

Groupe de travail  
"Recherche de site Hôpital Riviera-Chablais VD/VS"

# Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan



DEPARTEMENTS DE LA SANTE  
SERVICES DE LA SANTE PUBLIQUE VS et VD

**19 Novembre 2002**

**Conclusions et  
propositions, page 31**

## Résumé

Le 8 octobre 2001, les Gouvernements vaudois et valaisan avaient adopté une déclaration commune en faveur d'une collaboration accrue en matière d'hospitalisation dans la région Riviera, Chablais vaudois et Chablais valaisan. Ils avaient opté en faveur de la réalisation d'un Centre hospitalier intercantonal, financé conjointement, sur un nouveau site au cœur de cette région. Ils s'étaient engagés à mandater un Groupe de travail sous la conduite d'un expert neutre pour définir le lieu idéal d'implantation du Centre hospitalier et la procédure à suivre pour assurer cette réalisation commune dans un délai de 10 ans. Le Groupe de travail a été constitué avec des représentants des hôpitaux, des régions et des services cantonaux de la santé publique. Il a été placé sous la présidence de l'avocat et ancien ministre jurassien Pierre Boillat. Au cours de ses travaux, le Groupe a acquis la conviction de la nécessité de réaliser un nouvel hôpital monosite comportant 300 lits de soins aigus.

Pour définir l'emplacement idéal du futur Centre hospitalier, le Groupe s'est appuyé sur les expertises neutres de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL). Dans un premier temps, l'analyse de l'OFS a permis de situer le périmètre géographique à l'intérieur duquel il convenait de rechercher des terrains potentiels en minimisant le temps d'accès pour l'ensemble de la population concernée. Quatre sites ont ainsi pu être identifiés aux alentours de Villeneuve et Veytaux et un sur les hauts de Montreux. Avec l'appui des experts de l'EPFL, le Groupe a ensuite effectué une analyse multicritère sur ces cinq terrains. Il a également analysé trois autres terrains situés dans ce périmètre et un à Aigle. C'est finalement «La Grange des Tilles», propriété de la Commune de Montreux à Rennaz, qui a obtenu le meilleur score avec une avance très nette sur les autres sites analysés.

S'agissant de la suite des opérations, le Groupe de travail recommande de conduire les travaux de manière à permettre une réalisation aussi rapide que possible. Celle-ci permettra en effet un accroissement du nombre et surtout de la qualité des prestations hospitalières à disposition des habitants de la région. Par ailleurs, l'investissement à consentir pour un nouvel hôpital (environ 200 millions de fr.) ne représente que deux fois son coût d'exploitation annuel, et l'exploitation d'un hôpital monosite permettra de générer des économies substantielles par rapport à l'exploitation actuelle répartie sur quatre sites de soins aigus. Les opérations devraient être conduites par un Groupe de pilotage désigné par les deux Gouvernements qui auraient également pour tâche d'organiser les structures de proximité qui devront subsister en plus du Centre hospitalier pour assurer une prise en charge optimale de la population.

# Table des matières

1.	Introduction	4
2.	Déclaration commune des Gouvernements vaudois et valaisan, du 8 octobre 2001	5
3.	Composition du Groupe de travail et mandat	6
3.1	Composition du Groupe de travail	6
3.2	Mandat du Groupe de travail	7
4.	L'Hôpital Riviera-Chablais VS et VD dans le contexte des restructurations	8
4.1	Approche vaudoise	8
4.2	Approche valaisanne	9
4.3	Raisons d'un hôpital unique de 300 lits pour Riviera-Chablais VS et VD	9
4.4	Consensus sur l'hôpital unique	13
5.	Travaux du Groupe de travail	14
5.1	Détermination de la zone optimale (phase 1)	14
5.1.1	<i>Démarches et prise de position du Groupe de travail</i>	14
5.1.2	<i>Résumé et conclusions du rapport de l'Office fédéral de la statistique</i>	16
5.2	Choix du site (phase 2)	18
5.2.1	<i>Superficie du terrain</i>	18
5.2.2	<i>Critères d'évaluation</i>	19
5.2.3	<i>Appel d'offres</i>	19
5.2.4	<i>Analyse des sites</i>	24
5.2.5	<i>Résumé et conclusions du rapport de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne(EPFL)</i>	25
6.	Procédure de réalisation : proposition de calendrier	29
7.	Conclusion du Groupe de travail et <b>Proposition aux Gouvernements vaudois et valaisan</b>	31

---

## Annexes

- A Travaux du Groupe de travail
- B Rapport de l'Office fédéral de la statistique (M. André Zinggeler)
- C Rapport de l'EPFL (Prof. Philippe Bovy, Jacques Hertig et Philippe Roth)



## Table des annexes

### **A Travaux du Groupe de travail**

- A1 Mandat à l'Office fédéral de la statistique et liste des communes concernées par l'étude
  - A2 Lettre aux Syndics
  - A3 Communiqué de presse du 19 juin 2002
  - A4 Lettre conjointe des cinq Municipalités
- 

### **B Rapport de l'Office fédéral de la statistique**

- B1 Rapport de l'Office fédéral de la statistique
  - B2 "Mindistance" (mode de calcul du point optimal)
  - B3 Population 1990 et 2000
  - B4 Coordonnées des points utilisés par l'Office fédéral de la statistique
  - B5 Distances entre les points utilisés par l'Office fédéral de la statistique
  - B6 Kilomètres parcourus
  - B7 Distances pour 8 points sélectionnés
  - B8 Tableau récapitulatif du rapport et 4 cartes établies PAR l'Office fédéral de la statistique
- 

### **C Rapport de l'EPFL**

- C1 Rapport de l'EPFL
- C2 Tableau des scores attribués (non pondérés et pondérés) aux sites proposés
- C3 Argumentaire pour l'attribution des scores aux sites proposés
- C4 Cartographie des sites supplémentaires
- C5 Tableau des scores attribués (non pondérés et pondérés) aux sites supplémentaires
- C6 Argumentaire pour l'attribution des scores aux sites supplémentaires



# 1. Introduction

En octobre 2001, les Conseils d'Etat des cantons de Vaud et du Valais ont signé une Déclaration commune en faveur de la réalisation d'un centre hospitalier intercantonal unique sur un nouveau site pour les régions de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan.

Cette déclaration d'intention se situe dans le prolongement de la collaboration instituée, depuis plusieurs années, en matière hospitalière, entre les deux cantons et qui trouve son origine dans la convention intercantonale du 7 octobre 1997 pour le Chablais. La mise en place d'un hôpital de soins aigus sur un seul site devrait permettre l'optimisation de l'offre en soins spécialisés dans un nouvel établissement de 300 lits pour un bassin de population de près de 150'000 habitants.

Dans la même déclaration, les deux Gouvernements s'engagent à mandater un Groupe de travail comprenant des représentants des hôpitaux, des régions et des services cantonaux :

- *pour définir le lieu d'implantation le mieux adapté du point de vue de la couverture sanitaire, des impacts socio-économiques et de l'accessibilité;*
- *pour définir la procédure à suivre pour assurer cette réalisation commune dans un délai de 10 ans.*

Cet engagement a débouché sur la constitution d'un Groupe de travail et la désignation d'un expert, dont les tâches ont été définies par mandat, le 12 décembre 2001. L'objectif général du mandat consiste à établir une liste des sites potentiels pour l'implantation de l'hôpital monosite, les analyser en fonction de critères d'évaluation précis et préalablement arrêtés et fournir un rapport avec une recommandation du site.

Le Groupe de travail a également été chargé de se prononcer sur le calendrier de mise en œuvre du projet et sur un plan d'action en vue de la réalisation de l'hôpital unique.

La séance constitutive du groupe s'est tenue le 6 février 2002. Elle a été suivie de 10 autres réunions plénières consacrées aux études, analyses et prises de décision nécessaires à l'exécution du mandat. Avec l'accord des départements cantonaux concernés, il a été fait appel à des experts en vue de régler des questions d'ordre technique.

Les membres du Groupe de travail ont exécuté leur tâche dans le seul souci de tout mettre en œuvre pour garantir à la population des deux régions concernées une égalité dans l'accès à des soins de qualité.

Une première analyse a conduit le Groupe de travail à déterminer que pour l'implantation d'un établissement de soins aigus de 300 lits sur un site unique, il faut disposer d'une surface d'au moins 70'000 m<sup>2</sup>.

L'idée même de l'hôpital unique a fait l'objet d'un examen approfondi et a évolué de manière déterminante au sein du Groupe de travail. On peut dire que cette idée a passé du stade de l'hypothèse de travail controversée à celui de solution idéale ralliant l'unanimité des suffrages.

Quant à la recherche du site, elle s'est faite en deux temps. Le Groupe de travail s'est tout d'abord appliqué à définir une zone idéale par rapport à l'accessibilité du lieu d'implantation par l'ensemble des habitants de la région en cause.

Dans la seconde phase, il a fallu déterminer des critères, auxquels les différents sites, répertoriés à la suite d'un appel d'offres, ont été confrontés. Une fois ces démarches réalisées, le Groupe de travail s'est trouvé en mesure d'arrêter les recommandations qui figurent en conclusion de ce rapport.



