

Alors que la dynamique des fusions hospitalières reconfigure en profondeur le paysage sanitaire suisse depuis plus d’une vingtaine d’années, l’Hôpital Riviera-Chablais, inauguré en 2019, et dont le statut intercantonal est unique à ce jour, en représente, à plus d’un titre, un des exemples les plus aboutis. Ce livre retrace, dans une démarche inédite, le long cheminement qui a conduit à l’ouverture de cet établissement hospitalier. On y découvre les motivations premières d’un tel projet, l’histoire de sa genèse, ainsi que le récit des obstacles institutionnels, juridiques et politiques qu’il a fallu franchir pour assister enfin à sa réalisation. Écrit sur la base d’un dépouillement exhaustif de nombreux documents d’archives et d’interviews, doté d’une riche iconographie inédite, ce livre permet aussi de comprendre, à travers l’histoire de la création d’un nouvel hôpital, celle de l’évolution des politiques sanitaires vaudoises et valaisannes des dernières décennies.

L’Hôpital Riviera-Chablais

Mariama Kaba
Alexia Cochand

Enjeux et défis
d’une collaboration
intercantonale



9 782940 527069 35 €

éditions
B H M S Hors
série

L’Hôpital Riviera-Chablais

Enjeux et défis
d’une collaboration
intercantonale

Mariama Kaba
Alexia Cochand

L'Hôpital Riviera-Chablais

Enjeux et défis
d'une collaboration
intercantonale

Mariama Kaba
Alexia Cochand

Publié avec l'appui de
l'Association « Film HRC »
et
L'Association des
Amis de l'Hôpital
Riviera-Chablais
L'Association de l'Hôpital
du Chablais
Le canton du Valais
Le canton de Vaud
La Fondation des
Hôpitaux de la Riviera
L'Hôpital Riviera-Chablais
Vaud-Valais

La Loterie Romande
L'entreprise générale
Steiner SA

Comité de pilotage
Jean-François Brunet
Marc-Etienne Diserens
Dr Georges Dupuis
Pierre Loison
avec le support de
Isabelle Coutaz
Florence Juillerat

Éditeur
BHMS
Direction
Vincent Barras

Sommaire

Préambule	13	Remerciements
Préface	15	Pierre-Yves Maillard Vive l'hôpital de la patience et de la coopération !
	17	Esther Waeber-Kalbermatten Construire un nouvel hôpital est un défi en soi. Le construire à deux cantons est un exploit
	19	Introduction

I

Création des hôpitaux multisites

(années 1960 – années 1990)

1 L'Hôpital de la Riviera	25	
	26	Du plan hospitalier vaudois de 1966 au projet Baugy
	28	Le plan hospitalier de 1966 et la Riviera
	32	Vers une fusion des hôpitaux veveysans ?
	35	Changement de cap dans la politique sanitaire : l'exposé des motifs de 1981
	41	Un hôpital unique à Baugy
	44	L'Hôpital de Sully
	45	Le Réseau de soins coordonnés
	47	Mottex, du pavillon à la création des centres de traitements et de réadaptation
	50	Le projet architectural de l'Hôpital de Sully
	53	Le référendum de Vevey
	56	L'abandon du projet Snozzi
	59	L'Hôpital multisite de la Riviera
	60	L'étude STG Coopers & Lybrand
	61	Vers la fusion des trois établissements
	64	Mise en place des structures et répartition des activités médicales
	66	Collaboration avec la Providence

2

L'Hôpital du Chablais

69

70

Les hôpitaux d'Aigle et de Monthey: chacun d'un côté du Rhône

74

La Fédération de soins du Chablais

75

L'entrée en vigueur de la LAMal en Valais

77

Entre impulsion politique et initiative de la région

80

La Convention de libre circulation des patients

85

Lever les barrières entre les cantons

87

Statuts du personnel

89

Forme juridique de l'Hôpital du Chablais

91

Répartition des activités médicales

94

L'hôpital unique

Partie II

Vers l'hôpital unique

(années 2000 à nos jours)

1

Le contexte socio-sanitaire suisse à aube du XXI^e siècle

99

101

Qualité des soins, mesures de contrôle et de rationalisation

103

Le virage ambulatoire: les effets DRG et TarMed

105

L'Hôpital Riviera: situation tendue et adaptations

109

La fusion avec la Providence

112

L'Hôpital du Chablais: les difficultés du multisite

2

Du multisite au monosite: des points de vue divergents sur l'hôpital

115

116

L'étude Ernst & Young, mandat des politiques: la stratégie du monosite unique

119

Les positions du Chablais et la Riviera: chacun son monosite

119

Réactions et premières initiatives côté Chablais

121

Réactions côté Riviera

123

Rencontre avec les autorités et conclusions du rapport Ernst & Young

127

Seconde vague de réactions: Chablais et Riviera revendiquent un terrain idéal

127

Du côté de la Riviera

128

Du côté du Chablais

3

La décision politique d'un hôpital unique

131

132

La Déclaration commune des gouvernements

135

Le travail de sélection du site

136

Le groupe Boillat: une collaboration entre experts et communes

136

Les députés du Chablais montent aux créneaux

138

Les médecins soutiennent l'hôpital unique

140

Résultat du rapport Boillat: Rennaz l'emporte

141

Réactions des autorités locales

144

Réactions des hôpitaux: l'exemple du Chablais

4	Nouvelles planifications hospitalières vaudoise et valaisanne	145
147	Le Réseau Santé Valais: « cantonaliser » et passer de dix à un seul interlocuteur	
152	Les centres hospitaliers vaudois: une priorité sur l'Est vaudois	
152	Le rapport « intermédiaire »	
154	Un premier point sur les besoins du futur hôpital	
156	Le Protocole d'accord entre les hôpitaux de la Riviera et du Chablais	
5	Nouvelles précautions et études supplémentaires	159
161	Une nouvelle étude sur le choix du site: l'étude Albatros	
163	Le Comité de pilotage intercantonal	
164	L'arrivée d'un nouveau conseiller d'État et de nouvelles questions	
165	Études complémentaires et synthèse du Copil intercantonal	
167	Le Comité et le Groupe de coordination	
168	Une étude de l'impact de l'HRC sur la qualité des soins en Valais	
169	Une meilleure communication et une tribune pour le public	
169	L'Association de Amis de l'HRC et « Hôpinfo »: un important relais	
171	Les autorités locales et le personnel médical s'expriment	

6	S'organiser et se coordonner: le programme des locaux du futur hôpital	173
175	La société ICADE	
175	Une collaboration avec le « terrain »	
176	Les ambitions d'un hôpital tourné vers l'avenir	
178	Un hôpital plus humain	
7	Des avancées concrètes: acquisition du terrain et convention	181
182	Le terrain de Rennaz change de propriétaire	
185	La Convention intercantonale sur l'HRC: les préparatifs	
186	Un regard extérieur: la Commission interparlementaire de contrôle	
186	Le projet de Convention intercantonale sur l'HRC	
188	La structure juridique de l'HRC	
188	Une étude préalable sur le statut juridique	
190	Le statut de droit public: entre contrôle et autonomie	
191	Les réactions face au statut juridique	
192	L'interpellation de Pierre Rochat	
197	Rapport de la Commission interparlementaire et adhésion à la Convention intercantonale	
8	Phase d'accélération à l'aube de la nouvelle décennie	201
202	Le contexte hospitalier suisse des années 2010	
202	Des coûts de la santé (toujours) à maîtriser	
203	La médecine hautement spécialisée	

9
Vers la fusion :
les années
de transition

206	Le Protocole de rapprochement entre les Hôpitaux de la Riviera et du Chablais
208	Mise en place d’une gouvernance de l’HRC
208	Création du Conseil d’établissement et du secrétariat général
209	La Commission de construction et la Direction de projet
212	Le concours de projets du futur hôpital
214	Les projets de construction
215	Le projet lauréat
223	La phase de financement
225	Informier et communiquer
225	Symbole et média
226	À la veille de la fusion : les réactions des professionnels de l’HRC
229	
230	Le Conseil d’établissement reprend l’exploitation de l’HRC
232	La nouvelle Direction générale
237	Une plate-forme informatique unique
239	Fédérer le personnel et harmoniser les pratiques : des hauts et des bas
239	Un recentrage autour des Directions médicales et des soins
242	Le personnel impliqué dans les défis de l’HRC : le cas des conventions collectives de travail
244	Situation de crise entre la direction et le personnel

10
La construction
de l’Hôpital
de Rennaz :
une aventure
en soi

11
L’Hôpital
de Rennaz
et son impact

12
L’HRC à l’horizon
2020 : bilan
intermédiaire

247	
249	Les préliminaires à la construction
249	La phase administrative : le Plan d’affectation cantonal et le permis de construire
251	Le canal de Pra Riond
252	Les travaux de préparation du terrain
255	La phase de construction
255	Nouveaux recours juridiques
261	Coup d’envoi du chantier
262	Réaction des élus
265	Décision du Tribunal fédéral et poursuite des travaux
271	
272	L’accès au futur hôpital
272	Le plan de mobilité
273	Les transports publics
275	L’impact du futur hôpital sur Rennaz
276	L’Espace Santé Rennaz et le quartier des Cornettes
277	L’avenir des sites existants
283	
285	Une forte concurrence
287	Miser sur la qualité des prestations
289	Formation médicale et pôles d’excellence

	291	Des années financièrement difficiles
	293	Le moral reste bon malgré tout
Postface	297	Nicolas Garin
	299	Emilie Brigante
Liste des abréviations	303	
Sources	304	
Crédits	312	

La création d’un nouvel hôpital ne découle pas d’une décision prise à un moment donné. Surtout lorsqu’elle bouscule le dispositif hospitalier de toute une région, intercantonale de surcroît. Elle est l’aboutissement d’un long processus qui débute parfois des décennies avant de voir sortir de terre l’hôpital désiré. C’est le cas de l’hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (HRC) qui a une longue histoire. Et pour la connaître, encore faut-il qu’elle soit explicitée, décryptée à partir des traces qu’en ont laissées de nombreux acteurs privés et publics depuis fort longtemps. Consciente de cette réalité, l’association « Film HRC », s’est donné pour objectif de faire connaître cette histoire en mandatant divers professionnels appartenant à des disciplines variées et complémentaires telles que l’histoire de la médecine et de la santé publique, le cinéma et le multimédia.

Le présent livre est l’une des pièces de l’édifice documentaire promu par cette association qui tient à remercier très chaleureusement l’ensemble des personnes physiques et morales sans lesquelles cette histoire de l’HRC n’aurait pu prendre la forme intelligible qu’elle a désormais et qui en permet la compréhension, le partage et la diffusion.

Il faut commencer par citer les institutions et entreprises qui ont permis, par leurs contributions financières, la réalisation de ce livre :

- L’Association des Amis de l’Hôpital Riviera-Chablais
- L’Association de l’Hôpital du Chablais
- Le canton du Valais
- Le canton de Vaud
- La Fondation des Hôpitaux de la Riviera
- L’Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais
- La Loterie Romande
- L’entreprise générale Steiner SA

Il convient également de citer et remercier les personnes qui, par leur longue implication dans le projet de nouvel hôpital, ont permis de soutenir les auteurs du livre dans leurs recherches documentaires et leurs mises en lien avec des personnes ou institutions dépositaires d’un peu de la mémoire

à reconstituer : Jean-François Brunet, Marc-Étienne Diserens, Dr Georges Dupuis, Pierre Loison, formant « un groupe d'accompagnement » qui a lui-même pu compter sur la complicité de précieuses assistantes, Mesdames Isabelle Coutaz et Florence Juillerat.

De même, les administrations sanitaires des cantons de Vaud et du Valais, l'Association des Amis de l'Hôpital Riviera-Chablais, l'Association de l'Hôpital du Chablais, la Fondation des hôpitaux de la Riviera, l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais ont gracieusement mis à disposition leurs archives. Qu'ils en soient tous ici remerciés.

Pour terminer, nos remerciements s'adressent aux auteurs : le professeur Vincent Barras, directeur de l'Institut des Humanités en Médecine (ex-Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique) et aux deux historiennes qui ont réalisé cet ouvrage, Mesdames Alexia Cochand et Mariama Kaba. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

L'Association « Film HRC »

Vive l'hôpital de la patience et de la coopération !

La gestation aura été longue et animée, mais les deux parents sont heureux : Vaud et Valais ont fait ensemble un être unique en son genre, un hôpital propriété de deux cantons et assurant les soins pour la population de deux régions. Vaud, Valais, Riviera et Chablais ont grâce à lui désormais une part de destin commun.

Comment cela a-t-il été possible ? Le livre que vous tenez entre les mains donnera une grande partie de la réponse. Il ne pourra pas tout dire. Les mystères d'une telle réalisation ne peuvent tous être dissipés. Comment est-il devenu possible de fermer cinq sites de soins aigus au profit d'un seul sans révolte populaire ? Comment une solution impliquant deux cantons a-t-elle pu s'imposer quand deux décennies n'avaient pas permis de concentrer en un seul site les trois hôpitaux de la seule région de la Riviera ? Ces questions resteront ouvertes.

Une partie de la réponse tient peut-être à l'étrange paradoxe qu'à un moment du processus le canton de Vaud a douté. Et a gelé le processus pour une année. Cette rupture dans la détermination d'un des parents du projet a eu un effet inattendu et prometteur. Chablais et Riviera se sont sentis ensemble délaissés par l'État. Une communauté de destin s'est renforcée et les communes de ces deux régions ont réclamé avec force et clarté la réalisation de cet important investissement régional.

Une fois les doutes vaudois dissipés, la région n'a ensuite plus jamais faibli dans son attachement à ce projet. Les recours au sujet des marchés publics, l'irruption à retardement d'un office fédéral, les poussées compréhensibles d'inquiétude de certaines parties de la population ou du personnel et tant d'autres difficultés n'ont jamais affaibli la détermination des deux cantons et des deux régions à surmonter les difficultés et à aller jusqu'au bout de ce projet.

Dans cette aventure, les acteurs et actrices décisifs sont nombreux et méritent d'être tous remerciés. J'ai eu la chance de suivre ce projet avec trois conseillers d'État valaisans, Thomas Burgener, Maurice Tornay et Esther Waeber-Kalbermatten. J'aimerais les remercier particulièrement pour leur constance dans la défense d'un projet qui s'est construit sur un territoire voisin. Mes prédécesseurs Claude Ruey et Charles-Louis RoCHAT, ainsi que

Peter Bodenmann, leur homologue valaisan, qui ont jeté les bases de cette histoire doivent aussi être cités. Il en va de même de Marc-Etienne Diserens et de Georges Dupuis qui d'abord comme chefs de la santé publique de leur canton respectif, puis comme administrateurs ont porté ce projet à bout de bras pendant deux décennies. Ils ont été loyalement soutenus par les présidents des anciens hôpitaux, Pierre Rochat et Antoine Lattion. Enfin, je veux remercier le directeur Pascal Rubin, ses anciens collègues Pierre Loison et Jean-François Brunet et avec eux toutes les équipes soignantes, administratives et techniques des hôpitaux.

A la fin de cette création et au début de la vie de cet hôpital, il faut retenir une leçon fondamentale. Pour réformer aussi puissamment cette partie du paysage hospitalier romand, pour surmonter les difficultés et les doutes, pour concrétiser un tel outil de travail et une telle infrastructure de service public, il n'a jamais été question de concurrence. Si ce principe d'organisation avait été à l'œuvre, nous aurions échoué au premier obstacle.

C'est l'esprit de coopération et souvent aussi l'amitié née entre les acteurs qui ont été décisifs. Ce sont ces valeurs qui nous ont donné la patience nécessaire, transformée petit à petit en détermination inflexible. Cet hôpital est une histoire de patience qui sert les patients et de coopération qui assure la qualité des soins, pas de compétition ou de profit à court terme.

Merci donc à celles et ceux qui ont fait cette histoire et à celles et ceux qui dans cet ouvrage l'ont rapportée avec talent !

Pierre-Yves Maillard, conseiller
d'État, chef du Département
de la santé et de l'action sociale,
Canton de Vaud

Construire un nouvel hôpital est un défi en soi. Le construire à deux cantons est un exploit

Vision, courage et perspicacité, autant de qualités qu'il a fallu aux décideurs successifs pour arriver à mener cet important projet à terme. L'hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (HRC) est aujourd'hui une évidence, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Ce livre en retrace la longue et parfois difficile genèse.

Quand les gouvernements vaudois et valaisan se penchent sur une nouvelle organisation hospitalière pour le Chablais à la fin des années 1980, ils se heurtent à d'importantes résistances locales. Dix ans plus tard, en 1998, un premier pas est néanmoins franchi avec la fusion des hôpitaux d'Aigle et Monthey. Il ne sera pas le dernier.

La région du Chablais se développe et sa population croît. Ses infrastructures hospitalières doivent être adaptées, mais le bassin de population n'est pas suffisant pour envisager la construction d'un nouvel hôpital.

C'est alors que l'idée d'un rapprochement avec la Riviera vaudoise voit le jour. Chablais-Riviera, deux entités à première vue différentes. Pourtant, favorisés par la mobilité de la population, les liens sociaux et économiques s'y intensifient rapidement. Une région dépassant les frontières cantonales voit le jour. Les exécutifs vaudois et valaisan veulent en faire un modèle de collaboration hospitalière intercantonale, comme le prévoit la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

L'HRC est mis sur les rails en 2001 par les deux gouvernements. Le train est lancé, mais il avance lentement. En 2009, les parlements vaudois et valaisan cautionnent la construction de l'Hôpital de Rennaz et la transformation des sites de Monthey et Vevey Samaritain en cliniques de gériatrie et de réadaptation. C'est historique : le canton du Valais accorde une garantie financière, soit un quart du montant, à la construction d'un nouvel hôpital en terre vaudoise.

Ce nouvel ensemble hospitalier représente le trait d'union manquant entre Lausanne et Sion, entre le Centre hospitalier universitaire vaudois et l'Hôpital du Valais. La région Riviera-Chablais dispose ainsi d'une organisation hospitalière adaptée à son essor démographique et économique.

Vingt ans auront été nécessaires à son aboutissement. Nous saluons le brin de folie propre aux visionnaires qui a permis de sceller cette incroyable coopération.

Gouvernements, parlements, collaboratrices et collaborateurs, architectes et ingénieurs ont mis le train sur les rails. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés. Il appartient désormais à la population de la région, ainsi qu'au corps médical et soignant de le faire vivre et voyager pour que les générations suivantes puissent écrire un nouveau pan de l'histoire de cette collaboration intercantonale unique.

Je souhaite un hôpital de haute qualité pour la population et un lieu de travail dynamique et novateur pour les collaboratrices et collaborateurs de l'Hôpital Riviera-Chablais.

Esther Waeber-Kalbermatten,
conseillère d'État, cheffe du
Département de la santé, des
affaires sociales et de la culture,
Canton du Valais

Affilié aux cantons de Vaud et du Valais, l'Hôpital Riviera-Chablais (ci-après HRC) est officiellement créé au printemps 2009, lors de la signature d'une convention intercantonale adoptée par les Parlements vaudois et valaisan. Les hôpitaux du Chablais et ceux de la Riviera fusionnent le 1^{er} janvier 2014, et il est prévu, après moult reports, que le grand centre hospitalier de l'HRC ouvre ses portes en 2019 à Rennaz, dans le Chablais vaudois. Dix années séparent la création officielle de cet établissement et sa mise en fonction. Mais en remontant le temps, on découvre que son origine est bien plus lointaine. Bon nombre d'événements politiques, économiques et socio-sanitaires, se manifestant sous forme d'avancées, d'obstacles ou de soubresauts, ont accompagné sa naissance et ont fait de cet hôpital ce qu'il est amené à devenir.

Il faut dire que le projet de l'HRC est des plus ambitieux. Afin de répondre à la population de près de 200 000 habitants que totalisent le Chablais et la Riviera, le projet vise à transformer les six sites hospitaliers existants de la Riviera (Vevey Providence, Vevey Samaritain, Montreux et Blonay Mottex) et du Chablais (Aigle et Monthey) pour n'avoir plus que trois établissements. L'objectif est de créer un tout nouvel hôpital de soins aigus de près de 300 lits sur un terrain de 86 000 m² à Rennaz, flanqué de deux antennes médico-soignantes qui exploitent les bâtiments existants de Vevey Samaritain et de Monthey¹. Ainsi, l'HRC c'est à la fois la fusion de deux hôpitaux multisites (du Chablais et de la Riviera), une nouvelle construction (à Rennaz), l'aménagement de deux antennes (à Monthey et à Vevey Samaritain), ainsi que l'organisation qui accompagne la fermeture des sites restants. Mais c'est encore bien plus que cela.

1 Voir notamment: Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Rapport final – octobre 2000*; Groupe de travail « Recherche de sites HRC », Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan, 19 novembre 2002: « Résumé », p. 1, Archives SSP Vaud; Canton

du Valais, *Message accompagnant le projet de décision portant sur le cautionnement de l'État du Valais pour le financement de l'emprunt bancaire...*, [janvier. 2012]; Canton de Vaud, *EDMP accordant la garantie de l'État de Vaud à l'établissement intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais pour l'emprunt bancaire...*, [janvier 2012]

En effet, comment un hôpital intercantonal tel que l'HRC se met-il en place ? Qu'implique-t-il au niveau des instances politiques, du personnel hospitalier, des patients et de l'institution en tant que telle ? Pourquoi a-t-il fallu plusieurs décennies pour réaliser ce projet d'hôpital ? Faut-il y voir une résurgence des difficultés liées au fédéralisme (la bicantonalité de l'HRC), l'attentisme des responsables de la politique hospitalière ou encore les résistances des populations locales ? Enfin, en regard de l'histoire des réseaux de santé suisses, comment se positionne l'HRC en tant qu'« hôpital du futur » ? Les défis à venir des hôpitaux sont innombrables, l'histoire de l'HRC nous le dévoile.

Les proportions accordées à chacune des parties de l'ouvrage, conçu à deux voix, se trouvent influencées par l'importance des questions qu'amène à poser la trajectoire inédite de l'HRC éclairant la politique sanitaire actuelle. Aussi, les ferments sur lesquels cette collaboration intercantonale s'est développée, traités dans la première partie par Alexia Cochand, sont-ils abordés plus brièvement, comme préambule à la genèse de l'HRC, tandis que le processus complexe, qui depuis le tournant des années 2000 aboutit finalement à l'ouverture de l'HRC, est retracé de manière plus conséquente dans la deuxième partie par Mariama Kaba.

Les auteures ne sauraient conclure cette introduction sans remercier vivement le mandataire de cet ouvrage, l'Association Film Hôpital Riviera-Chablais, qui leur a accordé sa confiance et a permis aux différentes étapes de la recherche conduisant à la publication d'être menées dans les meilleures conditions. L'intégration de ce travail dans les axes de recherches de l'Institut des humanités en médecine (CHUV-Université de Lausanne) a permis aux auteures de réaliser leur travail conformément aux exigences scientifiques. Aussi, elles remercient particulièrement le professeur Vincent Barras, directeur de l'Institut, pour son soutien et ses conseils. Elles saluent également Mesdames Éliane Lehmann et Alba Brizzi, pour leur disponibilité et leur efficacité ainsi que toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs de l'Institut qui ont apporté leur aide.

Elles expriment également leur gratitude aux membres du groupe d'accompagnement de ce livre, Messieurs Jean-François Brunet, Marc-Étienne Diserens, Georges Dupuis et Pierre Loison, pour leurs relectures et leur disponibilité. Elles saluent également tous ceux qui leur ont accordé du temps au cours de ce projet, et particulièrement les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens : Messieurs Jean-François Brunet, Jean-Pierre Butty, Ernest Cardis, Philippe Collet, Benoît Delaloye, Marc-Étienne Diserens, Georges Dupuis, Jean-Paul Jotterand, Antoine Lattion, Pierre Loison, Jean-Pierre Müller, Olivier Girardin, Étienne Rivier, Pascal Rubin, Daniel Schmutz et Denis Sulliger.

Pour les précisions apportées à certains points de l'ouvrage et pour leur disponibilité, les auteures remercient également Mesdames Andrea Bingelli, assistante de direction de l'HRC, Sandra Blank, secrétaire générale et responsable des affaires juridiques, Patricia Claivaz, responsable de la communication et Emmanuelle Fonferrier, cheffe de projet ainsi que Messieurs Alexandre Ciravegna, responsable de l'unité parkings et mobilité, Karl Halter,

directeur de projet, et Robert Meier, directeur adjoint de l'organisation, des systèmes d'information et de la logistique.

Elles expriment également leur reconnaissance à Messieurs Marco Danesi et Daniel Maurer, cinéaste, ainsi que les Archives communales de Blonay, les Archives de la commune d'Aigle, les Archives de Montreux et le Musée historique de Vevey pour la mise à disposition des documents iconographiques. Elles saluent également tous les particuliers qui ont permis l'utilisation de leurs collections.

Toute leur gratitude s'adresse enfin à Mesdames Isabelle Coutaz et Florence Juillerat, assistantes de direction de la Fondation Miremont, pour le travail de coordination entre les auteures et le Copil du livre HRC, mené avec une efficacité sans faille ainsi qu'à Madame Chantal Fontaine, secrétaire au service de la santé publique du canton de Vaud pour sa disponibilité.



Carte situant le nouvel établissement à Rennaz et les sept sites de l'Hôpital Riviera et de l'Hôpital du Chablais et de Miremont.

I

Création

des hôpitaux multisites

(années 1960–1990)

1

L'Hôpital

de la Riviera

I
Création des hôpitaux multisites

1
L'Hôpital de la Riviera

Du plan hospitalier vaudois de 1966 au projet Baugy

Tout en faisant l'objet d'une gestion privée, les établissements régionaux qui parsèment le territoire cantonal vaudois bénéficient du soutien grandissant de l'État au cours du XX^e siècle. Pour assurer la prise en charge de certaines catégories de malades, notamment ceux assurés en chambre commune, le gouvernement vaudois accorde des subsides journaliers aux hôpitaux dont la hauteur est négociée dans le cadre de conventions dans les années 1950 et 1960¹. La participation de l'État aux travaux de construction ou de modernisation des infrastructures médico-techniques est quant à elle discutée au cas par cas². Profitant du contexte économique particulièrement favorable dans lequel se trouvent les finances publiques de l'après-guerre, les hôpitaux régionaux s'adaptent ainsi à la spécialisation accrue de la médecine hospitalière en démultipliant le nombre de leurs services qu'ils dotent d'infrastructures médico-techniques de pointe³.

Pour l'État de Vaud, un gros chantier se profile au début des années 1960 avec la reconstruction du nouvel Hôpital cantonal. En effet, en 1961, le gouvernement vaudois adopte un plan cantonal d'extension dans lequel une zone destinée à accueillir le futur centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV) est délimitée⁴. Si la reconstruction d'un nouveau bâtiment constitue à ce stade la première étape du chantier, il s'agit également de coordonner à terme les activités menées par l'Hôpital cantonal et les autres institutions qui ont émergé dans son giron.

C'est dans ce contexte de forte croissance du système hospitalier que le gouvernement vaudois décide, en 1963, de confier la réalisation d'un plan d'hospitalisation cantonal à Léo Gagnebin et Pierre Gilliand, deux

1 Donzé Pierre-Yves, *Du Lobbying au partenariat: La Fédération des Hôpitaux vaudois (1903-2003)* (Montreux 2004), p. 18.
2 *Ibid.*, p. 17.
3 Voir: Donzé Pierre-Yves, *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande* (Neuchâtel 2017), pp. 96 et suiv.

4 Site web du CHUV, www.chuv.ch, « 1960 à aujourd'hui, une cité hospitalière », consulté en 2018. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/en-bref/historique/1960-a-aujourd'hui/>.

I
Création des hôpitaux multisites

1
L'Hôpital de la Riviera

Du plan hospitalier vaudois de 1966 au projet Baugy

sociologues rattachés au service de la santé publique (ci-après SSP) du canton de Vaud⁵. Épaulés par plusieurs commissions composées de représentants des services cantonaux ainsi que d'une délégation de la Société vaudoise de médecine et du groupement des hôpitaux régionaux vaudois (ci-après GHRV), les deux experts remettent leur rapport définitif en 1966.

Loin de constituer une remise en cause de la croissance du système, ce plan propose de mesurer les besoins sanitaires à moyen terme et d'échelonner les investissements⁶. Pour le gouvernement, il s'agit surtout de définir le rôle que doit jouer chaque établissement au sein de l'ensemble du territoire cantonal. En effet, comme il l'évoque dans un rapport soumis au Grand Conseil à l'automne 1967, « on entend doter le canton d'un équipement équilibré, c'est-à-dire répartir judicieusement les tâches entre le centre hospitalier universitaire vaudois qui succédera à l'actuel Hôpital cantonal, et les autres hôpitaux. »⁷ Le plan préconise en effet la centralisation de moyens dans les zones pour éviter « une prolifération de petits hôpitaux insuffisamment équipés [...] »⁸ qui menacerait l'équilibre visé.

Le plan découpe le territoire vaudois en huit zones sanitaires correspondant chacune à une aire géographique homogène. Les régions excentrées du canton (La Vallée, Sainte-Croix, Pays-d'Enhaut) sont réparties quant à elles en trois demi-zones⁹.

Chaque zone devra disposer d'un hôpital de zone « structuré en services »¹⁰ offrant une capacité de 150 à 300 lits avec une permanence pour les urgences médicales et chirurgicales. L'offre sanitaire sera complétée par un hôpital régional qui disposera de moins de 100 lits et d'un faible équipement technique destiné à « la pratique courante pour la région »¹¹. Le plan propose également la création d'hôpitaux de secteur destinés à répondre aux besoins sanitaires d'une population d'au moins 100 000 habitants répartie sur plusieurs zones. Établissement intermédiaire entre l'hôpital universitaire et l'hôpital de zone, sa construction n'est pas à envisager avant 1985 selon le rapport¹².

Afin de « centraliser la médecine et la chirurgie hautement spécialisées et décentraliser ce qui relève de la pratique courante »¹³, le plan établit également une distinction entre les types de lits mis à disposition dans les hôpitaux. Ils sont désormais de type A, B ou C en fonction de la durée et de l'ampleur des investigations médico-techniques que nécessitent les soins. Les lits A sont destinés exclusivement aux hospitalisations aiguës de courte durée mobilisant des moyens techniques d'investigation et de thérapie pointus, souvent onéreux. Ainsi, le plan prévoit de concentrer ce type de lits dans l'hôpital

5 Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur le Plan hospitalier cantonal vaudois, 38 (R.7/66), Automne 1966, p. 5.
6 Donzé, Pierre-Yves, *Du Lobbying au partenariat: La Fédération des Hôpitaux vaudois (1903-2003)* (Montreux 2004), p. 24.

7 Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur le Plan hospitalier cantonal vaudois, 38 (R.7/66), Automne 1966, p. 13.
8 *Ibid.*, p. 19.
9 *Ibid.*
10 *Ibid.*, p. 17.
11 *Ibid.*
12 *Ibid.*, p. 12.
13 *Ibid.*, p. 11.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

de zone. Lorsque la prise en charge du patient requiert des moyens moins importants, ce dernier regagne son domicile ou est transféré dans un service disposant de lits de type B pour y poursuivre son traitement à moindres frais. Selon le modèle proposé par le plan hospitalier, c'est l'hôpital régional qui est chargé de mettre à disposition la majorité de ces lits. Enfin, les lits de type C sont quant à eux principalement destinés à la prise en charge des patients âgés et grabataires réclamant des soins médicaux ne pouvant être effectués à domicile. Pour les patients concernés, la prise en charge s'effectue dans des centres de dégagements ou de placement qui correspondent à des établissements faiblement médicalisés pour une durée souvent longue, « voire définitive »¹⁴.

Le plan hospitalier de 1966 et la Riviera

Si le plan hospitalier propose une organisation inédite de l'offre sanitaire dans le canton de Vaud, sa mise en place repose sur l'utilisation des infrastructures préexistantes. Dans la zone sanitaire III qui correspond à la région de la Riviera, la situation est à cet égard atypique. Composée des dix communes du district de Vevey et de huit localités environnantes, elle dispose de quatre établissements de soins, dont deux hôpitaux de soins aigus propres à assumer le rôle d'hôpital de zone. L'Hôpital du Samaritain à Vevey et l'Hôpital de Montreux, respectivement fondés en 1858 et 1871 et séparés par quelques kilomètres seulement, offrent en effet des prestations médicales identiques. Philippe Collet, l'ancien directeur du Samaritain jusqu'à la création de l'Hôpital de la Riviera en 1997, se souvient d'une certaine indifférence entre les deux établissements: « Les gens de la région de Montreux se rendaient dans leur établissement, ceux de Vevey restaient à Vevey. Il n'y avait pas directement de concurrence entre ces deux hôpitaux »¹⁵, relate-t-il aujourd'hui.

Avec 85 lits, l'Hôpital de la Providence à Vevey, construit en 1866, assure également une activité en soins aigus, mais correspond, selon le plan hospitalier, à un établissement de demi-zone.

Enfin, le Pavillon de Mottex, destiné depuis sa construction en 1924 à la prise en charge de patients grabataires ou souffrant de tuberculose, complète l'offre hospitalière de la région.

Alors que la mise en place du plan hospitalier nécessiterait la désignation d'un seul hôpital de soins aigus pour la zone, le gouvernement vaudois propose, dans son rapport de 1967, de laisser le soin aux établissements de trouver un accord sur « la répartition future des tâches »¹⁶. Il préconise cependant la restructuration de l'Hôpital de Montreux, vieillissant, budgétisée à 11 millions de francs. La Commission parlementaire, chargée d'examiner



14 Ibid., p. 14.
15 Entretien avec Philippe Collet, 9 janvier 2017.

16 Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur le Plan hospitalier cantonal vaudois, 38 (R.7/66), Automne 1966, pp. 27-28.

L'Hôpital de Montreux vers 1950 (face sud). La Providence inaugurée en 1935.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

les dépenses occasionnées dans chaque zone par l'adaptation de l'offre sanitaire aux prescriptions du plan hospitalier, refuse de suivre le gouvernement vaudois¹⁷. En plus de rejeter le crédit pour les travaux de restructuration de l'Hôpital de Montreux, elle décide, à l'avenir, de statuer uniquement sur les demandes de financement relatives à des travaux d'entretien minimal jusqu'à ce qu'une solution en adéquation avec le plan hospitalier soit trouvée pour la zone.

C'est par la construction d'un hôpital neuf que la question de la configuration hospitalière de la zone prend un nouvel élan dès 1969. Soucieux de voir la Riviera bénéficier rapidement d'un hôpital moderne, les syndics des communes de Vevey, de Montreux et de La Tour-de-Peilz informent l'État de Vaud de l'existence d'un terrain à Sully sur le territoire de La Tour-de-Peilz. D'une surface d'environ 100 000 m² et accessible par les transports publics, cette parcelle suscite l'enthousiasme des autorités politiques locales et cantonales¹⁸. Aussi, l'État et les communes décident d'acheter le terrain en créant une société anonyme immobilière, la Société d'Équipements publics du Haut-Léman S.A (ci-après SEPHL), destinée à l'acquisition et à la gérance d'immeubles d'intérêt régional. Le canton s'engage le 19 décembre 1969 à raison de 50 %. Les Conseils communaux des trois communes acceptent de prendre en charge l'autre moitié à raison d'un tiers chacune¹⁹. D'entente entre les parties, l'utilisation de la parcelle est réservée pour deux projets d'intérêt public, la construction du futur hôpital de zone et le Centre d'Enseignement secondaire supérieur de l'Est vaudois (CESSEV).

Du côté des hôpitaux de Montreux, du Samaritain et de la Providence, l'acquisition d'une parcelle réservée à la construction d'un nouvel hôpital reçoit un accueil mitigé. Dès le début de l'année 1971, les trois établissements mettent sur pied un groupe de travail commun sous la présidence d'André Panchaud, ancien président du Tribunal fédéral, pour évaluer l'adéquation d'un tel projet avec « l'exécution des transformations et améliorations destinées à assurer leur survie »²⁰. Si le principal objectif des hôpitaux dans l'immédiat est d'assurer la rénovation de leurs installations immobilières et techniques, aucun d'entre eux ne semble prêt, à terme, à renoncer à son activité en soins aigus. En effet, les membres du groupe de travail jugent la construction d'un nouvel hôpital prématurée et ne conçoivent d'ailleurs celui-ci qu'en complément de l'offre en lits A et B assurée par leurs établissements ou, à plus longue échéance, comme hôpital de secteur pour l'Est du canton.

17 Ibid., p. 7.

18 « La Municipalité de Vevey au Conseil communal, préavis sur création d'une société d'équipements publics du Haut-Léman en vue d'acquérir une propriété en Sully derrière La Tour-de-Peilz, en commun entre l'État de Vaud et les communes de Vevey, Montreux et La Tour-de-Peilz », 23 février 1970. p. 3, classeur « 3 Montreux NHZ » Archives SSP Vaud.

19 Site web de la commune de Blonay, www.blonay.ch, « Préavis municipal n° 17/92, mise à disposition des terrains destinés à la construction du futur Hôpital de Sully », consulté en 2018.

20 « Groupe de travail des Hôpitaux de Vevey Montreux, conclusions partielles au 25 janvier 1971 », p. 2, classeur « 3 Montreux NHZ », Archive SPP Vaud.



Le pavillon chirurgical de la Providence inauguré en 1962.

L'Hôpital de Mottex à Blonay vers 1930.

I
Création des hôpitaux multisites

1
L'Hôpital de la Riviera

Du plan hospitalier vaudois de 1966 au projet Baugy

Aussi, ils demandent à l'État et aux communes de réserver une surface de 50 000 m² sur la parcelle afin de pouvoir en disposer « le moment venu »²¹.

Vers une fusion des hôpitaux veveysans ?

En attendant qu'un projet concret d'hôpital unique pour la Riviera soit défini sur la parcelle acquise par la SEPHL à Sully, les hôpitaux poursuivent la modernisation de leurs installations avec l'appui de l'État de Vaud. Conformément à la décision prise par la Commission parlementaire à l'automne 1967, l'État accepte d'examiner les demandes de crédits dans le seul cas de travaux absolument nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des établissements de la zone.

Le 18 novembre 1970, le Grand Conseil accorde ainsi sa garantie à l'Association de l'Hôpital de Montreux pour la rénovation et l'agrandissement de l'hôpital. À l'été 1973, les travaux s'achèvent avec la création de neuf lits de soins intensifs et d'un pavillon de 38 lits destinés au service de médecine. Le coût total de cette rénovation, qui doit permettre d'attendre une quinzaine d'années jusqu'à la mise en service d'un nouvel hôpital de zone, se monte finalement à 5,3 millions de francs au lieu des 11 millions prévus en 1967²².

À Vevey, les deux hôpitaux prévoient également des travaux au début des années 1970. Au Samaritain, des transformations ont été réalisées en 1967 sans aide financière du canton grâce à un prêt et cautionnement de huit communes de la région veveysane et des alentours ainsi qu'à un financement privé sous forme de dons. Un quatrième étage a été ajouté augmentant la capacité d'accueil de 26 lits pour atteindre 155²³. Toutefois, plusieurs secteurs de soins, comme la physiothérapie, la radiologie ou la maternité, manquent de place. Du côté de la Providence qui dispose de 85 lits, on prévoit également l'amélioration des conditions d'hébergement par la construction d'une annexe dans laquelle les lits de l'ancien bâtiment seront transférés²⁴.

Si l'histoire des deux établissements est caractérisée jusque-là par une suite d'oppositions plus ou moins marquées, accentuées par des rapports de concurrence au sein d'un secteur d'activités limité, ces projets simultanés conduisent les deux hôpitaux veveysans à envisager un rapprochement inédit²⁵. Dès 1971, ils mandatent le bureau d'architecture Amrhein et von Streng de Morges pour mener une étude préliminaire afin d'examiner les possibilités



Vue aérienne de l'Hôpital du Samaritain en 1968.

Le président de l'Association de l'Hôpital de Montreux Éric Reymond et le directeur Jean-Pierre Müller lors de l'inauguration après les travaux de rénovation et d'extension en 1973.

21 Ibid.
22 « Évolution chronologique de la planification hospitalière dans la région Vevey-Montreux, en particulier pour ce qui concerne l'Hôpital de Montreux », 9 mai 1994, p. 1, classeur « Hôpital Sully », Archives SSP Vaud.

23 Hôpital du Samaritain, 110^e Rapport, 1967, p. 5, Archives HR Mottex.
24 « Avenir de l'hôpital », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1976, pp. 3-4, Archives HR Mottex.
25 Hôpital du Samaritain, 110^e Rapport, 1968, p. 5, Archives HR Mottex.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

d'extension dans chaque établissement. Les architectes notent que la coordination, voire la concentration de certains services, constitue un des moyens pour aboutir à l'augmentation du volume des prestations médicales et du nombre de lits²⁶. En 1972, les hôpitaux demandent la poursuite de l'étude avec à la clé une proposition de centralisation de services. Au mois d'août de la même année, les médecins des deux établissements créent une institution commune, le Collège des médecins des hôpitaux de Vevey.

Sur le papier, le principe de fusion des services administratifs est accepté le 29 novembre 1972. Pour les hôpitaux veveysans, la fusion constitue probablement un moyen de contester le projet d'hôpital de zone qui représente une menace pour la poursuite de leur activité en soins aigus. À cet égard, la direction de la Providence rappelle qu'« il n'y a aucun besoin, pour l'instant du moins, de se soucier de la construction d'un hôpital de zone dans notre région »²⁷. Pierre Hertig, doyen du collège commun des médecins, dresse le même constat et précise que dans ces conditions, « ce dont la population a besoin, ce n'est pas d'une augmentation du nombre de lits, mais d'une amélioration des locaux et de l'équipement technique. C'est cela que vise le projet de fusion »²⁸. Face au modèle de l'hôpital de zone doté de 150 lits au minimum, le médecin veveysan défend les structures de petite taille qui représentent selon lui une alternative aux grandes concentrations hospitalières²⁹.

Le projet réalisé à la fin de l'année 1972 se heurte toutefois au refus des autorités politiques des communes de Vevey, de La Tour-de-Peilz et de Montreux consultées dans le cadre d'une collaboration régionale. Protagonistes dans l'achat du terrain de Sully aux côtés des autorités cantonales, les trois communes demandent en effet aux hôpitaux de limiter les travaux qu'ils envisagent « aux améliorations absolument nécessaires pour une opération «survie» [...] »³⁰. Une nouvelle répartition des activités est réalisée dans le courant 1973. Elle réaffirme la volonté d'établir, à terme, une gestion administrative commune et propose une réorganisation des services médicaux comme la création d'un service d'obstétrique doté d'une maternité unique pour les deux hôpitaux³¹. En avril 1974, ce projet qui mobilise surtout les infrastructures déjà disponibles sans nécessiter des travaux importants est soumis au SSP pour une première évaluation. Il est approuvé par les pouvoirs publics qui espèrent sans doute qu'il mènera à la création d'un seul hôpital. Alors que l'élaboration d'un programme définitif entre le SSP et les dirigeants,

26 « Ville de Vevey, Hôpital du Samaritain, Hôpital de la Providence », [sans date], p. 2, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP VD.

27 « Assemblée générale du 15 mai 1974, protocole », Hôpital de la Providence, p. 5, classeur « AG Providence » Archives HR Mottex.

28 « Rapport du doyen du collège des médecins », Hôpital du Samaritain, 115^e Rapport, 1973, p. 9, Archives HR Mottex.

29 « Rapport du doyen du collège des médecins », Hôpital du Samaritain, 114^e Rapport, 1972, p. 11, Archives HR Mottex.

30 « Collaboration Providence/ Samaritain », Hôpital du Samaritain, 115^e Rapport, 1973, p. 5, Archives HR Mottex.

31 « Ville de Vevey, Hôpital du Samaritain, Hôpital de la Providence », [sans date], p. 2, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP VD.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

associés aux médecins des hôpitaux, est sur le point de débiter, la réorganisation des services entre les deux établissements peine à se concrétiser. Finalement, la Providence décide dans le courant de l'année 1976 de renoncer à une répartition des activités³². « La Providence, hôpital catholique, ne voulait pas que des avortements soient réalisés dans la maternité qui aurait dû être gérée en commun. Mais ce n'était pas le véritable motif! »³³, évoque l'avocat Denis Sulliger, ancien président de l'Hôpital du Samaritain, au sujet de ce revirement.

En effet, au milieu des années 1970, l'existence indépendante de la Providence ne fait plus l'unanimité aux yeux des pouvoirs publics dans une zone où l'offre en soins généraux est déjà assurée par l'Hôpital de Montreux et par le Samaritain. Aussi, elle envisage d'abandonner son statut d'établissement public pour s'orienter vers la prise en charge d'une clientèle essentiellement privée. C'est chose faite lorsque, dans un plan d'investissement pour les établissements reconnus d'intérêts publics élaboré en 1978, le SSP décide de lui accorder seulement 1,5 million de francs pour effectuer la modernisation de ses locaux (au lieu des 9 millions demandés), mais réserve un montant de 8,5 millions pour des travaux au Samaritain³⁴. Même si les travaux prévus à la Providence n'augmentent pas la capacité d'hospitalisation de la zone, le SSP estime en effet qu'il est « [...] irrationnel de maintenir deux hôpitaux pour une population d'environ 25 000 habitants »³⁵. La Providence, qui refuse de se cantonner à un rôle de second plan qui la conduira à disparaître, assurera, à partir de 1979, son avenir de manière indépendante, en renonçant du même coup aux subventions étatiques³⁶, et amorcera la modernisation de ses installations médico-techniques ainsi que la transformation de ses locaux dans le courant de la même année³⁷.

Changement de cap dans la politique sanitaire : l'exposé des motifs de 1981

Après l'échec de sa collaboration avec la Providence, le Samaritain lance une nouvelle étude qui débouche sur un avant-projet soumis au SSP du canton de Vaud en décembre 1977. Il prévoit l'agrandissement du service des urgences,

32 « Planification hospitalière veveysanne », Hôpital du Samaritain, 116^e Rapport, 1976, p. 5, Archives HR Mottex.

33 Entretien avec Denis Sulliger, 5 avril 2017.

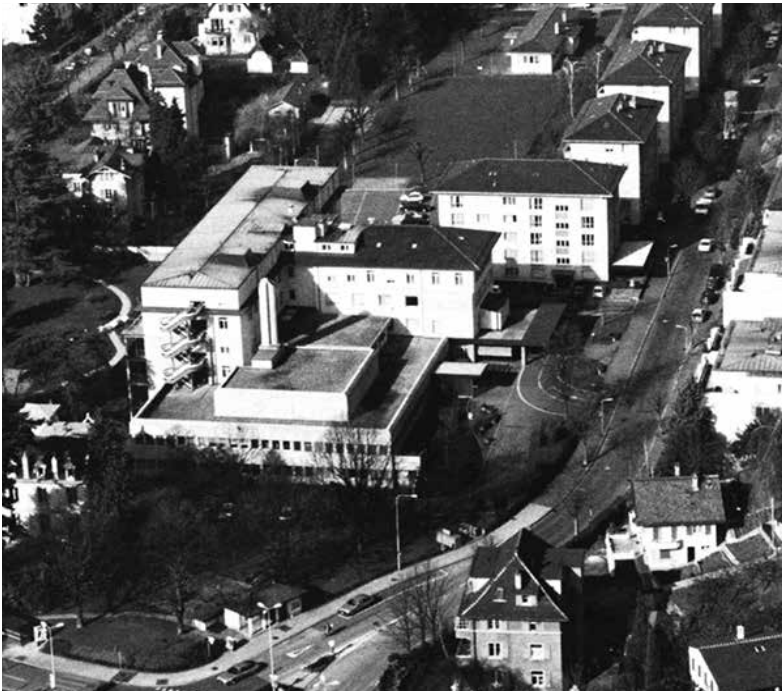
34 « Assemblée générale du 1^{er} juin 1979, protocole », Hôpital de la Providence, pp. 6-7, 11 juin 1979, classeur « AG Providence », Archives HR Mottex.

35 *Ibid.*

36 « Transformations et nouvelle construction », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1978, pp. 4-5, Archives HR Mottex.

37 « Brève description du projet », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1979, pp. 4-5. Archives HR Mottex.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy



La Providence après les travaux d'agrandissement achevés en 1985.

L'Hôpital du Samaritain après l'agrandissement achevé en 1986.

de la radiologie, des salles d'opérations, de la maternité et la création d'une salle de réveil. Sur le plan médical, c'est surtout l'agrandissement des urgences, où un flux de patients toujours plus nombreux est constaté, qui suscite la plus grande attente. Au cours de l'année 1979, la rénovation complète des installations sanitaires et électriques du Samaritain vient s'ajouter aux travaux initialement prévus³⁸. Aussi, un complément d'étude destiné à remanier l'avant-projet en incluant les dépenses supplémentaires est demandé par le SSP. À la fin de l'année, l'étude préparatoire est terminée, suivie par la mise à l'enquête du projet définitif et par la préparation du devis détaillé au début de l'année 1980.

Avec un budget estimé à 17 millions de francs, les transformations prévues au Samaritain dépassent largement la simple « opération de survie », seule forme de travaux que la Commission parlementaire préconisait de financer pour les hôpitaux de soins aigus de la zone sanitaire III à l'automne 1967. Soumis au Grand Conseil par le gouvernement dans le cadre d'un exposé des motifs et proposition de décret (ci-après EMPD), le projet est toutefois accepté lors de la session parlementaire d'automne 1981³⁹. Lors de la même session, le parlement vaudois accorde la prise en charge par l'État de travaux urgents à l'Hôpital de Montreux en prévoyant à court terme la restructuration complète du bâtiment⁴⁰. Si la politique hospitalière défendue pour la zone depuis le plan de 1966 privilégiait la construction d'un nouvel hôpital, cette décision y met un terme en préférant l'aménagement des établissements existants.

Dans son EMPD, le Conseil d'État admet toutefois que « l'option de l'hôpital unique constitue une solution logique et rationnelle »⁴¹, mais refuse de choisir entre le Samaritain et l'Hôpital de Montreux. « Ils assurent à eux deux la fonction de desserte de la zone, sans que l'on puisse définir un rôle dominant pour l'un d'entre eux et par conséquent y concentrer le gros des activités et les équipements lourds, à l'instar de ce qui peut être défini lorsqu'on est en présence d'un hôpital de zone et d'un hôpital régional » évoque-t-il pour expliquer sa position⁴². Si le gouvernement renonce à imposer une répartition stricte de l'activité médicale dans l'un ou l'autre

38 « Agrandissement et rénovation de l'hôpital », Hôpital du Samaritain, 121^e rapport, 1979, p. 5, Archives HR Mottex.

39 Bulletin du Grand Conseil, *Projet de décret accordant à la Fondation de l'Hôpital du Samaritain, à Vevey, la garantie des emprunts contractés et la prise en charge du service de la dette pour financer la transformation et l'agrandissement de son bâtiment*, séance du 9 septembre 1981, pp. 1157-1158.

40 Bulletin du Grand Conseil, *Projet de décret accordant à l'Association de l'Hôpital de Montreux la garantie*

des emprunts contractés et la prise en charge du service de la dette pour financer divers aménagements dans ses bâtiments, séance du 9 septembre 1981, pp. 1159-1160.

41 Bulletin du Grand Conseil, *Exposé des motifs et projets de décrets accordant à la Fondation de l'Hôpital du Samaritain, à Vevey, et à l'Association de l'Hôpital de Montreux la garantie des emprunts contractés et la prise en charge du service de la dette pour financer divers travaux*, Séance du 9 septembre 1981, p. 1139.

42 *Ibid.*, p. 1152.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

des établissements « compte tenu de l’interdépendance entre les services hospitaliers »⁴³, il exige la centralisation progressive des services administratifs et de procédures relatives à la gestion des deux hôpitaux. Aux côtés de directives peu définies, telles que la mise en place « d’une division du travail aussi poussée que possible et d’une meilleure maîtrise des coûts dans le domaine de l’exploitation et des investissements »⁴⁴, des mesures plus concrètes sont prévues pour garantir un développement désormais complémentaire. Ainsi, chaque Comité devra intégrer un représentant de l’autre établissement, un collège des médecins unique sera institué⁴⁵, la gestion du personnel sera unifiée, les achats de l’ensemble des fournitures seront centralisés, tout comme le traitement du linge⁴⁶. À plus long terme, la gestion informatique unique des deux établissements est envisagée.

Chargées de mettre en place ces dispositions d’un commun accord sans cadre d’application strictement défini par l’État, les deux directions peinent à entamer des négociations, concentrant plutôt leurs efforts sur l’aménagement de leurs locaux respectifs. Aussi, le développement complémentaire entre les deux hôpitaux restera au point mort.

Du côté du Samaritain, les travaux débutent en 1982 pour s’achever quatre ans plus tard avec l’inauguration officielle des nouveaux locaux le 28 mai 1986⁴⁷. Leur coût s’élève finalement à 23,3 millions de francs, après une ultime demande de garantie et de prise en charge de la dette par l’État pour des emprunts complémentaires, acceptée par le Grand Conseil en février 1985⁴⁸.

À Montreux, où des travaux de maintien sont effectués depuis les années 1970 en attendant la construction d’un nouvel hôpital pour la zone, l’abandon de ce projet constitue une déception. « Nous avons été mis devant le fait accompli et n’avons plus eu que la possibilité de négocier le maintien et l’entretien de l’hôpital. Dans cette situation, nous avons confirmé notre volonté d’avoir à terme un hôpital unique, mais compte tenu des investissements importants l’échéance était reportée »⁴⁹, se remémore Jean-Pierre Müller, l’ancien directeur de l’Hôpital de Montreux.

Pour les dirigeants, il s’agit d’entreprendre rapidement des études pour la construction d’un nouvel hôpital. L’Association de l’hôpital mandate en 1983 le bureau d’architecture Pierre Vincent SA pour examiner un projet de restructuration des bâtiments et de construction d’un plateau médico-technique à l’est du pavillon de médecine⁵⁰. Peu fonctionnelle, en raison de la dispersion des activités qu’elle impliquerait et de la capacité d’expansion limitée offerte par la parcelle, cette alternative est abandonnée malgré un coût jugé

43 *Ibid.*
44 *Ibid.*
45 *Ibid.* p. 1153.
46 *Ibid.*, p. 1155.
47 « Inauguration de l’hôpital rénové », Hôpital du Samaritain, 128^e Rapport, 1986, p. 7, Archives HR Mottex.

48 Site web de la commune de Blonay, www.blonay.ch, « Préavis municipal n° 17/92, mise à disposition des terrains destinés à la construction du futur Hôpital de Sully », consulté en 2018.
49 Entretien avec Jean-Pierre Müller, 9 janvier 2017.
50 *Ibid.*

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

relativement peu élevé de 33 millions de francs, sans les accès ni les parkings⁵¹. Dès lors, les dirigeants de l’hôpital se mettent à la recherche d’un autre site sur lequel construire un établissement neuf pour la région de Montreux. Elles le trouvent à Baugy en dessus de Clarens sur le territoire de la commune de Montreux, où cette dernière met à disposition le site des Grands-Prés. À l’été 1987, l’Association lance un concours d’architecture avec l’autorisation du conseiller d’État Philippe Pidoux, nommé au printemps à la tête du Département de l’intérieur et de la santé publique.

Quelques mois plus tard, le principe d’une nouvelle construction est officiellement admis par le Conseil d’État qui prévoit d’y accorder 50 millions⁵². La capacité de l’hôpital, fixée à 148 lits, ainsi que le programme des locaux sont élaborés en partenariat avec le SSP. Les crédits pour les études sont accordés à la condition toutefois que l’Hôpital de Montreux et celui du Samaritain signent une convention qui définisse les modalités d’une collaboration entre eux⁵³.

Le 14 janvier 1988, le jury, dans lequel siège Daniel Senn, architecte au SPP, attribue le premier prix au projet de Luigi Snozzi, architecte et professeur d’architecture à l’École polytechnique fédérale de Zurich (ci-après EPFZ)⁵⁴. Le volume trop important du bâtiment prévu ne fait pourtant pas l’unanimité et est même qualifié de « monumental »⁵⁵. Daniel Senn s’y oppose, tout comme le président du jury Éric Musy, mais l’État renonce à exercer son droit de veto⁵⁶.

Au mois de mars 1988, le Conseil d’administration désigne une commission de construction composée de membres des instances administratives et médicales de l’Hôpital de Montreux avec Daniel Senn comme délégué pour l’État. Les études, encadrées par le bureau d’architecture Suter+Suter, débutent à l’automne de la même année. Elles aboutissent à un projet soumis au SSP du canton de Vaud dans le courant de l’année 1989. Le devis détaillé atteint 94 millions de francs, dont 87 à la charge de l’État, auxquels s’ajoutent encore 7,2 millions pour les équipements complémentaires, comprenant une garderie, un kiosque, une banque, un fleuriste, des cabinets médicaux privés, des locaux paroissiaux et un parking. Si le budget prévu passe donc de 50 à 87 millions, les surfaces, initialement fixées à 12 400 m² en accord avec le Département, doublent, quant à elles, pour atteindre 25 988 m²⁵⁷.

51 « Hôpital unique de la Riviera options et évaluation rapport d’expertise », STG-Coopers & Lybrand, p. 50, classeur « hôpital unique Riviera », Archives SSP Vaud.
52 « 5^e programme d’investissement des établissements d’intérêts publics, décision du Conseil d’État du 20 novembre 1987 », Canton de Vaud, Département de l’intérieur et de la santé publique, service de la santé publique et de la planification sanitaire, p. 6, classeur « Hôpital Sully », Archives SSP Vaud.
53 « Complémentarité avec l’Hôpital de Montreux », Hôpital du Samaritain, 131^e rapport, 1988, p. 6.
54 « Carnets des concours », Ingénieurs et architectes suisses N° 5, 24 février 1988.
55 « Note à M. Le Chef de Département, Ph. Pidoux, concerne : nouvel hôpital de zone de Montreux, séance du vendredi 9 juin à 17 h », p. 1, classeur « 3 Montreux NHZ », Archives SSP Vaud.
56 *Ibid.*

Un des deux architectes du premier prix livre sa démarche

Le futur Hôpital de Montreux en fer à cheval

Le futur Hôpital de zone de Montreux sera vraisemblablement en fer à cheval. C'est ainsi que deux architectes de Locarno, MM. Luigi Snozzi et Bruno Jenni, invités à participer au concours, l'ont imaginé. Le jury en a recommandé la réalisation au maître de l'ouvrage, l'Association de l'hôpital. M. Snozzi livre la démarche qui l'a amené à présenter un tel projet.

Luigi Snozzi: Différents problèmes devaient être surmontés. Tout d'abord l'emplacement du terrain choisi. Au fond d'une combe, ses seules ouvertures vers le lac sont le prolongement de la route et le vallon au sud. Vient



Les auteurs du premier prix: MM. Bruno Jenni et Luigi Snozzi.

s'ajouter à cela la route qui est très fréquentée. Pour pouvoir profiter au maximum de ces ouvertures et tenir compte des nuisances de la route, l'idée d'une implantation restreinte tournée vers ces ouvertures s'est imposée à nous. La construction des deux centres opératoires protégés était aussi une contrainte importante dans un terrain en colline que notre projet permettait de résoudre.

■: Le fait de concentrer le bâtiment sur un espace relativement restreint augmente son impact dans le site.

L.S.: Dès le départ, nous n'avons pas voulu le cacher. Au contraire. Ce bâtiment public doit être considéré comme un monument dans un parc. Nous n'avons pas cherché à l'harmoniser avec les maisons voisines. Nous voulons qu'il soit pris pour lui-même. Un des buts de notre projet est de maintenir le parc au maximum et de protéger les patients du bruit. D'où la forme en fer à cheval orientée de telle sorte que les utilisateurs bénéficient du paysage et ne souffrent pas du trafic.

Dans notre projet, nous avons aussi cherché à ce que le plus de locaux possibles puissent bénéficier de lumière naturelle directe, ce qui n'était pas évident par rapport à la concentration voulue des bâtiments.

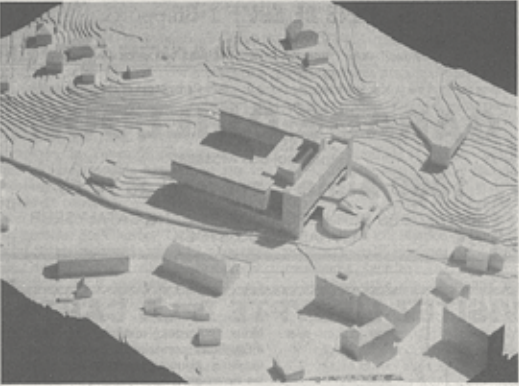
Un soin particulier a encore été donné aux communications internes et extérieurs (ascenseurs). Tout comme dans la répartition des services. Enfin, le dernier étage prévu pour le loge-

ment du personnel permet un agrandissement du bâtiment sans revoir sa structure. Ce qui n'est pas négligeable.

■: Deux reproches principaux ont été émis par le jury. L'un concernant les angles rentrant entre les ailes du «U» et le corps du bâtiment. L'autre à propos de la complexité de l'entrée.

L.S.: Le premier problème peut être facilement corrigé. Quant à la «machine d'entrée», elle peut être revue. Notre idée était de concentrer au maximum les accès et d'en faire une entité, avec sa vie propre. Cela peut être revu. Il est possible d'élargir ce complexe pour en avoir une lecture plus aisée, mais, à notre sens, l'esprit et l'idée doivent rester.

Propos recueillis par Philippe Messeiller



En fer à cheval, le futur Hôpital de zone de Montreux. Dans les ailes, les chambres des patients orientées vers l'intérieur. Dans le corps du bâtiment, les services médico-techniques et la « machine entrée ».

Germond

I
Création des hôpitaux multisites

1
L'Hôpital de la Riviera

Du plan hospitalier vaudois de 1966 au projet Baugy

Un hôpital unique à Baugy

L'importance des investissements nécessaires à la construction de l'hôpital tout comme les coûts d'exploitation envisageables poussent le conseiller d'État Philippe Pidoux à proposer une nouvelle option. Il demande d'ajouter 100 lits supplémentaires au projet qui permettront, à moyen terme, d'en faire un hôpital de zone unique. Bien que cela implique un investissement supplémentaire, le conseiller d'État y voit l'occasion de rassembler l'ensemble des lits de soins aigus de la région dans un seul plateau médico-technique à Baugy, au détriment du Samaritain qui, dès lors, sera uniquement constitué de lits de type B. La centralisation de la prise en charge des activités médicales les plus techniques et onéreuses dans un seul établissement permettra, selon le Conseil d'État, de rationaliser la pratique des soins et de diminuer le coût des investissements globaux dans la zone. À cet égard, les investissements seront à l'avenir de moindre importance au Samaritain puisqu'il s'agira d'y garantir uniquement l'hospitalisation dans des lits de type B⁵⁸. L'option de l'hôpital de zone unique, réaffirmée par le conseiller d'État Philippe Pidoux après avoir été abandonnée par les autorités en 1981, représentera dès lors l'unique moyen envisagé par les pouvoirs publics pour assurer l'avenir sanitaire de la région. Comme Philippe Pidoux l'explique lors d'une rencontre avec les préfets du district de Vevey et des représentants de la Conférence des Syndics « les questions d'ordre économique et la qualité nécessaire des soins conduiront inéluctablement à la solution de l'hôpital de zone unique »⁵⁹.

Cependant, le devis concernant le projet d'extension atteint 121 millions de francs, ce qui conduit le chef du Département à demander finalement, en avril 1989, une compression des dépenses. En septembre de la même année, la commission de construction propose ainsi un ultime projet, réduit à 138 lits pour un budget de 94,7 millions. Sous cette forme, le nouvel hôpital est conçu en intégrant un programme minimum, comme l'explique la commission de construction dans son rapport: « descendre au-dessous des possibilités actuelles correspondrait à ne plus pouvoir remplir la mission de base de notre hôpital »⁶⁰. Même redimensionné, le projet obtient l'adhésion des dirigeants de l'Hôpital de Montreux et des médecins qui attendent toujours la construction d'un nouvel établissement.

Maquette de l'Hôpital de Baugy
(*L'Est vaudois*, 10 février 1988).

57 « Hôpital unique de la Riviera options et évaluation rapport d'expertise », STG-Coopers & Lybrand, p. 50, classeur « Hôpital unique Riviera », Archives SSP Vaud.

58 « Projet de réponse du Conseil d'État à l'interpellation de Charles Favre », [sans date], p. 3, classeur: « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

59 « Problèmes des hôpitaux, entrevue avec une délégation du Conseil d'État, vendredi 23 mars 1990, à 13 h, château cantonal Lausanne »,

Conférence des Syndics du district de Vevey, p. 3, classeur « Baugy, Sully, Hôp de Montreux », Archives SSP Vaud.

60 « Rapport de la commission de construction au Chef du Département de l'intérieur et de la santé publique du canton de Vaud », Hôpital de zone de Montreux, Nouvelle Construction, septembre 1989, p. 6, classeur « Baugy, Sully, Hôp de Montreux », Archives SSP Vaud.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

L’option d’un hôpital unique pour la zone à Baugy est toutefois fragilisée, subordonnée à la réalisation d’extensions ultérieures, non budgétisées. Aussi, Philippe Pidoux décide de suspendre toutes les études pour réévaluer l’option d’une construction sur le terrain situé à Sully, où une surface de 34 000 m² est toujours disponible. En attendant qu’une solution définitive soit trouvée, le conseiller d’État exige la mise en place d’un fonctionnement complémentaire dans les secteurs du personnel médical, de l’administration et des équipements entre le Samaritain et l’Hôpital de Montreux⁶¹. La gestion administrative de ces derniers reste en effet totalement séparée, malgré les mesures préconisées dans l’EMPD de septembre 1981⁶². Le seul signe d’un véritable rapprochement est à attribuer aux médecins qui créent un collège unique⁶³. Cette situation est loin de satisfaire le conseiller d’État Pidoux. Comme il le fait remarquer à une délégation de syndics en mars 1990, « [...] la preuve de collaboration n’est pas faite. Les médecins ne sont pas admis d’un hôpital à l’autre et l’on acquiert de chaque côté certains équipements semblables. Ce n’est pas sérieux »⁶⁴.

Les instances administratives des deux hôpitaux montrent un timide signe de collaboration avec la création d’un Comité commun de coordination chargé d’engager les médecins-chefs de service et les médecins spécialistes agréés pour les deux hôpitaux et de réguler l’accès aux deux établissements pour l’ensemble du corps médical. Ce projet est insuffisant pour les autorités politiques cantonales qui souhaitent une véritable concentration des services hospitaliers dans l’un ou l’autre des établissements, avec le rassemblement de la maternité à Vevey et de la chirurgie à Montreux notamment⁶⁵. Chaque Comité reste cependant inflexible : celui de Montreux défend l’option de l’Hôpital de Baugy construit rapidement avec à terme possibilité d’extension, celui de Vevey le statu quo avec un hôpital pour Montreux à Baugy et le maintien des deux hôpitaux de soins aigus. À l’époque, Philippe Collet, le directeur du Samaritain, évoquait dans un article les difficultés rencontrées lors des négociations entre les deux hôpitaux confrontés à des problématiques

61 « Problèmes des hôpitaux, entrevue avec une délégation du Conseil d’État, vendredi 23 mars 1990, à 13 h, château cantonal Lausanne », Conférence des Syndics du district de Vevey, p. 5, classeur « Baugy, Sully, Hôp de Montreux », Archives SSP Vaud.

62 Voir plus haut pp. 37-38.

63 « Concerne : Complémentarité des hôpitaux de zones de Vevey et de Montreux », annexe : « projet de convention », Hôpital de zone du Samaritain, Hôpital de zone de Montreux, 29 juin 1990, p. 2, classeur « Baugy, Sully, Hôp de Montreux », Archives SSP Vaud.

64 « Problèmes des hôpitaux, entrevue avec une délégation du Conseil d’État, vendredi 23 mars 1990, à 13 h, château cantonal Lausanne », Conférence des Syndics du district de Vevey, p. 5, classeur « Baugy, Sully, Hôp de Montreux », Archives SSP Vaud.

65 « Concerne : Complémentarité des hôpitaux de zones de Vevey et Montreux », Hôpital de zone de Vevey, Hôpital de zone de Montreux, 19 juin 1989, classeur « Baugy, Sully, Hôp de Montreux », Archives SSP Vaud.

66 Chappuis Guy-Olivier, « Philippe Collet, directeur du Samaritain : associer aussi la Providence », *L’Est vaudois*, 29 mars 1990, p. 9.

I	1	Du plan hospitalier vaudois
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de 1966 au projet Baugy

différentes : « pour Montreux, une solution à court terme doit être trouvée alors qu’à Vevey, qui vient d’investir 24 millions pour sa rénovation, une solution à long terme doit être étudiée »⁶⁶.

Au printemps 1990, l’avenir de la zone n’est toujours pas clarifié. Comme le mentionne le président du Comité du Samaritain, Denis Sulliger : « Il faut choisir entre le maintien de la politique hospitalière définie en 1981 ou l’hôpital de zone unique. »⁶⁷ Après plusieurs mois d’incertitude, le conseiller d’État procède en mai de la même année à l’évaluation du potentiel des sites de Baugy et de Sully par la Commission de construction de l’Hôpital de Baugy, élargie à quelques délégués du Samaritain⁶⁸. « Il aura fallu dix ans pour revenir au point de départ »⁶⁹, évoque alors Robert Rochat, Président de l’Association de l’Hôpital de Montreux lors de l’Assemblée générale de juin 1990, sentant que le projet Baugy ne convainc plus. Le 10 juillet 1990, les représentants des communes du district de Vevey accompagnés de leur préfet ainsi qu’une délégation des hôpitaux de Montreux et du Samaritain visitent les deux terrains avec le chef du Département, Philippe Pidoux. Une vingtaine d’années après l’achat du terrain de Sully, les premières études sont sur le point de débiter.

67 « Politique hospitalière dans la région, réunion du mardi 3 avril 1990, à 12 h, à l’Hôpital de zone de Montreux », classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

68 « [Lettre du conseiller d’État Philippe Pidoux aux Présidents et membres des hôpitaux de Montreux] »,

Département de l’intérieur et de la santé publique, 20 février 1990, p. 1, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

69 M.-F. M. [sic], « Hôpital de zone unique sur la Riviera : Sully ce n’est pas fini », *Est Vaudois*, 22 juin 1990, p. 1.

I
Création des hôpitaux multisites

1
L'Hôpital de la Riviera

L'Hôpital
de Sully

Au mois d'août 1990, les autorités chargent des délégués des hôpitaux de Montreux et du Samaritain de trouver une solution définitive à la question de l'organisation sanitaire de la zone III⁷⁰. Pour la première fois depuis le plan hospitalier de 1966, les acteurs régionaux devront donc s'accorder sur un projet commun, qui dépasse les intérêts particuliers défendus par chaque établissement.

Jean-Marc Narbel et Jean-Pierre Müller, président et directeur de l'Hôpital de Montreux, leurs homologues veveysans Denis Sulliger et Philippe Collet ainsi que le Dr René Cavin et le médecin-chef Jean-Pierre Berger pour le corps médical de Montreux et du Samaritain prennent ce travail en main, avec le concours du chef du SSP Charles Kleiber et du secrétaire général du Département de l'intérieur et de la santé publique, Jean-François Bastian⁷¹. Pour rendre leur rapport dans le délai fixé à décembre 1991, les délégués s'appuient sur le travail de plusieurs sous-commissions. Des médecins des deux établissements, le Dr Jean-Pierre Berger, le Dr Marcel Thiébaud, le Dr Ueli Stoll, le Dr Olivier Carrel, le Dr René Cavin, le Dr Patrick Stamm, le Dr Ercole Beretta et le Dr Bernard Kaeser sont chargés d'organiser un réseau de soins, de définir la mission de l'hôpital unique et d'en fixer sa capacité⁷². Des délégués des Municipalités de Chardonne, de Montreux et de Vevey, sous la présidence du préfet Michel Rau, procèdent, quant à eux, au sein d'une sous-commission politique à l'examen des conditions de mise à disposition des terrains et des questions liées à la participation financière des communes. Enfin, Jean-Pierre Müller et Philippe Collet, les directeurs des deux hôpitaux, élaborent les budgets d'exploitation.

Au terme de leur travail, livré en décembre 1991, les acteurs régionaux préconisent la mise en place du Réseau de soins coordonnés (ci-après RSC)

70 « Rapport de la commission faîtière à l'attention du Chef de Département de l'intérieur et de la santé publique », Planification hospitalière zone sanitaire III secteur du district de Vevey et de la région de Villeneuve,

p. 4, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

71 *Ibid.*

72 *Ibid.*, p. 4.

I
Création des hôpitaux multisites

1
L'Hôpital de la Riviera

L'Hôpital de Sully

articulé autour de l'Hôpital de Sully dont la mission sera limitée exclusivement à la prise en charge des cas aigus mobilisant une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et coûteuse. Les investissements à consentir pour la construction du nouvel hôpital unique sur le site de Sully sont estimés à 161 millions de francs, dont 140 seraient à la charge de l'État au titre d'investissements hospitaliers⁷³.

Après des mois d'incertitude, la presse salue la qualité du projet qui permet enfin de rassembler les différents acteurs de la région. C'est du moins ce que relève un éditorial du journal de la région *Riviera: Vevey-Montreux*, paru au lendemain de la présentation du rapport à la presse: « Oubliées les rognés historiques et autres grognés qui ont émaillé le long chemin qui va finalement aboutir à la création d'un nouvel hôpital régional. Si c'est le cas, c'est moins parce que l'on est devenu raisonnable par rapport à des susceptibilités de clocher, mais plutôt parce que le projet présenté est très ambitieux au niveau de la prise en charge hospitalière et que son caractère « pionnier » a séduit tous les partenaires »⁷⁴.

Le Réseau de soins coordonnés

Dans le domaine hospitalier, le Réseau de soins coordonnés (ci-après RSC) propose de redéfinir le rôle des institutions sanitaires de la zone

en attribuant à ces dernières des missions limitées, en fonction desquelles la répartition des patients sera effectuée. Dès sa mise en exploitation prévue en 1997, l'Hôpital de Sully deviendra l'unique établissement de soins aigus, dans lequel la durée de séjour ne dépassera pas sept à huit jours en moyenne. À cet égard, l'analyse de l'ensemble des journées d'hospitalisation comptabilisées dans les hôpitaux de Montreux et du Samaritain pour l'année 1989, menée par le Dr Jean-Pierre Berger, médecin-chef à l'Hôpital du Samaritain, montre que la pratique courante en est loin. Si 66 % des patients ont quitté l'hôpital après dix jours (et 88 % après vingt jours), 12 % y ont séjourné entre 20 et 199 jours en cumulant le 42 % de l'ensemble des journées comptabilisées⁷⁵.

Pour éviter l'hospitalisation prolongée de patients dont les soins ne requièrent pas une structure médico-technique lourde, le Samaritain prendra désormais en charge les patients pour la suite des hospitalisations et la réadaptation, tâche qu'il partagera avec l'Hôpital de Mottex pour un total de 150 lits. Pour l'établissement veveysan, cela implique donc un changement notable d'activités avec l'abandon des lits destinés aux soins aigus.

73 *Ibid.*, p. 57.

74 Pittet Danièle, « Hôpitaux de la Riviera : projet pilote », *Riviera: Vevey Montreux* 19 décembre 1990, p. 3.

75 Berger Jean-Pierre, « Le concept du réseau de soins coordonnés de la Riviera », *Revue médicale de la Suisse romande*, 113, 1993, pp. 725-726.

I	1	L'Hôpital de Sully
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

L'Hôpital de Montreux sera quant à lui définitivement fermé. Pour garantir l'exploitation jusqu'à l'ouverture de l'Hôpital de Sully, une nouvelle série de réfections est toutefois nécessaire. Les dernières transformations, entreprises en 1981, ont été réalisées pour permettre l'exploitation de l'établissement jusqu'à la réalisation du projet Baugy, dont l'ouverture était prévue pour le début des années 1990. Le Grand Conseil vaudois accorde donc, en septembre 1991, la garantie de l'emprunt contracté par l'Association de l'Hôpital de Montreux pour les transformations⁷⁶.

Des négociations sont également menées avec la Providence qui joue alors un rôle important dans la prise en charge des patients avec 22 % du volume global des patients hospitalisés en chambre commune pour la zone III, selon le rapport annuel de l'établissement de 1992⁷⁷. Si elle refuse d'intégrer officiellement le RSC et de retrouver son statut d'hôpital conventionné, la Providence est prête à collaborer dans le cadre de missions spécifiques⁷⁸. À ce titre, elle souhaite que les investissements périodiques soient négociés au cas par cas dans des conventions de collaboration afin d'éviter d'investir dans des technologies peu rentables dans le cadre de sa gestion centrée sur le secteur de soins privés.

Si la nouvelle organisation règle enfin la question de l'offre sanitaire dans la zone, elle permettra également au canton, selon les concepteurs du RSC, de réaliser des économies. Une diminution du coût d'exploitation des établissements est en effet attendue, en dépit de l'investissement de base nécessaire à la construction de l'Hôpital de Sully. À cet égard, l'épargne permise par le transfert des patients hospitalisés à Sully vers le Samaritain ou Mottex pour la suite d'hospitalisation est estimée à 3,35 millions de francs⁷⁹. À plus long terme, le regroupement des services de soins aigus (à savoir le bloc opératoire, le service de radiologie, la permanence d'urgence, le service de soins intensifs, la maternité) sur un seul site laisse présager, quant à lui, une baisse des coûts généraux en matière sanitaire dans la zone⁸⁰.

Pour chapeauter l'ensemble du Réseau, le Comité provisoire est créé, composé des présidents du Conseil d'administration et du Comité de direction ainsi que du directeur de chaque hôpital. Un représentant du corps

76 « Exposé des motifs et projet de décret accordant à l'Association de l'Hôpital de Montreux la garantie de l'emprunt et la prise en charge du service de la dette pour financer une dernière série de travaux de transformation dans ses bâtiments », septembre 1991, p. 1, classeur « Sully courrier 1994 », Archives SSP Vaud.

77 « Conseil d'administration », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1992, p. 5, Archives HR Mottex.

78 « Place de l'Hôpital de la Providence dans le Réseau de soins coordonnés

(RSC) », Hôpital de la Providence, 23 décembre 1991, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

79 « Rapport de la commission faïtière à l'attention du Chef de Département de l'intérieur et de la santé publique », Planification hospitalière zone sanitaire III secteur du district de Vevey et de la région de Villeneuve, p. 4, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP VD.

80 « Réseau hospitalier de la Riviera, bloc médico-technique », Hôpital du Samaritain, 134^e Rapport, 1992, p. 10, Archives HR Mottex.

I	1	L'Hôpital de Sully
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

médical par établissement complète les rangs. Pour l'Hôpital de Montreux, on retrouve Robert Rochat, Jean-Marc Narbel, Jean-Pierre Muller et le Dr René Cavin, pour le Samaritain Denis Sulliger, Philippe Collet, Bernard Stutzmann et le Dr Jean-Pierre Berger et pour Mottex, André Châtelain et Jean-François Brunet. Trois déléguées des communes complètent cette équipe, Emmanuelle Blaser pour La Tour-de-Peilz, Monique Bornet pour Montreux et Nicole Keller pour Vevey.

Le Comité est chargé notamment de coordonner la gestion des trois établissements, de conduire toutes les études nécessaires à l'obtention du crédit d'ouvrage et du permis de construire pour le nouvel Hôpital à Sully et de prendre toutes les mesures pour mettre en place le réseau de soins coordonnés dans les meilleures conditions⁸¹. Dans le domaine de l'exploitation, le Comité provisoire contrôle en commun tous les investissements supérieurs à 15 000 francs et coordonne les achats des trois établissements. Une fois le crédit d'ouvrage pour l'Hôpital de Sully accordé par le Parlement, il est prévu de le dissoudre et de le remplacer par la Fondation du réseau de soins coordonnés de la Riviera, constituée par les fondations et association des trois hôpitaux existants.

