine, linge, nettoyage, service technique, etc.). De même, il pourrait être envisagé dans une telle variante la recherche de synergies entre les deux hôpitaux de la Riviera et du Chablais (y.c. coordination de mission avec répartition de certaines spécialités).

Comme déjà relevé plusieurs fois, nous ne croyons pas en cette variante, sauf si elle permet de se mettre en position d'attente en vue de réaliser le scénario 3.

Recommandations finales

Ce rapport tente de démontrer que la solution optimale pour la région Riviera-Chablais et qui satisfait en particulier aux critères de qualité médicale, d'économicité et d'accessibilité tout en s'inscrivant de manière cohérente dans le long terme consiste à réaliser le scénario 3, soit la construction d'un hôpital aigu unique. Comme déjà évoqué, nous réalisons l'ampleur des changements qu'un tel projet induit et les résistances politiques qui ne manqueront pas de se manifester, avec pour conséquence que ce projet pourrait tout simplement ne pas voir le jour.

Notre analyse nous conduit cependant à croire qu'il existe actuellement une fenêtre d'opportunité unique que les autorités sanitaires vaudoises et valaisannes devraient exploiter pour faire aboutir un tel projet. Parmi les raisons qui justifient notre conviction, nous aimerions citer :

- le fait que les Cantons de Vaud et Valais ont entamé une réflexion en profondeur quant à leur future carte sanitaire et que celle-ci les conduits à envisager le regroupement d'hôpitaux au sein de réseaux de soins intégrés (e.g. les NOPS dans le Canton de Vaud),
- les normes de la planification LAMal ainsi que les projections quant aux besoins futurs qui obligeront les cantons à fermer un nombre important de lits et de plateaux techniques,
- la plus grande visibilité que nous avons quant à l'évolution de la médecine et des besoins futurs en infrastructures, ce qui condamne par avance les unités hospitalières trop petites,

- les économies que les Cantons veulent réaliser dans le secteur hospitalier (e.g. les cibles définies par la Table Ronde dans le Canton de Vaud),
- les directions des hôpitaux de la Riviera et du Chablais qui sont convaincues de la nécessité de quitter rapidement le statu quo pour envisager la réalisation d'un scénario 2 ou 3,
- la presse romande qui joue de plus en plus un rôle de relais positif auprès de la population quant aux surcapacités en infrastructures hospitalières (e.g. article journal Le Temps du 16.10.99 - voir annexes),
- le fait qu'un travail de communication et de gestion du changement professionnels et engagés sur le terrain pourraient permettre de promouvoir et faire accepter ce scénario ,
- l'existence de l'hôpital de la Providence à Vevey ainsi que le CTR de Mottex qui peuvent assurer des services de plus grande proximité et rendre un peu plus facile le "deuil" de leurs hôpitaux pour les habitants de la région Riviera.

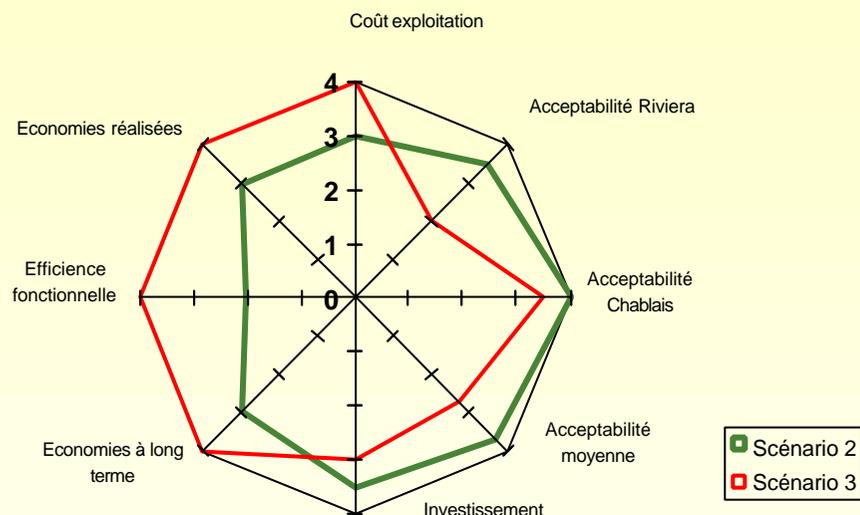
Si le scénario 3 devait être considéré comme non réalisable ou non souhaitable à court terme, d'autres alternatives existent qui pourraient permettre d'adopter une position d'attente tout en continuant de progresser en direction de la matérialisation d'un scénario 3. Parmi les alternatives à approfondir, nous préconiserions :