## 2. Déclaration commune

des gouvernements vaudois et valaisan  
en faveur d'une collaboration accrue en matière d'hospitalisation  
dans la région Riviera/Chablais vaudois/Chablais valaisan

Les deux gouvernements cantonaux, vaudois et valaisan, lors de leur séance commune du 8 octobre 2001,

vu :

- le « Deuxième rapport intermédiaire sur l'organisation hospitalière et la politique cantonale en matière de soins palliatifs » du Conseil d'Etat vaudois (septembre 2001) ;
- le « Rapport intermédiaire à l'intention du Conseil d'Etat, de la commission chargée de la révision du titre 7<sup>ème</sup> de la loi valaisanne sur la santé » (juin 2001)

constatant :

- que les deux cantons mènent parallèlement une réflexion sur une nouvelle organisation hospitalière ;
- qu'une optimisation de l'offre en soins spécialisés lourds consiste en l'implantation de centres hospitaliers de 200 à 300 lits regroupant toutes les fonctions (à l'exception de celles qui sont dévolues à un centre universitaire) pour un bassin de population d'au moins 100'000 à 150'000 habitants ;
- qu'un tel bassin de population existe dans une région située à mi-chemin entre Lausanne et Sion, si l'on tient compte de la Riviera vaudoise et du Chablais vaudois et valaisan (environ 140'000 habitants) ;
- que les deux Chablais collaborent déjà dans le cadre d'un hôpital multisite (Aigle et Monthey) ;
- que le parc actuel d'hôpitaux reconnus d'intérêt public (Aigle / Monthey / Montreux / Vevey-Samaritain) représente quatre sites au fonctionnement onéreux dont certains nécessiteront des investissements importants pour assurer la qualité et la sécurité des soins ;

optent en faveur de la réalisation d'un centre hospitalier intercantonal, financé conjointement, sur un nouveau site pour les régions de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan

et s'engagent de ce fait :

1. à mandater un groupe de travail comprenant des représentants des hôpitaux, des régions et des services cantonaux :
  - a) pour définir le lieu d'implantation le mieux adapté du point de vue de la couverture sanitaire, des impacts socio-économiques et de l'accessibilité ;
  - b) pour définir la procédure à suivre pour assurer cette réalisation commune dans un délai de 10 ans ;
2. à désigner un expert neutre (hors région et hors administrations cantonales) pour accompagner ce groupe ;
3. à restreindre au strict minimum les investissements à consentir sur les sites existants en attendant le nouveau Centre hospitalier.

La composition du groupe de travail, l'étendue du mandat et le délai de retour du rapport, qui ne devrait pas excéder 6 mois, seront annoncés par les deux chefs des Départements de santé, Messieurs les Conseillers d'Etat Thomas Burgener et Charles-Louis Rochat.



### 3. Composition du Groupe de travail et mandat

#### 3.1 Composition du Groupe de travail

<b>Président :</b>	Me Pierre	BOILLAT	Avocat à Delémont <sup>(1) (2)</sup>
<b>Chablais :</b>	M. André	BONZON	Préfet honoraire
	Dr Benoît	DELALOYE	Médecin-chef <sup>(2)</sup>
	M. Antoine	LATTION	Préfet et Président de l'HDC
	M. Pierre	LOISON	Directeur général <sup>(2)</sup>
	M. Eric	WIDMER	Vice- Président de Monthey
<b>Riviera :</b>	Dr Jean-Joseph	BOILLAT	Médecin-chef <sup>(2)</sup>
	M. Ernest	CARDIS	Syndic, St-Légier/La Chiesaz
	M. Philippe	COLLET	Président de la Direction générale <sup>(2)</sup>
	M. Pierre	SALVI	Syndic, Montreux
	M. Daniel	SCHMUTZ	Président HR
	M. Jean-François	BRUNET	Directeur général désigné <sup>(2) (3)</sup>
<b>SSP VD :</b>	M. Marc	DISERENS	Chef du SSP VD
	M. Adrian	GRIFFITHS	Chef de div. OSS, SSP VD <sup>(1) (2)</sup>
<b>SSP VS :</b>	Dr Georges	DUPUIS	Chef du SSP VS
	M. Bernard	Z'GRAGGEN	Ingénieur EPFL, SSP VS <sup>(1) (2)</sup>
<b>Secrétariat :</b>	M. Max	FAUCHERE	Juriste, SSP VD <sup>(1) (2)</sup>

(1) Bureau du Groupe de travail

(2) Sous-groupe de rédaction du Rapport

(3) Membre du Groupe de travail depuis septembre 2002



## 3.2 Mandat du Groupe de travail

### 3.2.1. *Objectif général*

Établir une liste des sites potentiels pour l'implantation de l'hôpital monosite, les analyser en fonction des critères retenus et fournir un rapport avec une recommandation du site choisi à l'intention des deux Gouvernements.

### 3.2.2. *Phases du travail*

- a) Détermination des critères d'évaluation des sites
  - Examen des études déjà réalisées ou en cours dans les deux régions
  - Eudes complémentaires
  - Consolidation des critères
- b) Inventaire des sites potentiels
- c) Évaluation des sites au moyen des critères retenus
- d) Élaboration et présentation d'un rapport comprenant la méthodologie appliquée, les sites retenus, les résultats des analyses et des recommandations motivées concernant le choix du site aux deux Conseils d'Etat.
- e) Calendrier de mise en œuvre du projet (plan d'action)

### 3.2.3. *Charte de la commission*

- a) La déclaration commune des Gouvernements vaudois et valaisan du 8 octobre 2001 est reconnue comme postulat de base pour les travaux du Groupe de travail.
- b) Les délibérations et travaux du Groupe de travail sont confidentiels. ils ne donnent pas lieu à des communications intermédiaires. Les membres du Groupe de travail conservent leur liberté d'expression pour des débats ultérieurs au dépôt du rapport du Groupe de travail. Dans l'intervalle, ils s'engagent à respecter un devoir de réserve dans l'expression de leurs opinions personnelles. Les procès-verbaux de séances ne mentionnent que les éléments pertinents pour la rédaction du rapport demandé.
- c) Le Groupe de travail travaille en plénum pour chacune des cinq phases décrites ci-dessus. Il peut effectuer des travaux préparatoires en sous-groupes désignés par le président. Ce dernier peut, à la demande du Groupe de travail, faire appel à des experts.
- e) Le rapport sera rendu aux Conseillers d'Etat en charge des Départements de santé vaudois et valaisan, le 30 juin 2002. Les décisions sont prises à la majorité mais le cas échéant, le rapport mentionnera les points de divergences importants. Il ne sera pas établi de rapport de minorité.
- d) Les deux Services de santé publique mettent à disposition un montant de Fr. 100'000 (VD  $\frac{3}{4}$ , VS  $\frac{1}{4}$ ) pour financer le travail de l'expert président neutre et des experts invités (dans la mesure où ils ne sont pas fonctionnaires de l'un ou l'autre des cantons).
- f) L'expert président neutre est mandaté par les deux Conseillers d'Etat qui l'ont désigné.

Lausanne et Sion, le 11 janvier 2002



## 4. L'Hôpital Riviera-Chablais VS et VD dans le contexte des restructurations

Le Groupe de travail a procédé à une analyse de situation et pris connaissance de diverses études, notamment le rapport ATAG Ernst & Young, d'octobre 2000. L'opinion des membres du Groupe de travail a sensiblement évolué vers la conviction que le projet d'hôpital monosite d'environ 300 lits, tel que décrit dans la déclaration commune des deux Gouvernements, doit être soutenu car il présente de multiples avantages (décrits au point 4.3 ci-après) et assure la pérennité d'une structure de soins aigus performante pour les deux régions; enfin, il s'inscrit parfaitement dans la politique hospitalière des deux cantons.

Il sera :

- **unique**, c'est-à-dire répondant à l'ensemble des besoins en soins aigus (prestations de type universitaire exceptées) de la population concernée, soit environ 150'000 habitants;
- **monosite**, c'est à dire concentré sur **un seul point géographique**.

Cette configuration permettra :

- de réunir dans une seule structure toutes les spécialités médicales, trop importantes et complexes pour être dispersées, mais qui ne nécessitent pas un environnement universitaire;
- d'assurer à la population des soins de qualité par des spécialistes qui bénéficieront d'un volume de cas justifiant leur présence constante; cela tant pour les médecins que pour les autres professionnels soignants, médico-techniques, techniques et administratifs;
- de développer des places de formation pour tous les personnels, ce qui est plus incertain dans des structures trop petites;
- de réaliser des économies d'échelle non négligeables en regard de l'augmentation constatée des coûts hospitaliers et de l'assurance maladie.

Enfin, cette configuration devra être considérée non seulement pour elle-même, mais en corrélation / interaction avec l'ensemble du monde sanitaire: ainsi le Centre hospitalier sera **un des éléments du réseau de services** dont la mise en place se poursuit depuis plusieurs années, tant dans le Canton de Vaud que dans le Canton du Valais.

### 4.1 Approche vaudoise

Dans son projet de *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire, du 7 octobre 2002*, le Conseil d'Etat Vaudois brosse les grandes lignes de ce que pourrait être le paysage hospitalier dans les 10 ou 15 prochaines années: il envisage, en plus du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), trois Centres hospitaliers d'environ 300 lits pour une population de 150'000 habitants chacun (2 lits pour 1'000 habitants) un au Nord, un à l'Ouest et un à l'Est, ce dernier pour les populations de la Riviera et des Chablais valaisan et vaudois. En effet, il est apparu que ces deux régions constituent un bassin naturel de population et qu'il y a une opportunité de les regrouper pour construire un hôpital unique performant. Le Chef du département vaudois de la santé souligne que la priorité doit être donnée à cet Hôpital unique Riviera-Chablais VS et VD.



Les centres hospitaliers seront complétés par des centres de traitement et réhabilitation (CTR) et quelques hôpitaux régionaux. Par ailleurs la politique de renforcement des urgences pré-hospitalières est maintenue et son importance soulignée.