Mottex, du pavillon à la création des centres de traitements et de réadaptation

L'Hôpital de Mottex qui intègre le RSC en mai 1991 continuera selon le projet d'assumer la mission de Centre de traitements et de réadaptation (ci-après CTR). Ancien lieu de soins destiné à la prise en charge de patients atteints de tuberculose, il change progressivement son activité avec la diminution du nombre de cas dans les années 1960 si bien que le Comité directeur envisage la transformation du pavillon en « hôpital polyvalent »⁸². À côté des 28 lits destinés au traitement de la tuberculose, une division de 40 lits pour « malades polyvalents » est créée en 1969 avec l'accord des pouvoirs publics, destinée à accueillir des cas adressés principalement par les hôpitaux de Montreux, de Vevey ou des médecins traitants⁸³.

Dès 1970, le nombre de lits de la division pour tuberculeux, dont le taux d'occupation continue de diminuer, passe de 28 à 13, les quinze lits sont donc cédés à la division hospitalière polyvalente. Le plan hospitalier de 1966, qui met en évidence un nombre de lits destinés au traitement

81 « Convention entre l'Association de l'Hôpital de Montreux, de la Fondation de l'Hôpital du Samaritain, la Fondation de l'Hôpital de Mottex », projet du 10 mars 1992, classeur « COPIL HUR », p. 4, Archives HR Mottex.

82 « Rapport médical », Hôpital de Mottex, rapport annuel, 1968, p. 3, Archives HR Mottex.

83 « Rapport médical », Hôpital de Mottex, rapport annuel, 1969, p. 3, Archives HR Mottex.



L'Hôpital de Mottex à Blonay
vers 1960.

I	1	L'Hôpital de Sully
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

de la tuberculose fréquemment inoccupés, dans d’autres établissements, entraîne une redistribution globale de ce type de lits. La division pour tuberculeux est définitivement fermée en 1973, l’établissement répond désormais à l’appellation « d’hôpital de dégagement de secteur Est »⁸⁴.

La mission de l’hôpital n’est pourtant pas clairement définie même si la nécessité d’une structure intermédiaire entre soins aigus et hébergements de longue durée se fait sentir. À partir des années 1980, alors que plus de 60 % des patients proviennent directement des Hôpitaux de Montreux ou de Vevey, le rôle de l’hôpital se précise. Pour le directeur Michel Rau, ceux qui imaginent que Mottex assume un rôle sanitaire marginal « [...] oublie tout simplement que notre équipement médico-technique nous permet d’accueillir, à des conditions financières plus favorables, des patients nécessitant un séjour à l’hôpital et qui, s’ils ne pouvaient avoir recours à nous, contribueraient à aggraver le manque de lits des hôpitaux en soins généraux de Vevey et Montreux surtout »⁸⁵.

Alors que les autorités politiques renoncent en 1981 à la construction d’un nouvel hôpital pour la zone en privilégiant la complémentarité entre les hôpitaux de Montreux et de Vevey, Mottex cherche à obtenir une reconnaissance officielle de la mission qu’il effectue. Dès 1983, il appartient ainsi à la catégorie des établissements intermédiaires et spécialisés, destinés à recevoir des patients, souvent âgés, en provenance des hôpitaux de soins aigus pour les suites de traitements ou des soins de consolidation avant un retour à domicile. Toutefois, le type de soins qui y est effectué est toujours indéfini : il s’agit surtout de placer des patients qu’on ne peut garder indéfiniment dans des hôpitaux de soins aigus. Le médecin-chef Franco Michetti souligne une nouvelle fois le rôle économique essentiel de l’établissement en complément des hôpitaux de soins aigus : « Ce type d’hôpital tendra certainement à l’avenir à se développer, car il est à même de donner des prestations égales à celles des hôpitaux de soins aigus, mais à un prix de journée de moitié inférieure, voire parfois bien davantage ! Nous concourrons de ce fait à un abaissement appréciable des frais d’hospitalisation de ce canton. »⁸⁶

Limitée à la prise en charge de malades sans perspective d’amélioration, l’activité médicale de Mottex est toutefois peu stimulante aussi bien pour les patients que pour les médecins et le personnel soignant. Comme l’évoque le Dr Étienne River, médecin adjoint à Mottex dès 1985 : « Un hôpital où il n’y a que très peu d’entrées se « chronifie lui-même » ; l’équipe soignante n’est plus stimulée par de nouvelles situations médicales qui l’aiguillonnent et la force à chercher des solutions. »⁸⁷

Dès 1986, le directeur Jean-François Brunet, le médecin-chef François Perrochet et l’infirmière-chef Salut Carbonnel participent aux travaux menés par la commission du GHRV composée également de représentants

84

« Rapport du Président », Hôpital de Mottex, rapport annuel, 1973, p. 5, Archives HR Mottex.

85

« Compte des dons », Hôpital de Mottex, rapport annuel, 1980, p. 4, Archives HR Mottex.

86

« Rapport médical », Hôpital de Mottex, rapport annuel, 1984, p. 6, Archives HR Mottex.

87

Entretien avec Étienne Rivier, 11 mai 2017.

I	1	L'Hôpital de Sully
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

de l'Hôpital de Chambon et du Pavillon de la Côte dont l'objectif est de définir la mission des établissements dits « intermédiaires ». Cette commission vise en effet à préciser les objectifs communs à poursuivre afin d'élaborer une politique de soins et une identité propre dans le monde hospitalier vaudois⁸⁸. Ce travail débouche sur la reconnaissance d'un nouveau statut dans la convention d'hospitalisation de 1989, celui de Centre de Traitements et de Réadaptation⁸⁹. La Fondation de Rive-Neuve (soins palliatifs) rejoignant le groupe des trois CTR, ils publient le Label CTR en 1991⁹⁰ : si les CTR sont assimilés à des établissements de type B, la réciprocité est dès lors possible uniquement en respectant les critères de qualité établis. Comme l'explique le Dr Étienne Rivier, « il s'agit de transformer l'hôpital et son équipe de soins en professionnalisant la notion de réadaptation à côté de la notion de suite de traitements. Cette nouvelle approche couplée à celle d'interdisciplinarité va donner un nouveau souffle à l'hôpital. » C'est ainsi un bouleversement non seulement dans l'activité de l'hôpital, mais également pour les patients.

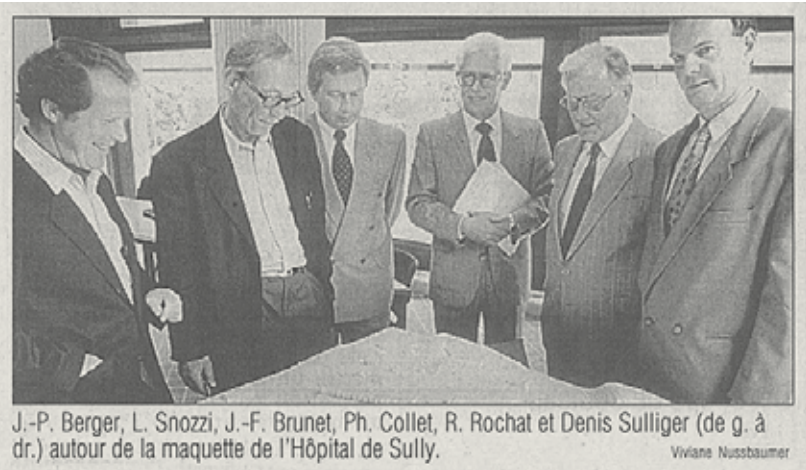
Le projet architectural de l'Hôpital de Sully

Le Comité provisoire nomme le 29 avril 1991 la Commission de construction, composée de médecins et de membres des Comités des trois hôpitaux. Jean-Marc Narbel, le Dr René Cavin, Pierre Girod, Jean-Pierre Müller et Michel Talon y siègent pour Montreux, Denis Sulliger, le Dr Jean-Pierre Berger, Philippe Collet, Nicole Keller et Bernard Stutzmann pour le Samaritain, André Châtelain, Jean-François Brunet, le Dr François Perrochet pour Mottex.

Comme c'est le cas habituellement dans ce type de projet, la Commission de construction est chargée de désigner les mandataires, de coordonner les études architecturales sur la base du programme qui lui est remis au début de travaux, de contrôler les travaux ou encore de procéder aux adjudications des travaux⁹¹. La présidence est confiée à Jean-François Leuba, conseiller national et ancien conseiller d'État vaudois. Les mandataires principaux prévus pour l'Hôpital de Baugy, Luigi Snozzi et le bureau Suter+Suter sont reconduits sans qu'un nouveau concours soit organisé. Déjà sollicités en août 1990 pour réaliser des simulations d'implantation d'un hôpital de 200 lits sur le site de Sully⁹², les deux mandataires amorcent les études rapidement, dès le début de l'année 1992, avec les premiers carottages du sol financés

88 « Philosophie des soins », Hôpital de Mottex, Rapport annuel 1989, p. 1, Archives HR Mottex.
89 « Rapport d'activité médicale pour l'exercice 1997 », p. 5, Hôpital de Mottex, Rapport annuel 1997, Archives HR Mottex.
90 *Ibid.*

91 « Planification hospitalière zone sanitaire III-Hôpital de la Riviera, protocole n°A1 de la séance de la commission de construction », Suter+Suter Sa Lausanne, 17 mai 1991, pp. 16-17, classeur « Hôpital de Sully, PV CC-1991 », Archives SSP Vaud.
92 *Ibid.*, p. 2.



Photomontage (contrôle d'impact visuel) de l'Hôpital de Sully.

Présentation de la maquette de l'Hôpital de Sully au mois de juin 1992 (24 Heures, 6-7-8 juin 1992).

par le solde du crédit d'étude obtenu dans le cadre du projet Baugy⁹³. Bien que sans fondement légal, le mode de financement de ces travaux s'inscrit dans une procédure alors tout à fait habituelle. Le conseiller d'État Philippe Pidoux l'explique dans un courrier adressé au président de la commission de construction Jean-François Leuba : « Les coûts relatifs aux études des deux projets (Baugy et Riviera) seront intégrés dans le devis qui sera présenté au Grand Conseil pour l'obtention de la garantie de l'État et la prise en charge du service de la dette pour l'ensemble de cette opération (étude et ouvrage). »⁹⁴ Une nouvelle garantie, rapidement nécessaire pour assurer la poursuite des études, est accordée selon la même procédure par le Conseil d'État le 24 juillet 1992.

Au printemps 1992, l'avant-projet fait l'objet d'un premier devis dans lequel la participation de l'État atteint 140 millions de francs. Pour des raisons d'économies, le gouvernement demande toutefois, dès l'automne de la même année, une réduction de 10 % du coût sans diminution du nombre de lits. Conformément aux exigences du canton, de nouvelles études permettent d'aboutir à un montant de 126 millions dans le courant de l'année 1993.

L'hôpital sera constitué d'un bloc médico-technique qui concentrera le bloc opératoire, les salles d'accouchements, le service d'urgence et les salles d'investigation fonctionnelles, l'hôpital de jour, le service de radiologie, le laboratoire, la pharmacie, la stérilisation, la physiothérapie, les cabinets médicaux privés, le service des ambulances ainsi que des locaux techniques et des bureaux⁹⁵. Le bâtiment des lits, réalisé sous forme d'une tour pour faciliter le transport des patients et diminuer les coûts d'exploitation, atteindra finalement une hauteur de 37 mètres au lieu des 55 mètres prévus en première intention par l'architecte Luigi Snozzi⁹⁶. À cet égard, ce dernier défend son projet qui contraste délibérément avec le reste du paysage dans cette zone proche de plusieurs quartiers d'habitation : « Je n'aime pas cette habitude de construire dans les beaux paysages des bâtiments en faisant tout pour qu'on ne les voie pas »⁹⁷, explique le Tessinois lors de la présentation de l'état d'avancement du projet et de la maquette au printemps 1992.

Le plan d'affectation est mis à l'enquête publique en janvier 1993 après avoir été soumis à la Municipalité de La Tour-de-Peilz, commune siège de l'hôpital, puis approuvé⁹⁸. Cette procédure entraîne une vague de contestations contre le projet architectural avec, dans la foulée, la création de l'Association pour la sauvegarde du quartier Sully-Burier par certains habitants du quartier situé à proximité du futur hôpital. Par la voix de son président Christian Savioz,

93 Lettre du conseiller d'État, Département de l'intérieur, 7 octobre 1991, classeur « Hôpital Sully », Archives SSP Vaud.
94 *Ibid.*
95 « Nécessité de juguler l'explosion du coût de la médecine hospitalière », Hôpital du Samaritain, 134^e rapport, 1992, p. 9, Archives HR Mottex.

96 *Ibid.*
97 Miserez Marc-André, « une tour posée sur un plateau », *L'Est Vaudois*, 6 juin 1992, p. 5.
98 « Hôpital unique de la Riviera », Département de l'intérieur et de la santé publique, service de la santé publique, 21 novembre 1994, classeur « Hôpital Sully », Archives SSP Vaud.

L'Association se défend pourtant d'agir pour des motifs personnels liés à la défense de la tranquillité du quartier et attaque le projet tous azimuts : impact sur l'environnement, augmentation du trafic routier, contestation du parti pris architectural ou encore dépenses jugées trop élevées sont autant de griefs soulevés contre la construction du nouvel hôpital⁹⁹. Plusieurs associations environnementales, comme l'Association pour la sauvegarde de Corsier et environs (commune du district de Vevey), s'opposent également au plan d'affectation en contestant la validité du projet architectural selon les termes de la loi sur l'aménagement du territoire, développée pour protéger le paysage. D'après l'étude d'impact réalisée dans le cadre de la mise à l'enquête, le bâtiment est visible dans un rayon d'un kilomètre. « Comment justifier dès lors, au regard des buts et principes de l'aménagement du territoire, le projet d'une tour massive haute d'une cinquantaine de mètres, et d'un bâtiment barrant le paysage sur près de 70 mètres ? »¹⁰⁰, questionne la présidente Anne-Lise Knopf.

Jugées habituelles dans le cas de la mise à l'enquête de ce type de construction, ces oppositions n'empêchent pas le Comité provisoire de prévoir le début des travaux au mois de juin 1993. Plus inhabituelle est la prise de position publique de la syndique de La Tour-de-Peilz et membre de la commission politique, Emmanuelle Blaser, par laquelle elle annonce en février 1993 son opposition au projet Snozzi. Bien qu'attachée au concept de RSC et à l'idée d'un hôpital unique, elle conteste le projet architectural qui, d'après elle, « ne convient pas au site de Sully et à l'environnement »¹⁰¹. Elle reste persuadée qu'une modification de l'esthétique du bâtiment lèverait les objections émises contre la construction de l'hôpital¹⁰².

Le référendum de Vevey

D'après les dispositions de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification sanitaire et le financement des établissements sanitaires, la commune siège de l'hôpital est tenue de mettre le terrain destiné à accueillir la construction gratuitement à disposition du maître d'ouvrage, sous peine d'être contrainte à verser un montant égal à 12 % du coût des travaux à l'État. Dans le but de se conformer à cette loi, la Municipalité de La Tour-de-Peilz, sur le territoire

99 « Plan d'affectation cantonal n° 285 au lieu-dit « en Sully », 19 février 1993, classeur « Sully courrier 1994 », Archives SSP Vaud.
100 « Plan d'affectation cantonal n° 285 au lieu-dit « en Sully », Association pour la sauvegarde de Corsier et environs, 19 février 1993, p. 3, classeur « Sully courrier 1994 » Archives SSP Vaud.
101 « Concerne : plan d'affectation cantonal n° 285 destiné à la construction de l'Hôpital de Sully », Emmanuelle Blaser, 19 février 1993, p. 2, classeur « Sully courrier 1994 », Archives SSP Vaud.
102 Lettre de la Commission politique à la Municipalité de Tour-de-Peilz, 23 février 1993, p. 2, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

de laquelle l'hôpital sera construit, décide de procéder au rachat de la totalité du capital-actions de la SEPHL à qui appartient toujours la parcelle de Sully. Pour ce faire, elle sollicite la participation financière de l'ensemble des communes de la zone¹⁰³. Aussi, durant l'hiver 1992 et 1993, les Conseils communaux de chacune d'entre elles sont appelés à se prononcer, ce qui constitue le premier test pour le projet d'hôpital unique jusque-là discuté surtout dans le cercle des directeurs d'hôpitaux, des représentants du SSP ou des préfets. Dans certaines localités, les discussions sont parfois tendues, mais les élus finissent par se prononcer favorablement¹⁰⁴. La première commune directement concernée par l'organisation hospitalière de la zone à statuer est celle de Montreux. Les autorités qui, après l'abandon de projet de Baugy, attendent toujours la construction d'un nouvel hôpital acceptent largement la participation de leur commune¹⁰⁵. À Vevey, le Conseil communal accepte également de justesse, mais, au début du mois de février 1993, la décision est contestée par le dépôt d'une demande de référendum : la population veveysane devra donc se prononcer¹⁰⁶.

C'est l'ampleur des dépenses jugées excessives pour un hôpital situé à proximité du CHUV, où des lits ont été fermés dans le cadre du programme d'économies OrCHidée lancé en 1992, que les opposants contestent. C'est ce qu'évoque François Métrailler, l'un des référendaires, qui s'exprime sans détour dans la presse : « La région est suffisamment équipée. Pourquoi un nouvel hôpital alors que des lits sont inoccupés au CHUV ? C'est l'argent des contribuables que l'on dilapide. »¹⁰⁷

Aux côtés des questions financières, le député et conseiller communal veveysan Pierre Chiffelle se fait l'écho d'un autre type d'opposition. Ce dernier fustige en effet le manque de concertation de la population par les concepteurs du réseau qu'il qualifie de groupe « d'initiés »¹⁰⁸. Il remet également en cause l'opacité des procédures d'adjudication des travaux au sein de la commission de construction où plusieurs membres, chefs d'entreprise de la région, se sont vu attribuer des mandats liés à la construction du futur hôpital¹⁰⁹. À cet égard, l'avocat Denis Sulliger qui a siégé au sein de cette commission reconnaît

103

Site web de la commune de Blonay, www.blonay.ch, « Préavis municipal n° 17/92, mise à disposition des terrains destinés à la construction du futur Hôpital de Sully », consulté en 2018.

104

M.W., « Conseil communal de Chardonne : un Hôpital plutôt contesté » 12 décembre 1992 p. 5 ; L.J., « Blonay et le futur Hôpital de Sully : un « dinosaure bête et inadapté » ? », *L'Est vaudois*, 10 décembre 1992, p. 5.

105

Dubois Bernard, « Le Conseil communal de Montreux dit oui au futur hôpital régional de la Riviera », *24 Heures*, 28 janvier 1993, p. 25.

106

Chappuis Guy-Olivier, « Les élus veveysans égratignent le futur hôpital de la Riviera », *24 Heures*, 30 au 31 janvier 1993, p. 16.

107

Dubois Bernard, « Le projet de l'Hôpital de la Riviera contesté par un référendum à Vevey », *24 Heures*, 3 février 1993, p. 23.

108

Chappuis Guy-Olivier, « Le projet d'hôpital unique de la Riviera en panne à Vevey », *24 Heures*, 5 avril 1993, p. 5.

109

Chiffelle Pierre, « L'Hôpital de Sully : trop de malaise à dissiper », *L'Est vaudois*, 18 mars 1993, p. 3.

un manque de clairvoyance. « Avec le recul, c'est en effet une erreur que l'on a commise »¹¹⁰, reconnaît-il aujourd'hui.

En ce début d'année 1993, la consultation populaire prévue à Vevey est l'occasion pour les partisans et les opposants de toute la région de se prononcer sur le RSC, et plus particulièrement sur la construction de l'Hôpital de Sully. Alors que les premiers évoquent la diminution des coûts de la santé et l'architecture rationnelle du projet, les seconds y voient des dépenses excessives et une atteinte portée au paysage¹¹¹. On dresse le même constat à l'issue du débat contradictoire organisé par la Municipalité de Vevey devant plus de 500 personnes. Avec d'un côté, le chef du Département Philippe Pidoux, l'architecte Luigi Snozzi et le Dr Jean-Pierre Berger, médecin-chef à l'Hôpital du Samaritain et de l'autre, l'ancien syndic de La Tour-de-Peilz Ferdinand Grognuz, le meneur des opposants à Vevey Pierre Chiffelle, et Christian Deslarzes, chirurgien et gestionnaire d'un groupe de sociétés médicales situées à Lausanne, chaque camp reste sur ses positions à la veille de la consultation populaire. Au terme de deux mois d'une intense campagne, le corps électoral veveysan refuse au printemps 1993 la participation de la commune à l'achat du terrain par 62,2 % des voix¹¹². Par voie de presse, le chef du Département réaffirme son soutien et celui des syndics et délégués des hôpitaux au RSC et à l'Hôpital de Sully, mais annonce la possibilité d'étudier une variante architecturale¹¹³. Fragilisée par le refus veveysan, la politique hospitalière défendue par le conseiller d'État Philippe Pidoux reçoit toutefois le soutien du Grand Conseil vaudois. Au terme d'un débat mené dans le cadre d'une interpellation formulée par le député Charles Favre sur l'opportunité de construire un nouvel hôpital dans la zone sanitaire III, le parlement adopte en effet un ordre du jour dans lequel le Conseil d'État est prié de poursuivre la réalisation du projet¹¹⁴.

110

Entretien avec Denis Sulliger, 5 avril 2017.

111

« Plan d'affectation cantonal n° 285 au lieu-dit « en Sully », Association pour la sauvegarde de Corsier et environs, 19 février 1993, p. 3, classeur « Sully courrier 1994 » Archives SSP Vaud.

112

Chappuis Guy-Oliver, « Le projet d'hôpital unique de la Riviera en panne à Vevey », *24 Heures*, 5 avril 1993, p. 13.

113

« Communiqué de presse Hôpital de zone de la Riviera à Sully », 15 avril 1993, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP VD.

114

« Interpellation de Charles Favre demandant au Conseil d'État de présenter au Grand Conseil les éléments le conduisant à proposer la construction d'un hôpital pour soins aigus dans la zone sanitaire III ainsi que ses options actuelles quant à la répartition de l'infrastructure hospitalière dans le canton », Séance du 22 juin, 1993, p. 1206, classeur « Hôpital de Sully, courrier », Archives SSP Vaud.

« Réunion du vendredi 30 avril 1993 à 17 heures au Château », p. 1, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

I	1	L'Hôpital de Sully
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

L'abandon
du projet Snozzi

Alors que les opposants réclament le retrait du plan d'affectation ou la modification du programme des locaux¹¹⁵, la Commission de construction dépose le devis final. Conforme aux engagements pris en octobre 1992, la participation de l'État est fixée à 126 millions de francs. En raison de l'importance des sommes en jeu et pour faire un pas vers les opposants, le chef du Département charge le bureau d'architecte Bovis Tillyard de Zurich d'examiner l'adéquation entre la conception architecturale et le programme des locaux et d'évaluer l'exactitude des devis établis¹¹⁶.

Réalisé en collaboration avec Dolf Schnebli, professeur à l'EPFZ, le rapport met en évidence une sous-estimation du devis qui pourrait en réalité s'élever à 190 ou 200 millions, dont 90 % à la charge de l'État. Le chef du Département obtient de la Commission de construction qu'elle réévalue avec le concours des experts du bureau zurichois l'ensemble des postes de dépenses susceptibles d'être sous-estimés¹¹⁷.

L'arrivée de Claude Ruey à la tête du Département au printemps 1994 conduit à un moratoire sur toutes les études. En avril 1994, il effectue une première visite sur la Riviera pour évaluer la situation avec les partenaires. Au terme de cette rencontre, le conseiller d'État exige des trois hôpitaux de la région un regroupement en une seule entité administrative. Si le Comité provisoire mis sur pied dans le cadre du RSC joue le rôle d'organe central, il est insuffisamment abouti: « Je considère qu'il ne suffit pas d'améliorer la coordination entre les trois hôpitaux, mais qu'il faut rapidement un hôpital unique »¹¹⁸, explique à cet égard le chef du Département. L'hôpital unique implique en effet la création d'une seule direction où centraliser notamment la gestion des demandes d'investissement et d'un seul collège des médecins responsable de la définition et de la répartition des missions entre les établissements.

À ce stade, Claude Ruey tente de réconcilier opposants et partisans autour du projet Snozzi, mais attend de la région qu'elle mette en place les structures nécessaires, « comme un signe tangible de la volonté d'union de la région »¹¹⁹. Le Comité provisoire défend la position définie en 1992 dans le cadre de la Convention mise sur pied par les trois hôpitaux: la Fondation du Réseau de soins coordonnés de la Riviera verra le jour lorsque le Grand Conseil aura donné son accord pour les crédits de construction¹²⁰.



La Salle del Castillo, à Vevey, était archipleine hier soir (photo): plus de cinq cents personnes ont assisté au débat tant attendu, consacré au projet de construction de l'Hôpital de Sully. Bâtiment «insensé et industriel» selon les uns, gestion des soins «qui va dans le sens de la diminution des coûts de la santé» selon les autres... Le projet a en tout cas suscité une discussion très animée qu'ont émaillée quelques coups de théâtre.

116 « Audit Hôpital de Sully », Département de l'intérieur et de la santé publique, Service de la santé publique, 26 août 1993, classeur « Hôpital de Sully courrier », Archives SSP Vaud.

117 « Hôpital de Sully », Commission de construction, le Président, 21 janvier 1994, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

118 Lettre du conseiller au Comité provisoire, 19 décembre 1994,

classéur « Sully courrier 1991-1995, État de service », Archives SSP Vaud.

119 « Hôpital de Sully », Commission de construction, le Président, 26 octobre 1994, p. 2, classeur « Sully courrier 1994 », Archives SSP Vaud.

120 « A Mesdames et Messieurs les membres de la Commission de la zone sanitaire III », 24 janvier 1995, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

Le débat à Vevey concernant l'Hôpital de Sully à la Une de *L'Est vaudois* du 25 mars 1993.

I	1	L'Hôpital de Sully
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

À la recherche d’une alternative à la fusion administrative imposée par le chef du Département vaudois, le Comité provisoire travaille avec une délégation des hôpitaux d’Aigle, du Pays-d’Enhaut et du CTR Miremont à la définition des principes d’une organisation hospitalière pour l’ensemble de la région de l’Est vaudois. L’organisation destinée à une population d’environ 100 000 habitants permettra, selon les hôpitaux, de réduire leurs coûts d’exploitation en garantissant le maintien de soins de qualité grâce à « l’utilisation rationnelle des structures existantes et futures »¹²¹. Si le Comité provisoire estime que cette initiative représente le signe de la bonne volonté attendu par le conseiller d’État, ce dernier juge ce type de collaboration sans effet. Comme l’évoque le Dr Philippe Bréaud, médecin adjoint au SSP chargé de ce dossier, « ce plan correspond à une utilisation rationnelle des structures, mais non économique puisqu’il n’y a pas de suppression de structures ou de services »¹²².

Au début du mois de mars 1994, la Municipalité de La Tour-de-Peilz, qui soutient la construction de l’hôpital mais rejette le modèle architectural défendu par Luigi Snozzi, décide de consulter la population sur l’opportunité de maintenir un projet sur le site de Sully. Elle invite même le corps électoral à se prononcer sur le choix d’un autre site éventuel pour accueillir le nouvel hôpital. Dans cette perspective, elle propose le site à Baugy ou l’extension du Samaritain comme nouvelles alternatives possibles¹²³. Ce énième rebondissement qui remet en question la disponibilité du terrain situé à Sully laisse peu d’espoir quant à la possibilité de voir aboutir le projet Snozzi. Logiquement, le chef du Département annonce son abandon face à une situation qu’il juge politiquement sans issue en raison du manque d’unité dont fait preuve la région.

121 « Rapport sur l’organisation hospitalière de l’Est vaudois à l’intention [sic] de Monsieur le conseiller d’État Claude Ruey Chef du Département de l’intérieur et de la santé publique », p. 2, classeur « Hôpital de Sully PV », Archives SSP Vaud.

122 « Analyse critique du rapport sur l’organisation hospitalière de l’Est-vaudois », p. 2, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

123 « Hôpital unique de la Riviera », Ville de la Tour-de-Peilz, municipalité, 7 mars 1995, p. 1, classeur « Sully divers » Archives SSP Vaud.

I	1	L'Hôpital multisite de la Riviera
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	

L’abandon du projet Snozzi annonce le ton de nouvelles réflexions menées par le canton sur l’avenir hospitalier de la zone sanitaire III. Comme le précise Claude Ruey, chef du Département, lors d’une rencontre avec les partenaires de la région, « entre le projet Snozzi et aujourd’hui, bien des choses ont changé ».¹²⁴ En effet, au milieu des années 1990, à l’instar de nombreux autres cantons suisses, les finances du gouvernement vaudois sont au plus bas. La nouvelle Loi sur l’assurance maladie et accidents (ci-après LAMal) de janvier 1996, acceptée par votation populaire, crée les bases légales pour plusieurs instruments de maîtrise des coûts de la santé à l’échelle fédérale. L’assurance intègre le système des différents modèles de franchises, ainsi que la restriction du choix des fournisseurs de prestations pour les assurés¹²⁵. Concernant l’hospitalisation, l’article 39 de la loi exige des cantons qu’ils établissent une planification des établissements sanitaires tenant compte du secteur privé et des collaborations intercantionales.

Aussi, c’est désormais les cantons qui devront prendre en charge les frais liés à la surcapacité de l’offre hospitalière. Ces recommandations ont pour effet d’ouvrir le secteur de la santé à une concurrence croissante, en instituant une planification sanitaire imposée à l’ensemble du pays.

Pour faire suite à l’art. 39 de la LAMal, le gouvernement vaudois confie au GHRV un nouveau programme d’économies nommé « Équation 33 », qui complète le programme OrCHidée et qui évoque les 33 hôpitaux qui parsèment alors le canton. Ce nouveau programme vise une réduction des dépenses globales des institutions concernées de 42 millions de francs au cours de la période 1996–1999. Ces économies résulteront d’une rationalisation des fonctions logistiques des hôpitaux ainsi que des décisions de restructurations qui seront prises par l’État.

L’évolution des techniques et des pratiques médicales contribue également à modifier l’utilisation des capacités hospitalières. En effet, l’amélioration

124 « Notes générales à Monsieur Claude Ruey, concerne: Sully et tournée sur la Riviera du 17 mars 1995 » 16 mars 1995, p. 3, classeur « 3,95 », Archives SSP Vaud.

125 Site web histoire de la sécurité sociale en Suisse, www.histoire.delasecuritesociale.ch, « Caisses-maladie », consulté en 2018.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

des possibilités diagnostiques et thérapeutiques conduit à une réduction de la durée des séjours. Les interventions de moins en moins invasives et l'utilisation de moyens d'investigation de plus en plus précis permettent également l'accroissement du secteur ambulatoire. La spécialisation croissante dans le traitement des affections conduit irrémédiablement à la concentration des technologies et du personnel afin de garantir non seulement la qualité des soins, mais également la formation.

L'étude STG Coopers & Lybrand	Afin de disposer de nouvelles propositions sur l'organisation de la zone sanitaire, le conseiller d'État mandate au printemps 1995 Heinz Locher, responsable du secteur santé de la société de conseils STG Coopers & Lybrand. Comme le précise Claude Ruey, les propositions devront être élaborées « en tenant compte des perspectives inhérentes à l'opération Orchidée II, à l'entrée en vigueur de la LAMal et au potentiel offert par l'hospitalisation de courte durée et ambulatoire » ¹²⁶ . Le poids des programmes d'économies mis en place pour assainir les finances du canton guide ainsi largement le travail réalisé par les experts.
-------------------------------------	---

Livré en novembre 1995 et présenté aux partenaires de la région le 15 décembre 1995, le rapport considère l'abandon des projets de Baugy et de Sully comme justifié. Concernant Baugy, le rapport juge le programme des locaux surdimensionné par rapport au besoin en lits et inadapté aux premiers signes de difficultés économiques que le canton commençait déjà à connaître¹²⁷. Dans le cas de Sully, les économies prévues de l'ordre de 3 à 4 millions de francs grâce au regroupement des activités aiguës de Montreux et du Samaritain sont considérées comme irréalistes. Les experts supposent même que les frais de construction d'un ouvrage de 126 millions sur une période de 30 ans auraient entraîné un surcoût¹²⁸. Le changement de mission du Samaritain, impliqué par le projet de Sully, aurait conduit à terme à l'abandon de l'établissement malgré des fonctions en soins aigus intactes. Selon les experts, la région est en outre déjà suffisamment pourvue en lits de type B.

Dans l'immédiat, Heinz Locher et ses collaborateurs Adrian Griffiths, Raymond Rigoni et Beat Roos préconisent la création d'un hôpital unique et multisite par le regroupement des trois hôpitaux en une société d'exploitation. Avec une direction générale unique et une enveloppe financière commune, ce modèle de développement est « le plus à même de s'adapter

126 « Hôpital unique de la Riviera », le conseiller d'État, Chef du Département de l'intérieur et de la santé publique, 8 juin 1995, classeur « hôpital unique Riviera », Archives SSP Vaud.

127 « Hôpital unique de la Riviera, option et évaluation, rapport d'expertise sous la direction de Heinz Locher », STG Coopers & Lybrand, p. vi, classeur « hôpital unique Riviera », Archives SSP Vaud.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

aux changements et contraintes »¹²⁹. Il doit permettre dans un premier temps de rationaliser rapidement les activités administratives et médicales des différents établissements grâce à une clarification des tâches, une meilleure maîtrise des coûts et la mise en place d'une complémentarité en vue d'une concentration des services. C'est déjà ce que demandait dans une forme moins contraignante le conseiller d'État Philippe Pidoux aux deux hôpitaux de soins aigus en 1990 dans le cadre du projet de construction de l'Hôpital de Baugy.

L'amélioration de la performance économique et médicale doit conduire selon les experts à une économie « modeste »¹³⁰ d'environ 0.5 à 1 million par an sans effet sur l'emploi. Ce scénario permet également d'utiliser au mieux le potentiel des infrastructures existantes. Selon le rapport, l'Hôpital de Montreux est tout à fait opérationnel bien que peu fonctionnel, contrairement aux descriptions très critiques dont il fait l'objet¹³¹. Le Samaritain est jugé en très bon état pour assumer une mission en soins aigus, alors que l'Hôpital de Mottex poursuivra sa mission sans grande restructuration. Afin d'ancrer ce processus de rapprochement dans une stratégie à long terme, le rapport préconise de procéder à la fusion des établissements avec la dissolution des fondations et association existantes, une fois la société mise en exploitation. Dans un deuxième temps, l'Hôpital de zone d'Aigle pourrait également être intégré dans la structure, après la consolidation du noyau dur formé par les trois établissements.

Au terme d'une période transitoire, dont la durée dépendra de la procédure d'assainissement des finances de l'État, c'est la centralisation des soins aigus sur un site ou deux, dans le cas de l'intégration de l'Hôpital d'Aigle dans la structure, que propose le rapport. Pour la Riviera, il pourrait s'agir de construire un nouvel hôpital sur le site de Baugy ou de Sully ou de procéder à l'extension du Samaritain. Le délai imposé par la période destinée à l'assainissement des finances permettra aux experts de prendre en compte les tendances liées aux développements nouveaux pour affiner leur choix.

Vers la fusion des trois établissements	Ce qu'attend en premier lieu le chef du Département, c'est l'engagement des trois hôpitaux dans la mise en place de la société d'exploitation « multisite », phase transitoire qui mènera à la construction d'un nouvel établissement sans faire toutefois, à ce stade, l'objet d'un engagement précis.
---	---

C'est dans cette période de récession économique que Marc-Étienne Diserens arrive à la tête du SSP Vaud, en avril 1996. « Dès ma nomination au SSP et durant la grande partie de mon mandat, l'injonction des autorités politiques a été de faire des économies », évoque Marc-Étienne Diserens.

128 Ibid.	130 Ibid., p. 36.
129 Ibid.	131 Ibid., p. 26.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

Aussi, la collaboration du SSP avec le GHRV aboutit-elle à un accord de principe : effectuer des fusions juridiques entre les hôpitaux, afin d’éviter des suppressions d’établissements. « Cette organisation permettait d’obtenir une seule direction plutôt que plusieurs et de mieux répartir les disciplines médicales. Le découpage de la médecine hospitalière en nombre de spécialités toujours plus important rendait *de facto* impossible de retrouver un peu de tout partout. Cela posait le problème à la fois du coût des investissements médico-techniques et de la relève médicale, soit le recrutement des spécialistes nécessaires », explique l’ancien chef de service. Cette situation incite à envisager des dépenses pour des unités plus importantes – impliquant aussi des régions sanitaires – capables de rentabiliser les coûts et d’employer les infrastructures de façon plus efficiente. « Ce faisant, un objectif d’économie avait été assigné à ces fusions, à savoir que chaque année, on retire une part du budget », rappelle Marc-Étienne Diserens¹³².

Dans un premier temps, les trois hôpitaux restent prudents dans leur engagement. Par voie de presse, ils se disent prêts à renforcer leur collaboration en vue d’une fusion, mais ils souhaitent que le gouvernement réaffirme la volonté de construire un hôpital neuf et unique dans un délai à définir¹³³. Toutefois en raison des mesures d’économies imposées par l’État dans le cadre du programme « Équation 33 », qui soumet l’exploitation des hôpitaux à des critères de plus en plus astreignants, les dirigeants sont rapidement contraints d’entrer en matière. Comme l’évoque l’ancien directeur de l’Hôpital de Mottex Jean-François Brunet, « la fusion était la condition *sine qua non* à la poursuite de toute discussion avec l’État »¹³⁴. Un accord de principe sur les conditions cadre et le calendrier est fixé entre le gouvernement et les trois hôpitaux au mois d’avril 1997 qui prévoit la mise en place de la société d’exploitation unique le 1^{er} janvier 1998 dans le cadre du volet de restructuration du programme d’économies « Équation 33 ».

Du côté du gouvernement vaudois, le chef du Département Claude Ruey offre l’appui technique du Département et s’engage à demander au Grand Conseil la régularisation des crédits d’études investis par les hôpitaux pour les projets de Baugy, puis de Sully, dans un délai d’un an. En attendant, ces crédits restent ouverts, à la charge des hôpitaux, puisqu’ils n’ont fait l’objet d’aucun EMPD offrant la garantie de l’État.

Après plusieurs refus d’entrée en matière du parlement vaudois qui s’estime mis devant le fait accompli¹³⁵, suivi d’une plainte déposée par la Banque cantonale vaudoise contre l’État de Vaud et les trois hôpitaux, les crédits

132

Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

133

« Coordination hospitalière Vevey-Montreux point de presse du 13 décembre 1995 », p. 2, classeur « Sully divers », Archives SSP Vaud.

134

Entretien avec Jean-François Brunet, 9 janvier 2017.

135

« Demande d’avis de droit du Chef du Département de l’intérieur et de la santé publique à M. Le Prof. Pierre Moor relatif à divers aspects des études de la construction d’un hôpital de zone à Baugy (Montreux) puis à Sully (la Tour de Peilz), en particulier à leur coût, à leur financement et aux éventuelles responsabilités », 27 janvier 1997, p. 1, classeur « Hôpital de Sully », Archives SSP Vaud.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

seront finalement régularisés en 2003. Au terme de cet imbroglio judiciaire, l’État de Vaud règle la dette des hôpitaux (qui s’élève à 10783851.10 francs et 1738839.60 francs en capital plus intérêts) avec l’accord du Grand Conseil. En échange, les hôpitaux cèdent l’intégralité de leurs immeubles liés à leurs activités hospitalières à la Fondation de l’Hôpital Riviera¹³⁶.

Au lendemain de l’annonce de la fusion des trois hôpitaux, la solution semble logique pour la presse, en raison non seulement de la proximité géographique des hôpitaux, mais également du contexte économique. « Compte tenu des finances du canton, du recours accru à la chirurgie ambulatoire et de la chasse aux lits superflus engagée par la Loi fédérale sur l’assurance maladie, il n’est plus défendable de continuer à exploiter - dans cette région de quelque 80000 habitants - deux hôpitaux de soins aigus distants de moins de deux kilomètres, avec plusieurs services à double »¹³⁷, évoque à cet égard un article du *Journal de Genève et de la Gazette de Lausanne*.

En novembre 1996, les trois hôpitaux signent une convention qui les engage à créer une société en vue de l’exploitation commune d’un hôpital multisite sur la Riviera. Ils sont chargés par le chef de Département de nommer un Comité de pilotage (ci-après Copil), responsable des travaux nécessaires à la mise sur pied de la société dont l’entrée en fonction est fixée au 1^{er} janvier 1998. À la fin novembre, le Copil est ainsi désigné, constitué de trois personnalités neutres choisies hors de la région. On y trouve le Prof. Francis-Luc Perret de l’École polytechnique fédérale de Lausanne (ci-après EPFL) ingénieur spécialisé en logistique et management, le Prof. Claude Gailloud, ancien directeur de l’Hôpital Ophtalmique, et le Prof. Samuel Prod’hom, ancien directeur du CHUV. Un représentant de chaque hôpital complète ce comité : Denis Sulliger pour le Samaritain, Pierre Rochat pour Montreux et Jean Nicollier pour Mottex.

Dans le but d’éviter une dispersion des attributions et des responsabilités qui retarderait la réalisation du projet, le Copil devient l’unique interlocuteur du Département pour les questions liées à la fusion. Il se voit chargé de proposer une structure juridique pour la société d’exploitation commune et un organigramme de la direction, de mettre en place des organes pour assurer une direction médicale coordonnée, de répartir les activités entre les divers établissements, d’effectuer une harmonisation des pratiques et de planifier la concentration des activités hospitalières sur un site unique. À cet égard, les acteurs régionaux s’attendent à la construction d’un nouvel établissement dans la région pour rassembler l’activité médicale dispersée sur les trois sites. « Après la fusion des hôpitaux et la mise en place de la structure multisite, nous étions restés dans l’idée qu’un hôpital unique pour

136

« Convention entre l’État de Vaud et l’Association de Montreux en liquidation [...], la fondation de l’Hôpital du Samaritain en liquidation [...], la fondation de l’Hôpital de Mottex en liquidation [...], la fondation de l’Hôpital Riviera

137

[...] », 20 octobre 2003 (document remis par Jean-François Brunet). Mancelle Anne, « Une première sur la Riviera vaudoise : un hôpital unique multisite dès 1998 », *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 19 avril 1996, p. 25.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

la Riviera serait construit »¹³⁸, se souvient Ernest Cardis, syndic de Saint-Légier-La Chiésaz, commune du district de Vevey, de 1995 à 2006.

Mise en place des structures et répartition des activités médicales	Afin d'intégrer l'ensemble des biens des fondations et association des trois anciens hôpitaux, le Copil choisit la forme juridique de la fondation. Cette dernière permet surtout d'inclure la région et les milieux politiques dans les réflexions stratégiques relatives au fonctionnement de l'hôpital par le biais du conseil de fondation, composé dans le cas présent de 33 membres, dont onze délégués des communes et trois représentants du corps médical ¹³⁹ . Le Comité exécutif, qui remplace le Copil dès la fusion effective, est nommé par le Conseil de fondation et il est composé de cinq membres. Organe de conduite calibré pour être efficace ¹⁴⁰ , il est placé sous la présidence de l'ancien conseiller d'État Daniel Schmutz originaire de la région sans être impliqué à titre personnel dans la gestion des hôpitaux. « Les pouvoirs publics ne souhaitent pas que l'un des trois directeurs se retrouve à la tête de l'hôpital » ¹⁴¹ , se rappelle Denis Sulliger, ancien président du Comité du Samaritain. Le Prof. Francis-Luc Perret, vice-président, Jean Nicollier, Pierre Rochat et Denis Sulliger complètent ce Comité. Afin d'assurer le fonctionnement de l'hôpital sur l'ensemble des trois sites, une direction générale est créée. Les trois directeurs en place se répartissent les fonctions stratégiques de gestion par secteur. Jean-François Brunet (directeur de Mottex) est responsable des soins et du secteur médico-technique, Jean-Pierre Butty (directeur de Montreux) prend en charge le secteur des ressources humaines et Philippe Collet (directeur du Samaritain), celui des finances et économie tout en assumant la fonction de président de la direction générale ¹⁴² . Le doyen du collège des médecins, qui intègre la direction générale, assure quant à lui la direction médicale sur l'ensemble des sites. Dans le cas de cette fusion, le statut du personnel et le mode de rémunération des médecins-cadres des trois hôpitaux, tous affiliés au GHVR, ne nécessitent que peu d'harmonisation ¹⁴³ .
---	--

138 Entretien avec Ernest Cardis, 5 avril 2017.

139 « Organisation de l'Hôpital Riviera, structure juridique », Hôpital Riviera, 1^{er} rapport, 1998, p. 8, Archives HR Mottex.

140 « Hôpital unique de la Riviera (HUR) séance du 15 décembre 1995 à Corseaux, Présentation du rapport d'expertise de la Société Fiduciaire Suisse - Cooper & Lybrands, options et évaluations », Département de l'intérieur et de la santé publique, classeur « Sully courrier 1994 », Archives SSP Vaud.

141 Entretien avec Denis Sulliger, 5 avril 2017.

142 « Direction générale », Hôpital Riviera, 1^{er} rapport, 1998, p. 4, Archives HR Mottex.

143 *Ibid.*, p. 14.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

La répartition des activités médicales entre les différents services des hôpitaux vise, comme l'explique Heinz Locher, « un recentrage des services de manière à être au-dessus de la masse critique »¹⁴⁴. Elle ne se résume donc pas à un simple partage égal, mais tient compte de l'activité de chaque service, de l'équipement disponible et des compétences au niveau des équipes, sans entraîner d'investissement lourd¹⁴⁵. Elle doit permettre dans le cas de l'Hôpital Riviera de diminuer le nombre de lits de soins aigus : de 209 lits, dont 97 situés à Montreux et 117 au Samaritain, l'Hôpital de la Riviera doit en offrir désormais 160. Afin de proposer une répartition des activités en fonction des profils des services des hôpitaux, deux groupes de travail formés par les collèges des médecins des établissements concernés se penchent sur les options envisageables. Comme l'évoque le doyen Marcel Thiébaud de l'Hôpital du Samaritain, cette procédure est effectuée « dans une perspective économique de rationalisation des soins en s'efforçant de diminuer les coûts sans porter atteinte à la sécurité des traitements et au confort des patients et des soignants »¹⁴⁶. Ces études débouchent sur deux projets de répartition des activités entre l'Hôpital de Montreux et du Samaritain. Le premier prévoit de concentrer l'activité chirurgicale dans l'un et la médecine dans l'autre. Le second propose de concentrer les urgences et la pathologie lourde sur un site et la médecine d'investigation et les interventions pouvant être programmées dans l'autre. Les membres du Comité de pilotage optent pour le premier scénario dès janvier 1998 : la création d'un secteur mère-enfant avec la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la néonatalogie et soins intensifs de médecine interne sur le site de Vevey et le regroupement de la chirurgie nécessitant de lourds investissements, de l'orthopédie, de l'ORL, de l'ophtalmologie et de l'urologie à Montreux. Chaque hôpital conservera un plateau médico-technique pour les urgences en médecine et en chirurgie, une polyclinique et un secteur d'hospitalisation de jour.

144 « Hôpital unique de la Riviera (HUR) séance du 15 décembre 1995 à Corseaux, Présentation du rapport d'expertise de la Société Fiduciaire Suisse Coopers & Lybrand, options et évaluations », Département de l'intérieur et de la santé publique, p. 7, classeur « Sully courrier 1994 », Archives SSP Vaud.

145 « Préparation séance du 23.4.97 au Château avec M.C. Ruey+COFIL (Prof Perret et M. Narbel) », Département de l'intérieur et de la santé publique, 21 avril 1997, p. 1, classeur « COPIL HUR », Archives SSP Vaud.

146 « Rapport du doyen du collège des médecins », Hôpital du Samaritain, 138^e Rapport, 1996, p. 20, Archives HR Mottex.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

Collaboration avec la Providence

Si l'Hôpital de la Providence a abandonné son statut d'hôpital privé d'intérêt public en 1979, il continue d'assurer la prise en charge de patients de la division commune avec des subsides pour l'exploitation des lits à cet effet jusqu'en 1982. À cette date, le Département de l'intérieur rejette la demande d'octroi de subsides de la Providence ne reconnaissant plus la mission d'intérêt public de l'établissement. Ce dernier décide de conserver toutefois 32 lits en division commune conformément à sa vocation initiale¹⁴⁷ et mise sur un fort taux d'occupation des divisions privées et semi-privées pour compenser cette activité qui ne génère aucun profit. Dès 1986, dans l'optique de diversifier l'activité chirurgicale, la Providence cherche une collaboration avec les hôpitaux de la région. Ainsi, elle est ouverte aux chirurgiens généralistes de l'Hôpital de zone du Samaritain et étend son offre en nommant un spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive en commun avec les hôpitaux de zone de Montreux et du Samaritain en novembre 1986. Si ces collaborations permettent d'étendre et de diversifier l'offre hospitalière de la région, elles créent parfois des tensions entre les hôpitaux. « Les chirurgiens faisaient hospitaliser leurs patients à la Providence qui, comme structure privée, pouvait être financièrement plus avantageuse pour eux. Mais comme elle n'avait pas de service de soins intensifs, en cas de problème, les chirurgiens devaient obligatoirement transférer leur patient à l'Hôpital de zone »¹⁴⁸, se rappelle à ce sujet Philippe Collet, l'ancien directeur du Samaritain.

L'acquisition d'un scanner en 1987 permet d'associer les radiologues des hôpitaux du Samaritain, de Montreux et d'Aigle à son exploitation. Financée par la fondation Binguely-Lejeune, cette installation est mise en service en janvier 1988 et conduit au développement du service de radiologie de la Providence qui se trouve dès lors au centre d'une collaboration régionale. Dès le début des années 1990, les dirigeants poursuivent une politique active dans le domaine d'achat d'équipements médicaux pour assurer des prestations de pointe. En 1991, elle se concrétise par la création d'un service de médecine nucléaire, unique installation sur la Riviera vaudoise et jusqu'à Martigny¹⁴⁹. Développée dans le cadre de la mise en place du RSC, la création d'un centre de consultations oncologiques au service du Réseau est proposée en février 1993.

Ces investissements n'empêchent pas le taux d'occupation du secteur privé et semi-privé de diminuer constamment au cours des années 1990 en raison de la baisse du nombre d'assurés au bénéfice de ce type de prestations¹⁵⁰. Sans les subsides accordés par l'État, la prise en charge des malades de division commune ne constitue pas, de son côté, une activité rentable pour la Providence. L'entrée en vigueur de LAMal complique encore la situation : en vertu de l'art. 39, les prestations médicales réalisées pour les patients de division commune ne seront remboursées que pour les établissements

147 « Conclusions », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1982, p. 6, Archives HR Mottex.

148 Entretien avec Philippe Collet, 9 janvier 2017.

149 « Principaux investissements au service de nos prestations », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1990, p. 3, Archives HR Mottex.

I	1	L'Hôpital multisite
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital de la Riviera	de la Riviera

de soins (y compris ceux du secteur privé) intégrés à la planification générale élaborée par l'État. Aussi l'enjeu pour la Providence, comme pour les autres institutions privées, consiste à garantir la couverture de besoins sanitaires spécifiques, faiblement dispensés ailleurs, et couverts par la LAMal.

Dans cette situation économique difficile, les dirigeants décident d'investir dans le domaine des soins ambulatoires, en priorité dans les services d'ophtalmologie, de radiologie et d'oncologie pour développer son attractivité et la spécificité des soins dispenser. En 1996, l'établissement acquiert ainsi une nouvelle IRM et crée un centre d'oncologie ambulatoire¹⁵¹.

Malgré les efforts consentis, l'exploitation de la clinique est toujours plus difficile en raison de la diminution constante de l'activité du secteur privé. En octobre 1998, la Providence signe une convention de collaboration avec l'Hôpital de la Riviera, qui règle la répartition des activités et vise l'exploitation en commun des équipements lourds et onéreux pour une période de deux ans¹⁵². Cette convention pose les bases d'une utilisation rationnelle des services en proposant un modèle de répartition des patients et l'échange de statistiques entre les hôpitaux de Montreux du Samaritain et de la Providence, mais n'empêche pas la subsistance de « doublons ». En effet, les deux structures disposent de services identiques, à l'exception de l'oncologie circonscrite à la Providence et de l'urologie et des soins intensifs concentrés à l'Hôpital de la Riviera. Comme nous le verrons plus loin, la procédure de rapprochement s'accélérera au début des années 2000.

150 « Conclusions », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1993, p. 13, Archives HR Mottex.

151 « Conseil d'administration », Hôpital de la Providence, Rapport sur l'exercice 1996, p. 5, Archives HR Mottex.

152 « Convention de collaboration entre l'Hôpital de la Riviera et l'Hôpital de la Providence » 9 octobre 1998, classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.

2

L'Hôpital

du Chablais

I
Création des hôpitaux multisites

2
L'Hôpital du Chablais

Les hôpitaux d'Aigle et de Monthey : chacun d'un côté du Rhône

Chacun d'un côté du Rhône, les hôpitaux d'Aigle et de Monthey mènent jusqu'aux années 1990 des séries de travaux et de réaménagements successifs qui les conduisent à bénéficier d'un équipement performant. Séparés d'une dizaine de kilomètres, les deux établissements proposent en effet à cette époque une offre médicale proche avec des services identiques, à de rares exceptions près. Comme le rappelait l'ancien directeur de l'Hôpital de Monthey, Edgar Buttet, lors d'une présentation de l'Hôpital du Chablais en 1999, « par le passé, les collaborations entre les deux établissements n'étaient pas très importantes ! »¹ On dresse le même constat du côté d'Aigle où l'ancien directeur Pierre Loison se rappelle qu'« il n'y avait aucune collaboration entre nous, tout au plus un accord tarifaire concernant la pédiatrie que nous n'avions pas à Aigle »².

L'offre hospitalière du canton du Valais est marquée depuis ses origines par la topographie du territoire. Contrairement au canton de Vaud où de nombreux hôpitaux régionaux parsèment le territoire, les hôpitaux de soins généraux sont circonscrits à proximité des six centres urbains (Monthey, Martigny, Sion, Sierre, Viège et Brigue) de la vallée centrale où débouchent les vallées latérales. À l'instar du canton de Vaud et d'autres cantons suisses, le SSP du canton du Valais commande une planification hospitalière en 1966. Elle n'induit toutefois aucune remise en cause de l'accroissement du système de santé, mais vise à « se déterminer sur l'appareil hospitalier et sur l'organisation médico-sociale dont le Valais sera doté au cours des années à venir »³. À la suite d'une série de travaux menés depuis le milieu des années 1950, le président du Comité de direction de l'Hôpital de Monthey, Paul de Courten, annonce ainsi dans la presse : « Dans l'établissement se trouvent actuellement



1 « De la fusion à la création d'un hôpital unique intercantonal », Hôpital du Chablais, Congrès H+, jeudi 17 juin 1999, Lugano, p. 2, chemise « Historique », Archives HDC Aigle.

2 Entretien avec Pierre Loison, 9 janvier 2017.
3 Canton du Valais, « Planification hospitalière, rapport préliminaire », annexe « historique », juillet-novembre 1966, p. 2, Archives SSP Valais.

L'Hôpital de Monthey inauguré en 1935. L'entrée de l'Hôpital d'Aigle et du bloc opératoire vers 1960.



L'Hôpital d'Aigle vers 1960 (face sud).

I	2	Les hôpitaux d'Aigle
Création des hôpitaux	L'Hôpital du Chablais	et de Monthey : chacun
multisites		d'un côté du Rhône

réunies toutes les conditions pour être soigné par les techniques médicales les plus perfectionnées »⁴. L'hôpital subit encore une série de transformations pour accueillir des bureaux pour les médecins et l'administration entre 1972 et 1977⁵.

Au cœur de la zone sanitaire VIII, depuis le plan hospitalier vaudois de 1966, l'hôpital d'Aigle fait l'objet de plusieurs travaux d'agrandissement au cours des années 1970. Son statut nécessite en effet l'adaptation de ses infrastructures afin de couvrir les besoins de la population en matière de soins aigus.

En 1970, il est agrandi avec la construction d'une annexe pour accueillir la radiographie, la physiothérapie et le laboratoire ainsi que des installations techniques telle que la piste d'atterrissage pour hélicoptère⁶. L'agrandissement de l'hôpital se poursuit à partir de 1973 avec la construction d'un pavillon de médecine qui permet, à son ouverture en 1978, de libérer de l'espace dans le bâtiment principal.

Dans les années 1980, l'Hôpital d'Aigle et l'Hôpital de Monthey modernisent leurs installations pour s'adapter aux nouvelles réalités sanitaires, caractérisées notamment par un développement médico-technique accru et la prise en charge grandissante de patients âgés. À Monthey, de nombreux travaux sont encore entrepris en plusieurs phases donnant l'impression, comme le relève l'historienne Marie-France Vouilloz Burnier, « qu'il est sans cesse en transformation et qu'il réclame sans cesse de l'argent à l'État pour un développement peu spectaculaire »⁷. On peut mentionner par exemple la transformation de l'ancienne aile, la remise à neuf du service des soins intensifs et, au début des années 1990, le dépôt de nouveaux projets d'études destinés à augmenter la capacité d'accueil du service de gériatrie⁸.

À Aigle, l'ancien bâtiment qui, depuis la construction du pavillon de médecine en 1978, accueille les services de chirurgie, de gynécologie, les urgences et deux lits de soins intensifs subit plusieurs séries de rénovation. Elles aboutissent notamment à la remise à neuf du bloc opératoire en 1985⁹. L'acquisition d'équipements médico-techniques constitue une nécessité permanente afin que l'hôpital puisse assumer son rôle d'hôpital de zone « dans les faits et non seulement sur le papier »¹⁰, comme le mentionne le président du Comité de direction en 1984. L'expansion du service de radiologie permet

4 De Couten Paul (Président du Comité de direction), « Le district de Monthey et son hôpital », *Le Confédéré*, 26 août 1969, p. 1.

5 Sur les travaux entrepris à l'Hôpital de Monthey depuis sa création en 1910, voir : carton « 7.3, Historique, Hôpital de Monthey 1910-1990, Clinique St-Amé 1901-1990, Hôpital de Martigny 1907-1998 », dossier « Monthey », Archives SSP Valais et : Vouilloz Burnier, Marie-France, *Le Financement des hôpitaux valaisans au XX^e siècle* (Sion 2006), pp 83-86.

6 Hôpital de zone d'Aigle, 104^e Rapport [du Comité de l'Hôpital d'Aigle présenté à l'Assemblée générale], 1970, p. 3.

7 Vouilloz Burnier Marie-France, *Le Financement des hôpitaux valaisans au XX^e siècle* (Sion 2006), p. 87.

8 A.E., « Vers la création d'un service de pédiatrie [gériatrie] à l'Hôpital de Monthey », *le Nouvelliste*, 17 mars 1976, p. 17.

9 « Ancien bâtiment et équipement médical », Hôpital de zone d'Aigle, 118^e Rapport, 1984, [non paginé].

I	2	Les hôpitaux d'Aigle
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	et de Monthey : chacun d'un côté du Rhône

de disposer d'un nouveau type d'appareil, unique dans la proche région¹¹. En 1988, un projet de restructuration de l'ensemble des locaux conduit l'État à envisager la construction d'un nouvel hôpital sur un site à fixer que la commune d'Aigle mettra à disposition. Il prend toutefois brusquement fin avec la détérioration des finances cantonales vaudoises au début des années 1990. Selon le rapport annuel pour 1990, il faudra attendre « au moins quinze ou vingt ans » avant que l'hôpital ne soit remplacé¹².

La Fédération de soins du Chablais	La mise sur pied de la Fédération de soins du Chablais en 1993 représente le premier exemple d'organisation sanitaire dont l'application, à terme, est envisagée au Chablais vaudois et valaisan. La Fédération de soins du Chablais (ci-après FSC) est créée à l'instigation de Charles Kleiber, chef du SSP vaudois, qui en fait une condition pour la rénovation de l'Hôpital d'Aigle ¹³ . Des travaux sont alors menés par un groupe de travail dès juin 1991 ¹⁴ . La Fédération se donne comme buts de coordonner les décisions en matière d'exploitation et de planification sanitaire, d'obtenir l'adhésion de tous les partenaires dans le cadre d'objectifs et de projets communs, d'améliorer la transmission de l'information entre les membres, de réduire les frais de fonctionnement des établissements par le regroupement des achats et de divers services administratifs ¹⁵ . L'Hôpital d'Aigle prend progressivement une place régionale importante par son dynamisme dans le développement de prestations novatrices comme la mise en place d'un service de médecine préhospitalière ¹⁶ .
------------------------------------	--

Bien que dépourvu d'un caractère contraignant pour les membres qui gardent la propriété de leurs biens mis en commun uniquement dans le cadre de projets définis, ce réseau génère de réelles collaborations. Le développement des urgences préhospitalières, la formation paramédicale, la mise sur pied de structures régionales de prise en charge psychiatrique ou encore la création du centre de planning familial en sont autant d'exemples¹⁷. Toutefois jusqu'à la fin des années 1990, le réseau peine à s'étendre du côté valaisan, où la collaboration entre les institutions de la région est moins bien développée¹⁸.

10 *Ibid.*

11 « Activités médicales en 1988 », Hôpital de zone d'Aigle, 122^e Rapport, 1988, [non paginé].

12 « Restructuration de notre hôpital », Hôpital de zone d'Aigle, 124^e Rapport, 1990, [non paginé].

13 Information de Pierre Loison.

14 « Bulletin d'information du Réseau numéro 7 », Fédération de soins du Chablais, novembre 1999, classeur

« divers fin Hôpital d'Aigle, 1985-1999 », Archives HDC Aigle.

15 « Réseau de soins coordonnés », Hôpital de zone d'Aigle, 124^e Rapport, 1991, [non paginé].

16 *Ibid.*

17 « Bulletin d'information du Réseau numéro 7 », Fédération de soins du Chablais, novembre 1999, classeur

« divers fin Hôpital d'Aigle, 1985-1999 », Archives HDC Aigle.

I	2	Les hôpitaux d'Aigle
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	et de Monthey : chacun d'un côté du Rhône

En 1997, le rapport des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (ci-après NOPS) adopté par le Grand Conseil vaudois recommande la mise sur pied de réseaux de soins de manière formelle, dans l'objectif de lutter contre la dispersion des moyens financiers consécutive à la spécialisation des pratiques sanitaires. La constitution des réseaux poursuit un double objectif : organiser la coopération entre les diverses institutions en assurant la continuité des soins et rationaliser l'utilisation des ressources en concentrant les équipements médico-techniques et les services administratifs, financiers et logistiques¹⁹.

Entre 1999 et 2003, huit réseaux de soins qui couvrent l'ensemble du territoire en regroupant la grande majorité des institutions sanitaires vaudoises sont formés et reconnus par l'État²⁰. Ce dernier passe avec chacun d'eux des contrats de prestations apparentés à des contrats d'objectif et de moyens dont dépend un budget sous forme de subventions. Afin d'optimiser leurs ressources, les réseaux sont libres de coordonner leurs prestations et de regrouper leurs équipements, accentuant ainsi leur participation à la reconfiguration du paysage sanitaire et hospitalier.

S'adaptant à ces directives cantonales, la FSC signe à l'automne 2000 son premier contrat de prestations avec l'État de Vaud. L'idée d'un rapprochement en vue d'une organisation commune avec le Valais étant dûment mentionnée dans le règlement du réseau, la FSC élargit ses collaborations en mai 2003, en admettant comme membre affilié le Réseau de santé Monthey – Saint-Maurice. Ce faisant, la FSC devient le premier réseau suisse de soins intercantonal²¹.

L'entrée en vigueur de la LAMal au Valais	L'entrée en vigueur de la LAMal entraîne un changement moins brusque dans la politique sanitaire du Valais que dans celle de certains autres cantons suisses ²² . En effet, l'État se voit octroyer à la fin des années 1980 des moyens d'intervention dans la politique sanitaire qui anticipent plusieurs dispositions de la loi fédérale. Dès 1988, le concept de planification devient une condition à la participation financière de l'État avec la Loi sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissements et d'exploitation des établissements sanitaires publics ²³ . Les principes de cette loi fixent comme objectif le maintien des six hôpitaux régionaux et ne reconnaissent
---	---

18 Cretton Yves, « Diagnostic des entraves à la collaboration médicale dans le Chablais », Secrétariat de l'OIDC, 29 novembre 1993, p. 22.

19 Canton de Vaud, *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique sanitaire*, mars 2004 : « 6.1. Les réseaux reconnus », p. 98.

20 *Ibid.* p. 99.

21 « Fédération de soins du Chablais : 1+1=3 », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 2.

22 « Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière des années 90 vers le XXI^e siècle », Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, février 1999, p. 30.

I	2	Les hôpitaux d'Aigle
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	et de Monthey : chacun d'un côté du Rhône

d'utilité publique que les établissements dépendant d'associations de communes qui respectent la planification sanitaire et hospitalière²⁴. La loi affiche également la volonté d'intégrer tous les partenaires concernés à l'élaboration concertée des grandes lignes de la politique sanitaire. Une Commission cantonale de la planification est ainsi chargée d'analyser les subventions accordées pour les investissements et de se prononcer sur l'introduction de nouvelles disciplines médicales au sein des établissements.

Cette nouvelle loi marque le début de mesures visant à lutter contre la surcapacité, à favoriser la planification et à contrôler les financements accordés²⁵. À cet égard, le Conseil d'État décide de réduire le nombre de lits de soins aigus dans l'ensemble des établissements hospitaliers dès 1992. Le nombre de lits pour les établissements cantonaux est fixé à 3,8 pour 1000 habitants contre 4,3 dans la planification de 1982. Conjointement, la diminution de la durée de séjour se poursuit : elle passe de 11,2 jours en 1988 à 8,9 jours en 1995²⁶.

En décembre 1996, le Conseil d'État adopte le concept hospitalier valaisan dans lequel il établit la liste des établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire. Il fixe également une nouvelle norme maximale de lits de soins aigus à 2,7 lits sur la base de l'analyse des besoins pour mille habitants et attribue désormais des mandats de prestations aux établissements hospitaliers pour les disciplines médicales de base et spécialisées. Pour prétendre aux subventions publiques, les établissements doivent notamment être reconnus d'intérêt public, se conformer à un plan comptable uniforme ou encore recevoir l'approbation du Département pour leur budget²⁷. L'ouverture de nouveaux services, l'introduction de nouvelles disciplines et le nombre total de lits doivent être approuvés par le Conseil d'État. Ces conditions sont destinées à réguler le développement des spécialités, mais également à accroître la répartition des tâches entre les hôpitaux sur l'ensemble du territoire en examinant la possibilité de créer des hôpitaux selon un modèle multisite.

En 1996, la norme adoptée par le gouvernement est, en effet, réévaluée et fixée à 2,7 à la condition que des mesures soient prises pour faciliter le transfert vers des institutions adaptées²⁸. Le multisite est ainsi destiné à s'intégrer dans un réseau constitué de l'ensemble des institutions de soins par secteur instituant des liens avec les médecins et les centres médico- sociaux de la région²⁹.

23 Vouilloz Burnier Marie-France, *Le Financement des hôpitaux valaisans au XX^e siècle* (Sion 2006), p. 60.

24 *Ibid.*, p. 61.

25 Vouilloz Burnier Marie-France, Barras, Vincent, *De l'Hospice au Réseau santé, Santé publique et système hospitalier valaisans XIX^e-XX^e siècles* (Sierre 2004), pp. 374 et suiv.

26 Chiffres cités dans : *ibid.*, p. 375.

27 Vouilloz Burnier Marie-France, *Le Financement des hôpitaux valaisans au XX^e siècle* (Sion 2006), p. 120.

28 « Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière des années 90 vers le XXI^e siècle », Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, février 1999, p. 51.

29 Gilliand Pierre, *Évolution et perspectives du système de santé*, Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, octobre 1998, p. 32.

I	2	Entre impulsion
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	politique
		et initiative
		de la région

La collaboration entre les cantons de Vaud et du Valais dans le secteur de la santé est le fruit d'un long processus qui s'inscrit notamment dans la période d'austérité du début des années 1990. Des études sur l'organisation hospitalière dans le Chablais ont en effet été lancées en 1989 déjà. Les chefs des SSP des deux cantons Charles Kleiber et Georges Dupuis réfléchissent à des formes de collaboration, mais la résistance qu'ils constatent au sein de la région, et particulièrement chez les élus locaux, y met prématurément un terme³⁰. À cet égard, un rapport commandé en 1993 par l'Organisme intercantonal de développement du Chablais³¹ (ci-après O IDC) concernant la collaboration médicale dans la région dresse le même constat : si une éventuelle collaboration en matière de soins est certes possible, « il s'agit d'éliminer des obstacles administratifs, financiers, politiques et humains »³².

Les médecins des hôpitaux d'Aigle et de Monthey partagent également l'idée d'une collaboration dès le début des années 1990. À terme, ils jugent le bassin de population du Chablais de 70 000 habitants, réparti entre les deux hôpitaux, insuffisant pour assurer la maîtrise de gestes médicaux toujours plus techniques. Toutefois comme l'évoque le Dr Benoît Delaloye, ancien doyen du collège des médecins de Monthey, à cette période-là « il s'agissait plutôt d'idées de fin de soirée »³³.

C'est avec la révision de la LAMal au milieu des années 1990 que la collaboration entre les deux établissements s'impose progressivement comme une alternative inévitable pour les acteurs régionaux. La nouvelle loi prévoit

30 « Séance du 25 avril 1990 au Service de la santé publique, à Lausanne », Département de la santé publique du canton du Valais, classeur « divers fin Hôpital d'Aigle, 1985-1999 », Archives HDC Aigle.

31 L'Organisme Intercantonal de Développement du Chablais (O IDC) est créé en 1981 en regroupant 29 communes pour permettre à la région du Chablais de bénéficier des crédits sans intérêt de la Confédération pour des projets d'équipements d'utilité publique. Il se nomme « Chablais région » en mai 2010.

32 Cretton Yves, *Diagnostic des entraves à la collaboration médicale dans le Chablais*, 29 novembre 1993, p. 22.

33 Entretien avec Benoît Delaloye, 18 mai 2017.

I	2	Entre impulsion
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	politique et initiative de la région

en effet une forte restriction des possibilités d’hospitalisation hors du canton de résidence en dehors de convention intercantonale d’hospitalisation. Alors que l’activité des hôpitaux d’Aigle et de Monthey est caractérisée par la prise en charge d’un taux de ressortissants de l’autre canton évalué à environ 15 %³⁴, leur exploitation est ainsi menacée.

Aussi, c’est d’abord la question du libre accès aux établissements de soins pour l’ensemble de la population de la région aux mêmes conditions financières et sans difficultés administratives qui préoccupe les acteurs régionaux. Les premières réflexions concertées à ce sujet débutent dès janvier 1995 dans le cadre d’une commission, composée d’acteurs politiques, de délégués des hôpitaux et de médecins, créée à l’occasion de l’élaboration du nouveau programme de l’OIDC³⁵. André Bonzon, Luc Vuadens et Roger Udriot, préfets respectifs des communes d’Aigle, de Monthey et de Saint-Maurice, y siègent aux côtés de Pierre Loison, directeur de l’Hôpital d’Aigle accompagné de trois délégués du corps médical, le Dr Dominique Crisinel, le Dr Georges Zoupanos et le doyen du collège des médecins Charles-Henri Ruegsegger. Une délégation de l’Hôpital de Monthey composée du directeur Edgar Buttet, du Dr Benoît Delaloye et du Dr Jacques Richard y participe également. Y prennent part, en outre, deux représentants des médecins non hospitaliers, le Dr Jean-Marc Mermoud et le Dr Olivier Rubli. Enfin, les deux cantons sont représentés par des collaborateurs des SSP, Philippe Bréaud pour le canton de Vaud et David Jegge pour le Valais.

Si le libre passage pour les patients des deux cantons constitue en effet le préalable à toute collaboration hospitalière dans le Chablais, il est déjà sans doute insuffisant à cette période pour garantir le maintien des hôpitaux de la région. Le tableau dressé par l’OIDC laisse peu de doute quant à l’avenir hospitalier de la région : « Les mesures prises pour réduire les déficits cantonaux, notamment dans le domaine de la santé publique, auront pour incidence à terme dans les dix prochaines années une restructuration du système hospitalier et une diminution sensible des budgets de fonctionnement. Cette évolution risque d’entraîner à moyen terme la disparition pure et simple de certains services dans les hôpitaux d’Aigle et de Monthey. »³⁶

L’exemple de la Clinique St-Amé, qui voit ses lits de soins aigus fermés et son activité recentrée sur les soins chroniques, gériatriques et psychogériatriques, renforce la crédibilité du scénario envisagé par l’OIDC³⁷. Ce constat est d’autant plus inquiétant pour les deux établissements que le taux

34 « Bulletin d’information du Réseau numéro 7 », Fédération de soins du Chablais, novembre 1999, pp. 11-12, classeur « divers fin Hôpital d’Aigle, 1985-1999 », Archives HDC Aigle.

35 « Objet : groupe de travail sur la concertation régionale en matière de santé », OIDC, 5 janvier 1994, classeur « divers fin Hôpital d’Aigle, 1985-1999 », Archives HDC Aigle.

36 « Programmes de développement », OICD, extrait du programme de développement, chapitre 2, p. 36, classeur « Sully divers », Archives SSP Vaud.

37 « Planification hospitalière régionale », OICD, Fiches d’action, domaine socio-culturels, secteur : santé, affaire sociale, classeur « Sully divers », Archives SSP Vaud.

I	2	Entre impulsion
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	politique et initiative de la région

d’occupation de plusieurs de leurs services n’atteint pas le minimum requis. « Tant pour les hôpitaux d’Aigle et de Monthey dans les années 1996-1997, on ne répondait pratiquement plus aux exigences de la LAMal. Les taux d’occupation en période d’été nous auraient contraints à terme à fermer les services. Imaginez si vous devez fermer un service de votre hôpital, ce dernier est très vite déserté ! »³⁸, se rappelle Antoine Lattion, l’ancien président de l’Hôpital de Monthey.

Au premier semestre 1996, le service de chirurgie de l’Hôpital de Monthey accuse en effet un taux d’occupation de 76 % et de 79, 3 % au lieu des 82 % fixés, en dépit de la suppression de plusieurs lits. Le service de gériatrie dont le taux d’occupation est fixé à 90 % atteint, quant à lui, 74,9 %³⁹. Le constat était déjà sans appel en 1997 pour le président montheysan qui évoquait dans la presse que « le bassin de population de 35 000 habitants dont bénéficie l’Hôpital de Monthey n’est plus suffisant pour justifier la présence d’infrastructure de soins aigus ».⁴⁰

38 Entretien avec Antoine Lattion, 5 avril 2017.

39 « Procès-verbal de la réunion du Comité de Direction du 10 septembre 1997 », Hôpital de Monthey, classeur « divers fin Hôpital d’Aigle, 1985-1999 », Archives HDC Aigle.

40 « Notre marge de manœuvre était plus qu’étroite », article photocopié, 31 octobre 1997, p. 6, carton « Hôpital Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

I
Création des hôpitaux multisites

2
L'Hôpital du Chablais

La Convention

de libre

circulation

des patients

Alors que la question d’un rapprochement s’impose progressivement aux deux établissements⁴¹ et que des contacts se nouent avec les SSP⁴², la collaboration interhospitalière prend un élan déterminant le 29 janvier 1997, une année après l’entrée en vigueur de la LAMal, avec la création d’une commission paritaire intercantonale. Par décision commune des chefs de Départements de santé des deux cantons, Raymond Deferr et Claude Ruey, cette dernière est chargée de développer un concept commun favorisant la libre circulation des patients valaisans et vaudois dans la région du Chablais.

Sur le modèle de la Commission nommée dans le cadre du rapprochement intercantonal entre les hôpitaux de Payerne et d’Estavayer désignée en juin 1992, dix membres la composent à parts égales entre les deux cantons. Elle est encadrée par Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, les deux chefs des SSP des cantons de Vaud et du Valais. On y retrouve les trois préfets André Bonzon, Luc Vuadens et Roger Udriot, ainsi que les deux directeurs des hôpitaux, Edgar Buttet et Pierre Loison. Deux représentants du corps médical de chaque cantonsont également intégrés: le Dr Charles-Henri Ruegsegger et le Dr Jean-Marc Mermoud, déjà actifs au sein de la commission créée à l’occasion de l’élaboration du nouveau programme de l’OIDC, ainsi que le médecin-chef des institutions psychiatriques du Valais romand, le Dr Raphaël Carron et le Dr Benoît Delaloye comme médecin délégué du district de Monthey. Dès le mois de mars, Antoine Lattion, président de l’Hôpital de Monthey, et le Dr Nicolas de Coulon de la Fondation de Nant

41 « Procès-verbal de la réunion du 21.1.97 entre M. Ghiringhelli, Président du Comité de direction de l’Hôpital d’Aigle et M. Lattion, Président du Comité de direction de l’Hôpital de Monthey, accompagnés des directeurs respectifs, MM. Loison et Buttet », classeur « Documents 10^e anniversaire de la Convention Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

42 « Procès-verbal de la réunion du 21.1.1997 entre M. Ghiringhelli président du Comité de direction de l’Hôpital d’Aigle et de M. Lattion, Président du Comité de direction de l’Hôpital de Monthey, avec les deux directeurs », classeur « Documents 10^e anniversaire de la Convention Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

I
Création des hôpitaux multisites

2
L'Hôpital du Chablais

La Convention
de libre circulation
des patients

sont également intégrés. La Commission conserve la possibilité de compléter son effectif au besoin.

Le mandat dont elle est chargée est triple: il consiste d’abord à présenter l’évaluation des flux de patients entre le canton de Vaud, l’Hôpital de Monthey et l’hôpital psychiatrique de Malévoz ainsi qu’entre le canton du Valais et l’Hôpital d’Aigle. La commission devra ensuite en mesurer les incidences financières pour les deux cantons afin de proposer un concept de libre circulation applicable dès le 1^{er} janvier 1998.

Les deux chefs de Département posent toutefois les bases d’une politique commune à plus long terme. Ils chargent en effet la Commission de communiquer par des rapports annuels les possibilités d’un développement « harmonisé et complémentaire des hôpitaux de soins aigus dans le Chablais », mais également d’étudier « un concept d’hôpital commun multisite regroupant les hôpitaux de soins aigus de la région »⁴³. La décision des deux chefs de Département est assortie d’un moratoire sur tous les investissements dans les deux établissements « pour éviter tout développement précipité dans la perspective de cette collaboration future »⁴⁴. Tous les investissements supérieurs à 300 000 francs devront ainsi être examinés en commun par les deux SSP, tout comme les demandes concernant l’implantation de nouvelles disciplines médicales. Ce faisant, le moratoire empêche le développement non coordonné des établissements durant cette phase transitoire. Du côté des hôpitaux, on craint que ce moratoire entraîne cependant une perte de compétitivité par rapport aux hôpitaux de la Riviera ou de Martigny, d’autant plus si sa durée se prolonge⁴⁵. « On s’est vite aperçu que c’était la fusion ou rien. Si on ne mettait pas en commun nos ressources, rien ne pouvait être fait dans ce rapprochement »⁴⁶, estime Pierre Loison, l’ancien directeur d’Aigle. Aucun des deux établissements n’ayant la capacité d’absorber l’activité de l’autre, il est également particulièrement important pour les deux directeurs de maintenir leurs établissements à jour en vue d’une future répartition des activités.

Le travail mené par la commission aboutit à la signature de la Convention pour l’Hôpital du Chablais et la libre circulation des patients vaudois et valaisans par les deux chefs de Département, Peter Bodenmann et Claude Ruey le 7 octobre 1997 au Château d’Aigle, en présence d’une délégation des deux cantons. Sous la forme d’un plan d’intention en trois axes, elle établit l’entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 1998 d’un concept de libre circulation des personnes, basé sur l’application d’un tarif établi selon le canton de domicile du patient. Elle permettra ainsi aux assurés vaudois et valaisans de recourir aux prestations de l’Hôpital d’Aigle ou de l’Hôpital de Monthey sans être

43 « Décision commune de collaboration Vaud-Valais pour les hospitalisations en soins aigus et en psychiatrie dans le Chablais valaisan et vaudois », 29 janvier 1997, p. 1, classeur « Documents 10^e anniversaire de la Convention Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

44 *Ibid.*, p. 2.