- de demander aux hôpitaux de poursuivre leurs efforts de rationalisation,
- dans l'éventualité où l'axe Aigle-Villeneuve était retenu pour réaliser le scénario 3, d'étudier la réalisation d'un établissement unique pour le Chablais qui pourra ultérieurement être agrandi afin d'accueillir l'activité des régions à déservir,
- dans la région Riviera, d'étudier la possibilité de fermer le site de Montreux et de déployer l'activité au sein des hôpitaux Samaritain et de la Providence, ce qui permettrait de fortement réduire les investissements nécessaires tout en apportant une plus grande rationalité opérationnelle (les 2 établissements sont distants d'environ 600 m),
- des coopérations plus étroites et coordinations de missions pourraient être déjà envisagées entre les hôpitaux de la Riviera et du Chablais,

- d'étudier la possibilité de trouver un partenaire privé (plusieurs groupes hospitaliers suisses et étrangers s'intéressent à une telle formule) qui construirait le nouvel établissement puis en assurerait la gestion par le biais de contrats de prestations.

A défaut, l'évolution de l'activité d'ici 2005-2010, en particulier en terme de nombres de lits nécessaires, devrait permettre de ne conserver plus qu'un établissement dans chaque région (e.g. le Samaritain pour la Riviera et Monthey pour le Chablais). Dans une telle approche, une étude approfondie devrait permettre d'évaluer les investissements requis pour étendre les plateaux techniques de ces hôpitaux (e.g. blocs opératoires, unités de soins intensifs, imagerie, etc.) de sorte à pouvoir faire face à la demande.

Perception politique du changement



Ces deux points sont illustrés par le diagramme ci-contre où les éléments “rationnels” (économies, efficacité, et coûts d’exploitation) qui caractérisent le projet ainsi que les éléments plus “affectifs et politiques” (acceptabilités régionales, investissement intercantonal) ont été notés de 1 à 4.

Le scénario 2 se déplace vers la droite du côté “affectif et politique”, le scénario se déplace vers la gauche du côté plus “rationnel”, sur le plan économique et fonctionnel.

Il ne s’agit là bien entendu que de la **représentation subjective** d’une réalité plus complexe permettant de montrer à quel point, si le scénario 3 devait être adopté, il serait nécessaire de communiquer largement et de prévoir une stratégie de gestion du changement. Une mauvaise compréhension de la part de la population, des professionnels de santé, ou des personnalités politiques pourrait faire échouer le projet.

Nous recommandons pour ces raisons, de définir une stratégie de communication et de changement avec des professionnels expérimentés. En effet, le projet est ambitieux et source de vives résistances. L’investissement à consentir est également lourd. Il ne pourra aboutir que si les acteurs-clés sur le terrain (politiciens, médecins, patients, etc.) peuvent être convaincus du bien-fondé du projet et mis en relais. Il devrait alors être possible d’assurer la promotion du projet en jouant sur un effet de “contagion positive” grâce à ce réseau de prescripteur.

Les hôpitaux, si petit soient-ils, sont toujours un symbole social et culturel auquel la population est attachée. Les interviews que nous avons menées montrent que :

- malgré les résistances rencontrées, le mouvement s’amorce vers une concentration des hôpitaux, la vision d’un seul hôpital pour l’Est vaudois et le Chablais, acceptée par une grande majorité d’acteurs, demeure conflictuelle quand au lieu d’établissement,
- le scénario 3 se dégage nettement comme étant le plus rationnel sur le plan économique et fonctionnel. Il est aussi celui le plus difficile à faire accepter politiquement, plus particulièrement sur la Riviera si le choix d’Aigle devait être effectué.

Annexes

	N°
Historique	1
Représentations graphiques de divers paramètres liés aux hôpitaux de la région Riviera-Chablais	2
Table des mandats - Canton de Vaud	3
Hôpital du Chablais - Répartition des activités dès l'automne 1999	4
Copie : Convention de l'Hôpital du Chablais et de la libre circulation des patients vaudois et valaisans	5
Copie : Création de l'ASCOR - acte constitutif et statuts	6
Copie : ASCOR - règlement d'application relatif aux statuts	7
Protocole d'accord entre la Fondation de l'Hôpital de la Riviera et la Fondation de l'Hôpital de la Providence	8
Evaluation des économies découlant de la réalisation du scénario 2	9
Evaluation des économies découlant de la réalisation du scénario 3	10
Matrice distance-temps entre points de référence existants	11
Liste des personnes interviewées	12
Article du 16.10.99 "Journal Le Temps"	13