Le rapport cité ci-dessus (pages 30 suivantes), actuellement soumis à consultation auprès des partenaires de la santé, donne du "Centre hospitalier" la définition suivante:

*"Le centre hospitalier est appelé à se substituer, à l'occasion du remplacement d'infrastructures existantes, aux hôpitaux de zone actuels. De type monosite, il est ouvert 24h/24 et offre toutes les prestations, sauf celles qui sont réservées à l'ensemble hospitalier universitaire. Il possède des services hospitaliers spécialisés y compris urgences, maternité, pédiatrie et soins intensifs médicaux et chirurgicaux. Il est dimensionné pour desservir des bassins de population d'au moins 100'000 à 150'000 habitants. Il tient compte des possibilités de collaboration intercantonale. Le centre hospitalier est habilité à effectuer une opération de hernie discale, par exemple, et son service de soins intensifs peut traiter un infarctus ou une hémorragie."*

## 4.2 Approche valaisanne

Avec la création en 1998 de l'hôpital du Chablais, premier établissement intercantonal de Suisse, les responsables vaudois et valaisans ont pris conscience du fait que la mise en commun des activités des sites d'Aigle et de Monthey ne serait que l'étape initiale d'un processus visant à doter cette région d'une infrastructure hospitalière répondant aux exigences qualitatives et quantitatives actuelles.

Depuis plus d'une décennie, notamment lors de l'adoption en 1996 du Concept hospitalier valaisan, puis en septembre 2001, dans son message au Grand Conseil valaisan concernant la création du Réseau Santé Valais (RSV), le Conseil d'Etat a mis l'accent sur la nécessité d'obtenir une gestion hospitalière plus performante, plus transparente et surtout mieux coordonnée sur le plan cantonal, voire intercantonal. Dès lors, l'option d'associer les régions du Chablais et de la Riviera dans la création d'un hôpital unique de soins aigus s'inscrit dans la continuité de cette politique visant à faire valoir l'intérêt prioritaire des patients et à prendre en compte les besoins nouveaux de la population en matière de santé.

## 4.3 Les raisons d'un Hôpital unique de 300 lits pour Riviera-Chablais VS et VD

Le Groupe de travail a estimé nécessaire d'apporter cet éclairage supplémentaire sur l'idée de l'hôpital unique:

La nécessité de travailler en étroite collaboration entre cantons est apparue très tôt dans la région du Chablais et le fait de joindre en plus La Riviera à ce bassin de population représente une opportunité à ne pas manquer pour atteindre le seuil de 150'000 habitants que de nombreux auteurs spécialistes estiment nécessaire pour exploiter humainement, efficacement et économiquement un hôpital de soins aigus de 300 lits (2 lits de soins aigus pour 1'000 habitants).

Sur un plan général, le fonctionnement des établissements hospitaliers s'est complexifié de manière spectaculaire au cours de ces 20 dernières années, en générant des coûts de plus en plus lourds.



Ces raisons, alliées aux importantes incertitudes de la prochaine révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) imposent d'améliorer l'efficacité du réseau hospitalier du Chablais et de la Riviera.

Par ailleurs, l'exploitation "multi-sites", qui a aujourd'hui démontré ses limites, a toujours été considérée dans nos deux régions comme une étape intermédiaire vers un regroupement géographique; elle a néanmoins constitué une étape incontournable et un facteur de progression intéressant dans la qualité des prises en charge.

Les techniques médicales ont évolué plus vite en trente ans que durant les deux derniers siècles et l'on a assisté à un phénomène de "densification" extraordinaire des soins. Parallèlement à l'amélioration de la qualité des soins, les exigences des patients ont suivi l'augmentation des primes d'assurance maladie. Ainsi nos hôpitaux, dont certains bâtiments ont plus d'un siècle, souffrent d'une inadaptation aux contraintes organisationnelles de l'hôpital moderne.

L'ensemble de ces éléments justifient la création, dans les meilleurs délais, d'un hôpital unique Riviera-Chablais.

**Il est important de relever qu'un hôpital de 300 lits présente une taille optimale sur les plans suivants :**

- Humain
- Médical
- Fonctionnel
- Économique
- Architectural

#### *4.3.1 Humain*

L'Hôpital unique Riviera-Chablais présente des avantages déterminants qui trouvent leur origine dans la taille de l'établissement, car une telle réalisation permet :

- une attractivité plus grande pour les patients et pour les professionnels,
- une amélioration sensible dans la qualité des prises en charge des patients,
- une bouffée d'air au niveau des secteurs où sévit une pénurie de personnel, mais également dans la conception du projet qui offre :
  - des conditions propices à l'aménagement d'un environnement social indispensable à une bonne prise en charge du patient,
  - une amélioration des conditions d'accueil et de confort des patients,
  - une amélioration des conditions de travail.

#### *4.3.2 Médical*

La rapidité de l'évolution des soins aigus hospitaliers ces dernières années a profondément modifié la prise en charge des patients dans les hôpitaux. Avec la création des hôpitaux multisites, le Chablais et la Riviera ont franchi une première étape. Cette solution, si elle a permis une relative concentration des moyens et des pathologies, s'avère à l'usage complexe et encore trop coûteuse.



Dans un proche avenir, nos établissements ne seront plus adaptés pour répondre aux besoins de la santé et pour accueillir les nouvelles technologies.

Dans le prolongement de l'étude Ernst & Young d'octobre 2000, une réflexion conduite par des médecins hospitaliers et des gestionnaires de nos hôpitaux a abouti à la conclusion qu'un seul site de soins aigus de 300 lits pour une population de 150'000 habitants (Chablais vaudois et valaisan et Riviera) est nécessaire au plus tôt.

Cet hôpital unique doit être conçu comme le maillon central d'un réseau hospitalier intégrant: SMUR, CTR et centres de soins de proximité (petites urgences). Ses différentes composantes hospitalières devront être clairement hiérarchisées pour en assurer la cohérence.

Ce regroupement des soins aigus s'impose pour des raisons médicales de sécurité, de qualité et d'économie de moyens.

#### **Les objectifs visés sont :**

- d'atteindre une masse critique de patients dans chaque domaine, garantissant la qualité des soins et des prestations, l'occupation optimale des collaborateurs en particulier du personnel spécialisé ainsi que l'utilisation rationnelle des installations,
- de répondre aux exigences imposées à court terme par les sociétés faitières de spécialités et d'obtenir les accréditations nécessaires à la pratique et à la reconnaissance d'activités spécifiques (soins intensifs, bloc opératoire, activités interventionnelles, laboratoire, etc),
- d'assurer l'attractivité de la profession pour les médecins spécialistes, le personnel médico-technique et le personnel des soins spécialisés,
- de promouvoir une prise en charge interdisciplinaire permanente, seulement possible sur un site de cette importance par la présence continue des différents spécialistes,
- de garantir une formation continue nécessaire à l'adaptation aux progrès technologiques et à l'évolution de la médecine; une telle constellation permettra également de développer un pôle de formation professionnelle d'excellence -terrain de stages- en lien avec l'Université et la HES-S<sup>2</sup> (formation aux professions sanitaires et sociales),
- de rationaliser le travail du personnel qualifié et de pallier ainsi à sa pénurie lorsqu'il est dispersé sur plusieurs sites et parfois sous-occupé,
- de regrouper et d'utiliser de manière optimale et économique les moyens techniques,
- d'acquérir et d'adapter les nouvelles technologies et d'en éviter les doublons,
- d'assurer aux patients un accueil et une prise en charge humanisée, rapide et efficace dans un bâtiment moderne et fonctionnel.

**Une récente étude (2001) de Crivelli, Filippini et Lunati de l'Université du Tessin a, par ailleurs, démontré que la taille optimale d'un hôpital de soins aigus, exprimée en nombre de lits pour un pays comme la Suisse, est d'environ 300 lits. (\*)**

(\*) Crivelli L., Filippini M., Lunati D., Quaderno n00.08 UNISI, Lugano 2001, " Dimensione ottima degli ospedali in un Stato federale".



### 4.3.3 Fonctionnel

Sous cet aspect, l'hôpital unique autorise :

- l'optimisation et la concentration des secteurs de soutien logistique (stérilisation, cuisine, cafétéria, service technique, entretien...) et administratif (réception, facturation, comptabilité, secrétariats médicaux, services sociaux, informatique...) avec une gestion plus performante,
- le regroupement et une rationalisation des secteurs médico-techniques (laboratoires, physiothérapie, bloc opératoire, soins intensifs, dialyse...),
- la suppression des transports entre les sites de soins aigus tant pour les patients que les professionnels et le matériel,
- la concentration des personnels,
- la simplification de la gestion des investissements.

### 4.3.4 Economique

La construction d'un nouvel établissement hospitalier représente un investissement important. Cet investissement de départ doit cependant être relativisé dans la mesure où il ne représente qu'environ 2 fois le coût annuel d'exploitation de l'établissement.

Le regroupement sur un seul site de toutes les activités de soins aigus permet de réaliser d'importantes économies d'investissements et d'exploitation.

Dans l'étude citée à la page 11, les tessinois Luca Crivelli, Massimo Filippini et Diego Lunati admettent que des économies d'échelle sont certes déjà obtenues pour l'essentiel des services hospitaliers dès un nombre minimum de 135 lits, mais que celles-ci atteignent un optimum à plus du double de ce nombre.

Il ne fait donc aucun doute que le projet d'hôpital unique Riviera-Chablais, comprenant 300 lits, s'inscrit parfaitement dans cette logique et garantit la meilleure maîtrise des coûts hospitaliers de cette région.