45 « Collaboration Vaud/Valais, projet de position commune élaboré par MM. Butter et Loison à l’intention de leurs Présidents respectif », 2 février 1997, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

46 Entretien avec Pierre Loison, 9 janvier 2017.

I	2	La Convention
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	de libre circulation des patients

concernés par l'article 41 de la LAMal relatif à l'hospitalisation hors canton. C'est l'équilibre dans le flux de patients qui transite de part et d'autre du Chablais vaudois et valaisan, constaté par la commission, qui permet de proposer ce modèle de tarification facile à mettre en place. En effet, d'autres options ont d'abord été envisagées avant d'être abandonnées, comme la création d'une zone d'assurance-maladie unique pour le Chablais où chaque habitant aurait payé la même cotisation⁴⁷. Les pertes dans le budget d'exploitation d'Aigle, où la tarification des prestations est plus élevée qu'en Valais, seront prises en charge par les cantons, en raison du volume peu élevé de patients, jusqu'à l'élaboration d'un tarif unique prévu pour 1999⁴⁸.

Dans un deuxième temps, la Convention institue la fusion des deux établissements en un hôpital unique réparti sur les deux sites dès le premier janvier 1998. Sur le papier, elle donne donc naissance à un nouvel établissement, l'Hôpital du Chablais. La Commission reconnaît en effet rapidement au cours de ses travaux que l'unique moyen de préserver la qualité et la diversité des soins dans la région est le regroupement de deux établissements avec une direction, un collège des médecins et une comptabilité unique⁴⁹. Les membres de la Commission décident donc volontairement de dépasser les objectifs fixés par les deux Départements. Dès le mois de mai 1997, les directeurs des hôpitaux et les deux collèges des médecins sont ainsi chargés d'étudier des possibilités de répartition des activités médicales et administratives pour « finaliser ce rapprochement dans les meilleurs délais »⁵⁰.

Enfin, la Convention prévoit la construction d'un hôpital unique pour la région du Chablais. Pour les délégués des médecins, les présidents et directeurs des hôpitaux, il s'agit de l'objectif final, moteur de la collaboration entre les deux établissements et fédérateur de la région. La mise en place de la structure multisite est en effet envisagée comme un passage obligé. Le Dr Pierre Berruex, chirurgien orthopédique à Monthey, l'évoque dès la première séance : « Tout le monde a compris que le multisite est un mal nécessaire et que l'objectif doit rester le site unique dans les meilleurs délais. »⁵¹ Cette transition permettra, pour le chirurgien valaisan, de développer des synergies entre les équipes des deux établissements que l'exploitation sur un seul site permettra de concrétiser.

47 « Commission paritaire Vaud/Valais d'hospitalisation dans le Chablais, procès-verbal de la séance du 3 avril 1997 », Hôpital du Chablais, classeur « collaboration Vaud-Valais », p. 2, Archives HDC Aigle.

48 « Commission paritaire Vaud/Valais d'hospitalisation dans le Chablais, procès-verbal de la séance du 14 mai 1997 », Hôpital du Chablais, classeur « collaboration Vaud-Valais », p. 2, Archives HDC Aigle.

49 « Commission paritaire Vaud/Valais d'hospitalisation dans le Chablais, procès-verbal de la séance du 3 avril

1997 », Hôpital du Chablais, p. 1, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

50 « Commission paritaire Vaud/Valais d'hospitalisation dans le Chablais, procès-verbal de la séance du 14 mai 1997 », Hôpital du Chablais, classeur « collaboration Vaud-Valais », p. 3, Archives HDC Aigle.

51 « Commission paritaire Vaud/Valais dans le Chablais, procès-verbal de la séance du 27 février 1997 », classeur « collaboration Vaud-Valais », p. 3, Archives HDC Aigle.



Une partie des membres de la Commission paritaire Vaud-Valais dans la *Presse Riviera Chablais* du 26 août 1997.

I	2	La Convention
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	de libre circulation des patients

On tire les mêmes conclusions du côté d'Aigle, où le Dr Charles-Henri Rueggsegger, le doyen du Collège des médecins, affirme que « le chemin vers l'hôpital unique est le véritable vœu des médecins qui soutiennent cette solution, le multisite étant à considérer comme un moyen et non comme une fin en soi, même si chacun est prêt à y participer »⁵². Pourtant, ce projet reste tributaire de l'évolution de la planification hospitalière des deux cantons, ce que les chefs des SSP du canton de Vaud et du Valais, Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, ne manquent pas de rappeler : « Même si c'est visiblement le souhait de cette Commission d'aller vers un hôpital unique, les États tant vaudois que valaisan ne peuvent s'engager et dire aujourd'hui si les avantages en sont démontrés clairement »⁵³, évoquent-ils au cours d'une séance de la Commission en février 1997.

À côté des questions que soulève cette fusion, comme celle de la mise en place d'un tarif unique ou celle de la répartition des activités, la presse salue quant à elle l'avant-gardisme dont a fait preuve la région du Chablais dans un contexte économique et politique peu favorable au maintien des hôpitaux régionaux. L'extrait de l'article du journal *24 heures* l'illustre particulièrement : « Alors qu'ils étaient tous deux menacés par leur statut d'hôpital régional isolé aux confins de leurs cantons respectifs, les hôpitaux d'Aigle et de Monthey ont choisi d'agir plutôt que d'attendre le couperet, et leur fusion permet aujourd'hui de tutoyer les grands hôpitaux, avec une population de quelques 75 000 habitants. »⁵⁴

Les protagonistes locaux interrogés sur cette procédure inédite se réjouissent surtout du résultat obtenu : le maintien de lits hospitaliers, des postes de travail et de la qualité des soins⁵⁵. Aussi, la volonté de garantir l'existence d'un établissement de soins aigus dans la région semble être l'une des clés pour comprendre le rapprochement entre les acteurs du Chablais vaudois et valaisan. « Si cette fusion a fonctionné, c'est parce que nos réflexions n'ont pas été limitées par une frontière cantonale, mais que l'on a pensé à l'échelle d'une région chablaisienne complète »⁵⁶, rappelle en effet Jean-Paul Jotterand, membre à ce moment-là du Comité de direction de l'Hôpital d'Aigle.

52 Ibid.

53 Ibid.

54 Dubois Claudine, « La barrière du Rhône est tombée entre les hôpitaux d'Aigle et de Monthey », *24 Heures*, 8 octobre 1997, p. 33.

55 Ibid.

56 Entretien avec Jean-Paul Jotterand, 5 avril 2017.

I	2	Lever les barrières entre les cantons
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	

À la suite de la signature de la Convention, la Commission paritaire est remplacée par la Commission d'application de la convention, de composition restreinte. Les deux préfets des communes-sièges des hôpitaux, André Bonzon et Luc Vuadens, en assurent la présidence. Les autres membres sont les deux chefs des SSP vaudois et valaisan, Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, ainsi que Pierre Loison et Charles-Pascal Ghiringhelli, directeur et président de l'Hôpital d'Aigle, et leurs homologues de Monthey, Edgar Buttet et Antoine Lattion, accompagnés du Dr Jean-Marc Mermoud.

Organe responsable de piloter la mise en place de la fusion, la Commission s'appuie, dès décembre, sur cinq groupes de travail chargés de rendre opérationnel l'Hôpital du Chablais sous la forme multisite dans les meilleurs délais. Composés des directeurs Pierre Loison et Edgard Buttet, des présidents Charles-Pascal Ghiringhelli et Antoine Lattion, les groupes sont renforcés, selon les problématiques, par des collaborateurs SSP ou par des médecins de l'un ou l'autre des établissements.

Si la Convention tarifaire qui entérine la libre circulation des patients avec facturation selon le domicile de résidence pour l'année 1998 est signée par les assureurs vaudois et valaisans le 3 décembre 1997 sans trop de difficultés⁵⁷, d'autres étapes sont plus problématiques. C'est avant tout le caractère intercantonal de la fusion qui complique sa mise en place. Il s'agit en effet pour les groupes de travail de préparer un statut unifié pour l'ensemble du personnel et de choisir la forme juridique du futur hôpital. La question de la répartition des activités médicales est traitée quant à elle surtout entre médecins.

57 « Procès-verbal de la commission paritaire du 3 décembre 1997 », Hôpital du Chablais, classeur

« collaboration Vaud-Valais », p. 2, Archives HDC Aigle.



Signature de la Convention le 7 octobre 1997 par les conseillers d'État Peter Bodenmann et Claude Ruey.

Page de titre de la Convention pour l'Hôpital du Chablais et la libre circulation des patients vaudois et valaisans.

I	2	Lever les barrières entre les cantons
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	

Statuts du personnel	Le personnel vaudois et valaisan du futur Hôpital du Chablais bénéficie de statuts du personnel différents en fonction des usages de chaque canton. À Monthey, le personnel de l'hôpital est affilié à la convention collective du groupement des établissements hospitaliers valaisans (ci-après GEHVAL) alors que celui d'Aigle est soumis au statut du personnel GHRV. Cette différence d'affiliation implique notamment des rémunérations qui varient d'un côté et de l'autre de la frontière cantonale pour les mêmes fonctions. C'est surtout au mode de rémunération des médecins d'un canton à l'autre que se heurte le processus d'harmonisation. Si les médecins vaudois sont en effet rétribués à l'acte sur la base d'un système de points, dont la valeur est négociée chaque année entre les partenaires de la Convention vaudoise d'hospitalisation (l'État, les assureurs, le GHRV et la Société vaudoise de médecine), en Valais ils sont salariés de l'hôpital avec un plafond annuel fixé à 300 000 francs par médecin. À cet égard, les dépenses consenties pour le personnel médical « cadre » et les assistants sont comprises dans le budget d'exploitation des hôpitaux avec un plafonnement fixé à 15 % du total. Au lendemain de la signature de la Convention, les personnels vaudois et valaisan conservent à titre provisoire leurs différentes affiliations pour l'année 1998⁵⁸. Dès l'année 2000, les SSP préconisent l'application de la législation valaisanne avec des salaires fixés selon les conditions du GEHVAL⁵⁹. Dans la pratique, une période transitoire est concédée aux médecins vaudois qui, tout en devenant salariés avec un plafonnement fixé à 300 000 francs, conservent le maintien des conditions vaudoises « à l'acte » jusqu'à l'avènement du TARMED. Pour la Société vaudoise de médecine, le plafonnement du salaire est jugé contraire au statut d'indépendant du médecin hospitalier vaudois. « Il n'y a en effet aucune raison pour que le traitement des médecins du Chablais vaudois soit différent de celui de leurs collègues d'Yverdon, Vevey ou Nyon »⁶⁰, expliquent en vain le Dr Daniel Laufer et le Dr Patrick Scherrer, respectivement président de la société et président des médecins hospitaliers. En dehors du mode de rémunération des médecins, l'affiliation au GEHVAL implique pour le personnel vaudois un alignement des conditions salariales sur celles du canton du Valais, plus basses. Pour la direction de l'hôpital, le risque de démission d'une partie du personnel vaudois à la recherche d'une place plus avantageuse ailleurs dans le canton de Vaud
----------------------	--

58 « Fusion de nos établissements au 1^{er} janvier 1998 et création de l'Hôpital du Chablais », Hôpital de zone d'Aigle-Hôpital de district de Monthey, 7 octobre 1997, carton « Hôpital du Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

59 [Sans titre, ni date] *dans le cadre de l'application de la convention pour l'hôpital, les représentants des cantons de Vaud et du Valais se sont*

rencontrés le 19 juin dernier ..., Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, service de la santé publique du Valais, Département de la santé et de l'action sociale, service de la santé publique du canton de Vaud. p. 4, carton « Hôpital Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais

60 *Ibid.*

est bien réel. Aussi, les SSP acceptent de maintenir les droits et acquis en matière salariale pour le personnel d’Aigle aux conditions de la fin d’année 1998, mais avec la suppression de l’indexation statutaire. Cette démarche permettra la réduction progressive des écarts entre salaires vaudois et valaisans alors que tous les nouveaux engagements se feront aux conditions valaisannes dès 1999⁶¹.

Cette politique salariale n’est toutefois pas sans conséquence pour le recrutement de personnel infirmier et médico-technique⁶². Selon le Comité de direction, les différences entre les conditions appliquées par l’Hôpital du Chablais et les conditions vaudoises en vigueur dans les hôpitaux de la région exercent une concurrence difficile à combattre. À cet égard, la presse locale se fait l’écho de mouvements d’humeur du personnel, relayés par les syndicats qui évoquent le manque de personnel, le gel des salaires et des conditions salariales inégales entre collègues⁶³. Le directeur Pierre Loison rappelle à cette occasion que « la grille salariale valaisanne n’a pas été choisie par la direction, mais imposée par les gouvernements valaisan et vaudois » ⁶⁴. Pour apaiser les tensions et assurer le bon fonctionnement de l’hôpital, à commencer par celui du bloc opératoire dont l’activité habituelle est menacée selon le rapport annuel⁶⁵, le Comité de direction décide d’établir dès mars 2000 une grille salariale propre à l’Hôpital du Chablais, destinée exclusivement au personnel infirmier et médico-technique, sans attendre de décision des deux gouvernements. Le surplus entraîné par la mise en œuvre de la nouvelle grille, à mi-chemin entre les barèmes vaudois et valaisans, est financé par le solde d’un fonds dont disposait alors l’Hôpital de Monthey (le fonds de stabilisation), laissé à disposition de l’Hôpital du Chablais⁶⁶. Mises devant le fait accompli, les autorités valaisannes accueillent avec un certain agacement cette initiative qu’elles considèrent comme potentiellement dommageable à l’équilibre des finances cantonales. « La responsabilité et les conséquences financières de vos déclarations et de vos décisions vous incombent donc intégralement », annonce le conseiller d’État valaisan Thomas Burgener à la direction de l’hôpital⁶⁷.

61 « Procès-verbal de la séance du 23.01.98 de la commission d’application de la convention », Hôpital du Chablais, p. 2, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

62 « Quelques points marquants de l’année 2000 », Hôpital du Chablais, Rapport annuel 2000, p. 6.

63 Faiss, Joakim « La rogne du personnel », *Le Nouvelliste*, 4 février 2000, p. 14.

64 *Ibid.*

65 « Quelques points marquants de l’année 2000 », Hôpital du Chablais, Rapport annuel 2000, p. 6.

66 « Conditions de rémunération 2000 du personnel de l’Hôpital du Chablais », Hôpital du Chablais, Comité de Direction, 24 janvier 2000, carton « Hôpital Chablais 1998-1999 », Archives SSP Valais.

67 « Conditions de rémunérations 2000 et compatibilité analytique d’exploitations », Le Chef du Département de la santé, des affaires sociales et de l’énergie, 8 juin 2000, p. 1, chemise: « grille salariale Chablais », p. 1, Archives HDC Aigle.

Forme juridique de l’Hôpital du Chablais

Pour concrétiser la procédure de fusion, les deux cantons doivent s’accorder sur le statut juridique de la nouvelle entité, en s’adaptant aux différentes législations cantonales. Tout comme le statut du personnel varie d’un canton à l’autre, la forme privilégiée dans le cadre de la constitution d’un hôpital mobilise des usages particuliers. À la fin du mois d’octobre, la Commission se détermine pour la fondation qui permet d’intégrer une large représentation de toutes les collectivités publiques des zones sanitaires concernées au sein du Conseil de fondation⁶⁸. Ce projet se heurte toutefois au refus du SSP du canton du Valais où, depuis l’entrée en vigueur de la Loi sur la Santé du 6 février 1996, la forme de l’association est privilégiée.

Les avantages que le juriste du SSP valaisan Jean-Charles Délèze est chargé de relayer auprès du groupe de travail ad hoc se situent à trois niveaux. Depuis l’introduction de la Loi sur la Santé, la forme associative permet de garantir l’implication des communes dans le processus décisionnel et de les associer à la politique de santé par l’obligation de participer au financement des hôpitaux⁶⁹. Selon le SSP du Valais, « la sensibilisation des régions aux coûts de leurs revendications a grandement facilité la planification sanitaire et hospitalière jusqu’à ce jour avec de bons résultats au niveau de la maîtrise des coûts »⁷⁰. Pour le SSP, il est important que l’Hôpital du Chablais, issu de la volonté de la région, conserve l’esprit de la loi valaisanne dans sa forme. La forme associative constitue également pour le SSP la forme la plus adaptée à la planification sanitaire, destinée à évoluer rapidement. En effet, toute collectivité publique peut y être intégrée avec l’accord d’une assemblée générale après adhésion aux statuts. La mise en réseau d’établissements de soins gériatriques, psychiatriques ou d’EMS est ainsi facilitée⁷¹.

Enfin le SSP valaisan tient à éviter tout type d’interférence dans la politique sanitaire qu’il élabore. À cet égard, la politique défendue par les conseils de fondation de certains établissements s’éloigne parfois de celle qui est promulguée par le canton. Comme l’explique Jean-Charles Délèze, il s’agit de « préserver, pour les autorités cantonales, la faculté d’utiliser au mieux le droit de regard »⁷².

Du côté vaudois, la législation ne privilégie aucun modèle en particulier, bien que les hôpitaux se soient constitués pour leur grande majorité

68 « Conférence de presse Aigle le 7 octobre 1997, Impact de la convention sur la région », Hôpital du Chablais, p. 3, carton « Hôpital Chablais 1998-1999 », Archives SSP Valais.

69 « Concerne :statut du futur Hôpital du Chablais », Département de la santé, des affaires sociales et de l’énergie, service de la santé publique, 20 novembre 1997, p. 1, carton « Hôpital Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

70 *Ibid.*

71 *Ibid.*, p. 2.

72 *Ibid.*, p. 3.

73 « Mise en place de la fusion des hôpitaux d’Aigle et de Monthey », Département de l’intérieur et de la santé publique du canton de Vaud, Service de la santé publique, 26 novembre 1997, p. 1, carton « Hôpital Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

I	2	Lever les barrières
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	entre les cantons

en fondation dès leur origine et en aient conservé la forme. Aussi, le SSP vaudois ne se positionne pas et accepte de se plier aux exigences de la loi valaisanne⁷³.

La création de l'Hôpital du Chablais prend un caractère officiel le 24 mars 1998 par la mise en commun de tous les moyens à disposition des hôpitaux au sein d'une nouvelle association intercantonale. L'Hôpital du Chablais devient ainsi le premier hôpital intercantonal, quinze mois après la création de la commission paritaire. Alors que l'Association de l'Hôpital de Monthey est dissoute, l'Association de l'Hôpital de zone d'Aigle modifie ses statuts pour devenir celle des Amis de l'Hôpital du Chablais. Il s'agit de conserver un lien direct avec la population grâce aux 500 membres privés que comptait l'Association de l'Hôpital d'Aigle. Dès lors, cette association joue un rôle régional important d'information sur le dispositif hospitalier grâce notamment à la publication de son bulletin d'information HôpInfo, distribué une fois l'an à tous les ménages des districts d'Aigle, de Monthey et de Saint-Maurice depuis le mois d'avril 1999⁷⁴.

L'Assemblée générale de trente-quatre délégués est également constituée. Dix-sept d'entre eux sont répartis entre les différentes communes du district d'Aigle, quatorze pour celles de Monthey et trois pour celles de Saint-Maurice. L'Assemblée désigne les membres du Comité de direction, tous déjà engagés au sein des structures de gestion de l'un des établissements. Il s'agit ainsi « d'assurer la transition entre l'ancienne et la nouvelle organisation »⁷⁵. Pour le Valais, on trouve donc Antoine Lattion, nommé président, Rose-Marie Antille, Roger Gex-Fabry et Claude Roch. Pour le canton de Vaud, Charles-Pascal Ghiringelli, chargé de la vice-présidence, Jean-Claude Turrian, Annie Oguey et Paul-André Droz. Le Comité est chargé de la gestion courante de l'établissement ; il nomme la direction, approuve la nomination du doyen, le règlement interne, arrête le budget, les comptes et le rapport de gestion. La direction est assurée par les directeurs Pierre Loison et Edgar Buttet, jusqu'à la retraite de ce dernier, prévue à la fin de l'année 1998. Le Dr Benoît Delaloye est nommé au poste de doyen du collège des médecins et Philippe Rouge à la Direction des soins, tous deux étant également associés à la Direction générale⁷⁶.

Pour régler le problème du siège de l'Association auquel Aigle et Monthey peuvent prétendre, il est décidé de mettre en place une formule modulable : le siège est fixé à Aigle ou à Monthey, à l'inverse du domicile du président de l'Association⁷⁷. Ainsi en 1998, comme la présidence est assurée par Antoine Lattion, président de la commune valaisanne de Collombey-Muraz, le siège est fixé à Aigle.

74 « Un bulletin d'information pour l'Hôpital du Chablais », *Le Nouvelliste*, 14 avril 1999, p. 16.
75 « Assemblée générale constitutive de l'Association de l'hôpital du Chablais le 24 mars 1998 », p. 2, carton « Hôpital Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

76 « Concerne : projet de statuts de l'Association de l'Hôpital du Chablais », Collège des médecins de l'Hôpital du Chablais, 28 janvier 1998, carton « Hôpital du Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.
77 « Une fusion pour offrir de meilleurs services », *Hôpinfo* n° 1, nov. 1998, p. 4.

I	2	Lever les barrières
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	entre les cantons

Répartition des activités médicales Pour mener à bien la répartition des activités sur les deux sites, les dirigeants des hôpitaux, les SSP des deux cantons et les médecins décident de nommer le Prof. Jean-Claude Givel, chirurgien au CHUV, en qualité d'expert extérieur⁷⁸. Sur la base d'un premier travail fourni par le corps médical des deux établissements⁷⁹, le chirurgien lausannois propose, à la fin de l'année 1997, une répartition par discipline avec des services spécifiques sur chaque site. À Monthey seront regroupés la médecine, la chirurgie électorive et les soins intensifs médico-chirurgicaux. Le site d'Aigle abritera le secteur mère-enfant, constitué par les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie pédiatrique, de chirurgie électorive ambulatoire ou de courte hospitalisation. En soutien, quatre services complémentaires sur chaque site verront le jour. À Monthey, on disposera des urgences de médecine, de chirurgie et une antenne en pédiatrie et en gynécologie obstétrique. Sur le site d'Aigle, on trouvera les urgences de gynécologie-obstétriques et de pédiatrie et une antenne médico-chirurgicale (abandonnée un peu moins d'une année plus tard). Enfin, un service d'anesthésiologie, de radiologie et un laboratoire restent implantés sur chaque site. Bien qu'adaptées à l'accueil de n'importe quel profil de patients, les urgences offriront des orientations spécifiques dans chaque établissement selon le domaine médical qui y sera développé. Pour que les patients s'adressent ou soient directement acheminés dans le service compétent, le corps médical mise sur l'information du public⁸⁰.

Contrairement au modèle retenu sur la Riviera vaudoise, qui privilégie une séparation entre médecine d'un côté et chirurgie de l'autre, on mise sur une rationalisation des services fondée sur la distinction de trois types de chirurgie : chirurgie lourde, chirurgie légère avec courte hospitalisation et chirurgie ambulatoire⁸¹. Si la répartition des activités vise à éviter le plus possible la dispersion des services, le rassemblement de toute l'activité du bloc opératoire de l'Hôpital du Chablais sur un seul site est impossible. Aussi, une gestion centralisée des deux blocs opératoires est assurée par la mobilité du personnel d'instrumentation et d'anesthésiologie, apte à travailler sur les deux sites et par le développement d'un mode de saisie unifié des informations⁸².

Un groupe de travail spécialement dévolu à cette problématique est mis sur pied afin de rendre fonctionnel le bloc opératoire pour le début 1999.

78 Entretien avec Benoît Delaloye, 18 mai 2017.
79 « Hôpital du Chablais, organisation médico-hospitalière (projet) », Hôpital du Chablais, 21 avril 1997, p. 1, carton « Hôpital du Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.
80 « PV de la séance n° 3 du groupe stratégique tenue le 20 novembre 1997 », Hôpital du Chablais, p. 2, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.
81 « PV de la séance n° 3 du groupe stratégique tenue le mardi 11 février 1998 », classeur « collaboration Vaud-Valais », Hôpital du Chablais, p. 2, Archives HDC Aigle.
82 « Procès-verbal de la réunion Groupe stratégique du 06.07.98, annexe Hôpital du Chablais, bloc opératoire », Hôpital du Chablais, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

Aux côtés du médecin-chef, le Dr Jacques Preitner, de l’infirmière-chef, Jeanine Farnier, et du directeur des soins Philippe Rouge, le groupe stratégique désigne Éric Janicaux, infirmier-anesthésiste au CHUV, comme expert extérieur pour la réorganisation du bloc opératoire. Édition d’un programme opératoire quotidien avec les équipes chirurgicales et anesthésiologiques, élaboration de la grille opératoire hebdomadaire par service ou encore saisie des informations liées aux interventions à des fins statistiques sont autant de mesures que ce groupe est chargé de concrétiser⁸³.

Même si la procédure de fusion entreprise dans le Chablais se déroule tambour battant en un peu plus d’un an, elle reste sujette à des enjeux qui dépassent la simple rationalisation des prestations. Dans la presse, c’est surtout la centralisation de l’obstétrique à Aigle qui retient ainsi l’attention : « Les Chablaisiennes accoucheront à Aigle »⁸⁴, titre *Le Nouvelliste*. « Ainsi donc, les Valaisannes de Champéry au Bouveret, en passant par Monthey, devront aller accoucher en terre vaudoise », poursuit l’article en précisant « [...] qu’une Champérolaine enceinte qui arrive en catastrophe à l’Hôpital de Monthey pourra toujours être accueillie dans des conditions tout à fait satisfaisantes. Aigle et Monthey conservent chacun un service d’urgences fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre, même si dans les faits, Monthey bénéficiera, semble-t-il de moyens plus étendus. »

Les premiers déménagements sont entrepris en septembre 1998 avec le regroupement de l’hémodialyse sur le site de Monthey. À la mi-avril, le service de gériatrie de Monthey est transféré à la clinique St-Amé à St-Maurice, qui assumera à terme la mission de centre gériatrique de la région.

À la même période, l’Hôpital du Chablais négocie l’élargissement de la Convention au CTR de Miremont à Leysin⁸⁵, ancienne clinique privée spécialisée dans l’héliothérapie jusqu’aux années 1950, dont l’offre s’est ensuite diversifiée conjointement au développement du domaine skiable. Après avoir renoncé à son statut de clinique privée pour celui d’établissement privé d’intérêt public au début des années 1990, Miremont oriente son activité dans la prise en charge des patients pour les suites de traitements et développe de nombreuses collaborations avec l’Hôpital d’Aigle avec lequel une fusion est envisagée⁸⁶. Ce projet est toutefois mis entre parenthèses lorsque débute le processus de rapprochement entre l’Hôpital d’Aigle et l’Hôpital de Monthey. Dès lors, le SSP du Valais s’opposera à toute intégration de l’établissement au sein de l’Hôpital du Chablais, refusant que des charges supplémentaires soient attribuées aux communes valaisannes qui, conformément à la loi sur la santé de 1996, participent au financement des frais des hôpitaux. Aussi, l’élargissement de la Convention ne sera jamais obtenu.

83 « Hôpital du Chablais, bloc opératoire », 6 juillet 1997, p. 3, carton « Hôpital du Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

84 Berreau Gilles, « Les Chablaisiennes accoucheront à Aigle ! », *Le Nouvelliste*, 29 mai 1998, p. 9.

85 « Procès-verbal de la séance du mardi 9 mars 1999 de la commission d’application de la convention », pp. 2-3, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

86 Site web de la Fondation Miremont, www.miremont.ch, « Historique », consulté en 2018.

En 2002, la CSS Assurance, propriétaire du bâtiment depuis 1943, le cédera pour un franc symbolique à l’Hôpital du Chablais, qui ajoutera la valeur de l’immeuble (7 392 948.40 de francs en janvier 2002) à son bilan et créera une société anonyme d’exploitation dans le but de séparer la gestion financière des deux établissements.

Les travaux d’aménagement des bâtiments d’Aigle et de Monthey démarrent à l’été 1999 après l’obtention de l’accord du Grand Conseil vaudois pour les crédits nécessaires⁸⁷. Les coûts s’élèvent à 3,5 millions de francs, intégrés au budget de fusion pris en charge par les deux cantons, selon une répartition fixée en fonction du nombre de patients traités sur chaque site. En raison du volume d’activités légèrement plus important sur le site de Monthey, la participation est fixée à 55 % pour le Valais, 45 % pour l’État de Vaud⁸⁸.

Les services de médecine et la chirurgie lourde sont les premiers à être transférés d’Aigle à Monthey à la fin du mois d’août. Le déménagement de la pédiatrie et de la gynécologie obstétrique dans le sens inverse est prévu pour octobre. À Monthey, il faut encore créer le secteur des soins continus, réaménager les urgences et dédoubler l’hôpital de jour. À Aigle, une salle d’accouchement doit être construite⁸⁹. Les aménagements et les transformations nécessaires à la répartition définitive des services entraînent la mise en place de solutions provisoires⁹⁰. Du 1^{er} septembre à la mi-octobre 1999, les cas d’hospitalisation relevant de la médecine et de la chirurgie sont orientés à Monthey, où le service de médecine et les soins intensifs médico-chirurgicaux seront temporairement centralisés. Cependant, les cas d’obstétrique et de gynécologie continuent d’être traités jusqu’à mi-octobre sur les deux sites, incluant ainsi les accouchements. Les « petites » urgences sans hospitalisation sont prises en charge sur les deux sites⁹¹.

La nouvelle répartition des sites entre officiellement en vigueur le 25 octobre 1999. Elle permet de diminuer le nombre total de lits à l’Hôpital de Chablais qui passe de 203 à 173⁹². À Monthey, la centralisation de la chirurgie lourde avec hospitalisation de plus de cinq jours et de l’ensemble des cas de médecine entraîne une augmentation du nombre de lits : de 44 à 50 pour la chirurgie, de 45 à 59 pour la médecine. Les soins intensifs sont dotés de sept lits alors que les 18 lits de gynécologie et d’obstétrique et les 11 lits de pédiatrie sont supprimés. À Aigle, la pédiatrie de Monthey passe

87 « Gestion 1999, travaux », Hôpital du Chablais, Rapport annuel 1999, p. 4.

88 « Note à l’att. De M. le Docteur Georges Dupuis », 20 août 1998, p. 1, carton « Hôpital du Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

89 « PV de la séance n° 3 du groupe stratégique tenue le mardi 11 février 1998 à 19h, annexe, aménagements », classeur « collaboration Vaud-Valais », Hôpital du Chablais, Archives HDC Aigle.

90 « Transferts des services de médecine, soins intensifs et chirurgie lourde d’Aigle à Monthey », Hôpital du Chablais, Comité de direction, 3 août 1999, carton « Hôpital du Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

91 *Ibid.*

92 « Procès-verbal de la réunion Groupe stratégique du 06.07.98, annexe, répartition du nombre de lits dans l’HDC », Hôpital du Chablais, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

I	2	Lever les barrières
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	entre les cantons

de 11 à 18 lits, la gynécologie et l’obstétrique de 18 à 28 et la chirurgie de « courte durée » de 11 à 19. Les 48 lits répartis entre la chirurgie et la médecine sont fermés.

Au terme de la première année d’activités, le bilan que le doyen le Dr Benoît Delaloye tire de la fusion médicale est dans l’ensemble plutôt positif malgré les désagréments inhérents au modèle multisite. Le regroupement en unités de tailles plus importantes sur un seul site permet un renforcement des activités, particulièrement celles relevant du secteur mère-enfant qui selon le doyen est devenu « un des pôles forts de l’Hôpital du Chablais »⁹³. À cet égard, le regroupement des activités médicales sur le site d’Aigle permet d’accroître la palette des soins offerts ainsi que la qualité des prestations. Les urgences pédiatriques sont en effet créées avec la prise en charge des soins confiée à du personnel soignant spécialement formé en pédiatrie⁹⁴.

Le regroupement de la médecine et de la chirurgie permet également de renforcer le secteur des soins intensifs, appelé à devenir l’un des plus importants de l’établissement. Comme le résume le doyen, « sans les soins intensifs et les soins continus, tant la médecine que la chirurgie périclitent. La fusion va continuer à permettre aux soins intensifs d’être reconnus par la Société de médecine intensive et donc par les cantons et les assureurs. L’avenir de l’Hôpital du Chablais se forge là. »⁹⁵

Pourtant, le travail sur les deux sites complique la tâche des médecins, et particulièrement celui des chirurgiens, chargés des urgences de part et d’autre, en plus de leur activité habituelle⁹⁶. Les médecins de l’unité de radiologie et d’anesthésiologie, eux aussi fréquemment mobilisés lors d’interventions d’urgence, rencontrent le même problème. Pour le doyen comme pour l’ensemble des médecins de l’Hôpital, la prochaine étape reste le rassemblement de l’ensemble des activités sur un site unique. Et le Dr Benoît Delaloye de conclure dans le rapport annuel : « Nous devons nous y atteler sans tarder, avec votre indispensable soutien »⁹⁷.

L'hôpital unique

La question de l’hôpital unique apparaît en filigrane durant l’ensemble de la procédure de fusion entre les deux établissements. Déjà abordée lors des premières réunions de la commission paritaire en février 1997, elle est intégrée dans la Convention d’octobre 1997 sans aucune garantie des SSP vaudois et valaisan. La construction d’un nouvel hôpital représente un des objectifs défendus par l’Association

93 « Message de la direction médicale », Hôpital du Chablais, rapport annuel 1999, p. 9.

94 « Unité de pédiatrie d’Aigle, l’enfant au centre », *Hôpinfo* n° 3, 2000, p. 4.

95 « Message de la direction médicale », Hôpital du Chablais, rapport annuel 1999, p. 9.

96 *Ibid.*

97 *Ibid.*, p. 10.

I	2	Lever les barrières
Création des hôpitaux multisites	L'Hôpital du Chablais	entre les cantons

de l’Hôpital du Chablais qui se donne pour tâche selon ses statuts de « maintenir l’existence d’une structure hospitalière performante dans le Chablais, notamment en procédant à toutes démarches en vue de la construction d’un hôpital sur un site unique »⁹⁸.

La répartition des activités est envisagée comme une source de vulnérabilité pour chaque établissement limitant les activités qui y sont menées. Il est donc impensable pour les dirigeants de commencer la répartition sans avoir l’assurance qu’une construction viendra mettre un terme à cette procédure. Ces velléités sont toutefois tempérées par les chefs des SSP des deux cantons, qui jugent, au printemps 1998, le démarrage d’une étude de faisabilité prématuré, alors que la répartition des activités n’a pas été effectuée⁹⁹. Sans le concours des SSP, l’Hôpital du Chablais débute, à l’automne de la même année, une première évaluation de la potentialité des sites d’Aigle et de Monthey en vue de la construction d’un hôpital monosite. Comme nous le verrons plus loin, les acteurs régionaux ne ménageront pas leurs efforts pour offrir une solution à la question de l’hospitalisation dans le Chablais.

98 « Statuts de l’Association de l’Hôpital du Chablais » 1^{er} avril 1998, carton : « Chablais 1997-1998 », Archives SSP Valais.

99 « Procès-verbal de la séance du jeudi 2 avril 1998 de la commission d’application de la convention », Hôpital du Chablais, classeur « collaboration Vaud-Valais », Archives HDC Aigle.

II

Vers l'hôpital unique

(années 2000

à nos jours)

1

Le contexte

socio-sanitaire

suisse à l'aube

du XXI^e siècle

Au vu des expériences des années 1990, les systèmes de santé du nouveau millénaire se caractérisent, dans les pays dits développés tels que la Suisse, par une tendance nette à la réduction du nombre d'hospitalisations et de la durée des séjours. Outre la pression économique, ce phénomène s'explique par les progrès technologiques : ce sont notamment l'existence de médicaments permettant le contrôle et le suivi ambulatoire des patients, les technologies mini- et non-invasives, les technologies diagnostiques rapides. À ces raisons s'ajoutent la volonté croissante des soignants et des patients de surmonter la maladie dans l'environnement le plus familier possible, la prévention des infections nosocomiales, la disponibilité effective d'alternatives à l'hospitalisation (prises en charge ambulatoires en cabinet, services de réadaptation, maintien à domicile, hébergement en EMS).

Si le nombre de lits en Suisse a diminué de 37 % entre 1980 et 2002, passant de 45 267 à 28 532 lits (soit de 7,2 à 3,9 unités par 1 000 habitants), cette offre reste néanmoins parmi les plus élevées : la Suisse se situe loin devant – par ordre décroissant en nombre de lits – l'Australie, le Canada, le Danemark, la Norvège, les États-Unis et la Suède¹. Le constat pour la Suisse est que les finances du pays ont du mal à suivre l'évolution des coûts de la santé : entre 1995 et 2000, le PIB augmente de 11 %, les coûts de la santé publique de 20 %². Aussi, le nouveau millénaire est-il amené à évoluer au milieu des incertitudes générées par une LAMal en perpétuelle révision, réagissant à la hausse constante des coûts de la santé. De nombreux moyens sont envisagés afin d'enrayer cette hausse.

1 « Évolution de l'offre en lits de quelques pays européens de 1980 à 2002 (nombre de lits/1000 habitants) », *Eco-santé OCDE* 2003.

2 « Évolution des indices des coûts de la santé publique et du Produit intérieur brut (PIB), 1995-2000 », *Office fédéral de la statistique*, Neuchâtel.

Dans la perspective de rationalisation des années 1990, les démarches Qualité et autres approches managériales sont à l'ordre du jour dans la plupart des milieux sociaux, administratifs, médicaux et dans diverses entreprises. À noter que les États-Unis, où la pratique médicale est plus concurrentielle qu'en Europe, ont lancé les premiers travaux sur cette approche, qui ont donné lieu à la création de la « Joint Commission for the Accreditation of Hospitals » en 1951 déjà ³. En Suisse, c'est la LAMal de 1996 qui fournit l'occasion de généraliser le label Qualité.

L'Hôpital de Mottex obtient l'accréditation en conformité aux normes de qualité CTR en octobre 1996. L'Hôpital Riviera obtiendra, quant à lui, la certification ISO 9001:2008 en 2009 pour son service des ressources humaines, après avoir obtenu, trois ans plus tôt, un certificat APEQ⁴ pour l'ensemble des activités administratives, soignantes et médicales en CTR, ainsi que pour le service d'admission/réception des quatre sites hospitaliers. Dans le Chablais, la Fondation Miremont reçoit le label CTR par la certification APEQ dès 1998, puis une certification ISO-9001 en 2005, tandis que l'Hôpital du Chablais obtiendra trois certifications successives dix ans plus tard : pour la direction et le management (2008), pour l'administration et la logistique (2009), puis pour les prestations et les soins (2010), cette dernière qualification, plus ambitieuse, visant principalement la qualité et la sécurité de deux services pilotes : les urgences de Monthey et la pédiatrie (hospitalisation) à Aigle. Tous les trois ans, un renouvellement des certifications est effectué⁵.

Parallèlement à la mise en place des accréditations Qualité, le nouveau système de facturation TarMed (pour Tarification Médicale suisse) entre

3 « Qualité et efficience : deux composantes majeures de l'image de notre Hôpital (Pierre-François Leyvraz) », *Rapport d'activité 1996 de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande*, p. 4.
4 Il s'agit du certificat de l'Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité.

5 « Certification qualité », *Entre Nous. Journal interne du personnel des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, n° 3, juillet 2010, p. 5 ; « Certification Miremont HDC », 2 août 2017 (document remis par Pierre Loison).

II	1	Qualité des soins,
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	mesures de contrôle
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	et de rationalisation

en vigueur début 2004, dans le but d'unifier le tarif des prestations ambulatoires en cabinet médical et dans le domaine hospitalier⁶. Ce tarif uniforme, qui n'obtient pas l'approbation générale des praticiens – pour des raisons abordées plus loin –, fait l'objet d'âpres discussions en vue de sa révision. Autre concept qui prend de l'ampleur au sein de la médecine moderne, l'*Evidence-based medicine* (EBM) fait son entrée dans les hôpitaux. La mise en place de ce système de signalement vise à augmenter l'efficacité de la prise en charge des patients, par une application des traitements reconnus comme meilleurs par la littérature spécialisée, un suivi rapproché des indicateurs, ainsi qu'une reconnaissance rapide des traitements inadéquats ou des effets secondaires inattendus. L'objectif est de réfléchir aux moyens appropriés pour améliorer les pratiques⁷.

La période est aussi marquée par la réforme des études pré- et postgraduées (instauration des cursus bachelor et master) qui fait suite aux accords dits de Bologne, signés par la Suisse comme par de nombreux autres pays en 1999. Ces accords visent à assurer la reconnaissance au niveau européen des diplômes acquis au sein des Hautes Écoles, à savoir les universités, les écoles polytechniques et les Hautes écoles spécialisées (HES). Ces dernières incluent notamment des professions paramédicales présentes en milieu hospitalier, telles que les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, les techniques en radiologie médicale. La réforme implique la réorganisation de la formation pratique, laquelle repose désormais entièrement sur le développement de compétences acquises sur les « terrains de stage ». Un nouvel encadrement des étudiants est mis en place, notamment par le suivi des nouveaux « praticiens formateurs », tandis que ne cessent d'augmenter les exigences au niveau de la recherche⁸.

6 « TARMED », Office fédéral des assurances, 20 juin 2014, (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06494/index.html?lang=fr>).

7 Kaba Mariama, *Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (XVIII^e – XXI^e siècle)* (Lausanne 2018), pp. 236-237.

8 *Ibid.*, pp. 232-234.

II	1	Le virage
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	ambulatoire :
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	les effets
		DRG et TarMed

Le système de santé, tel que conçu depuis près de trois décennies, mène à un « virage ambulatoire » qui devient un enjeu majeur dans de nombreux pays. Certes, les pratiques diffèrent entre pays : en 1997, les USA, le Canada, le Danemark et la Nouvelle-Zélande avaient un taux moyen d'interventions en ambulatoire (calculées sur 18 opérations « traceuses ») de plus de 70 %, avec un maximum pour les États-Unis de 94 %. Alors que l'Espagne, l'Italie et la France atteignaient un taux moyen de moins de 40 %, le Portugal détenait le taux le plus bas avec 9 %. En Suisse, en 2013, les prestations ambulatoires en milieu hospitalier allaient représenter 43 % des dépenses de l'assurance obligatoire des soins pour les hôpitaux, contre 57 % pour les prestations stationnaires (hospitalisations). Mais la tendance est amenée à s'inverser, l'activité ambulatoire se développant plus rapidement que l'activité stationnaire, ceci dans un but clairement défini par les pouvoirs publics : « le développement de l'ambulatoire hospitalier est en général perçu comme positif, car réputé moins cher, tout en apportant un supplément de qualité et de confort aux patients », résume une étude de l'Observatoire suisse de la santé parue en 2015⁹.

Cependant, les mesures mises en place pour atteindre l'objectif du virage ambulatoire sont vécues comme contraignantes par les milieux médicaux concernés. Si l'efficacité des innovations médico-techniques permet une forte hausse des prises en charge ambulatoires et un raccourcissement des durées de séjour, ce phénomène est surtout induit par de nouvelles mesures d'économies. Ainsi, en 2002, le Canton de Vaud devient une des premières régions européennes à inaugurer le système de rémunération des séjours hospitaliers basé sur les prestations (financement par cas), et non plus sur une enveloppe budgétaire globale comme autrefois (facturation à la journée). La responsabilité financière de la prise en charge incombe désormais principalement aux hôpitaux et aux médecins, ces derniers étant incités, par les mécanismes de financement, à raccourcir la durée des hospitalisations. Ce mode de facturation

9 Roth Sacha, Pellegrini Sonia, *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ?*, Observatoire suisse de la santé –

OBSAN, Rapport 68, 2015, pp. 3 et 11-12 (http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_68_rapport.pdf).

II	1	Le virage ambulatoire:
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	les effets DRG et TarMed
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	

dit en AP-DRG (pour *All Patient-Diagnosis Related Groups*, ou en France « groupes homogènes de malades ») se calque sur un modèle de financement américain, dont le principe sera repris en 2012 à l’art. 49 de la LAMal, selon le modèle DRG adapté par l’Allemagne: tous les hôpitaux suisses seront alors soumis à ce système des forfaits par cas¹⁰, favorisant la diminution des durées des séjours hospitaliers.

Parallèlement, les prestations ambulatoires, qui vont en augmentant, se voient imposer un modèle de tarif unifié au niveau suisse, le TarMed, qui met les hôpitaux dans une situation délicate. Ce tarif est composé d’une part médicale, qui revient au médecin ayant effectué l’acte, et d’une part technique, qui revient à l’hôpital. Or, si le même acte est réalisé en cabinet, le médecin bénéficie des deux parts. Une difficulté supplémentaire s’ajoute, puisque le TarMed prévoit aussi de revoir à la baisse le barème de plusieurs prestations. Or, certains médecins agréés sont particulièrement touchés par ces deux effets. D’où un glissement d’une partie de l’activité de l’hôpital vers les cabinets en ville avec, pour conséquences, d’une part, des difficultés dans la prise en charge des patients hospitalisés et, d’autre part, une perte substantielle de recettes pouvant compromettre à terme l’équilibre financier des hôpitaux. En 2004, le rapport annuel de l’Hôpital Riviera note qu’« aucune solution satisfaisante n’a été trouvée » en ce qui concerne le TarMed. Aussi, les établissements de la FHV demandent-ils que des mesures soient prises rapidement « au risque d’être confrontés à un réel problème de santé publique. »¹¹

Dans ce contexte de profondes réformes organisationnelles et économiques exigées par la LAMal et les gouvernements, les multisites de la Riviera et du Chablais vivent l’entrée dans le nouveau millénaire avec de nombreuses contraintes.

10 Site internet « Swissdrg », www.swissdrg.org/fr/; Site internet « Groupes diagnostics (DRG) », www.apdrgsuisse.ch/public/fr/0706schenker_drg_f.pdf; Kaba Mariama, *Une histoire de l’orthopédie. L’Hôpital orthopédique de la Suisse romande*

dans le contexte international (XVIII^e – XXI^e siècle) (Lausanne 2018), pp. 235-236.

11 « Message du président et du directeur général de l’Hôpital Riviera (Daniel Schmutz et Jean-François Brunet) », *Hôpital Riviera, RA 2004*, Archives HR Mottex.

II	1	L’Hôpital Riviera:
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	situation tendue
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	et adaptations

À l’aube des années 2000, dans le Canton de Vaud, l’Hôpital Riviera doit procéder à une phase de restructuration majeure des activités médicales nouvellement réparties: depuis le printemps 1999, l’ensemble de la chirurgie adulte (à l’exception de l’ORL) est concentré à Montreux, tandis que la médecine interne s’est déplacée sur le site du Samaritain à Vevey, où elle complète le département mère-enfant. Le rapport d’activité relève que « dans la configuration actuelle de nos bâtiments, il sera difficile d’aller plus loin dans la répartition des activités »¹².

Les économies visant à diminuer les charges d’exploitation portent sur tous les secteurs: la fusion par le multisite permet par exemple une coordination des techniques de nettoyage sur les trois sites de la Riviera (Montreux, Vevey Samaritain, Blonay Mottex); un regroupement de l’approvisionnement du matériel favorise des conditions d’achat plus attractives auprès des nombreux fournisseurs; ou encore, une planification commune des menus sur les sites de Montreux et du Samaritain amène une diminution des dépenses du compte alimentation de plus de 13 %. À l’été 1999, les services du personnel des trois sites sont regroupés à Montreux.

Rationalisation et centralisation sont les mots d’ordre d’une gestion qui garde le cap coûte que coûte. Il n’en reste pas moins que les hôpitaux font face à une augmentation du nombre de patients et de la durée des séjours hospitaliers (7,4 jours en 2000 contre 6,9 en 1999), avec une augmentation de l’hospitalisation d’un jour de +15,1 %. Les raisons de cette évolution sont dues principalement à la hausse des cas plus âgés et à la prise en charge plus lourde et plus complexe des patients¹³. Il est aussi nécessaire de maintenir un personnel hautement qualifié pour répondre en tout temps à la demande, qui consiste notamment à prodiguer des soins tout au long de l’année, 24 heures sur 24. Dans ce même but, le renforcement des secours d’urgence a aussi été l’une des priorités des NOPS et un facteur important d’acceptation

12 « 2^e rapport exercice 1999 », *Hôpital Riviera, RA 1999*, Archives HR Mottex.

13 « Exercice 2000 », *Hôpital Riviera, RA 2000*, Archives HR Mottex.



Hôpital actuel de Montreux (face sud).

Hôpital actuel du Samaritain à Vevey (face sud).

II	1	L'Hôpital Riviera : situation
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	tendue et adaptations
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	

des différents regroupements hospitaliers par la population vaudoise, comme l'explique l'ancien chef du SSP Vaud Marc-Étienne Diserens: « La nouvelle planification a été rendue possible par la restructuration préalable du dispositif cantonal des urgences pré-hospitalières, qui donnait ainsi à la population les garanties que la recomposition du paysage hospitalier ne mettait pas en péril la prise en charge des urgences vitales. »¹⁴

Or, l'ensemble des mesures prises s'effectue au prix d'efforts importants des collaborateurs du secteur hospitalier, lequel perd de son attractivité. L'Hôpital Riviera accuse un manque de personnel et des difficultés de recrutement en raison des conditions de travail, notamment dans le domaine des unités de soins et des services médico-techniques. L'année 1999 se caractérise par un recours fréquent à des agences de travail temporaire pour pallier le manque de main d'œuvre. Le rapport d'activité de l'hôpital relève que « cette pénurie de personnel a été ressentie dans l'ensemble des établissements hospitaliers du Canton. Elle a amplifié le phénomène de « pénibilité » ressenti par les collaborateurs de nos institutions, suite aux différentes coupes budgétaires qui nous ont été imposées ces dernières années et aux adaptations des effectifs qui en ont découlé. »¹⁵

Le corps médical dénonce cette situation, qui pourrait avoir un impact direct sur la qualité des soins. Nouveau doyen du collège des médecins de l'Hôpital Riviera en 2000, le Dr Jean-Joseph Boillat prévient dans le rapport annuel de cette même année: « Il est [...] nécessaire de se rendre compte qu'on ne peut guère demander plus d'effort tant au personnel infirmier qu'aux médecins-assistants. Il me semble donc que toute restriction financière supplémentaire, bien que programmée par l'État [...] ne pourra se faire qu'au détriment de la qualité globale ou de certains services. »¹⁶

Le fonctionnement même du multisite est pointé du doigt par le doyen, pour qui il « présente plus d'inconvénients que d'avantages », du fait de l'éclatement géographique des services et départements (soins intensifs, anesthésiologie, bloc opératoire, service d'urgence et policlinique). Cette situation est jugée par le médecin « pénible, peu fonctionnelle et coûteuse »¹⁷.

L'année suivante, l'Hôpital Riviera traverse une crise. Dans un document datant du début de l'été 2001, la direction doit se résoudre à émettre des propositions de mesures d'économies, en vue de l'assainissement de la situation financière de l'institution¹⁸. Des alternatives sont proposées pour chaque site, telles que fermetures de lits, de blocs opératoires, de services, etc. Dans ce même but, la collaboration entre l'Hôpital Riviera et l'Hôpital de la Providence à Vevey prend un nouveau tournant.

14	Commentaire de Marc-Étienne Diserens, 5 septembre 2017.	Riviera, RA 2000, Archives HR Mottex.
15	« 2 ^e rapport exercice 1999 », <i>Hôpital Riviera</i> , RA 1999, Archives HR Mottex.	18 « Proposition de la Direction pour l'assainissement de la situation financière de l'Hôpital Riviera », 5 juin. 2001, 6 pages, classeur « Hôpital Riviera : Conseil de Fondation 1999 », Archives HR Mottex.
16	<i>Ibid.</i>	
17	« 3 ^e rapport exercice 2000 : Rapport du doyen du collège des médecins (Dr Jean-Joseph Boillat) », <i>Hôpital</i>	



Hôpital actuel de la Providence à Vevey
(face sud).

Hôpital de Mottex à Blonay
(face ouest).

II	1	L'Hôpital Riviera : situation
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	tendue et adaptations
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	

La fusion avec la Providence

Comme nous l'avons vu plus haut, la Convention de collaboration, signée le 9 octobre 1998 entre l'Hôpital Riviera et l'Hôpital de la Providence à Vevey, a posé les bases d'une utilisation rationnelle des services, mais elle n'empêche pas leur dédoublement. En effet, les deux hôpitaux disposent de services identiques, à l'exception de l'oncologie circonscrite à la Providence, et de l'urologie et des soins intensifs concentrés à l'Hôpital Riviera.

Dans le but de réfléchir au renforcement de la collaboration entre les établissements, les Conseils de fondation des deux institutions créent un comité conjoint, constitué de deux délégations de trois membres : Daniel Schmutz, Pierre Rochat et Denis Sulliger pour la Riviera, ainsi que Claude Modoux, Bernard Daniel et Dionis Maret pour la Providence. Ce comité, entériné par un protocole d'accord signé en septembre 2001¹⁹, nomme un groupe de travail de quatre délégués pour chaque établissement, chargé d'étudier prioritairement le renforcement de la collaboration médicale, administrative et financière. Le groupe devra en outre analyser les possibilités de répartition des activités médicales entre les deux institutions²⁰.

Le groupe de travail envisage dans un premier temps la concentration de toute l'activité médicale sur deux sites, assortie de la fermeture définitive du troisième, mais aucun des sites n'est en mesure d'absorber une telle activité sans la réalisation de travaux jugés trop coûteux. Le groupe de travail préconise finalement la concentration de l'ensemble du secteur mère-enfant et des urgences sur le site du Samaritain. Pour la Providence, cela signifie la fermeture de la maternité et du service d'urgences, avec toutefois le maintien de l'orthopédie et d'un service de médecine centré sur l'oncologie et la gériatrie. L'activité chirurgicale de l'Hôpital de Montreux reste quant à elle pratiquement inchangée. Pour le groupe de travail, cette option offre l'avantage de maintenir la concurrence dans quelques disciplines, de préserver la concentration de l'activité chirurgicale et de pouvoir être rapidement mise en place. Elle est approuvée par les Conseils de fondation de la Riviera et de la Providence, puis soumise en juin 2002 au SSP du canton de Vaud pour approbation.

Le SSP pose certaines conditions à la mise en place de cette répartition, qu'il juge néanmoins acceptable. Par crainte de voir les deux fondations faire machine arrière, il leur demande d'entériner leur collaboration par un accord fort, dont la forme serait à définir selon leurs soins. Le SSP souhaite également que les deux hôpitaux unifient les conditions d'engagement des médecins et mettent en place une structure juridique unique. Pour le SSP Vaud, l'effort de rationalisation des missions et de spécialisation des activités consenti par chaque hôpital doit également être plus poussé. Cela passe notamment

19

« Protocole d'accord entre la Fondation de l'Hôpital Riviera, d'une part, et la Fondation de l'Hôpital de la Providence, d'autre part », 5 septembre 2001, 2 pages, classeur « Hôpital Riviera : Conseil de Fondation 1999 », Archives HR Mottex.

20

« Providence-Hôpital Riviera, Rapport du groupe de travail », 31 janvier 2002, p. 3, classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.

II	1	L'Hôpital Riviera : situation
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	tendue et adaptations
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	

par le regroupement de la gynécologie et de l'obstétrique sur un seul site, et par une réduction plus importante des charges d'exploitation et des investissements, limités au strict minimum.

En tenant compte des conditions imposées par le SSP, le groupe de travail reprend ses activités en janvier 2003. Il se charge cette fois-ci de revoir l'organisation médicale des quatre sites (en incluant le site de Mottex), d'en étudier les impacts fonctionnels et financiers sur le plan de l'exploitation et des investissements, et de présenter un modèle d'organisation administrative applicable au 1^{er} janvier 2004. En avril 2003, il divulgue la répartition prévue: dix des onze disciplines seront désormais centralisées pour former « des centres d'excellence favorisant la qualité de soins »²¹.

Contrairement à la première proposition de 2002, l'ensemble de l'infrastructure des urgences, à savoir le bloc opératoire, l'anesthésiologie, la radiologie et le laboratoire, est regroupé au Samaritain. Le secteur mère-enfant y est rassemblé et comprend cette fois-ci la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie, tout comme la chirurgie pédiatrique. L'ophtalmologie étant transférée à l'Hôpital de Montreux, les nouvelles activités de la Providence se concentrent dès lors sur la médecine de suite de traitements, l'orthopédie et la chirurgie plastique et reconstructive. Les investissements nécessaires sont estimés à 3,5 millions de francs à répartir entre la Providence et le Samaritain, où l'aménagement de la permanence et de la maternité nécessitent les travaux les plus importants.

Pour les concepteurs du projet, ce dernier donne une vision cohérente de l'offre hospitalière dans la région. Il permet en effet une meilleure gestion des gardes, une garantie supplémentaire de la sécurité des patients et la création de centres d'excellence. Le corps médical et les directions des deux hôpitaux soutiennent ce projet de collaboration, qu'ils souhaitent voir aboutir à la fusion complète au 1^{er} janvier 2004²².

En juin 2003, une délégation des hôpitaux rencontre le conseiller d'État Charles-Louis Rochat, argumentaire en main. Il s'agit de prouver que la fusion avec la Providence constitue la solution la plus avantageuse pour le Canton. Si cette procédure nécessite une augmentation supplémentaire de l'enveloppe budgétaire globale de 1,6 million, la fermeture de la Providence conduirait à « une situation délicate à gérer sur le plan de la couverture des soins à offrir à la population du district de Vevey »²³.

D'après les délégués des hôpitaux, en cas de fermeture de la Providence, ce sont en effet les 16 000 journées-malades assumées annuellement par l'établissement qui devraient être réparties entre le CHUV et l'Hôpital Riviera

21 Hôpitaux de la Riviera, [sans titre] document retraçant les étapes menant à la fusion de l'Hôpital Riviera et de la Providence, [sans numérotation de page] p. 21, classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.

22 « Collaboration Hôpitaux Riviera-Providence, séance SantéSuisse-SSP », 25 août 2003, p. 1, classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.
23 Projet Providence/Riviera, argumentaire pour sa réalisation, p. 5, classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.

II	1	L'Hôpital Riviera : situation
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	tendue et adaptations
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	

où le taux d'activité est trop élevé pour absorber plus d'un tiers de ces journées. Il faudrait en outre envisager à la hâte des travaux d'agrandissement et de transformation sur le site de la Riviera avec une participation financière de l'État évaluée à 6,4 millions en tenant compte du nombre de journées supplémentaires d'une valeur de 400 francs qu'il devrait assumer. Avec environ 2 000 interventions menées sous anesthésie, l'activité opératoire de la Providence à répartir en cas de fermeture représenterait également une source de difficultés pour l'État. Selon la délégation des hôpitaux, elle poserait un problème de répartition qui toucherait l'ensemble des blocs opératoires du Canton.

Dans le cas où la Providence poursuivrait son activité de manière indépendante, le canton n'y trouverait aucun avantage non plus. En effet, si la Providence retrouvait un équilibre financier en réorientant son activité uniquement sur les prestations les plus rentables, le problème du maintien des investissements doubles ou triples dans la région ne serait toujours pas réglé. Le canton devrait en outre assurer la prise en charge des 450 accouchements que la fermeture de la maternité impliquerait. Pour l'Hôpital Riviera, cela nécessiterait des travaux et entraînerait en outre une hausse des frais d'exploitation.

Sur la base de ce projet, les deux Conseils de fondation envisagent la fusion comme une solution politique durable. Selon eux, elle permettra non seulement de générer des économies, tant sur le plan de l'exploitation que des investissements, mais également d'améliorer de manière convaincante l'offre et l'organisation hospitalière²⁴.

Ainsi, à l'été 2003, l'Hôpital Riviera et l'Hôpital de la Providence renoncent à leur existence juridique propre pour devenir « la Fondation des Hôpitaux de la Riviera » (désignée ci-après, comme précédemment, Hôpital Riviera) avec une gestion unique de l'ensemble des biens²⁵. Pour que la fusion soit acceptée, le changement de mission de l'Hôpital Riviera, incluant la nouvelle répartition des activités médicales avec la Providence, doit obtenir l'approbation du Conseil d'État. Ce sera chose faite lors de la séance du 19 novembre 2003. Le 20 novembre, l'Hôpital de la Providence s'engagera auprès du chef de Département de la santé à remplir les conditions de reconnaissance des Établissements privés d'intérêt public membres de la Convention vaudoise d'hospitalisation. L'hôpital veveysan est dès lors prêt à accepter les missions liées à l'organisation cantonale hospitalière²⁶.

24 *Ibid.*
25 « Hôpitaux de la Riviera, rapport, création d'une nouvelle entité juridique destinée à fonder l'exploitation des établissements hospitaliers actuellement gérés par la fondation de l'Hôpital Riviera, la fondation Hôpital de la Providence », 2 juillet 2002, p. 7, classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.
26 « Résolution de L'hôpital Riviera et de l'Hôpital de la Providence », 26 mars 2003, p. 1, Classeur « fusion Providence-Riviera », Archives HR Mottex.

II	1	L'Hôpital
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	du Chablais :
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	les difficultés
		du multisite

Du côté du Chablais, où les hôpitaux d'Aigle (Vaud) et de Monthey (Valais) ont fusionné en 1998 pour former l'Association de l'Hôpital du Chablais (ci-après Hôpital du Chablais), les finances de l'année 2000, qui marquent le premier exercice complet depuis la répartition des missions sur les deux sites, ne sont pas au meilleur niveau. Malgré l'augmentation du nombre de patients, l'Hôpital du Chablais boucle son compte d'exploitation, comprenant 55,8 millions de dépenses, avec une perte de quelques 515 000 francs. Sont en cause l'engagement de personnel médico-technique et infirmier supplémentaire, le manque à gagner découlant du transfert des patients âgés de Monthey (gériatrie) dans la Clinique Saint-Amé à Saint-Maurice, le coût croissant de traitements toujours plus performants – dont on attend des économies par un retour plus rapide à la santé des patients –, ou encore certains coûts découlant de l'activité répartie sur deux sites²⁷.

En 2001, la très forte activité enregistrée par l'institution contraint à ralentir le déroulement des travaux prévus pour la répartition des activités médicales sur les deux sites. Et alors que l'expérience de plus de deux ans d'exploitation démontre la nécessité d'offrir de nouveaux cabinets médicaux sur le site d'Aigle, leur ouverture ainsi que le réaménagement de chambres sur le site de Monthey épuisent le crédit alloué par les deux Cantons. De nouveaux crédits sont demandés pour permettre l'élargissement des activités psychiatriques ambulatoires de la Fondation de Nant à Aigle, avec le soutien de la Fondation Manzini²⁸, tandis que le SSP Vaud doit financer les nouveaux locaux pour les ambulances, qui assurent le service du district d'Aigle²⁹.

Après deux ans de fonctionnement de l'Hôpital du Chablais sur les deux sites d'Aigle et de Monthey, la Direction médicale et la Direction des soins relèvent que « si la conception de l'Hôpital multisite du Chablais



Hôpital d'Aigle (face sud).

Hôpital de Monthey (face sud).

27 « Le nombre de patients augmente... mais le financement ne suit pas », communiqué de presse de l'Hôpital du Chablais, Aigle et Monthey, 13 juin 2001, p. 1, classeur « Hôpital du Chablais.

Dossier SSP: Projet création hôpital unique. Démarches et résultats », Archives SSP Valais; Feuz, Corinne, « Hôpital unique: quatre sites retenus », 24 Heures, 14 juin 2001 (en ligne).

II	1	L'Hôpital du Chablais :
Vers l'hôpital unique	Le contexte socio-sanitaire	les difficultés du multisite
(années 2000 à nos jours)	suisse à l'aube du XXI ^e siècle	

est juste, le multisite n'est pas ce que l'on peut souhaiter pour notre hôpital ». Ce fonctionnement est considéré comme « bien trop épuisant humainement » pour les soignants qui doivent se déplacer sur deux lieux, en particulier les chirurgiens et les anesthésistes. En outre, le multisite est jugé trop coûteux, notamment en raison des doublons liés aux deux établissements au niveau du bloc opératoire, de la radiologie et des urgences³⁰. C'est pourquoi des alternatives au multisite sont envisagées depuis quelque temps au sein du Comité de direction de l'Hôpital du Chablais. La perspective d'un hôpital monosite se dessine en effet du côté du Chablais, comme c'est également le cas du côté de la Riviera et des autorités politiques – sans pour autant que les points de vue se rejoignent.

2

Du multisite

au monosite :

des points de vue

divergents

sur l'hôpital

28 La Fondation de Nant, issue d'une initiative privée en 1943, est au service des personnes souffrant de maladies psychiatriques dans la région de la Riviera vaudoise. Reconnue d'intérêt public dès 1961, elle assume une mission de santé publique à la demande de l'État de Vaud, en tant que secteur psychiatrique de l'Est vaudois. (« La Fondation de Nant », *Hôpinfo*, n° 12, novembre 2009, pp. 16-18, ici p. 16). La Fondation Manzini est créée en 1983 par le legs d'André Manzini, avec pour but unique le soutien de l'Hôpital d'Aigle. Cette fondation vient ensuite en aide

à l'Hôpital du Chablais en finançant des équipements ou d'autres charges que le budget de l'hôpital ne permet pas d'assumer. Lors de la fusion, la Fondation reprend les immeubles « hors-exploitation ». (« Fondation Manzini », *Hôpital du Chablais, RA 2000*, p. 4, Archives HDC Aigle).

29 « Gestion (Antoine Lattion, Pierre Loison) », *Hôpital du Chablais, RA 2001*, pp. 6-7, Archives HDC Aigle.

30 « Message de la Direction médicale et de la Direction des soins (Benoît Delaloye et Philippe Rouge) », *Hôpital du Chablais, RA 2001*, p. 11, Archives HDC Aigle.

II
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)

2
Du multisite au monosite : des points de vue divergents sur l'hôpital

L'étude

Ernst & Young,

mandat

des politiques :

la stratégie du

monosite unique

À l'automne 1998, confrontés aux réalités budgétaires de leur canton respectif et à l'évolution des pratiques médicales, les Services de la santé publique vaudois et valaisan décident de mandater la société de consultants ATAG Ernst & Young (ci-après Ernst & Young). Sur les conseils des chefs des SSP Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, les Départements de la santé vaudois et valaisan, dirigés respectivement par le conseiller d'État libéral Charles-Louis Rochat et le conseiller d'État socialiste Peter Bodenmann, demandent au cabinet Ernst & Young d'étudier diverses propositions d'organisation des hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Le mandat part d'une question posée par les deux Départements: « Vaut-il la peine de maintenir les hôpitaux multisites actuels; est-il préférable de réaliser soit deux hôpitaux monosites de 150-160 lits chacun; ou de regrouper ces établissements en réalisant un hôpital unique d'une taille que l'on peut situer dans une fourchette de 250 à 350 lits en fonction des hypothèses retenues. »¹

Olivier Girardin, économiste de formation, ancien membre de la direction du Groupe Hirslanden et directeur de la Clinique Cecil à Lausanne, est alors responsable du projet d'étude Ernst & Young. Il souligne que, dans une optique d'hôpitaux spécialisés concentrant des ressources phares et fonctionnant davantage en réseau, couplée à la montée de la médecine ambulatoire, « un quota de 250-300 lits paraissait être à l'époque la bonne taille pour une population de l'ordre de 150-200 000 habitants. C'est un peu dans cette ligne que la société Ernst & Young a été mandatée pour réaliser l'étude particulière menant à l'HRC. »²

1 Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Rapport final – octobre 2000*, p. 7; « Un seul hôpital de soins aigus pour la région Riviera-Chablais? Les cantons de Vaud et du Valais consultent leurs partenaires avant d'ouvrir

la discussion », communiqué de presse de l'État du Valais et de l'État de Vaud, 10 octobre 2000, Archives SSP Valais.
2 Entretien avec Olivier Girardin, 12 décembre 2016.

II
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)

2
Du multisite au monosite : des points de vue divergents sur l'hôpital

L'étude Ernst & Young,
mandat des politiques :
la stratégie du monosite unique

L'étude du cabinet de conseil d'Olivier Girardin a alors pour mission d'examiner le réseau hospitalier du Chablais et de la Riviera, d'évaluer les futurs besoins en lits, et d'analyser les avantages et inconvénients des trois scénarii d'organisation proposés par les Départements de la santé vaudois et valaisan. En outre, l'analyse doit tenir compte des principes d'organisation appliqués dans la planification hospitalière des deux Cantons et évaluer la faisabilité de chaque scénario sur cinq points: médical, économique, infrastructures, accessibilité (géographie) et politique³. Pour ce travail de recherche, Olivier Girardin peut compter sur une équipe composée d'économistes de la santé et du soutien du professeur des HUG Jean-Michel Gaspoz, ainsi que d'un membre fondateur du réseau Delta à Genève, le Dr Philippe Schaller. Le groupe de consultants bénéficie aussi de nombreux échanges avec les responsables des SSP, ainsi qu'avec les Directions et Conseils des hôpitaux concernés. Différents projets à l'étranger sont aussi examinés⁴.

L'analyse des trois variantes proposées par la question des Départements de la santé donne les résultats suivants:

1. Le statu quo, amélioré par une rationalisation accrue de la répartition des missions entre les sites actuels, est une solution estimée valable pour une dizaine d'années, mais nécessitant des investissements de maintenance qui n'offriraient ni améliorations opérationnelles ni économies d'exploitation notables;
2. La création de deux nouveaux hôpitaux monosites pour les soins aigus, un dans le Chablais et un sur la Riviera, permettrait une économie d'exploitation estimée à 8 millions de francs, mais rendrait peu défendable l'investissement de 180 à 200 millions envisagé pour l'évolution vers « l'hôpital du futur »;
3. La réalisation d'un seul hôpital de soins aigus, couvrant les besoins de la population d'une grande région réunissant la Riviera et le Chablais vaudois et valaisan, permettrait des économies annuelles d'exploitation estimées à près de 14 millions de francs (soit 15 % d'économies), liées à la fermeture des multisites et au transfert de l'activité sur un site unique – ces économies permettant de couvrir, en 25 ans, le coût de construction, évalué à près de 150 millions. La fermeture de lits et la compression du personnel participeraient à cette stratégie du monosite unique.

En se basant sur les chiffres du SCRIS (Service cantonal de recherche et d'information statistiques) et ceux de l'administration du Valais, l'étude Ernst & Young estime alors que le bassin de captation du futur hôpital –

3 Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Présentation du rapport final, Chillon, 10 oct. 2000*; « Un seul hôpital de soins aigus pour la région Riviera-Chablais? Les cantons de Vaud et du Valais

consultent leurs partenaires avant d'ouvrir la discussion », communiqué de presse de l'État du Valais et de l'État de Vaud, 10 octobre 2000, Archives SSP Valais.
4 Entretien avec Olivier Girardin, 12 décembre 2016.

II	2	L'étude Ernst & Young,
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	mandat des politiques :
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	la stratégie du monosite unique
	sur l'hôpital	

qui intègre les districts d'Aigle, de Monthey et la moitié de Saint-Maurice pour le Chablais, ainsi que le district de Vevey pour la Riviera – passerait de 136 385 à 139 571 habitants pour la période de 1997 à 2020⁵ – par comparaison, dans le même laps de temps, le bassin de captation de la région lausannoise diminuerait quelque peu, passant de 186 098 à 180 865 habitants. Or, en tenant compte de la tendance à une durée plus courte des hospitalisations et à l'augmentation de l'activité ambulatoire qui viendrait contrebalancer l'évolution démographique et sociale du bassin de population concerné, l'étude estime que les quelque 15 000 personnes que totalisent le Chablais et la Riviera sont nécessaires et suffisantes pour disposer d'un hôpital de 300 lits. Car les taux d'occupation des 410 lits pour soins aigus offerts dans les Hôpitaux de la Riviera et du Chablais sont alors estimés comme étant assez faibles pour que les politiques envisagent de fermer entre 50 et 90 lits à court terme, ce qui répond d'ailleurs aux attentes des nouvelles planifications hospitalières, qui prennent en compte environ deux lits pour 1 000 habitants. L'hôpital unique aurait aussi une incidence sur le personnel, avec une réduction du nombre d'emplois passant de 790 à 670 postes.

La réunion des compétences en un seul site, la diminution des charges financières, une rapidité d'action accrue et une meilleure réponse aux problèmes liés à la spécialisation des maladies chroniques et des polypathologies en augmentation comptent parmi les autres avantages du choix du monosite unique proposé par l'étude. Au final, l'étude estime que le regroupement des activités des quatre hôpitaux sur un seul site permettrait de réaliser 14 millions de francs d'économies⁶.

5 Cette estimation est largement sous-estimée, le nombre d'habitants de la Riviera et du Chablais s'élevant déjà, au 31 décembre 2017, à 185 432.

6 Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Rapport final – octobre 2000*, pp. 17 et 19; Rapaz Jean-Marc, « Aigle,

berceau d'un petit CHUV ? », *24 Heures*, 11 octobre 2000, p. 17; Berreau Gilles, « L'hôpital construit à Rennaz ? », *Le Nouvelliste*, 25 juillet 2002, p. 12; « HRC à Rennaz. Le choix du terrain. Rappel des atouts », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 6; « Après l'avenir... un clin d'œil sur le passé », *Ibid.*, p. 32.

II	2	Les positions
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	du Chablais
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	et la Riviera :
	sur l'hôpital	chacun
		son monosite

À l'automne 1998, alors que l'étude Ernst & Young vient d'être envisagée mais n'a pas encore débuté, les responsables des hôpitaux de la Riviera et du Chablais ont vent des nouvelles considérations sur l'avenir hospitalier de leur région. Après tant d'efforts consentis pour assurer la fusion de leurs hôpitaux respectifs, apprendre que le maintien d'un hôpital dans leur région pourrait être menacé est une perspective difficile à accepter. Les responsables décident d'anticiper les événements et prennent des initiatives.

Réactions et premières initiatives côté Chablais	Ainsi, à l'Hôpital du Chablais, où les responsables ont déjà commencé à chercher des sites pour leur hôpital unique – objectif découlant de la Convention pour l'Hôpital du Chablais et la libre circulation des patients d'octobre 1997 –, les réactions sont précoces et des plus vives. Lors d'une séance du 27 octobre 1998, la Commission d'application de la Convention pour l'Hôpital du Chablais réagit en présentant « quelques réflexions préalables à la réalisation d'une étude stratégique <grosses mailles> faite au sujet d'un hôpital sur site unique pour le Chablais, d'un éventuel hôpital sur site unique pour le Chablais et la Riviera, ou l'abandon pur et simple de toutes structures hospitalières entre Sion et Lausanne. » Parmi ces scénarii envisagés, la perspective d'une fusion avec la Riviera entraîne une ferme opposition : « Les habitants de cette région ne peuvent et ne doivent pas être abusés. Il est important que les élus de la région ne perdent pas leur crédibilité, mais que ce dossier soit fermement repris en main. Les différentes parties à la convention et à la fusion [pour un hôpital unique dans le Chablais] ont, sur ce point, le sentiment d'être flouées. » ⁷
--	--

La Commission souhaite aussi inviter les conseillers d'État Peter Bodenmann et Charles-Louis Rochat sur le site du Chablais, pour les entretenir sur ce sujet. Cette réunion n'aura finalement pas lieu⁸, mais les desiderata exprimés

II	2	Les positions
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	du Chablais et la Riviera :
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	chacun son monosite
	sur l'hôpital	

témoignent de l’effervescence suscitée par les nouvelles perspectives hospitalières envisagées pour la Riviera et le Chablais.

Aussi, les initiatives lancées dans le Chablais sur le passage du multisite au monosite se poursuivent-elles. En décembre 1999, le Comité de direction de l’Hôpital du Chablais mandate la société Itten + Brechbühl SA de Berne pour étudier quatre options⁹:

1. Le maintien de l’hôpital multisite à Aigle et à Monthey ;
2. Le regroupement sur Aigle et la fermeture de Monthey ;
3. Le regroupement sur Monthey et la fermeture d’Aigle ;
4. La construction d’un nouvel hôpital monosite sur site neuf et la fermeture d’Aigle et de Monthey.

Une analyse « multicritère » doit prendre en compte différents paramètres (situation et évolution démographiques, transports publics, évaluation économique, prestations médicales, réalités politiques). Elle doit en particulier pointer et comparer les potentialités architecturales des sites d’Aigle et de Monthey (potentiel d’agrandissement et de mise aux normes des sites actuels). En juin 2000, l’étude conclut en faveur d’un regroupement sur Aigle, en précisant que l’autre option consistant dans la construction d’un nouvel hôpital serait techniquement supérieure, mais trop coûteuse¹⁰.

Or c’est bien cette dernière option que le Comité de direction de l’Hôpital du Chablais décide de suivre en organisant, en juillet 2000, une journée de réflexion sur la détermination d’un « site idéal », prenant en compte les paramètres définis par la société Itten + Brechbühl SA. Ainsi, les participants à cette journée optent pour un site unique situé dans un quadrilatère entre Evionnaz, Aigle, Bex et Monthey, « proposition qui semble assurer le plus haut taux de satisfaction, tant de la population du Chablais que des collaborateurs de l’HDC »¹¹.

Le mois suivant, la Direction générale de l’Hôpital du Chablais propose une rencontre aux communes chablaisiennes afin de discuter des options de terrains potentiels, justifiant ainsi sa démarche dans sa lettre d’invitation : « Confrontés d’une part aux planifications sanitaires vaudoises et valaisannes qui pourraient, à terme, modifier le périmètre de recrutement du futur

7 PV de la séance du 27 octobre 1998 de la Commission d’application de la convention Monthey-Aigle de l’Hôpital du Chablais, transmis par Georges Dupuis.
8 Entretien avec Georges Dupuis, 12 décembre 2016 ; Informations de Marc-Étienne Diserens, 5 septembre 2017.
9 Itten + Brechbühl AG, Berne, *Évaluation des potentiels des sites de l’Hôpital du Chablais. Examen des sites spécifiques d’Aigle et de Monthey*, juin 2000, Archives SSP Vaud.

10 *Ibid.* ; *Message/EMPD autorisant les Cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention intercantonale sur l’HRC...*, [décembre 2008] : « Le projet : Historique des études et décisions », p. 4.
11 Hôpital du Chablais, Comité de direction, note ayant pour objet : « Journée de réflexion du 20 juillet 2000 », datée du 18 août 2000, Archives HDC Aigle (document remis par Pierre Loison).

II	2	Les positions
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	du Chablais et la Riviera :
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	chacun son monosite
	sur l'hôpital	

Hôpital du Chablais, et donc son emplacement, et d’autre part à notre objectif de conserver au cœur du Chablais l’établissement de soins aigus de référence entre Sion et Lausanne, il nous a semblé utile d’organiser une rencontre afin de procéder à un inventaire des terrains disponibles dans la région concernée (superficie 40 à 50 000 m²). »¹²

La rencontre ainsi planifiée doit aussi permettre de présenter des arguments concertés lors d’une première séance commune avec les conseillers d’État vaudois et valaisan, prévue le 17 août 2000.

Réactions côté Riviera Du côté de la Riviera, la posture adoptée est identique : peu après le lancement de l’étude, le rapport d’activité de 1999 montre que les médecins souhaitent un hôpital unique sur la Riviera, mais qu’une fusion avec le Chablais n’est pas envisagée. Le doyen du collège des médecins Marc-Henri Allemann invoque la nécessité d’une centralisation des grands services, pour améliorer la qualité et rationaliser les soins : « Nous aspirons donc logiquement, et ceci d’autant plus au vu des coupes budgétaires qui nous attendent, à un hôpital unique situé sur la Riviera », souligne-t-il¹³.