### 4.3.5 Architectural

L'hôpital est redevenu l'objet d'une véritable réflexion d'architecture urbaine qui doit offrir à ses utilisateurs (patients, visiteurs et personnels) des espaces conçus tant pour l'accueil et la sécurité des patients que pour l'efficacité du travail, alliant clarté fonctionnelle et qualité du cadre de vie.

Si l'hôpital conserve toujours la priorité à l'efficacité de l'outil médical, il n'occulte plus sa dimension d'équipement social: le volume d'un tel bâtiment permet la création de véritables espaces de transition entre la ville et l'hôpital, entre la vie quotidienne du patient, de sa famille et le monde médical où l'humain est associé à une technologie avancée et parfois nécessairement dominante.

La dimension prévue du terrain permet une implantation optimale des bâtiments dans un cadre de verdure en offrant des places de parc en nombre suffisant, tout en garantissant des possibilités de restructurations futures en fonction de la constante évolution des besoins.



L'option prise dans le choix du terrain implique l'abandon du centre ville ou de sa proximité immédiate et représente un pas socioculturel important pour un établissement hospitalier, mais il est certainement décisif pour sa pérennité et son développement.

## 4.4 Consensus sur l'hôpital unique

Ce projet d'hôpital unique est soutenu par :

- l'ensemble des médecins hospitaliers du Chablais vaudois et valaisan et de la Riviera, par la voix de leurs collèges respectifs,
- la Direction générale de chacun des deux hôpitaux,
- le Conseil de fondation de l'Hôpital Riviera et le Comité de direction de l'Hôpital du Chablais,
- les Municipalités du District de Vevey.



## 5. Travaux du Groupe de travail

**Garantir à la population des deux régions une égalité dans l'accès aux soins** a été le fil conducteur de l'ensemble de la réflexion du Groupe de travail. Cet objectif a aussi été déterminant dans le choix de la méthode de travail.

Dans cette perspective, le groupe a choisi de travailler en deux phases.

- **Phase 1 : la détermination de la zone** d'implantation optimale. Pour les analyses techniques de cette phase, le Groupe de travail s'est adjoint la collaboration de l'Office fédéral de la statistique, à Neuchâtel (M. André Zinggeler, géographe);
- **Phase 2 : l'analyse de la qualité des divers sites offerts à l'intérieur de la zone optimale et le choix du site.** Le Groupe de travail s'est adjoint la collaboration de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne - EPFL (Professeur Philippe Bovy et Dr Philippe Roth, Laboratoire de mobilité et développement territorial; Dr Jacques Hertig, Laboratoire des systèmes énergétiques).

Il a défini préalablement les critères d'analyse des terrains proposés, en particulier la dimension minimale et optimale du terrain recherché. Il s'est réservé, en outre, la possibilité d'étendre la zone d'implantation si aucun des sites analysés ne répondait aux critères de choix.

Le Groupe de travail a tenu 11 séances plénières, de février à novembre 2002. Le Bureau a préparé les documents soumis à la plénière et a assuré le lien avec l'Office fédéral de la statistique et l'EPFL. Il a tenu 16 séances.

Le Sous-groupe de rédaction, chargé de finaliser le présent rapport, a tenu 5 séances.

Le Président a assuré les contacts avec les autorités locales et la presse, d'entente avec ses mandants.

### 5.1 Détermination de la zone d'implantation optimale

#### 5.1.1 Démarches et prise de position du Groupe de travail

Pour effectuer son choix de méthode, le Groupe de travail a passé en revue diverses méthodes scientifiques permettant de déterminer le point idéal d'implantation d'une infrastructure.

Le choix s'est opéré entre deux méthodes: "maxattend" et "mindistance".

"Maxattend" permet de déterminer ou d'implanter une infrastructure dans une région donnée de manière à maximiser sa fréquentation en partant du principe que le taux de celle-ci diminue proportionnellement à l'éloignement.

"Mindistance", en revanche, permet de déterminer l'implantation d'une infrastructure qui minimise le temps d'accès **pour l'ensemble de la population** d'une région donnée. Ainsi cette méthode tient compte non seulement des distances parcourues par **tous les utilisateurs potentiels** pour se rendre sur l'emplacement idéal mais intègre aussi la vitesse de déplacement, en utilisant des coefficients (impédances routières) en fonction de la qualité des routes utilisées. La démarche permet de considérer chaque habitant de la région concernée comme un utilisateur potentiel du Centre hospitalier et chacune des communes comme un lieu d'implantation possible.

La première méthode accepte qu'une partie de la population ait un mauvais accès pour maximiser la fréquentation de l'autre partie. Cela est admissible pour localiser un commerce intéressé par la potentialisation de son chiffre d'affaires ; il ne l'est pas pour implanter un hôpital destiné à répondre aux besoins de l'ensemble de la population d'une région déterminée. Le Groupe de travail a donc choisi la méthode "mindistance" et l'Office fédéral de la statistique l'a appliquée en mettant en corrélation trois paramètres:

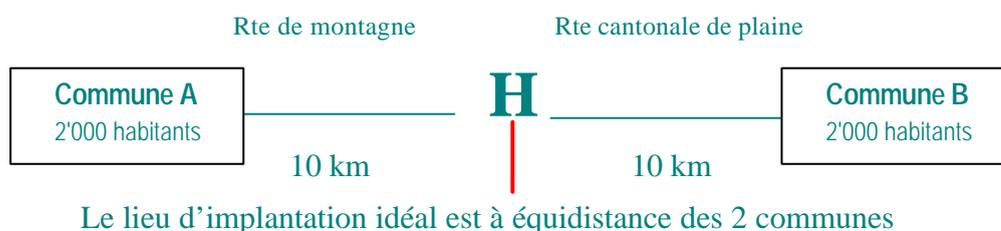
- la liste des communes : le Groupe de travail a retenu cinq hypothèses dont la principale comportait 42 communes (annexe A1);
  - la population de chaque commune (recensement fédéral en 1990 et 2000);
- des variantes ont également été étudiées: un coefficient de 0,5 a été appliqué à la population des communes du Pays-d'Enhaut, et de 0,85 à celle du district de Vevey, pour tenir compte de l'utilisation d'établissements locaux;
- la distance à parcourir pour aller d'un point à un autre, en tenant compte d'une "impédance routière" (coefficient de pondération) distinguant autoroutes (0,65) / routes de plaine (1) / routes cantonales de montagne, alt. > 500m (1,5) / routes secondaires (1,5).

Le logiciel Geostat, appliqué par l'Office fédéral de la statistique concentre la population de chaque commune en un point unique dont les coordonnées sont indiquées ci-après (annexe B4). Chaque point de départ pouvant être considéré comme le point d'arrivée pour toutes les autres populations, le logiciel calcule et détermine le point minimisant les distances à parcourir par l'ensemble des utilisateurs. (sur la méthode de calcul, voir l'annexe B2).

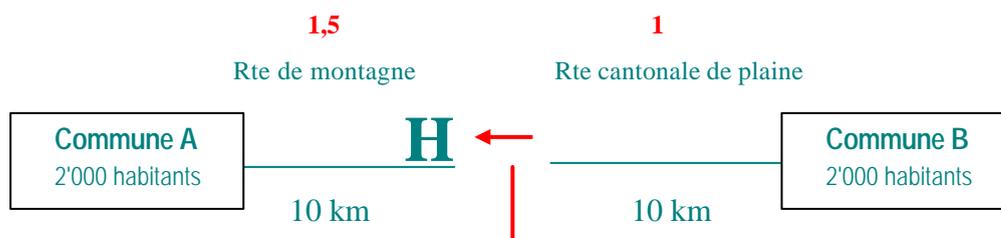
La prise en compte de l'impédance routière est d'une importance primordiale dans l'utilisation de la méthode et son application assure que c'est bien le temps de parcours qui est considéré et non seulement les kilomètres parcourus.

L'effet de l'impédance est illustré dans le schéma suivant :

### *Sans impédance*



### *Avec impédances*



Avec les impédances utilisées, le lieu d'implantation se rapproche de la commune A (reliée par une route de montagne). Ainsi les temps de parcours sont minimisés.

## 5.1.2 *Résumé et conclusions du rapport l'Office fédéral de la statistique*

La question posée par le Groupe de travail à l'Office fédéral de la statistique était précise et simple :

**« quel est le point géographique idéal pour l'implantation d'un hôpital unique de soins aigus, pour la région de la Riviera et du Chablais vaudois valaisan ? »**

En revanche, les paramètres utilisés pour aboutir à la réponse étaient multiples et complexes :

- le Groupe de travail a déterminé les communes politiques constituant le bassin de recrutement du nouvel hôpital et défini les influences de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut et d'un éventuel établissement à Vevey sur le taux de recours au nouveau site;
- l'Office fédéral de la statistique a déterminé les populations prises en compte pour diverses hypothèses retenues;
- il a défini les points de départ et d'arrivée pour chaque hypothèse (à l'hectare / à la commune politique) en indiquant les coordonnées topographiques de chaque point;
- il a attribué des impédances routières permettant de moduler la distance parcourue en tenant compte **du type de routes pour passer d'un point à un autre** ;
- pour chaque point, il a calculé la distance parcourue et déterminé le point minimisant cette distance pour chaque hypothèse.