À la même période, un document non signé, remis au Conseil de fondation de l’Hôpital Riviera, présente une analyse plutôt critique des choix de l’établissement par rapport à l’hôpital unique. On peut y lire les observations suivantes : une volonté plus marquée du côté valaisan de réaliser une construction nouvelle ; le manque de vision des autorités vaudoises en ce qui concerne la planification hospitalière (Baugy, Sully I, Sully II, multisite, autre ?) ; la mobilisation des régions pour défendre « leur » hôpital (Moudon, La Vallée, Château d’Oex) ; l’échec de Sully II et le boulet que représente pour la Riviera les crédits d’études ; l’impact de la nouvelle procédure référendaire concernant les gros investissements ; enfin, le plan directeur régional à venir et les prises de position de la Conférence des syndicats, qui démontrent clairement une volonté de promouvoir un hôpital neuf sur la Riviera. Le document conclut sans optimisme : « Visiblement le moment paraît toujours encore mal choisi pour lancer un projet d’envergure dans l’Est vaudois. Cette opération nécessitera une démarche préalable de sensibilisation de la population régionale et une démarche politique sur place comme auprès d’autres régions du Canton, dans le contexte particulier où notre région apparaît souvent comme privilégiée. »¹⁴

12 Lettre du 2 août 2000 ayant pour objet : « Terrain pour l’Hôpital du Chablais », signée par le président Antoine Lattion et le directeur général Pierre Loison de l’Hôpital du Chablais, adressée à la municipalité de la commune d’Aigle, classeur « Projet création hôpital unique – Présentation des terrains », Archives SSP Valais.
13 « 2^e rapport exercice 1999 : Rapport du doyen du collège des médecins », *Hôpital Riviera, RA 2000*, Archives HR Mottex.

II	2	Les positions
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	du Chablais et la Riviera :
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	chacun son monosite
	sur l'hôpital	

Le nombre important d'établissements de soins et la différence des salaires des médecins, plus élevés chez les Vaudois que chez les Valaisans, sont parmi les causes de cette situation privilégiée, même si, sur le plan des finances vaudoises, le document rappelle que l'opération « Équation 33 », programme d'économies imposé par l'État de Vaud aux hôpitaux vaudois en 1998, est demeurée inachevée: « Il reste une vingtaine de millions d'écono- mies à réaliser au titre des restructurations. »¹⁵

Marc-Étienne Diserens évoque surtout « le malentendu autour de l'hôpital unique », qui suscite mécontentements et découragements de part et d'autre: « On avait demandé aux hôpitaux de la Riviera et du Chablais de faire de gros efforts pour s'organiser en multisite, solution transitoire, certes peu optimale, mais néanmoins économe, en attendant la création d'un hôpital unique. Or, chacun est resté sur le modèle d'un hôpital monosite pour sa propre région. »¹⁶

Ce d'autant qu'un nouvel hôpital offre de nombreuses perspectives, qui vont au-delà du seul aspect des prestations de soins: « Il faut voir ce que représente un hôpital aujourd'hui, c'est un peu comme une cathédrale. Il y a un fort accent identitaire lié à cette institution », relève l'ancien chef du SSP Vaud. L'enjeu économique est aussi prépondérant: « Un hôpital, c'est une entreprise: il y a des emplois, il distribue des revenus. Pour une région, c'est important », ajoute Marc-Étienne Diserens. Sans compter qu'une fusion signifie aussi le passage de deux à un seul Conseil d'administration, ce qui est synonyme de suppressions de sièges à responsabilités, et donc de résistances. Et alors que chacun des deux hôpitaux projette son hôpital monosite, la rencontre planifiée en août 2000 avec les conseillers d'État annonce une tout autre orientation.

14 « Projet de réponse à l'étude ATAG concernant le devenir de l'hospitalisation dans l'Est Vaudois et le Chablais », sans nom, [1999], p. 2, classeur « Hôpital Riviera: Conseil de Fondation 1999 », Archives HR Mottex.

15 *Ibid.*

16 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

II	2	Rencontre
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	avec les autorités
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	et conclusions
	sur l'hôpital	du rapport
		Ernst & Young

Ainsi a lieu le 17 août 2000 une « séance de travail intercantonale Vaud-Valais sur l'avenir des hôpitaux de la Riviera et du Chablais », réunissant à Villeneuve les principaux responsables concernés, à savoir: d'une part, les autorités politiques représentées par les conseillers d'État Charles-Louis Rochat et Thomas Burgener, chefs des Départements de la santé, ainsi que leurs chefs de service Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis et, d'autre part, les présidents, vice-présidents, directeurs et doyens médicaux des hôpi- taux de la Riviera et du Chablais¹⁷. Cette rencontre est une date-clé dans le démarrage du processus qui va mener à la concrétisation de l'HRC, car c'est la première fois que les deux Départements de la santé réunissent les acteurs de la Riviera et du Chablais pour traiter du sujet de l'hôpital unique¹⁸.

Ainsi, l'ordre du jour prévoit d'ouvrir la séance sur la question centrale: « Choix du scénario hospitalier pour l'Est vaudois/Ouest valaisan: un ou deux monosites? », suivie d'une présentation des positions de chacun: le canton de Vaud représenté par MM. Rochat et Diserens, le canton du Valais représenté par MM. Burgener et Dupuis, l'Hôpital du Chablais représenté par MM. Lattion, Ghiringhelli, Loison et Delaloye, et l'Hôpital Riviera représenté par MM. Schmutz, Perret, Collet et Cavin¹⁹.

Si le procès-verbal de cette séance à Villeneuve n'a pas été retrouvé, on possède en revanche celui d'une autre séance qui se tient six jours plus tard, le 23 août 2000, entre les responsables de l'Hôpital du Chablais et les chefs de service des SSP Vaud-Valais, invités. Ce document présente une synthèse des prises de positions de la séance du 17 août: « En résumé, il ressort que

17 Lettre de confirmation de la séance de travail du 17 août 2000, envoyée par les Chefs de Départements de la santé Charles-Louis Rochat et Thomas Burgener aux principaux concernés, classeur « Hôpital du Chablais: Santé publique, Vaud, 2000 », Archives HDC Aigle.

18 Commentaire de Pierre Loison, 5 septembre 2017.

19 Ordre du jour de la « Séance de travail intercantonale Vaud-Valais sur l'avenir des hôpitaux Riviera et du Chablais », envoyée le 26 juillet 2000 par Marc-Étienne Diserens aux principaux concernés, classeur « Hôpital du Chablais: Santé publique, Vaud, 2000 », Archives HDC Aigle.

II	2	Rencontre avec les autorités
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	et conclusions
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	du rapport Ernst & Young
	sur l'hôpital	

le Valais était en accord avec le projet site unique Chablais et accepterait également un projet Riviera-Chablais, à condition que le projet se situe entre Sion et Lausanne. Du côté vaudois, l'indécision subsiste apparemment où les décisions seront officiellement rendues publiques lors de la parution des résultats de l'étude « ATAG » [Ernst & Young]. Tous connaissent les vues de l'État en matière de planification sanitaire vaudoise, soit quatre hôpitaux de soins aigus pour le canton. En attendant, le conseiller d'État ne s'avance que sur la notion de deux sites uniques dans l'Est vaudois. »²⁰

Ainsi, il n'y a pas de consensus officiellement arrêté en matière de site unique pour la Riviera et le Chablais, même si le responsable du SSP Vaud ne cache pas la forte probabilité de s'acheminer dans cette direction. Le document cité conclut en effet : « De l'avis de M. Diserens, le canton de Vaud, compte tenu de ses déficits, n'a pas les budgets nécessaires à la construction de deux nouveaux hôpitaux. Un seul projet pourrait donc être retenu et la position centrale du Chablais [par rapport au bassin de population] ne semble pas, à première vue, être l'option qui sera privilégiée. »

À la perspective d'un hôpital unique Riviera-Chablais s'ajoute à nouveau la menace d'un emplacement qui pourrait ne pas satisfaire la région du Chablais. Quoi qu'il en soit, cette rencontre à Villeneuve marque le début d'une discussion commune sur la faisabilité d'un hôpital unique Riviera-Chablais.

À noter que la séance du 23 août à l'Hôpital du Chablais permet aussi à ce dernier de souligner l'urgence des problèmes d'investissements dans les infrastructures, accusant un vieillissement et une détérioration des équipements générés par le processus de la fusion : « Durant le temps de la fusion, les IP [investissements périodiques] ont été retenus. [...] Maintenant, les demandes faites par les divers services arrivent en bloc et dépassent largement ce à quoi on s'attendait. Malheureusement, il sera nécessaire de faire des choix et d'établir des priorités, puisque les IP autorisés sont de 2 040 000 de francs et que les demandes sont de plus de 3 millions. »

En octobre 2000, le cabinet de conseil Ernst & Young²¹ rend son rapport final. Il recommande d'opter pour un hôpital unique, couvrant les besoins du bassin de population des districts de Vevey, Aigle, Monthey et partiellement Saint-Maurice. Le rapport prévient toutefois : « Bien que l'hôpital unique soit le meilleur scénario en termes de coûts 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. »²²

Car l'enjeu, on l'a vu, se situe tout autant dans la fusion entre la Riviera et le Chablais, que dans le choix de l'emplacement. La préférence des experts

20 « Procès-verbal de la rencontre avec les Chefs de service des SSP VD-VS, tenue le 23 août 2000 (à l'Hôpital du Chablais) », document daté du 24 août 2000, classeur « Hôpital du Chablais : Santé publique, Vaud, 2000 », Archives HDC Aigle. Même référence pour les citations qui suivent.

21 Il s'agit alors de Cap Gemini Ernst & Young, le volet conseil du cabinet ATAG Ernst & Young.
22 Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Rapport final – octobre 2000*, p. 4.

II	2	Rencontre avec les autorités
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	et conclusions
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	du rapport Ernst & Young
	sur l'hôpital	

d'Ernst & Young va au site d'Aigle ou à tout autre terrain sur l'axe Villeneuve-Aigle. Parmi les avantages sont avancés les facilités routières et ferroviaires, l'évolution prévisible de la démographie et la forte activité saisonnière, ainsi que la solution pérenne et le partage des investissements Vaud-Valais (par le Chablais bicantonal). Parmi les inconvénients sont cités les risques de perdre une partie de la clientèle, les résistances politiques fortes, les investissements importants à réaliser, la perte de proximité pour la Riviera, ainsi que la résistance des médecins, en particulier ceux de la Riviera, pour raison de déplacements, de risque de changement de statut et de rémunération. La solution du monosite unique fait néanmoins la quasi-unanimité des experts, qui préconisent déjà de favoriser la création de « centres de soins et de santé communautaire » – par exemple à Vevey, Montreux ou Monthey –, qui travailleraient en réseau avec le futur hôpital, afin de maintenir des soins de proximité²³.

Les experts du rapport inscrivent ce scénario dans une « vision de l'Hôpital du XXI^e siècle », incluant divers facteurs : 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, mettant sous pression le monde sanitaire et l'obligeant à se transformer, avec pour enjeux le maintien de la qualité des soins et surtout leur accessibilité ; une technologie médicale qui va modifier considérablement l'organisation des soins ; une concurrence avec d'autres réseaux et organisations de soins²⁴.

Forts de cette étude détaillée, les responsables SSP Vaud et Valais, Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, proposent aux directions politiques de leur Département d'envisager la solution d'un seul nouvel hôpital²⁵. Avant d'entamer la discussion, les deux Cantons décident de mettre cette étude en consultation, en la présentant publiquement à la presse et aux hôpitaux concernés. Les résultats finaux du rapport Ernst & Young sont alors dévoilés en conférence de presse le 10 octobre 2000, au Château de Chillon, en présence d'Olivier Girardin et des chefs des Départements de la santé vaudois et valaisan, le conseiller d'État Charles-Louis Rochat et le conseiller d'État socialiste Thomas Burgener – qui a remplacé Peter Bodenmann en mai 1999²⁶.

Au lendemain de la conférence de presse, les médias relèvent les tensions qui ne manqueront pas de survenir à la suite des résultats de l'étude. Le quotidien vaudois *24 Heures* évoque une « bombe » lâchée par les chefs de la santé « qui va susciter une levée de boucliers dans l'Est vaudois »²⁷.

23 *Ibid.*, pp. 31 et 38 ; « Un seul hôpital de soins aigus pour la région Riviera-Chablais ? Les cantons de Vaud et du Valais consultent leurs partenaires avant d'ouvrir la discussion », communiqué de presse de l'État du Valais et de l'État de Vaud, 10 octobre 2000, archives SSP Valais.

24 Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Rapport final – octobre 2000*, p. 10.
25 Marc-Étienne Diserens, *Pour une histoire de l'HRC, Vd-Vs : un livre pour décrire, expliquer et illustrer* (23.2.2015, manuscrit, 3 pages).

II	2	Rencontre avec les autorités
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	et conclusions
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	du rapport Ernst & Young
	sur l'hôpital	

Selon le journal, ce projet « va immanquablement faire resurgir le fantôme de Sully », qui a laissé une ardoise de près de 14 millions de francs, que le canton vaudois n’a toujours pas remboursée à la Banque cantonale vaudoise. Si, à cette date, l’étude d’Ernst & Young « n’a coûté que 90 000 francs aux contribuables », il n’en demeure pas moins que les chefs de la santé « savent qu’ils avancent sur des œufs » et que le rapport mis en consultation « est promis à la critique », estime encore le journal. Le conseiller d’État valaisan Thomas Burgener relève que ce ne sera pas facile : « Il y a la faisabilité idéale et puis la faisabilité politique ». Les hôpitaux de la Riviera et du Chablais sont invités à se prononcer avant le 21 novembre 2000 sur le choix proposé. Afin de ne pas être prises de court, les régions de la Riviera et du Chablais n’ont pas d’autre choix que de participer à la recherche active de terrains qui répondent au mieux à leurs intérêts.

26 « Un seul hôpital de soins aigus pour la région Riviera-Chablais ? Les Cantons de Vaud et du Valais consultent leurs partenaires avant d’ouvrir la discussion », communiqué de presse de l’État du Valais et de l’État de Vaud, 10 octobre 2000, Archives SSP Valais.

27 Rapaz Jean-Marc, « Aigle, berceau d’un petit CHUV ? », *24 Heures*, 11 octobre 2000, pp. 1 et 17. Même référence pour les citations qui suivent.

28 « 3^e rapport exercice 2000 », *Hôpital Riviera, RA 2000*, Archives HRC Mottex.

II	2	Seconde vague
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	de réactions :
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	Chablais
	sur l'hôpital	et Riviera
		revendiquent
		un terrain idéal

Du côté de la Riviera Dans un premier temps, des réactions de rejet se manifestent contre les conclusions de l’étude d’Ernst & Young d’octobre 2000. Le Conseil de fondation de l’Hôpital Riviera prend position contre l’hôpital unique, quand bien même il reconnaît que cette option est « le meilleur scénario en termes de coûts et de qualité des prestations ». Lors d’un vote en date du 16 novembre 2000, le Conseil de fondation défend plutôt la solution de deux hôpitaux monosite, un pour la Riviera et un pour le Chablais. Les principaux arguments avancés sont :

1. La remise en cause de la probité du rapport Ernst & Young « qui résulte d’une analyse orientée et fondée sur des données peu fiables » ;
2. La question de l’emplacement considérée comme étant un élément de conflit entre les régions de la Riviera et du Chablais ;
3. L’évolution et les besoins de l’Est vaudois qui imposent un hôpital sur la Riviera.

Les deux derniers points convergent vers une position univoque quant à l’emplacement d’un éventuel monosite unique pour la Riviera et le Chablais : « Si contre toute attente, c’était la solution d’un ‘monosite’ pour l’ensemble de l’Est vaudois et le Chablais valaisan qui était retenue, il [le Conseil de fondation] soutiendrait sans concession son implantation sur la Riviera, convaincu que cette région, vu sa densité d’habitation, première du canton après Lausanne, doit disposer d’un hôpital. »²⁸

Aussi, la Direction de l’Hôpital Riviera s’exprime-t-elle comme suit sur les résultats de l’étude d’Ernst & Young dans un communiqué de presse : « La Riviera est sans conteste le site le plus approprié pour l’implantation de cet hôpital. L’idée d’une collaboration Vaud-Valais pour l’aménagement d’un hôpital unique entre Cully et Saint-Maurice, qui pourrait être bâti dans la région d’Aigle, paraît théorique et pour le moins hâtive. En privant la Riviera d’un hôpital digne de ce nom, elle suscite déjà l’ire des élus locaux et l’incompréhension des habitants de la région, dans la mesure où elle ne répond pas aux besoins réels des populations directement concernées. »²⁹

II	2	Seconde vague de réactions :
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	Chablais et Riviera
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	revendiquent un terrain idéal
	sur l'hôpital	

À cette fin, et en accord avec une délégation des syndic des communes du district, les responsables de l'Hôpital Riviera mandatent une étude au groupe Gutscher architectes SA pour analyser les possibilités de créer l'hôpital monosite unique sur la Riviera, par l'agrandissement et la transformation de l'Hôpital du Samaritain³⁰.

L'étude des architectes est rendue en mai 2001 et relève quatre points principaux. Premièrement, le projet est techniquement faisable, mais il n'offrirait au plus que 38 lits supplémentaires, soit 153 au total. Deuxièmement, le coût de l'opération serait de près de 40 millions de francs (+/- 20 %), soit le double des 14 millions estimés par l'étude Ernst & Young. Troisièmement, les parties existantes de l'Hôpital du Samaritain resteraient de conceptions anciennes, peu adaptables aux changements prévisibles des années à venir. Quatrièmement, la complexité du projet, dans un hôpital en plein fonctionnement, nécessiterait quatre années de travaux fortement perturbateurs, avec des coûts d'exploitation supplémentaires. Devant ces inconvénients, les responsables de l'Hôpital Riviera abandonnent formellement le projet. Ils rejoignent finalement les conclusions du rapport Ernst & Young, selon lesquelles la seule option viable serait un nouveau centre hospitalier sur un site neuf³¹.

Du côté du Chablais Du côté de l'Hôpital du Chablais, le Comité de direction poursuit ses recherches d'un nouveau terrain pour la création d'un site unique, avec l'aide des communes du Chablais vaudois et valaisan, déjà sollicitées à l'été 2000³². Un appel aux communes est lancé, qui permet à la Direction de disposer en janvier 2001 de dix-huit propositions de terrains potentiels situés sur neuf communes : Aigle, Bex, Collombey-Muraz, Monthey, Ollon, Rennaz, Roche, Vionnaz et Vouvry. Les sites sont examinés par un groupe de travail mené par le Comité de direction de l'Hôpital du Chablais, qui prend soin de tous les visiter. Soutenu financièrement par l'Association des Amis de l'Hôpital du Chablais, qui œuvre pour le maintien d'un hôpital unique dans la région, le Comité de l'Hôpital du Chablais remet les propositions à un groupe d'experts mandatés (B+C Ingénieurs SA, Itten&Brechtbühl, Novasis), chargés d'étudier les possibilités de terrains favorables à la création d'un monosite pour

29 Faiss Joakim, « Aigle en première ligne », *Le Nouvelliste*, 11 octobre 2000 (en ligne).
30 « 3^e rapport exercice 2000 : Planification de l'Est Vaudois », *Hôpital Riviera, RA 2000*, Archives HR Mottex.
31 État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, SSP, « Synthèse des arguments pour un seul

hôpital monosite pour la Riviera - Chablais », novembre 2003, p. 4, carton « Divers rapports : Synthèse des arguments pour un seul monosite Riviera-Chablais », Archives HDC Aigle.
32 Sur l'origine de cette collaboration avec les communes, voir plus haut à la pp. 120-121.

II	2	Seconde vague de réactions :
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	Chablais et Riviera
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	revendiquent un terrain idéal
	sur l'hôpital	

le Chablais. L'étude s'appuie sur une nouvelle analyse multicritère, qui prend en compte notamment le positionnement dans la région, l'accessibilité du site, les possibilités d'extension et la durée des travaux d'aménagement préalables³³.

L'évaluation ainsi effectuée aboutit, en juin 2001, à la présélection de quatre terrains, qui doivent encore faire l'objet d'études plus détaillées : En Lieugex à Aigle (Vaud), dans le quartier de Montagnier/Chenevière à Collombey-Muraz (Valais), le lieu-dit Vers-la-Gare à Ollon (Vaud), et Les Barges à Vouvry (Valais). Situés en zone à bâtir, en zone agricole ou en zone d'intérêt général, ces terrains se trouvent, pour deux d'entre eux, sur la rive gauche du Rhône (Valais) et, pour les deux autres, sur la rive droite (Vaud). « C'est un pur hasard, nous n'avons pas tenu compte du critère politique dans cette étude préalable », commente dans la presse locale le directeur général de l'Hôpital du Chablais, Pierre Loison³⁴.

Quant aux terrains de la région de Villeneuve, ils n'ont pas été retenus car ils ne répondent pas aux critères de la grille d'évaluation. Ils sont de plus jugés quelque peu décentrés par rapport aux vallées latérales où se situent les stations touristiques des deux Cantons, qui génèrent un nombre important de patients (accidentés des sports d'hiver, pour l'essentiel).

Une simulation visant à examiner l'implantation d'un hôpital de 150 lits avec extension possible à 300 lits dans une orientation nord-sud permet, dès juillet 2001, de restreindre le choix à deux sites, le terrain « les Barges » à Vouvry et celui du « Lieugex » à Aigle. Finalement, le Comité de direction se prononce à l'unanimité pour le terrain du « Lieugex » lors de sa séance du 29 août 2001³⁵.

Durant ce processus, la presse locale commente et oppose les divers points de vue sur l'emplacement du site : l'éviction de Villeneuve par l'étude mandatée par l'Hôpital du Chablais ne fait pas l'unanimité, une fois confrontée aux desiderata des responsables de l'Hôpital Riviera. La presse rappelle que ceux-ci souhaiteraient un hôpital unique proche de la Riviera : « Clairement, le point le plus éloigné envisagé était Villeneuve, en fait sur la commune de Rennaz. »³⁶

C'est d'ailleurs pourquoi le syndic de Rennaz, Samuel Branche, a proposé des terrains sur sa commune : « Nous avons fait ces propositions pour jouer le jeu de la région. Et il semblait que pour les habitants de la Riviera,

33 « Hôpital du Chablais. Projet de création d'un hôpital sur site unique – Evaluation des sites potentiels », classeur « Projet création hôpital unique – Démarches et résultats », Archives SSP Valais; Feuz, Corinne, « Hôpital unique : quatre sites retenus », *24 Heures*, 14 juin 2001 (en ligne); « Quatre sites choisis », *Le Nouvelliste*, 15 juin 2001, p. 1.
34 Feuz, Corinne, *ibid.*
35 B+C Ingénieurs SA, « Hôpital du Chablais, Projet de création d'un hôpital sur site unique. Dossier de présentation des sites potentiels », Aigle mai 2001, classeur « Projet création hôpital unique – Présentation des terrains », Archives SSP Valais; Feuz, Corinne, « Hôpital unique : quatre sites retenus », *24 Heures*, 14 juin 2001 (en ligne).
36 « Quatre sites choisis », *Le Nouvelliste*, 15 juin 2001, p. 1.

II	2	Seconde vague de réactions :
Vers l'hôpital unique	Du multisite au monosite :	Chablais et Riviera
(années 2000 à nos jours)	des points de vue divergents	revendiquent un terrain idéal
	sur l'hôpital	

un hôpital unique à Rennaz était encore acceptable. Mais nous n’offrions pas les meilleurs terrains. »³⁷

Or, l’avenir va montrer une autre réalité, en même temps que se dessine clairement dans le « jeu de la région » la dimension toute politique du lieu du futur hôpital. En témoigne la conclusion d’un communiqué de presse des responsables de l’Hôpital du Chablais : « Le Chablais, par sa position stratégique à mi-chemin entre Sion et Lausanne possède un indéniable avantage, que seul l’appui des deux Cantons est à même de concrétiser. »³⁸ Si on perçoit aisément que le principe de l’hôpital unique est désormais envisageable, tant pour la Riviera vaudoise que pour les communes du Chablais vaudois et valaisan, la localisation géographique du futur établissement reste le point névralgique, source de tensions, sur lequel les pouvoirs publics doivent à présent prendre position.

3

La décision

politique

d’un hôpital

unique

37

Ibid.

38

« Le nombre de patients augmente... mais le financement ne suit pas », communiqué de presse de l’Hôpital du Chablais, Aigle et Monthey, 13 juin 2001, p. 3, classeur « Hôpital du Chablais. Dossier SSP : Projet création hôpital unique. Démarches et résultats », Archives SSP Valais.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

3
La décision politique
d'un hôpital unique

La Déclaration
commune des
gouvernements

Une année s’est écoulée après les conclusions rendues par le rapport Ernst & Young, en laissant le temps aux études de terrain préalables de se réaliser. Le 8 octobre 2001, les gouvernements vaudois et valaisan édictent une Déclaration commune qui se prononce « en faveur d’une collaboration accrue en matière d’hospitalisation dans la région Riviera, Chablais vaudois et Chablais valaisan ». Ce faisant, les autorités optent pour la réalisation d’un unique centre hospitalier intercantonal, financé conjointement et situé sur un nouveau site « à mi-chemin entre Lausanne et Sion » pour un bassin de population d’environ 150 000 habitants¹. Les conseillers d’État diffusent l’information par voie de presse, en précisant qu’il s’agira de trouver, pour le lieu d’implantation du futur hôpital, un compromis sur territoire vaudois. Comme l’explique le chef du Département de la santé Thomas Burgener, « avec 25 % de la population concernée, le Valais ne peut revendiquer le site »².

Cette décision s’inscrit plus largement dans une volonté politique de modifier la planification hospitalière, amorcée par les multisites et la mise en réseaux d’hôpitaux, en vue des objectifs d’économies qui peinent à se réaliser.

Dans le sillage du programme Équation 33, puis de la mise en place des réseaux de soins préconisée par le rapport NOPS³, le paysage sanitaire vaudois a toutefois déjà subi de profondes modifications. Au début des années 2000, de nombreux établissements sont rassemblés dans le cadre de fusions intra-ou intercantionales conjointement au développement de réseaux de soins. À cet égard, les hôpitaux de Payerne et d’Estavayer fusionnent au sein de l’Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) en 1999, les Hôpitaux de Nyon et de Rolle forment ensemble en 1999 le Groupement hospitalier de l’Ouest lémanique (GHOL) alors que les Hôpitaux de Morges, Aubonne et de Gilly fondent en 2000 l’Ensemble hospitalier de la Côte (EHC).

1 Groupe de travail « Recherche de sites HRC », *Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan*, 19 novembre 2002 : « Résumé », p. 1, Archives SSP Vaud.

2 Busslinger Laurent, « Vaud et Valais se donnent dix ans pour se doter d’un hôpital commun », *Le Temps*, 12 octobre 2001 (en ligne).

3 Sur les réseaux de soins, voir plus haut p. 75.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

3
La décision politique
d'un hôpital unique

La Déclaration commune
des gouvernements

Le Conseil d’État valaisan établit, quant à lui, un premier projet d’hôpitaux multisites, le « projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire » ⁴ en février 2000. Dans la lignée de la politique initiée avec le concept hospitalier valaisan⁵ et sur la base d’études concernant la répartition de l’ensemble des disciplines hospitalière menées à partir de 1998, ce nouveau projet préconise la définition de trois zones sanitaires pour l’ensemble du canton, au sein desquelles les soins seront assurés par trois hôpitaux multisites. Chacun d’entre eux offrira des prestations en soins aigus grâce à un modèle de répartition fondé sur la distinction entre les longs séjours ou les cas nécessitant une prise en charge importante des séjours court ou des cas « légers ». Aussi le Conseil d’État prévoit de rassembler les Hôpitaux de Brigue et de Viège au sein du Centre hospitalier du Haut-Valais, ceux de Sierre, de Sion et de Martigny dans le Centre hospitalier Rhodanien alors que l’avenir de l’Hôpital de Monthey appartient déjà à l’Hôpital du Chablais. Toutefois, la mise en place de ces mesures, qui nécessite l’adhésion des associations hospitalières, peine à se concrétiser.

Les gouvernements vaudois et valaisan poursuivent sur leur lancée en passant à la vitesse supérieure : la conjoncture donne raison à la stratégie des grands centres hospitaliers qui innovent, dans le cas du futur hôpital Riviera-Chablais, avec une collaboration intercantonale. Le contexte semble enfin mûr, comme le rappelle la presse vaudoise : « Tous deux confrontés aux habituelles résistances régionalistes en matière de planification hospitalière, les Conseils d’État vaudois et valaisan ont choisi de s’épauler. [...] [La Déclaration commune] balaie l’organisation actuelle [vaudoise] des zones, qui date de 1966, pour poser le principe de « Centres hospitaliers » d’une taille de 200 à 400 lits, au service de régions de 100 000 à 150 000 habitants. Cela revient à diviser le canton en quatre. À noter que Philippe Pidoux avait déjà esquissé une carte sanitaire vaudoise en quatre zones huit ans auparavant. Ce qui lui avait valu de perdre son siège, une première pour un magistrat radical. Mais les choses ont changé depuis lors : le projet est officiellement porté par tout le Conseil d’État et non par un seul homme, et appuyé en outre par un canton voisin. Il y a enfin des arguments financiers. Tout ce qui semblait lointain en matière de hausse des primes s’est réalisé, et la redondance des équipements devient de plus en plus évidente. »⁶

En résumé, les quatre zones sont pensées entre le Nord vaudois allant de la Broye à la frontière française, l’Ouest comprenant la Côte, de Morges à la frontière genevoise, pour l’Est, la Riviera, le Chablais et le Pays-d’Enhaut et au centre l’agglomération lausannoise. À l’exception de cette dernière organisée autour du CHUV, les zones seront constituées de centres hospitaliers monosites offrant toutes les prestations (hormis celles de l’Hôpital

4 Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l’énergie, *Projet de lignes directrices de planification hospitalière et sanitaire, message d’accompagnement*, février 2000.

5 Sur le concept hospitalier valaisan, voir plus haut p 76.

6 Busslinger Laurent, « Vaud et Valais se donnent dix ans pour se doter d’un hôpital commun », *Le Temps*, 12 octobre 2001 (en ligne).

II	3	La Déclaration commune
Vers l'hôpital unique	La décision politique	des gouvernements
(années 2000 à nos jours)	d'un hôpital unique	

universitaire) et seront appuyés par des hôpitaux régionaux. Si pour le Nord vaudois le Conseil d'État mise sur une meilleure utilisation et gestion des ressources déjà disponibles (notamment sur le regroupement du Centre Hospitalier Yverdon Chambon et du réseau de soins hospitaliers de St-Loup, Orbe et la Vallée), la nouvelle organisation territoriale des soins hospitaliers passera à l'Est et à l'Ouest par le remplacement des infrastructures de soins aigus existantes.

De fait, avec le projet de création de l'HRC, l'Est vaudois devient une « zone-test ». Pour les deux Conseils d'État, cet engagement est une manière de « faire exemple » en matière de planification⁷. Les deux régions de la Riviera et du Chablais voient ainsi officiellement s'évaporer le projet de construire chacune leur propre nouvel hôpital. Afin d'essayer de dépasser les replis locaux prévisibles, une campagne d'information, comme l'avait préconisée le rapport Ernst & Young, est planifiée. L'important travail de persuasion des chefs SSP Vaud et Valais Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis se poursuit auprès des responsables des hôpitaux et des syndics des régions, pour expliquer l'objectif d'un site unique. « Parfois, il a fallu convaincre sans qu'on ait tous les arguments en main. Car pour les avoir, il aurait fallu faire des études qui n'ont pu être réalisées que par la suite », confie Marc-Étienne Diserens⁸. Géologie, transports et accessibilité, archéologie, les domaines d'investigation sont nombreux pour appuyer un tel projet. Or, le temps est venu, pour les autorités politiques, de décider du lieu d'implantation du futur hôpital.

7 Ibid.
8 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

II	3	Le travail
Vers l'hôpital unique	La décision politique	de sélection
(années 2000 à nos jours)	d'un hôpital unique	du site

Aborder la question du lieu d'un nouvel hôpital relève autant de contraintes politiques qu'environnementales. Afin d'avoir en main toutes les données nécessaires, les gouvernements vaudois et valaisan mandatent un groupe de travail dénommé « Recherche de site Hôpital Riviera/Chablais VD et VS », dont l'objectif est de définir le lieu idéal d'implantation du futur centre hospitalier et la procédure à suivre pour assurer cette réalisation commune dans un délai de dix ans⁹. Le groupe est mené par un expert neutre, l'avocat et ancien conseiller d'État jurassien Pierre Boillat, qui est intervenu autrefois dans la conduite du projet d'hôpital du Sud Fribourgeois.

Dans ce groupe de travail, appelé aussi « groupe Boillat » du nom de son président, le Chablais est représenté par le préfet Antoine Lattion, Pierre Loison et le Dr Benoît Delaloye, respectivement président, directeur général et directeur médical de l'Hôpital du Chablais, ainsi que le préfet honoraire André Bonzon et le vice-président de Monthey Éric Widmer. La Riviera est quant à elle représentée par Daniel Schmutz, Philippe Collet et le médecin-chef Jean-Joseph Boillat¹⁰, respectivement président, président de la Direction générale¹¹ et membre du collège des médecins de l'Hôpital Riviera, ainsi que le syndic de Saint-Légier-La Chiésaz Ernest Cardis et le syndic de Montreux Pierre Salvi. Sont aussi membres de ce groupe les chefs SSP Vaud et Valais Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, le chef de la Division hôpitaux SSP Vaud Adrian Griffiths et le juriste de la même Division Max Fauchère (secrétaire du groupe Boillat), ainsi que l'ingénieur au service du SSP Valais Bernard Z'Graggen¹².

9 Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan*, 19 novembre 2002: « Résumé », p. 1, Archives SSP Vaud.
10 Le Dr Jean-Joseph Boillat de l'Hôpital Riviera n'a pas de lien de parenté avec l'avocat jurassien Pierre Boillat qui préside le « groupe Boillat ».
11 La fonction de président de la direction générale, occupée par Philippe Collet, sera remplacée par celle de directeur général dès septembre 2002 sous le mandat de Jean-François Brunet.
12 Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004. p. 5: « Composition du Groupe de travail », Archives SSP Vaud.

II	3	Le travail
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La décision politique d'un hôpital unique	de sélection du site

Le groupe Boillat :
une collaboration
entre experts
et communes

Le groupe Boillat procède en deux temps. Premièrement, avec le concours de l'Office fédéral de la statistique et de son système de géodonnées « Géostat », il détermine le lieu d'implantation idéale au moyen de la méthode « min distance ». Celle-ci permet de considérer les kilomètres, tout en pondérant ce facteur par un paramètre intégrant la qualité de la route, donc le temps de trajet. Suite à la demande du groupe Boillat d'établir une liste des terrains disponibles pour accueillir le futur hôpital, cinq communes vaudoises (Montreux, Villeneuve, Noville, Rennaz et Veytaux) décident de se concerter pour faire une proposition conjointe, tenant compte du périmètre défini par le groupe Boillat et de la taille exigée du terrain – entre 50 000 et 100 000 m²¹³. Quatre sites sont ainsi identifiés aux alentours de Villeneuve et de Veytaux et un autre sur les hauts de Montreux. Deuxièmement, avec l'appui d'experts de l'EPFL, le groupe Boillat choisit, parmi les terrains proposés, celui qui sera le mieux adapté à la réalisation du projet, grâce à une analyse multicritères qui tient compte des accès, des spécificités du terrain et de la sécurité. Il analyse également trois autres terrains situés dans le même périmètre. Au début de l'été 2002, un rapport intermédiaire est publié par le président du groupe de travail Pierre Boillat, qui annonce la sélection de quatre terrains dans un périmètre entre Villeneuve et Rennaz, à savoir La Grange des Tilles (Rennaz), Le Pré-des-Fourches (Noville), Jonnaire (Rennaz) et Pré-Jaquet (Villeneuve). Fin juillet, *Le Nouvelliste* relaye l'information en indiquant que la préférence irait à La Grange des Tilles¹⁴.

Les députés du Chablais
montent aux créneaux

Ce « glissement vers la Riviera », comme le désigne la presse régionale¹⁵, suscite l'émoi du côté du Chablais, qui voit ainsi éliminée la perspective d'un hôpital sur des sites tels que celui d'Aigle, qui figurait en pole position dans une des études précédentes. Le 20 août 2002, une députation de 26 élus (7 vaudois et 19 valaisans), menée par Jean-Paul Duroux, vice-président du Grand Conseil valaisan, et Michel Renaud, vice-président du Grand Conseil vaudois, souscrit une résolution adressée au groupe Boillat. Elle témoigne, selon les termes du courrier des députés accompagnant le document, du « malaise ressenti dans la région » suite à cette nouvelle sélection des sites¹⁶.

13 Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan*, 19 novembre 2002 : « Résumé », p. 1, Archives SSP Vaud ; Groupe de travail Recherche de site HRC, *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004. p. 4 : « Introduction », Archives SSP Vaud ; « HRC à Rennaz. Le choix du terrain. Rappel des atouts », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 6.

14 Berreau Gilles, « L'Hôpital construit à Rennaz ? », *Le Nouvelliste*, 25 juillet 2002, p. 12.

15 Rausis, Olivier, « Chablais. Les députés au front », *Le Nouvelliste*, 23 août 2002, p. 9.

II	3	Le travail
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La décision politique d'un hôpital unique	de sélection du site

Dans la résolution, les députés signataires prient le groupe Boillat de les assurer que « le mandat, tel qu'engagé, respecte l'option prévoyant un site < à mi-chemin entre Lausanne et Sion > [et que] le critère d'accessibilité retenu est bien celui du temps de parcours et non de la distance »¹⁷. Autrement dit, comme le traduit la presse, les députés s'inquiètent de savoir si l'on a tenu compte du fait que 15 kilomètres à parcourir dans les Alpes vaudoises (ou valaisannes) représentent un trajet plus long que la même distance par l'autoroute¹⁸. Pour la suite des travaux du groupe Boillat, les signataires demandent aussi de prendre en compte l'évolution démographique prévisible du Chablais et de la Riviera ; d'intégrer la totalité des spécificités socio-économiques régionales dans l'analyse multicritère à établir, en particulier celles liées aux activités industrielles et touristiques (ce dernier terme étant en gras dans le texte) ; de tenir compte de l'ensemble des sites prodiguant des soins aigus et de leurs zones d'influences respectives entre Lausanne et Sion (CHUV, Lavaux, Samaritain, Providence, La Prairie, Montreux, Aigle-Monthey, Martigny, Sion). Enfin, les députés demandent explicitement que l'étude soit élargie aux « quatre meilleurs sites déjà repérés dans l'analyse Itten + Brechbühl, Novasis, Bonnard & Gardel »¹⁹. Une copie de cette résolution est envoyée aux deux Conseils d'État ainsi qu'aux chefs des Départements de la santé, Thomas Burgener et Charles-Louis Rochat. À noter que les questions soulevées rejoignent les interrogations déjà exprimées, fin juin 2002, par trois personnes du Chablais : les députés aiglons Frédéric Borloz et Charles-Pascal Ghiringhelli, auteurs d'une intervention concertée au Grand Conseil vaudois et figurant parmi les 26 députés signataires de la résolution d'août, ainsi que le président de Monthey Fernand Mariétan, qui a convoqué la presse pour affirmer que « les Valaisans auraient leur mot à dire politiquement » dans cette affaire²⁰. Cet épisode rend compte de l'atmosphère particulièrement tendue et chargée émotionnellement qui entoure le choix du site. Aussi, d'autres voix se font-elles entendre sur la question de l'hôpital unique.

16 Lettre « Hôpital du Chablais » datée du 21 août 2002 signée par Michel Renaud et Jean-Paul Duroux et adressée à Pierre Boillat, président du Groupe de travail « Recherche de site HRC », Archives HDC Aigle (document remis par Pierre Loison).

17 Résolution à l'attention du Groupe de travail « Recherche de site HRC VD et VS », du 20 août 2002, signée par 26 députés du Chablais, Archives HDC Aigle (document remis par Pierre Loison).

18 P. M., « Où sera construit le futur centre hospitalier intercantonal ? Députés chablaisiens au créneau », *La Presse Riviera-Chablais*, 23 août 2002 (en ligne).

19 *Ibid.* Pour rappel, le Comité de direction de l'Hôpital du Chablais avait mandaté la société Itten + Brechbühl SA pour évaluer les perspectives d'un monosite pour le Chablais. L'étude de la société avait conclu, en juin 2000, en faveur d'un regroupement sur Aigle (voir plus haut à la p. 120).

20 P. M., « Où sera construit le futur centre hospitalier intercantonal ? Députés chablaisiens au créneau », *La Presse Riviera-Chablais*, 23 août 2002 (en ligne).

II	3	Le travail
Vers l'hôpital unique	La décision politique	de sélection du site
(années 2000 à nos jours)	d'un hôpital unique	

Les médecins soutiennent l'hôpital unique

Le choix politique d'un hôpital unique doit être défendu au sein de la population mais également auprès des collaborateurs des établissements hospitaliers directement concernés. Les anciens chefs du SSP Vaud et Valais évoquent le rôle-clé de certains médecins cadres en tant que relais pour faire accepter l'idée d'un hôpital unique. Pour le Chablais sont notamment mentionnés le Dr Philippe Beuret à Aigle et le Dr Benoît Delaloye à Monthey, ou encore le Dr Jean-Joseph Boillat pour la Riviera. « Ils ont empoigné cette problématique avec leur direction et les conseils d'hôpitaux, ils ont convaincu peu à peu leurs collègues médecins pour faire tomber certaines oppositions », explique Georges Dupuis²¹. Alors syndic de Saint-Légier-La Chiésaz, Ernest Cardis reconnaît avoir longtemps voulu deux hôpitaux multisites, mais confie que son point de vue a évolué au contact des médecins: « Ils m'ont convaincu que la qualité du geste médical dépend de sa fréquence, donc de l'importance d'un bassin de population suffisant. »²²

Durant l'été 2002, les médecins hospitaliers du Chablais et de la Riviera se rencontrent pour évoquer l'avenir d'un hôpital unique pour la région Riviera-Chablais. Ils semblent alors avoir entièrement intégré les arguments présentés par les cantons, puisque c'est à une très forte majorité qu'ils soutiennent activement ce projet. Les doyens du collège des médecins du Chablais et de la Riviera, respectivement le Dr Bernard Mosimann et le Dr Jean-Michel Hostettler, font part de la position des médecins hospitaliers dans le cadre de l'assemblée générale annuelle des Amis de l'Hôpital du Chablais. À cette occasion, la population est invitée à assister à un exposé sur le thème « Hôpital unique Chablais-Riviera, pourquoi ? » La séance se tient le 29 août 2002 sur le site d'Aigle et l'entrée est libre²³.

La prise de position des médecins hospitaliers est claire: l'option de deux hôpitaux monosites sur la Riviera et le Chablais n'est plus d'actualité, tant il est vrai que « construire deux hôpitaux neufs pour des bassins de population de moins de 100 000 habitants à 30 km l'un de l'autre apparaît [...] à l'évidence comme un non-sens médical, économique et politique, qu'aucune nation, même riche et occidentale, n'a plus les moyens de se permettre »²⁴. Sont mis en cause les services identiques démultipliés: en tenant compte de l'Hôpital de la Providence à Vevey, on compte alors pour la Riviera

21 Entretien avec Georges Dupuis et Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.
22 « Interviews. MM. Ernest Cardis & Jean-Pierre Müller, nouveaux membres du Comité de notre Association », *Hôpinfo. Bulletin d'information des Amis de l'HRC*, n° 10, novembre 2007, p. 2; Entretien avec Ernest Cardis, 5 avril 2017.
23 Annonce parue dans *La presse Riviera Chablais* et *Le Nouvelliste* du 28 août 2002.

24 « Séance des Amis de l'Hôpital du Chablais du 29 août 2002 – Site unique: Texte d'introduction », document rédigé par les doyens du Collège des médecins Bernard Mosimann (Hôpital du Chablais) et Jean-Michel Hostettler (Hôpital Riviera), classeur « Les Amis de l'HdC – Le 29 août 2002, Hôpital unique Chablais-Riviera. Pourquoi ? », Archives HDC Aigle. Même référence pour les citations qui suivent.

II	3	Le travail
Vers l'hôpital unique	La décision politique	de sélection du site
(années 2000 à nos jours)	d'un hôpital unique	

et le Chablais cinq blocs opératoires, trois sites de soins intensifs et trois maternités. « Il est tout simplement impossible à tous ces services d'assurer les soins de plus en plus performants et chers qu'on attend d'eux », expliquent les doyens, qui pointent du doigt l'amortissement et le renouvellement des infrastructures. À contrario, le regroupement proposé par l'hôpital unique est présenté sous ses meilleurs jours, offrant « des soins de haute qualité avec des médecins de toutes les spécialités [qui] seront disponibles 24 heures sur 24, 365 jours par année, diminuant ainsi considérablement les transferts secondaires de patients pour examens spécialisés ou traitements sophistiqués ».

Concernant la question du site d'implantation du futur hôpital, les médecins-chefs des Hôpitaux du Chablais et de la Riviera sont majoritairement en faveur d'une implantation proche de Villeneuve, « qui est à l'évidence la localisation la plus consensuelle pour être acceptée par les deux bassins de population », résument les doyens. Ils se placent donc en porte à faux par rapport à l'avis des députés chablaisiens signataires de la résolution adressée au groupe Boillat. Les médecins estiment qu'une implantation de l'hôpital aux environs de Villeneuve devrait s'accompagner de l'installation de centres de soins ou policliniques fonctionnant en réseau étroit avec l'hôpital, dans une structure commune permettant de désengorger les urgences de l'hôpital et d'envisager des suites de traitements coordonnées après une hospitalisation: « Un concept global, tenant compte d'une médecine de proximité nécessaire à l'ensemble de la population des deux régions doit donc faire partie intégrante de ce projet de regroupement hospitalier », estiment-ils. C'est à la condition d'allier centre de soins aigus et antennes de proximité que le projet est alors envisagé, et qu'il semble être accepté par la majorité des médecins de la Riviera et du Chablais.

Les débats restent vifs lorsque se profile le choix définitif d'un terrain situé à Rennaz. L'ancien directeur médical du Réseau santé Valais, le Dr Benoît Delaloye, évoque son engagement aux côtés du Dr Jean-Joseph Boillat, membre du collège des médecins de l'Hôpital Riviera, avec lequel il intervient à l'été 2002 dans l'émission de radio *Forum*, diffusée sur les ondes de Suisse romande, afin de défendre le point de vue déjà connu du rapport Boillat. Les détracteurs sont Georges Mariétan, alors secrétaire régional de l'OIDC²⁵, et Charles-Pascal Ghiringhelli, ancien président de l'Hôpital de zone d'Aigle. Tous deux signataires de la résolution des députés chablaisiens adressée au groupe Boillat, ils défendent explicitement un hôpital unique à Aigle²⁶. Les espoirs d'une partie des opposants à Rennaz se portent en effet sur la commune d'Aigle, qui possède une des deux parcelles du terrain « En Lieugex », aussi dit « des Pommiers », et a déjà établi des contacts avec le propriétaire de la seconde parcelle afin d'acquérir celle-ci pour répondre aux besoins de l'hôpital²⁷.

25 Sur l'OIDC, voir plus haut p. 77, note 31.
26 Entretien avec Benoît Delaloye, 18 mai 2017.
27 Entretien avec Pierre Loison, 9 janvier 2017; « Hôpital du Chablais: Projet de création d'un hôpital sur site unique, dossier de présentation des sites potentiels », rapport de B+C Ingénieurs SA, Aigle, mai 2001, Archives HDC Aigle (document remis par Pierre Loison).

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

3
La décision politique
d'un hôpital unique

Résultat

du rapport

Boillat :

Rennaz l'emporte

Le rapport du groupe Boillat est déposé le 19 novembre 2002 auprès des chefs des Départements de la santé vaudois et valaisan, Charles Louis Rochat et Thomas Burgener. Il recommande de retenir le site de La Grange des Tilles, sis sur la commune de Rennaz et propriété de la commune de Montreux, pour la construction d'un hôpital de soins aigus de 300 lits pour la région Riviera-Chablais. Il propose également un programme de réalisations, qui comprend la mise en place d'un nouveau réseau intégrant le rapprochement des hôpitaux du Chablais et de la Riviera, ainsi qu'une réaffectation des établissements en activité des régions concernées. Il est enfin préconisé que ces différentes opérations soient réalisées par un groupe de pilotage interhospitalier et intercantonal que désigneront les Départements vaudois et valaisan de la santé²⁸. Par ailleurs, l'urgence de lancer le projet est soulignée, étant donné la situation dans laquelle se trouvent les autres sites hospitaliers, en attente d'un nouvel hôpital depuis plusieurs années : « Vu l'état lacunaire des installations hospitalières actuelles et l'intention clairement affirmée dans la Déclaration commune de ne pas leur consacrer d'investissements importants ; vu les nombreuses démarches et travaux à entreprendre et réaliser [pour l'HRC], il est proposé de les entamer immédiatement, c'est-à-dire dès le début de l'année 2003, pour disposer d'un nouvel hôpital de soins aigus et d'un nouveau réseau de santé pour la région Chablais-Riviera dès 2010. »²⁹

28 Comité de pilotage HRC, *Études complémentaires sur la réorganisation hospitalière de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan. Synthèse du rapport*, 6 novembre 2006, p. 3 : « Rappel historique » ; Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan*, 19 novembre 2002 ; Groupe de travail « Recherche de site

HRC », *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004. p. 4 : « Introduction », Archives SSP Vaud. 29 Rapport du Groupe de travail « Recherche de site HRC », Rapport OFS, Rapport EPFL, *Projet confidentiel*, novembre 2002 (état au 8 novembre 2002), Archives SSP Valais.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

3
La décision politique
d'un hôpital unique

Résultat du rapport
Boillat : Rennaz l'emporte

On entrevoit alors un projet d'hôpital et de réseau qui pourrait se concrétiser en sept années. À noter que le groupe de travail, qui a acquis la conviction que l'option d'un nouveau centre hospitalier sur un site neuf était la seule viable, ajoute un argumentaire dans son rapport sur ce point, bien que son mandant ne l'ait pas demandé³⁰. Le gouvernement valaisan prend acte du rapport Boillat le 27 novembre 2002 et charge le Département de la santé de poursuivre la collaboration avec son homologue vaudois. Celui-ci s'octroie davantage de temps pour étudier et approuver le rapport : il en prend acte le 7 mai 2003, « en reportant sa prise de position sur le fond au moment où il examinera les résultats de la consultation sur le rapport de politique sanitaire cantonale ». Ce dernier est adopté le 18 décembre 2003 par le gouvernement vaudois, qui demandera toutefois, dans l'intervalle et par la suite, des études supplémentaires.

Réactions

des autorités locales

Suite à l'annonce du choix de Rennaz concernant l'implantation du futur hôpital, *Le Nouvelliste* fait part, en décembre 2002, d'un « petit sondage » mené auprès de quelques représentants politiques qui, aux dires du quotidien valaisan, montre que « le Chablais reste très divisé sur la question »³¹. Les arguments qui soulèvent le mécontentement relèvent pour la plupart de préoccupations économiques, ainsi que d'un certain déficit de communication sur les tenants et aboutissants de l'HRC. Parmi les personnes interrogées, le député de Monthey Christian Mayor évoque les difficultés des communes valaisannes qui, durant les dix prochaines années, devront payer leur part au multisite existant, alors que les coûts se sont envolés. « Certaines petites communes, de ce fait nouveau, n'ont plus de marge d'autofinancement et ne pourront plus investir pour les quinze ans à venir. Les présidents commencent à gronder », relate l' élu³². Il s'étonne par ailleurs que l'hôpital unique ait été un argument prioritaire de rationalisation, alors que l'HRC sera finalement constitué de trois établissements (le nouvel hôpital et les antennes de Vevey et de Monthey). « Un sucre pour la puissante Riviera ?... et par compensation, un établissement pour Monthey ? » s'interroge-t-il. « Le sucre semble bien petit », poursuit sa collègue de Morgins, la députée Brigitte Diserens, à propos de l'antenne envisagée

30 État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, SSP, « Synthèse des arguments pour un seul hôpital monosite pour la Riviera - Chablais », novembre 2003, p. 4, carton « Divers rapports : Synthèse des arguments pour un seul monosite Riviera-Chablais », Archives HDC Aigle.

31 Berreau Gilles, « Rennaz ne fait pas l'unanimité » *Le Nouvelliste*, 17 décembre 2002, p. 1. 32 Cette citation et celles qui suivent sont extraites des interviews de Gilles Berreau, « Hôpital excentré à Rennaz ? », *Le Nouvelliste*, 17 décembre 2002, p. 16.



Terrain de La Grange des Tilles
à Rennaz.

La Grange des Tilles.

II	3	Résultat du rapport
Vers l'hôpital unique	La décision politique	Boillat : Rennaz l'emporte
(années 2000 à nos jours)	d'un hôpital unique	

à Monthey. Elle doute par ailleurs que la construction à Rennaz ait un impact pour sa région en termes d'efficacité (soins, accès...) et de retombées économiques, estimant que « le plus important avant de choisir un site serait de régler le problème du financement des hôpitaux en Valais ».

Roger Morisod, député de Monthey, souhaiterait ouvrir un débat « afin que chacun sache ce qu'il paie et pourquoi », tandis que le député de Saint-Maurice Jean-Paul Duroux critique le choix de Rennaz pour des motifs socio-économiques, estimant que le futur hôpital « à deux pas de la Riviera vaudoise sera tout bénéfice pour elle, au détriment de la partie chablaisienne, en particulier valaisanne ». C'est aussi l'avis de Laurent Métrailler, élu de Collombey-Muraz, qui déplore qu'avec la localisation d'un hôpital à Rennaz plutôt qu'à Aigle, « le Chablais valaisan verrait un potentiel économique important lui échapper (domiciliation du personnel, implantation d'entreprises biomédicales) ». Si les deux mêmes apprécient en revanche la sauvegarde du site de Monthey, qui permettra de compléter l'offre de proximité en maintenant des emplois, l'un espère que « l'institution saura trouver sa place dans le paysage hospitalier et ne serve pas d'alibi pour faire avaler une pilule un peu amère », tandis que l'autre doute : « Il ne faut pas se leurrer : la viabilité à long terme d'une telle structure dans la planification hospitalière n'est pas assurée. »

Francine Cutruzzolà de Monthey ne voit d'avantages ni dans le site de Rennaz ni dans le l'antenne de Monthey : le choix du site unique ne respecte pas la Convention pour l'Hôpital du Chablais et la libre circulation des patients vaudois et valaisans d'octobre 1997 pour la création d'un nouvel hôpital du Chablais, alors que beaucoup d'efforts ont été consentis pour sa réalisation ; quant à l'antenne de Monthey, elle soulève encore trop de questions : « quels en seront les investissements et par qui seront-ils garantis ? » se demande notamment la députée. Un de ses arguments rejoint celui du syndic de Bex, Michel Flückiger, qui s'inquiète de la qualité de l'offre en transports publics. Pour cette raison, il aurait aussi préféré un site à Aigle, mais apprécie que Rennaz soit néanmoins dans le Chablais. Il se montre plus enthousiaste sur le maintien des deux CTR avec petites urgences, « un plus » selon lui.

II	3	Résultat du rapport
Vers l'hôpital unique	La décision politique	Boillat: Rennaz l'emporte
(années 2000 à nos jours)	d'un hôpital unique	

Réactions
des hôpitaux :
l'exemple
du Chablais

La qualité de la communication est un point crucial dans tout le processus qui mène à l’HRC : « À la moindre défaillance, c’est la vague d’indignation », énonce l’ancien directeur général de l’Hôpital du Chablais, Pierre Loison³³. Or, l’annonce du choix de Rennaz n’est pas des plus optimale selon Pierre Loison, qui avance une comparaison : « Lorsqu’il a fallu annoncer la fusion du Chablais vaudois et valaisan dans un hôpital, on a déposé un projet et il y a eu une grande information à la population, aux politiques, aux médecins, à l’interne de l’hôpital, au corps médical extérieur. » Puis très rapidement, il faut annoncer la fusion avec la Riviera. Des terrains sont proposés, notamment celui du Lieugex à Aigle, ou encore celui des Grands-Prés à Baugy « pour qu’il soit une bonne fois éliminé », estime Pierre Loison. Mais le choix de Rennaz est communiqué de façon subite : « Il y a eu une assemblée générale de l’association de l’Hôpital du Chablais, où le président Antoine Lattion et moi-même expliquions que nous ne connaissions pas encore les conclusions de la commission Boillat. La semaine suivante, la nouvelle paraissait dans un unique communiqué de presse. Pas de conférence, ni d’information préalable aux communes ou aux hôpitaux concernés ! » Une importante polémique s’ensuit autour du terrain du Lieugex à Aigle, la commune étant par ailleurs mécontente de ne pas avoir été associée aux négociations. « Elle finira par accepter la décision, comme les autres », estime Pierre Loison. En effet, les gouvernements ont tranché. Et leur décision n’est pas sans relation avec les réformes hospitalières qui s’annoncent dans leur canton respectif.

33 Entretien avec Pierre Loison, 9 janvier 2017, également pour les citations qui suivent.

4
Nouvelles
planifications
hospitalières
vaudoise
et valaisanne

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

4
Nouvelles
planifications
hospitalières
vaudoise
et valaisanne

En 2003-2004, les gouvernements vaudois et valaisan publient de nouvelles planifications hospitalières, qui s’inscrivent dans la continuité d’une optique de rationalisation de la gestion des hôpitaux et des ressources financières. Il est alors temps d’y faire figurer, pour la première fois et de façon officielle, l’HRC.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

4
Nouvelles planifications
hospitalières vaudoise
et valaisanne

Le Réseau
Santé Valais :
« cantonaliser »
et passer de dix
à un seul
interlocuteur

Ainsi, en Valais, la réorganisation sanitaire du canton vise à répondre aux difficultés financières du gouvernement et à la résistance des établissements hospitaliers face à la planification hospitalière antérieure : le canton évoque « une situation qui s’est progressivement dégradée et bloquée, en raison notamment des obstacles rencontrés dans la réalisation des Lignes directrices du Conseil d’État sur la planification hospitalière de février/avril 2000 »¹. Cette situation pousse le gouvernement à envisager le regroupement de l’ensemble de ses hôpitaux régionaux sous une seule instance : la stratégie du Conseil d’État consiste à remplacer la collaboration avec l’Institut central médico-technique des hôpitaux valaisans et les neuf établissements hospitaliers (Sion, Sierre, Martigny, Brigue, Viège, Hôpital du Chablais, Saint-Amé, Centre valaisan de pneumologie, Institution psychiatrique du Valais romand) par une collaboration avec un réseau unique, le Réseau Santé Valais (RSV). Établissement autonome de droit public, il rassemblera trois centres hospitaliers principaux regroupant l’ensemble des disciplines médicales :

1. Le Haut Valais Viège-Brigue,
2. Le Valais Central Sierre-Sion-Martigny et le Centre valaisan de pneumologie,
3. Le Chablais valaisan avec Saint-Amé, l’Hôpital du Chablais et les Institutions psychiatriques du Valais romand.

Écho des fortes réticences locales, la commission extraparlamentaire qui est chargée d’examiner le projet de Décret urgent soumis par le Conseil d’État au Grand Conseil accepte la création du RSV, mais la subordonne au maintien du rôle des associations hospitalières dans la gestion des établissements². Ce premier Décret, accepté par le Grand Conseil et entré en vigueur le 1^{er} février 2002, est marqué par une forte contradiction : d’un côté,

1 SSP-Valais, *Concept hospitalier 2004*, janvier 2004 : « Résumé », p. 3.

2 Canton du Valais, « Message accompagnant le projet de décret

sur le Réseau Santé Valais », 5 septembre 2001 : « 5. Commentaires du projet », p. 8.

II	4	Le Réseau Santé Valais :
Vers l'hôpital unique	Nouvelles planifications	« cantonaliser » et passer
(années 2000 à nos jours)	hospitalières vaudoise	de dix à un seul interlocuteur
	et valaisanne	

le RSV est institué, devenant la structure faîtière du système sanitaire valaisan, chargée de la planification hospitalière, de la négociation avec les partenaires et de la coordination de l'ensemble des établissements sanitaires du canton ; de l'autre, l'autonomie des associations hospitalières est maintenue dans la gestion courante des hôpitaux, des investissements et de l'engagement de personnel.

Rapidement, les actions de planification et de coordination que souhaitent mener le Conseil d'État et le RSV dans le cadre d'une politique de rationalisation se trouvent paralysées par la dispersion des pouvoirs décisionnels entre les différentes directions. À cet égard, l'autonomie dont dispose chaque hôpital est considérée comme une entrave à la mise en réseau des hôpitaux et à une distribution des ressources et des compétences techniques.

Comme l'évoque le Conseil d'État à peine plus d'une année après l'entrée en vigueur du Décret du 1^{er} février, « il importe d'aller plus loin dans la réflexion menée lors de la création du RSV »³. Pour le gouvernement, il s'agit de transférer au RSV les compétences et la responsabilité qui incombent encore aux associations hospitalières. Pour y parvenir, il envisage une réorganisation de la structure du système hospitalier par la création d'un seul Conseil d'administration et une Direction générale pour l'ensemble des centres hospitaliers, avec pour chacun d'entre eux un collège des médecins et une direction locale.

Afin d'obtenir un « monopole décisionnel »⁴ et d'écarter les associations hospitalières de la gestion des hôpitaux, le Conseil d'État propose de supprimer la participation financière des communes aux frais des hôpitaux (qui s'élève alors à 29 millions de francs) en les transférant à la charge de l'État. « Un tel transfert n'a de sens que s'il permet, à terme, une meilleure maîtrise des coûts, grâce à la mise en œuvre, par le RSV, de mesures de planification et de rationalisation qui s'imposent »⁵. Le Grand Conseil suit l'avis du gouvernement en acceptant le 4 septembre 2003 un deuxième décret urgent sur le RSV qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2004.

Si l'ensemble des hôpitaux valaisans est dès lors géré et dirigé par une structure unique, l'Hôpital du Chablais obtient des conditions particulières d'intégration, figurant au Décret, grâce à la voix des députés parlementaires du Chablais⁶. Les compétences du RSV concernant l'Hôpital du Chablais sont en effet limitées par le respect de la Convention intercantonale d'octobre 1997 et les dispositions particulières relevant des autorités sanitaires vaudoises et valaisannes⁷. Aussi, la gestion de l'établissement chablaisan reste

3 Canton du Valais, « Message accompagnant le projet de décret sur le Réseau Santé Valais (révision du décret du 1^{er} février 2002) », 16 avril 2003 : « 1. Introduction », p. 2.
4 Vouilloz-Burnier Marie-France, Barras Vincent, *De l'Hospice au Réseau santé, Santé publique et système hospitalier valaisans XIX^e-XX^e siècles* (Sierre 2004), p. 383.

5 Canton du Valais, « Message accompagnant le projet de décret sur le Réseau Santé Valais (révision du décret du 1^{er} février 2002) », 16 avril 2003 : « 2.2. L'objet de la révision », p. 4.
6 Informations transmises par Pierre Loison, (6 décembre 2018).

II	4	Le Réseau Santé Valais :
Vers l'hôpital unique	Nouvelles planifications	« cantonaliser » et passer
(années 2000 à nos jours)	hospitalières vaudoise	de dix à un seul interlocuteur
	et valaisanne	

du ressort de l'Assemblée général et du Comité de direction dont les attributions sont déterminées par les statuts de l'Association.

Afin d'assurer l'intégration de l'Hôpital du Chablais au sein du RSV, tout en préservant les caractéristiques spécifiques qui lui sont garanties, un accord est conclu le 17 décembre 2003 entre les cantons de Vaud et du Valais et la direction de l'établissement⁸. Les différentes parties y reconnaissent la compétence des organes de l'hôpital concernant la gestion de l'établissement, autorisent le RSV à choisir les représentants valaisans au sein du Comité de direction et décident d'attribuer les résultats d'exploitation de la partie valaisanne de l'hôpital au RSV. Pour faciliter la gestion courante de l'établissement, notamment des négociations budgétaires et tarifaires, une Commission d'application sera également créée. Conformément au caractère intercantonal de l'hôpital, elle sera composée paritairement de deux représentants des Départements vaudois et valaisans de la santé auxquels s'ajouteront deux délégués pour l'Hôpital du Chablais et un pour le RSV. Les signataires décident de conclure rapidement une convention pour fixer les modalités pratiques de la mise en œuvre de cet accord.

Au printemps 2004, à l'initiative du Valais, un premier projet de convention proposé par les services de santé donne lieu à une période de vive tension entre les différentes parties. En cause notamment, deux points : d'une part, le refus manifesté par les deux cantons de garantir les déficits éventuels de l'établissement⁹, d'autre part, la subordination du directeur de l'Hôpital du Chablais à celui du centre hospitalier du Chablais, une des régions structurées par le RSV comprenant l'établissement de St-Amé les institutions psychiatriques du Valais Romand et l'Hôpital multisite du Chablais¹⁰. Sur la base d'un avis de droit réalisé à sa demande¹¹, la Direction de l'Hôpital du Chablais considère ces propositions comme un revirement des autorités par rapport à l'accord de décembre 2003 et le dépassement des droits conférés par décret au RSV.

Finalement, au terme de négociations serrées, les différentes parties parviennent à tomber d'accord et signent une convention le 25 août 2004¹².

7 « Concerne : Projet de convention fixant les modalités pratiques de collaboration entre le Réseau Santé Valais (RSV) et l'Hôpital du Chablais (HDC) dès le 1^{er} janvier 2004 », Ziegler Poncet & Grumbach, 19 avril 2004, p. 5, chemise « décret RSV », Archives HDC Aigle.
8 « Accord entre les Départements de la Santé des cantons de Vaud et du Valais et de l'Hôpital du Chablais », 17 décembre 2003, chemise « Décret RSV », Archives HDC Aigle.
9 « Projet, convention entre le Département de la santé du canton de Vaud, le Département de la santé du canton du Valais, le réseau santé (RSV) et l'Hôpital du Chablais fixant les modalités pratiques de collaboration entre le Réseau Santé Valais et l'Hôpital du Chablais dès le 1^{er} janvier 2004 », p. 5 (document remis par Pierre Loison), Archives HDC Aigle.
10 *Ibid.*, p. 3.
11 « Concerne : Projet de convention fixant les modalités pratiques de collaboration entre le Réseau Santé Valais (RSV) et l'Hôpital du Chablais (HDC) dès le 1^{er} janvier 2004 », Ziegler Poncet & Grumbach, 19 avril 2004, chemise « décret RSV », Archives HDC Aigle.

II	4	Le Réseau Santé Valais:
Vers l'hôpital unique	Nouvelles planifications	« cantonaliser » et passer
(années 2000 à nos jours)	hospitalières vaudoise	de dix à un seul interlocuteur
	et valaisanne	

Le RSV prendra à sa charge les résultats d’exploitation négatifs de la partie valaisanne de l’établissement alors que l’Hôpital du Chablais conservera son autonomie en suivant toutefois « les mesures appliquées dans les autres établissements du RSV pour approcher efficacement le résultat attendu »¹³ concernant la politique du personnel, la politique des achats, l’organisation des soins ou le développement informatique par exemple. Le RSV sera en outre représenté au sein de la Direction générale par l’entremise d’un membre du centre hospitalier du Bas Valais.

Souvent désignée par le grand public et les médias comme une « cantonalisation », cette transformation de la structure juridique de l’ensemble des hôpitaux régionaux valaisans, qui passent du statut de droit privé au statut autonome de droit public, facilite dans un premier temps l’organisation du secteur hospitalier valaisan. Ancien directeur médical du RSV, le Dr Benoît Delaloye estime que la création du réseau est alors « une question de survie médicale et financière ». Lorsqu’il reprend les hôpitaux du Valais, le réseau annonce un déficit de 27 millions de francs pour la première année. « Le RSV était une très bonne chose à l’époque. Il a notamment permis de créer un hôpital dans le Haut-Valais et, par la suite, de renforcer l’avenir de l’HRC pour la partie valaisanne », se souvient Benoît Delaloye¹⁴.

En effet, ce regroupement, décrit dans le nouveau « Concept hospitalier 2004 » du canton du Valais, cautionne aussi la nécessité de construire à Rennaz un hôpital de soins aigus de 300 lits pour la région Riviera-Chablais. Le Concept est approuvé par le Conseil d’État et le Grand conseil valaisans en janvier 2004, date où le RSV entre en fonction. Le principe sera ancré dans la nouvelle loi sur les institutions sanitaires valaisannes, adoptée par le Grand Conseil le 12 octobre 2006, qui confirme aussi la création d’une zone hospitalière Chablais¹⁵.

La balle est à présent dans le camp vaudois, où les précautions sont de rigueur. Car c’est sur territoire vaudois que doit se situer l’hôpital unique de soins aigus, et que de nombreuses questions devront être traitées relatives à son emplacement. C’est pourquoi le Concept hospitalier valaisan s’est prémuni d’un paragraphe – évoqué à trois reprises dans le document – qui rappelle l’accord passé avec le gouvernement vaudois et les options déjà arrêtées concernant la construction prévue d’un hôpital à Rennaz. Il est dès lors nécessaire, précise le texte, que « des décisions soient prises dans ce sens par les autorités vaudoises dans les meilleurs délais; faute de quoi, le gouvernement valaisan sera amené à redéfinir rapidement sa planification hospitalière pour le Bas-Valais »¹⁶.



12 « Convention entre le Département de la santé et de l’énergie-Valais, le Département de la santé et de l’action sociale-Vaud, l’Hôpital du Chablais (HDC) et le Réseau santé Valais (RSV) », 25 août 2004, p. 1, chemise « Décret RSV », Archives HDC Aigle.

13 Ibid, p. 2.

14 Entretien avec Benoît Delaloye, 18 mai 2017.

15 « Réseau Santé Valais. Nouveau décret du 4 septembre 2003 », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 15; « La planification hospitalière vaudoise et valaisanne », *Hôpinfo*, n° 9, novembre 2006, p. 18.

La planification hospitalière vaudoise et valaisanne de 2003-2004.

II
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)

4
Nouvelles planifications hospitalières vaudoise et valaisanne

Les centres
hospitaliers
vaudois :
une priorité
sur l'Est
vaudois

De l'autre côté du Rhône, le Conseil d'État vaudois tarde à remettre sa copie au Grand Conseil sur la nouvelle politique sanitaire du canton. Car il ne s'agit pas de se limiter à l'organisation hospitalière, mais bien de se positionner sur l'ensemble de la politique sanitaire des quatre régions vaudoises (Nord, Centre, Est et Ouest), la priorité étant toutefois donnée à l'Est vaudois avec la construction du nouvel établissement pour la Riviera et le Chablais à Rennaz (ci-après Hôpital de Rennaz). Aussi, malgré la Déclaration commune signée avec le Conseil d'État valaisan le 8 octobre 2001¹⁷, le Conseil d'État vaudois, toujours aux prises avec d'énormes difficultés financières et soucieux de réduire sa dette, souhaite-t-il une explication plus détaillée des facteurs techniques, sociaux et financiers soutenant le choix du monosite unique de l'HRC plutôt que celui de deux hôpitaux monosites. Un rapport supplémentaire est exigé.

Le rapport
« intermédiaire »

Dans un premier temps, le Conseil d'État fait produire un solide rapport « intermédiaire », qui doit déjà contenir « les principes qui guideront le Conseil d'État dans l'élaboration du rapport définitif »¹⁸. Ces principes soulignent l'importance de la proximité dans la prise en charge des maladies chroniques liées au vieillissement de la population par les filières des soins organisées par les réseaux (médecins installés, hôpitaux régionaux, EMS, soins

16 SSP-Valais, *Concept hospitalier 2004*, janvier 2004 : « résumé », p. 5, « La région du Chablais-Riviera », p. 89, « Conclusion », p. 94.
17 Sur la Déclaration commune de 2001, voir plus haut à la pp. 132-134.
18 SSP Vaud, « Organisation hospitalière. Rapport intermédiaire

du Conseil d'État au Grand Conseil, et Déclaration commune Vaud-Valais », [octobre 2003], carton « Divers rapports : Synthèse des arguments pour un seul monosite Riviera-Chablais », Archives HDC Aigle.

II
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)

4
Nouvelles planifications hospitalières vaudoise et valaisanne

Les centres hospitaliers vaudois : une priorité sur l'Est vaudois

à domicile, etc.). Ils relèvent aussi la nécessité de regrouper les équipements et les compétences pour certains soins spécialisés sur un nombre limité de sites, et ils recommandent une organisation performante de la chaîne des urgences pré-hospitalières réalisée durant la législature en cours. Au final, le rapport intermédiaire rappelle et détaille les avantages d'un hôpital monosite unique.

Le rapport justifie son caractère « intermédiaire » en raison des incertitudes liées à la révision de la LAMal, qui doit entrer en vigueur en janvier 2004. Il vise aussi à intégrer l'organisation hospitalière dans une vision plus large de la gestion des services de santé (investissements dans l'hébergement en EMS ou dans les soins à domicile), et accompagner la réorganisation hospitalière d'une démarche de communication permettant aux autorités de comprendre les besoins et les préoccupations de la population, et à cette dernière de saisir les enjeux de la réorganisation¹⁹.

L'étude du rapport intermédiaire appuie notamment son argumentaire défendant l'hôpital monosite unique sur une revue rapide de vingt projets de construction d'hôpitaux publics ou publics/privés, dont l'ouverture a été réalisée ou est prévue entre 2003 et 2009 en France, au Canada, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Grande-Bretagne. Ces hôpitaux, universitaires ou non universitaires, comptent de 279 lits (Hôpital/Clinique de Fécamp, France) à 1185 lits (Hôpital universitaire de Birmingham, Grande-Bretagne). Également mentionné car regroupant trois sites sur un seul, l'hôpital des Cadolles-Pourtalès de Neuchâtel, avec ses 200 lits, est le plus petit de la liste. Il ressort de la comparaison de ces sites les trois constats suivants : premièrement, les projets de regroupements hospitaliers qui concernent plusieurs hôpitaux, ou un même hôpital sur plusieurs sites, visent systématiquement à les regrouper sur un seul site ; deuxièmement, aucun projet ayant une mission comparable à celle du futur HRC n'a moins que 300 lits et plusieurs en ont nettement plus ; troisièmement, même les hôpitaux universitaires ayant jusqu'à 1185 lits sur plus d'un site cherchent à les regrouper dans un même lieu lorsqu'ils en ont l'opportunité. Le rapport tire de ces constats la conclusion que « 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 [– respectivement les sites de Vevey Samaritain et d'Aigle –] ne le sont pas »²⁰.

Enfin, une série d'arguments démontre « tous les avantages » de l'hôpital monosite plutôt que deux hôpitaux. En sus de l'aspect économique – l'hôpital unique minimise les coûts unitaires et le coût total des soins aigus spécialisés –, la notion d'espace, liée aux perspectives offertes par le volume de l'hôpital, ressort de façon centrale. La surface de l'hôpital unique intervient dans le confort des patients et du personnel, il devient plus multidisciplinaire par la flexibilité des espaces (polyvalents, sectorisés, adaptables et modulaires) ;

19 *Ibid.*
20 État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, SSP, « Synthèse des arguments pour un seul hôpital monosite pour la Riviera - Chablais », novembre 2003, p. 14, carton « Divers rapports : Synthèse des arguments pour un seul monosite Riviera-Chablais », Archives HDC Aigle.

II	4	Les centres hospitaliers
Vers l'hôpital unique	Nouvelles planifications	vaudois : une priorité
(années 2000 à nos jours)	hospitalières vaudoise	sur l'Est vaudois
	et valaisanne	

la communication interne est rendue plus fluide et les lieux de travail plus favorables à la coopération ; les surfaces modulaires et adaptables permettent une meilleure adaptation des services hospitaliers aux avancées de la technologie médicale ; les soins infirmiers deviennent plus importants et plus techniques avec des unités d'hospitalisation de taille adéquate ; un hôpital spacieux est à l'avantage du confort des patients, en offrant des chambres individuelles et un niveau hôtelier plus concurrentiel avec les cliniques privées ; il permet en outre une intégration de services annexes – galeries publiques, restaurant, kiosque dans la vision d'une « rue hospitalière » ; les espaces communs, de formation et dédiés au personnel sont agréables, les parkings sont suffisants ; l'activité ambulatoire peut être clairement séparée de l'hospitalisation ; la différenciation des espaces selon la nature de l'activité²¹ permet de faciliter le repérage des patients²².

Fort des nouvelles garanties développées dans le rapport intermédiaire, rendu en octobre 2003, le Conseil d'État vaudois peut remettre son propre « Rapport au Grand Conseil sur la politique sanitaire » en mars 2004. La planification vaudoise y définit à terme, en dehors de l'hôpital universitaire du CHUV, trois autres centres hospitaliers pour les soins aigus spécialisés : un au nord du Canton, un autre à l'ouest, et un dans l'Est vaudois. Le rapport préconise 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 »²³. Cette priorité, déjà confirmée par la Déclaration commune de 2001, explique les précautions particulières du canton de Vaud, qui adjoint d'ailleurs le rapport intermédiaire complet en annexe de son rapport final sur la politique sanitaire du canton. Celui-ci planifie aussi l'attribution des autres sites de la Riviera et du Chablais.

Un premier point sur les besoins du futur hôpital	Parallèlement, depuis 2003, le SSP Vaud s'est mis en contact avec le groupe Antares consulting SA, afin de mener une étude préliminaire devant guider l'élaboration du « programme des locaux » (dimensionnement des espaces de l'hôpital) et du cahier des charges des services à envisager dans le futur Hôpital de Rennaz. L'équipe de consultants présente son projet d'étude aux SSP des deux Cantons en janvier 2005 ²⁴ .
---	--

21 Entre activité urgente *versus* activité programmée, hospitalisation *versus* activité ambulatoire, activité pédiatrique *versus* activité adulte, etc.

22 État de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, SSP, « Synthèse des arguments pour un seul hôpital monosite pour la Riviera - Chablais », novembre 2003,

p. 14, carton « Divers rapports : Synthèse des arguments pour un seul monosite Riviera-Chablais », Archives HDC Aigle.

23 *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique sanitaire*, mars 2004 : « Organisation territoriale : Est vaudois », pp. 49-50.

24 Antares Consulting, *Définition du programme des besoins pour le Centre Hospitalier de l'Est. Proposition de collaboration*, 27 août 2003, Archives SSP Vaud ; Antares Consulting, *HRC Projet pour la définition du cahier des charges et programme des locaux*, 11 janvier 2005, Archives SSP Vaud.

25 Antares Consulting, *Définition du programme des locaux de l'HRC. Modèle d'hôpital*, 2005, p. 18, Archives HDC Aigle.

II	4	Les centres hospitaliers
Vers l'hôpital unique	Nouvelles planifications	vaudois : une priorité
(années 2000 à nos jours)	hospitalières vaudoise	sur l'Est vaudois
	et valaisanne	

Ce projet vise notamment à tenir compte des principales tendances existantes dans le secteur hospitalier, afin de concevoir un modèle d'hôpital qui puisse le positionner par rapport à son environnement. Il rappelle par exemple que les hôpitaux européens connaissent des pressions croissantes en termes de changement de population, de profils de pathologies, de nouvelles technologies et d'attentes publiques et politiques. « Ces changements ont des implications importantes sur la manière de prévoir les soins hospitaliers car de nouveaux types de soins requièrent de nouvelles configurations des édifices, des personnes aux habiletés différentes et de nouvelles formes de travail », expliquent les experts d'Antares. Aussi est-il nécessaire de définir les caractéristiques du futur hôpital et de les incorporer lors de la conception et le dimensionnement des espaces physiques²⁵.