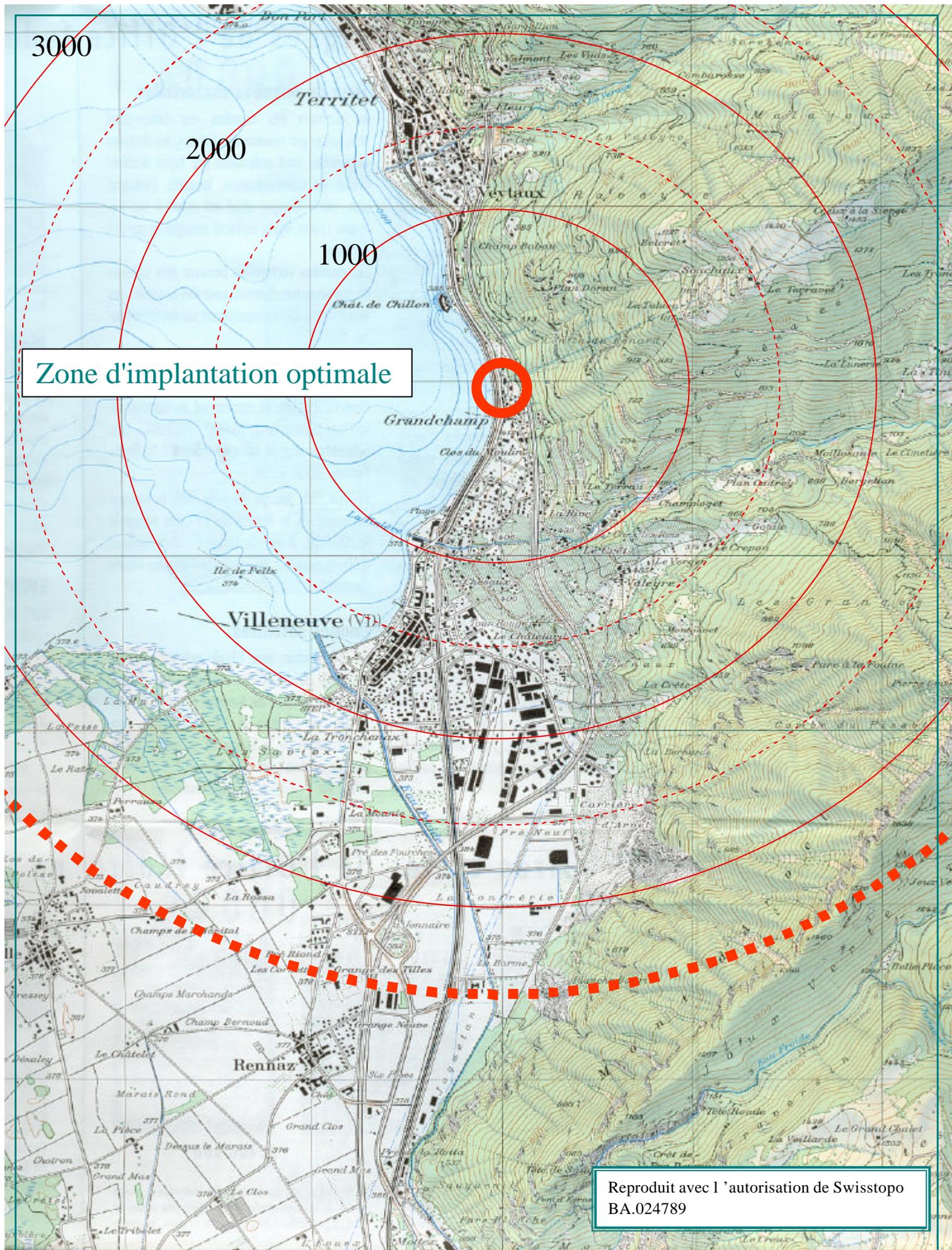
La réponse, aussi simple que la question et aussi scientifique que la démarche, a donné les communes de **Villeneuve et de Veytaux** comme étant les points qui **minimisent les temps de parcours par la population desservie**, dans toutes les hypothèses (Rapport de l'Office fédéral de la statistique, annexe B1).

Pour vérifier la pertinence de la méthode, et à la demande du Groupe de travail, l'Office fédéral de la statistique a calculé le point idéal sur la base de la répartition de la population par hectare: il est intéressant de constater que le résultat est le même que lors d'une distribution des habitants par commune.

Le groupe de travail a choisi le point équidistant entre ces deux communes pour poser **un cercle de 3,5 km de rayon** à l'intérieur duquel s'est faite la recherche de sites.

Dès lors, le Groupe de travail a décidé d'opérer une première recherche de site, dans le cercle ainsi défini, (voir la carte de la page suivante).





Zone d'implantation optimale

Reproduit avec l'autorisation de Swisstopo  
BA.024789



## 5.2 Choix du site

### 5.2.1 Superficie du terrain

La taille du terrain constitue un des premiers facteurs de sélection. Pour un établissement hospitalier, elle représente un élément d'une grande importance tant pour la qualité de son exploitation que pour permettre son développement futur et garantir la pérennité de son emplacement.

Déterminer la dimension du terrain afin qu'il permette une implantation optimale des bâtiments dans un cadre de verdure, en offrant des places de parc en nombre suffisant tout en garantissant des possibilités d'extension futures en fonction de la constante évolution des besoins, a nécessité une réflexion particulière. Elle a été conduite par un sous-groupe « Construction hospitalière » composé de MM. P. Loison & P. Collet et des Drs J.-J. Boillat & B. Delaloye, auxquels se sont joints deux architectes expérimentés dans le domaine hospitalier.

Différentes questions ont été abordées :

- Quel type de construction est le mieux à même de garantir l'exploitation et la pérennité en considérant des exemples de constructions hospitalières de taille identique (300 lits) ?
- Quelle surface et quelle organisation architecturale (avec le nombre de niveaux) du plateau technique offrent les meilleurs avantages fonctionnels et économiques pour l'exploitation médicale, en permettant son évolution dans le temps tout en assurant la continuité de celle-ci ?
- Quelle est la surface réservée à l'hospitalisation des patients et quel est son développement architectural optimal pour 10 unités de soins de 30 lits (taille particulièrement intéressante sous divers aspects) ?
- Quelles surfaces sont nécessaires aux autres fonctions (administration, services sociaux, etc) ?
- Quel est le nombre de places de parking et la surface nécessaire selon différentes variantes (construction en surface, en sous-sol ou en hauteur)?

Ces analyses ont permis de définir les grands axes du type de construction souhaitable, pour qu'elle soit modulaire en assurant la plus grande flexibilité et la meilleure évolution possible, et qu'elle offre une bonne lisibilité architecturale entre deux principaux éléments de bâtiments:

- Un élément médico-technique
  - 2 niveaux      Urgences / Radiologie
  - Bloc opératoire / Soins intensifs
  - 1 sous-sol et 1 niveau technique
- Un élément d'hospitalisation
  - 1 niveau accueil
  - 5 niveaux avec deux unités de soins de 30 lits par niveau
  - 1 sous-sol et 1 niveau technique

**L'ensemble de ces réflexions ont abouti aux conclusions suivantes :**

- Surface minimale du terrain : 70'000 m<sup>2</sup> (optimale 100'000 m<sup>2</sup>)
- Terrain « idéal » : de forme carrée ou rectangulaire, plat ou présentant une pente inférieure à 3% (mise en lumière naturelle facile d'une partie du sous-sol)
- Le parking devrait offrir : un minimum de 500 places (optimum 600 places) en surface mais avec une organisation "paysagée" présentant divers niveaux entrecoupés d'espaces arborisés.

### 5.2.2 *Critères d'évaluation*

Compte tenu des nombreux paramètres devant être pris en compte dans l'analyse qualitative de chaque site, le Groupe de travail a choisi une approche multicritère.

Parallèlement au choix de la zone d'implantation optimale mais sans corrélation directe avec cette première procédure, le Groupe de travail a d'abord identifié 5 grandes catégories de critères d'évaluation, et ensuite, à l'intérieur de celles-ci, il a précisé 25 indicateurs détaillés, chacun de ces indicateurs devant être apprécié sur une échelle de +2 à -2 (voir page suivante).

N'ayant pas l'expertise pour évaluer les sites par rapport aux critères choisis (voir pages suivantes), le Groupe de travail s'est attaché la collaboration des experts de l'EPFL cités au point 5 ci-dessus. Leur rapport figure à l'annexe C1 à C6.



## Critères:

./.

<b>A. CHOIX DE LA RÉGION</b>						
<i>Critères</i>	<i>Indicateurs / méthodes</i>					
Accessibilité	Minimiser la somme des distances parcourues / modèle «mindistance» de localisation/allocation	<b>Selon rapport OFS</b>				
		<b>Site No :</b>				
		Très favorable - forte amélioration	Favorable - amélioration	Indifférent	Conflits mineurs / impacts moyens	Conflits majeurs/impacts
<b>B. CHOIX DU SITE</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>-2</b>
<i>Critères</i>	<i>Indicateurs / méthodes</i>					
<b>1</b>	<b>Accessibilité : voies et moyens de communication</b>					
1.1	Accès routiers					
1.2	Proximité de gares chemin de fer Dessertes des transports publics					
1.3	Proximité d'accès à l'autoroute					
1.4	Faisabilité d'un hélicoptère					
1.5	Qualité des accès en général	Compte tenu des variations de trafic dans le temps				
		<b>Appréciation globale</b>				
<b>2</b>	<b>Qualité du site</b>					
2.1	Surface (adéquation pour hôpital et extensions)	Minimum 70'000 m <sup>2</sup>				
2.2	Forme	Facilité de mise en œuvre – score				
2.3	Qualité architecturale du site	Potentialité pour une architecture de qualité, type de voisinage				
2.4	Organisation du stationnement	Facilité d'organisation des dessertes internes				
2.5	Géologie – qualité du sol	Nature et stabilité du sol – score Hydrogéologie (nappe phréatique) Déclivité				
2.6	Contamination du sol					
2.7	Proximité de décharge ou facilité d'accès à une décharge	Plus généralement, impacts de chantiers				
2.8	Nuisances (Air et Bruit)	Proximité de routes, voies ferrées, stand de tir, aéroport, etc.				
2.9	Paysage	Impact de la construction et vue offerte aux utilisateurs				
		<b>Appréciation globale</b>				



## Critères (suite) :

			Très favorable - forte amélioration	Favorable - amélioration	Indifférent	Conflicts mineurs / impacts moyens	Conflicts majeurs/impacts
<b>B. CHOIX DU SITE</b>							
	<i>Critères</i>	<i>Indicateurs / méthodes</i>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>-2</b>
<b>3</b>	<b>Prix du site</b>						
3.1	Coût d'acquisition	Economicité du site					
3.2	Coût des raccordements aux réseaux	Réseaux et infrastructures de base: eaux, électricité, etc					
			<b>Appréciation globale</b>				
<b>4</b>	<b>Risques</b>						
4.1	Inondations	Rhône / Torrents latéraux / Eaux pluviales					
4.2	Géologique / stabilité du sol	Glissement de terrain / Laves torrentielles					
4.3	Séismes	Zone sismique norme SIA 160 et intensité des dégâts sur l'échelle Medveder – Sponhener - Karnik (MSK) pour l'hôpital et les dessertes/ services industriels / Norme Eurocode 8 / Effet de site.					
4.4	Chute de pierres (pour site en pied de versant)						
4.5	Accidents majeurs	Proximité d'installations soumises à l'ordonnance fédérale sur la prévention des accidents majeurs (OPAM) – dont les détenteurs pourraient s'opposer à l'installation d'un hôpital. / Proximité d'oléoduc/gazoduc.					
			<b>Appréciation globale</b>				
<b>5</b>	<b>Procédures, capacité d'obtenir un permis de construire</b>						
5.1	Projets concurrents	Autre destination / utilisation du site					
5.2	Dispositif légal, zonage						
5.3	Risque d'opposition	Etat, Communes, Associations et particuliers					
5.4	Difficultés liées aux études d'impact sur l'environnement (EIE)	EIE pour parking et hélicopt					
			<b>Appréciation globale</b>				
			<b>Appréciation générale</b>				
	<b>Note importante: -2 avec * (-2*) signale un score éliminatoire</b>		<b>Appréciation générale</b>				

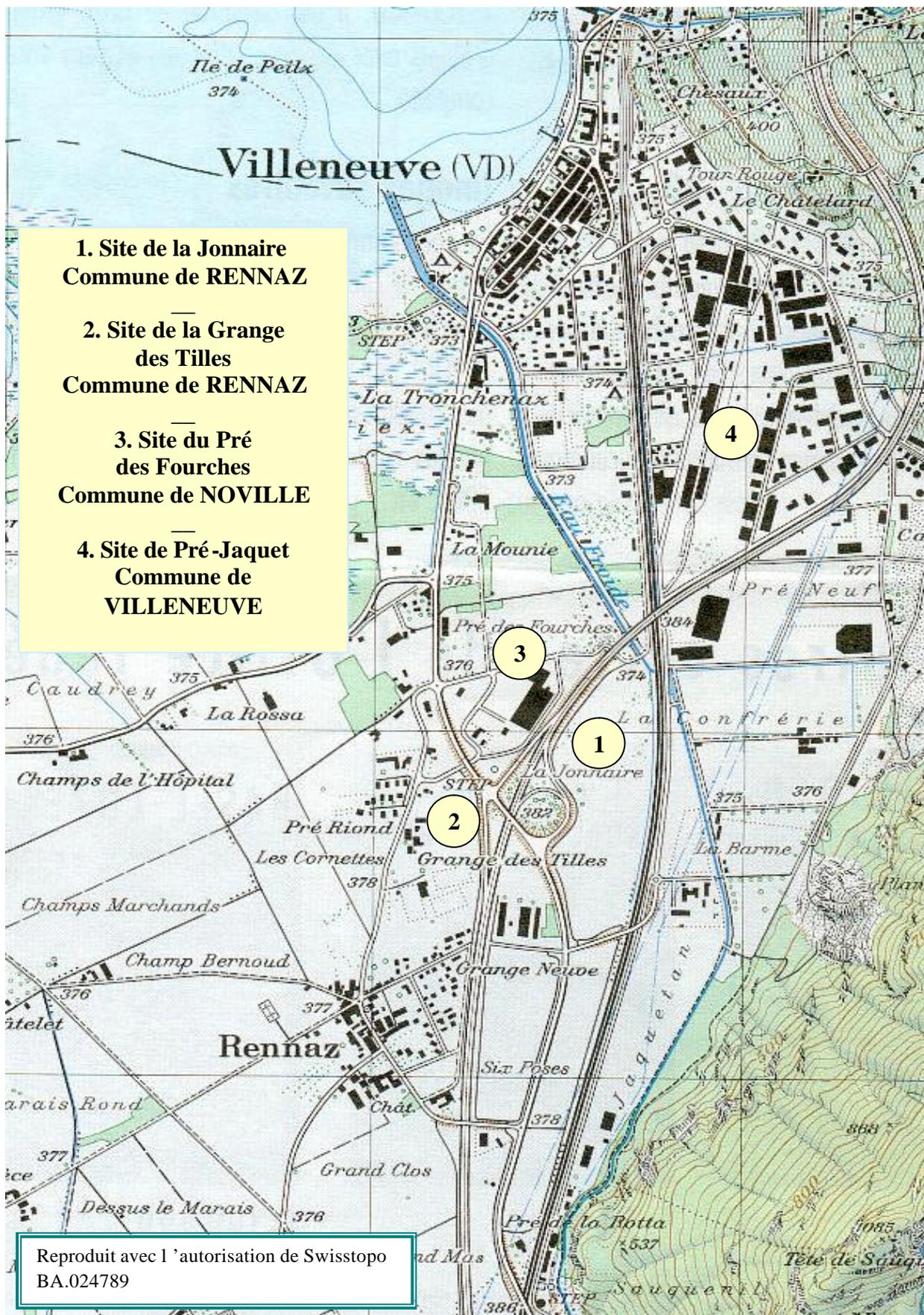
### 5.2.3 *Appel d'offres*

La liste détaillée des critères, sans aucune pondération de ceux-ci, a été remise aux communes comprises dans la zone optimale en les invitant à proposer des sites potentiels (annexe A2).

Simultanément, le Président du Groupe de travail a diffusé un communiqué de presse afin de susciter des offres de la part de propriétaires privés, individuels ou institutionnels et également pour renseigner la population sur l'évolution des travaux du Groupe de travail par une information « d'étape » (annexe A3).

Les cinq communes sollicitées, soit Montreux, Veytaux, Villeneuve, Remmaz et Noville, ont fait une proposition concertée comprenant cinq sites. Leur lettre est reproduite en annexe A4. Il n'y a pas eu d'autres offres (voir les cartes aux pages suivantes).

## Offre de sites



## Offre de sites (suite)



## 5.2.4 Analyse des sites

Il a été demandé aux experts d'effectuer une analyse comparative des sites proposés. La méthode multicritère a été proposée par le Groupe de travail, et les experts en ont défini les détails. Il s'agissait d'abord de finaliser la grille des critères d'analyse, et de préciser l'échelle des scores à attribuer (de +2 à -2, plus une note résolument éliminatoire de -2\*). La surface souhaitée pour le site à choisir a été définie par le Groupe de travail (point 5.2.1), qui a opté pour un minimum de 70'000 m<sup>2</sup>, et un optimum de 100'000 m<sup>2</sup>.

Après un examen détaillé des cinq sites proposés et de leurs particularités, dont la démarche et les conclusions font l'objet des annexes C1 à C3, les experts ont proposé au Groupe de travail une première synthèse. Les membres du Groupe de travail ont ainsi pris connaissance des évaluations des experts. Cette séance de travail a été suivie d'une visite des quatre sites de la région de Villeneuve proposés par les communes :

1. Site de La Jonnaire (85'900 m<sup>2</sup>)
2. Site de La Grange des Tilles (136'900 m<sup>2</sup>, dont la plus grande parcelle 78'800 m<sup>2</sup>)
3. Site du Pré des Fourches (91'200 m<sup>2</sup>)
4. Site du Pré Jaquet (*Bombardier*) (100'000 m<sup>2</sup>)

Le cinquième site proposé des Grands Prés à Chailly (25'000 m<sup>2</sup>), n'a pas été visité parce que trop petit, et par ailleurs hors zone.

A la demande du Président, les experts ont procédé à une analyse comparative de quatre autres sites dont le résultat figure dans les annexes C4 à C6. Ces sites dits « supplémentaires » sont : Les Saviez et La Tronchenaz Nord et Sud à Villeneuve et Le Lieugex à Aigle. Les trois premiers sites ont été mentionnés par le Service de l'aménagement du territoire, et le quatrième avait été proposé, suite à une étude précédente, par l'Hôpital du Chablais. Ils ont fait l'objet d'une analyse multicritère. Étant hors zone ou non proposés comme sites d'implantation, leur présence dans le rapport n'a qu'une valeur indicative.

Enfin, le Groupe de travail a donné les coefficients de pondération attribués à chaque groupe de critères. Il est intéressant de constater que cette pondération, si elle modifie le nombre de points attribués à chaque site, ne modifie pas le résultat principal.