Mais la collaboration avec la société Antares est momentanément interrompue. La question de la forme et du contenu de l'hôpital est reportée, tandis que les sujets, pourtant déjà traités, que sont l'hôpital monosite et son lieu d'implantation, vont ressurgir. Parallèlement, dans le contexte des décisions politiques sur les futures mesures sanitaires des deux Cantons, des initiatives sont également prises du côté des hôpitaux.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

4
Nouvelles planifications
hospitalières vaudoise
et valaisanne

Le Protocole
d'accord entre
les Hôpitaux
de la Riviera
et du Chablais

Ainsi, le processus de rapprochement entre l'Hôpital du Chablais et l'Hôpital Riviera se concrétise sous l'impulsion des responsables des deux établissements, qui souhaitent « ne pas perdre tout le bénéfice de l'important travail politique réalisé dans [les] deux régions afin de convaincre du bien-fondé d'un tel hôpital [l'hôpital unique] »²⁶. En janvier 2004, un protocole d'accord est alors signé par le président Antoine Lattion et le directeur général Pierre Loison pour l'Hôpital du Chablais, et par le président Daniel Schmutz et le directeur général Jean-François Brunet pour l'Hôpital Riviera. Ce protocole entérine la collaboration entre les deux établissements par la création d'un comité de coordination, chargé de mener une réflexion globale sur le projet de l'hôpital unique et sur les structures à mettre en place en fonction des étapes des crédits (d'étude, d'ouvrage et d'exploitation du futur hôpital). En tant qu'interlocuteur privilégié des deux hôpitaux pour toute question relative à l'hôpital unique, ce Comité de coordination doit aussi faire en sorte que la concrétisation du projet se fasse selon le planning établi. En outre, il doit charger les Directions générales des hôpitaux de mettre en œuvre les décisions prises en son sein, tout en menant une politique d'information transparente vis-à-vis des comités de l'Hôpital du Chablais et de l'Hôpital Riviera.

La durée de cet accord est prévue jusqu'à la création de l'hôpital unique à Rennaz, dont l'ouverture est alors envisagée en 2010. En cas d'abandon du projet d'hôpital unique, l'accord doit garantir la poursuite de la collaboration des parties concernées sous une forme à définir²⁷. Le rapprochement entre l'Hôpital du Chablais et l'Hôpital de la Riviera fait donc partie de la vision désormais partagée et explicite des responsables hospitaliers.

26 « Accord de collaboration Hôpital Riviera-Hôpital du Chablais », lettre du 20 janvier 2004 adressée par Antoine Lattion, Pierre Loison, Daniel Schmutz et Jean-François Brunet aux conseillers d'État Th. Burgener et Ch.-L. Rochat, Archives HDC Aigle (document remis par Pierre Loison).

27 « Protocole d'accord entre l'Hôpital Riviera et l'Hôpital du Chablais », signé à Aigle le 20 janvier 2004 par Antoine Lattion, Pierre Loison, Daniel Schmutz et Jean-François Brunet, Archives HDC Aigle (document remis par Pierre Loison).

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

4
Nouvelles planifications
hospitalières vaudoise
et valaisanne

Le Protocole d'accord
entre les Hôpitaux
de la Riviera et du Chablais

Mais le processus qui se poursuit est loin d'être linéaire. En cause, des divergences entre les deux établissements concernant leurs implications, en amont, dans le processus de définition du futur hôpital.

Du côté du Chablais, la direction défend une politique proactive qui passe par la fusion rapide des deux établissements et l'élaboration d'une vision claire concernant l'organisation du futur hôpital afin de disposer d'un projet concret à proposer, le moment venu, aux deux cantons. Du côté de la Riviera, sans doute encore échaudé par l'échec du projet de l'Hôpital de Sully, on préfère rester indépendant le plus longtemps possible avant de fusionner et attendre un signe des Départements pour entrer de plain-pied dans la procédure de réflexions communes²⁸. Aussi, malgré plusieurs ateliers de travail menés dès 2005 à l'instigation des établissements sous la direction de consultants, aucun projet concret n'aboutira.

28 « Stratégie en route vers l'HRC » document de synthèse », 21 août 2006, p. 3, chemise: « Synthèse des ateliers de travail. Rapprochement

HDC-HR. Sous la conduite d'O. Girardin. Août 2006 » m Archives HDC Aigle.

5

Nouvelles

précautions

et études

supplémentaires

Comme on l’a vu, le choix du site de Rennaz, arrêté par le groupe Boillat et présenté aux gouvernements vaudois et valaisan en novembre 2002, avait été rapidement avalisé du côté valaisan. Côté vaudois, le gouvernement prenait acte du rapport Boillat en mai 2003, en reportant sa prise de position afin d’attendre la consultation sur la nouvelle planification hospitalière parue en mars 2004. Or, en décembre 2003, le Conseil d’État décidait de poser une condition à la nouvelle planification, à savoir « d’appliquer la méthode Albatros aux sites proposés par le Groupe de travail Recherche de site HRC [le groupe Boillat] »¹. Les résultats du groupe Boillat doivent donc être réévalués à l’aune d’une nouvelle méthode. L’équipe Boillat élargie se remet au travail.

1 Groupe de travail Recherche de site HRC, *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004. p. 4 : « Introduction ».

Développée à l’EPFL sous l’égide de l’architecte cantonal, Albatros est une méthode d’analyse et d’aide à la décision qui permet de mettre en oeuvre les principes du développement durable dans les choix initiaux d’infrastructures publiques, ceci selon trois grands axes : économique, social et écologique. Afin de tenir compte des spécificités de cette méthode, le groupe Boillat s’agrandit par l’intégration de nouveaux experts : Éric Perrette, chef du Service vaudois des bâtiments, monuments et archéologie, l’ingénieur Pasquale Novellino, chef de projet au Service vaudois de la mobilité, et l’aménagiste Michel Martinet du Service vaudois de l’aménagement du territoire. De plus, afin d’élargir la représentativité du groupe, deux députés participent aux travaux : la députée et syndique de Veytaux Claudine Nicollier et le député d’Aigle Charles-Pascal Ghiringhelli. Le lieu d’implantation de l’HRC explique l’origine exclusivement vaudoise de ces nouveaux membres, auxquels s’ajoute l’un des concepteurs de la méthode Albatros, Flourentzos Flourentzou, directeur associé de la société Estia SA. Selon cet expert, la notion de développement durable se définit comme « le fait de parvenir à satisfaire nos besoins sans compromettre ceux des générations futures »².

Quatre terrains sont à nouveau évalués par le groupe de l’étude Albatros, selon la nouvelle analyse multicritère : Le Lieugex à Aigle, Le Pré-des-Fourches à Villeneuve, La Tronchenaz à Villeneuve et La Grange des Tilles à Rennaz. Les résultats du rapport Albatros démontrent que La Grange des Tilles, en plus des avantages mis en évidence lors de la première étude Boillat, est le site qui répond le mieux aux enjeux du développement durable : le concept de mobilité du site favorise l’utilisation des transports publics et les investissements en infrastructures sont jugés faibles³. « Si 20 % des employés se rendent à l’hôpital en transports publics, cela équivaut aux économies d’énergie générées par un bâtiment aux normes « MINERGIE » », note l’expert d’Albatros Flourentzos Flourentzou. Dans les faits, les calculs

2 *Ibid.* : « Composition du Groupe de travail » ; « Entretien avec M. Flourentzos Flourentzou, directeur associé Estia & expert du groupe Albatros », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 10.

II	5	Une nouvelle étude
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	sur le choix du site :
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	l'étude Albatros

montrent que 18 % de la population de captation, soit 27 000 habitants, peuvent accéder à l'hôpital en moins de 15 minutes depuis le centre de leur commune, et 44 %, soit 67 000 habitants, en moins de 22 minutes de trajet en transports publics. Dans une perspective à moyen et long terme, l'idée est de tenir compte de l'impact de l'étalement des villes, de la disparition du paysage voire de la hausse ou disparition du pétrole, en aménageant au mieux les infrastructures des transports et des réseaux, « ceci pour ne pas imposer un choix aux générations futures en les obligeant à accéder à l'hôpital en voiture », souligne l'expert⁴.

Au fil des études, les critères pris en compte par les divers spécialistes s'étant prononcés en faveur du site à Rennaz auront été : l'accessibilité en transports publics et individuels, les impacts environnementaux et le développement durable, l'accessibilité aux ambulances, la sécurité d'implantation et les possibilités d'agrandissement, la qualité et le prix du site. D'autres atouts seront évoqués au fil des ans, tels que l'absence de lignes à haute tension aux alentours du site, autorisant des vols d'hélicoptères médicalisés en évitant les zones d'habitations, ou encore la rampe d'accès à l'autoroute en direction d'Aigle, qui constitue un mur antibruit naturel aux usagers de l'hôpital. Enfin, les dimensions du terrain de La Grange des Tilles (86 000 m²) sont jugées optimales pour permettre d'accueillir un vaste parking paysagé et rendre possible l'évolution future de l'établissement⁵. Pour le groupe Albatros, qui confirme le choix de La Grange des Tilles, il y a lieu de passer à la réalisation concrète, sur les plans matériel et institutionnel⁶.

Le rapport Albatros est déposé auprès des Conseils d'État vaudois et valaisan le 7 juillet 2004. Le 1^{er} septembre 2004, le gouvernement vaudois entérine le choix du terrain de La Grange des Tilles à Rennaz, sous réserve d'un accord avec le propriétaire, la commune de Montreux, sur les conditions de mise à disposition du terrain⁷. Parallèlement au choix du terrain, le dimensionnement et l'organisation de l'hôpital est à l'agenda des autorités politiques, qui se dotent d'un organe intercantonal de réflexion et de recherche pour les étapes à venir.

3 « Entretien avec M. Flourentzos Flourentzou, directeur associé Estia & expert du groupe Albatros », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 10; Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004. p. 2: « Résumé », Archives SSP Vaud; « Hôpital unique – Rapport Albatros. L'étude des terrains », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 11.

4 « Entretien avec M. Flourentzos Flourentzou, Diecteur associé Estia & expert du groupe Albatros », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 10.

5 « HRC à Rennaz. Le choix du terrain. Rappel des atouts », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 6; Site web HRC, www.hopitalrivierachablais.ch, « L'emplacement de l'hôpital: Rennaz l'emporte haut la main », consulté en 2016.

6 Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004. p. 2: « Résumé », Archives SSP Vaud.

7 « Hôpital unique – Rapport Albatros. L'étude des terrains », *Hôpinfo*, n° 7, septembre 2004, p. 11.

II	5	Le Comité
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	de pilotage
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	intercantional

Ainsi, les chefs des Départements de la santé vaudois et valaisan mettent sur pied un Comité de pilotage intercantonal (ci-après Copil intercantonal), à l'œuvre dès le 1^{er} février 2004. Il se compose de personnalités de divers services vaudois et valaisan. Pour le SSP Vaud, ce sont le chef de service Marc-Étienne Diserens (président), le chef de la division des hôpitaux Adrian Griffiths, le médecin adjoint Pierre Rosset, le chef de groupe à la division des hôpitaux Pierre Hirt (chef de projet), le juriste Max Fauchère (secrétaire). Le SSP Valais est représenté par le chef de service Georges Dupuis (vice-président), l'ingénieur Bernard Z'Graggen et le Dr Benoît Delaloye, directeur médical au RSV. L'Hôpital Riviera compte sur Daniel Schmutz, Jean-François Brunet et le médecin-chef Jean-Joseph Boillat, respectivement président, directeur général et membre du collège des médecins de l'établissement, tandis que pour l'Hôpital du Chablais, ce sont Antoine Lattion, Pierre Loison et Philippe Rouge, respectivement président, directeur général et directeur des soins de l'établissement.

La mission de ce Copil intercantonal est d'apporter conseil aux deux chefs des Départements de la santé, dans les domaines que sont la définition de la mission du futur HRC, l'élaboration du cahier des charges et du programme des locaux, le choix et la mise en place de la nouvelle entité juridique, le choix du mode d'organisation et de financement du projet, l'acquisition du terrain, la légalisation du terrain et les rapports avec les communes, les relations avec la (future) Commission de construction. Deux sous-groupes de travail « information » et « appel d'offres » sont également constitués. À cette époque, on entrevoit une ouverture de l'Hôpital pour fin 2011 - début 2012⁸.

8 « Hôpital unique Riviera-Chablais », *Hôpital Riviera, RA 2004*, p. 7, Archives HR Mottex; Comité de pilotage HRC, *HRC – Cadre général*, 13 décembre 2006, p. 15: « Composition du Copil », Archives SSP VD.

II	5	Le Comité de pilotage
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	intercantonal
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

L'arrivée d'un nouveau conseiller d'État et de nouvelles questions

En décembre 2004, le conseiller national socialiste Pierre-Yves Maillard entre au Conseil d'État vaudois et prend la tête du Département de la santé et de l'action sociale, remplaçant le conseiller libéral Charles-Louis Rochat. Les liens du nouvel élu avec les milieux syndicaux et son positionnement d'ancien défenseur des hôpitaux régionaux vont à l'encontre du projet d'un grand hôpital unique, impliquant la fermeture de plusieurs hôpitaux de la Riviera. Il faudra au conseiller d'État du temps pour adhérer à l'argumentaire en faveur de l'HRC et l'intégrer à son calendrier. « En général, l'arrivée d'un nouveau conseiller d'État freine certains dossiers », explique l'ancien chef du SSP Vaud, Marc-Étienne Diserens⁹.

Au magazine *Hôpinfo* qui lui demande, en 2005, si les retards successifs dans le dossier HRC ne risqueraient pas de démotiver les acteurs du projet, Pierre-Yves Maillard répond : « Ce qui les démotivera, c'est de leur faire croire que tout est pour demain, alors qu'aucune hypothèse n'allait dans ce sens. La décision du Conseil d'État vaudois, comprise par nos voisins valaisans, est la suivante : nous repoussons de quelques mois la présentation d'un crédit d'étude, prévue initialement pour fin 2006 et qui sera présentée vers la fin du premier semestre 2007. [...] Ce petit report permettra d'apporter quelques réponses qu'il faut résoudre avant de demander deux ou trois dizaines de millions de francs d'études au Grand Conseil et éventuellement au peuple. »¹⁰

Marc-Étienne Diserens se souvient que le conseiller personnel de Pierre-Yves Maillard favorise alors un dialogue constructif dans ce dossier : « Olivier Peters était régulièrement envoyé auprès du SSP Vaud pour l'interpeller. Il a joué un rôle d'interface entre le SSP et le conseiller d'État. »¹¹ Les interrogations de Pierre-Yves Maillard portent sur plusieurs points, détaillés dans le même *Hôpinfo* : « D'abord, quels sont les sites hospitaliers actuels qui fermeront et quels sont ceux qui subsisteront, et dans ce cas avec quelle mission ? [...] Ensuite, sera-t-il possible de fonctionner avec 20 % de lits de soins aigus en moins qu'aujourd'hui, comme c'est prévu dans le projet actuel ? Si oui, que faut-il comme augmentation de lits de transition et de réadaptation pour recevoir les patients après leur traitement aigu ? Il est utile de savoir cela pour juger des économies de fonctionnement que générera ce nouvel hôpital. »

À ce stade, rien n'est encore certain quant à la décision du conseiller d'État, qui se montre ferme : « Sans réponse claire et précise à ces questions, et sans conception globale du futur réseau hospitalier Riviera-Chablais, les chances d'aboutir en fin de compte seront plus faibles. »¹²

Marc-Étienne Diserens estime qu'au niveau de la politique sanitaire, la couleur politique du nouveau Chef du Département de la santé jouera finalement en faveur de l'HRC : « Après de longues années de domination

9 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

10 « Interview des deux conseillers d'État vaudois et valaisan en charge de la Santé », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, pp. 2-3, ici p. 3.

11 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

12 « Interview des deux conseillers d'État vaudois et valaisan en charge de la Santé », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, pp. 2-3, ici p. 3.

II	5	Le Comité de pilotage
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	intercantonal
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

des partis bourgeois à la tête des Départements en charge de la santé, il s'est trouvé que plusieurs cantons romands ont nommé des conseillers d'État socialistes, au moment où les pressions étaient assez fortes pour faire évoluer les systèmes de santé dans une direction généralement différente de leur vision première. »¹³

Dans la conjoncture des années 2000, il devient de plus en plus difficile, pour ces nouveaux responsables, d'aller à contre-courant des mesures de rationalisation des dispositifs hospitaliers, issues notamment du *new public management*.

Études complémentaires et synthèse du Copil intercantonal

Dans un premier temps, les motifs avancés jusqu'alors en faveur du site de Rennaz sont donc présentés comme incomplets par les politiques, qui demandent de nouvelles garanties. En mai 2005, les chefs des Départements de la santé socialistes Pierre-Yves Maillard (Vaud) et Thomas Burgener (Valais) rencontrent le Copil intercantonal pour lui demander que soient menées des études permettant de consolider l'option choisie. Ces études doivent porter sur le dimensionnement d'un nouvel hôpital unique, l'estimation des gains économiques et qualitatifs qu'il apporterait (en intégrant les coûts d'investissement et de fonctionnement des capacités nouvelles en lits de traitements et de réadaptation à créer), ainsi que le devenir des sites existants (Vevey Samaritain, Vevey Providence, Montreux, Blonay Mottex, Miremont, Aigle et Monthey) et l'évaluation du coût de ces mutations. Les analyses doivent permettre d'estimer l'impact global de la future réorganisation hospitalière dans la région de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan, et serviront de base à la présentation, devant les deux Grands Conseils, pour la demande de crédit relative au concours d'architecture, à l'acquisition du terrain et aux études détaillées de celui-ci¹⁴.

Chargé de la synthèse des études complémentaires, le Copil intercantonal remet son rapport en novembre 2006 aux deux gouvernements¹⁵. Ce rapport tient notamment compte de l'estimation du développement démographique de la région Riviera-Chablais – qui passerait, selon estimation, de 150 000 à près de 170 500 habitants en 2015 – et de l'évolution des hospitalisations en soins aigus (A), qui seraient amenées à diminuer en termes

13 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

14 « HRC. Les conseillers d'État Thomas Burgener et Pierre-Yves Maillard rencontrent le Comité de pilotage du futur hôpital », communiqué de presse des chefs des Départements vaudois et valaisan de la santé, Lausanne et Sion, 11 mai 2005.

15 Comité de pilotage Hôpital Riviera-Chablais, *Études complémentaires sur la réorganisation hospitalière de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan. Synthèse du rapport*, 6 novembre 2006, Archives SSP Vaud.

II	5	Le Comité de pilotage
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	intercantonal
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

de nombre et de durée de séjours. En croisant les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation des sites existants et des économies réalisées avec l'HRC, le Copil confirme « l'option d'un futur Centre hospitalier Riviera-Chablais (340 lits A, dont 40 lits d'hospitalisation d'un jour) sur le site de Rennaz et de deux CTR (de 75 lits B chacun avec une antenne médico-chirurgicale), respectivement au Samaritain et à Monthey »¹⁶. À ce stade, le nombre définitif de lits dépendra de l'évolution démographique, de la durée de séjour, du taux de recours, etc. La conception modulaire – flexible – de l'hôpital doit permettre de s'adapter à ces facteurs.

Les gains qualitatifs d'un hôpital unique Riviera-Chablais sont regroupés en deux catégories : ceux concernant les attentes des utilisateurs (patients, professionnels et communauté) et ceux concernant l'organisation médicale et fonctionnelle. Le Copil intercantonal analyse les impacts d'une réorganisation par rapport à divers facteurs, notamment l'évolution des besoins (augmentation des maladies chroniques et de la polypathologie qui caractérisent les populations plus âgées et apparition de nouvelles pathologies), l'évolution de la technologie (augmentation du volume, de la technicité et de l'interdisciplinarité des soins liée aux progrès de la médecine), la croissance des attentes des patients concernant la qualité et la personnalisation des services ainsi que l'information et la participation dans les décisions relatives à leur prise en charge. Sont aussi prises en compte la pénibilité du travail des collaborateurs qui se traduit par une pénurie de personnel de plus en plus marquée, à laquelle le secteur sanitaire et les hôpitaux en particulier ont des difficultés à faire face. De plus, le Copil relève les nouvelles tendances hospitalières, telles que l'organisation autour du patient et l'hôpital tourné vers l'extérieur par une activité ambulatoire et de jour plus importante – on parle déjà couramment « d'hôpitaux sans murs » –, ainsi que le passage de l'organisation multisite à l'organisation monosite, dont le fonctionnement a déjà pu montrer une nette amélioration de la sécurité des patients et des économies pour les services de soins aigus¹⁷.

Enfin, à partir des recherches menées sur la taille hospitalière optimale, le Copil intercantonal mentionne une étude récente (2001) de l'Université du Tessin qui aurait démontré que la taille optimale d'un hôpital de soins aigus en Suisse est d'environ 300 lits. Le rapport du Copil conclut que « d'un point de vue qualitatif, l'option d'un hôpital monosite unique dans un nouveau bâtiment apparaît donc optimale si l'on veut obtenir un hôpital tourné vers l'avenir et dont la pérennité sera assurée par son adaptabilité et sa taille. »¹⁸ Le rapport détaille également un calendrier qui prévoit l'ouverture du futur Hôpital de Rennaz pour le début de l'année 2013¹⁹.

16 Ibid., p. 8.
17 Ibid.
18 Ibid., p. 6.
19 Ibid., p. 13.

II	5	Le Comité de pilotage
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	intercantonal
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

<table border="1"><tr><td>Le Comité et le Groupe de coordination</td></tr></table>	Le Comité et le Groupe de coordination	En novembre 2006, les Conseils d'État vaudois et valaisan prennent acte du rapport du Copil intercantonal confirmant l'option d'un nouveau centre hospitalier unique pour la Riviera et le Chablais à Rennaz, et de deux CTR avec antenne médico-chirurgicale à Vevey et Monthey. Dès lors, un Comité de coordination est créé afin d'établir les objectifs prioritaires du rapprochement des hôpitaux du Chablais et de la Riviera. Ce comité confie à un Groupe de coordination HDC-HR (pour Hôpital du Chablais et Hôpital Riviera) le mandat consistant à définir les principaux axes du rapprochement entre les deux hôpitaux et à en assurer le suivi. Ce Groupe de coordination, présidé par Pierre-André Glauser, est composé de membres des deux hôpitaux. Pour l'Hôpital du Chablais ce sont le directeur général Pierre Loison, le directeur-adjoint Michel Samson, le directeur médical Bernard Fasnacht, le directeur des soins Philippe Rouge, le doyen des médecins le Dr Patrick Diebold et l'assistante de direction Emmanuelle Cornut, secrétaire du Groupe ; pour l'Hôpital Riviera sont représentés le directeur général Jean-François Brunet, le directeur financier Jean-Pierre Butty, le directeur des ressources humaines Daniel Drainville, le directeur médical le Dr Philippe Saegesser, le directeur des soins Pierre Horner et le doyen des médecins le Dr Marc-Alain Panchard ²⁰ .
Le Comité et le Groupe de coordination		

Par ailleurs, en vue de la future réalisation du programme des locaux, le Copil intercantonal mentionné plus haut charge un groupe de projet de résumer le cadre général du futur HRC. À ce groupe de projet participent, à l'exception des doyens médicaux, les mêmes membres du Groupe de coordination HDC-HR, auxquels viennent s'ajouter des membres du Copil issus du SSP Vaud, à savoir Adrian Griffiths, le Dr Pierre Rosset et Pierre Hirt, ainsi que Bernard Z'Graggen pour le SSP Valais et le Dr Benoît Delaloye comme représentant du RSV. De plus, un représentant du CHUV est associé, en la personne du directeur médical le Dr Jean-Blaise Wasserfallen²¹.

20 « Mandat Groupe de coordination HDC-HR », 9 mai 2007 (document remis par Pierre Loison).	21 Comité de pilotage HRC, HRC – Cadre général, op. cit., p 15 : « Composition du groupe de projet ».
---	---

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

5
Nouvelles précautions
et études supplémentaires

Une étude
de l'impact
de l'HRC
sur la qualité
des soins
en Valais

Entre-temps, le gouvernement valaisan a souhaité une évaluation de l'impact de la transformation du système hospitalier sur la qualité des soins dans le canton du Valais, rapport préparé dans le cadre d'un mandat confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, rattaché au CHUV. Cette évaluation est lancée simultanément à la mise en place de la nouvelle organisation hospitalière en Valais.

Le rapport final, remis en septembre 2006, relève que la qualité des soins est bonne dans les hôpitaux du RSV, mais que des améliorations sont à considérer dans la poursuite de la mise en place de l'organisation hospitalière. Sont cités, par exemple, les taux plutôt élevés d'infections du site opératoire lors de certaines interventions intra-abdominales, observés en 2002, qui indiquent que les mesures visant à une réduction de ces taux doivent être intensifiées. D'autres aspects du système sanitaire, telles les urgences extrahospitalières, méritent aussi « une attention particulière et soutenue », mentionne le rapport. En outre, d'importantes critiques portent sur l'information et la communication : « [Elles] n'ont pas été suffisamment bien gérées et organisées, tant envers la population en général et les patients, qu'à l'adresse des professionnels de la santé, au sein et hors du RSV, lors de l'installation de la nouvelle organisation hospitalière. » Le rapport relève toutefois qu'une personne chargée de la communication a été engagée par le RSV à fin 2005²².

22 « Évaluation de l'impact de la transformation du système hospitalier sur la qualité des soins dans le canton du Valais.

Rapport préparé dans le cadre d'un mandat confié par l'État du Valais à l'IUMSP. Rapport final », Lausanne, septembre 2006.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

5
Nouvelles précautions
et études supplémentaires

Une meilleure
communication
et une tribune
pour le public

La communication est en effet un aspect crucial dans un dossier aussi sensible que celui de l'HRC. Il faut pouvoir transmettre des informations coordonnées à un public élargi et accorder à ce dernier une tribune pour s'exprimer. Deux associations existent déjà, qui tentent de faire le lien entre les hôpitaux de la Riviera et du Chablais et le reste de la population. Elles sont à l'origine d'un important outil de communication pour l'HRC.

L'Association
des Amis de l'HRC
et « Hôpinfo » :
un important relais

Depuis juin 1996, l'Association de soutien à l'hôpital unique de la Riviera (ASHUR), présidée par Ivan Pierre Moser, œuvre, comme son nom l'indique, en faveur d'un hôpital unique sur la Riviera. Son homologue chablaisienne, plus active, l'Association des Amis de l'Hôpital du Chablais, naît en avril 1998 à l'occasion de la création de l'hôpital en question. Les objectifs de cette association, dont la présidence est remise à Jean-Paul Jotterand, alors membre du Comité de direction de l'Hôpital de zone d'Aigle, sont multiples : il s'agit de resserrer les liens avec la population, de défendre les intérêts de l'Hôpital du Chablais face aux décisions qui se prennent à Lausanne et à Sion quant à son avenir, et d'obtenir davantage de membres vaudois et valaisans – le chiffre de mille membres est avancé – pour avoir plus de poids. Dans ce but, cette association se dote d'un organe d'information, le magazine annuel *Hôpinfo*, sorte de tous ménages, qui tient les habitants du Chablais au courant des divers aspects ayant trait à l'hôpital de leur région²³.

23 « De l'ASHUR aux Amis de l'HRC », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 30 ; « PV de l'Ass. générale du 11 mai 1999 à Aigle », classeur

« Association des Amis de l'HDC 1998, 1999 », Archives HDC Aigle.

II	5	Une meilleure communication
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	et une tribune pour le public
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

Suite à l'accord passé entre les autorités cantonales vaudoises et valaisannes menant au choix définitif d'un hôpital unique sur le site de Rennaz, l'Association des Amis de l'Hôpital du Chablais se transforme pour devenir l'Association des Amis de l'HRC, toujours sous la présidence de Jean-Paul Jotterand. L'ASHUR décide quant à elle de cesser son activité et vote sa dissolution en septembre 2005, enjoignant ses membres et amis à rejoindre l'Association des Amis de l'HRC. Celle-ci, qui réunit différentes personnalités de la région, agit dès lors « comme courroie de transmission pour une bonne information de la population », souligne Ernest Cardis, ancien syndic de Saint-Légier-La Chiésaz et membre des groupes de travail Boillat²⁴. Le but de l'Association, annoncé dans les *Hôpinfo*, est de « resserrer les liens entre l'Hôpital et la population tout en apportant son soutien le plus large à l'Association de l'Hôpital du Chablais et à la Fondation des Hôpitaux de la Riviera, ainsi qu'à la création de l'[HRC] »²⁵.

La nouvelle association poursuit la rédaction du magazine *Hôpinfo*. « L'association des Amis de l'HRC a fait un très bon travail d'information pour le public, en l'informant à travers *Hôpinfo* de l'évolution du système de santé dans la Riviera et le Chablais », relève Ernest Cardis²⁶. Jean-Paul Jotterand précise que, dès 2005, ce sont plus de 90 000 exemplaires du magazine qui sont distribués dans la région. « Il a contribué à former l'opinion », souligne le président des Amis de l'HRC, ce que confirme Jean-Pierre Müller, ancien directeur de l'Hôpital de Montreux et membre depuis 2007 du Comité de l'Association des Amis de l'HRC: « Il y avait un déficit de l'État au niveau de l'information à la population, et le fait qu'il y ait une information qui vienne d'une association extérieure à l'hôpital a eu beaucoup plus de crédibilité. *Hôpinfo* était lu par tous, jusqu'aux autorités politiques régionales et aux députés qui s'intéressaient aux sujets de santé dans la région. » Le lien avec les hôpitaux existe toutefois, notamment par le biais du directeur général de l'Hôpital du Chablais, Pierre Loison, qualifié d'« homme-orchestre » pour l'Association des Amis et le magazine: « Il s'est beaucoup investi pour mettre les gens en relation, trouver des idées de sujets », relève Jean-Paul Jotterand, qui devient lui-même membre du Comité de l'Hôpital du Chablais dès 2008.

24 « Interviews. MM. Ernest Cardis & Jean-Pierre Müller, nouveaux membres du Comité de notre Association », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 2.

25 « De l'ASHUR aux Amis de l'HRC », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 30.

26 Ici et pour les citations suivantes: Entretien avec Jean-Paul Jotterand, Ernest Cardis, 5 avril 2017; Entretien avec Jean-Pierre Müller, 9 janvier 2016.

II	5	Une meilleure communication
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	et une tribune pour le public
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

Les autorités locales et le personnel médical s'expriment

Ainsi, alors qu'il vient de devenir l'organe des Amis de l'HRC, le magazine *Hôpinfo* consacre ses deux numéros de 2005 et 2006 aux opinions émises sur l'HRC par certaines personnalités et professionnels locaux: syndics et présidents des diverses régions concernées, médecins et personnel hospitaliers, ainsi que médecins de ville. Dans l'ensemble, ces personnes s'accordent à qualifier le projet HRC de bienvenu, tout en montrant une certaine impatience à le voir aboutir. Les encouragements aux autorités cantonales sont un leitmotiv, comme en témoigne la déclaration du syndic de Rennaz, Yves Fontannaz: « Un tel hôpital régional s'impose, alors allons de l'avant et tant pis pour les éventuels inconvénients! Les économies financières qu'il va faire réaliser à la collectivité et les soins plus performants qui seront les siens devraient inciter les pouvoirs publics à accélérer le processus. »²⁷

Le Syndic, qui a pris le pouls de la population de sa commune, relève que celle-ci est plutôt favorable au projet, malgré quelques appréhensions: « Certains craignent qu'un hôpital risque d'être plus bruyant que les actuels terrains de sport. » D'autres aspects, notamment environnementaux, allaient faire polémique par la suite.

Néanmoins, les syndics et présidents des autres régions que celle de Rennaz se rallient désormais en grande majorité à l'option de l'HRC et martèlent leur souhait de voir le dossier avancer: « Allez vite dans la réalisation de l'HRC », « Passer à l'action au plus vite! », « Que l'on démarre enfin! », « Je souhaite que l'État tranche », « Je souhaite que les décideurs politiques, sur le plan cantonal vaudois et valaisan, passent à l'action », « Mettons ce chantier en route », sont autant de vœux émis par les différentes autorités locales²⁸. Le fait de continuer, en attendant l'HRC, à investir financièrement dans les sites existants, préoccupe nombre d'entre eux, à l'instar du directeur général de l'Hôpital Riviera, Jean-François Brunet, qui témoigne en 2005 dans *Hôpinfo*: « Les cinq sites de soins aigus de la configuration actuelle coûtent cher: certains services et équipements sont à double, triple, voire plus... Autrement dit, chaque jour qui passe nous prive des précieuses économies qu'un hôpital régional unique permettra de réaliser. La qualité des soins en sera améliorée, grâce à la masse critique ainsi atteinte, aux compétences médicales et infirmières réunies, et au matériel de pointe dont nous disposerons. [...] Ce lieu moderne [...] nous aidera à lutter contre l'indéniable concurrence des cliniques privées, des cabinets de radiologie indépendants et des cabinets médicaux de groupes installés sur la Riviera. »²⁹

27 « Interviews. M. Yves Fontannaz, Syndic de Rennaz », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 7.

28 « Regards de nouveaux syndics sur l'HRC » et « Regards de nouvelles présidentes et d'un nouveau président sur l'Hôpital unique Riviera-Chablais », *Hôpinfo*, n° 9, novembre 2006, pp. 10-17.

29 « Un hôpital unique: une chance pour notre région. Jean-François Brunet, directeur général de l'Hôpital Riviera », *Hôpinfo. Les Amis de l'HRC*, n° 8, novembre 2005, p. 12.

II	5	Une meilleure communication
Vers l'hôpital unique	Nouvelles précautions	et une tribune pour le public
(années 2000 à nos jours)	et études supplémentaires	

Les médecins hospitaliers espèrent quant à eux une meilleure qualité des soins par une prise en charge simplifiée et globale des patients, grâce à la réunion des spécialistes sur un même lieu, ou encore une communication et un accueil améliorés. La convivialité doit rester centrale dans le futur hôpital malgré sa grande taille. Le personnel hospitalier partage cette vision, en mettant un accent particulier sur les qualités de l'espace dans toutes ses dimensions. On relève, par exemple, l'avantage de bureaux et de chambres plus vastes, tout en espérant néanmoins un dimensionnement de l'établissement qui évite les pas inutiles. L'hôpital unique est aussi perçu comme une solution à la dispersion du matériel et des compétences, et un moyen d'offrir une véritable culture d'entreprise, sans concurrences entre les sites³⁰.

Quant aux médecins de ville, ils se réjouissent du gain de temps et d'économie que permettra l'hôpital unique, vers lequel professionnels et patients pourront s'orienter, sans avoir à hésiter entre tel ou tel site. Certains médecins de ville et hospitaliers se réjouissent aussi que le site de Rennaz permette à des spécialistes d'y être consultants, sans avoir à se partager avec leur cabinet externe. D'autres rappellent toutefois que les malades auront toujours besoin de fréquenter des généralistes en zone urbaine, ou évoquent le problème de la pénurie de praticiens en périphérie, que le nouvel hôpital ne contribuera pas à régler³¹. À ce stade, certains attendent encore des signaux clairs indiquant qu'aucune marche arrière n'est possible dans l'avancement du dossier HRC³².

Les observateurs contemporains sont donc nombreux à souligner ce qu'ils considèrent être des lenteurs dans l'avancement du dossier HRC. Il est vrai que la multiplication des études exigées par les Cantons ralentit les décisions de mise en œuvre du futur hôpital, qui doivent permettre son financement ainsi que sa construction. Le dossier ne stagne pas pour autant. En effet, afin que le concours de projets à venir puisse s'appuyer sur des données concrètes, la procédure d'élaboration des principes d'organisation et du programme des locaux du futur hôpital est lancée.

6

S'organiser

et se coordonner :

le programme

des locaux

du futur hôpital

30 « HRC. L'avis des médecins hospitaliers » et « HRC. L'avis du personnel hospitalier », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, pp. 13-14 et 17-18.

31 « HRC. L'avis des médecins de ville », *Ibid.*, 15-16.

32 « Regards de nouveaux syndicats sur l'HRC », *Hôpinfo*, n° 9, novembre 2006, p. 13.

Le recensement, le dimensionnement et l’ordonnancement des espaces de l’hôpital, appelé aussi « programme des locaux », est au cœur de la planification du futur hôpital. Ce programme vise à traiter de l’organisation interne et de l’emplacement des services, de la gestion des flux de patients, ainsi que du dimensionnement des différentes surfaces envisagées en fonction de l’enveloppe budgétaire prévue. Ce programme doit aussi servir de base au lancement du concours d’architecture. Un large appel d’offres pour la planification du programme des locaux est lancé selon une procédure sélective, conforme à l’ouverture des marchés publics. Il est publié en date du 10 décembre 2004 dans le *Bulletin* et la *Feuille d’avis officiels* des Cantons de Vaud et du Valais, ainsi que dans le journal officiel de l’Union Européenne¹.

1 « Interview. Le coup d’œil «en amont» de la programmiste des locaux », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, pp. 8-10, ici p. 9 ; *Hôpital Riviera*,

RA 2004, « Hôpital unique Riviera-Chablais », p. 7, Archives HR Mottex.

Le mandat du programme des locaux est accordé à la société ICADE G3A (Agence Santé Centre) de Lyon, pour une étude effectuée entre novembre 2006 et mai 2007. Numéro un français dans le secteur de la construction hospitalière, la société ICADE participe, soit comme mandataire, soit comme assistant à la maîtrise d’ouvrage, à la construction d’un établissement sur deux en France. Deux experts de cette société sont sollicités : Marie Peillod, architecte-urbaniste, responsable de la conception du programme des locaux du futur HRC, et Patrick Sivan, ingénieur, directeur de projets et responsable du pôle Expertise Santé auprès d’ICADE². Le Copil intercantonal suit de près l’évolution de cette planification.

Une collaboration
avec le « terrain »

Le projet du programme des locaux est réalisé sur le mode d’une collaboration élargie, puisque près de trois cents collaborateurs des établissements de la Riviera et du Chablais peuvent s’y exprimer. Ils constituent dix-huit groupes de travail, réunissant tous les services³. « Ces professionnels, riches de leur expérience «de terrain», connaissent les facteurs propices au succès de ce projet. Ne pas tenir compte de leurs attentes aurait été une erreur », soulignent les responsables de l’Association des Amis de l’HRC⁴.

2 « ICADE en quelques mots », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 11 ; « Interview. Le coup d’œil «en amont» de la programmiste des locaux », *Ibid.*, pp. 8-10, ici p. 8.
3 « Éditorial. L’autonomie, gage de succès d’un hôpital (Jean-Paul Jotterand, Claudine Nicollier, Olivier. Thétaz) », *Ibid.*, p. 1 ;

« Interview. Le coup d’œil «en amont» de la programmiste des locaux », *Ibid.*, pp. 8-10, ici p. 10.
4 « Éditorial. L’autonomie, gage de succès d’un hôpital (Jean-Paul Jotterand, Claudine Nicollier, Olivier Thétaz) », *Ibid.*, p. 1.

II	6	La société ICADE
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	S'organiser et se coordonner : le programme des locaux du futur hôpital	

Cette élaboration « depuis la base » du futur Hôpital de Rennaz suscite l'enthousiasme de tous les partenaires concernés. Christian Bourquin, coordinateur de projets Riviera-Chablais depuis le printemps 2007, relève « un excellent climat de collaboration [...]. Un état d'esprit très constructif régnait parmi les membres des différentes assemblées »⁵. Participant à l'aventure, Paul Rime, chef du service technique à l'Hôpital du Chablais confirme : « Ces séances enthousiasment tous les participants, qui manifestent un niveau d'engagement très élevé. »⁶ Ceci s'explique notamment par la nouveauté que suscite le projet, qui permet de penser un hôpital à neuf et dans une perspective d'avenir. « Je n'avais jamais rêvé de participer un jour à l'élaboration d'un service de physiothérapie idéal ! C'était passionnant d'imaginer ce que seront les besoins de notre secteur dans dix ans... », confie John Hauptmann, chef du service de physiothérapie à l'Hôpital du Chablais⁷. Construire plutôt que rénover offre aussi des avantages sécuritaires, relevés par l'expert d'ICADE Patrick Sivan : « Il est à la fois peu rationnel d'un point de vue économique, ainsi que dangereux et inconfortable pour les patients, de tenter de faire du neuf avec du vieux. »⁸

Les ambitions d'un hôpital tourné vers l'avenir	Les experts d'ICADE savent que peu de chantiers représentent autant de complexité qu'un hôpital : « Aux impératifs délicats (gainés, rampes, espaces sécurités, normes pointues, duplication exacte d'un étage à l'autre, etc.) s'ajoutent de lourds enjeux financiers et une forte pression concernant le respect des délais... », rappelle Patrick Sivan ⁹ . La composante humaine d'un tel établissement ajoute une surenchère à ces caractéristiques, comme le rappelait, dans le magazine <i>Hôpinfo</i> de 2005, le médecin adjoint du SSP Vaud le Dr Pierre Rosset : « L'hôpital est une des structures les plus complexes de notre monde moderne, où doivent se coordonner de nombreux corps de métier autour de la vie et de la mort. » ¹⁰ En bref, « l'élaboration d'un hôpital n'a rien à voir avec celle d'un bloc locatif », estime la programmiste des locaux Marie Peillod ¹¹ .
---	---

5 « Interviews. Christian Bourquin, coordinateur de projets Riviera-Chablais depuis le 1^{er} avril 2007 », *Ibid.*, p. 12.
6 « Interviews. Paul Rime, chef du service technique, Hôpital du Chablais », *Ibid.*, p. 15.
7 « Interviews. John Hauptmann, chef du service de physiothérapie, Hôpital du Chablais », *Ibid.*, p. 14.
8 « HRC à Rennaz. Dans les coulisses d'une vaste gestation », *Ibid.*, p. 7.

9 « Interview. Le coup d'œil « en amont » de la programmiste des locaux », *Ibid.*, p. 10.
10 « Et si l'HRC s'approchait du modèle idéal du XXI^e siècle ? Dr Pierre Rosset, médecin-adjoint à mi-temps au service de la santé publique du canton de Vaud et chirurgien-chef à l'hôpital de Nyon », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, pp. 10-11, ici p. 10.

II	6	La société ICADE
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	S'organiser et se coordonner : le programme des locaux du futur hôpital	

La dimension intercantonale de l'HRC, qui a souvent pu paraître problématique, peut aussi être perçue comme un défi enrichissant. La collaboration du personnel engagé dans la programmation des locaux permet de découvrir la diversité des institutions et des régions : « Les intervenants proviennent de deux cantons, Vaud et Valais, cantons protestant et catholique. Ces facteurs, additionnés à des cultures d'entreprises différentes, engendrent une émulation, des attentes et des points de vue très divers », relève Georgette Bron, infirmière en pédiatrie et responsable de service à l'Hôpital Riviera¹². Pour autant, l'ensemble des collaborateurs liés à ce projet sont conscients des contraintes de toutes sortes (économiques, qualitatives, sécuritaires, environnementales, etc.) qui s'exercent déjà et qui, selon le directeur général de l'Hôpital du Chablais Pierre Loison, « ne vont sans doute pas diminuer dans les années à venir. »¹³

Quoiqu'il en soit, l'HRC se dessine avec toujours plus de précisions comme un « hôpital du futur », dont les attentes sont déclinées dans le cadre des discussions des dix-huit groupes de concertation. Le terme de « village ambulatoire » est énoncé dès les premières séances. En d'autres termes, l'HRC doit être un lieu d'accueil et de soins à l'usage des visiteurs et des patients séjournant moins de douze heures, comme l'explique Marie Peillod : « Véritable espace « ouvert » plutôt qu'enceinte fermée, cet hôpital offrirait des services accessoires (coiffure, vente de journaux, restauration, parmi d'autres centres de services) »¹⁴. Les participants au programme des locaux expriment aussi l'importance de la lumière du jour plutôt qu'artificielle dans les chambres. « Considérant ce facteur déterminant pour le moral, donc le rétablissement, nous avons noté la nécessité de prévoir, dans chaque chambre, une fenêtre ouvrant sur des espaces verts ou en tous cas sur un patio aménagé », précise encore la programmiste des locaux¹⁵. Avec une orientation sur le village de Rennaz (au sud) et forestière en direction du Rhône (à l'ouest), les chambres de l'hôpital peuvent aussi offrir une vue sur le paysage de montagnes. « Une telle vision, le fait est prouvé, contribue à accélérer la guérison des patients », relevait déjà en 2005 l'organe d'information des Amis de l'HRC¹⁶.

Le nouvel hôpital doit aussi offrir un cadre suffisamment souple pour intégrer les adaptations futures. Pour ce faire, et comme l'avait recommandé le Copil intercantonal à l'automne 2006 et d'autres avant lui, il est prévu que l'établissement relève d'une conception modulaire, afin de permettre l'adaptation des espaces en fonction des besoins. Avec ses 86 000 m², soit l'équivalent de douze terrains de football, le terrain de La Grange des Tilles offre des dimensions favorables à une telle évolution¹⁷.

11 « Interview. Le coup d'œil « en amont » de la programmiste des locaux », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 10.
12 « Interviews. Georgette Bron, infirmière en pédiatrie, responsable de service à l'Hôpital Riviera », *Ibid.*, p. 13.

13 « Interviews. Pierre Loison, directeur général de l'Hôpital du Chablais », *Ibid.*, p. 19.
14 « Interview. Le coup d'œil « en amont » de la programmiste des locaux », *Ibid.*, p. 9.
15 *Ibid.*
16 « HRC à Rennaz. Le choix du terrain. Rappel des atouts », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 6.

II	6	La société ICADE
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	S'organiser et se coordonner : le programme des locaux du futur hôpital	

Un hôpital plus humain

Les réflexions sur le nouvel hôpital donnent aussi l'occasion de rappeler l'importance de « replacer le patient au centre », comme le souligne Daniel Mayer, directeur général de la Fondation de Nant. L'HRC doit ainsi permettre « de situer la psychiatrie à l'intérieur du réseau hospitalier (et non hors de la sphère de proximité) », relève-t-il, car il est prévu que l'établissement augmente l'accessibilité aux soins psychiatriques¹⁸. Dans un but similaire, l'Hôpital du Chablais, la Fondation de Nant et l'Hôpital Riviera collaborent à la création d'une Unité de pédopsychiatrie de quatre lits, ouverte sur le site d'Aigle en attendant la création de l'Hôpital de Rennaz. Destinée aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans domiciliés dans l'Est vaudois afin de compléter l'offre de la région Riviera-Chablais, les patients y sont soignés dans une optique globale, combinant prise en charge pédiatrique et soins pédopsychiatriques¹⁹.

De façon générale, les soins à l'HRC devront aussi bénéficier de l'amélioration de l'accueil, de la prise en charge sans délai, d'un meilleur aiguillage, d'un traitement plus efficace²⁰. L'HRC vise ainsi à rapprocher les services administratifs du patient et donc des services de soins ou des secteurs médico-techniques. « Ceci constitue une approche englobée dans une démarche plus large, destinée à redonner un visage plus humain à l'hôpital », énonce le directeur général de l'Hôpital du Chablais, Pierre Loison²¹. Il est notamment prévu d'établir un espace mère-enfant individualisé au sein de l'établissement, possédant son accueil, ses propres urgences, des salles de réveil et toutes sortes de particularités réunies en un même point²². « Il s'agit à nos yeux d'un réel progrès, conforme aux notions du droit de l'enfant déjà implémenté ailleurs », relève le Dr Patrick Diebold, médecin-chef du service de pédiatrie à l'Hôpital du Chablais²³. Ce faisant, l'HRC conserve les améliorations acquises lors de la fusion Aigle-Monthey. Autre exemple, le futur hôpital est aussi très favorable à la pluridisciplinarité que proposent les médecines parallèles, l'ostéopathie, etc.²⁴

17 « Interviews. Yves Jaermann, technicien chef du service de radiologie, Hôpital Riviera », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 15; « HRC à Rennaz. Le choix du terrain. Rappel des atouts », *Ibid.*, p. 6; « Interviews. MM. Ernest Cardis & Jean-Pierre Müller, nouveaux membres du Comité de notre Association », *Ibid.*, p. 3; Informations de Karl Halter et Andrea Binggeli (septembre 2018).

18 « Interviews. Daniel Mayer, directeur général de la Fondation de Nant », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 16.

19 Après l'exploitation de l'Unité de pédopsychiatrie à Aigle de 2007 à 2016, son activité sera reprise par la Fondation de Nant. (« Ouverture d'une unité de pédopsychiatrie sur le site d'Aigle », *Entre Nous*,

n° 1, décembre 2007, p. 6; Informations du Copil de relecture HRC, novembre 2018).

20 « Interviews. Daniel Mayer, directeur général de la Fondation de Nant », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 16.

21 « Interviews. Pierre Loison, directeur général de l'Hôpital du Chablais », *Ibid.*, p. 19.

22 « Interviews. Georgette Bron, infirmière en pédiatrie, responsable de service à l'Hôpital Riviera », *Ibid.*, p. 13.

23 « Interviews. Dr Patrick Diebold, médecin-chef du service pédiatrie, Hôpital du Chablais », *Ibid.*

24 « Interviews. Catherine Polini, infirmière responsable post-partum et nouveau-nés, Hôpital du Chablais », *Ibid.*, p. 17.

II	6	La société ICADE
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	S'organiser et se coordonner : le programme des locaux du futur hôpital	

La réflexion se porte aussi sur les chambres individuelles, dont Pierre Loison s'est fait un ardent défenseur. En 2005, il relevait déjà que « les plus récentes études démontrent que des chambres individuelles, ouvertes sur des espaces naturels (comme les Alpes dans notre région), ainsi que certaines couleurs et des aménagements spécifiques contribuent à un rétablissement plus rapide »²⁵. Cette conception s'inscrit dans les principes de l'*Evidence-based design* (ou « conception fondée sur des preuves »), provenant d'Amérique du Nord. En se fondant sur des données scientifiques, cette conception plaide pour des hôpitaux conçus de manière à favoriser la guérison et accélérer le rétablissement des patients, tout en encourageant le personnel à rester en fonction²⁶. La démarche contribuerait donc aussi à diminuer les coûts, comme le soutient le Dr Pierre Rosset, médecin-adjoint au SSP Vaud et chirurgien-chef à l'hôpital de Nyon, à propos des chambres individuelles: « C'est là le meilleur moyen de lutter contre les risques de contamination entre patients par l'infection de l'air et par le toucher. » Selon le spécialiste, l'intimité des chambres individuelles encourage en outre une plus grande sincérité du patient et de meilleurs contacts avec les soignants et les familles. Elle permet aussi d'augmenter les visites familiales et de prévenir ainsi les mauvaises chutes et accidents, en se faisant aider lorsqu'on quitte son lit. Enfin, elle évite les troubles du sommeil et le bruit²⁷.

Au niveau architectural, l'HRC doit aussi être un bel objet. Jean-Pierre Müller, ancien directeur de l'Hôpital de Montreux, souhaite par exemple que « cet hôpital, en plus d'être fonctionnel et esthétique, constitue une « borne » architecturale dans la région, comme l'ont été, en leur temps, le Château de Chillon et le bâtiment administratif de Nestlé »²⁸.

Pour les experts d'ICADE, le projet HRC a suffisamment mûri, pour constater que « la nécessité de ce projet semble faire l'unanimité au sein du corps médical, des membres du comité de pilotage et des collaborateurs concernés ».²⁹ À la même époque, le magazine *Hôpinfo* relaye quelques avis sur l'hôpital, dont celui des premiers intéressés, les médecins: « Un hôpital unique est plus que nécessaire, l'option multisite actuelle ayant montré ses limites. Nous espérons que le projet de Rennaz se concrétisera dans les délais car le multisite vieillit mal et la qualité des soins risque d'en pâtir dans un avenir pas si lointain », estime le Dr Damien Tagan, médecin-chef de l'Hôpital Riviera et responsable des soins intensifs et des urgences médicales³⁰.

25 « Au-delà d'un simple hôpital: une formidable aventure humaine. Pierre Loison, directeur général de l'Hôpital du Chablais », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 12.

26 « Et si l'HRC s'approchait du modèle idéal du XXI^e siècle ? Dr Pierre Rosset, médecin-adjoint à mi-temps au service de la santé publique du canton de Vaud et chirurgien-chef à l'Hôpital de Nyon », *Ibid.*, pp. 10-11.

27 *Ibid.*

28 « Interviews. MM. Ernest Cardis & Jean-Pierre Müller, nouveaux membres du Comité de notre Association », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 3.

29 « Interview. Le coup d'œil « en amont » de la programmiste des locaux », *Ibid.*, p. 8.

II	6	La société ICADE
Vers l'hôpital unique	S'organiser et se coordonner :	
(années 2000 à nos jours)	le programme des locaux	
	du futur hôpital	

On espère ainsi obtenir « des conditions de travail idéales », relève le Prof. Michel Suter, chirurgien-chef à l’Hôpital du Chablais, qui précise : « Cela nous changera de la situation actuelle, tout sauf enthousiasmante, où nous effectuons les tâches administratives à Aigle, puis nous allons opérer à Monthey, en perdant une demi-heure en trajets... »³¹

Pour les directeurs généraux de l’Hôpital du Chablais et de l’Hôpital Riviera, Pierre Loison et Jean-François Brunet, le programme des locaux permet de « dresser le portrait-robot du futur Hôpital de Rennaz ». Cette étape, qui a permis d’associer plusieurs centaines de collaborateurs durant l’année 2007, marque « un pas important dans la dynamique de rapproche-ment entre [les] deux établissements »³². Afin de poursuivre sur cette lancée, les deux directeurs généraux créent un nouveau journal interne du personnel des hôpitaux de la Riviera et du Chablais, intitulé *Entre Nous*, qui sort son premier numéro en décembre 2007 – il cessera sa diffusion en 2010 après ses trois premiers numéros. Au printemps de la même année, alors que se termine l’étude d’ICADE, un nouveau pas va être franchi avec l’acquisition du terrain de Rennaz et des garanties politiques, attendues de longue date.

7

Des avancées

concrètes :

acquisition du terrain

et convention

30 « Interviews. Damien Tagan, médecin-chef de l’Hôpital Riviera, spécialiste en médecine intensive, responsable des soins intensifs et des urgences médicales », *Ibid.*, p. 18.

31 « Interviews. Michel Suter, chirurgien chef à l’Hôpital du Chablais », *Ibid.*, p. 17.

32 « Editorial (Jean-François Brunet, Pierre Loison) », *Entre Nous*, n° 1, décembre 2007, p. 1.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

7
Des avancées concrètes :
acquisition du terrain
et convention

Le terrain
de Rennaz change
de propriétaire

L'acquisition du terrain de La Grange des Tilles, destiné au futur HRC, diffère des tractations habituelles. En effet, si le site est situé sur la commune de Rennaz, c'est la commune de Montreux qui en est propriétaire. Elle héberge notamment sur ce terrain des installations sportives, un manège équestre et une ancienne ferme.

Au printemps 2004, dans l'attente du choix du site de Rennaz par l'étude Albatros, qui allait se confirmer en juillet 2004 et être avalisé par les gouvernements en septembre de la même année, les membres du Comité exécutif de l'Hôpital Riviera discutaient de l'opportunité, pour la commune de Montreux, de préciser ses intentions sur le terrain envisagé pour le futur hôpital. Le directeur général de l'Hôpital Riviera Jean-François Brunet et le président Pierre Rochat souhaitaient alors que la commune de Montreux fasse rapidement une déclaration concernant la mise à disposition du terrain de La Grange des Tilles, sis sur la commune de Rennaz, ceci « afin d'apaiser les rumeurs fantaisistes à ce sujet »¹. En août 2006, l'idée se concrétise : les deux responsables de l'Hôpital Riviera rencontrent une délégation de la Municipalité de Montreux, dont le syndic, afin d'aborder le sujet. Alors que le canton de Vaud aurait dû se porter acquéreur du terrain de La Grange des Tilles à hauteur de 4,1 millions de francs (selon l'estimation de la Chambre cantonale immobilière), MM. Brunet et Rochat proposent à la commune de Montreux de céder le terrain de La Grange des Tilles à l'Hôpital Riviera, qui le mettrait ainsi gratuitement à disposition pour la construction du futur HRC. En contrepartie, l'Hôpital Riviera s'engagerait auprès de la commune de Montreux à lui restituer l'équivalent en valeur du terrain cédé². L'État de Vaud s'épargnerait ainsi l'achat du terrain.

Début mai 2007, tandis que ce projet d'acte d'échange est en phase de réalisation, Me Denis Sulliger suggère, lors d'une séance du Comité

1 « Procès-verbal du Comité exécutif, Hôpital Riviera », 18 mars 2004, 15 avril 2004 (document remis par Jean-François Brunet).

2 « Procès-verbal du Comité exécutif, Hôpital Riviera », 31 août 2006, 28 septembre 2006, 12 avril 2007 (document remis par Jean-François Brunet).



Le manège équestre du terrain de La Grange des Tilles.



Les terrains de football de La Grange des Tilles.

II	7	Le terrain de Rennaz change
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	de propriétaire
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

de l'Hôpital Riviera, qu'il serait judicieux d'associer l'Hôpital du Chablais à cette démarche, « afin de démontrer aux politiques des deux Cantons, comme à la population [des deux] régions, la ferme volonté de voir se réaliser ce projet d'hôpital unique ». Après une longue discussion, les membres du Comité de l'Hôpital Riviera acceptent que, par la signature des président et vice-président de l'Hôpital du Chablais, cette institution prenne acte de la promesse d'échange de terrains entre la commune de Montreux et l'Hôpital Riviera³.

L'accord est conclu en deux temps. Premièrement, le 23 mai 2007, une nette majorité des membres du Conseil communal de Montreux approuve la convention avec l'Hôpital Riviera réglant l'échange des terrains. Deuxièmement, passé le délai référendaire, les représentants de la commune de Montreux, de l'Hôpital Riviera et de l'Hôpital du Chablais signent devant notaire, le 15 juin 2007, la promesse d'échange⁴.

Ce faisant, la commune de Montreux renonce formellement et définitivement à son propre nouvel hôpital. « Ce choix, elle l'a fait depuis longtemps ; soit déjà à l'époque, par son soutien au projet de Sully. Mais il est vrai que les autorités confirment ainsi leur forte compréhension de la problématique hospitalière », explique Pierre Rochat, président de l'Hôpital Riviera et municipal de Montreux. Par ailleurs, en s'associant par la signature de la convention, l'Hôpital Riviera et l'Hôpital du Chablais deviennent clairement partenaires. « Nous devons envisager l'avenir ensemble et c'est un nouveau geste qui renforce notre rapprochement », souligne encore Pierre Rochat⁵.

3 « Procès-verbal du Comité exécutif, Hôpital Riviera », 10 mai 2007 (document remis par Jean-François Brunet).

4 « L'Hôpital Riviera propriétaire du terrain. Une étape décisive »,

Hôpinfo, n° 10, novembre 2007, p. 5.

5 « Interview. Quatre questions à M. Rochat Pierre, Président de l'Hôpital Riviera », *Ibid.*, p. 6.

II	7	La Convention
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	intercantonale
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	sur l'HRC :
	et convention	les préparatifs

Les choses prennent donc une tournure plus concrète, mais il manque encore l'approbation formelle des instances politiques au niveau cantonal pour permettre d'aborder l'investissement financier de l'HRC. C'est l'année suivante que tout se joue. En séance du 27 août 2008, les deux Conseils d'État vaudois et valaisan prennent acte d'un avant-projet de Convention intercantonale en vue de la création de l'HRC. Ils doivent dès lors suivre la procédure de la Convention relative à la négociation, à la ratification, à l'exécution et à la modification des conventions intercantionales et des traités des Cantons avec l'étranger, dite aussi « Convention des conventions », qui depuis 2001 régit la participation des Parlements romands (Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud) à la procédure d'adoption de conventions intercantionales.

La procédure de cette Convention des conventions a autrefois été appliquée par tous les cantons signataires lors de la création de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale, ainsi que par les Cantons de Vaud et Fribourg lors de la création du Gymnase intercantonal de la Broye, à Payerne, constitués tous deux sous la forme d'établissements de droit public avec personnalité juridique. La problématique posée aux Cantons de Vaud et du Valais pour la création de l'HRC étant similaire, elle impose d'appliquer la même procédure. Selon celle-ci, les signataires d'une convention intercantonale doivent aussi désigner une Commission interparlementaire chargée du contrôle coordonné de l'institution créée. En septembre 2008, les Conseils d'État vaudois et valaisan adoptent le projet de « Convention intercantonale sur la création de l'Hôpital Riviera-Chablais » (ci-après Convention intercantonale sur l'HRC ou Convention intercantonale) qui devra encore passer sous le crible de la Commission interparlementaire de contrôle Vaud-Valais⁶.

6 *Message/EMPD autorisant les Cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC...*, [décembre 2008], pp. 19-31 :

« Projet de Convention intercantonale » ; Canton du Valais, Canton de Vaud : *Convention intercantonale sur l'HRC du 17 décembre 2008*.

II	7	La Convention intercantonale
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	sur l'HRC : les préparatifs
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

Un regard extérieur :
la Commission
interparlementaire
de contrôle

La Commission interparlementaire de contrôle, qui doit instituer un contrôle externe et régulier du fonctionnement de l’HRC, est composée de deux fois sept membres issus des Parlements de chaque Canton. Elle est présidée, alternativement d’une année à l’autre, par un député vaudois et un député valaisan. Ces membres doivent siéger deux à trois fois par année, afin d’examiner les objectifs stratégiques de l’HRC, le budget et les comptes, et tout autre résultat relatif à sa performance. Annuellement, la commission doit aussi faire rapport aux deux Grands Conseils⁷.

Lors de sa première composition, la délégation valaisanne est alors composée de Margrit Picon-Furrer (présidente), Aldo Resenterra (vice-président), Alexandre Caillet, Marcel Locher, Lucia Näfen, Gérald Varone et Daniel Porcellana ; quant à la délégation vaudoise, elle comptera Christine Chevalley (présidente), André Delacour, Frédéric Haenni, Denis-Olivier Maillefer, Philippe Martinet, François Payot et Michel Renaud⁸. Par la suite, les parlementaires de la commission seront régulièrement renouvelés, en sus du tournus annuel des présidents – Philippe Vuillemin (Vaud) en 2012-2013 puis 2016-2017, Jérôme Buttet (Valais) en 2013-2014 puis 2015-2016, Olivier Turin (Valais) en 2017-2018, Philippe Vuillemin à nouveau en 2018-2019.

Réunie dès l’automne 2008, la première délégation de la Commission interparlementaire de contrôle aura pour mission initiale de passer au crible le projet de Convention intercantonale accepté par les Conseils d’État, pour que le texte final de la Convention soit avalisé.

Le projet
de Convention
intercantonale
sur l'HRC

La Convention intercantonale, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2009, fixe le statut juridique et la mise en place de l’HRC. Concernant les aspects organisationnels, la Convention intercantonale décrit les compétences des autorités politiques des deux cantons (Grands Conseils et Conseils d’états) pour la surveillance de l’HRC, et celles des organes de l’HRC, à savoir le Conseil d’établissement et la Direction générale⁹, ainsi que l’organe de révision. Elle établit aussi les règles d’exploitation et les principes de financement de l’HRC (incluant la libre circulation des patients ou encore les rapports

7 PV du Conseil d’établissement de l’HRC (ci-après PV du CÉtab HRC), séance du 26 mars 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain ; *Message/EMPD autorisant les Cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention*

intercantonale sur l’HRC..., [décembre 2008], p. 19.
8 Thomas Burgener, conseiller d’État, SSP Valais, *Présentation à la commission de santé, affaires sociales, intégration – 6 janvier 2009*, Archives SSP Valais.

II	7	La Convention intercantonale
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	sur l'HRC : les préparatifs
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

de travail), ainsi que les dispositions transitoires relatives à la construction de l’établissement (compétences du maître de l’ouvrage et de la Commission de construction, modalités concernant les terrains et infrastructures, etc.)¹⁰. La Convention intercantonale doit aussi permettre de libérer les crédits nécessaires au financement du concours d’architecture, des études et de la construction du site de soins aigus de Rennaz et à la transformation des bâtiments hospitaliers de Monthey et du Samaritain à Vevey. Ainsi, la Convention prévoit (art. 35) que l’HRC doit procéder à des emprunts bancaires, pour lesquels les deux gouvernements cantonaux accordent leur garantie. Ils ne financent toutefois pas directement les investissements, puisqu’il appartient à l’HRC de couvrir les charges des emprunts par le biais des recettes tarifaires, qu’il percevra dès sa mise en exploitation, conformément aux nouvelles modalités de financement hospitalier introduites par la révision de la LAMal de décembre 2007. À noter que le devenir des autres sites de la Riviera et du Chablais qui ne seront pas intégrés dans l’HRC (Montreux, Mottex Blonay, Vevey Providence, Aigle et Miremont) fera l’objet de conventions négociées entre les Hôpitaux de la Riviera et du Chablais d’une part, et l’État de Vaud d’autre part. Dans tous les cas, l’HRC reprend les droits et devoirs découlant des rapports de travail relatifs au personnel des sites. Deux conventions viendront également régler le transfert à l’HRC des terrains, infrastructures et équipements des futures antennes de Vevey Samaritain et de Monthey (art. 32 et 34 de la Convention intercantonale)¹¹.

9 Les missions du Conseil d’établissement et de la Direction générale de l’HRC lors de leur entrée en fonction sont détaillées plus bas aux pp. 212-214 et 237 et suiv.
10 Canton du Valais, Canton de Vaud : *Convention intercantonale sur l’HRC du 17 décembre 2008*.
11 *Ibid.*

II
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)

7
Des avancées concrètes : acquisition du terrain et convention

La structure
juridique
de l'HRC

Sous la supervision de la Commission interparlementaire de contrôle, la Convention intercantonale doit également fixer le statut juridique du futur HRC, point hautement sensible. En effet, dans le canton de Vaud, hormis le CHUV qui est un établissement public rattaché à l'État, la totalité des hôpitaux de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV)¹² ont un statut de droit privé, sous forme de fondations ou d'associations, qui comptent d'ailleurs, parmi leurs membres, bon nombre de communes¹³. Le Valais, quant à lui, a connu en 2003 la transformation du statut de droit privé de l'ensemble de ses hôpitaux régionaux en statut autonome de droit public au sein du RSV. Le choix de la forme juridique du futur hôpital, de droit privé ou de droit public, repose donc sur le dilemme de structures juridiques différentes entre les deux cantons. La question est à l'étude depuis quelques années déjà.

Une étude préalable
sur le statut juridique

Ainsi, en 2005, afin de faire reposer leur décision sur des arguments tangibles, les autorités vaudoises et valaisannes ont à nouveau mandaté l'avocat Pierre Boillat, qui avait présidé les études de sélection du site de l'hôpital. Il lui est alors demandé de produire un autre document décrivant « les avantages et les inconvénients d'une structure de droit public, respectivement d'une structure de droit privé » pour le futur HRC. L'étude demandée doit tenir compte de l'état des législations sanitaires des deux cantons intéressés, de l'histoire propre à chacun des deux Cantons, incluant la création récente de l'Hôpital du Chablais, de la dynamique et du calendrier prévu pour la réalisation de l'HRC, ainsi que de la dimension politique du dossier

12 Anciennement le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV).

13 « HRC à Rennaz. Quels enjeux ? », *Hôpinfo*, n° 11, octobre 2008, pp. 4-5, ici p. 5.

II
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)

7
Des avancées concrètes : acquisition du terrain et convention

La structure
juridique de l'HRC

au plan cantonal et local. Le rapport doit aussi intégrer des éléments concernant la situation prévalant dans d'autres cantons suisses dans le domaine de l'organisation hospitalière, ainsi que les perspectives de l'évolution de la LAMal (projets de révision). Les résultats sont rendus aux mandants en décembre 2005¹⁴.

La conclusion du rapport Boillat sur la structure juridique de l'HRC est la suivante: « Si on cherche une solution simple à réaliser, une entité de droit public présente des avantages [...] non négligeables, dont le plus important réside sans doute dans l'environnement juridique homogène. Cette solution ne reste toutefois avantageuse que si on utilise pleinement la souplesse offerte par le droit public. »¹⁵

Autrement dit, il s'agit de garantir à l'HRC une certaine autonomie par une organisation à l'interne, en lui accordant des compétences organisationnelles au niveau de l'implantation des sites dans la zone hospitalière et dans la répartition des activités sur les différents sites. Le rapport mentionne d'autres avantages de la forme de droit public relatifs à la fiscalisation, au dispositif de récupération des activités hospitalières par l'État en cas de faillite, ou encore au niveau du transfert des patrimoines des sites existants, dont le règlement se ferait unilatéralement par le législateur¹⁶.

Le rapport préconise toutefois de reporter la discussion sur le statut juridique, afin de ne pas enrayer le processus déjà difficile de la mise sur pied des modalités de collaboration entre les deux cantons: « Le choix de la forme juridique de l'entité chargée d'exploiter le futur [HRC] dépendra, en grande partie, de plusieurs paramètres déterminés par les modalités de la collaboration intercantonale. Il est donc fortement recommandé d'arrêter les pierres angulaires et les éléments essentiels de la collaboration intercantonale qui aboutira à la réalisation du projet *avant* de procéder aux choix de la forme juridique. Le procédé inverse risque de créer de la confusion due au fait que les différents acteurs pourraient tirer de la forme juridique choisie certaines conclusions en vue de l'aménagement des règles de la collaboration hospitalière intercantonale. Or, il est évident que ces règles doivent correspondre aux objectifs, aux attentes et aux possibilités d'action des deux concernés et ne devraient pas dépendre de la forme juridique retenue. »¹⁷

Il s'agit donc d'éviter des discussions à deux niveaux et de se consacrer en priorité aux textes législatifs permettant de débloquer le financement de l'HRC. On attend alors les crédits pour le concours d'architecture et l'acquisition du terrain.

14 Boillat, Pierre, Hôpital intercantonal Riviera-Chablais. Structure de droit public ou structure de droit privé – avantages et inconvénients, [décembre 2005], Archives SSP Vaud.

15 *Ibid.*, p. 33: « Conclusions: points c, d, e, f, g », Archives SSP Vaud.

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*, p. 34: « Recommandations concernant le processus de réalisation du projet HIRC », Archives SSP Vaud.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	Des avancées concrètes : acquisition du terrain et convention	juridique de l'HRC

Le statut de droit public : entre contrôle et autonomie

Trois ans plus tard, suivant en cela les recommandations du rapport Boillat rendu fin 2005, la Convention intercantonale de 2008 adopte le statut d'« établissement autonome de droit public intercantonal », ce qui implique que l'HRC soit « placé sous la surveillance conjointe de l'État de Vaud et de l'État du Valais » (art. 1^{er} de la Convention). La Commission interparlementaire de contrôle a cautionné ce choix, arguant de l'implication financière de l'État : « Pour la majorité des membres de la commission, le choix du statut doit tenir compte de l'origine du capital et le statut de droit public s'inscrit dans cette logique de manière limpide »¹⁸. En effet, comme on l'a vu, l'HRC doit procéder à des emprunts bancaires garantis par les Cantons de Vaud et du Valais pour financer sa construction¹⁹.

Aussi, le statut d'établissement autonome de droit public impose-t-il que « les deux gouvernements cantonaux exercent une haute surveillance sur le futur établissement », explique l'ancien responsable du SSP Vaud, Marc-Étienne Diserens²⁰, également impliqué dans la gouvernance de l'HRC. Ainsi, conformément à la Convention des conventions, la surveillance s'effectue non seulement par l'intermédiaire de la Commission interparlementaire de contrôle, mais encore par les Conseils d'État. Ceux-ci doivent approuver le budget et les comptes de l'HRC, définir les modalités de financement, fixer le cadre de travail si la convention collective de travail (CCT) fait défaut, ainsi que les directives relatives à la rémunération de la direction générale et des médecins cadres²¹.

Pour ce qui est de l'autonomie spécifiée dans le statut juridique de l'HRC, elle doit permettre à l'établissement d'édicter ses propres règles de fonctionnement, de signer des conventions avec des tiers, notamment des CCT. Tout en étant soumis à la surveillance des deux cantons, l'HRC est aussi intégré dans leurs réseaux sanitaires, à savoir le réseau de soins régional vaudois reconnu d'intérêt public (loi vaudoise du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins) et le RSV (loi valaisanne du 12 octobre 2006 sur les établissements et institutions sanitaires)²². La libre circulation des patients vaudois et valaisans est bien sûr un principe de base : les malades peuvent être reçus indifféremment dans les différents sites de l'HRC au même tarif (art. 16 de la Convention). Sur ce dernier point, l'HRC peut s'appuyer sur la Convention de libre circulation déjà en vigueur pour l'Hôpital du Chablais.

18 *Message/EMPD autorisant les Cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC...*, [décembre 2008], p. 19.

19 Ce financement est réglé par l'art. 35 de la Convention intercantonale sur l'HRC, comme vu plus haut à la p. 190.

20 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

21 *Message/EMPD autorisant les Cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC...*, [décembre 2008], p. 20.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	Des avancées concrètes : acquisition du terrain et convention	juridique de l'HRC

Les réactions face au statut juridique

Rappelons-le, si, pour le Valais, la forme juridique choisie découle naturellement de la récente transformation du droit privé en statut autonome de droit public de l'ensemble de ses hôpitaux régionaux au sein du RSV, qui communique étroitement avec le canton, cette option constitue une « nouveauté » dans le monde hospitalier vaudois qui, mis à part le CHUV, est constitué pour la majorité d'hôpitaux privés reconnus d'intérêt public ou de cliniques privées indépendantes²³. Aussi, les réactions sont-elles mitigées, pour ne pas dire controversées.

Il faut mentionner qu'un premier projet de statut a été remis aux Hôpitaux de la Riviera et du Chablais en juin 2007 déjà. Trois réunions ont alors suivi en présence des chefs vaudois et valaisans des Départements de la santé, lors desquelles les représentants des hôpitaux tentent d'infléchir la tendance à la « cantonalisation » du futur hôpital. Le débat est relayé jusqu'aux colonnes du magazine *Hôpinfo*. Dans le numéro paru fin 2007, l'ancien directeur de l'Hôpital de Montreux, Jean-Pierre Müller, alors vice-président du Groupement des Hôpitaux vaudois, se prononce en faveur d'une association ou fondation privée reconnue d'utilité publique, perçue selon lui comme « la meilleure des solutions ». Il en évoque les avantages suivants : les institutions privées comprennent des personnalités et des élus locaux, ce qui suscite un plus grand sentiment de proximité pour la population, en l'incitant par ailleurs à effectuer des dons ou des legs. Jean-Pierre Müller cite pour exemple l'Hôpital Riviera : « À lui seul, [cet hôpital] a réalisé ces dernières années pour plus de six millions de francs de travaux financés en grande partie par des dons et des legs. Pour la plupart, les donateurs ne souhaitaient pas « soulager » l'État de son devoir de financement de la santé publique, au contraire : ils voulaient, par leur geste, contribuer à offrir une structure plus performante. »²⁴

Mais c'est aussi l'autonomie annoncée par les défenseurs du statut de droit public qui ne convainc pas l'ancien directeur de l'Hôpital de Montreux : « Il y a deux conséquences à l'étatisation des hôpitaux : la première consiste dans le déficit d'information de la région ; la seconde est l'exclusion des personnes de la région de toutes les décisions stratégiques, les représentants de l'État étant majoritaires au sein des Conseils d'administration. »²⁵

L'enjeu identitaire marque aussi ces fortes réticences, essentiellement vaudoises, face au choix du statut d'établissement public pour l'HRC. Selon Pierre Loison, le choix de l'hôpital public, qui répondrait aux vœux de l'État

23 Le contexte hospitalier vaudois est relativement complexe : le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et les institutions privées d'utilité publique (Hôpital orthopédique, Hôpital de l'Enfance, Hôpital ophtalmique) font partie des Hospices lausannois, trente-trois hôpitaux régionaux du canton (excluant les cliniques privées) sont regroupés au sein du GHRV, et il existe aussi le Centre de traitements et de réadaptation (CTR) de Sylvana à Épalinges.

24 « Interviews. MM. Ernest Cardis & Jean-Pierre Müller, nouveaux membres du Comité de notre Association », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, pp. 2-3.

25 Entretien avec Jean-Pierre Müller, 9 janvier 2017.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	juridique de l'HRC
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

du Valais, est symptomatique du rapport de force entre les deux cantons. L'ancien directeur général de l'Hôpital du Chablais imaginait un autre scénario : « La solution la plus simple aurait été de dire que l'HRC est un hôpital vaudois, qui a le même statut que les hôpitaux de son canton – privé reconnu d'intérêt public –, et qui travaille sous forme de mandats de prestations de la part du Valais, en s'engageant à prendre en charge les patients valaisans au même tarif que celui du RSV. »²⁶

Au printemps 2008, une interpellation sur le même sujet va donner l'occasion au gouvernement vaudois de rappeler son point de vue, qu'il partage avec son homologue valaisan.

L'interpellation de Pierre Rochat	En effet, le dossier est porté jusque devant le Conseil d'État vaudois, qui reçoit une interpellation Pierre Rochat, président de l'Hôpital Riviera, et quinze cosignataires, datée du 22 avril 2008 ²⁷ . Portant sur « l'avenir des établissements sanitaires privés d'intérêt public », les signataires s'inquiètent de la « nouvelle tendance à la soumission cantonale » et posent la question de la légitimité de la Loi de 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), qui cautionne le statut majoritairement privé des établissements vaudois. L'interpellation porte sur cinq questions :
	1. Quelle confiance le Conseil d'État a-t-il dans l'organisation sanitaire mise en place au cours de ces dernières décennies, fondées sur des structures privées d'intérêt public ?
	2. Les établissements sanitaires vaudois ont-ils démerité au point que, contre leur gré, on les oblige progressivement à changer de forme juridique ?
	3. Si oui, en quoi et a-t-on fait un bilan circonscrit des aspects positifs et négatifs de l'organisation actuelle ?
	4. Sinon, pourquoi changer ce fonctionnement ?
	5. Le Conseil d'État ne peut pas développer le réseau sanitaire en faisant à ce point fi de la LPFES. Quelles sont ses intentions à cet égard, et envisage-t-il, désormais, de modifier fondamentalement, voire d'abroger, la LPFES ?

26 Entretien avec Pierre Loison, 9 janvier 2017.

27 Sans autre mention, la référence du passage qui suit est : « Réponse du Conseil d'État à l'interpellation de Pierre Rochat et consorts concernant l'avenir des établissements sanitaires privés d'intérêt public (08/INT/087) », dans *Message/EMPD autorisant les cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC...*; et pour Vaud uniquement : Réponse du Conseil d'État à l'interpellation de Pierre Rochat et consorts concernant l'avenir des établissements sanitaires privés d'intérêt public, [décembre 2008], pp. 36-39.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	juridique de l'HRC
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

En réponse à cette interpellation, le Conseil d'État rappelle d'abord que la LPFES de 1978 distingue quatre catégories d'établissements sanitaires (1. cantonaux; 2. constitués en institutions de droit public; 3. privés reconnus d'intérêt public; 4. privés qui ne bénéficient pas de la reconnaissance d'intérêt public), et que la collaboration est bonne avec chacun des établissements quel que soit son statut. Il indique toutefois que la LPFES devra être remaniée voire remplacée pour l'adapter à la révision de la LAMal de décembre 2007, en précisant que cette révision n'impose aucun choix de forme juridique pour les hôpitaux subventionnés du Canton. Par ailleurs, il relève que la grande variété des formes juridiques dans les différents Cantons suisses, qui ont toutes leurs avantages et leurs inconvénients, prouve que l'une ou l'autre forme ne présente pas un bénéfice prépondérant.