## 5.2.5 Résumé et conclusion du rapport de l'EPFL

Alors que l'on est souvent face à des choix difficiles en raison de variantes de sites ou de solutions présentant un mélange complexe d'avantages et d'inconvénients globalement semblables, en l'espèce les résultats de cette analyse sont catégoriques. Quatre sites proposés sur cinq ne présentent pas les caractéristiques requises pour accueillir une structure hospitalière. Les principales raisons sont:

- **La Jonnaire** n'a certes pas de score éliminatoire, mais ses principaux inconvénients se situent au niveau de l'accessibilité, des nuisances, des coûts de raccordement et des risques (accidents majeurs).
- **Le Pré des Fourches** est éliminé par la présence d'une décharge, notée sur la liste rouge du Canton de Vaud ; les coûts liés à la décontamination, ainsi que les délais



impartis, sans compter les risques d'oppositions sont autant d'éléments qui mettent de côté ce site.

- **Le Pré Jaquet** obtient de loin le plus piètre résultat ; il est éliminé pour des questions de forme et de qualité architecturale du site ; les problèmes d'accès, les nuisances et les risques incarnent d'autres inconvénients relatifs à ce site.
- Le terrain **Aux Grands Prés** ne possède pas suffisamment de surface et il est éliminé pour cette raison ; de plus, la qualité du site est assez mauvaise, sans parler des coûts d'acquisition et des risques d'opposition.

En revanche, un des sites présente, de manière très avantageuse, le potentiel d'accueillir l'Hôpital Riviera-Chablais de soins aigus : le site de **La Grange des Tilles**, sur territoire de la Commune de Rennaz. Le résultat de l'analyse des quatre sites supplémentaires ne remet pas en cause la très nette avance du site de La Grange de Tilles, qui est justifiée par les huit principaux arguments suivants :

1. La parcelle principale de La Grange des Tilles est une parcelle adéquate, plate et de dimension optimale (au moins 79'000 m<sup>2</sup>) pour l'implantation de l'hôpital projeté.
2. Les impacts sur le village de Rennaz sont aisément maîtrisables, car tous les accès principaux sont orientés vers le nord. Le trafic ne traverse donc pas cette localité.
3. Propriété de la Commune de Montreux, cette parcelle est en zone d'utilité publique. En l'état, l'utilité publique correspond à une utilisation équestre et sportive (football). L'utilisation de cette zone d'utilité publique devrait être modifiée pour accueillir l'hôpital projeté.
4. La Grange des Tilles bénéficie d'accès autoroutiers et routiers d'excellente qualité. Outre la jonction d'autoroute de Villeneuve, modérément chargée, deux routes cantonales permettent d'assurer un double raccordement au site.
5. Trois lignes régionales de bus assurent des liaisons entre Villeneuve et le sud (Aigle et Chablais Valaisan). Avec l'implantation d'un générateur de trafic de l'importance d'un hôpital, une réorganisation des lignes existantes en conjonction avec les VMCV (trolleybus n°1) et les correspondances CFF sera nécessaire. Contrairement à la plupart des autres sites analysés, La Grange des Tilles peut aisément bénéficier d'un renforcement des liaisons par transport public, dont certaines existent déjà.
6. La Grange des Tilles a une position remarquable en relation avec le paysage : vue au sud sur le village de Rennaz et vue totalement dégagée sur la plaine agricole et forestière du Rhône, du sud-ouest au nord-ouest.
7. Bénéficiant d'une bonne accessibilité, ce site n'est pas gêné par les grandes infrastructures de transport. En effet, la route cantonale Montreux-Aigle et la jonction de l'autoroute A9 de Villeneuve sont sur « l'arrière du site » et au nord. Quant au flanc est de la parcelle, il est largement protégé du bruit par la haute digue boisée que constitue la rampe d'accès à l'autoroute en direction d'Aigle.
8. L'absence de lignes à haute tension aux abords de La Grange des Tilles permet d'organiser des plans de vol d'hélicoptères médicalisés, qui évitent le plus possible les zones d'habitation.

**Le site de "La Grange des Tilles" est donc proposée à nos deux mandants en qualité de seul site à retenir pour le lieu d'implantation du centre hospitalier intercantonnel Riviera-Chablais (voir le tableau des scores à la page suivante).**