Pour ce qui est du choix porté sur un établissement autonome de droit public pour l'HRC, les autorités avancent trois arguments. Premièrement, le Valais ne peut envisager sa participation dans le nouvel HRC que sous la même forme juridique de son réseau le RSV, qui est un établissement autonome de droit public, dans lequel sera intégré l'HRC. Deuxièmement, le nouvel hôpital sera presque totalement financé par les Cantons de Vaud et du Valais et, après l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal 2007, par les assureurs, ce qui justifie le contrôle des deux États que permet le statut public. Il faut rappeler ici que les Cantons ne prévoient pas de financer directement l'HRC, car les hôpitaux doivent se financer eux-mêmes, selon les nouvelles règles de la LAMal qui doit entrer en vigueur en 2012. Cependant, il est prévu que les cantons octroient à l'HRC une garantie pour les emprunts qu'il doit contracter auprès des instituts bancaires pour financer les différentes étapes de construction. Par ailleurs, comme l'explique l'ancien chef du SSP Vaud, Marc-Étienne Diserens, « l'essentiel du financement est public et socialisé, car une facture d'hôpital se paie d'une part par le canton de résidence (55 %) et d'autre part par l'assureur (45 %) dans le régime LaMal »²⁸.

Le troisième argument en faveur du statut de droit public avancé par le Conseil d'État vaudois s'appuie sur la taille de l'HRC : « Il s'agit d'un hôpital neuf complet, qui sera le plus grand du canton de Vaud après le CHUV, et donc d'un montant d'investissement très important de 250 millions, et non d'un investissement conservatoire d'une dizaine de millions dans un hôpital existant, ce qui, à l'avis des deux Conseils d'État, justifie et nécessite une nouvelle structure juridique de droit public. »

L'interpellation de Pierre Rochat met aussi en doute le fait que le droit public puisse laisser une certaine autonomie pour l'exercice des tâches non immédiates prioritaires de l'État : « La meilleure démonstration que ce n'est pas le cas est bien le fait que l'on doive toujours préciser < autonome de droit public >, ce qui n'est clairement pas le cas lorsque l'on parle d'établissements < privés d'intérêt public > qui, de fait, par définition et sans autre précision nécessaire, sont autonomes et doivent assumer leurs responsabilités indépendamment de l'État. »

28 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	juridique de l'HRC
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

Le Conseil d'État vaudois répond à cela que « l'établissement autonome de droit public représente le meilleur compromis entre le contrôle public et la liberté de gestion ». À l'issue de cet échange, le Conseil d'État propose au Grand Conseil de prendre acte de sa réponse à l'interpellation de Pierre Rochat et d'adopter les projets de décrets autorisant l'adhésion à la Convention intercantonale sur l'HRC.

Les détracteurs ne s'en tiennent pas là. Réuni en assemblée extraordinaire, le Conseil de fondation de l'Hôpital Riviera décide à une très forte majorité de contester le choix d'une structure de droit public pour le futur HRC, tel que le prévoit le projet de la Convention intercantonale. Il fait part de sa position dans un communiqué de presse diffusé le 8 mai 2008, dans lequel Pierre Rochat explique : « Notre conseil ne peut cautionner une solution qui va à l'encontre de la volonté exprimée de conserver son statut d'établissement privé reconnu d'intérêt public. Il s'agit d'une brèche dans le modèle de structure qui régit 13 hôpitaux régionaux vaudois et qui a fait ses preuves, en permettant d'offrir des soins de qualité à la population de ce canton. »²⁹

Le directeur général Jean-François Brunet précise quant à lui que les conditions de travail et d'exploitation de l'Hôpital Riviera se sont améliorées depuis l'année 2007 : le personnel des sites de la Riviera a obtenu une CCT commune, le plan comptable s'est soldé par un résultat positif, et un important programme de rénovation, de près de 10 millions de francs, s'est achevé pour adapter les infrastructures existantes (bloc des urgences, pédiatrie et dialyse). De plus, l'offre médicale s'est élargie, notamment en matière de chirurgie pédiatrique, du traitement de la douleur, de l'urologie ainsi que de l'oncologie, ce dernier service étant le premier entièrement unifié, dans la perspective de l'hôpital unique. Ces bonnes nouvelles sont autant de crédits à mettre au compte du fonctionnement privé de l'Hôpital Riviera qui, selon le directeur médical de l'établissement Philippe Saegesser, saura faire face aux enjeux à venir : les perspectives de la nouvelle LAMal, les pressions des assureurs pour diriger le domaine de la santé, ou encore la nouvelle concurrence des institutions privées qui se profilent dans le domaine ambulatoire, en profitant des dispositions tarifaires favorables dans ce secteur d'activité³⁰.

Le communiqué de presse répète toutefois que l'Hôpital Riviera veut être partie intégrante du futur HRC. Il préconise, suivant en cela les conclusions de l'étude Boillat sur le statut juridique, de reporter la décision du statut afin de privilégier les étapes prioritaires que sont le déblocage des crédits et la construction du futur hôpital à Rennaz.

Du côté de l'Hôpital du Chablais, la situation est délicate, puisque l'institution de droit privé, mais intégrée dans le RSV, se sent isolée pour défendre un statut allant à l'encontre des autres établissements du réseau. Directeur général de l'Hôpital du Chablais, mais également membre du Comité exécutif de la FHV, Pierre Loison estime pouvoir cautionner les desiderata de l'Hôpital

29 « Statut juridique du futur HRC. L'Hôpital Riviera s'oppose au choix des Conseils d'État vaudois et valaisan », communiqué de presse de l'Hôpital Riviera, Vevey 8 mai 2008.

30 Ibid.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	juridique de l'HRC
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

Riviera, pour autant qu'aucune proposition, appuyée par le canton du Valais, ne soit officialisée. « Une fois le projet déposé, et étant donné le contexte intercantonal de l'Hôpital du Chablais, il n'était plus possible de soutenir le statut privé pour l'HRC »³¹, se souvient-il.

À l'automne 2008, le président de l'Hôpital Riviera Pierre Rochat poursuit ses critiques à l'encontre du statut juridique et de la potentielle perte d'autonomie de l'HRC. Il assiste en octobre à la réunion de la Commission interparlementaire de contrôle chargée de cautionner la Convention intercantonale sur l'HRC et il présente une synthèse des discussions lors d'une séance du Comité exécutif de son établissement³². Il indique d'abord que la composition de la Commission interparlementaire de contrôle est paritaire, comptant sept membres vaudois et sept valaisans, « alors que le Valais est concerné à hauteur d'un quart dans l'investissement ! », s'étonne-t-il. S'étant exprimé au nom de l'Hôpital Riviera devant la Commission interparlementaire et les chefs des Départements de la santé également présents, Pierre Rochat a salué le fait que le projet avance, mais a aussi « très fermement fait part de son mécontentement sur le manque d'autonomie conféré à cette future entité ». À cette occasion, une autre proposition d'organisation émanant de l'Hôpital Riviera a été remise aux personnes présentes. Pierre Rochat prévient toutefois les membres du comité de son établissement : « À ce stade, et devant la position intransigeante des deux Conseils d'État, notre marge de manœuvre n'est pas grande. »

La Commission interparlementaire de contrôle doit déposer son rapport sur le statut juridique dans les semaines suivantes auprès des deux Conseils d'État, qui pourront ensuite prendre en compte – ou non – les propositions de modifications ou d'amendements, avant la prise de décision finale des Parlements. Le directeur général de l'Hôpital Riviera, Jean-François Brunet, propose, « vu l'urgence de la situation », que le comité se réunisse rapidement « pour rappeler et définir sa position et le calendrier des opérations à suivre jusqu'à l'ouverture de ce nouvel hôpital »³³.

Par ailleurs, le comité de l'Association des Amis de l'HRC manifeste ses doutes dans le *Hôpinfo* qui paraît fin 2008 : « La lourdeur d'un droit public intercantonal saura-t-elle faire face aux prochains multiples bouleversements que va connaître le monde hospitalier de notre pays : nouveaux financements, tarifs incluant les investissements, participation des Cantons identique quel que soit le type d'établissement... ? La question mérite d'être posée. La raison politique l'ayant emporté dans ce débat, souhaitons que ce changement ne coïncidera pas avec un passage au < tout cantonal > et que la gouvernance du nouvel [HRC] ne soit pas trop sensible aux courants politiques de nature à perturber sa stratégie, gage de pérennité et de bon fonctionnement, privant nos régions de leur autonomie si indispensable au développement de l'[HRC]. »³⁴

31 Entretien avec Pierre Loison, 9 janvier 2017. classeur « Hôpital Riviera : Comité exécutif 2008 », Archives HR Mottex.

32 « PV du Comité exécutif, Hôpital Riviera, séance 30 octobre 2008 »,

33 Ibid.

II	7	La structure
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	juridique de l'HRC
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	
	et convention	

Pour autant, la décision n'est pas nécessairement immuable, comme l'espère le comité des Amis de l'HRC : « L'autonomie des acteurs hospitaliers est une des clés du succès d'un hôpital quel que soit son statut. Alors démarrons sous cette forme juridique ; il sera toujours temps, après les premières années d'exploitation, d'évaluer le cadre retenu et pourquoi pas, de la modifier. C'est aussi cela le choix et la liberté démocratiques. »³⁵

Cet avis est aussi partagé par l'avocat Denis Sulliger, membre du Comité exécutif de l'Hôpital Riviera, qui porte toutefois un autre regard sur le statut juridique de l'HRC : « La très grande majorité des hôpitaux, y compris vaudois, sont subventionnés, soumis à un tissu de règles relevant du droit public. Par conséquent, il est logique de faire de l'HRC un établissement de droit public ». Concernant la façon dont un tel hôpital devra être gouverné, « c'est une autre question ; mais les statuts évoluent et il n'est pas impossible que celui de l'HRC se modifie, une fois le nouvel hôpital construit », énonce l'avocat³⁶.

34 « HRC à Rennaz. Quels enjeux ? », *Hôpinfo*, n° 11, octobre 2008, pp. 4-5, ici p. 4.

35 *Ibid.*

36 Entretien avec Denis Sulliger, 5 avril 2017.

II	7	Rapport
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	de la Commission
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	interparlementaire
	et convention	et adhésion
		à la Convention
		intercantonale

La Commission interparlementaire de contrôle ayant eu la charge d'examiner le projet de Convention intercantonale sur l'HRC, les membres de la Commission interparlementaire rendent leur rapport aux Conseils d'État le 11 décembre 2008. Ils y reconnaissent la nécessité de doter la région de la Riviera et du Chablais d'un hôpital unique, et ils soulignent que l'efficience du projet (diminution des coûts d'investissement et des coûts d'exploitation, baisse du coût global de la réorganisation hospitalière) et sa plus-value qualitative (amélioration de la prise en charge des patients, équipements de pointe) sont démontrées. En revanche, ils considèrent que des améliorations notoires de la desserte de l'établissement en transports publics doivent être proposées dans les plus brefs délais, en concertation avec les milieux économiques et les collectivités locales. Sur le même thème, l'absence de financement pour le parking de l'hôpital est soulevée : il devra être autofinancé par les utilisateurs. La distinction entre parking du personnel et parking des patients et des visiteurs est aussi mentionnée. Approuvant le choix du statut juridique, la Commission interparlementaire souligne enfin la nécessité impérieuse de rapports détaillés et réguliers aux commissions des affaires extérieures de chacun des Cantons sur le budget, le déroulement et l'avancement des travaux de l'HRC.

Après avoir tenu compte des nombreuses autres remarques de la Commission interparlementaire de contrôle, les Conseils d'État valaisan et vaudois produisent un document officiel conjoint, le Message (Valais) et Exposé des motifs et projets de décrets (Vaud) daté des 16 et 17 décembre 2008, demandant aux Grands Conseils d'autoriser leur canton à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC. Ce document commun comporte aussi un projet de décret pour l'octroi d'une garantie d'emprunt portant sur un montant de 21,5 millions de francs. Cette garantie doit permettre à l'HRC d'obtenir auprès des banques les moyens financiers de l'organisation du concours d'architecture et des études détaillées relatives à la construction du futur site hospitalier de Rennaz. Ce montant doit être garanti par l'État de Vaud à hauteur de 75 % (16,125 millions) et par l'État du Valais à hauteur de 25 % (5,375 millions)³⁷.

II	7	Rapport de la Commission
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	interparlementaire et adhésion
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	à la Convention intercantonale
	et convention	

Au trimestre suivant, par décret voté à l'unanimité du Grand Conseil valaisan (10 février 2009) et du Grand Conseil vaudois (10 mars 2009), les Conseils d'État respectifs sont autorisés à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC. Ils fixent, d'un commun accord, l'entrée en vigueur de la Convention au 1^{er} juillet 2009. Les signataires de la Convention sont, pour le Conseil d'État valaisan, le président Claude Roch et le chancelier Henri von Roten, ainsi que, pour le Conseil d'État vaudois, le président Pascal Broulis et le chancelier Vincent Grandjean³⁸.

En fondant l'HRC et en cautionnant son organisation, la Convention intercantonale met fin à neuf années de concertations politiques, débutées officiellement avec le rapport Ernst & Young en 2000. Pour les directeurs généraux des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais, Jean-François Brunet et Pierre Loison, il s'agit du « véritable démarrage politique de la construction de l'[HRC] »³⁹.

Les chefs des Départements de la santé sont satisfaits des compromis acceptés de part et d'autre, comme l'énonce le conseiller d'État vaudois Pierre-Yves Maillard dans le *Hôpinfo* paru fin 2009 : « On peut être reconnaissant à nos amis valaisans d'accepter d'investir des moyens considérables hors des limites du canton. De leur côté, les Vaudois ont accepté une forme juridique différente de leurs autres hôpitaux de zone. »⁴⁰ Avec son homologue valaisan Maurice Tornay du parti démocrate-chrétien, qui a remplacé le socialiste Thomas Burgener depuis mai 2009, le conseiller d'État Pierre-Yves Maillard rappelle aussi les conséquences de la mise en route de l'HRC pour les autres sites hospitaliers de la région : la fermeture de Montreux, Aigle et Vevey Providence, ainsi que la transformation de Monthey et de Vevey Samaritain en CTR, avec antenne médico-chirurgicale. Cette situation aura des incidences sur le personnel, lequel, à ce stade, se doit d'être rassuré : « Les deux Conseils d'État se sont d'ores et déjà engagés à ne procéder à aucun licenciement [...]. D'aucuns seront affectés au nouvel hôpital, d'autres trouveront une activité correspondante dans les nouvelles affectations des sites concernés (CTR). Dans toutes les étapes futures, le dialogue sera le maître mot. »⁴¹

Le bien-fondé du choix de Rennaz reste aussi un point sensible, pour lequel l'accès au site est un enjeu important : « Nous savons que nous devons sérieusement améliorer la desserte de ce site par les transports publics. Une coordination avec les deux projets d'agglomération concernés sera menée à bien », promet Pierre-Yves Maillard.

37 *Message/EMPD autorisant les Cantons de Vaud et du Valais à adhérer à la Convention intercantonale sur l'HRC...*, [décembre 2008], pp. 39-41.

38 *Convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud et Valais du 17 décembre 2008*, p. 7, classeur « Règlements », Archives HR Vevey Samaritain.

39 « Editorial (Jean-François Brunet, Pierre Loison) », *Entre Nous*, n° 2, janvier 2009, p. 1.

40 « Interview de Pierre-Yves Maillard, conseiller d'État, Chef du Département de la Santé et de l'Action sociale du canton de Vaud », *Hôpinfo*, n° 12, novembre 2009, p. 4.

41 *Ibid.*

42 « Interview de Maurice Tornay, conseiller d'État, chef du Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais », *Ibid.*, p. 5.

II	7	Rapport de la Commission
Vers l'hôpital unique	Des avancées concrètes :	interparlementaire et adhésion
(années 2000 à nos jours)	acquisition du terrain	à la Convention intercantonale
	et convention	

Le conseiller d'État valaisan Maurice Tornay annonce quant à lui les étapes à venir : le concours d'architecture pour l'Hôpital de Rennaz, la présentation aux deux gouvernements, puis aux deux Parlements du projet de construction et de son financement, enfin le démarrage de la construction. On espère alors une mise en exploitation de l'HRC à l'horizon 2015⁴².

8

Phase d'accélération
à l'aube de
la nouvelle décennie

Dans la Suisse des années 2010, la densité des établissements hospitaliers reste élevée, alors que leur taille moyenne est encore relativement petite : les seuls pays présentant une taille moyenne d'hôpitaux plus petite que la Suisse sont des pays de même niveau socio-économique, mais à habitat dispersé et à faible densité (Australie, Finlande), ainsi que des pays émergents (Chili, Mexique, Turquie)¹. Cette situation, on l'a vu avec le développement des hôpitaux de la Riviera et du Chablais, a une influence directe sur la nature de l'équipement médico-technique disponible. La plupart des hôpitaux tendent en effet à acquérir une gamme complète d'appareils et d'équipements, pour répondre à la demande des médecins, de la population locale et des malades. Si on prend l'exemple du scanner (*CT scanner*), la statistique de l'OCDE montre que la Suisse est en 2011 l'un des pays présentant la plus forte densité de scanners, se situant au sixième rang (avec 33,6 appareils par million d'habitants). En résumé, comme l'écrit l'historien Pierre-Yves Donzé, « la Suisse est suréquipée en établissements hospitaliers – qui sont en moyenne de très petite taille – et en technologies médicales. »²

Des coûts de la santé
(toujours) à maîtriser

Certes, la maîtrise des coûts des politiques hospitalières a commencé à porter ses fruits. L'ensemble des mesures d'économies a fait passer la Suisse du quatrième rang, en termes de densité hospitalière parmi les pays de l'OCDE pour l'année 2000 (avec 52,3 hôpitaux par million d'habitants), au neuvième rang en 2012 (avec 37,3 établissements par million d'habitants). Aussi, durant les années 2000-2014, le nombre d'établissements hospitaliers passe de 372

1 Donzé Pierre-Yves, *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande* (Neuchâtel 2017), pp. 8-9.
2 *Ibid.*, p. 11.

à 289, tandis que le nombre total de lits chute de 45 569 à 37 540. Cette situation se traduit, au cours des années 2010, par une meilleure rentabilité des lits, dont le taux d'occupation passe de 87 % à 94 %. Comme le note Pierre-Yves Donzé, « un véritable effort en terme de rationalisation a été mené »³. Cet effort s'est notamment traduit par un basculement progressif au sein de la gestion hospitalière, à savoir le passage à une intervention régulatrice des autorités cantonales au détriment des initiatives locales, pour lesquelles l'État n'était jusqu'alors qu'un simple bailleur de fonds. Les fusions et les mises en réseau, lancées dans les années 1990, sont devenues un objectif prioritaire des planifications hospitalières des cantons, le but recherché étant le décloisonnement des hôpitaux, notamment par l'accentuation de leurs relations avec les médecins de premier recours et les spécialistes au travers de plateformes régionales (réseaux), qui parfois fusionnent les unes avec les autres. Dans la région Riviera-Chablais, par exemple, la FSC fusionne avec l'ASCOR (Association de Soins coordonnés de la Riviera) en mai 2012 pour créer la Plateforme Santé Haut-Léman – devenue le Réseau Santé Haut-Léman (RSHL) en 2014 –, dans le but de promouvoir la coordination entre tous les partenaires de la santé de l'Est vaudois et du Chablais valaisan⁴. De même, les associations d'aide et de soins à domicile du Chablais et de la Riviera fusionnent également. Ces institutions, comme les réseaux de soins, s'y étaient engagées à la condition que l'Hôpital Riviera-Chablais soit confirmé au plan politique. Toutefois, les diverses mesures n'ont pas suffi à enrayer la poursuite de la hausse des coûts. Pour exemple, la valeur des charges d'exploitation annuelles par lit d'hôpital s'élève à 727 000 francs en 2014, alors qu'elle n'était que de 260 000 francs en 2000, selon les chiffres de l'OFS⁵. Une tentative édifiante d'intervention politique passe alors par la mise en place, au niveau national, de la « médecine hautement spécialisée » (ci-après MHS).

La médecine
hautement spécialisée

Dans le contexte de rationalisation qui caractérise le marché médical, la MHS se définit comme une nouvelle répartition, entre hôpitaux, des prestations hautement spécialisées requérant des compétences pointues et l'atteinte d'une masse critique de patients. La planification de cette médecine, qui s'implante officiellement en Suisse en 2013, est régie par une commission

3 *Ibid.*, p. 8.

4 « Des objectifs clairs pour le futur hôpital », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 8-9 ; « Création de la Plateforme Santé Haut-Léman », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 26-27 ;

« De la Plateforme au Réseau Santé Haut-Léman », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 16-17.

5 Donzé Pierre-Yves, *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande* (Neuchâtel 2017), p. 8.

II	8	Le contexte hospitalier suisse
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	des années 2010
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

intercantonale, seule habilitée à délivrer des autorisations d’effectuer certaines prestations spécialisées. C’est la première fois, dans l’histoire des hôpitaux suisses, qu’une instance intercantonale intervient de la sorte. Le problème soulevé est autant celui de l’engorgement de certains hôpitaux, que celui de la nécessité d’une masse critique suffisante de patients pour assurer un rôle de pôle d’excellence. Les mêmes raisons, ajoutées aux facteurs économiques et sécuritaires, ont mené aux fusions hospitalières, comme le rappelait le chef du Département valaisan de la santé, Maurice Tornay, dans le *Hôpinfo* de 2012: « La notion de masse critique est essentielle dans le domaine hospitalier. Chaque service doit pouvoir compter sur un volume de patients suffisant pour que les médecins et le personnel soignant puissent exercer régulièrement des actes toujours plus complexes. C’est une condition indispensable à la qualité des soins et à la sécurité des patients. »⁶

Dans la perspective de la MHS, il s’agit aussi de négocier un partenariat pour la répartition des tâches et les flux de patients entre hôpitaux, en tenant compte de la création de centres de compétences à l’échelon intercantonal.

En 2013, le directeur général de l’Hôpital du Valais, le Prof. Éric Bonvin, constate avec inquiétude: « Aujourd’hui, plus la médecine hospitalière est spécialisée, plus elle est centralisée. Même la Suisse prise dans son ensemble demeure trop petite pour atteindre un niveau d’excellence dans certaines disciplines. »⁷ Le directeur général du CHUV, Le Prof. Pierre-François Leyvraz, établit le même constat en regard de son institution: « Un hôpital universitaire comme le nôtre a déjà de la peine à maintenir toute la chaîne à la hauteur des compétences nécessaires pour prendre en charge cette médecine hautement spécialisée. »⁸ C’est pourquoi, l’HRC doit pouvoir s’insérer dans la nouvelle réflexion de la MHS, en partenariat avec les cantons concernés, Vaud et Valais, comme le souligne le Prof. Éric Bonvin: « On va devoir réfléchir avec Rennaz sur la question de ces prestations dédiées aux patients valaisans. C’est une discussion qui devrait se faire de manière triangulaire entre le CHUV, Rennaz et Sion. On est au début de tout ce processus. »⁹ Le Prof. Pierre-François Leyvraz relève quant à lui l’apport positif du futur HRC dans l’organisation hospitalière valdo-valaisanne: « Rennaz représente une opportunité de mieux se répartir les tâches, chacun ayant ses missions propres. Ce travail en réseau doit s’inscrire dans la complémentarité et la collaboration. »¹⁰

Ainsi, à la suite de la signature de la Convention intercantonale sur l’HRC en 2009 qui cautionne l’édification et l’organisation de l’HRC, les années 2010 connaissent une phase d’accélération qu’illustre l’ensemble

6 « Message des deux conseillers d’État (P.-Y. Maillard et M. Tornay) », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 2-5, ici p. 3.

7 « Rencontres avec les DG de l’Hôpital du Valais et du CHUV. Interview du Prof. Éric Bonvin, DG de l’Hôpital du Valais », *HRC*, RA 2013, pp. 3-4, ici p. 4.

8 « Rencontres... Interview du Prof. Pierre-François Leyvraz, DG du CHUV », *HRC*, RA 2013, pp. 5-6, ici p. 6.

9 « Rencontres... Interview du Prof. Éric Bonvin, DG de l’Hôpital du Valais », *HRC*, RA 2013, p. 3.

10 « Rencontres... Interview du Prof. Pierre-François Leyvraz, DG du CHUV », *HRC*, RA 2013, p. 5.

II	8	Le contexte hospitalier suisse
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	des années 2010
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

des mesures étatiques caractérisant les hôpitaux suisses de dernière génération: fusion, rationalisation, contrôle (bi)étatique, cadre MHS, *Evidence-based design*, pour ne citer que quelques exemples. Dans ce contexte, la gouvernance de l’HRC est entièrement repensée, afin de lancer les deux grands chantiers que sont, d’une part, la construction d’un nouvel établissement et, d’autre part, la convergence des hôpitaux de la Riviera et du Chablais. Début 2009, les directeurs généraux Jean-François Brunet et Pierre Loison se réjouissent du « beau défi » annoncé par les phases à venir: « Il est déjà difficile de construire un nouvel hôpital sans se tromper dans la taille ou dans son organisation spatiale et fonctionnelle; s’y ajoute, pour l’Hôpital de Rennaz, la fusion de l’Hôpital du Chablais et de l’Hôpital Riviera. »¹¹

11 « Éditorial (Jean-François Brunet, Pierre Loison) », *Entre Nous*, n° 2, janvier 2009, p. 1.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

8
Phase d'accélération à l'aube
de la nouvelle décennie

Le Protocole

de rapprochement

entre les Hôpitaux

de la Riviera

et du Chablais

Ainsi a lieu à cette période une nouvelle étape préliminaire à la fusion entre les Hôpitaux de la Riviera et du Chablais, qui fait suite au Protocole d'accord signé en janvier 2004 entre les deux institutions¹². En effet, ce premier protocole est remplacé par un Protocole dit de rapprochement signé le 29 juillet 2009 par le Comité de direction de l'Hôpital du Chablais, représenté par le président Antoine Lattion et le directeur général Pierre Loison, et le Conseil de fondation de l'Hôpital Riviera, représenté par le président Pierre Rochat et le directeur général Jean-François Brunet.

Ce protocole établit une « gouvernance paritaire et évolutive » par la création d'un Comité d'orientation stratégique, en charge de piloter le rapprochement entre les hôpitaux. Ce Comité d'orientation compte parmi ses membres Pierre Rochat (président), Antoine Lattion (vice-président), Annie Oguey, le Dr Pierre Battaglia, Me Denis Sulliger, Pierre-Alain Cardinaux, Pierre Loison (responsable communication et construction), Jean-François Brunet (responsable rapprochement), Emmanuelle Fonferrier (secrétaire). Parallèlement est aussi créé le Comité de rapprochement opérationnel, composé de Jean-François Brunet (président), la Dre Helena Slama, Philippe Rouge, Daniel Drainville, Michel Samson, Éric Porchet, Christian Bourquin et Emmanuelle Fonferrier (secrétaire de ce Comité également)¹³.

Le Comité d'orientation stratégique assure la représentation des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais pendant la phase transitoire et coordonne les actions mises en œuvre au sein des établissements afin de favoriser leur rapprochement. Il est aussi l'interlocuteur du Conseil d'établissement

12 Sur le Protocole d'accord de 2004, voir plus haut aux pp. 156-157.

13 « Des structures qui se mettent en place. Nomination du premier Conseil d'Établissement et d'une Secrétaire générale : Structure de projet 2010 », *Entre Nous. Journal interne du personnel des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, n° 3,

juillet 2010, p. 3 ; « Structure de projet 2011 », classeur « Historique/ Transparents », Archives SSP Valais.

14 *Protocole de rapprochement entre l'Hôpital Riviera et l'Hôpital du Chablais*, fait à Aigle et Vevey le 29 juillet 2009, signé par Antoine Lattion, Pierre Loison, Pierre Rochat et Jean-François Brunet.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

8
Phase d'accélération à l'aube
de la nouvelle décennie

Le Protocole
de rapprochement entre
les Hôpitaux de la Riviera
et du Chablais

de l'HRC, à travers un Bureau de liaison composé de quelques membres de chacun des deux organismes¹⁴. C'est que le travail ne manque pas pour ces nouvelles instances, dans la phase d'accélération que vivent tous les secteurs concernés par la mise en place du futur hôpital.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

8
Phase d'accélération à l'aube
de la nouvelle décennie

Mise en place

d'une gouvernance

de l'HRC

Création du Conseil

d'établissement

et du secrétariat général

La création de l'HRC donne naissance à de nouveaux organes de gouvernance adaptés à la structure du futur hôpital et prévus par la Convention intercantonale. Ainsi, en juin 2009, les Conseils d'État vaudois et valaisan ainsi que les réseaux concernés désignent leurs représentants au sein du premier Conseil d'établissement de l'HRC. Neuf membres constituent ce nouvel organe : Marc-Étienne Diserens (président) et Georges Dupuis (vice-président), respectivement ancien chef du SSP vaudois et chef en fonction du SSP Valais, les directeurs généraux des Hôpitaux concernés Jean-François Brunet et Pierre Loison, le Prof. Francis-Luc Perret, vice-président pour la planification et la logistique de l'EPFL, Jean-Jacques Rey-Bellet, ancien conseiller d'État valaisan, Hélène Brioschi-Levi, directrice des soins du CHUV, Annik Morier-Genoud, conseillère municipale à Villeneuve, et le Dr Raymond Pernet, président du Conseil d'administration du RSV¹⁵. Quatre membres ont été nommés par le gouvernement vaudois, deux par le gouvernement valaisan, deux par les réseaux de soins de l'Est vaudois et un par l'Hôpital du Valais¹⁶.

En attendant la dissolution des deux comités qui gèrent les établissements de la Riviera et du Chablais, le Conseil d'établissement, qui se réunit pour la première fois à Lausanne le 1^{er} juillet 2009, se lance prioritairement dans les activités liées au chantier de construction de Rennaz. Il s'agit de nommer une Commission de construction, de désigner une entreprise générale pour la réalisation du projet de construction, de conclure un contrat d'assistance à la maîtrise d'ouvrage pour bénéficier de conseils professionnels dans la conduite des opérations, ou encore d'organiser préalablement

15 « Des structures qui se mettent en place. Nomination du premier Conseil d'Établissement et d'une Secrétaire générale », *Entre Nous*, n° 3, juillet 2010, p. 2 ; « Le premier Conseil d'Établissement de l'HRC. Interview de Marc-

Étienne Diserens », *Hôpinfo*, n° 12, novembre 2009, pp. 6-7, ici p. 6.
16 « Message des deux conseillers d'État (P.-Y. Maillard et M. Tornay) », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 2-5, ici p. 3.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

8
Phase d'accélération à l'aube
de la nouvelle décennie

Mise en place

d'une gouvernance de l'HRC

le concours de projets d'architecture. De plus, parmi les missions du Conseil d'établissement liées à l'emplacement du site figurent la définition du périmètre du plan d'affectation cantonal nécessaire au lancement du concours d'architecture, la réalisation d'une étude d'impact sur l'environnement telle qu'imposée par la législation, ainsi que l'obtention auprès des banques des crédits nécessaires à la réalisation de ses diverses tâches.

Le Conseil d'établissement se dote aussi, dès 2010, d'une secrétaire générale, en la personne de Sophie Desbaillets, laquelle assure également le secrétariat de la Commission de construction. Suite à son décès survenu prématurément fin 2012, un secrétariat intérimaire est ponctuellement assumé par la juriste Sonia Zbinden et par Sandra Blank, laquelle sera désignée secrétaire générale de l'HRC dès 2014¹⁷.

La Commission

de construction

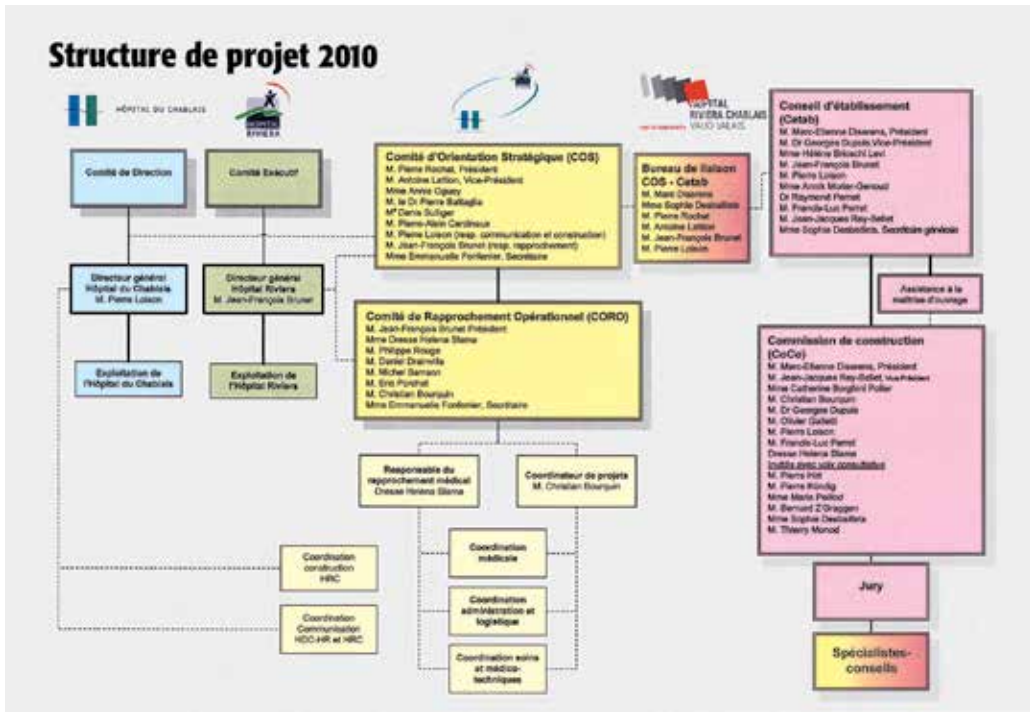
et la Direction de projet

Lors de sa séance mensuelle d'octobre 2009, le Conseil d'établissement de l'HRC désigne les membres de la Commission de construction selon la composition suivante : l'ancien chef du SSP Vaud Marc-Étienne Diserens (président), le conseiller d'État valaisan Jean-Jacques Rey-Bellet (vice-président), la directrice des constructions, ingénierie et technique du CHUV Catherine Borghini Polier, le coordinateur de projet au sein de l'HRC Christian Bourquin, l'ancien chef du SSP Valais et médecin cantonal le Dr Georges Dupuis, l'architecte cantonal et chef du Service des bâtiments du canton du Valais Olivier Galetti, le directeur général de l'Hôpital du Chablais Pierre Loison, l'ancien vice-président de l'EPFL et directeur de la Fondation ISREC le Prof. Francis-Luc Perret, ainsi que la Dre Helena Slama (jusqu'en 2017), directrice médicale de l'Hôpital du Chablais et en charge du rapprochement médical Hôpital Riviera-Hôpital du Chablais.

De plus, dès 2013, Andrea Binggeli assume le secrétariat de la Commission de construction, succédant à cette place à Sophie Desbaillets. En 2015, Christian Bourquin, parti à la retraite, et Olivier Galetti sont remplacés par Arnaud Violland, directeur des systèmes d'information et de l'organisation de l'HRC, et par Philippe Venetz, architecte cantonal du canton du Valais, qui quittera la commission en 2017. Quelques invités permanents sont également présents (représentants des SSP Vaud et Valais, directeur général, directeur de projet)¹⁸.

17 PV du CEtab HRC, séances 1^{er} juillet 2009, 15 décembre 2009, 13 janvier 2010, classeur « HRC 1.1.3, Archives CEtab PV, 2009-2010 » ; PV du CEtab HRC, séances 2013-2014 (fichiers pdf), Archives HR Vevey Samaritain ; « Les structures se mettent en place. Le premier

Conseil d'établissement de l'HRC », *Hôpinfo*, n° 12, novembre 2009, pp. 6-7, ici p. 7 ; « Des structures qui se mettent en place. Nomination du premier Conseil d'Établissement et d'une Secrétaire générale », *Entre Nous*, n° 3, juillet 2010, pp. 2-3.



II	8	Mise en place
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	Phase d'accélération à l'aube de la nouvelle décennie	d'une gouvernance de l'HRC

Par ailleurs, la Commission de construction s'appuie, pour l'organisation et la conduite du déroulement du concours de projets, sur un bureau d'assistance à la maîtrise d'ouvrage (Eller et de Sénépart). Par la suite, elle crée et travaille avec une direction de projet, bras armé de la Commission de construction et responsable de la conduite opérationnelle de l'ensemble du projet de construction. Cette direction est confiée à Karl Halter, directeur de projet depuis le printemps 2011, qui est rejoint en 2012 par Stephen Berbers, chef de projet pour les installations techniques du futur bâtiment, et en 2013 par Bernard Solioz, adjoint à la direction du projet et chef de projet pour la direction des travaux. En 2018, Roberto Gonzales sera engagé comme directeur des travaux afin de remplacer Bernard Solioz, retraité qui reste à disposition à 30 % pour le suivi financier du projet. Enfin, Laurence di Florio travaille dès 2016 comme architecte d'intérieur pour la direction de projet¹⁹.

En 2011, le Groupe Support Projet est également créé, à l'initiative de la Commission de construction, pour veiller à la coordination et à la cohérence de l'ensemble des besoins inhérents à l'organisation et à la gestion du futur hôpital (appareils, installations et équipements médicaux, ameublement, équipements informatiques, signalétique, approvisionnement en énergies, etc.). Placé sous la présidence de Karl Halter et la vice-présidence de Pierre Loison, il est composé à ses débuts de deux membres de la Commission de construction, la Dresse Helena Slama et Christian Bourquin, de Mme Denise Bouchard (infirmière-chef de service au CHUV), d'Arnaud Violland (directeur du système d'information et de l'organisation) et de Pierre Kundig (ancien directeur de la sécurité du CHUV). Soutien indispensable dans la procédure de planification du futur hôpital, il sera réorganisé en 2017 en plusieurs groupes de travail et comptera plus de trente membres pour mener les tâches qui lui incombent avant l'ouverture de l'hôpital à Rennaz.

Sa première composition ratifiée par les Conseils d'État vaudois et valaisan, la Commission de construction siège pour la première fois en janvier 2010. Ayant pour tâche de conduire le projet de construction des infrastructures de Rennaz et de réaménager les antennes de Vevey et de Monthey, elle se concentre en priorité, selon le calendrier prévu, sur le site de Rennaz. Elle a notamment pour mission d'organiser et de superviser le concours de projets d'architecture du futur hôpital en ayant désigné l'organisateur, les membres du jury et les experts du concours. Elle doit ensuite sélectionner le projet lauréat du concours, gérer les appels d'offres et soumettre les adjudications aux entreprises pour la construction, contrôler et ratifier le coût de construction, tout en faisant régulièrement rapport aux Départements de la santé²⁰.

Organigramme de la coordination interhospitalière en 2010 (Hôpital du Chablais, Hôpital Riviera, Hôpital Riviera-Chablais).

Les membres du premier Conseil d'établissement de l'HRC (*Hôpinfo*, novembre 2009).

18 PV du CEtab HRC, séance 14 octobre 2009, classeur « HRC 1.1.3, Archives CEtab PV, 2009-2010 », Archives HR Vevey Samaritain; « Commission de construction et Direction de projet », *HRC, RA 2015*, p. 12; Informations d'Andrea Binggeli (août 2018).

19 *Ibid.*
20 Canton du Valais, Canton de Vaud: *Convention intercantonale sur l'HRC du 17 décembre 2008* (art. 28 et 29: composition et compétences de la Commission de construction).

Étape préalable à la construction de l’HRC, le concours de projets doit permettre de trouver un projet d’hôpital adapté aux attentes d’un établissement intercantonal moderne et fonctionnel. Pour ce faire, le projet d’architecture s’inspire du programme des locaux qui a été concocté en 2007 par les dix-huit groupes de concertation supervisés par la société ICADE²¹. Ce programme des locaux fait l’objet d’ultimes ajustements effectués par le Conseil d’établissement et sa Commission de construction, des représentants des deux hôpitaux (directeurs généraux, directrices et directeurs médicaux, directeurs des soins, coordinateur) et les Départements de la santé des deux Cantons. Ce programme est ensuite inséré dans le cahier des charges remis à des équipes pluridisciplinaires et des consortiums d’entreprises sélectionnées pour présenter un avant-projet dans le cadre du concours de projet pour la conception et la construction de l’HRC. Le concours, anonyme, est lancé en avril 2010, selon le principe des marchés publics : il s’adresse en priorité à des bureaux d’architecture qui peuvent satisfaire à des critères d’expériences et des conditions clairement documentés²².

La Commission de construction nomme un jury qui sera chargé de sélectionner les candidats qui participeront au concours, et de désigner le projet lauréat. Le jury est présidé par l’ancien conseiller d’État valaisan Jean-Jacques Rey-Bellet, ainsi que l’ingénieur et professeur de l’EPFL Francis-Luc Perret (vice-président), tous deux déjà membres du Conseil d’établissement. Le jury se compose de quinze autres membres : Jean-François Brunet, Marc-Étienne Diserens, le syndic de Rennaz Yves Fontannaz, le Dr Raymond Pernet, président du Conseil d’administration du RSV, la Dre Helena Slama,



21 Sur la mise en place du programme des locaux en 2007, voir plus haut aux pp. 174 et suiv.

22 « Des structures qui se mettent en place. Nomination du premier Conseil d’Établissement et d’une Secrétaire générale », *Entre Nous. Journal interne du personnel*

des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais, n° 3, juillet 2010, pp. 2-3, ici p. 2 ; « Les structures se mettent en place. Le premier Conseil d’établissement de l’HRC », *Hôpinfo*, n° 12, novembre 2009, pp. 6-7, ici p. 7.

Le jury du concours de projets.
De gauche à droite : Raymond Pernet, Catherine Borghini Polier, Yves Fontannaz, Pierre Horner, Patrick Heissat, Silvia Gmür,

Jean-François Brunet, Jean-Jacques Rey-Bellet, Théo Imhof, Marie Peillod, Helena Slama, Olivier Galletti, Pierre Cagna, Bernard Z’Graggen, Pierre Gerster, Marc-Étienne Diserens.

II	8	Le concours de projets
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	du futur hôpital
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

directrice médicale de l'Hôpital du Chablais, l'architecte et cheffe de l'office de construction du CHUV Catherine Borghini Polier, l'architecte et chef de l'Unité centrale de gestion et d'infrastructure et des équipements techniques du RSV Théo Imhof, l'architecte cantonal du Valais Olivier Galetti, l'architecte Silvia Gmür, l'ingénieur de la direction du Plan des travaux et de l'ingénierie du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux Patrick Heissat, l'architecte du SSP Vaud, Division des Hôpitaux, et ancienne programmist des locaux de l'Hôpital de Rennaz Marie Peillod, l'ingénieur du SSP Valais Bernard Z'Graggen, l'architecte à l'EPFL Pierre Gerster, l'architecte EPFL/SIA Pierre Cagna, ainsi que le directeur des soins de l'Hôpital Riviera Pierre Horner (membre suppléant). À noter que les deux derniers architectes nommés remplacent le conseiller d'État Pierre-Yves Maillard et l'architecte Jacques Richter, qui se sont retirés du jury dont ils étaient initialement membres²³.

En tant que maître de l'ouvrage de l'HRC, le Conseil d'établissement fait intervenir un notaire d'Aigle, Me François Bianchi, pour garantir le parfait anonymat de la procédure du concours d'architecture. L'initiative n'est pas de trop, puisque des recours ont lieu dès cette étape.

Les projets de construction	Vingt-quatre groupes de mandataires multidisciplinaires déposent leur dossier de candidature dans les délais impartis. Une vingt-cinquième candidature, arrivée hors délai, est rejetée par le jury. Celui-ci sélectionne d'abord huit groupes, dont il rend les noms publics en juin 2010 ²⁴ . Or, certains candidats éliminés souhaitent connaître les notes attribuées par le jury et d'autres informations ayant trait à la sélection. Conformément à la loi vaudoise sur les marchés publics, leurs demandes sont satisfaites. Une des sociétés, qui estime incorrectes certaines des notes reçues, fait alors recours auprès du Tribunal cantonal vaudois, à la Cour de droit administratif et public. La Cour suspend momentanément la procédure du concours à l'été 2010, alors que deux autres groupes éliminés font également recours. Après échange de lettres et audiences auprès de la Cour, et malgré la crainte que l'intégration de groupes initialement refusés ne mette les autres concurrents et le jury sous pression, deux sociétés supplémentaires sont finalement acceptées par les parties ²⁵ .
--------------------------------	---

Les débats devant la Cour ont porté sur de nombreux points de détails, le juge ayant accordé aux parties recourantes l'accès aux dossiers de tous

23 « HRC. Le concours de projets », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, pp. 5-7 ; « Concours de projets pour la construction de l'HRC. Le jury a sélectionné huit groupes professionnels de haut niveau », *Entre Nous. Journal interne du personnel des Hôpitaux de*

la Riviera et du Chablais, n° 3, juillet 2010, p. 1.
24 « Concours de projets pour la construction de l'HRC. Le jury a sélectionné huit groupes professionnels de haut niveau », *Ibid.*

II	8	Le concours de projets
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	du futur hôpital
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

les candidats. Par souci d'équité, il est offert à chaque équipe du concours de consulter les dossiers des autres concurrents. L'assistant à la maîtrise d'ouvrage, Pierre Eller, obtient le retrait du recours d'un des trois groupes, mécontent du choix du jury²⁶.

Afin de permettre aux équipes pluridisciplinaires de s'organiser dans un délai raisonnable, le concours est formellement lancé le 4 octobre 2010. Dix groupes multidisciplinaires se retrouvent donc en lice pour présenter un projet de construction du futur centre hospitalier de soins aigus prévu pour 300 lits, à savoir : Architectes Ingénieurs Associés, Saint-Herblain/Nantes ; Burckhardt + Partner SA, Lausanne ; DIGITAL HOSPITAL TEAM, Bruxelles ; dl-a, designlab-architecture SA, Carouge/Genève ; ESCULAPE, Paris ; ESTUDIO LAMELA, Madrid ; Geninasca-Delefortrie Architectes SA de Neuchâtel et Groupe 6 SA de Grenoble ; Nickl & Partner Architekten AG, Munich ; Pool Meier + associés architectes SA, Genève ; TKIB Tekhne IttenBrechtbühl, Lausanne²⁷.

En novembre 2010, la deuxième partie du concours est lancée, lors de laquelle les équipes peuvent poser des questions au jury afin de pouvoir être mieux orientées dans leurs travaux. Trois mois plus tard, en février 2011, les projets de concours sont terminés. Les dix groupes remettent au notaire leur dossier de projet, plans et maquette, qui sont disposés de façon anonyme dans des bureaux de la zone industrielle de Villeneuve, et ainsi disponibles pour les travaux du jury²⁸.

Le projet lauréat	Afin d'appuyer le travail d'analyse du jury, les dix projets sont soumis à quatre groupes de spécialistes-conseils qui les examinent dans leurs domaines de compétences respectifs, à savoir sous l'angle :
-------------------	---

1. De la trajectoire du patient
2. De l'architecture, de l'urbanisme, des transports et du développement durable
3. Des coûts d'investissement et d'exploitation
4. De la logistique, de la technique et de la sécurité.

25 PV du CÉtab HRC, séances des 16 juin, 30 juin, 25 août, 8 septembre 2010, classeur « Archives CÉtab PV 2010 », Archives HR Vevey Samaritain.
26 PV du CÉtab HRC, séances du 8 septembre, 6 octobre 2010, classeur « Archives CÉtab PV 2010 », Archives HR Vevey Samaritain.

27 *Message/EMPD sur le cautionnement des cantons de Vaud et du Valais pour l'emprunt bancaire contracté par l'HRC...* ; pour Vaud : *et accordant au Conseil d'État un crédit pour financer les études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics en relation avec l'HRC*, [janvier 2012], pp. 19-20.
28 *Ibid.*

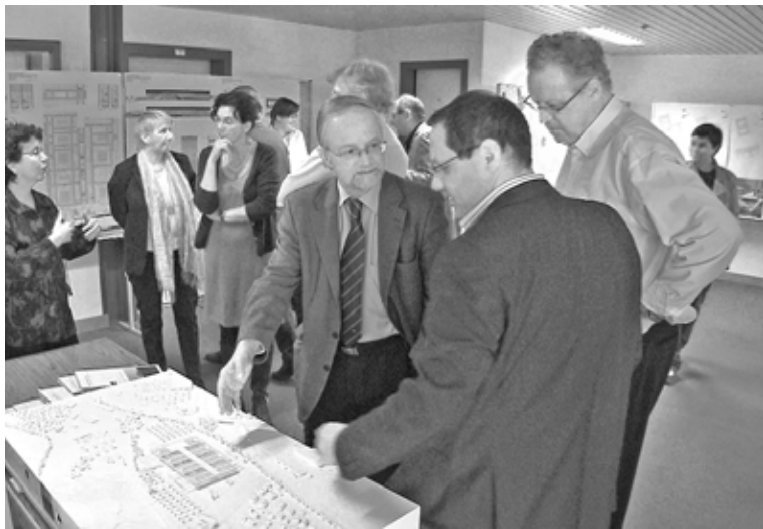
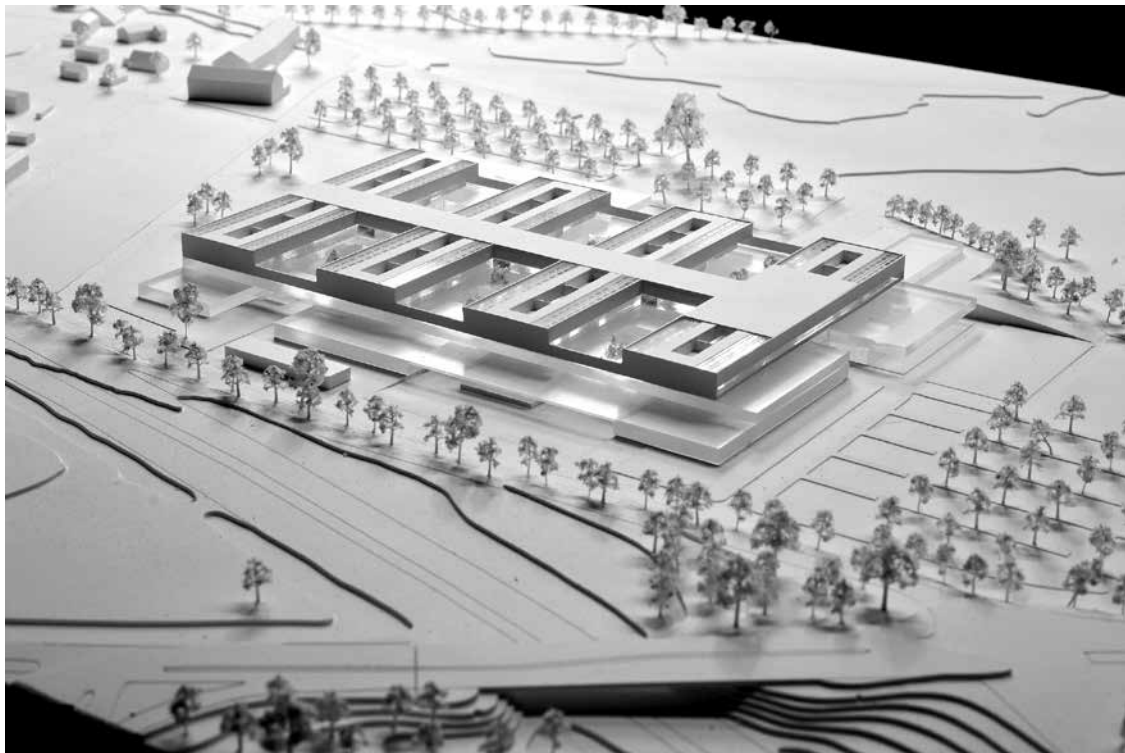
II	8	Le concours de projets
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	du futur hôpital
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

Ces groupes d'experts sont présidés respectivement par le Prof. Pierre Vogt, Walter Gubster, André Allmendinger et Pierre Kundig. Au sein de ces groupes d'experts, des collaborateurs des deux hôpitaux sont aussi appelés à donner leurs appréciations²⁹.

Tenant compte des quatre rapports des spécialistes-conseils, le jury du concours siège pendant quatre journées entières, entre fin mars et début avril 2011, pour analyser les projets et choisir celui qui répond le mieux aux critères définis dans le cahier des charges du maître de l'ouvrage. Le 5 avril 2011, le président du jury Jean-Jacques Rey-Bellet ouvre les enveloppes, apportées par le notaire Me Bianchi, et dévoile ainsi au jury les noms des auteurs du projet lauréat. Les trois quarts des votes vont au projet dénommé « *Soins et grand paysage* », présenté par l'équipe franco-suisse Geninasca-Delefortrie SA à Neuchâtel et Groupe 6 SA de Grenoble. Un deuxième et un troisième prix sont décernés respectivement au projet « *Ferdinand* » (Pool Meier + associés architectes SA, Genève) et au projet « *Séquoia* » (groupe TKIB Tekhne IttenBrechtbühl, Lausanne). Le lendemain de cette annonce, le Conseil d'établissement et la Commission de construction décident à l'unanimité de confier le mandat au projet lauréat du consortium Geninasca-Delefortrie SA / Groupe 6 SA, qui sera rebaptisé le « Consortium HRC »³⁰. Entre le lancement du concours et l'annonce du lauréat, le processus aura duré une année complète.

Interrogés dans le *Hôpinfo* paru fin 2011, l'architecte du bureau grenoblois Groupe 6, Denis Bouvier, et l'architecte Laurent Geninasca, du bureau neuchâtelois, commentent leur projet tout en donnant leur vision du futur hôpital. « Pour l'[HRC], le fait d'être seulement sur trois niveaux et de le glisser à l'horizontale dans le paysage a été essentiel », indique Denis Bouvier. Ce faisant, le futur hôpital « est entré en résonance » avec le programme des locaux, tout en respectant les contraintes environnementales³¹. En effet, la structure peu élevée de l'établissement lui permet de s'intégrer dans le paysage, « sans jamais se mettre en concurrence avec l'échelle du village »³².

L'édifice représente ainsi un bâtiment horizontal composé de huit grands blocs avec patios, alignés sur deux rangs et élevés de trois niveaux principaux, haut de 17,6 mètres, long de 215 mètres et large de 115 mètres – soit une surface du bâtiment de 67 000 m²³³. L'absence de sous-sol aménageable répond aux exigences sécuritaires, « étant donné la proximité de la nappe phréatique », explique Denis Bouvier. Par ailleurs, l'HRC, tel que conçu par le consortium lauréat, bénéficie de la conception d'« hôpitaux-plateaux »,



Maquette du projet lauréat de Geninasca Delefortrie SA / Groupe 6 SA.

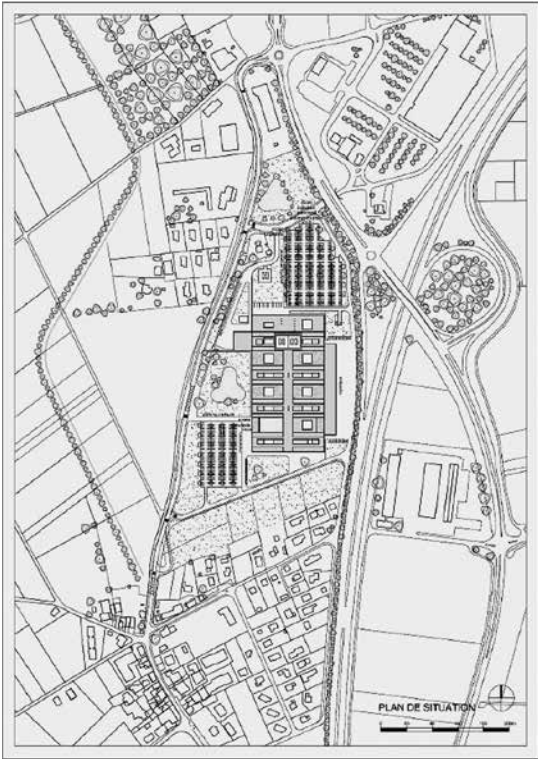
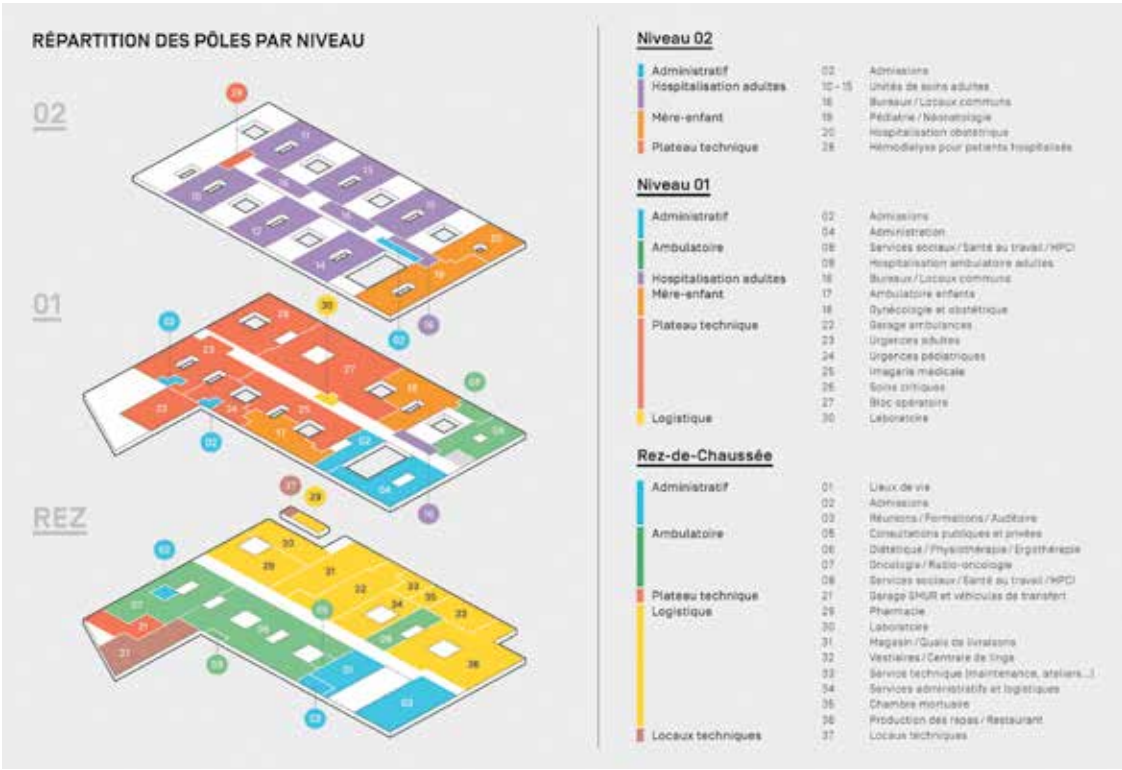
La sélection des projets par le jury. Au premier plan et de gauche à droite, Jean-Jacques Rey-Bellet (président du jury), Karl Halter (directeur de projet), Francis-Luc Perret (membre du jury).

29 « Concours de projets. À la rencontre du public », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, pp. 8-11, ici pp. 8-9; Site web HRC, www.hopitalrivierachablais.ch, « Calendrier du projet – Étapes clés », mai 2015.

30 « HRC. Le concours de projets », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, p. 5.

31 « Soins et grand paysage. Entretien avec Denis Bouvier, architecte associé du bureau Groupe 6 », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, pp. 12-17, ici p. 13.

32 Site web HRC, www.hopitalrivierachablais.ch, « Le projet architectural du site de Rennaz », consulté en 2016.



Un hôpital sur trois niveaux.

Plan du futur hôpital sur le terrain de Rennaz.

II	8	Le concours de projets
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	du futur hôpital
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

« véritable nouvelle génération d’hôpitaux qui permettent une grande flexibilité », précise l’architecte. Le fait singulier d’être sur un seul niveau pour l’hébergement, ainsi que son côté programmable, font de l’Hôpital de Rennaz une nouvelle version de ces plateaux. C’est aussi pourquoi il est perçu comme un « hôpital du futur », imaginé par de nombreux collaborateurs, comme le rappelle encore Denis Bouvier : « L’art de construire devenant toujours plus complexe d’un point de vue technique, [...], il y a forcément derrière une équipe pluridisciplinaire. [...] Il y a énormément de contraintes qui vont être absorbées, pensées par des ingénieurs, etc. et il faut les écouter car cela nourrit notre pensée. »³⁴

L’autre particularité de l’Hôpital de Rennaz est son architecture intérieure, guidée par une idée d’introversion sur les hébergements, comme l’explique l’architecte Laurent Geninasca : « Vu de l’intérieur, la qualité principale est celle que la « strate » des unités de soins offre au patient. En effet, celui-ci est hébergé dans un univers introverti donnant sur des jardins suspendus et profite de dégagements paysagers particulièrement spectaculaires. Au fond et cela rejoint une préoccupation première : moins un hôpital ressemble à un hôpital, en tous cas dans les unités de soins, mieux c’est. Le but étant d’offrir une qualité de soins et hôtelière digne de notre époque. »³⁵

Durant les mois qui suivent l’annonce du projet de construction, celui-ci est présenté au public. La population de Rennaz le découvre en primeur, lors d’une séance d’information présidée par le syndic de la commune Yves Fontannaz, accompagné des responsables du projet soumis aux questions des habitants présents. Les dix maquettes du concours sont exposées durant un mois autour du vélodrome du Centre mondial du cyclisme à Aigle, où le projet lauréat est aussi présenté en détails aux membres de l’Association des Amis de l’HRC lors de leur assemblée générale du printemps 2011, puis aux membres du personnel des hôpitaux de la Riviera et du Chablais. Grâce au soutien des Amis de l’HRC, une exposition itinérante est également montée pour présenter le projet à la population du Chablais et de la Riviera. Composée de la maquette lauréate et de panneaux explicatifs, cette exposition parcourt les deux régions pendant plus de trois mois, en passant par les villes de Vevey, Montreux, Villeneuve, Rennaz, Saint-Maurice, Aigle et La Tour-de-Peilz. À l’automne 2011, le projet est aussi présenté à Lausanne à l’occasion du Comptoir suisse, dont le thème est justement « la promotion de la santé »³⁶.

Entre-temps, il faut aussi organiser les études de détails du projet lauréat. Celles-ci doivent permettre de calibrer de façon définitive le crédit nécessaire à la construction et de requérir auprès des Parlements vaudois et valaisan les garanties d’emprunt pour permettre à l’HRC d’acquérir le financement

33 Boillat Christophe, « La « carcasse » de l’hôpital unique est achevée », *24 Heures*, 19 juin 2017 (en ligne); « Rennaz : le gros oeuvre s’achève », *HRC INFO*, n° 6, juin 2017, p. 4.

34 « Soins et grand paysage. Entretien avec Denis Bouvier, architecte associé du bureau Groupe 6 », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, pp. 14-15.

35 « Soins et grand paysage. Interview de Laurent Geninasca », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, pp. 18-20, ici p. 20.



Projection en image de synthèse du futur hôpital à Rennaz : parvis et entrée.

Réception et hall du futur hôpital.

II	8	Le concours de projets
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	du futur hôpital
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

auprès des banques³⁷. De nouveaux critères énergétiques, survenus avec la nouvelle Loi vaudoise sur l'énergie, doivent aussi être pris en compte pour la construction du futur hôpital: dès 2011, des solutions Minergie sont étudiées et discutées dans les domaines de l'isolation thermique, des systèmes de chauffage et de refroidissement, des matériaux de construction à faibles nuisances environnementales, de l'amélioration de la qualité de l'air intérieur, etc.³⁸. Fin 2012, suite à la finalisation de la phase «étude du projet» et après huit mois de travaux, le Consortium HRC (Geninasca-Delefortrie/Groupe 6) rend son projet d'ouvrage³⁹.

36 «HRC. Le concours de projets», *Ibid.*, p. 5.

37 «Les structures se mettent en place. Le premier Conseil d'établissement de l'HRC», *Hôpinfo*, n° 12, novembre 2009, pp. 6-7, ici p. 7.

38 «Séance de la Commission de construction, Rapport de la Direction de projet, 17 juin 2015», carton «HRC [2013-2015]», Archives SSP Vaud; *Message/EMPD sur le cautionnement des cantons de Vaud et du Valais pour l'emprunt bancaire contracté par l'HRC...*; pour Vaud; et accordant au Conseil d'État un crédit pour financer les études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics en relation avec l'HRC, [janvier 2012], p. 47.

39 «Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter)», *HRC, RA 2013*, pp. 12-13, ici p. 13.



Couloir avec vue.

Chambre individuelle.

II	8	La phase
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	de financement
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

En janvier 2012, les Conseils d'État vaudois et valaisan présentent le projet et le financement du nouvel hôpital à leurs Grands Conseils respectifs. Quatre mois plus tard, les deux Grands Conseils acceptent à l'unanimité la construction du futur hôpital. « Une page se tourne dans l'Est vaudois, où l'autorisation de construire le nouvel hôpital a fait office de déclic », énonce le président de l'Hôpital du Chablais, Antoine Lattion⁴⁰. Le délai référendaire de trois mois sur le financement de l'hôpital passe sans susciter d'opposition, si bien que le projet est désormais lancé: le crédit de construction est débloqué au deuxième semestre de l'année 2012⁴¹.

La garantie pour un emprunt de 293,5 millions de francs – 220,125 côté vaudois et 73,375 côté valaisan, selon la répartition 75 %-25 % – est octroyée pour la construction de l'Hôpital de Rennaz, ainsi que pour la transformation des sites de Monthey et de Vevey Samaritain. Additionnés à la garantie d'emprunt de 21,5 millions accordés en 2009 pour le concours de projets et les études afférentes, on obtient une garantie totale de 315 millions pour le coût de construction incluant le site de Rennaz et les deux antennes, qui devront être autofinancés par l'activité de l'HRC. Par ailleurs, et sur proposition des deux Conseils d'État, ces derniers se voient accorder, par les Grands Conseils, la compétence d'augmenter l'enveloppe de 5 %, permettant de porter le montant maximum garanti à 330,75 millions. Cependant, ce montant ne représente pas la totalité du coût. En effet, l'HRC est appelé à couvrir encore les dépenses nécessaires pour l'acquisition d'un complément d'équipements médico-techniques et d'ameublement pour plus de 20 millions supplémentaires, hors de la garantie des deux cantons. Par rapport au fonctionnement des multisites, on estime que l'HRC offrira une économie d'exploitation annuelle de 23 millions, en tenant compte

⁴⁰ « Interview des présidents Pierre Rochat et Antoine Lattion. Transmission des pouvoirs aux organes du nouvel hôpital », RA 2013, *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, pp. 2-3, ici p. 3.

⁴¹ Site web HRC, www.hopitalrivierachablais.ch, « Calendrier du projet – Étapes clés », mai 2015.

II	8	La phase de financement
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	Phase d'accélération à l'aube de la nouvelle décennie	

de l'économie de postes mise en oeuvre en fonction des départs naturels, selon le respect du principe de non-licenciement décidé par les Conseils d'État vaudois et valaisan⁴².
Mais il reste à réaliser l'ouvrage tant attendu, dont dépendront les coûts effectifs. Parallèlement à la construction, il s'agit aussi de maintenir, voire de renforcer, l'adhésion au projet, en s'appuyant sur une communication à large échelle.

42 *Message/EMPD sur le cautionnement des cantons de Vaud et du Valais pour l'emprunt bancaire contracté par l'HRC...*, [janvier 2012] : « Coût estimatif du projet et montant de la garantie », pp. 31-32, « Personnel, coûts d'exploitation

et économies attendues », pp. 32-33, « Conséquences sur le budget d'investissement (Vaud) », pp. 45-50, « Conséquences financières pour le canton du Valais », pp. 53-54; Informations du Copil de relecture HRC, novembre 2018.

II	8	Informer et communiquer
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	Phase d'accélération à l'aube de la nouvelle décennie	

Symbole et média Le projet HRC a désormais le vent en poupe, ce que traduit la campagne de communication lancée à l'automne 2012. L'institution se dote d'un nouveau symbole, le H majuscule hachuré en rose fuchsia et blanc, qui annonce en slogan : « HRC, on le construit ! » Ce symbole mêle l'univers du chantier (hachurage) et celui des « H » hospitaliers, le tout dans « une couleur [le rose fuchsia] résolument gaie, dynamique et optimiste », indique le magazine *Hôpinfo*⁴³. L'affiche promotionnelle de l'HRC, qui va orner diverses façades de la région Riviera-Chablais ainsi que les transports en commun, est une photographie montrant un panneau en forme de H géant érigé par des collaborateurs des hôpitaux concernés au cœur du site de Rennaz. Un H géant « en dur », en trois dimensions, est ensuite installé de façon permanente sur le terrain de Rennaz, suivi de six autres H qui prennent place devant les hôpitaux de la Riviera et du Chablais; le but étant de rappeler que, pour les sites autres que celui de Rennaz, « s'il n'y a encore aucune grue ou autre pelle mécanique, là aussi, « on le construit ! » »⁴⁴.
À la même époque sont aussi lancés les premiers Cafés-chantiers, qui assurent le dialogue avec les collaborateurs des différents sites des hôpitaux du Chablais et de la Riviera, en abordant les actualités liées au chantier de construction, ainsi que celles de l'organisation de l'HRC⁴⁵. Parallèlement, la *Feuille de chantier, hôpitalrivierachablais.ch*, qui documente l'évolution du chantier de construction, est distribuée au personnel, aux riverains, aux partenaires politiques et institutionnels, ainsi qu'aux réseaux de soins. Son titre coïncide avec l'adresse de la nouvelle plateforme internet (www.hopitalrivierachablais.ch), laquelle informe aussi de l'actualité de l'HRC, présente les documents de référence liés au chantier et donne la parole aux acteurs. Elle fait aussi une large place aux photographies et images de synthèse qui permettent d'illustrer l'évolution de l'HRC et d'imaginer son futur⁴⁶.

43 « Le chantier de l'HRC, une campagne pour en parler », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 6-9, ici p. 6.
44 *Ibid.*, p. 8.
45 « Les Cafés Chantiers répondent au personnel », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 18-19, ici p. 7.

II	8	Inform
Vers l'hôpital unique	Phase d'accélération à l'aube	et communiquer
(années 2000 à nos jours)	de la nouvelle décennie	

De plus, à l'initiative de Marc-Étienne Diserens, l'idée d'un film prend forme avec les premières images d'évaluation des projets d'architecture. Afin de consolider le financement, l'association « Film HRC » est créée en mars 2014, qui commandite également un projet de livre historique – le présent ouvrage – visant à documenter et ainsi garder une trace du parcours atypique de l'HRC, depuis ses lointaines origines jusqu'à sa réalisation. Une plateforme interactive en ligne nommée « Hopitalotheque », qui propose une collection de films didactiques, est également en cours de réalisation.

À la veille de la fusion :
les réactions
des professionnels
de l'HRC

À la veille de la fusion de l'HRC prévue pour 2013, les attentes sont élevées. Le magazine *Hôpinfo* de 2012 donne la parole à quelques professionnels des hôpitaux de la Riviera et du Chablais⁴⁷, désormais confortés par la création imminente du futur hôpital. La directrice des finances de l'Hôpital Riviera, Elisabeth Koliqi-Jubani, dénombre les avantages qu'induirait le passage de six à trois sites pour les coûts d'exploitation de l'HRC, tels que la diminution des charges liées à la concentration des missions de divers services et des charges d'entretien, ou encore la réduction du nombre des salles d'opérations. Pour la directrice des finances, la nouveauté de l'Hôpital de Rennaz est un atout : « Il bénéficiera par conséquent des bonnes expériences et de l'évolution dans le domaine, ce qui fera de lui un hôpital moderne à la pointe de la technologie médicale. »

Sur ce dernier aspect, le chef Technique et Sécurité de l'Hôpital du Chablais, Paul Rime, souligne la différence entre les anciens sites et le futur hôpital : « Dans nos vieilles structures, on ajoute tel ou tel système et l'on bouche des trous. Ce qui ne sera pas le cas à Rennaz puisqu'on part de zéro. » Toutefois, l'échéance de l'ouverture du nouveau site ayant été maintes fois reportée, le chef Technique et Sécurité prévient : « En toute humilité, si tout a été planifié et pensé, c'est avec les connaissances d'aujourd'hui, parce que, dans deux ans, des avancées technologiques sont imaginables et il faudra en tenir compte. »

Reste aussi l'incertitude liée aux antennes CTR, qui laisse la porte ouverte à toutes les conjectures. Pierre Baillifard, infirmier-chef responsable du site de Monthey, suggère un scénario : « En raison de durées de séjour à Rennaz plus courtes, j'ai l'impression que les patients transférés à Vevey [Samaritain] et à Monthey seront encore en situation subaiguë. Ce ne sera donc pas complètement de la réadaptation. On voit aussi que d'autres services vont également se développer, par exemples : polycliniques, consultations ambulatoires. »

46 « Le chantier de l'HRC, une campagne pour en parler », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 6-9; *hôpitalrivierachablais.ch* – Feuille de chantier, n° 1, septembre 2012.

47 « La parole aux professionnels », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 10-25, ici p. 25. Même référence pour les citations qui suivent.



Le « H » géant érigé sur le terrain de Rennaz pour l'affiche promotionnelle de l'HRC.

Le « H » géant en trois dimensions installé sur le terrain à Rennaz.



Le « H » géant en trois dimensions
installé devant les hôpitaux de l'HRC, ici
devant l'actuel Hôpital d'Aigle (face sud).

9

Vers la fusion :

les années

de transition

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

9
Vers la fusion : les années
de transition

Le Conseil
d'établissement
reprend
l'exploitation
de l'HRC

Le déblocage, en 2012, des crédits en faveur de l’HRC valide la mise en route d’une gouvernance générale. Au 1^{er} janvier 2014, le Conseil d’établissement, créé cinq ans plus tôt, reprend la responsabilité de l’exploitation des sites des hôpitaux de la Riviera et du Chablais, remplaçant les comités des deux établissements. Suite à ce transfert de compétences, les présidents de l’Hôpital Riviera, Pierre Rochat, et de l’Hôpital du Chablais, Antoine Lattion, rejoignent le Conseil d’établissement de l’HRC au titre d’invités permanents. Ils y font valoir la voix de leurs régions et de leurs habitants, et relaient directement les préoccupations de leurs collaborateurs¹.

Lors du premier trimestre 2013 en tant qu’exploitant à part entière de l’HRC, le Conseil d’établissement aborde les points cruciaux de la gouvernance à venir. Les modèles principaux discutés sont alors le CHUV, l’Hôpital du Valais, les établissements de la Riviera et du Chablais. La diversité est ce qui ressort du fonctionnement de ces établissements, tant au niveau de l’organisation médico-soignante que de la composition de la direction générale. L’information sur les changements à venir doit être communiquée dans le courant de l’année 2013 au comité commun et à la direction générale commune de l’Hôpital Riviera et de l’Hôpital du Chablais d’abord, aux doyens et vice-doyens des hôpitaux ensuite, puis au corps médical et enfin au reste du personnel. Ce calendrier est précautionneusement organisé, car les changements à venir sont conséquents : le Conseil d’établissement s’attend à des réactions.

Par rapport au fonctionnement antérieur des sites existants de l’HRC, de nombreux domaines vont être mis à jour. Ils concernent notamment la sécurité des patients et la qualité clinique, les compétences du personnel et l’excellence, qui passe par le recrutement et la formation, l’autonomie

1 « Interview des présidents Pierre Rochat et Antoine Lattion. Transmission des pouvoirs aux organes du nouvel hôpital », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 2-3.

2 PV du CEtab HRC, séances du 30 janvier, 27 février et 27 mars 2013 (fichiers pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

9
Vers la fusion : les années
de transition

Le Conseil
d'établissement reprend
l'exploitation de l'HRC

de gestion des unités cliniques, la responsabilité des collaborateurs et la chasse aux surcoûts bureaucratiques, le recours aux technologies de l’information et de la communication, des liens forts avec les membres du réseau de soins, y compris les médecins de ville, le partenariat avec le CHUV et l’Hôpital du Valais, la reconnaissance académique de certains chefs de service. Par ailleurs, le Conseil d’établissement établit le cahier des charges de la direction générale et du secrétariat général, ainsi que la procédure de désignation des membres de la direction générale².

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

9
Vers la fusion : les années
de transition

La nouvelle
Direction générale

Pour le Conseil d'établissement, il est d'abord question de désigner une Direction générale unique, qui conduira avec lui les changements nécessaires à la fusion, prévue au 1^{er} janvier 2014, « le but étant de pouvoir fonctionner en un seul établissement », rappelle les anciens présidents de la Riviera et du Chablais³. Et de même que le Conseil d'établissement vient remplacer les comités des hôpitaux de la Riviera et du Chablais, de même la nouvelle Direction générale unique se substitue aux directions générales des deux hôpitaux. Ainsi, fin juin 2013, Pierre Loison quitte volontairement son poste de directeur général de l'Hôpital du Chablais. Il conserve la direction de la Fondation Miremont, à Leysin, et reste lié à l'HRC en tant que membre du Conseil d'établissement et de la Commission de construction. Quant au directeur général de l'Hôpital Riviera, Jean-François Brunet, qui a pris sa retraite début 2011, il a été remplacé par Pascal Rubin. Ce dernier a, par la même occasion, repris les fonctions de son prédécesseur au sein des Comités d'orientation stratégique et de rapprochement opérationnel. Avec la dissolution de son poste à la Riviera, Pascal Rubin prend la tête de la Direction générale unique de l'HRC⁴.

Ayant obtenu des fonctions dirigeantes au CHUV puis à l'Hôpital neuchâtelois, Pascal Rubin espère renvoyer l'image d'un directeur qui souhaite innover. Il se souvient que ses trois premières années de fonction en tant que directeur général de l'Hôpital Riviera ont été très difficiles : « Il y avait des résistances très fortes, surtout du côté de la Riviera. Beaucoup avaient encore

3 « Interview des présidents Pierre Rochat et Antoine Lattion. Transmission des pouvoirs aux organes du nouvel hôpital », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 2-3, ici p. 2.

4 « Message du Président du Conseil d'Établissement (Marc-Étienne Diserens) », *HRC*, RA 2013, p. 2 ; « Interview des présidents Pierre Rochat et Antoine Lattion.

Transmission des pouvoirs aux organes du nouvel hôpital », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 2-3, ici p. 3 ; « Deux anniversaires tournés vers l'avenir », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 22-23, ici p. 23 ; « Hôpitaux de la Riviera. Désignation du nouveau directeur général », *Entre Nous*, n° 3, juillet 2010, p. 5.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

9
Vers la fusion : les années
de transition

La nouvelle
Direction générale

du mal à s'imaginer que l'hôpital pourrait se faire à Rennaz. » Mais le soutien du conseil de l'Hôpital Riviera et du Conseil d'établissement de l'HRC le confortent dans sa mission⁵.

Une étape-clé est franchie avec la définition de l'organigramme de l'HRC et la nomination par le Conseil d'établissement, à la fin de l'été 2013, de l'ensemble de la Direction générale et de son état-major. La nouvelle instance comprend Pascal Rubin (directeur général), Sandra Deriaz (directrice médicale), Jose Iglesias (directeur des soins), Elisabeth Koliqi-Jubani (directrice des finances), Emmanuel Masson (directeur des ressources humaines), Arnaud Violland (directeur des systèmes d'information et de l'organisation), Michel Samson (directeur de logistique hospitalière), Sandra Blank (secrétaire générale), Patricia Claivaz (responsable de la communication) et, dès 2015, Emmanuelle Rosset (responsable du système de contrôle interne) et Christian Baralon (responsable de l'unité de sécurité des patients). S'ajoutent à cette entité des directeurs et directrices adjoint-e-s : Philippe Rouge (soins), Olivier Birchler (finances), Sophie Crisinel (ressources humaines). Dès 2017, suite au départ à la retraite de Michel Samson et à la fusion de son service avec celui d'Arnaud Violland, ce dernier dirige, avec un nouveau directeur adjoint, Robert Meier, le département de l'organisation, des systèmes d'information et de la logistique⁶.

« Pour la première fois en 2013, les activités de nos hôpitaux se conjuguent au singulier », énonce Pascal Rubin, dans le premier rapport annuel commun de l'HRC⁷. Et à ceux qui, cette année-là, questionnent le nouveau directeur général sur la rapidité des nominations de son état-major, alors que l'ouverture de l'hôpital est prévue pour 2017, celui-ci répond : « Il faut plutôt demander, pourquoi si tard ? Nous nous sommes beaucoup investis dans le projet de construction, il faut maintenant nous réorganiser pour pouvoir gérer une entreprise de deux mille collaborateurs. »⁸

Pour le nouveau directeur général, la fusion des instances dirigeantes doit pouvoir accélérer le processus de rapprochement qui n'a pas été optimal au niveau de la gestion administrative de l'HRC. En 2011, alors qu'il était directeur général de l'Hôpital Riviera, Pascal Rubin livrait déjà son impression dans le magazine *Hôpinfo* : « La construction est dirigée par un Conseil d'établissement et la fusion est dirigée par une autre entité ! La logique aurait voulu que l'on réunisse d'emblée les deux hôpitaux sous une seule direction, en réfléchissant ensemble à ce que sera le nouvel hôpital. »⁹

5 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

6 « Message du directeur général Pascal Rubin. Une équipe où chacun tire à la même corde », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 4-5, ici p. 4 ; « HRC. Bien plus qu'une fusion ! », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 10-11 ; « Portrait. Direction générale », *HRC*, RA 2014, p. 16 ;

« Fonctionnement et gouvernance », *HRC*, RA 2015, pp. 10-12, ici p. 11.

7 « Message du directeur général Pascal Rubin. Une équipe où chacun tire à la même corde », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 4-5, ici p. 5.

8 « Bien plus qu'un hôpital : Votre véritable partenaire hospitalier », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 6-7, ici p. 7.

II	9	La nouvelle
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	Direction générale
(années 2000 à nos jours)	de transition	



Une équipe au grand complet : (de gauche à droite) Patricia Claivaz, Arnaud Violland, Sandra Blank, Elizabeta Koliqi Jubani, Pascal Rubin, Emmanuel Masson, Sandra Deriaz, Michel Samson, José Iglésias

Mais c’est sans compter avec la complexité du processus d’élaboration de l’HRC, dans lequel il faut ménager les susceptibilités des uns et prendre en compte les desiderata des autres. Sur ce point, Pascal Rubin rencontrait déjà certaines difficultés à la direction de l’Hôpital Riviera : « Pour moi, il est clair que la voie en direction de la nouvelle gouvernance hospitalière passe, pour une partie, par l’expérience développée par l’Hôpital du Chablais qui a sûrement une longueur d’avance. La difficulté consiste à faire rattraper cette différence dans la structure Riviera pour ensuite l’appliquer à une organisation deux fois plus grande. Pour la Riviera, ce changement s’annonce difficile parce qu’il y a clairement une résistance qui s’organise pour faire durer la période transitoire jusqu’au dernier moment. »¹⁰

La date du 1^{er} janvier 2014 marque, selon Pascal Rubin, une nette amélioration, lorsque l’ensemble de l’exploitation des sites existants et le projet HRC se trouvent officiellement placés sous la seule autorité du Conseil d’établissement. Lors de la première séance de l’année 2014 de ce Conseil, Marc-Étienne Diserens annonce qu’« une étape historique et fondamentale » a été franchie. Il l’explique en ces termes : « Nous exploitons désormais les six sites des deux hôpitaux de la Riviera et du Chablais sous l’appellation HRC, VD-VS. L’HRC, VD-VS n’est donc plus seulement un nouvel hôpital à construire et à organiser, il exploite les sites existants. Cela signifie que le [Conseil d’établissement] est désormais face à l’ensemble des responsabilités que lui confère la Convention intercantonale qui fonde l’HRC. [...] L’avantage est de pouvoir prendre parallèlement et sous la même autorité, l’ensemble des décisions relatives à l’organisation, aux investissements et à l’exploitation. »¹¹

Pascal Rubin commente ainsi l’événement : « À partir de ce moment, on a su que le projet se ferait, la dynamique était lancée. Il y avait une notion d’irréversibilité. » Il estime que sa réputation de directeur quelque peu autoritaire est alors un atout pour ses nouvelles responsabilités, qu’il conçoit comme celles d’un gestionnaire devant suivre une ligne de conduite claire : « J’avais un double rôle : il fallait à la fois gérer les hôpitaux dans leurs infrastructures existantes et préparer l’avenir de l’HRC », indique le directeur, qui se qualifie aussi de « marathonnien », un « leader sur la durée. »¹²

La direction générale doit investir beaucoup d’efforts pour contrer l’inertie qui s’est installée autour du projet HRC. « De nombreux professionnels n’ont pas réalisé qu’il fallait complètement revoir l’organisation des hôpitaux, et qu’il aurait fallu l’anticiper davantage », relève Pascal Rubin¹³. D’où un sentiment d’urgence qui s’installe à mesure que le projet HRC se concrétise. « Le malheur, c’est que les gens n’y ont pas cru assez tôt », note Georges Dupuis. « L’échec de Sully a fait mal, surtout dans la région de la Riviera »,

Les membres de la première Direction générale (2014).

9 « Pascal Rubin et Pierre Loison. Regards croisés sur le nouvel hôpital », *Hôpinfo*, n° 14, novembre 2011, pp. 21-22, ici p. 22.

10 *Ibid.*

11 PV du CEtab HRC, séance du 29 janvier 2014 (fichiers pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

12 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

13 *Ibid.*

II	9	La nouvelle
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	Direction générale
(années 2000 à nos jours)	de transition	

enchaine Marc-Étienne Diserens. « Il a fallu attendre 2008-2009, jusqu’à l’adoption de la Convention intercantonale par les deux Conseils d’État puis par les Parlements, pour que l’idée soit acceptée dans les hôpitaux et qu’on commence à y réfléchir », relèvent les deux anciens chefs SSP. « L’ennemi numéro 1, c’est le temps qui passe », résume Georges Dupuis, qui cite pour exemple le programme des locaux, réalisé en 2007, alors que l’hôpital ouvrira plus de dix ans plus tard. « Il y a une tendance des médecins à vouloir reconfigurer ce qui a été pensé autrefois, car les conceptions de l’hôpital évoluent, les *designs* ont changé », prévient Olivier Girardin, ancien responsable du projet d’étude Ernst & Young¹⁴.

Contrairement à l’architecture, l’organisation interne permet quant à elle de s’adapter au plus près des nécessités du jour. Dès 2013, les départements des finances, des ressources humaines et de la logistique hospitalière établissent leurs projets de départements, et débutent leur réorganisation et le regroupement de leurs services sur des sites communs¹⁵. Les équipes de ressources humaines des hôpitaux de la Riviera et du Chablais, par exemple, travaillent conjointement à harmoniser certaines pratiques et procédures de travail, afin d’œuvrer au changement de logiciel des salaires de l’HRC au 1^{er} janvier 2014 et de préparer un dispositif de paie unique pour 2015¹⁶. Ce projet et de nombreux autres dépendent directement de la mise en place d’une nouvelle plate-forme informatique.

14 Entretien avec Georges Dupuis, Marc-Étienne Diserens et Olivier Girardin, 12 décembre 2016.
15 « Projet organisationnel » (document non signé), carton « HRC C-2013-072 », Archives SSP Vaud.

16 « Direction des ressources humaines. La fusion est en marche », Hôpitaux de la Riviera et du Chablais, RA 2013, pp. 16-18, ici p. 16.

II	9	Une plate-forme
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	informatique
(années 2000 à nos jours)	de transition	unique

Autre chantier qualifié de « majeur » par les nouvelles instances dirigeantes de l’HRC, la mise en place d’une plate-forme informatique commune aux deux hôpitaux de la Riviera et du Chablais occupe ainsi l’entier de l’année 2013. La création d’une direction « Systèmes d’Information et Organisation » permet de réaliser la migration vers un seul système informatique de gestion au 1^{er} janvier 2014, sur lequel repose l’élaboration d’une sorte de culture commune de l’HRC: « La fusion des systèmes d’information des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais et la mise en place d’un système informatique unique de gestion [...] a créé les bases nécessaires permettant la fusion administrative des deux institutions. Il a également révélé les différences de fonctionnement entre les deux hôpitaux... [L’unification était donc nécessaire] pour pouvoir utiliser un seul système informatique de gestion. »¹⁷

Le nouveau système informatique permet à l’HRC de lancer plusieurs projets d’unification des pratiques et d’optimisation de son fonctionnement, tels que facturation, paiement des salaires, dossiers patients informatisés, ou encore gestion du remplacement des absences dans les soins¹⁸. Au final, l’utilisation des nouvelles technologies du système d’information doit permettre à l’HRC de fournir les prestations de services au travers des systèmes intégrés en réseau, grâce auxquels chaque acte réalisé peut être enregistré de façon à pouvoir être exploité, analysé et utilisé immédiatement dans la prise de décisions. Pour le futur Hôpital de Rennaz, la conception essentiellement informatique de son organisation constitue « une chance exceptionnelle », estime le directeur général du CHUV le Prof. Pierre-François Leyvraz: « En créant l’un des premiers hôpitaux « sans papier », l’HRC se projette d’un bond dans le XXI^e siècle. »¹⁹ Ce que confirme aussi le directeur général de l’HRC

17 « Direction des finances. 2013, une année charnière », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, p. 27.
18 « Message du directeur général Pascal Rubin. Une équipe où chacun tire à la même corde », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 4-5; « Projet organisationnel » (document non signé), carton « HRC C-2013-072 », Archives SSP Vaud.
19 « Rencontres avec les DG de l’Hôpital du Valais et du CHUV. Interview du Prof. Pierre-François Leyvraz, DG du CHUV », *HRC*, RA 2013, pp. 5-6, ici p. 5.

II	9	Une plate-forme
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	informatique unique
(années 2000 à nos jours)	de transition	

Pascal Rubin : « Nous visons un hôpital numérique, ou ‹sans papier›, pour plus de sécurité et moins de risques de perte de données. »²⁰ À ces aspects très pratiques que favorise le nouveau système mis en place, s’ajoutent et même se superposent la composante humaine et les missions qui les attendent.

20 « Bien plus qu’un hôpital : Votre véritable partenaire hospitalier », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 6-7, ici p. 7.

II	9	Fédérer
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	le personnel
(années 2000 à nos jours)	de transition	et harmoniser
		les pratiques :
		des hauts
		et des bas

À fin 2013, l’effectif du personnel des hôpitaux de la Riviera et du Chablais est de 2 158 collaborateurs (1 285 à la Riviera, 873 au Chablais), pour un total de 1 645 emplois plein temps. À noter que la population féminine est beaucoup plus nombreuse, avec 74 % des effectifs²¹. Alors qu’elles sont encore réparties sur les cinq sites de soins aigus (Aigle, Monthey, Montreux, Vevey Providence et Vevey Samaritain), les équipes de travail vivent le processus d’anticipation de la fusion à travers divers projets. Pour le directeur général Pascal Rubin, il s’agit de « fédérer les collaborateurs autour d’une nouvelle culture d’entreprise »²², ce qui constitue un défi de taille.

Un recentrage autour des Directions médicales et des soins	Sur un modèle expérimenté dans des hôpitaux d’Amérique du Nord et déjà en vigueur au sein de l’Hôpital du Chablais depuis sa création en 1999, l’HRC adopte une nouvelle organisation au sein des équipes hospitalières par la mise en place d’une direction bicéphale des unités, composée d’un responsable médical et d’un responsable des soins. « Cela n’allait pas de soi au niveau du corps médical, qui fonctionnait sur une logique de coresponsabilité entre les différents médecins-cadres du service », relève Pascal Rubin dans le rapport annuel HRC de 2015 ²³ . Or, ce projet médico-soignant est prioritaire pour le Conseil d’établissement, qui le qualifie de « véritablement stratégique pour l’HRC », puisqu’il concerne « le cœur de métier de l’hôpital, à savoir accueillir, diagnostiquer
--	---

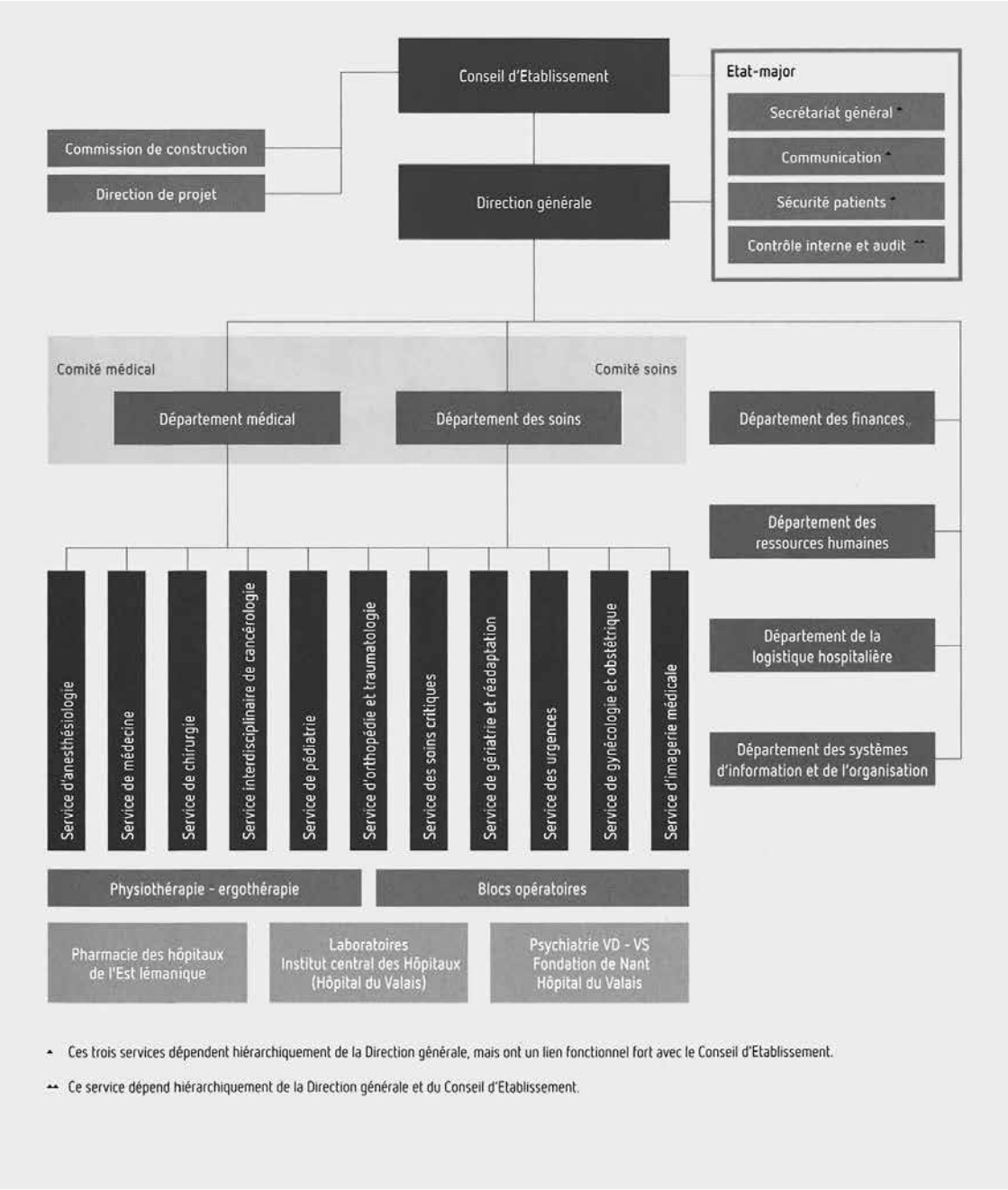
21 « Direction des ressources humaines. La fusion est en marche », <i>Hôpitaux de la Riviera et du Chablais</i> , RA 2013, pp. 16-18, ici p. 16 et p. 17.	23 « La nouvelle organisation doit donner envie de réaliser l’hôpital du futur », <i>HRC</i> , RA 2015, pp. 4-6, ici p. 4.
---	--

II	9	Fédérer le personnel
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	et harmoniser les pratiques :
(années 2000 à nos jours)	de transition	des hauts et des bas

et soigner des patients et gérer leur sortie de l'hôpital »²⁴. Aussi, un maximum de professionnels médico-soignants sont-ils associés aux prises de décisions-clés que doivent prendre le Conseil d'établissement et la Direction générale en matière de définition des prestations du nouvel hôpital, de son positionnement sur la carte sanitaire, ainsi que du mode d'organisation de ses différents services cliniques. D'autres partenaires sont également joints à ces décisions, tels que la Plateforme Santé Haut-Léman et la Fondation de Nant²⁵. Ce projet participatif est considéré par Marc-Étienne Diserens comme une « condition essentielle à la construction d'une culture commune au sein de l'hôpital encore éclaté [...] en sept sites »²⁶.

En outre, plusieurs responsables des services médicaux et infirmiers composent la Commission d'acquisition des équipements médicaux qui siège pour la première fois en octobre 2013. Cette commission a pour mission d'établir des priorités dans les équipements de l'HRC qui doivent être remplacés ou acquis. Elle collabore avec l'ingénieur biomédical qui, depuis 2013, est en charge de l'analyse des demandes pour de nouveaux équipements et suit l'entier du processus de renouvellement des appareils. De même, les deux magasins centraux de Monthey et de Vevey Samaritain unissent leur système informatique dans un logiciel commun permettant de gérer les approvisionnements, soit près de 5 000 articles en tous genres, « du pansement à l'assiette en plastique, sans oublier les produits de nettoyage ou les agrafes pour le bloc opératoire »²⁷.

Dans le premier semestre 2014, une délégation du Conseil d'établissement, de la Direction générale, ainsi qu'une quinzaine de cadres médicaux et soignants poursuivent le travail en commun sur l'élaboration de la vision de l'HRC à l'horizon 2020, ainsi que sur le cadre général du projet médico-soignant. Ce travail pose les conditions-cadres nécessaires à l'élaboration des projets de services, bases du rapprochement des équipes cliniques de la Riviera et du Chablais. Pour les appuyer, le Conseil d'établissement fait appel à la société Antares consulting, qui avait été mandatée dix ans plus tôt pour un projet préliminaire sur le programme des locaux de l'HRC²⁸. Le responsable de cette société, Eduard Portella, se charge de l'encadrement méthodologique des représentants médico-soignants pour les discussions portant sur le nombre de services et les spécialités retenus pour l'HRC. En mai 2014, cinq ateliers ont déjà eu lieu et, à fin juin, les conditions-cadres sont présentées à une centaine de cadres de l'établissement. Les réactions



24 PV du CEtab HRC, séance du 21 mai 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

25 « Message du directeur général Pascal Rubin. Une équipe où chacun tire à la même corde », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 4-5, ici p. 4.

26 PV du CEtab HRC, séance du 21 mai 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

27 « Direction de la logistique hospitalière (DLOH). Création d'une unité biomédicale », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 20-21.

28 Sur ce premier projet d'Antares, voir plus haut aux pp. 154-155.

Structure de la gouvernance de l'HRC dès janvier 2014 (organigramme) : six départements, quatre fonctions d'état-major, un binôme médico-soignant pour piloter chaque service clinique.

II	9	Fédérer le personnel
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	et harmoniser les pratiques :
(années 2000 à nos jours)	de transition	des hauts et des bas

de ces derniers permettent aux responsables des services médico-soignants de poursuivre le travail d'élaboration de leurs projets de services²⁹. Dès mars 2016, l'HRC compte des responsables médico-soignants dans chaque service. Ce sont onze médecins-chefs de service et douze Chefs et Cheffes de service de soins (dont dix infirmiers/ères, un technicien en radiologie médicale et un physiothérapeute) qui doivent alors chapeauter les projets et mener à bien leurs équipes en vue du regroupement sur le site de Rennaz et ses deux antennes de Vevey et de Monthey³⁰.

Le personnel impliqué dans les défis de l'HRC: le cas des conventions collectives de travail	Autre défi de taille, l'organisation du travail des collaboratrices et collaborateurs des hôpitaux de la Riviera et du Chablais est soumise à six conventions collectives de travail (ci-après CCT) différentes. La fusion prévoit de les remplacer par trois nouvelles CCT, qui doivent être signées en 2014 pour entrer en vigueur en janvier 2015. Une première CCT est destinée aux médecins cadres et médecins agréés (150 personnes), une deuxième aux médecins-assistants (150 personnes), et une troisième au reste des collaborateurs (1700 personnes). Dès l'année 2013, le contenu de ces CCT est réfléchi et discuté avec les syndicats, les associations professionnelles et les commissions du personnel. « Un accent a été mis sur les points importants que sont les horaires de travail, les grilles salariales et les vacances », précise le directeur des ressources humaines Emmanuel Masson, engagé début 2014 après avoir passé dix-neuf années à un poste similaire au CHUV ³¹ . La nouvelle CCT destinée aux collaborateurs non-médecins implique un système de convergence salariale progressive visant à uniformiser les salaires entre le personnel hospitalier des deux cantons: « Tout le monde a gardé le même salaire, mais avec un changement de grille salariale. On n'a pas tenu compte de l'ancienneté dans un premier temps, mais cela viendra par la suite », souligne Pascal Rubin. Celui-ci adopte aussi une posture novatrice en promouvant une grille salariale dont le maximum de la classe s'atteint en quinze années, et non en vingt-cinq années comme cela se pratique par exemple au CHUV. « On a voulu favoriser un système de collaboration et de promotion en valorisant une certaine mobilité de l'emploi par l'évolution des postes, grâce aux formations financées par l'institution.
--	--

29 « Projet organisationnel » (document non signé), carton « HRC C-2013-072 », Archives SSP Vaud; PV du CEtab HRC, séance du 21 mai 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

30 « Bienvenue aux chefs/chefes de service médico-soignants », *HRC INFO*, n° 4, avril 2016, p. 3.
31 « Interview de M. Emmanuel Masson, Chef de projet Ressources humaines », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, p. 19.

II	9	Fédérer le personnel
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	et harmoniser les pratiques :
(années 2000 à nos jours)	de transition	des hauts et des bas

L'ancienneté n'a de sens que si on évolue, cela donne un sentiment d'appartenance à l'entreprise dans laquelle on travaille », explique le directeur général³². C'est aussi l'avis du nouveau directeur des ressources humaines Emmanuel Masson, pour lequel « le nouveau concept de progression salariale valorisera davantage la volonté de prise de responsabilité des collaborateurs »³³. Par ailleurs, la nouvelle CCT pour le personnel prévoit l'introduction d'un salaire mensuel minimal de 4 000 francs (avec un 13^e salaire), ainsi que le droit à une retraite anticipée de deux ans avant l'âge légal. Auparavant, seuls les collaborateurs du Chablais y avaient droit. Une sixième semaine de vacances est aussi introduite dès l'âge de 40 ans³⁴. Mais la question des CCT, ajoutée à celles des écarts salariaux et de l'avenir des sites amenés à disparaître, suscite inquiétudes et résistances de la part du personnel. Les craintes portent sur l'avenir professionnel – malgré la garantie de non-licenciement souhaitée par les autorités politiques –, sur le changement du lieu de travail, sur les trajets et sur les nouveaux cahiers des charges. « Il y aura de nouveaux postes et des mises au concours, et nous demanderons l'acquisition de nouvelles compétences », confirme Pascal Rubin³⁵. Afin d'accompagner les collaborateurs à travers ces changements, la création d'une équipe de projets en charge du soutien méthodologique est mise sur pied, qui se propose notamment de donner des pistes de réflexion sur l'avenir professionnel de chacun et chacune et ses développements possibles. L'année 2015 est marquée par l'entrée en vigueur des nouveaux contrats de travail suite à la signature des trois CCT consécutives à la fusion. L'HRC a donné la possibilité aux collaborateurs de contester leur nouvelle classification. Quelque 250 recours sont déposés, qui sont traités durant l'été 2015, avec les résultats suivants: 45 % sont acceptés, 15 % acceptés partiellement, 30 % refusés, 10 % ne sont pas des recours. Les recours admis engendrent la révision de plus de 70 situations de collaboratrices et collaborateurs n'ayant pas fait de recours personnellement, mais qui bénéficient d'une révision de leur statut par analogie. En parallèle, les travaux avec les représentants du personnel se poursuivent³⁶. Une autre pierre d'achoppement porte sur le statut des médecins cadres et sur la CCT qui les concerne. Selon sa logique de gouvernance, le Conseil d'établissement souhaite établir une « hiérarchie claire et restreinte » comprenant, du plus haut au plus bas de l'échelle, la direction générale, la direction médicale, le médecin-chef de service, puis les médecins-chefs, médecins adjoints et médecins agréés. Dès 2013, les discussions portent sur la reconnaissance de la position de fonction dirigeante élevée, qui pourrait être attribuée tant aux médecins-chefs de service qu'aux médecins-chefs.

32 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.
33 « Interview de M. Emmanuel Masson, Chef de projet Ressources humaines », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, p. 19.
34 *Ibid.*

35 « Bien plus qu'un hôpital: Votre véritable partenaire hospitalier », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 6-7, ici p. 7.
36 « L'année sociale 2015 en chiffres », *HRC*, RA 2015, pp. 30-34, ici p. 30.

II	9	Fédérer le personnel
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	et harmoniser les pratiques :
(années 2000 à nos jours)	de transition	des hauts et des bas

Jusqu’alors, seule existait la fonction des médecins-chefs, lesquels, par conséquent, bénéficiaient tous d’un statut identique. Le Conseil d’établissement décide finalement que la fonction dirigeante élevée sera reconnue aux seuls médecins-chefs de service, du fait des responsabilités accrues qui leur seront confiées. Il est aussi question de renoncer au tournus des responsabilités et d’assurer une nomination pérenne aux médecins-chefs de service, étant donné qu’ils doivent être formés pour assurer cette fonction³⁷.

La perte du statut de fonction dirigeante élevée des médecins non chefs de service est à l’origine de reports réitérés de la CCT des médecins cadres, qui comprend d’autres sujets sensibles tels que la durée de la semaine de travail ou encore l’intégration des cabinets dans l’activité de l’hôpital³⁸. En janvier 2014, la Société vaudoise de médecine intervient et interpelle le conseiller d’État Pierre-Yves Maillard, en annonçant qu’elle travaille sur une nouvelle CCT pour les médecins cadres de l’HRC qui serait proche du règlement des médecins cadres du CHUV³⁹.

À l’été 2015, un accord intermédiaire est finalement trouvé entre les représentants de l’HRC et les représentants du corps médical pour la période 2016 à 2018. Cela permet de poursuivre sereinement les discussions pour la création d’un modèle de rémunération et de CCT applicable dès 2019⁴⁰.

Situation de crise
entre la direction
et le personnel

Les dirigeants de l’HRC poursuivent le travail de nomination des différentes fonctions de l’institution : la Direction générale est au complet en 2015, les cadres supérieurs (chefs de service soignants et médecins) sont nommés et entrent en fonction en 2016. Suivent les cadres intermédiaires pour 2017 et les collaborateurs pour 2018. Pascal Rubin ne cache pas que la tâche est complexe : « C’est une espèce de cascade pour déterminer l’affectation de chacun d’entre nous, et tout cela prend du temps. Dans un monde idéal, les choses se feraient avec des compromis, des discussions. Or, à présent [en 2017], étant donné les échéances, on doit faire du *top down*. On est dans une phase où il faut faire acte d’autorité. »⁴¹

Aux nouveaux statuts et contrats de travail viennent s’ajouter d’autres mesures qui se succèdent à un rythme soutenu, telles que l’introduction du timbrage, la modification des prix du parking ou la hausse des tarifs de la cafétéria – « à 7 francs 50, le menu était alors le plus bas de Suisse

37 PV du CEtab HRC, séance du 29 mai et 25 septembre 2013 (fichiers pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

38 Ibid.

39 PV du CEtab HRC, séance du 29 janvier 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

40 PV du CEtab HRC, séance du 24 juin 2015 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

41 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

II	9	Fédérer le personnel
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	et harmoniser les pratiques :
(années 2000 à nos jours)	de transition	des hauts et des bas

romande », relève Pascal Rubin. Celui-ci justifie la rapidité des divers changements, d’une part par les infrastructures vieillissantes des sites de la Riviera et du Chablais, corollaires des délais et retards afférant à la création de l’établissement hospitalier à Rennaz. Selon lui, la situation de l’HRC ne tient pas la comparaison avec de nombreux autres pays, à commencer par les proches voisins français : « Avec nos vieux bâtiments, on n’est pas au XXI^e siècle, ni dans un des pays les plus riches du monde. À Annemasse, un hôpital de 600 lits a été construit en deux ans. Annecy a un hôpital quasi neuf de plus de 1 500 lits. Si on tergiverse, on a du souci pour notre avenir. »⁴²

D’autre part, l’établissement construit à Rennaz compte un catalogue de près de 200 projets et se profile comme un « hôpital numérique », sans papier. « Le défi est gigantesque », déclare Pascal Rubin, qui estime que la Suisse n’est pas particulièrement en avance en termes de gouvernance et d’innovations en comparaison d’autres pays européens, notamment les pays scandinaves qui ont pourtant moins de moyens que la Suisse. « Si on ne peut pas relever ces grands défis dans une nouvelle construction telle que l’HRC, alors on ne le fera jamais. Je ne veux pas renoncer à certaines choses faute de temps », énonce le directeur général⁴³.

Mais le tempo imposé par ces changements déconcerte le personnel, qui reproche à la direction d’être insuffisamment à l’écoute des collaborateurs. Dix jours de tensions s’ensuivent entre les dirigeants de l’HRC et le personnel durant le mois de février 2015, que la presse locale qualifie de « crise », Pascal Rubin préférant parler quant à lui de « conflit de travail »⁴⁴. Au cœur de cette période de tensions, le directeur général rencontre une délégation des syndicats, de la commission du personnel et des membres du personnel d’une part, et des représentants du corps médical d’autre part. Les échanges avec le personnel et ses représentants portent principalement sur les questions de classes de fonction, de grilles salariales et de sous-effectifs (effectifs suffisants sur le papier, mais pas assez au quotidien en raison des absences maladie et des départs qui n’ont pas pu être remplacés faute de candidats notamment). Le corps médical souhaite quant à lui être impliqué dans les décisions stratégiques de l’HRC. Une de leurs préoccupations concerne la situation des blocs opératoires, qui constituent le cœur de l’hôpital mais qui ne sont pas encore organisés au niveau de la construction du futur hôpital. Un autre point concerne la mise en place d’un Collège des médecins cadres HRC, créé de la propre initiative des médecins cadres, et dont les statuts débordent le champ de compétences prévu par la Convention intercantonale de 2008⁴⁵.

La presse fait un large écho à cette phase de tensions, et les mécontentements grondent jusque sur les ondes radiophoniques. Le directeur général se souvient : « C’était assez incroyable ! L’émission *Forum*⁴⁶ a consacré quatre

42 Modoux François, « Le directeur de l’hôpital s’engage à mieux dialoguer », *24 Heures*, 21 février 2015 (en ligne).

43 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

44 Modoux François, « Le directeur de l’hôpital s’engage à mieux dialoguer », *24 Heures*, 21 février 2015 (en ligne).

II	9	Fédérer le personnel
Vers l'hôpital unique	Vers la fusion : les années	et harmoniser les pratiques :
(années 2000 à nos jours)	de transition	des hauts et des bas

soirs de suite à l’HRC, car une cinquantaine de membres du personnel avaient signé une pétition contre le timbrage. » Se succèdent ainsi au micro Pascal Rubin, Marc-Étienne Diserens, des syndicalistes, et enfin le conseiller d’État Pierre-Yves Maillard. Si le message principal est que les changements sont inévitables et que l’hôpital doit s’organiser en conséquence, la direction reconnaît qu’elle doit mieux expliquer les changements et davantage associer les délégations du personnel⁴⁷. « Je me suis engagé à passer une matinée par mois dans les services », promet Pascal Rubin dans la presse locale⁴⁸.

Au début de l’été 2015, lors d’une visite d’environ trente services effectuée par une délégation de deux représentants de la direction générale élargie, il est observé que la communication au sein de l’institution s’est améliorée. C’est aussi ce qui est confirmé lors de l’assemblée générale du personnel HRC conviée par les syndicats et la Commission du personnel⁴⁹.

10

La construction

de l’Hôpital

de Rennaz :

une aventure

en soi

45 PV du CEtab HRC, séance du 25 février 2015 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

46 Émission d’actualité de forte audience diffusée en Suisse romande.

47 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

48 Modoux François, « Le directeur de l’hôpital s’engage à mieux dialoguer », *24 Heures*, 21 février 2015 (en ligne).

49 PV du CEtab HRC, séance du 24 juin 2015 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

Dans le contexte suisse du marché de la construction, un projet d'une dimension aussi conséquente que l'établissement hospitalier à Rennaz est encadré par des procédures contraignantes et complexes, auxquelles correspond, à chaque étape, la possibilité de manifester une opposition ou de faire recours contre une décision. Celles-ci ne vont pas manquer dans cette phase cruciale de l'HRC, attestant de l'ampleur des enjeux (sociaux, économiques, environnementaux) d'une telle entreprise.

La phase administrative :
le Plan d'affectation
cantonal et le permis
de construire

La phase politique étant terminée, l'HRC entre dans une phase administrative avec la mise à l'enquête du Plan d'affectation cantonal (ci-après PAC), qui règle l'utilisation du sol dans le périmètre réservé à l'hôpital. Le PAC inclut plusieurs parcelles, dont celle de La Grange des Tilles (86 000 m²), celle des Planchettes, destinée à l'Espace Santé Rennaz – qui sera abordé plus loin –, ainsi qu'une parcelle située le plus au nord. L'ensemble du terrain représente une surface de 109 958 m², affectée en zones d'installations publiques ou parapubliques. Ce site étant appelé à évoluer dans le temps, une extension des surfaces constructibles est prévue dans le périmètre du PAC, de façon à pouvoir adapter l'hôpital à l'évolution de la demande à moyen et long termes. Soumis à l'enquête publique, le PAC est mis en consultation du 1^{er} octobre au 1^{er} novembre 2012¹.

Cette mise à l'enquête est accompagnée de plusieurs rapports, dont celui ayant trait à l'impact sur l'environnement. Avec plus de 700 places de stationnement prévues sur le site, une telle étude est obligatoire. Un rapport sur la carte des dangers de crue liée au Rhône est également joint au dossier. L'expertise conclut qu'avec un niveau de danger résiduel, la zone du PAC serait inondée avec une intensité d'inondation faible, soit des hauteurs variant entre 10 et 50 centimètres et des vitesses de l'ordre de 0,3 mètre/seconde. Le PAC tient aussi compte des contraintes du projet d'agglomération Rivelac, dont Rennaz fait partie, et du schéma directeur – les aménagements à moyen ou long termes – de la commune de Rennaz intitulé « Demain », qui est en consultation depuis l'été 2012. En outre, plusieurs variantes de réalisations de pistes cyclables sont intégrées à la réflexion².

1 Giampetruzzi Sandra, « L'HRC prend forme. Rennaz. Le PAC du futur hôpital est en consultation publique jusqu'au 1^{er} novembre », *Le Régional*, 11.10.2012 (www.leregional.ch); Informations de

2 *Ibid.*; Information de Marc-Étienne Diserens, 13 octobre 2017 (séance Copil de relecture HRC).

Karl Halter et Andrea Binggeli (septembre 2018).

II	10	Les préliminaires
Vers l'hôpital unique	La construction	à la construction
(années 2000 à nos jours)	de l'Hôpital de Rennaz :	
	une aventure en soi	

Malgré toutes ces précautions, six oppositions sont déposées contre le PAC. Les détracteurs sont le Syndicat d'améliorations foncières des Cornettes (quartier prévu en face de l'hôpital), l'association Pro Natura, le Groupe Mobilité Chablais, l'Association Transports et Environnement (ATE) et la Communauté des usagers des transports publics Vaud (Citrap). Ceux-ci estiment notamment que les mesures prises par le canton de Vaud ne sont pas suffisantes, telles que l'augmentation de la cadence du bus Aigle-Villeneuve ou le prolongement entre Villeneuve et l'Hôpital de Rennaz proposé par la ligne 201 des Transports publics Vevey-Montreux-Chillon-Villeneuve (VMCV). « Ce qui fait craindre à certains que les routes d'accès autour de l'hôpital [de Rennaz], déjà bien chargées, ne se retrouvent rapidement saturées », explique la presse locale³. Suite aux échanges entre les opposants, le Service cantonal du développement territorial et les responsables du projet de construction de l'hôpital, des compromis sont finalement trouvés, évitant ainsi un passage devant les tribunaux. Début juin 2013, des conventions sont signées par trois conseillers d'État vaudois avec tous les opposants, qui marquent le retrait de l'ensemble des oppositions au PAC. Le Département de l'intérieur approuve le PAC (n° 313) à la fin du mois. Il entre officiellement en force fin juillet, l'utilisation du droit des tiers à recourir n'ayant pas été activée⁴.

Parallèlement à la procédure du PAC s'ouvre aussi celle du permis de construire, condition sine qua non au lancement des travaux de construction de l'hôpital. La commune de Rennaz reçoit dix-sept oppositions et deux remarques, la plupart émanant de particuliers résidant à Rennaz. « Aucune ne s'attaquait à l'hôpital lui-même. Elles visaient principalement des nuisances sonores touchant à l'accès du nouvel établissement (trafic routier supplémentaire, passages d'hélicoptères) », commente le magazine *Hôpinfo*⁵. Des séances de conciliation ont lieu, là aussi, avec tous les opposants et l'appui de la direction du projet. N'ayant pu faire retirer toutes les oppositions au permis de construire et, en sa qualité d'autorité compétente, la Municipalité de la commune de Rennaz décide, début septembre 2013, de lever les oppositions résiduelles et de délivrer le permis de construire. Le droit des tiers à recourir n'ayant pas été utilisé, le permis de construire entre officiellement en force en novembre 2013⁶. Les procédures auront duré onze mois pour l'approbation du PAC (d'août 2012 à juin 2013) et treize mois pour l'obtention du permis de construire (de septembre 2012 à septembre 2013)⁷.

3 Delpino Nestor, « Six oppositions contre le site de l'hôpital de Rennaz », *24 Heures*, 27 novembre 2012 (en ligne).
4 « A propos du chantier », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 4-5, ici p. 4 ; « Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter) », *HRC, RA 2013*, pp. 12-13, ici p. 13.

5 « A propos du chantier », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 4-5, ici p. 5.
6 *Ibid.* ; « Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter) », *HRC, RA 2013*, pp. 12-13, ici p. 13.
7 « Calendrier du projet (état au 21.11.2013) », *HRC, RA 2013*, p. 14.

II	10	Les préliminaires
Vers l'hôpital unique	La construction	à la construction
(années 2000 à nos jours)	de l'Hôpital de Rennaz :	
	une aventure en soi	

Le canal de Pra Riond Un autre point de désaccord est soulevé par la construction d'un nouveau canal nécessaire à l'évacuation des eaux de surface du futur hôpital, qui doit être aménagé à ciel ouvert entre le bas du village de Rennaz et le canal des Saviez (commune de Noville). Il est prévu que ce canal desserve d'autres utilisateurs que le seul site hospitalier de Rennaz. Le permis de construire de ce canal dit « de Pra Riond », dont la maîtrise d'ouvrage est confiée à la commune de Rennaz, suscite des oppositions. L'association Pro Natura, par exemple, souhaite donner à ce canal un environnement naturel, ce qui soulève des discussions sur les coûts d'entretien inhérents à cette proposition. Après un accord passé avec Pro Natura et le retrait des autres oppositions au canal, le permis est délivré par la Direction générale de l'environnement, ressources en eau et économie hydraulique en octobre 2013⁸.

En mars 2014, une convention est signée, qui définit la mise en place d'un comité de pilotage pour la réalisation du canal de Pra Riond et l'acceptation de la clé de répartition des coûts, soit 47 % à charge de l'HRC et 53 % pour les communes et les autres utilisateurs. Le comité de pilotage est présidé par la commune de Rennaz et composé de représentants des entités qui participent au financement du canal, parmi lesquels figure Karl Halter, directeur de projet de construction à l'HRC depuis le printemps 2011. Suite à un appel d'offres, l'entreprise Colas est retenue pour effectuer les travaux de correction fluviale nécessaires à l'évacuation des eaux claires de l'hôpital, travaux qui sont devisés à près de 3 millions de francs⁹.

Ce montant freine quelque peu la réalisation du canal de Pra Riond, le Conseil général de Rennaz reportant le dossier à deux reprises. En mai 2014, le Chef du Département de la santé Pierre-Yves Maillard doit intervenir pour inviter la commune de Rennaz à accepter, dans les meilleurs délais, d'augmenter son plafond d'endettement pour la réalisation du canal. Il notifie dans une missive envoyée à Charly Monnard, syndic de Rennaz depuis 2012 : « La réalisation du canal de Pra Riond est indispensable à la construction de [l'HRC] et tout report du premier poserait des problèmes importants pour le second. En effet, il est indispensable que les eaux de la zone hospitalière puissent s'écouler librement dès l'ouverture du chantier : »¹⁰

8 *Message/EMPD sur le cautionnement des cantons de Vaud et du Valais pour l'emprunt bancaire contracté par l'HRC...* ; et pour Vaud : *et accordant au Conseil d'État un crédit pour financer les études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics en relation avec l'HRC*, [janvier 2012], p. 47 ; « Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter) », *HRC, RA 2013*, pp. 12-13, ici p. 12 ; *HRC, Commission de construction, Rapport de la Commission de construction – 2^e semestre 2013*, (Noville, le 17.2.2014), p. 5, carton « HRC [2013-2015] », Archives SSP Vaud.
9 « Revue de la Commission de construction », *HRC, RA 2014*, p. 29.
10 Construction du canal Pra Riond, lettre du Chef du Département, Pierre-Yves Maillard, au Syndic de la commune de Rennaz, Charly Monnard, 28 mai 2014, carton « HRC C-2013-072 », Archives SSP Vaud.

II	10	Les préliminaires
Vers l'hôpital unique	La construction	à la construction
(années 2000 à nos jours)	de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

Le Conseil général de Rennaz accepte finalement de financer le projet, puisqu'en tant que maître d'ouvrage la commune ne doit assumer que 13 % de la facture. Par ailleurs, au printemps 2014, Pierre-Yves Maillard intervient auprès de Marc-Étienne Diserens afin que le Conseil d'établissement de l'HRC octroie un prêt de 1 million à la commune de Rennaz, remboursable en trois ans (sans intérêts), pour la construction du canal¹¹. Les travaux, qui doivent durer près d'une année, peuvent débuter en janvier 2015 sur la commune de Noville, à la satisfaction du président du Conseil d'établissement de l'HRC, Marc-Étienne Diserens, qui s'en exprime dans la presse locale : « Même si, pour l'heure, la construction de l'[HRC] n'a toujours pas débuté, nous nous réjouissons de la réalisation de tous les projets connexes à l'hôpital »¹².

Les travaux
de préparation
du terrain

Dans l'intervalle ont lieu les travaux de démolition des bâtiments existants sur le site de Rennaz, sur lequel de l'amiante est détectée. Malgré la partie délicate liée aux opérations de désamiantage, les travaux de démolition se déroulent dans les délais prévus, soit durant le premier trimestre 2013. Réalisée par l'entreprise Raymond Michel et Fils SA d'Aigle, choisie selon le procédé d'appel d'offres des marchés publics, cette première étape du chantier permet de faire place nette pour entamer les deux phases suivantes : premièrement, les travaux de terrassement, précédés du remblayage indispensable pour amasser les 60 000 mètres cubes de terre nécessaires au rehaussement du niveau du terrain et, deuxièmement, la construction de l'hôpital en tant que tel¹³. La complexité des différentes phases du chantier inhérente à leurs embranchements multiples, aux obstacles et aux complications imprévues est relevée par le directeur de projet Karl Halter qui, à ce stade, dit espérer une inauguration du bâtiment pour 2017¹⁴. Or, le début de la réalisation de l'hôpital est momentanément repoussé par un recours portant sur l'adjudication du marché public pour les travaux de remblayage et terrassement. En juin 2013, la Commission de construction de l'HRC avait déjà octroyé le marché à une entreprise pour près de 1,5 million de francs, quand l'entreprise en question annonce une erreur de prix de sa part et exige finalement près du double du montant.



Démolition de l'ancienne ferme de La Grange des Tilles, sur le terrain du futur hôpital.

11

PV du CEtab HRC, séance du 21 mai 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

12

F.GN, « L'hôpital de Rennaz a franchi une étape », *24 Heures*, 23 janvier 2015 (en ligne).

13

« Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter) », *HRC*,

14

RA 2013, pp. 12-13, ici p. 12 ; « Calendrier du projet (état au 21.11.2013) », *HRC*, RA 2013, p. 14. « A propos du chantier. Le déroulement de la construction (Karl Halter) », *Hôpinfo*, n° 16, novembre 2013, pp. 4-5, ici p. 5.

II	10	Les préliminaires
Vers l'hôpital unique	La construction	à la construction
(années 2000 à nos jours)	de l'Hôpital de Rennaz :	
	une aventure en soi	

Le Conseil d'établissement décide de changer de partenaire et de confier l'adjudication à l'entreprise Raymond Michel et Fils SA d'Aigle, qui avait déjà réalisé les travaux de démolition et proposait près de 3,1 millions pour la suite des travaux – ce sera finalement 2 millions¹⁵. La première entreprise déboutée dépose un recours contre son éviction à la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal vaudois, lequel suspend l'activité du chantier. Après une audition au Tribunal cantonal, le contrat est finalement signé avec l'entreprise d'Aigle, et les travaux de remblayage et terrassement peuvent débiter en novembre 2013. Leur achèvement est prévu pour avril 2014¹⁶. Il est temps de passer à la réalisation du gros oeuvre, à savoir la construction de l'hôpital en tant que tel. Cette phase sera elle aussi ralentie par une procédure administrative plus complexe encore.

15 PV du CEtab HRC, séance du 30 avril 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

16 « Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter) », *HRC, RA 2013*, pp. 12-13, ici p. 12; « Rappel des faits. Les étapes

clefs du chantier », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page intérieure (p. 3); PV du CEtab HRC, séances du 29 mai, 28 août, 18 décembre 2013 (fichiers pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

II	10	La phase
Vers l'hôpital unique	La construction	de construction
(années 2000 à nos jours)	de l'Hôpital de Rennaz :	
	une aventure en soi	

Faisant suite à la reddition, fin 2012, du projet d'ouvrage du Consortium HRC (Geninasca-Delefortrie/Groupe 6), la Commission de construction lance le 1^{er} octobre 2013 un appel d'offres en entreprise générale, ouvert aux marchés publics internationaux. Cinq candidatures valables sont enregistrées. Fin janvier 2014, l'HRC désigne la filiale à Tolochenaz (Vaud) de l'entreprise générale zurichoise Steiner SA.

Nouveaux recours juridiques	En février 2014, un recours contre la décision de l'HRC d'attribuer le mandat à l'entreprise Steiner SA est déposé auprès du Tribunal cantonal vaudois, à la Cour de droit administratif et public, par deux entreprises concurrentes, le groupement Inso Sistemi per le infrastrutture sociali SpA e consorti (Italie) et l'HRS Real Estate SA (Frauenfeld). Une audience a lieu à la mi-mai et le verdict du Tribunal cantonal tombe le 27 août 2014 : il donne partiellement raison aux entreprises concurrentes et annule la décision d'attribution des travaux de construction à Steiner SA ¹⁷ . Dans ce dossier, le Tribunal cantonal invoque « de très nombreuses erreurs de calcul », notamment commises par certains soumissionnaires, y compris Steiner SA. Il relève aussi que toutes les offres se sont avérées incomplètes par rapport aux exigences de l'appel d'offres, concernant en particulier l'obligation de produire la totalité des garanties bancaires de la part des soumissionnaires. Au final, la Cour décide qu'« un nouvel appel d'offres devra être publié et [que] l'intégralité de la procédure sera répétée » ¹⁸ .
--------------------------------	--

17 « Revue 2013 de la Commission de construction (Karl Halter) », *HRC, RA 2013*, pp. 12-13, ici p. 13; « Rappel des faits. Les étapes clefs du chantier », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page intérieure (p. 3).

18 « HRC, Vaud-Valais. Le Tribunal cantonal vaudois annule la décision d'attribution des travaux de construction », communiqué de presse du Tribunal cantonal vaudois, Lausanne, 28 août 2014.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

L'HRC prend acte du jugement et réagit par l'entremise du président du Conseil d'établissement et de la Commission de construction, Marc-Étienne Diserens, qui s'exprime par voie de presse : « La justice mentionne des erreurs. Nous les admettons mais en relativisons la gravité. »¹⁹ Le président invoque le fait que sur un dossier d'une telle envergure que celui de l'HRC, des erreurs qui ne sont parfois que des imprécisions sont inévitables, tant de la part des soumissionnaires, des mandataires que du maître d'ouvrage. « La portée financière des erreurs relevées par la Cour est dérisoire (de l'ordre de 0,5 %) au vu des quelques 240 millions du marché », estime Marc-Étienne Diserens. Concernant les garanties bancaires manquantes de la part des soumissionnaires, le président indique que ce critère a en effet été neutralisé pour l'adjudication, car l'HRC a estimé, sur la base des documents demandés, que toutes les entreprises étaient suffisamment solides sur le plan financier. Elles se sont de plus engagées par écrit à fournir les garanties au moment de la signature du contrat, tel que stipulé dans l'appel d'offres. Enfin, l'HRC relève que la décision du Tribunal cantonal n'a pas fait l'unanimité de la Cour, « puisqu'un avis minoritaire a été exprimé par un des trois juges, qui estime disproportionnée la décision de faire reprendre la procédure dès le début », relève encore Marc-Étienne Diserens²⁰.

Fin septembre 2014, l'entreprise Steiner SA fait recours auprès du Tribunal fédéral contre la décision du Tribunal cantonal vaudois. Ayant été désignée par l'HRC comme l'entreprise « ayant présenté l'offre économiquement la plus avantageuse », elle s'estime lésée à plusieurs titres : elle invoque une violation du droit fédéral (droit constitutionnel suisse) portant sur les principes d'égalité de traitement et de la bonne foi, l'interdiction de l'arbitraire, la prohibition du formalisme excessif et la proportionnalité. Elle invoque aussi la violation du droit intercantonal concernant l'Accord sur les marchés publics²¹. Par ailleurs, une des deux entreprises concurrentes, estimant que le Tribunal cantonal aurait dû lui adjuger le mandat, recours également auprès du Tribunal fédéral²².

En attendant la décision du Tribunal fédéral, l'HRC décide, en octobre 2014, de scinder son appel d'offres afin de ne pas retarder davantage le début des travaux. Une clause particulière figurant dans l'appel d'offres initial lui permet en effet de retirer jusqu'à 20 % du montant total du marché à l'entreprise générale. L'HRC publie en décembre un appel d'offres public pour un premier lot permettant la construction des fondations, soit la mise

19 « Décision du Tribunal cantonal vaudois. L'Hôpital relativise la gravité des erreurs », communiqué de presse, 28 août 2014.
20 *Ibid.*
21 « Recours en matière de droit public et recours constitutionnel subsidiaire adressé au Tribunal fédéral par Steiner SA », Lausanne, 26 septembre 2014, carton « HRC C-2013-072 », Archives SSP Vaud.

22 « HRC. Pas de recours suite à l'adjudication d'un nouveau lot. La construction du futur hôpital peut démarrer », communiqué de presse du Président du Conseil d'établissement et de la Commission de construction Marc-Étienne Diserens, 27 février 2015.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

en place des pieux, la construction de la galerie technique du sous-sol et les canalisations du futur bâtiment²³.

Marc-Étienne Diserens concède que la décision de fractionner l'offre en lots comporte un risque économique de taille, celui d'additionner les recours. Mais il est alors jugé politiquement et économiquement impossible de suspendre le projet pour plusieurs mois encore, comme il le commente lors d'une séance du Conseil d'établissement : « L'avantage de ce découpage en deux lots réside principalement, d'une part, en la possibilité de mener rapidement une adjudication pour un premier lot clairement délimité. D'autre part, cette démarche véhicule un message positif : celui d'un établissement qui va de l'avant et d'une construction qui bouge malgré les embûches juridiques. »²⁴

Olivier Girardin rappelle aussi la situation tendue que traversent les hôpitaux de l'HRC : « D'une part, il y avait la réalité de l'exploitation des hôpitaux de la Riviera et du Chablais aux infrastructures vieillissantes, où les travaux de réfection et de modernisation restaient minimes dans l'attente du nouvel HRC. D'autre part, il y avait la pression concurrentielle des cliniques qui poussait à aller de l'avant. »²⁵

Toutefois, en voulant éviter le problème des délais en fractionnant les lots, d'autres surviennent, rapporte Marc-Étienne Diserens : « Lorsque le Tribunal fédéral a confirmé l'adjudication à l'entreprise générale Steiner SA, il a fallu faire accepter à celle-ci un nouveau contrat, diminué de la valeur du premier lot. Or, la règle des marchés publics veut que, une fois un projet adjugé, il l'est au prix qui a été proposé. Il a donc fallu renégocier le prix avec l'entreprise Steiner, et lui faire accepter, en outre, les travaux qui ont été réceptionnés et modifiés par d'autres, suite aux jugements. »²⁶

À la mi-février 2015, l'HRC attribue la réalisation des travaux de fondation à un consortium de cinq entreprises : Raymond Michel et Fils SA à Aigle, SIF-Groutbor SA à Ecublens, PraderLosinger SA à Sion, Jacquet SA à Rennaz et Solétanche Bachy Pieux à Chassieu (France). Cette adjudication n'ayant pas fait l'objet de recours, elle peut entrer en force le 24 février. Marc-Étienne Diserens exprime son soulagement dans la presse locale : « Mettre en soumission publique un nouveau lot était la meilleure stratégie pour redémarrer le chantier dans les plus brefs délais. Aujourd'hui, nous franchissons une étape décisive dans la construction du nouvel hôpital. Il faut saluer le « fair-play » des entreprises qui ont participé à l'appel d'offres et qui, n'étant pas adjudicataires, n'ont pas déposé de recours et ainsi accepté la conclusion de ce marché public. »²⁷

23 « Rappel des faits. Les étapes clefs du chantier », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page intérieure (p. 3).
24 PV du CÉtab HRC, séance du 24 septembre 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.
25 Entretien avec Olivier Girardin, 12 décembre 2016.
26 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.
27 « HRC. Pas de recours suite à l'adjudication d'un nouveau lot. La construction du futur hôpital peut démarrer », communiqué de presse du Président du Conseil d'établissement et de la Commission de construction Marc-Étienne Diserens, 27 février 2015.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

Il est prévu que le chantier débute au printemps 2015, soit près d'un an après la réalisation des travaux de terrassement et de remblayage. Les travaux du premier lot se montent à 26 millions de francs, soit un peu plus de 10 % du montant total estimé pour les travaux de construction du futur hôpital.

Cet épisode et d'autres similaires, qui ont passablement ralenti le calendrier de l'HRC, laissent songeurs certains acteurs de l'histoire de l'HRC. Pour Georges Dupuis, le système des marchés publics est au centre de la problématique²⁸. Ce système est le fruit de l'Accord intercantonal sur les marchés publics introduit en Suisse en 1994 et instauré sur le modèle de l'Accord similaire de l'Organisation mondiale du commerce²⁹. L'ancien chef du SSP Valais établit la comparaison suivante : « Les marchés publics ont été pensés pour lutter contre la corruption. Or, la façon dont les autres pays d'Europe appliquent cette loi est différente qu'en Suisse. Car ces pays ont mis en place des mesures pour protéger leurs propres entreprises, ce qui n'est pas le cas en Suisse. Beaucoup de politiques pensent que cette loi devrait être modifiée. »³⁰

C'est en effet l'avis du député au Grand Conseil Frédéric Borloz, président du Parti libéral-radical vaudois, qui, dans une interpellation en septembre 2014, invitait le Conseil d'État vaudois à considérer le cas de l'HRC « comme une expérience plutôt que comme un échec », en posant la question des limites du système des marchés publics. En demandant à l'instance cantonale de remettre en question les lois qui régissent ce système, il pointait aussi du doigt la légitimité d'un appel d'offres en entreprise générale pour des projets tels que l'HRC, considérant la procédure comme un « phénomène bloquant », [...] coûteux et chronophage ». Le député faisait alors observer que, pour cette raison, les entrepreneurs en immobilier privés favorisaient davantage les adjudications métier par métier³¹.

Ainsi, les obstacles récurrents auxquels fait face l'HRC dans le cadre des marchés publics interpelle au-delà de l'hôpital. Autre exemple, en août 2015, un premier forum est consacré aux marchés publics, organisé à Lausanne à l'initiative de la Fédération vaudoise des entrepreneurs et du Département vaudois des infrastructures. « On sentait depuis un moment que la question des marchés publics bruissait. Et puis il y a eu le climax avec l'[HRC] », énonce la Conseillère d'État vaudoise Nuria Gorrite. Quelque 300 entrepreneurs, chefs de service ou syndics participent au forum pour s'informer et échanger sur les procédures complexes auxquelles ils sont confrontés³².

Au total, il y aura eu une vingtaine de recours durant la longue phase menant à la construction de l'Hôpital de Rennaz. L'avocat Denis Sulliger, ancien membre du Comité de l'Hôpital Riviera, relativise toutefois :

28 Entretien avec Georges Dupuis, 12 décembre 2016.
29 Législation genevoise, *Règlement sur la passation des marchés publics, Tableau historique*, 17 décembre 2007 (www.geneve.ch/legislation).
30 Entretien avec Georges Dupuis, 12 décembre 2016.

31 « Marchés publics : les limites d'un système sont-elles atteintes ? », titre de l'interpellation de Frédéric Borloz au Conseil d'État Vaudois, 16 septembre 2014, carton « HRC C-2013-072 », Archives SSP Vaud.
32 Di Matteo Karim, « Un premier forum sur les marchés publics », *24 Heures*, 28 août 2015 (en ligne).



« Les travaux peuvent débiter : «HRC : on le construit ! » »

Cérémonie de pose de la première pierre du chantier du nouvel hôpital à Rennaz.



Pose de la première pierre par les responsables des Départements de la santé, les conseillers d'État Pierre-Yves Maillard (Vaud) et Esther Waeber-Kalbermatten (Valais).

La première « pierre » est apportée par le directeur de projet Karl Halter.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

« Par rapport à l'énormité du projet, c'est peu ! Ces oppositions ont pu être négociées et retirées, sans qu'il y ait besoin d'un arrêt du Tribunal, qui aurait fait perdre au projet une année, voire davantage ». L'avocat rejoint l'avis d'autres protagonistes de l'histoire de l'HRC : « Ce qui a fait perdre le plus de temps, ce sont les marchés publics. »³³

Coup d'envoi du chantier Le coup d'envoi officiel du chantier du futur Hôpital de Rennaz est finalement donné le 19 juin 2015, lors de la cérémonie de la pose de la première pierre. La partie officielle se tient en présence de la conseillère d'État Esther Waeber-Kalbermatten, en charge du Département valaisan de la santé, des affaires sociales et de la culture, et du conseiller d'État Pierre-Yves Maillard, en charge du Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Parmi les orateurs s'expriment notamment Philippe Vuillemin, président de la Commission interparlementaire de contrôle de l'HRC, Pierre Rochat, municipal de Montreux, commune anciennement propriétaire du terrain du futur hôpital, ainsi que Charly Monnard, syndic de Rennaz. L'HRC est représenté par le président du Conseil d'établissement, Marc-Étienne Diserens, et par le directeur général, Pascal Rubin. Près de deux cents invités issus du monde politique, du domaine de la santé, ainsi que les collaborateurs directement impliqués dans le projet participent à l'événement³⁴.

Bien que la décision du Tribunal fédéral concernant la poursuite des travaux ne soit toujours pas connue, l'HRC profite de la cérémonie pour annoncer la publication d'un appel d'offres public pour un deuxième lot. Estimé à environ 33 millions de francs, ce lot concerne les fondations et la galerie centrale du bâtiment, soit la structure en béton et béton armé du bâtiment. Les entreprises soumissionnaires peuvent déposer leurs offres jusqu'au 17 août 2015³⁵.

L'HRC associe également ses collaborateurs et la population de Rennaz au coup d'envoi du chantier, en les y accueillant le lendemain de la cérémonie officielle. Des démonstrations et animations pour les familles sont au programme. Par ailleurs, afin de tenir la population au courant de l'évolution du chantier sur le long terme, l'HRC lance dès la semaine qui suit

33 Entretien avec Denis Sulliger, 5 avril 2017.

34 « HRC. Construction du futur hôpital à Rennaz. La première pierre du nouvel hôpital est posée », communiqué de presse du Président du Conseil d'établissement et de la Commission de construction Marc-Étienne Diserens, 19 juin 2015.

35 « Objectif Rennaz ! », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page-titre ; « Rappel

des faits. Les étapes clefs du chantier », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page intérieure (p. 3) ; « HRC. Construction du futur hôpital à Rennaz. La première pierre du nouvel hôpital est posée », communiqué de presse du Président du Conseil d'établissement et de la Commission de construction Marc-E. Diserens, 19 juin 2015.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

une nouvelle publication grand public baptisée *Séquoia*, du nom de l'arbre géant (27 mètres de haut et 10,9 mètres de circonférence) qui domine le chantier et qui fera face à l'entrée principale du futur bâtiment, symbolisant l'ancrage de l'hôpital dans la région. Produit par le bureau de communication de l'HRC, le magazine *Séquoia* est distribué deux fois par année aux 93 000 ménages de la Riviera et du Chablais, afin de permettre « de faire connaissance avec les professionnels, partager leur actualité et se glisser dans les couloirs du chantier »³⁶. Le journal succède à *Hôpinfo*, lequel disparaît après dix-sept années de bons et loyaux services rendus par l'Association des Amis de l'HRC. N'ayant toutefois pas obtenu le même soutien que son prédécesseur, le magazine *Séquoia* sera remplacé en 2017 par un supplément, *Le Journal de l'HRC*, encarté dans l'hebdomadaire tout ménage *Le Régional*. Quant à l'Association des Amis de l'HRC, elle ne cesse pas pour autant son activité et poursuit son soutien à l'hôpital par la réalisation de divers événements (exposition, film, concours)³⁷. Un nouveau journal interne de l'HRC, intitulé *HRC INFO*, voit aussi le jour à la même époque.

Réaction des élus

Le lancement officiel du chantier de l'Hôpital de Rennaz est l'occasion, pour les élus locaux et cantonaux, de faire part de leurs impressions par voie de presse. Pour la Conseillère d'État valaisanne Esther Waeber-Kalbermatten, « il s'agit de la réalisation d'une nouvelle vision de la santé publique qui devrait créer une émulation entre les professionnels »³⁸. Le conseiller d'État vaudois Pierre-Yves Maillard qualifie la concrétisation du projet de « véritable exploit, compte tenu des concessions qu'il a fallu faire au sujet du nombre de lits mais aussi pour permettre aux crapauds ou aux grenouilles de copuler »³⁹. Les allusions concernant les lits et les amphibiens, tout à fait distinctes l'une de l'autre, portent sur deux événements qui ont animé les débats relatifs à l'HRC. Pour ce qui concerne le nombre de lits, il s'agit des discussions sur les chambres individuelles de l'Hôpital de Rennaz, qui n'ont d'abord pas fait consensus entre les membres du Conseil d'établissement et les deux Départements cantonaux de la santé; la solution a finalement été trouvée avec la création d'une cinquantaine de grandes chambres à un lit pouvant accueillir un lit supplémentaire en fonction de la capacité de l'Hôpital. En tout, l'établissement de Rennaz compterait 250 chambres, pour une capacité de 300 à 360 lits⁴⁰. Pour ce qui est des crapauds et des grenouilles, il s'agit là

36 *Ibid.* ; « Votre journal », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page-titre; « Le projet de toute une région: carte d'identité », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page intérieure (p. 2).

37 « Association les Amis de l'HRC », *Séquoia*, n° 4, novembre 2016, (p. 4).
38 Béda Claude, « Le futur HRC sort de terre », *24 Heures*, 19 juin 2015 (en ligne).



Terrain de La Grange des Tilles à Rennaz, après terrassement

Opération de vibrocompactage sur le terrain de Rennaz, inédite en Suisse.



Les fondations du futur hôpital.

Perforation du sol pour la pose des pieux. En arrière-plan, le séquoia géant qui fera face à l'entrée principale du bâtiment.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

d'une anecdote liée au chantier du tronçon de la route transchablaisienne H144 passant entre Rennaz et Les Evouettes (Valais), achevé fin 2012, qui doit permettre aux usagers de l'hôpital de contourner le village de Rennaz⁴¹ : lors de la construction de ce tronçon, les travaux ont été momentanément interrompus en raison de la présence de crapauds sonneurs à tête jaune, qui ont dû être relogés plus loin⁴².

Quant à Pierre Rochat, municipal à Montreux, commune propriétaire des terrains qui ont été échangés avec ceux de l'hôpital de Montreux pour permettre la construction du bâtiment de Rennaz, il rappelle que « la création de cet hôpital aura constitué un véritable parcours du combattant »⁴³. Le syndic de Rennaz Charly Monnard se réjouit pour sa part de voir l'aboutissement du projet : « Pour notre petit village de 802 habitants, sans bureau technique, le projet d'hôpital unique aura constitué un véritable rouleau compresseur. [...] Désormais, nous allons enfin pouvoir nous consacrer au remodelage programmé de notre village. »⁴⁴ Encore faut-il que le projet puisse aller de l'avant, ce qui dépend de la décision du Tribunal fédéral.

Décision du Tribunal fédéral et poursuite des travaux

Début septembre 2015, près de trois mois après le lancement officiel du chantier de Rennaz, le Tribunal fédéral communique sa décision quant aux recours sur l'adjudication des travaux de l'hôpital. L'autorité judiciaire a admis le recours de l'entreprise générale Steiner SA et n'est pas entrée en matière sur le recours du soumissionnaire évincé. Elle confirme ainsi la décision d'adjudication en faveur de Steiner SA et annule l'arrêt du Tribunal cantonal, estimant que « les défauts affectant la procédure de passation du marché n'ont pas eu de répercussion sur la décision d'adjudication et ne justifiaient pas l'annulation complète de la procédure d'adjudication décidée par le Tribunal cantonal du canton de Vaud. » Plus précisément, si des « vices » et « trop d'erreurs » ont effectivement été constatés du côté de l'HRC, ils ont été jugés sans « gravité extraordinaire » et ne concernant que des « aspects mineurs »⁴⁵.

39 Ibid.

40 PV du CÉtab HRC, séances du 16 avril et 25 août 2010, classeur « HRC 1.1.3, Archives CÉtab PV, 2009-2010 ».

41 « Nouvelle route entre Rennaz et les Évouettes. La route transchablaisienne (H144) ouvre ses portes au public », communiqué pour les médias de l'État de Vaud et de l'État du Valais, 26 septembre 2012.

42 Boillat, Christophe, « La H144 sert déjà de modèle en matière d'environnement », 24 Heures, 7 avril 2017 (en ligne).

43 Bédaride Claude, « Le futur HRC sort de terre », 24 Heures, 19 juin 2015 (en ligne).

44 Ibid.

45 « Arrêt du 4 septembre 2015 du Tribunal fédéral. HRC : adjudications des travaux à Steiner SA confirmée », communiqué de presse du Tribunal fédéral, Lausanne, 11 septembre 2015.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

Les travaux peuvent donc se poursuivre. À l’horizon 2015-2016, l’objectif est de respecter le délai imparti et de terminer le chantier en décembre 2018. Un planning « extrêmement ambitieux », relève le directeur de projet Karl Halter dans la presse locale, mais qui est rendu nécessaire par les dix-huit mois de retard inhérents aux recours en justice qui ont suivi l’attribution des travaux⁴⁶. Le défi est d’autant plus ardu que des modifications sont intervenues en cours de réalisation. Ainsi, le site de Rennaz expérimente une opération, inédite en Suisse, de vibrocompactage du sol, qui vise à prévenir les risques d’affaissement du futur bâtiment en cas de séisme majeur. Une imposante aiguille injecte de l’air et de l’eau à forte pression dans le terrain, provoquant artificiellement des vibrations locales. Pour couvrir toute la surface de l’hôpital, cette opération est répétée plusieurs milliers de fois durant l’été 2015⁴⁷. Les modifications du projet initial génèrent un surcoût de 4 millions de francs pour l’HRC, si bien que sur les 330 millions de l’enveloppe budgétaire maximale, 240 vont au seul site de Rennaz. Marc-Étienne Diserens se montre toutefois rassurant : « Cela reste tout à fait acceptable pour un projet de cette envergure. »⁴⁸

La phase de vibrocompactage, qui a permis de stabiliser le terrain, est suivie du coulage de quelques 1 200 pieux d’environ 20 mètres de profondeur nécessaires à la consolidation des fondations du bâtiment. En novembre 2015, les fondations et la construction de la galerie technique du sous-sol sont achevées. La construction proprement dite de l’édifice hors-sol démarre dès le 1^{er} janvier 2016, sous la responsabilité de l’entreprise générale Steiner SA, à laquelle les travaux ont été adjugés. Dès le printemps, les murs et l’architecture de l’établissement sont clairement visibles sur le chantier, où s’affairent quotidiennement quelques 150 hommes autour de cinq grues⁴⁹.

Au début de l’été 2017, 201 personnes, dont 183 ouvriers, travaillent sur le chantier de l’hôpital. Le gros œuvre de l’édifice est terminé et quelques travaux se poursuivent pour les finitions des murs extérieurs, mais la majorité des ouvriers commence à construire l’intérieur du bâtiment. Au plus fort du chantier, plus de 400 personnes y œuvreront. Une grande partie des salles de bains sont livrées, déjà préfabriquées, par un fournisseur italien⁵⁰.

Exempté de sous-sol habitable, l’établissement s’érige sur quatre niveaux, dont trois niveaux exploités et un niveau dévolu au secteur technique. Le rez-de-chaussée abrite l’entrée principale, l’ambulatorio, le secteur oncologie et radiothérapie, la logistique, la pharmacie et le laboratoire,



46 Di Matteo Karim, « Bal de grues autour de l’Hôpital Riviera-Chablais », 24 Heures, 22 septembre 2016, page-titre.

47 Di Matteo Karim, « L’HRC fonce à vive allure et sur plusieurs fronts », 24 Heures, 22 septembre 2016, p. 21 ; « Grande opération de compactage ! », Séquoia, n° 1, juin 2015, (p. 4).

48 Ibid.

49 Ibid. ; « En piste pour le futur hôpital ! », Séquoia, n° 3, juillet 2016, (p. 4) ; « Le futur hôpital sort de terre », Séquoia, n° 4, novembre 2016, (p. 4) ; Informations de Karl Halter et Andrea Binggeli (septembre 2018).

50 Ibid. ; « Un chantier exemplaire », Le Journal de l’HRC/Le Régional, octobre 2017, p. 9.

Le chantier en janvier 2017.

Le chantier en mars 2017.

II	10	La phase de construction
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	La construction de l'Hôpital de Rennaz : une aventure en soi	

ainsi qu’un auditoire de 300 places. Le premier étage est l’épicentre des soins aigus, avec les urgences, dix blocs opératoires, des salles d’accouchement, l’unité des soins critiques, l’hospitalisation en ambulatoire et l’imagerie médicale. « L’horizontalité permet de regrouper nombre de services complémentaires sur un seul niveau. Il faudra beaucoup marcher, mais pas changer de niveau, pour se rendre d’un secteur à l’autre », explique Marc-Étienne Diserens⁵¹. Le deuxième étage, ceinturé par une grande paroi antibruit qui masque notamment les flux routiers, comprendra essentiellement les chambres individuelles et doubles, soit 360 lits au total. Enfin, au-dessus du 3^e étage dédié à la technique, les toits seront recouverts de panneaux photovoltaïques – hormis l’emplacement des deux héliports⁵².

La construction de l’Hôpital de Rennaz aura nécessité le concours de plus de 100 entreprises engagées en qualité de sous-traitantes, dont 95 % sont basées en Suisse. Parmi celles-ci, 54 % sont vaudoises et 19 % sont valaisannes. Lorsqu’il sera achevé en automne 2019, l’établissement hospitalier valdo-valaisan sera le plus important du canton après le CHUV, lequel avait ouvert ses portes en 1982 au bout de dix ans de travaux. L’HRC est aussi l’un des plus grands chantiers vaudois de ce début de XXI^e siècle⁵³. Les collaborateurs de l’HRC et la population sont invités à visiter le site de Rennaz le 24 juin 2017⁵⁴.



51 Entretien avec Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.
52 Informations de Karl Halter et Andrea Binggeli (septembre 2018).

53 Ibid. ; Boillat Christophe, « La «carcasse» de l'hôpital unique

est achevée », 24 Heures, 19 juin 2017 ; « Un chantier exemplaire » (en ligne), Le Journal de l'HRC/Le Régional, octobre 2017, p. 9.

54 « Rennaz : le gros oeuvre s'achève », HRC INFO, n° 6, juin 2017, p. 4.

Projection en image de synthèse du futur hôpital à Rennaz, ici vue aérienne.

11

L'Hôpital

de Rennaz

et son impact

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

11
L'Hôpital de Rennaz
et son impact

L'accès au futur hôpital

Dès lors que le terrain de Rennaz a été choisi pour implanter le futur hôpital de soins aigus de l'HRC, la question de l'accès au site, tant pour les collaborateurs que pour les patients et les visiteurs, a animé de nombreux débats. Il est à noter que, en vertu de l'Exposé des motifs et projet de décret de janvier 2012, les autorités vaudoises disposent d'un crédit de 1,2 million de francs pour financer des études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics¹. Dans cette optique, l'HRC explore dès 2013 plusieurs mesures de mobilité.

Le plan de mobilité

Ainsi, en juin 2015, un plan de mobilité entre en vigueur sur l'ensemble des sites de l'HRC qui doivent se conformer, à l'instar de toutes les entreprises suisses, aux principes de préservation de l'environnement. La plupart des établissements hospitaliers ont déjà pris des mesures pour promouvoir les transports publics et restreindre les déplacements de leurs collaborateurs et visiteurs. « Confronté à des parkings saturés, notre hôpital ne peut plus attendre », annonce la direction générale de l'HRC, qui prévient que la solution ne passera

1 *Message/EMPD sur le cautionnement des cantons de Vaud et du Valais pour l'emprunt bancaire contracté par l'HRC...*; et pour Vaud: *et accordant au Conseil d'État un crédit pour financer les études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics en relation avec l'HRC*, [janvier 2012]: « Études des aménagements routiers et des installations de traction électriques liés au prolongement

de la ligne de trolleybus des transports publics VMCV à Rennaz », p. 43-44 et « Projet de décret accordant au Conseil d'État un crédit d'études de CHF 1,2 million pour financer les études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics en relation avec l'HRC », p. 52; « Des objectifs clairs pour le futur hôpital », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 8-9, ici p. 8.

II
Vers l'hôpital unique
(années 2000 à nos jours)

11
L'Hôpital de Rennaz
et son impact

L'accès au futur hôpital

pas par une élévation du nombre de places de parking, ni pour les sites existants ni pour celui de Rennaz². Les normes fédérales obligent à proposer un nombre de places largement inférieur au nombre de collaborateurs prévus. Aussi, les mesures envisagées visent-elles à encourager l'usage des transports publics et de la mobilité combinée (Park+Ride), de la mobilité douce (marche à pied, vélo) ou encore du covoiturage. L'HRC prévoit des subventions, notamment pour l'acquisition de vélos électriques, ou une contribution financière pour l'achat d'un abonnement de transports publics. Pour le parking, les mesures consistent à introduire une tarification unique des places pour les collaborateurs des trois sites, et à attribuer des autorisations de parking non plus aléatoirement comme autrefois, mais selon des critères objectifs et équitables, auxquels tous les collaborateurs sont soumis³. « Nous devons habituer des personnes à modifier leurs habitudes de déplacement. Nous avons privilégié les places de parc des patients et favorisé une mobilité douce pour accéder au site », explique Pascal Rubin dans la presse locale⁴. Ainsi, le parking du site de Rennaz comptera 515 places réservées pour le personnel, alors que plus de 1000 collaborateurs sont quotidiennement attendus dans l'hôpital. Pour sa part, le parking visiteurs comprendra 311 places, dont 100 places réservées pour l'Espace Santé Rennaz⁵.

Les transports publics

À l'appui du plan de mobilité, des projets d'amélioration des transports publics sont en cours, afin d'assurer une accessibilité en tout temps aux usagers du site de Rennaz. Dès l'ouverture de l'hôpital, il est prévu que la ligne de bus VMCV soit prolongée depuis Villeneuve jusqu'à l'entrée de Rennaz, et on envisage de renforcer la cadence de la ligne des Transports publics du Chablais (TPC) reliant Rennaz à Aigle, en incluant un arrêt à l'hôpital. Côté valaisan, une nouvelle ligne de bus Car postal reliant Monthey, Collombey, Muraz, Vionnaz, Vouvry, Chessel et Noville doit être mise en fonction fin 2018⁶.

Le canton de Vaud se montre particulièrement zélé dans le dossier des transports publics. Au printemps 2017, une solution inédite est trouvée pour la ligne de bus VMCV (la 201), permettant, d'une part, de desservir

2 « Éditorial (Pascal Rubin et Emmanuelle Fonferrier) », *Plan de mobilité HRC dès le 1^{er} octobre 2015 (1^{re} édition)* (brochure), p. 3, carton « HRC [2013-2015] », Archives SSP Vaud; Informations d'Emmanuelle Fonferrier(août 2018).
3 *Plan de mobilité HRC dès le 1^{er} octobre 2015 (1^{re} édition)* (brochure), carton « HRC [2013-

2015] », Archives SSP Vaud; Informations d'Emmanuelle Fonferrier (août 2018).
4 Di Matteo Karim, « L'Hôpital Riviera-Chablais fonce à vive allure et sur plusieurs fronts », *24 Heures*, 22 septembre 2016, p. 21.
5 *Ibid*; Informations de Robert P. Meier et Alexandre Ciravegna (septembre 2018).

II	11	L'accès au futur hôpital
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	L'Hôpital de Rennaz et son impact	

le futur hôpital en assurant une liaison directe depuis Vevey et, d'autre part, de renforcer l'offre entre Villeneuve, Noville et Rennaz. Alors que les véhicules entre Vevey et Villeneuve continueront à circuler avec l'énergie électrique provenant des lignes aériennes, seize nouveaux trolleybus, issus d'une nouvelle génération, doivent être acquis durant le deuxième semestre de 2018, afin d'assurer les six kilomètres aller-retour séparant Villeneuve de Rennaz. La technologie employée consiste à alimenter les trolleybus par batteries à charge lente, permettant à ces véhicules de circuler sur un tronçon sans ligne de contact. Le recours à cette technologie est rendu possible par le parcours plat et sans particularité topographique du tronçon. Toutefois, le prolongement jusqu'à Rennaz de la ligne 201, dont le terminus se trouve en gare de Villeneuve, est freiné au printemps 2018 par le refus des électeurs villeneuvois du projet de réaménagement d'une artère du centre-ville permettant cette desserte; le canton réfléchit dès lors à une alternative⁷.

Des arrêts plus fréquents sont aussi prévus dès 2019-2020 entre Aigle et Villeneuve pour les trains CFF. D'autres développements de transports publics sont également envisagés dans le cadre des projets d'agglomérations de la Riviera et du Chablais⁸.

6 « HRC à Rennaz. Le choix du terrain. Rappel des atouts », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 6; Giampetruzzi Sandra, « L'HRC prend forme. Rennaz. Le PAC du futur hôpital est en consultation publique jusqu'au 1^{er} novembre », *Le Régional*, 11.10.2012 (www.leregional.ch); Informations de Robert P. Meier et Alexandre Ciravegna (septembre 2018).

7 « Extension de la ligne VMCV 201 de Villeneuve jusqu'à l'HRC », communiqué de presse du Conseil

d'État vaudois, Lausanne, 30 mai 2017; Béda Claude, « Des trolleybus sans ligne de contact jusqu'à Rennaz », *24 Heures*, 31 mai 2017 (en ligne); Boillat Christophe, « Villeneuve refuse le tracé du bus par les Remparts », *24 Heures*, 8 avril 2018 (en ligne).