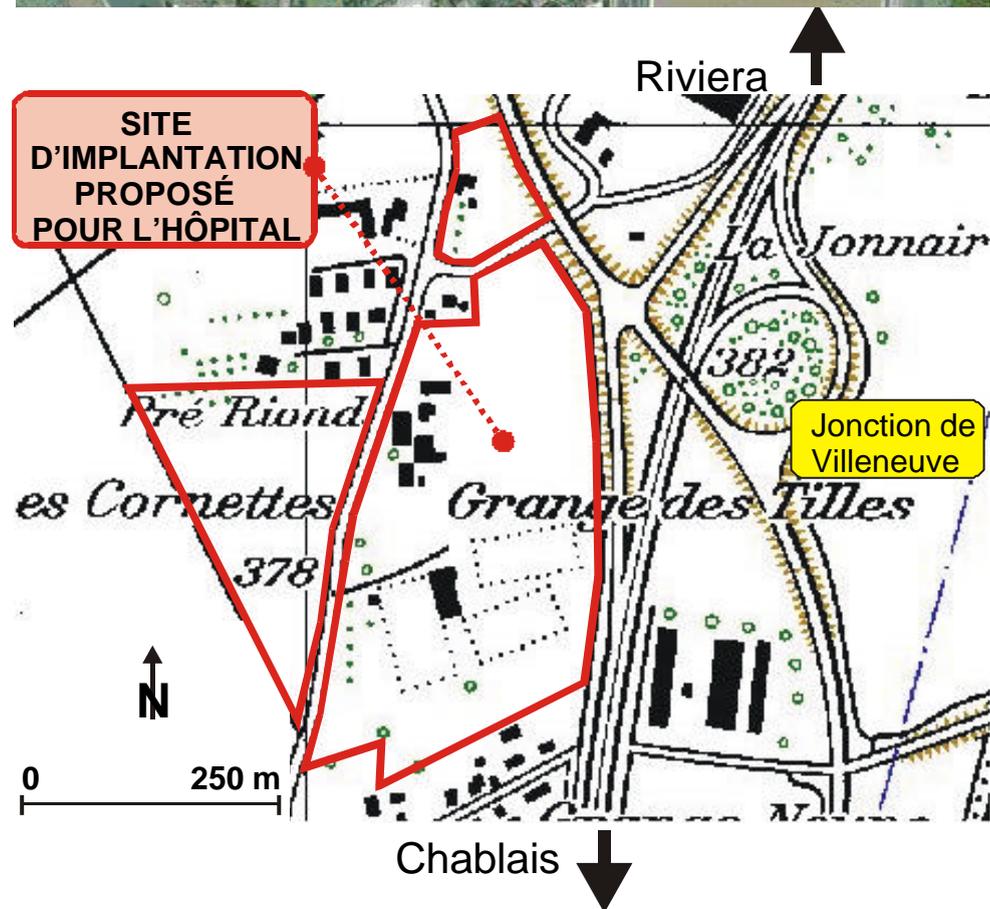
# Tableau des scores

TABLEAU PONDERE			Sites proposés					
Critères et sous-critères	Indicateurs / méthodes	Poids	Jonnaire	G. Tilles	Fourches	Pré Jaquet	Gds Prés	
<b>1 Accessibilité : voies et moyens de communication</b>		<b>5.0</b>						
1.1	Accès routiers	Nature et capacité des routes (éventuels points de congestion) existantes ou à créer	2.0	-2.0	+4.0	0.0	-4.0	-2.0
1.2	Proximité gares et transports publics	Nombre et distance des gares. Services de bus et de trains existants ou à créer	1.0	-2.0	+1.0	0.0	-1.0	+1.0
1.3	Qualité générale des accès		1.0	0.0	+1.0	0.0	-2.0	+1.0
1.4	Proximité d'accès à l'autoroute		0.5	+0.5	+0.5	+0.5	-0.5	0.5
1.5	Faisabilité d'un hélicoptère		0.5	-1.0	+0.5	+1.0	-1.0	-0.5
<b>Appréciation partielle Accessibilité</b>		<b>-</b>	<b>-4.5</b>	<b>+7.0</b>	<b>+1.5</b>	<b>-8.5</b>	<b>0.0</b>	
<b>2 Qualité du site</b>		<b>5.0</b>						
2.1	Surface disponible	Minimum 70'000 m2	0.5	+0.5	+1.0	-0.5	+0.5	-1.0
2.2	Forme et qualité architecturale du site	Potentialité pour une architecture de qualité, type de voisinage	1.0	-1.0	+1.0	0.0	-2.0	-1.0
2.3	Organisation du stationnement	Facilité d'organisation des dessertes internes	0.5	+0.5	+1.0	+0.5	-1.0	-0.5
2.4	Géologie, qualité et contamination du sol	Nature et stabilité du sol – score Hydrogéologie (nappe phréatique) Déclivité	1.0	-1.0	0.0	-2.0	0.0	-1.0
2.5	Accès à une décharge durant le chantier	Proximité et facilité des accès vu les impacts du chantier	0.5	+0.5	+0.5	+0.5	-0.5	-0.5
2.6	Nuisances (air et bruit)	Proximité de routes, voies ferrées, stand de tir, aéroport, etc.	1.0	-2.0	-1.0	-1.0	-1.0	0.0
2.7	Paysage	Impact de la construction et vue offerte aux utilisateurs	0.5	-0.5	+1.0	+0.5	-1.0	0.0
<b>Appréciation partielle Qualité du site</b>		<b>-</b>	<b>-3.0</b>	<b>+3.5</b>	<b>-2.0</b>	<b>-5.0</b>	<b>-4.0</b>	
<b>3 Prix du site</b>		<b>2.0</b>						
3.1	Coût d'acquisition	Economicité du site	1.0	+1.0	0.0	-2.0	0.0	-2.0
3.2	Coût des raccordements aux réseaux	Réseaux et infrastructures de base: eaux, électricité, etc.	1.0	-2.0	0.0	-1.0	0.0	0.0
<b>Appréciation partielle Prix du site</b>		<b>-</b>	<b>-1.0</b>	<b>0.0</b>	<b>-3.0</b>	<b>0.0</b>	<b>-2.0</b>	
<b>4 Risques</b>		<b>3.0</b>						
4.1	Inondations	Rhône / Torrents latéraux / Eaux pluviales	1.0	-2.0	0.0	0.0	-2.0	+1.0
4.2	Séismes	Zone sismique norme SIA 160 et intensité des dégâts sur l'échelle MSK pour l'hôpital et les dessertes / services industriels / Norme Eurocode 8 / Effet de site.	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	+1.0
4.3	Accidents majeurs	Proximité d'installations soumises à l'OPAM / Proximité d'oléoduc/gazoduc.	1.0	-2.0	-1.0	-1.0	-2.0	0.0
<b>Appréciation partielle Risques</b>		<b>-</b>	<b>-4.0</b>	<b>-1.0</b>	<b>-1.0</b>	<b>-4.0</b>	<b>+2.0</b>	
<b>5 Procédures, capacité d'obtenir un permis de construire</b>		<b>3.0</b>						
5.1	Dispositif légal, zonage		1.0	-1.0	-1.0	-1.0	-1.0	+1.0
5.2	Risque d'opposition	Etat, Communes, Associations et particuliers	1.0	0.0	0.0	-2.0	-1.0	-1.0
5.3	Difficultés liées à l'études d'impact	EIE pour parking + EIE pour hélicoptère	1.0	0.0	0.0	0.0	-2.0	-1.0
<b>Appréciation partielle Procédures</b>		<b>-</b>	<b>-1.0</b>	<b>-1.0</b>	<b>-3.0</b>	<b>-4.0</b>	<b>-1.0</b>	
<b>Appréciation globale pondérée</b>		<b>-</b>	<b>-13.5</b>	<b>+8.5</b>	<b>-7.5</b>	<b>-21.5</b>	<b>-5.0</b>	



# Le Choix du Groupe de travail

Le site de La Grange des Tilles (photographie et plan) :



Source: [www.geoplanet.vd.ch](http://www.geoplanet.vd.ch)



## 6. Procédure de réalisation : proposition de calendrier

Les établissements actuellement en fonction sur la Riviera et dans le Chablais sont entrés dans une phase de transition. Leur exploitation ne satisfait plus pleinement aux exigences organisationnelles d'une médecine moderne et nécessite de la part du personnel de grands efforts supplémentaires pour assurer la qualité des soins. Par ailleurs, la poursuite de l'exploitation ne se fait qu'au prix d'investissements conservatoires onéreux et en opposition à la volonté exprimée dans la déclaration commune des deux Gouvernements de voir ces investissements limités au strict minimum.

L'investissement consenti pour la construction du nouvel hôpital ne représente qu'environ deux fois son coût annuel d'exploitation.

Cette exploitation est par ailleurs de nature à générer des économies par rapport à l'exploitation multisite actuelle.

**En conséquence, le Groupe de travail considère que la réalisation de l'hôpital unique devrait être effectuée dans les meilleurs délais.**

Les travaux, pour être menés à chef dans un délai d'environ 8 ans (ce qui conduit à l'horizon 2010), devraient se dérouler selon le planning résumé dans le tableau et le graphique de la page suivante.

Il s'agit là d'une description "grosses mailles" qui devrait être analysée et développée pour tenir compte des impératifs de la loi sur les marchés publics, de la légalisation des terrains et des procédures parlementaires des deux cantons.



## Planning :

Cette procédure ne concerne que le planning de la construction et de la mise en exploitation du nouvel hôpital. Un planning similaire devra être établi pour la mutation des sites existants qui reçoivent de nouvelles missions.

N°	Tâche	Durée (mois)	Commentaires
1	Recherche de site	12	Mandat des deux cantons pour rechercher le site le plus adéquat dans la région Riviera-Chablais <i>(réalisé par le présent rapport)</i>
2	Accord de principe des deux cantons	3	Accord de principe des deux Conseils d'Etat sur la mise en œuvre et le financement conjoint du projet (acceptation et acquisition du terrain, concours architectural, étude, construction et mise en œuvre)
3	Mission et cahier des charges du centre hospitalier	12	Définition de la mission et établissement du cahier des charges du futur hôpital (services, nombre de lits, équipements, surfaces, organisation et programme des locaux)
4	Acceptation et légalisation du site	12	Mise en œuvre des procédures administratives pour l'affectation du site à la construction du Centre hospitalier
5	Création du support juridique	6	Définition de la forme juridique et préparation des actes de sa création (statuts)
6	Promesse de vente du terrain	3	Préparation des actes nécessaires à l'achat du terrain (promesse de vente sous réserve de la légalisation)
7	Demande de crédit pour concours, avant projet, achat du terrain	6	Message / Exposé des motifs et projet de décret pour l'octroi du financement du concours architectural et l'achat du terrain (décrets des Grands Conseils vaudois et valaisan)
8	Concours	12	Réalisation du concours d'architecture
9	Demande de crédit pour études (avec crédit cadre)	6	Message / Exposé des motifs et projet de décret pour l'octroi du financement des études détaillées du projet choisi (décrets des Grands Conseils vaudois et valaisan)
10	Etudes	6	Etudes détaillées et devis du projet choisi
11	Demande de crédit pour construction (confirmation de crédit cadre)	6	Message / Exposé des motifs et projet de décret pour l'octroi du crédit de construction (décrets des Grands Conseils vaudois et valaisan)
12	Construction et mise en exploitation	42	Construction du bâtiment, déménagement des anciens sites vers le nouveau

*La simultanéité de réalisation de certaines tâches réduit la réalisation à 8 ans.*

N°	Tâche	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008				2009				2010			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Recherche de site	■	■	■	■																																
2	Accord de principe des deux cantons				■																																
3	Mission et cahier des charges du centre hospitalier				■	■	■	■	■																												
4	Acceptation et légalisation du site				■	■	■	■	■																												
5	Création du support juridique				■	■	■	■	■																												
6	Promesse de vente du terrain				■																																
7	Demande de crédit pour concours, avant projet, achat du terrain								■	■																											
8	Concours								■	■	■	■	■																								
9	Demande de crédit pour études (avec crédit cadre)												■	■																							
10	Etudes												■	■																							
11	Demande de crédit pour construction (confirmation de crédit cadre)																■	■																			
12	Construction et mise en exploitation																				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				



## 7. Conclusion du Groupe de travail et propositions aux Gouvernements vaudois et valaisan

Au terme de son mandat, et après une analyse approfondie des données qui lui ont été fournies ou qu'il a lui-même collectées, le Groupe de travail est en mesure de formuler les propositions suivantes :

### 7.1 Le site

Il est recommandé aux chefs des Départements vaudois et valaisan de la santé de retenir le site "**La Grange des Tilles**", propriété de la Commune de Montreux, sis sur la Commune de Rennaz, pour la construction d'un hôpital de soins aigus de 300 lits pour la région Riviera-Chablais.

### 7.2 Le programme de réalisation

#### 7.2.1. La mise en place d'un nouveau réseau

L'hôpital unique constituera le maillon central d'un dispositif hospitalier, dont les autres composantes devront également être définies parallèlement à l'élaboration du programme de prestations assigné au nouvel établissement. Dans ce cadre-là, une réflexion devra être conduite et des propositions élaborées sur l'affectation des établissements actuellement en activité.

Il sera en outre nécessaire, pour assurer la période transitoire précédant la construction du nouvel hôpital, d'assurer le rapprochement des hôpitaux du Chablais et de la Riviera, tant sur le plan structurel qu'opérationnel. Ce rapprochement devra conduire à la mise en place du nouveau support juridique du nouvel établissement.

Ces différentes opérations devraient être réalisées par un Groupe de pilotage interhospitalier et intercantonal à désigner par les deux Départements de santé des cantons de Vaud et du Valais.

#### 7.2.2. Les échéances de réalisation de l'hôpital unique

Vu le coût élevé de la maintenance des bâtiments hospitaliers actuels et l'intention clairement affirmée dans la *Déclaration commune* de limiter les investissements conservatoires au strict minimum; vu les nombreuses démarches et travaux à entreprendre et réaliser, 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 soins pour la région Chablais-Riviera dès 2010.

Le Groupe de travail remercie Messieurs les Conseillers d'Etat Burgener et Rochat de la confiance témoignée, ainsi que les experts, de l'appui qu'ils leur ont apporté dans l'exécution de leur mandat.

Les membres de ce groupe sont en mesure d'affirmer qu'ils ont accompli leur mission dans un esprit constructif, en ayant pour seul souci les intérêts de la population des régions concernées.

Les propositions qu'ils formulent ont été arrêtées à l'unanimité.

Aigle, le 19 novembre 2002

Pour le Groupe de travail  
Le Président:

Pierre Boillat, av.