8 « Interviews. M. Yves Fontannaz, Syndic de Rennaz », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 6; Site web HRC, www.hopitalrivierachablais.ch, « Des avancées concrètes pour l'accessibilité », consulté en 2016.

II	11	L'impact du futur hôpital sur Rennaz
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	L'Hôpital de Rennaz et son impact	

Il ne fait aucun doute que la construction d'un hôpital est amenée à transformer une région en profondeur. En 2007 déjà, dans le cadre de la conception du programme des locaux de l'Hôpital de Rennaz, l'expert d'ICADE Patrick Sivan relevait que « l'ouverture d'un hôpital de plus de trois cents lits modifie la densité du réseau urbain ». D'où la nécessité de réviser ou de concevoir accès (routes, transports publics, pistes cyclables), lieux de stationnement, jardins arborisés et fleuris. « Ces éléments représentent une véritable valeur ajoutée pour la collectivité concernée », ajoutait le responsable de projet⁹.

À la même époque, cet avis est aussi partagé par le syndic de Rennaz Yves Fontannaz, qui estime que l'amélioration de la palette de prestations en transports publics, ainsi que la construction de la route transchablaisienne H144 – terminée en 2012 – seront un « bénéfice pour la région de Rennaz » et « une véritable valeur ajoutée pour [le] village ». Le syndic est notamment convaincu que ces dispositifs encourageront des entreprises à s'installer et des gens à travailler à Rennaz¹⁰. Les retombées économiques attendues par l'implantation de l'Hôpital de Rennaz sont donc multiples, et comprennent aussi la création à venir d'emplois dans l'institution même: « un hôpital figure d'ordinaire parmi les gros employeurs d'une région », rappelle l'expert Patrick Sivan¹¹. Le CHUV, plus gros employeur du canton de Vaud, en est un bon exemple.

Par ailleurs, l'aménagement du territoire autour de l'hôpital fait l'objet d'autres projets d'envergure qui auront un impact sur la population de Rennaz, comme l'indique le futur syndic Charly Monnard: « Rennaz vit une mutation profonde liée à l'arrivée de l'[HRC] et de la zone parahospitalière [Espace Santé Rennaz] ainsi que du quartier des Cornettes. Le vrai défi est de faire accepter cette phase de changements par la population. »¹²

9 « HRC. Dans les coulisses d'une vaste gestation », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 7.

10 « Interviews. M. Yves Fontannaz, Syndic de Rennaz », *Hôpinfo*, n° 8, novembre 2005, p. 7; « Interviews.

M. Yves Fontannaz, Syndic de Rennaz », *Hôpinfo*, n° 10, novembre 2007, p. 4.

11 « HRC. Dans les coulisses d'une vaste gestation », *ibid.*, novembre 2007, p. 7.

II	11	L'impact du futur
Vers l'hôpital unique	L'Hôpital de Rennaz	hôpital sur Rennaz
(années 2000 à nos jours)	et son impact	

L'Espace Santé Rennaz et le quartier des Cornettes

Ainsi, une zone parahospitalière, l'Espace Santé Rennaz, verra simultanément le jour sur le terrain des Planchettes, attenant à celui de l'hôpital, dans le but d'offrir des services sanitaires en lien avec les patients, les usagers de l'HRC ou plus largement la population.

Sont notamment prévus des cabinets médicaux et le service de santé au travail de l'HRC, des policliniques psychiatriques de la Fondation de Nant, une antenne de la Fondation Asile des Aveugles, une consultation de la Ligue pulmonaire vaudoise, un cabinet d'acupuncture et de médecines douces, une consultation de la Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme, une maison de naissance, un centre de médecine dentaire et de stomatologie de Pure Clinic Group, PharmaRennaz (une pharmacie créée par les associations de pharmaciens de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan), un centre médico-social d'ASANTE SANA (Association pour la prévention, l'aide et les soins à domicile de l'Est vaudois).

Ce sont également des locaux pour la direction du RSHL et les services qu'il supervise (Consultations Gériatriques Ambulatoires, Centre Mémoire de l'Est Vaudois, Equipe Mobile de Soins Palliatifs, Dispositif DiabEst et équipe de diabétologie pédiatrique), une antenne de Promotion Santé Vaud, la présentation des appareils d'aide d'ASEMA (Association Sécutel et Moyens auxiliaires Chablais-Lavaux-Riviera), un centre de formation réunissant différents partenaires sanitaires (HRC, Haute école de la Santé La Source, Fondation de Nant, RSHL-Réseau Santé Haut-Léman), ainsi qu'une garderie (centre de vie enfantine) de plus de 80 places, destinée en priorité aux collaborateurs et aux habitants des communes voisines, sans oublier des chambres de garde et des logements pour les stagiaires et le personnel du futur hôpital.

Qualifié de « véritable transition architecturale entre l'HRC et le village », l'Espace Santé Rennaz présente une surface intérieure de 11 500 m², dessinée par le bureau d'architectes montheysan Bonnard & Woeffray. Après avoir lancé un appel d'offres en entreprise totale en 2015, le Comité de l'Espace Santé, présidé par Pierre Loison, confie la construction du bâtiment à l'entreprise Steiner SA pour un montant de 32 millions de francs – ce sera au total 35,3 millions avec la construction de 1000 m² supplémentaires dont un sous-sol, auxquels s'ajoutent près de 10 millions pour les travaux préparatoires, achat des terrains, honoraires d'assistance et de pilotages et les divers inhérents à la construction (conseils, notaire, fiduciaire...). Les activités parahospitalières du site se développeront grâce à l'investissement

12 « Monnard Charly. Candidat à la Municipalité de Rennaz », *Le Régional (Dossier spécial, élections communales vaudoises 2016)* (www.leregional.ch).

13 « L'Espace Santé Rennaz », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, (p. 4); « Espace Santé Rennaz. Une offre complémentaire à proximité de l'hôpital », *Le Journal de l'HRC/Le Régional*, octobre 2017, p. 10. du CÉtab HRC, séance du 27 août 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain; Informations de Pierre Loison (août 2018).

II	11	L'impact du futur
Vers l'hôpital unique	L'Hôpital de Rennaz	hôpital sur Rennaz
(années 2000 à nos jours)	et son impact	

conjoint de la Fondation de Nant, des Fondations de soutien des hôpitaux de la Riviera et du Chablais, ainsi que de la Fondation de soutien à l'HRC, nouvellement créée en 2014¹³. Fin décembre 2016, la Municipalité de Rennaz délivre le permis de construire de ce projet. Après les nombreux obstacles soulevés par la construction de l'Hôpital de Rennaz, le communiqué de presse du Comité de l'Espace Santé Rennaz annonce, avec satisfaction, que la zone parahospitalière n'a obtenu que « deux seules oppositions », qui sont par ailleurs retirées « grâce à l'excellente collaboration des autorités communales et aux assurances fournies par le comité ». Les travaux d'Espace Santé Rennaz débutent le 21 août 2017, célébrés par la pose de la première pierre le 24 novembre. L'ouverture du site est planifiée pour mi-2019, afin de coïncider avec la mise en exploitation de l'HRC¹⁴.

Par ailleurs, le Conseil général de Rennaz avalise en novembre 2015 la construction d'un nouveau quartier situé sur le terrain des Cornettes, entre l'Hôpital de Rennaz et le canal de Pra Riond. Abritant majoritairement du logement, ce quartier doit également accueillir des activités médicales et paramédicales, ainsi que des installations publiques, une trentaine d'appartements protégés et un EMS de 55 lits¹⁵. Les nouveaux habitants de ce quartier sont « attendus en masse » : environ 830 personnes entre la livraison des logements et 2030. « Ce chiffre est vertigineux : il va doubler la population actuelle [de Rennaz] », notifie la presse locale¹⁶.

L'HRC est ainsi amené à modifier en profondeur l'économie et le paysage des régions concernées. Il va aussi et surtout impacter les prises en charge sanitaires de la Riviera et du Chablais, en faisant passer le nombre de sites hospitaliers de six à trois.

L'avenir des sites existants

Depuis janvier 2014, date officielle de la fusion des hôpitaux du Chablais et de la Riviera, l'HRC a commencé à assumer l'exploitation des six sites : Vevey Providence, Vevey Samaritain, Montreux, Blonay Mottex pour la Riviera ; Aigle et Monthey pour le Chablais. Ensemble, ces six établissements abritent alors 468 lits et 1911 collaborateurs, pour une population de 175 000 habitants¹⁷. Afin que l'HRC devienne formellement exploitant

14 « Espace Santé Rennaz obtient son permis de construire », communiqué de presse de l'HRC, 20 décembre 2016; Site web HRC: www.hopitalrivierachablais.ch; « Deux questions à Pierre Loison, président du comité de l'Espace Santé Rennaz », 23 juin 2017, site www.espace-sante-rennaz.ch.

15 F.GN, « L'hôpital de Rennaz a franchi une étape », *24 Heures*, 23 janvier 2015 (en ligne).

16 Boillat Christophe, « La population du village de Rennaz va doubler », *24 Heures*, 13 novembre 2015 (en ligne).

II	11	L'impact du futur
Vers l'hôpital unique	L'Hôpital de Rennaz	hôpital sur Rennaz
(années 2000 à nos jours)	et son impact	

des sites, une convention de transfert des activités (les passifs et actifs d'exploitation au bilan) des hôpitaux de la Riviera et du Chablais est signée avec l'HRC par les trois institutions dont l'arrêt est programmé (Aigle, Montreux et Vevey Providence). « Tout n'est pas encore réglé au travers de cette convention, mais les bases nécessaires à l'exploitation de l'HRC sont posées », déclare le directeur général Pascal Rubin¹⁸. Les aspects liés au patrimoine immobilier résiduel (bâtiments, terrains, etc.), une fois sorti de l'exploitation hospitalière proprement dite, doivent être discutés par les instances concernées dans un second temps.

La libération des sites hospitaliers est d'ailleurs attendue avec une certaine impatience. Au printemps 2013, le Département de la formation et de la jeunesse ainsi que la commune d'Aigle font part au Conseil d'établissement de l'HRC de leur souhait de créer au plus vite un gymnase sur le site de l'Hôpital d'Aigle. Les questions de faisabilité et de calendrier sont alors soulevées¹⁹. La pression démographique se fait sentir partout, comme le rappelle Pierre Rochat dans le rapport annuel 2013 de l'HRC: « Le développement de la Riviera et du Chablais n'est pas étranger à la construction du nouvel hôpital qui permet de libérer plusieurs terrains, bien situés, à Aigle, Vevey ou Montreux pour y construire de nouveaux quartiers avec logements, commerces, terrains de sports et autres. »²⁰

Concernant les sites de Montreux et de la Providence à Vevey, amenés à disparaître, ils seront, pour le premier, remis à la commune de Montreux et, pour le second, vendu dans le cadre d'une opération immobilière. L'avenir du site de Mottex à Blonay passera quant à lui par une reconversion en EMS. Il est secondé dans la région par le CTR du Chablais, l'ancienne clinique de Miremont devenue en 2010 fondation indépendante reconnue d'intérêt public, qui continuera à collaborer avec l'HRC une fois devenue un EMS repris au sein de la Fondation Claire Magnin, qui en exploite plusieurs autres. Seuls les sites de Vevey Samaritain et de Monthey seront donc intégrés à l'HRC, disposant de 75 lits de réadaptation et de gériatrie – anciennement CTR –, de consultations spécialisées et d'une permanence médicale pour adultes; le projet de centre de dialyse, initialement prévu, a été entre-temps abandonné²¹.

Qualifiés de « portes d'entrée régionales »²², les deux centres de Monthey et de Vevey travailleront en étroite collaboration avec le site de soins aigus



Le nouveau logo de l'HRC composé de trois triangles de couleur bleue, verte et orange, ici sur les murs de l'Hôpital de Montreux (face nord).

17 « Le projet de toute une région : carte d'identité », *Séquoia*, n° 1, juin 2015, page intérieure (p. 2).

18 « Message du directeur général Pascal Rubin. Une équipe où chacun tire à la même corde », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 4-5, ici p. 5.

19 PV du CÉtab HRC, séance du 27 mars 2013 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

20 « Interview des Présidents Pierre Rochat et Antoine Lattion. Transmission des pouvoirs aux

organes du nouvel hôpital », *Hôpitaux de la Riviera et du Chablais*, RA 2013, pp. 2-3, ici p. 2.

21 « L'HRC demain », *Le Journal de l'HRC/Le Régional*, octobre 2017, p. 5 ; Pierre Loison, « Miremont, une clinique historique », *Journal de l'Association des commerçants de Leysin*, été 2015, pp. 39-41 ; Informations du Copil de relecture HRC, séance du 14 novembre 2017.

22 « Des objectifs clairs pour le futur hôpital », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 8-9, ici p. 8.

II	11	L'impact du futur
Vers l'hôpital unique	L'Hôpital de Rennaz	hôpital sur Rennaz
(années 2000 à nos jours)	et son impact	

et d'urgences à Rennaz, d'une capacité de 304 à 360 lits²³. Ainsi, dès 2019, on ne devrait plus parler des hôpitaux de la Riviera et de ceux du Chablais, mais d'un nouvel ensemble hospitalier sur trois sites appelé « Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais » (ou HRC), comprenant au total environ 500 lits. L'appellation est aussi celle qui accompagne, depuis la fusion de 2014, le nouveau logo de l'institution, constitué de trois triangles de couleur bleue, verte et orange qui se superposent et représentent les trois sites; logo qui remplace désormais celui du H hachuré en rose fuchsia qui symbolisait le projet de construction²⁴.

Or, en attendant la mise en fonction de cet hôpital de soins aigus à Rennaz, les habitants de la Riviera et du Chablais doivent pouvoir accéder à des traitements appropriés sur les sites encore existants. Les infrastructures doivent être entretenues et mises à jour, en dépit du moratoire qui limitait les dépenses des rénovations de ces sites amenés à disparaître. Les années passant et pour faire face à la concurrence des autres établissements qui modernisent leurs équipements, une stratégie consiste notamment à développer dans ces sites des unités de pointe qui, pour certaines, seront par la suite transférées à l'Hôpital de Rennaz. Pour la sécurité des patients et du personnel et afin de garantir le dynamisme des activités hospitalières, des développements ont donc lieu ici et là.



Les deux logos devant l'Hôpital de Mottex à Blonay (face nord).

Le nouveau logo aux trois triangles côtoie pour quelque temps celui du H hachuré, amené à disparaître. Ici devant l'Hôpital du Samaritain à Vevey (face nord).

23 Site web HRC, www.hopitalrivierachablais.ch, « 1 Hôpital, 2 cantons, 3 sites », consulté en 2016.

24 Information de Marc-Étienne Diserens, 13 octobre 2017 (séance Copil de relecture HRC).

12

L'HRC à l'horizon

2020 : bilan

intermédiaire

En 2014, avec un taux de 17,5 % de prise en charge ambulatoire, l'HRC se classe derrière le CHUV, les établissements hospitaliers du Nord vaudois, ou encore l'ensemble hospitalier de la Côte. En 2020, il ambitionne de soigner un tiers de ses patients en ambulatoire¹. Il s'agit là d'une gageure, dès lors que le site de Rennaz et ses deux antennes compteront moins de lits et que la population continue d'augmenter : on estime que le bassin de population desservi par les six établissements de l'HRC passera de 175 000 personnes (2014) à 190 000 à l'horizon 2020.

Le directeur général Pascal Rubin est prêt à relever le défi par le biais d'une organisation rigoureuse : « En matière de soins aigus, l'HRC passera de 430 à 350 lits, en partant de l'hypothèse que certains patients qui viennent à l'hôpital aujourd'hui ne viendront plus demain, car ils n'ont pas de raison d'y être ; que ceux qui doivent venir aujourd'hui à l'hôpital devront partir plus vite, car on aura mieux pris en charge leur séjour ; et que ceux qui viennent dans un site de soins aigus pourront venir sur une des antennes, car il s'agit de gériatrie. »²

Pascal Rubin estime donc que la solution passe par davantage de prises en charge en ambulatoire, par le raccourcissement des durées de séjour pour certains cas (les femmes qui viennent accoucher, par exemple), ou encore par la suppression des hospitalisations inutiles (celles de certaines personnes âgées, par exemple). Pour ce faire, « il faudra changer certaines pratiques, et vouloir ce changement. »³

1 « Des objectifs clairs pour le futur hôpital », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 8-9, ici p. 9.

2 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

3 *Ibid.*

L'hôpital doit aussi pouvoir se développer dans un contexte fortement concurrentiel. Le président du Conseil d'établissement de l'HRC Marc-Étienne Diserens en fait état dans le rapport d'activité de 2015 : « L'HRC est concurrencé de partout. On ne combat pas à armes égales avec le secteur privé. En outre, les efforts des pouvoirs publics pour concentrer un peu plus le système hospitalier sont mis à mal par des initiatives privées qui s'implantent là où l'autorité sanitaire rationalise le service public pour maîtriser la croissance des coûts de santé. »⁴

Pour d'aucuns, en effet, la perspective de la disparition des sites de la Riviera et du Chablais, qui proposaient des soins aigus en tant qu'hôpitaux régionaux, constitue une opportunité.

Ainsi, parmi les nouvelles structures concurrentes figurent les nouvelles cliniques CIC (pour « Concept innovant de cliniques ») de Clarens pour la Riviera vaudoise et de Saxon en Valais, qui absorbent déjà une partie des usagers. Le réseau de soins chablaisien s'étoffe aussi avec une maison de santé construite à Collombey-Muraz (Valais), qui accueille dès 2017 un réseau de professionnels dans le but de préserver une offre de proximité : « Les hôpitaux régionaux d'Aigle et de Monthey vont disparaître, celui de Martigny va se recentrer en direction de Sion. On a senti venir un vide et voulu le combler avant qu'un grand groupe financier ne le fasse », commente dans la presse régionale le Dr Nicolas Kirchner, partenaire du projet. Marc-Étienne Diserens réagit vivement à cette initiative : « La partie chirurgie ambulatoire est en concurrence directe avec nous ! Ce marché présente un certain volume de patients. Tout ce qui ira à Collombey n'ira pas à l'hôpital [HRC]. » Pour le Dr Yvan Arlettaz, également partenaire du projet de la maison de santé Chablais de Collombey, ce dernier ne sera pas concurrent mais complémentaire à l'HRC : « Il y a pléthore d'offres à Lausanne, mais ce n'est pas le cas dans le Chablais et en Valais. »⁵

4 « La nouvelle organisation doit donner envie de réaliser l'hôpital du futur », *HRC, RA 2015*, pp. 4-6, ici p. 6.

5 Wahli Di Matteo Flavienne, « Près de 100 pros de la santé réunis sous le même toit », *24 Heures*, 20 au 21 février 2016 (en ligne).

II	12	Une forte concurrence
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	L'HRC à l'horizon 2020 : bilan intermédiaire	

Afin de faire face à un marché des soins toujours plus tendu, l'Hôpital de Rennaz se profile en tant qu'« hôpital du futur » grâce à des stratégies innovantes, parmi lesquelles figurent des projets relatifs à la qualité des prestations hospitalières.

II	12	Miser sur la qualité des prestations
Vers l'hôpital unique (années 2000 à nos jours)	L'HRC à l'horizon 2020 : bilan intermédiaire	

L'Hôpital de Rennaz deviendra le troisième plus grand acteur hospitalier de la région valdo-valaisanne, après le CHUV et l'Hôpital du Valais. L'objectif est qu'il soit l'établissement de référence pour les trois quarts de la population de la Riviera et du Chablais⁶. Pour ce faire, les responsables de l'HRC misent sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Tant le secteur ambulatoire que le secteur stationnaire (hospitalisation) font l'objet de projets novateurs, expérimentés sur les sites existants.

Amené à accueillir l'ensemble des urgences réparties jusqu'alors sur quatre structures différentes (Montreux, Vevey Samaritain, Monthey et Aigle), l'Hôpital de Rennaz doit bénéficier d'une nouvelle organisation visant à fluidifier la prise en charge des patients et à réduire ainsi l'attente. Trois secteurs distincts leurs sont réservés, qui permettent de les orienter en fonction du degré d'urgence de leur situation : premièrement, le secteur des urgences vitales ; deuxièmement, la « voie rapide », permettant de voir rapidement les malades dont l'état n'est pas préoccupant ; troisièmement, une unité d'hospitalisation de courte durée, qui accueille les personnes en attente de transfert. Des voies rapides seront aussi créées sur les sites de Vevey et de Monthey, et une permanence ouvre en 2017 sur le site de Monthey en collaboration avec les médecins de ville⁷.

Pour ce qui concerne l'hospitalisation, une cellule de coordination pilote est lancée sur le site de Montreux en septembre 2016, afin de préparer l'organisation des parcours des patients qui seront hospitalisés sur le site de Rennaz et les antennes de Vevey et Monthey. Il s'agit ici « d'optimiser le va-et-vient des patients » au sein de l'HRC, qu'on appelle aussi « gestion des flux ». Cette gestion dépend d'outils informatiques permettant de gérer les places vacantes entre les sites et d'automatiser les démarches, depuis les admissions jusqu'à la sortie en passant par les transports. Plus généralement, il est prévu

6

« Des objectifs clairs pour le futur hôpital », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 8-9, ici p. 9.

7

« Pourquoi attend-on aux urgences ? », *Séquoia*, n° 2, novembre 2015, page intérieure (p. 2) ; Informations du Copil de relecture HRC, novembre 2018.

II	12	Miser sur la qualité
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	des prestations
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	

de centraliser toutes les actions de planification liées à un séjour, ambulatoire ou hospitalisé, depuis la consultation jusqu’au retour à domicile, afin de standardiser les prises en charge les plus courantes⁸.

8 « Séjour des patients, anticiper et planifier (entretien avec Alexis Valoir, adjoint à la direction des soins) », *HRC INFO*, n° 5, novembre 2016, p. 6.

II	12	Formation
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	médicale et pôles
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	d'excellence

Afin d’accroître son attractivité et sa force de recrutement, l’Hôpital de Rennaz souhaite aussi devenir une entreprise formatrice. L’HRC veut notamment encourager la recherche clinique et les innovations en développant des pôles d’excellence⁹. En 2012, le Conseil fédéral a décidé d’augmenter d’un tiers les places de formation. Au vu de la saturation des hôpitaux universitaires, une partie des médecins en formation doivent être transférés vers les hôpitaux de périphérie. « Rennaz, où il y aura une médecine interne avec un gros volume de prestations et de nombreuses spécialités, aura un rôle important à jouer dans ce contexte », affirme le Dr Nicolas Garin, responsable médical de l’Unité de Gestion Médecine de l’Hôpital du Chablais¹⁰. Par ailleurs, dans le contexte de la MHS, la répartition des spécialités fait l’objet d’intenses négociations, les hôpitaux devant participer à des appels d’offres pour disposer du droit de poursuivre certaines activités. En 2013, des décisions ont déjà été prises par la commission fédérale *ad hoc* dans le domaine de la chirurgie hautement spécialisée. L’Hôpital Riviera a perdu la chirurgie du rectum et du pancréas, tandis que l’Hôpital du Chablais a obtenu la chirurgie bariatrique, mais pas celle du rectum. Un recours est déposé auprès de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) par les deux hôpitaux contre ces décisions afin que l’HRC puisse pratiquer la chirurgie du rectum. « D’un point de vue stratégique, il faudra décider si cette activité doit être maintenue ou non. C’est un enjeu, car derrière cette répartition vont suivre d’autres : oncologie, pédiatrie, etc. », relève le Conseil d’établissement¹¹. À l’heure actuelle, le Tribunal fédéral a suspendu la répartition des spécialités entre cantons en raison de nombreux recours, la MHS se révélant être un chapitre très compliqué de la politique hospitalière helvétique.

9 « Des objectifs clairs pour le futur hôpital », *Hôpinfo*, n° 17, novembre 2014, pp. 8-9, ici p. 8.
10 « La parole aux professionnels », *Hôpinfo*, n° 15, novembre 2012, pp. 10-25, ici p. 18.
11 PV du CÉtab HRC, séance du 27 novembre 2013 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

II	12	Formation médicale
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	et pôles d'excellence
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	

Dans ce contexte, Pascal Rubin observe que certains hôpitaux universitaires suisses collaborent déjà pour obtenir une masse critique au niveau européen : les hôpitaux de Berne et Bâle, par exemple, ou ceux de Genève et Lausanne, lesquels se répartissent les transplantations respectivement du foie et des reins. Pour l'HRC, la collaboration institutionnelle s'effectue « avec les deux grands frères, le CHUV et l'Hôpital du Valais », note le directeur général, qui est convaincu que « plus le partenariat public est uni et fort, plus il pourra se battre efficacement contre le privé »¹². Depuis fin 2014 en effet, des discussions sont en cours avec le CHUV et l'Hôpital du Valais pour développer des collaborations dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie pédiatrique¹³.

Au final, les instances dirigeantes de l'HRC souhaitent que l'enthousiasme du projet de développement de l'HRC soit partagé par l'ensemble des collaborateurs. « On espère que cet enthousiasme se transmette par l'intermédiaire de la direction générale puis par l'ensemble des cadres. Mais ce n'est pas simple », concède Pascal Rubin¹⁴, à l'heure où la conjoncture est peu amène.

12 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.
13 PV du CÉtab HRC, séance du 24 septembre 2014 (fichier pdf), Archives HR Vevey Samaritain.

14 Entretien avec Pascal Rubin, 25 avril 2017.

II	12	Des années
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	financièrement
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	difficiles

Durant les années 2010, en effet, le contexte budgétaire et les modifications de financement ont des conséquences sur l'ensemble de l'environnement hospitalier suisse. Il en va ainsi pour l'HRC, dont les comptes sont au plus bas à fin 2016, affichant un résultat négatif de 5,45 millions de francs sur un budget de 295 millions. Pour la troisième année consécutive, l'institution boucle ses comptes avec un déficit qui s'est aggravé, malgré les efforts faits pour le contenir. « Les charges progressent bien plus vite que les recettes », expliquent les instances dirigeantes de l'institution, qui annoncent : « L'heure est désormais à un nouveau « contrat d'entreprise » ». Celui-ci doit passer par une « alliance forte » entre tous les services, les collaborateurs et les dirigeants, avec comme maître mot « la responsabilité de chacune et chacun »¹⁵.

Quant au budget prévu pour 2017, il table sur une perte de 2,7 millions – ce sera finalement un bénéfice de 138 000 francs grâce notamment à une recette extraordinaire représentant la valeur du terrain du site de Rennaz de 6,4 millions. Cet équilibre financier obtenu pour 2017 est aussi le fruit de mesures d'économies drastiques qui s'imposent au cours de l'année afin de réduire les charges. Parmi celles-ci figurent la réduction de la masse salariale de 2 % sur le reste de l'année 2017, la restriction du choix et de la consommation du matériel, des instruments médico-soignants et des médicaments hors liste, la diminution des heures supplémentaires, ainsi que la suppression de la fête du personnel pour 2017. Afin d'augmenter les recettes, les solutions passent par la prise en charge ambulatoire pour tous les traitements médicaux qui le permettent, l'amélioration de l'exhaustivité et de la rapidité de la documentation médicale, et de celle du relevé des prestations médico-soignantes effectuées¹⁶.

Les réactions face à ces changements sont diverses. D'aucuns s'attristent de la perte de la fête du personnel : « Il est aussi important que des liens entre

15 « L'Edito (M.-E. Diserens, P. Rubin) », *HRC INFO*, n° 6, juin 2017, p. 1.
16 « Plan d'action contre le déficit », *HRC INFO*, n° 6, juin 2017, p. 2 ; « La vigilance s'impose, malgré l'équilibre (P. Rubin) », *HRC, RA 2017*, p. 11 ; Informations de Pascal Rubin (août 2018).

II	12	Des années
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	financièrement difficiles
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	

professionnels puissent se tisser en dehors du contexte du travail. On aurait pu maintenir ce moment de convivialité sans dépenser 130 000 francs. Avec un grand pique-nique canadien au bord du lac par exemple », relève le coordinateur sécurité patients Christian Baralon¹⁷. D'autres s'expriment sur la situation particulière de l'HRC sans s'en étonner davantage, comme le médecin-chef du service de médecine interne Marc Uhlmann : « L'HRC cumule [...] les difficultés : multi-site, multi-canton, paysage médical en pleine mutation, évolution démographique et médicale du Chablais... Dans ce contexte, un déficit qui se creuse à l'aube de Rennaz me paraît assez « naturel » – son amplitude est par contre plus complexe à apprécier. »¹⁸

De fait, le contexte est préoccupant pour de nombreux hôpitaux du pays, alors que la réforme de la structure tarifaire des prestations médicales ambulatoires TarMed se trouve dans l'impasse : les divergences entre assureurs et fournisseurs de soins ont subsisté durant toute l'année 2016, si bien qu'aucun accord sur une structure unique n'a pu être trouvé. Les négociations se poursuivent sous la pression des assureurs et des Cantons, qui souhaitent diminuer les tarifs des prestations ambulatoires¹⁹.

17 « Les cadres réagissent », *HRC INFO*, n° 6, juin 2017, p. 3.
18 *Ibid.*
19 « Négociations tarifaires 2017 », *News. Lettre d'information de la FHV*, n° 32, décembre 2017 (p. 1).

II	12	Le moral reste
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	bon malgré tout
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	

En dépit des difficultés, le projet HRC se poursuit, d'abord grâce à un personnel qui s'investit dans ses missions. À fin 2017, l'HRC tourne avec un budget annuel de 294 millions de francs, soit le double des budgets des villes de Montreux ou de Vevey. L'institution compte 460 lits et près de 2 000 collaborateurs répartis sur six sites, dont 1 717 travaillent à plein temps. Les femmes représentent toujours la majorité des collaborateurs mais la minorité des plein temps (73 % de femmes dont 43 % à plein temps, pour 27 % d'hommes dont 86 % à plein temps), et 54 nationalités sont représentées (62 % suisses, 32 % européennes, 6 % hors Europe). Les postes se trouvent pour 70 % dans le domaine des soins, et on compte 232 médecins, tous statuts confondus. Dans les soins aigus, les patients ont effectué durant la même année près de 111 505 visites ambulatoires aux urgences et polycliniques, il y a eu environ 18 587 hospitalisations en soins aigus avec une durée moyenne de séjour de 5,4 jours et on a compté 1 984 naissances. Du côté des CTR, ce sont 23 092 journées d'hospitalisation qui sont comptabilisées, avec une durée moyenne de séjour de 19,5 jours²⁰.

Le chantier de l'Hôpital de Rennaz, démarré en 2015, se termine en avril 2019 pour une mise en service prévue à l'été de la même année. D'une surface de 67 000 m² sur trois étages accueillant 350 lits de soins aigus, l'établissement doit regrouper sous son toit les urgences jusqu'alors réparties sur les quatre sites hospitaliers de Vevey Samaritain, Montreux, Aigle et Monthey et, de même, il doit réunir leurs divers services : anesthésiologie, oncologie, chirurgie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, médecine, orthopédie et traumatologie, pédiatrie et soins critiques. Dès 2021, après rénovation, les deux cliniques de gériatrie et réadaptation (75 lits chacune) et permanences médicales à Vevey et Monthey viendront compléter le dispositif. Le coût total de l'opération, incluant le concours, les études, la construction, l'acquisition d'équipements et quelques projets connexes, sera d'un peu plus de 400 millions de francs²¹.

20 « Chiffres clés », *HRC, RA 2017*, pp. 18-19 ; « Ressources humaines », *Idem*, p. 30.

II	12	Le moral reste bon
Vers l'hôpital unique	L'HRC à l'horizon 2020 :	malgré tout
(années 2000 à nos jours)	bilan intermédiaire	

Dans le parcours long et sinueux qui mène à l’HRC, le soutien des conseillers d’État a été constant, ce dont les anciens chefs du SSP valaisan et vaudois sont reconnaissants : « Il n’y en a aucun qui ait tout bloqué. Il y a eu une certaine persistance, à la fois de l’effort et de la vision du projet HRC », relèvent Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis. Le dossier était pourtant délicat, étant donné la disparité entre les cantons : le Valais est plus étendu que le canton de Vaud, mais ce dernier a un bassin de population plus important pour l’HRC. C’est aussi en terre vaudoise que s’érige l’hôpital bicantonal, dans lequel le Valais s’est moins impliqué financièrement. « Il ne fallait qu’à aucun moment, le petit ait le sentiment de se faire «rouler dans la farine» ; et il ne fallait pas que le grand subisse la tyrannie du petit. Il s’est agi d’un équilibre, subtil, porté par des personnes qui avaient une même vision », souligne Marc-Étienne Diserens²². La plupart des personnes interrogées ont aussi mentionné la grande entente entre les deux anciens responsables de la santé publique, Marc-Étienne Diserens et Georges Dupuis, durant toutes les phases de création de l’HRC.



21

« Le dispositif hospitalier définitif dès 2021 », *HRC, RA 2017*, p. 6 ; « Un chantier complexe », *Idem*, p. 8-9 22-23 ; « Un service des urgences unique à Rennaz et deux permanences médicales », *Le Journal de l’HRC/Le Régional*, octobre 2017, p. 7 ; Informations du Copil de relecture HRC, novembre 2018.

22

Entretien avec Georges Dupuis et Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.

Hôpital Riviera-Chablais, mars 2019.

Un soir d'octobre, dans une petite ville de l'Est vaudois, le repas que nous partageons, médecins et secrétaires, à l'occasion de la fin de rotation des médecins en formation, se termine. Nous sommes à six mois du départ pour Rennaz. J'échange quelques mots avec les patrons, mari et femme, du restaurant qui nous a accueillis. Ils savent que je suis médecin à l'Hôpital Riviera-Chablais, et veulent savoir si je me réjouis du déménagement et de mon futur outil de travail. Autant que d'emménager dans un bâtiment neuf, j'ai hâte de laisser derrière moi le stress continu dû à l'incertitude, le bricolage quotidien pour s'adapter à un environnement médical, économique et sociétal en bouleversement, les contingences d'un hôpital éparpillé sur six sites et d'un service dont les membres sont séparés par 30 kilomètres d'autoroute.

Je ne peux pas exprimer tout ceci, et fais une réponse un peu convenue : bien sûr, je me réjouis des bâtiments neufs, et oui, notre nouvel hôpital permettra une prise en charge plus sûre, plus efficace, et plus confortable de ses patients. J'explique au passage la rénovation des futures cliniques de gériatrie à Monthey et Vevey et le maintien d'une activité de médecine de premier recours dans les permanences.

Mes interlocuteurs semblent soulagés de cette réponse et Madame dit spontanément : « C'est bien ! On est content si vous déménagez pour du mieux. C'est que nous, on a besoin de vous. » Cette remarque m'apaise à l'instant. Sa confiance justifie les efforts déployés depuis des années, sept en ce qui me concerne, bien plus pour d'autres, pour construire une solution hospitalière durable dans le Chablais et la Riviera.

Ma spécialité, la médecine interne, s'occupe de personnes souvent âgées et souffrant de multiples problèmes de santé, une population grandissante. Même si nous utilisons aussi des instruments de diagnostic innovants et des traitements complexes, la base de la pratique est simple : beaucoup de travail de rassemblement de l'information, de réflexion, d'échanges avec le patient, ses proches et entre professionnels, afin de concevoir un projet de soins réaliste et conforme aux valeurs et aux attentes du patient. Dans ce sens, le regroupement à Rennaz va permettre de rassembler autour

des malades des équipes spécialisées dont les efforts sont aujourd'hui dispersés, mais ne va pas fondamentalement modifier notre manière de travailler.

Mais Rennaz, c'est aussi une occasion unique de questionner notre pratique actuelle, sans a priori et sans être entravé par les habitudes. Afin de nous projeter dans le nouveau bâtiment, nous avons dû nous interroger sur les fondements de notre activité. Pourquoi doit-on garder des patients à l'hôpital ? Pourrions-nous leur proposer plus souvent une prise en charge ambulatoire ? Comment faire pour que l'hospitalisation soit la poursuite d'un projet de soins, et pas une rupture avec l'entourage, le médecin de famille, les soins à domicile ? Et le plus important : comment introduire plus d'humanité à l'hôpital, placer le dialogue au centre des préoccupations de tous ? Comment faire pour que la prise en charge des nombreux problèmes médicaux et sociaux, éclatée entre de multiples intervenants, se fonde en un projet de soins qui corresponde aux valeurs et aspirations de la personne malade ? C'est l'un des paradoxes de notre activité actuelle : nous travaillons beaucoup pour le bien du patient, mais peu avec lui.

Davantage d'humanité à l'hôpital nécessite aussi de réhabiliter les conditions de l'activité des soignants, infirmiers, médecins, physiothérapeutes, diététiciens. Les évolutions de la pratique médicale, qu'elles soient dues aux contraintes économiques, à l'informatisation, à la complexité croissante des prises en charge ou aux exigences de la société, ont beaucoup augmenté la part du travail quotidien consacrée à documenter, rechercher l'information, comparer des chiffres, ou se prémunir contre les reproches. Cette évolution s'est faite au détriment du travail clinique auprès du patient. Le hiatus avec les valeurs et pratiques enseignées dans la formation médicale est tel que la confrontation à la réalité de l'hôpital est un choc majeur pour nos jeunes médecins : comment s'y retrouver lorsqu'on a étudié dur pour soigner des patients et qu'on se retrouve à soigner des chiffres et un ordinateur, sous la pression constante du temps ? La conséquence de ce choc se mesure en souffrance psychique, désinvestissement, abandons de la carrière médicale. Notre société ne peut pas se permettre ce gâchis, ni moralement ni économiquement.

Alors oui, je me réjouis de Rennaz, qui sera je l'espère un hôpital apprécié des patients, bien intégré dans le réseau de soins de la région, performant cliniquement, économiquement viable, et où il fera bon venir travailler. Utopie ?

Nicolas Garin, médecin-chef
du Service de médecine interne
de l'Hôpital Riviera-Chablais
Vaud-Valais

Le centre hospitalier de Rennaz ouvrira ses portes en 2019, près de dix années après mon arrivée comme infirmière au sein de l'hôpital Riviera puis, dès 2014, au sein de l'Hôpital Riviera-Chablais. Durant mes premières années dans cet hôpital, j'ai découvert une structure déjà en plein changement avec une volonté d'améliorer la qualité de nos soins et de s'adapter aux nouvelles pratiques. Travailler dans une petite structure crée un climat familial et rassurant, mais qui parfois restreint le champ d'évolution. Les habitudes sont souvent ancrées et l'histoire crée des réticences à les changer. Toutefois, l'évolution du métier d'infirmière ne laisse pas le choix. J'ai pu être confrontée à l'informatisation du dossier-patient qui n'a cessé d'évoluer depuis mon arrivée dans les soins, mais également aux évolutions des pratiques médicales sur des patients toujours plus âgés, intégrant des contraintes plus fortes sur les durées moyennes de séjour.

Le changement peut induire une peur auprès des gens et travailler dans l'incertitude n'est confortable pour personne. Il faut savoir repérer ceux qui ont conscience de la nécessité du changement et qui peuvent accompagner ceux pour qui le changement induit de la négativité.

J'ai rapidement su que je souhaitais évoluer dans ma fonction, pouvoir accompagner les collègues vers une modernisation des soins. J'ai pu saisir l'opportunité, au sein de l'Hôpital Riviera, d'obtenir d'abord un poste de cadre de proximité. La transition a été plutôt brutale car d'emblée le niveau de responsabilités a augmenté. Le mot exemplarité prend tout son sens auprès des équipes et l'accompagnement du changement devient un travail quotidien. Ce premier poste de cadre a débuté en 2012 et m'a permis de m'immiscer davantage dans le projet du nouveau site hospitalier de Rennaz. J'ai pris alors conscience de l'ampleur du chantier et du fait que la réunification de nos sites n'est pas qu'une question de bâtiment, mais que l'aspect émotionnel y est très présent. Une certaine euphorie peut également régner autour de la nouveauté, mais elle peut retomber très vite quand l'inquiétude se manifeste en lien avec la prise de conscience de l'ampleur du changement. Tout en travaillant sur le projet Rennaz, il faut veiller à maintenir au quotidien un travail de qualité dans les unités.

En 2014, lors du processus de fusion administrative de la totalité de nos sites et donc de la mise en œuvre de la nouvelle organisation de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, le projet a pris encore une autre dimension. La réunification se fait d'abord sur papier, mais dans les esprits, le clivage reste encore présent. D'ailleurs ce sentiment d'appartenance à tel ou tel site reste encore très ancré aujourd'hui et la nostalgie restera présente dans les mentalités de nombreux collaborateurs, certainement même après l'ouverture du site de Rennaz. J'ai pu constater que ce projet d'envergure peut provoquer de l'effervescence chez ceux qui ont soif de nouveauté et pour qui le changement n'est pas désarçonnant, mais il peut également induire une véritable peur, voire de l'incompréhension. L'enjeu pour un cadre est justement de pouvoir argumenter et expliquer la nécessité du changement. L'accompagnement jusqu'au couper de ruban sera fastidieux et consommateur d'énergie pour bon nombre d'entre nous.

En 2016, j'ai saisi l'opportunité au sein de l'HRC de postuler à un poste d'infirmière-chef de service avec un cahier des charges formaté pour l'organisation du nouveau site de Rennaz. Exercer un emploi de cadre supérieur demande encore d'autres compétences qui sont méconnues de bon nombre de professionnels de terrain. Rapidement, en prenant mon poste, j'ai pu constater le fossé entre les sites et les différences de pratiques. La manière de fonctionner au sein de mêmes disciplines est différente et Rennaz se rapproche à grand pas. Les risques liés à un déménagement de cette envergure ne doivent pas être minimisés et les changements doivent s'opérer rapidement afin que les équipes puissent au moins être coordonnées un minimum. L'uniformisation de nos pratiques est l'enjeu majeur, parfois incompris des équipes. Pourquoi tous ces changements maintenant alors qu'il nous reste encore deux ans à travailler tous sous le même toit ? Pourquoi ne pas continuer de faire comme actuellement ? Cela fonctionne bien, il faut attendre Rennaz pour changer. Voilà des questionnements tout à fait légitimes de la part de nos collaborateurs et auxquels nous nous devons non seulement de répondre, mais également prouver la nécessité de le faire avant de nous retrouver tous ensemble. L'ouverture du site de Rennaz va provoquer un bouleversement auprès des collaborateurs, mais également dans la population. L'enthousiasme de la nouveauté sera vite remplacé par la nostalgie de l'ancien et du familier. Il y aura une perte de repères, les équipes devront faire à nouveau connaissance, collaborer avec des collègues qui ont des pratiques différentes. C'est pourquoi, en qualité de chef-fe de service, il est important de pouvoir relayer les informations au plus juste et d'initier le changement au sein des groupes afin de limiter cette perte de repères. Évidemment, il faut rester conscient que le chemin sera semé d'obstacles : il n'en sera que plus facile de les contourner. Tout en étant préparées à l'avenir, les équipes doivent également pouvoir exercer leur activité dans les meilleures conditions possibles afin d'offrir des soins de qualité à la population qui choisit notre institution.

S'agissant de la population, qui dispose d'une offre en soins publique et privée, elle doit nous choisir parce que notre réputation est excellente. Car voici encore une autre réalité, la concurrence existe bel et bien entre

hôpitaux. Nous devons malgré les difficultés, rester concurrentiels et c'est également un enjeu majeur pour notre hôpital. Encore une fois, le nouveau site de Rennaz ne suffira pas à garder notre patientèle, nous devons être plus attractifs et en attirer d'autres en changeant les habitudes de la population qui disposait d'un hôpital de zone de proximité auquel plusieurs générations se sont identifiées. Voilà maintenant plusieurs années que j'arpente tous les sites qui forment l'HRC et il va sans dire que les locaux ont été maintenus du mieux que nous pouvions. Mais la vétusté de certains sites peut être rédhibitoire pour les patients et le clivage de certaines disciplines ne favorise pas l'entraide. Plus l'ouverture du nouveau site hospitalier se rapproche, plus je suis convaincue de la nécessité et du potentiel de ce projet. À l'ouverture, il ne suffira pas d'arpenter les corridors et de se contenter de notre matériel de pointe. Nous devons tous faire vivre ce nouveau site, y développer une culture institutionnelle, l'apprivoiser et faire en sorte que la population nous fasse confiance. Cet enjeu doit être compris et partagé par l'ensemble de nos professionnels. Notre hôpital, de par le contexte actuel du projet et les changements à opérer, présente une certaine fragilité qui n'est pas bienvenue, notamment face à l'exigence de nos patients. L'augmentation des coûts de la santé et des primes maladies doit nous faire prendre conscience de notre responsabilité citoyenne de travailler dans un souci d'économicité tenant compte d'une logique de moyens et pas d'une logique de besoins : donner des prestations de qualité selon les moyens que nous avons et ce que nous estimons être le plus juste.

Un autre point essentiel intervient dans ce projet de réunification : notre équilibre financier. Les collaborateurs qui travaillent au plus près de nos patients ne se soucient pas de ce sujet, et c'est tout à fait normal, car leur priorité doit être le patient. Toutefois, c'est une réalité, les soins sont devenus un vrai business, et j'en ai pris conscience lorsque j'ai débuté dans ma fonction de cadre supérieur. Nous devons assurer notre mission avec un maximum d'efficacité et ce message est difficile à faire passer dans un secteur où les humains travaillent avec et pour l'humain. L'aspect politique du projet n'est pas non plus à sous-estimer : l'HRC dispose d'une certaine autonomie mais n'est pas libre de faire selon la volonté de chacun. Les deux cantons ont aussi leur mot à dire.

Le monde des soins demeure complexe en raison du nombre d'acteurs impliqués. Pourtant, nous avons aujourd'hui la chance de marquer l'histoire de notre région en ouvrant un hôpital moderne dans lequel toutes les conditions seront réunies pour que chacun puisse considérer ce projet comme une réussite. Il faudra toutefois faire preuve de tolérance et de souplesse, car déménager de nos petits sites avec un fonctionnement à la carte et se retrouver sur un site unique avec des règles uniformes provoquera des difficultés et des tensions. Nous avons simplement à en être conscients afin de parvenir à les surmonter. C'est pourquoi l'ouverture prochaine du Centre Hospitalier de Rennaz me rend aujourd'hui positive et enthousiaste.

Emilie Brigante, infirmière-chef
du Service de chirurgie de l'Hôpital
Riviera-Chablais Vaud-Valais

AI	Assurance-invalidité		d'intérêt public
AP-DRG	<i>All Patient-Diagnosis Related Groups</i>	MHS	Médecine hautement spécialisée
ARASAPE	Association régionale d'action sociale pour le district d'Aigle et le Pays-d'Enhaut	NOPS	Nouvelles orientations des politiques sanitaires (vaudoises)
ASCOR	Association de Soins coordonnés de la Riviera	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ASHUR	Association de soutien à l'hôpital unique de la Riviera	OFS	Office fédéral de la statistique
CCT	Convention collective de travail	OIDC	Organisme intercantonal de développement du Chablais
CEtab	Conseil d'établissement de l'HRC	OMS	Organisation mondiale de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois	ORL	Oto-rhino-laryngologie
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (aussi Suva)	PIB	Produit intérieur brut
		RA	Rapport annuel / Rapport d'activité
Copil	Comité de pilotage	RSC	Réseau de soins coordonnés (Riviera)
CTR	Centre de traitements et de réadaptation	RSHL	Réseau Santé Haut-Léman
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>	RSV	Réseau Santé Valais
EBM	<i>Evidence-based medicine</i>	SEPHL	Société d'Équipements publics du Haut-Léman SA
EMPD	Exposé des motifs et projet de décret	SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
EMS	Établissement médico-social	SSP	Service de la santé publique
EPFL	École polytechnique fédérale de Lausanne	TarMed	Tarification médicale suisse
EPFZ	École polytechnique fédérale de Zurich	VD	Vaud (Canton de)
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois (anciennement le GHRV)	VMCV	Transports publics Vevey-Montreux-Chillon-Villeneuve
		VS	Valais (Canton du)
FMH	Foederatio medicorum helveticorum (Fédération des médecins suisses)		
FNS	Fonds national suisse de la recherche scientifique		
FSC	Fédération de soins du Chablais		
GEHVAL	Groupement des établissements hospitaliers du Valais (disparaît avec la création du RSV)		
GHRV	Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (devient la FHV)		
HDC	Hôpital du Chablais		
HES	Hautes écoles spécialisées		
HR	Hôpital Riviera		
HRC	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais		
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève		
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents		
LPFES	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires		

Sources inédites

Archives cantonales vaudoises PP 465/1207 Sully, construction hôpital de la Riviera. Projet abandonné (1990-1996).

Archives de l'État du Valais Divers documents concernant l'Hôpital de Monthey et l'Hôpital du Chablais dans le fonds d'archives du service de la santé publique 5710:
5710-4, 5.2.6. Planification, budgets et plans de l'hôpital de Monthey (1985-1990).
5710-2002/19, 2.133. Finances. Hôpital de Monthey (1994-1996).
5710-2003/41, 2.415. Finances. Hôpital du Chablais, site de Monthey (1997).
5710-1997/58, 3.69. Planification sanitaire. Commission de Planification I-II-III (1990).

Archives du service de la santé publique du Canton de Vaud (Archives SSP VD) Classeurs:
« 3,95 »,
« 3 Montreux NHZ »,
« Baugy, Sully, Hôp de Montreux »,
« COPIL HUR »,
« Hôpital Sully »,
« Hôpital de Sully »,
« Hôpital de Sully PV »,
« Hôpital de Sully, PVCC-1991 »,
« Hôpital de Sully, courrier »,
« Sully courrier 1991-1995, État de service »
« Sully courrier 1994 »,
« hôpital unique Riviera »,
« Sully divers ».

Cartons:
« HRC [2013-2015] »
« HRC C-2013-072 ».

Documents:
Antares Consulting, *Définition du programme des besoins pour le Centre Hospitalier de l'Est. Proposition de collaboration*, 27 août 2003.
Antares Consulting, *HRC Projet pour la définition du cahier des charges et programme des locaux*, 11 janvier 2005.
Boillat, Pierre, *Hôpital intercantonal Riviera-Chablais. Structure de droit public ou structure de droit privé – avantages et inconvénients*, [décembre 2005].
Comité de pilotage Hôpital Riviera-Chablais, *Études complémentaires sur la réorganisation hospitalière de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan. Synthèse du rapport*, 6 novembre 2006.
Comité de pilotage HRC, *Études complémentaires sur la réorganisation hospitalière de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan. Synthèse du rapport*, 6 novembre 2006.
Comité de pilotage HRC, *HRC – Cadre général*, 13 décembre 2006.
Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan*, 19 novembre 2002.
Groupe de travail « Recherche de site HRC », *Rapport complémentaire « Albatros »*, 7 juillet 2004.
Itten + Brechbühl AG, Berne, *Évaluation des potentiels des sites de l'Hôpital du Chablais. Examen des sites spécifiques d'Aigle et de Monthey*, juin 2000.

Archives du service de la santé publique du Canton du Valais (Archives SSP VS) Classeurs:
« Historique/Transparents »,
« Projet création hôpital unique – Démarches et résultats »,
« Projet création hôpital unique – Présentation des terrains ».

Cartons:
« 7.3, Historique, Hôpital de Monthey 1910-1990, Clinique St-Amé 1901-1990, Hôpital de Martigny 1907-1998 »,
« Hôpital Chablais 1997-1998 »,
« Hôpital Chablais 1998-1999 ».

Documents:
Burgener, Thomas, conseiller d'État, *Présentation à la commission de santé, affaires sociales, intégration*, 6 janvier 2009.
Canton du Valais, Service de la santé publique, *Planification hospitalière, rapport préliminaire*, juillet-novembre 1966.
Rapport du Groupe de travail « Recherche de site HRC », Rapport OFS, Rapport EPFL, *Projet confidentiel*, novembre 2002 (état au 8 novembre 2002).

Archives de l'Hôpital Riviera Mottex (Archives HR Mottex) Classeurs:
« AG Providence », « COPIL HUR »,
« fusion Providence-Riviera »,
« Hôpital Riviera: Conseil de Fondation 1999 »,
« Procès-Verbaux du Comité exécutif, Hôpital Riviera ».

Archives de l'Hôpital Riviera Vevey Samaritain (Archives HR Vevey Samaritain) Classeurs:
« Règlements »,
« Hôpital Riviera: Comité exécutif 2008 ».

Documents:
Procès-verbaux du Conseil d'établissement de l'Hôpital Riviera-Chablais, 2009-2017 (format papier jusqu'à 2012, puis uniquement en pdf).

Archives de l'Hôpital du Chablais (Archives HDC Aigle) Classeurs:
« Association des Amis de l'HDC 1998, 1999 »,
« collaboration Vaud-Valais »,
« divers fin Hôpital d'Aigle, 1985-1999 »,
« Documents 10^e anniversaire de la Convention Vaud-Valais »,
« Hôpital du Chablais: Santé publique, Vaud, 2000 »,
« Les Amis de l'HDC-Le 29 août 2002, Hôpital unique Chablais-Riviera. Pourquoi? ».

Cartons:
« Divers rapports: Synthèse des arguments pour un seul monosite Riviera-Chablais ».

Chemises:
« Décret RSV », « Grille salariale Chablais », « Historique »,
« Synthèse des ateliers de travail. Rapprochement HDC-HR. Sous la conduite d'O. Girardin. Août 2006 ».

Documents:
« Accord de collaboration Hôpital Riviera-Hôpital du Chablais », lettre du 20 janvier 2004 adressée par Antoine Lattion, Pierre Loison, Daniel Schmutz et Jean-François Brunet aux conseillers d'État Th. Burgener et Ch.-L. Rochat.
Antares Consulting, *Définition du programme des locaux de l'HRC. Modèle d'hôpital*, 2005, p. 18.
« Journée de réflexion du 20 juillet 2000 », Hôpital du Chablais, Note du Comité de direction datée du 18 août 2000.

« Hôpital du Chablais », lettre datée du 21 août 2002 signée par Michel Renaud et Jean-Paul Duroux et adressée à Pierre Boillat, président du Groupe de travail « Recherche de site HRC ».

« Mandat Groupe de coordination HDC-HR », 9 mai 2007.

« Protocole d'accord entre l'Hôpital Riviera et l'Hôpital du Chablais », signé à Aigle le 20 janvier 2004 par Antoine Lattion, Pierre Loison, Daniel Schmutz et Jean-François Brunet.

« Rapport de B+C Ingénieurs SA « Hôpital du Chablais: Projet de création d'un hôpital sur site unique, dossier de présentation des sites potentiels », Aigle, mai 2001.

« Résolution à l'attention du Groupe de travail « Recherche de site HRC VD et VS », du 20 août 2002, signée par 26 députés du Chablais.

Sources publiées

Rapports annuels et publications des hôpitaux

Rapports annuels de l'Hôpital d'Aigle (1965-1997).

Rapports annuels de l'Hôpital du Chablais (1999-2010).

Rapports annuels de l'Hôpital de Mottex (1966-1996).

Rapports annuels de l'Hôpital de la Providence (1976-1996).

Rapports annuels de l'Hôpital Riviera (1998-2007).

Rapports annuels des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais (2011-2013).

Rapports annuels de l'Hôpital Riviera-Chablais (2013-2017).

Rapports annuels de l'Hôpital du Samaritain (1966-1996).

Entre Nous. Journal interne du personnel des Hôpitaux de la Riviera et du Chablais (parution annuelle), no 1-3 (2007-2010).

Hôpinfo, Bulletin annuel d'information des Amis de l'Hôpital du Chablais, no 1-7 (1998-2004).

Hôpinfo, Bulletin annuel d'information des Amis de l'Hôpital Riviera-Chablais, no 8-17 (2005-2014).

HRC INFO. Le journal interne de l'Hôpital Riviera-Chablais (parution semestrielle), no 1-6 (2014-2017).

Séquoia, journal de l'Hôpital Riviera-Chablais (parution semestrielle), no 1-4 (2015-2016).

Messages, EMPD, rapports

Bulletin du Grand Conseil vaudois, *Projet de décret accordant à l'Association de l'Hôpital de Montreux la garantie des emprunts contractés et la prise en charge du service de la dette pour financer divers aménagements dans ses bâtiments*, séance du 9 septembre 1981.

Bulletin du Grand Conseil, *Exposé des motifs et projet de décret accordant à la Fondation de l'Hôpital du Samaritain, à Vevey, et à l'Association de l'Hôpital de Montreux la garantie des emprunts contractés et la prise en charge du service de la dette pour financer divers travaux*, Séance du 9 septembre 1981.

Canton du Valais, *Décret sur le Réseau Santé Valais du 1^{er} février 2002*.

Canton du Valais, *Décret sur le Réseau Santé Valais du 4 septembre 2003*.

Canton du Valais, *Message accompagnant le projet de décision portant sur le cautionnement de l'État du Valais pour le financement de l'emprunt bancaire de CHF 73,375 millions contracté par l'Établissement intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais pour financer la construction du site de soins*

aigus de Rennaz et la transformation en Centres de traitement et de réadaptation, antennes médico-chirurgicales et centres de dialyse des bâtiments hospitaliers de Monthey et du Samaritain à Vevey, [janvier. 2012].

Canton du Valais, *Message accompagnant le projet de loi d'adhésion à la Convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais et le projet de décision portant sur le cautionnement de l'État du Valais pour le financement du concours d'architecture et les études détaillées relatives à la construction de l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais sur le site de Rennaz*, [décembre 2008-février 2009].

Canton du Valais, *Message accompagnant le projet de décret sur le Réseau Santé Valais*, 5 septembre 2001.

Canton du Valais, *Message accompagnant le projet de décret sur le Réseau Santé Valais (révision du décret du 1^{er} février 2002)*, 16 avril 2003.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, SSP, *Concept hospitalier 2004*, janvier 2004.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *Évolution et perspectives du système de santé*, octobre 1998.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *Projet de lignes directrices de planification hospitalière et sanitaire, messages d'accompagnement*, février 2000.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière des années 90 vers le XXI^e siècle*, février 1999.

Canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur sa politique sanitaire 1999-2008, Des bases solides pour le XXI^e siècle*, décembre 2008.

Canton de Vaud, *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur le Plan hospitalier cantonal vaudois*, 38 (R.7/66), automne 1966.

Canton de Vaud, *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique sanitaire*, mars 2004.

Canton de Vaud, EMPD *autorisant le Conseil d'État à adhérer à la Convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais et accordant la garantie de l'État de Vaud à l'Établissement intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais pour l'emprunt bancaire de CHF 16,125 millions contracté pour financer le concours d'architecture et les études détaillées relatives à la construction de l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais sur le site de Rennaz et réponse du Conseil d'État à l'interpellation Pierre Rochat et consorts concernant l'avenir des établissements sanitaires privés d'intérêt public*, [décembre 2008].

Canton de Vaud, EMPD *accordant la garantie de l'État de Vaud à l'Établissement intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais pour l'emprunt bancaire de CHF 220,125 millions contracté pour financer la construction du site de soins aigus de Rennaz et la transformation en Centres de traitement et de réadaptation, antennes médico-chirurgicales et centres de dialyse des bâtiments hospitaliers de Monthey et du Samaritain à Vevey, et accordant au Conseil d'État un crédit d'études de CHF 1,2 million pour financer les études relatives aux aménagements routiers et aux transports publics*

en relation avec l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, [janvier 2012].

Cap Gemini Ernst & Young, *Étude de divers scenarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais. Rapport final – octobre 2000.*

Eco-santé OCDE, *Évolution de l'offre en lits de quelques pays européens de 1980 à 2002 (nombre de lits/1000 habitants)*, 2003.

Évaluation de l'impact de la transformation du système hospitalier sur la qualité des soins dans le canton du Valais. Rapport préparé dans le cadre d'un mandat confié par l'État du Valais à l'IUMSP. Rapport final, Lausanne, septembre 2006.

Gilliand Pierre, canton du Valais, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie *Evolution et perspectives du système de santé*, octobre 1998.

Législation genevoise, *Règlement sur la passation des marchés publics, Tableau historique*, 17 décembre 2007.

Office fédéral de la statistique *Évolution des indices des coûts de la santé publique et du Produit intérieur brut (PIB), 1995-2000*, Neuchâtel (en ligne).

Préavis municipal n° 17/92, mise à disposition des terrains destinés à la construction du futur Hôpital de Sully, Site web de la commune de Blonay

Roth Sacha, Pellegrini Sonia, *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?* Observatoire suisse de la santé – OBSAN, Rapport 68, 2015.

Communiqués de presse
(par ordre chronologique)

« Un seul hôpital de soins aigus pour la région Riviera-Chablais ? Les cantons de Vaud et du Valais consultent leurs partenaires avant d'ouvrir la discussion », communiqué de presse de l'État du Valais et de l'État de Vaud, 10 octobre 2000.

« HRC. Les Conseillers d'État Thomas Burgener et Pierre-Yves Maillard rencontrent le Comité de pilotage du futur hôpital », communiqué de presse des chefs des Départements vaudois et valaisan de la santé, Lausanne et Sion, 11 mai 2005.

« Statut juridique du futur HRC. L'Hôpital Riviera s'oppose au choix des Conseils d'État vaudois et valaisan », communiqué de presse de l'Hôpital Riviera, Vevey, 8 mai 2008.

« Nouvelle route entre Rennaz et les Evouettes. La route transchablaisienne (H144) ouvre ses portes au public », communiqué pour les médias de l'État de Vaud et de l'État du Valais, 26 septembre 2012.

« Décision du Tribunal cantonal vaudois. L'Hôpital relativise la gravité des erreurs », communiqué de presse, 28 août 2014.

« HRC, Vaud-Valais. Le Tribunal cantonal vaudois annule la décision d'attribution des travaux de construction », communiqué de presse du Tribunal cantonal vaudois, Lausanne, 28 août 2014.

« HRC. Pas de recours suite à l'adjudication d'un nouveau lot. La construction du futur hôpital peut démarrer », communiqué de presse du Président du Conseil d'établissement et de la Commission de construction Marc-E. Diserens, 27 février 2015.

« Arrêt du 4 septembre 2015 du Tribunal fédéral. HRC: adjudications des travaux à Steiner SA confirmée », communiqué de presse du Tribunal fédéral, Lausanne, 11 septembre 2015.

« Deux questions à Pierre Loison, président du comité de l'Espace Santé Rennaz », communiqué de presse de l'HRC, 20 décembre 2016.

Articles de journaux
et de revues

« Extension de la ligne VMCV 201 de Villeneuve jusqu'à l'HRC », communiqué de presse du Conseil d'État vaudois, Lausanne, 30 mai 2017.

A.E., « Vers la création d'un service de pédiatrie [gériatrie] à l'Hôpital de Monthey », *le Nouvelliste*, 17 mars 1976, p. 17.

Berger Jean-Pierre, « Le concept du réseau de soins coordonnés de la Riviera », *Revue médicale de la Suisse romande*, 113, 1993, pp 725-731.

Béda Claude, « Des trolleybus sans ligne de contact jusqu'à Rennaz », *24 Heures*, 31 mai 2017 (en ligne).

Béda Claude, « Le futur HRC sort de terre », *24 Heures*, 19 juin 2015 (en ligne).

Berreau Gilles, « Les Chablaisiennes accoucheront à Aigle ! », *Le Nouvelliste*, 29 mai 1998 (en ligne).

Berreau Gilles, « Hôpital excentré à Rennaz ? », *Le Nouvelliste*, 17 décembre 2002, p. 16.

Berreau Gilles, « L'Hôpital construit à Rennaz ? », *Le Nouvelliste*, 25 juillet 2002, p. 12.

Berreau Gilles, « Rennaz ne fait pas l'unanimité », *Le Nouvelliste*, 17 décembre 2002, p. 1.

Boillat Christophe, « La « carcasse » de l'hôpital unique est achevée », *24 Heures*, 19 juin 2017 (en ligne).

Boillat, Christophe, « La H144 sert déjà de modèle en matière d'environnement », *24 Heures*, 7 avril 2017 (en ligne).

Boillat Christophe, « La population du village de Rennaz va doubler », *24 Heures*, 13 novembre 2015 (en ligne).

Boillat Christophe, « Villeneuve refuse le tracé du bus par les Remparts », *24 Heures*, 8 avril 2018 (en ligne).

Busslinger Laurent, « Vaud et Valais se donnent dix ans pour se doter d'un hôpital commun », *Le Temps*, 12 octobre 2001 (en ligne).

« Carnets des concours », Ingénieurs et architectes suisses N° 5, 24 février 1988, p. 1.

Chappuis Guy-Olivier, « Les élus veveysans égratignent le futur hôpital de la Riviera », *24 Heures*, 30 au 31 janvier 1993, p. 16.

Chappuis Guy-Oliver, « Le projet d'hôpital unique de la Riviera en panne à Vevey », *24 Heures*, 5 avril 1993, p. 5.

Chiffelle Pierre, « L'Hôpital de Sully : trop de malaise à dissiper », *L'Est vaudois*, 18 mars 1993, p. 3.

Delpino Nestor, « Six oppositions contre le site de l'hôpital de Rennaz », *24 Heures*, 27 novembre 2012 (en ligne).

Di Matteo Karim, « Bal de grues autour de l'Hôpital Riviera-Chablais », *24 Heures*, 22 septembre 2016, p. 21.

Di Matteo Karim, « L'Hôpital Riviera-Chablais fonce à vive allure et sur plusieurs fronts », *24 Heures*, 22 septembre 2016, p. 21.

Di Matteo Karim, « Un premier forum sur les marchés publics », *24 Heures*, 28 août 2015 (en ligne).

Dubois Bernard, « Le Conseil communal de Montreux dit oui au futur hôpital régional de la Riviera », *24 Heures*, 28 janvier 1993, p. 25.

Dubois Claudine, « La barrière du Rhône est tombée entre les hôpitaux d'Aigle et de Monthey », *24 Heures*, 8 octobre 1997, p. 33.

« Espace Santé Rennaz. Une offre complémentaire à proximité de l'hôpital », *Le Journal de l'HRC/Le Régional*, octobre 2017, p. 10.

Faiss Joakim, « Aigle en première ligne », *Le Nouvelliste*, 11 octobre 2000 (en ligne).
Faiss Joakim, « La rogne du personnel » in *Le Nouvelliste*, 4 février 2000, p. 14.
F.GN, « L'hôpital de Rennaz a franchi une étape », *24 Heures*, 23 janvier 2015 (en ligne).
Feuz Corinne, « Hôpital unique : quatre sites retenus », *24 Heures*, 14 juin 2001 (en ligne).
Giampetruzzi Sandra, « L'HRC prend forme. Rennaz. Le PAC du futur hôpital est en consultation publique jusqu'au 1^{er} novembre », *Le Régional*, 11 octobre 2012 (en ligne).
Leyvraz Pierre-François, « Qualité et efficience : deux composantes majeures de l'image de notre Hôpital, *Rapport d'activité 1996 de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande*, p. 4.
L.J, « Blonay et le futur Hôpital de Sully : un dinosaure bête et inadapté ? », *L'Est vaudois*, 10 décembre 1992, p. 5.
Mancelle Anne « Une première sur la Riviera vaudoise : un hôpital unique multisite dès 1998 », *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 19 avril 1996, p. 25.
Miserez Marc-André, « Une tour posée sur un plateau », *L'Est Vaudois*, 6 juin 1992, p. 5.
Modoux François, « Le directeur de l'hôpital s'engage à mieux dialoguer », *24 Heures*, 21 février. 2015 (en ligne).
Pittet Danièle, « Hôpitaux de la Riviera : projet pilote », *Riviera : Vevey Montreux*, 19 décembre 1990, p. 1.
P. M., « Où sera construit le futur centre hospitalier intercantonal ? Députés chablaisiens au créneau », *La Presse Riviera-Chablais*, 23 août 2002 (en ligne).
Rapaz Jean-Marc, « Aigle, berceau d'un petit CHUV ? », *24 Heures*, 11 octobre. 2000, pp. 1 et 17.
« Quatre sites choisis », *Le Nouvelliste*, 15 juin 2001, p. 1.
Rausis, Olivier, « Chablais. Les députés au front », *Le Nouvelliste*, 23 août 2002, p. 9.
Wahli Di Matteo Flavienne, « Près de 100 pros de la santé réunis sous le même toit », *24 Heures*, 20 au 21 février 2016 (en ligne).

Entretiens

Jean-François Brunet, 9 janvier 2017.
Jean-Pierre Butty, 9 janvier 2017.
Ernest Cardis, 5 avril 2017.
Philippe Collet, 9 janvier 2017.
Benoît Delaloye, 18 mai 2017.
Marc-Étienne Diserens, 12 décembre 2016.
Georges Dupuis, 12 décembre 2016.
Olivier Girardin, 12 décembre 2016.
Jean-Paul Jotterand, 5 avril 2017.
Antoine Lattion, 5 avril 2017.
Pierre Loison, 9 janvier 2017.
Jean-Pierre Müller, 9 janvier 2017.
Étienne Rivier, 11 mai 2017.
Pascal Rubin, 25 avril 2017.
Daniel Schmutz, 3 avril 2017.
Denis Sulliger, 5 avril 2017.

Littérature secondaire

Donzé Pierre-Yves, *Du Lobbying au partenariat : La Fédération des Hôpitaux vaudois (1903-2003)* (Montreux 2004).
Donzé Pierre-Yves, *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande* (Neuchâtel 2017).
Kaba Mariama, *Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (XVIII^e–XXI^e siècle)* (Lausanne 2018).
Vouilloz-Burnier Marie-France & Barras Vincent, *De l'Hospice au Réseau santé, Santé publique et système hospitalier valaisans XIX^e–XX^e siècles* (Sierre 2004).
Vouilloz-Burnier Marie-France, *Le Financement des hôpitaux valaisans au XX^e siècle* (Sion 2006).

		Crédits	
p. 21	Hôpital Riviera-Chablais.	p. 51, haut	Photomontage : Mac espace,
p. 29, haut	Carte postale, Édition Art. Perrochet & Phototypie S.A.Lausanne, collection privée.		Michel Hermenjat, Pierre-Alain Bruegger, Sylvain Desfranes.
p. 29, bas	Photo : Lucien Oberlin Photo Hall, Hôpital Riviera-Chablais.	p. 51, bas	Photo : Viviane Nussbaumer, 24 Heures du 6-7-8 juin 1992, p. 16.
p. 30, haut	Photo : auteur inconnu, Hôpital Riviera-Chablais.	p. 57	Photo : Dominique Müller, L'Est Vaudois du 25 mars 1993, page de titre.
p. 30, bas	Carte postale, « Blonay-Pavillon de Mottex », Édition Guggenheim&Co Zurich, Archives communales de Blonay.	p. 71, haut	Carte postale, « Hôpital du district de Monthey, vue aérienne », Luftbild Alpar, Bern, Verlag O. Wyrsh, Wabern b. Bern, collection : Vincent Franzen.
p. 33, haut	Vue aérienne de Vevey, 15 mai 1968 (détail), Musée historique de Vevey.	p. 71, bas	Brochure « 1867-1967, cent années hospitalières » (sans date ni éditeur), Archives de la commune d'Aigle.
p. 33, bas	Photo : auteur inconnu, Archives de Montreux, AM 0867.1.	p. 72, haut	Brochure « 1867-1967, cent années hospitalières » (sans date ni éditeur), Archives de la commune d'Aigle.
p. 36, haut	Photo : Studio reportage, Edouard Curchod, Vevey, Hôpital Riviera-Chablais.	p. 83	Photo : Dominique Müller, Presse Riviera Chablais, 26 août 1997, page de titre.
p. 36, bas	Photo : auteur inconnu, Rapport annuel du Samaritain 1991, p. 20.	p. 86, haut	Tamedia Publications/Andrée-Noëlle Pot, 24 Heures du 8 octobre 1997, page de titre.
p. 40	Photo : Germond, L'Est vaudois du 10 février 1988, p. 3.	p. 86, bas	Hôpital Riviera Chablais.
p. 48	Carte postale, « Pavillon de Mottex », cliché des Éditions SEAL,Rob. E. Chappallaz, Lausanne, Archives de la commune de Blonay.	pp. 106–315	Hôpital Riviera Chablais.
		p. 83	Photo : Sandra Culand.
		Tous droits réservés sur les illustrations sans nom d’auteur au profit des ayants droit qui n’ont pas pu être identifiés.	

Les Éditions BHMS publient trois collections (Bibliothèque d’histoire de la médecine et de la santé, Sources en perspective et Hors-série) qui éditent des travaux, essais et documents relatifs à l’histoire de la médecine et des sciences de la vie, de l’Antiquité à l’époque contemporaine. Les Éditions BHMS entendent ainsi encourager un dialogue interdisciplinaire et transversal entre sciences humaines, médecine et sciences du vivant. Ses publications, expertisées par des spécialistes internationalement reconnus, s’adressent aussi bien aux chercheurs, universitaires et professionnels concernés, qu’à un public élargi, soucieux d’alimenter sa réflexion sur les questions les plus actuelles à partir d’études et de documents tirés du passé.

Direction
Vincent Barras

Pour contacter la Rédaction, pour proposer des manuscrits à éditer :

Rédaction
Éditions BHMS
c/o
Institut des humanités en médecine
CHUV
Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
bhms@chuv.ch
www.chuv.ch/bhms

Éditions BHMS
Bibliothèque d’histoire de la médecine et de la santé
Visages. Histoires, représentations, créations, L. Guido, M. Hennard Dutheil de la Rochère, B. Maire, F. Panese et N. Roelens (dir.), XXII et 410 p., 2017
Les mots du corps. Expérience de la maladie dans les lettres de patients à un médecin du XVIII ^e siècle : Samuel Auguste Tissot, S. Pilloud avec une préface d’O. Faure, XVIII et 374 p., 2013
Le compas & le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif : l’exemple vaudois (1760–1940), D. Lüthi avec une préface d’A.-M. Châtelet, XXII et 548 p., 2012
Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin texts and contexts in ancient and medieval medicine, D. Langslow & B. Maire (éd.), XVIII et 404 p., 2010
Anatomie d’une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876 – 1920), Ph. Rieder, XII et 392 p., 2009, en co-édition avec Médecine & Hygiène
Le Style des gestes. Corporéité et kinésie dans le récit littéraire, G. Bolens avec une préface d’A. Berthoz, XIV et 156 p., 2008
La médecine dans l’Antiquité grecque et romaine, H. King et V. Dasen, XII et 130 p., 2008
L’ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960), P.-Y. Donzé avec un avant-propos de J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007
« Medicina, soror philosophiae ». Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975–2005), Ph. Mudry, XXIV et 544 p., 2006, B. Maire (éd.), Préface de J. Pigeaud,
Bâtir, gérer, soigner – Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande, P.-Y. Donzé, 388 p., 2003
Visions du rêve, V. Barras (dir.), J. Gasser, Ph. Junod, Ph. Kaenel et O. Mottaz, 288 p., 2002
Rejetées, rebelles, mal adaptées – Débat sur l’eugénisme – Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX ^e siècle, G. Heller, G. Jeanmonod et J. Gasser, 480 p., 2002
Médecins voyageurs – Théorie et pratique du voyage médical au début du XIX ^e siècle, D. Vaj, 348 p., 2002
La médecine à Genève jusqu’à la fin du XVIII ^e siècle, L. Gautier, 746 p., 1906. Réédition avec une préface

de J. Starobinski et une introduction de V. Barras et M. Louis-Courvoisier, 2001
L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750–1815 – Politique, institutions et savoirs, O. Keel, 544 p., 2001
Soigner et consoler – La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l’Ancien Régime (Genève 1750–1820), M. Louis-Courvoisier, 336 p., 2000

Sources en perspective

Le Recueil des vertus de la médecine ancienne de Maqari. La médecine gréco-arabe en Mauritanie contemporaine, B. Graz, V. Barras, A.-M. Moulin et C. Fortier
L’Usage du sexe. Lettres au Dr Tissot, auteur de « L’Onanisme » (1760), essai historiographique et texte transcrit par P. Singy, X et 278 p., 2014
Samuel Auguste Tissot, De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine, édité par M. Nicoli avec une introduction de D. Tosato-Rigo et M. Nicoli, LXX et 160 p., 2009
Gabriel Tarde, « Sur le sommeil. Ou plutôt sur les rêves ». Et autres textes inédits, édités par J. Carroy et L. Salmon, VIII et 228 p., 2009
Se soigner par les plantes. Les « Remèdes » de Gargile Martial, édité par B. Maire avec un avant-propos de K. Hostettmann et dossier iconographique par M. Fuchs, XXXVI et 136 p., 2007

Collection Essais & documents

La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l’école cantonale vaudoise d’infirmières et d’infirmiers en psychiatrie 1961–1996 (ECVIP), J. Pedroletti, VIII et 231 p., 2004

Hors-série

Une histoire de l’orthopédie. L’hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (XVIII^e–XXI^e siècle), M. Kaba, XVIII et 130 p., 2018
La Maternité de Lausanne. Un patrimoine pour la vie, R. Fuschetto (dir.), 112 p., 2017
75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique, T. Garibian, XVIII et 130 p., 2015
Anatomies. De Vésale au virtuel, V. Barras (éd.), 104 p., 2014
Migration et système de santé vaudois, du XIX^e siècle à nos jours, T. Garibian & V. Barras, XVI et 72 p., 2012

L’Hôpital de l’enfance de Lausanne. Histoire d’une institution pionnière de la pédiatrie suisse, M. Tavera & V. Barras, XII et 188 p., 2011

Cartes_BHMS

Fleurs animées & Flore médicale, Douze cartes A5 (15 x 21 cm), cartes_BHMS 1, 2012

Ebook et base de données

L’Imprimé scientifique. Enjeux matériels et intellectuels, M. Nicoli (éd.), X et 186 p., eBook-BHMS_3, 2014
Archives du corps et de la santé au XVIII^e siècle : les lettres de patients au Dr Samuel Auguste Tissot (1728–1797), S. Pilloud, M. Louis-Courvoisier et V. Barras, base de données en ligne: www.chuv.ch/iuhmsp/ihm_bhms, Série Sources en perspective
Documenter l’histoire de la santé et de la maladie au siècle des Lumières : les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728–1797), S. Pilloud, 50 p., eBook-BHMS_2, 2013, Série Sources en perspective
Maladies en lettres, XVII^e – XXI^e siècles, V. Barras et M. Dinges (éd.), 270 p., eBook-BHMS_1, 2013, Série Bibliothèque d’histoire de la médecine et de la santé

À paraître

Le mouvement peut-il guérir ? Les usages médicaux de la gymnastique au XIX^e siècle, G. Quin, 300 p., Série « BHMS »
Histoire de la Société suisse d’orthopédie et de traumatologie, M. Kaba, Série «Hors-série»
Comptes rendus de C. G. Jung, édités et traduits par F. Serina, 150 p., Série « Sources en perspective »
Écrits d’histoire de la médecine et des sciences, Roseline Rey, édités par V. Barras et A. Rey, Série «BHMS»

BHMS
Institut des humanités en médecine
CHUV
Bugnon 46
CH-1011 Lausanne

Adresse électronique
bhms@chuv.ch

Site internet
www.chuv.ch/bhms

Promotion et diffusion
Médecine & Hygiène/
Georg

Auteures
Mariama Kaba
est docteure en histoire. Elle est l’auteure de nombreuses publications sur l’histoire du handicap, de la médecine et de la santé. Alexia Cochand, historienne, termine une thèse d’histoire de la médecine sur la transplantation d’organes en Suisse.

Coordination éditoriale
Alain Berset

Relecture
Mylène Pétremand

Conception graphique et mise en page
Eva Rittmeyer
Réalisation
Cécile Nanjoud

Impression et photolithographie
Courvoisier-Attinger Arts Graphiques SA

Reliure
Buchbinderei Schlatter AG

Police de caractères
Sabon pro LT

Papiers
Gmund color
Lessebo rough

© 2019 éditions BHMS

Tous droits de reproduction
du texte et des illustrations,
par quelque procédé que ce
soit, réservés pour tout pays.

Achevé d'imprimer
à Bienne en avril 2019

Dépôt légal: mai 2019
Isbn: 978-2-940527-06-9
Issn: 1664-9915