

Etat de Vaud



DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

Service de la santé publique

Annexe 5 à la Proposition au Conseil d'Etat

Rapport complémentaire

Synthèse des arguments en faveur d'un seul hôpital monosite pour la Riviera – Chablais plutôt que deux hôpitaux monosites respectivement sur les sites existants du Samaritain et d'Aigle

Octobre 2003



Table des matières

1	Rappel de la question.....	3
2	L'hôpital du futur: tendances et implications	5
2.1	<i>Nécessité de freiner l'augmentation des coûts de la santé:.....</i>	5
2.2	<i>Vieillesse de la population</i>	7
2.3	<i>Complexité croissante des cas d'hospitalisation.....</i>	8
2.4	<i>Attentes des patients</i>	9
2.5	<i>Ouverture de l'Hôpital à la communauté</i>	10
2.6	<i>Attentes des professionnels</i>	10
2.7	<i>Révision de la LAMal</i>	12
2.8	<i>Organisation</i>	13
2.8.1	Organisation multisite vs. monosite et nombre de lits.....	13
2.8.2	Décentralisation et multidisciplinarité.....	14
2.8.3	Hospitalisation vs. activité ambulatoire	15
2.9	<i>Organisation autour du patient</i>	17
2.10	<i>Progrès technologiques</i>	18
2.10.1	Incorporation de la technologie médicale	18
2.10.2	Utilisation de l'informatique et de la télécommunication	19
2.11	<i>Respect de l'environnement</i>	20
2.12	<i>Conclusions</i>	20
3	Impact financier: comparaison des options	23



1 Rappel de la question

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

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

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

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

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

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

(Les points clés de ce rapport sont joints à l'annexe 1.)

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

Ce rapport concluait que le projet était techniquement faisable mais qu'il ne permettrait au plus que 38 lits supplémentaires (soit 153 au total) et cela à un coût deux fois plus élevé que celui estimé sommairement par l'étude Cap Gemini

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

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



¹ (soit Fr. 40 millions +/- 20%) et non Fr. 20 millions), tout en subissant les contraintes majeures imposées par la structure existante du bâtiment. De plus, pendant les 4 ans du chantier, l'hôpital subirait de fortes perturbations fonctionnelles (d'où des coûts d'exploitation supplémentaires qu'on peut estimer à Fr. 18 – 20 millions).

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

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

Bien que son mandat ne le demandait pas, ce groupe a également acquis la conviction que l'option d'un nouveau centre hospitalier sur un site neuf était la seule viable et il a ajouté un argumentaire dans son rapport (section 4.3, reproduite à l'annexe 2 ci-après) expliquant cette conviction.

Enfin, dans la foulée de ce rapport, les directions des hôpitaux Riviera et du Chablais ont approfondi l'estimation des économies qu'apporterait un hôpital monosite unique et ils ont conclu qu'elles seraient de quelque Fr. 15 millions (soit Fr. 1 million de plus que l'estimation sommaire du rapport Cap Gemini ¹).

Bien qu'ayant opté en faveur de l'option de l'hôpital monosite unique dans sa déclaration commune avec le Conseil d'Etat valaisan, le Conseil d'Etat vaudois, dans le cadre de ses discussions sur son projet de rapport de politique sanitaire, a souhaité une explication plus détaillée des facteurs techniques, sociaux et financiers soutenant ce choix.

Le but de cette synthèse est donc de présenter succinctement les arguments en faveur d'un seul hôpital monosite pour la Riviera–Chablais plutôt que deux hôpitaux monosites respectivement sur les sites existants du Samaritain et d'Aigle.

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

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



2 L'hôpital du futur: tendances et implications

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

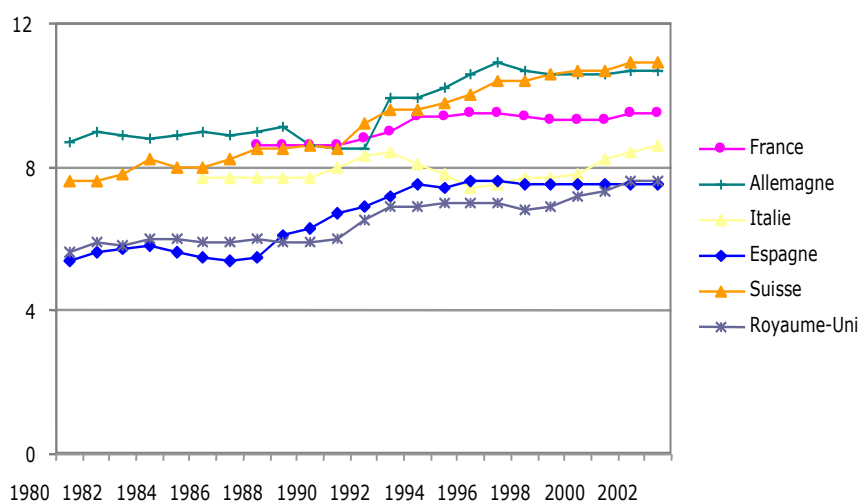
2.1 Nécessité de freiner l'augmentation des coûts de la santé:

Tendance

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

La part des soins hospitaliers dans les dépenses a connu un véritable "boom" : elle est passée de 35,7% en 1960 à 46,8% en 2002. Cependant la loi sur l'assurance-maladie de 1994, conjuguée à l'évolution technologique, notamment l'utilisation des potentialités des soins ambulatoires, ont infléchi cette tendance, car la part des soins intra-muros est en recul depuis cette date.⁵

Graphe 1
Évolution de la part des coûts de la santé dans le PIB (%) de quelques pays européens de 1980 à 2002



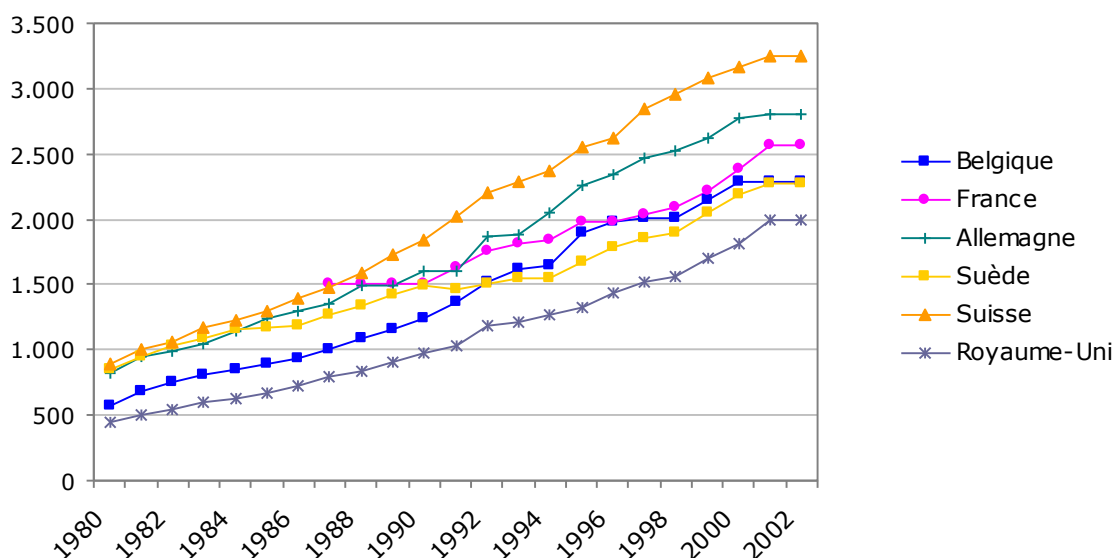
Source : Eco-santé OCDE 2003

Graphe 2

⁵ Communiqué de presse OFS, juillet 2003



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



Source : Éco-santé OCDE 2003

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

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

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

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



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

Implications

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

Face à ces implications:

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

2.2 Vieillissement de la population

Tendance

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

Les patients âgés étant hospitalisés plus souvent et plus longtemps que le reste de la population, le vieillissement démographique provoquera une augmentation à la fois du volume d'utilisation des services hospitaliers et de la complexité des cas à prendre en charge. Cette tendance sera atténuée mais non éliminée par la



diminution de l'incidence des maladies chroniques (prévue par les dernières recherches aux Etats-Unis).

Implications

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

2.3 Complexité croissante des cas d'hospitalisation

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

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



Implications

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

2.4 Attentes des patients

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

Implications

Pour répondre à cette tendance le futur hôpital devra permettre de les prendre en charge de façon personnalisée. Cette personnalisation de la prise en charge passera par des espaces eux-mêmes personnalisés :

- **Séparation complète entre activités de logistique et activités de soins** de façon à ce que les circuits de soins, des patients et d'approvisionnement soient totalement différenciés.
- **Confort :**
 - **Accueil :** zone d'accueil et salles d'attente amples.
 - **Intimité :** maximum de chambres individuelles avec de l'espace pour les accompagnateurs et des espaces différenciés selon sexe et âge.
 - **Sociabilité :** espaces réservés à des activités socioculturelles (salles d'attente, cafétérias, gymnase, école, etc.).
 - **Fonctionnalité :** toutes les zones devront être fonctionnelles afin de faciliter la circulation des patients ; toutes les installations devront être adaptées aux personnes handicapées.
 - **Flexibilité et polyvalence des espaces :** pourront ainsi être individualisées des zones ou locaux si nécessaire.



- **Luminosité** : la structure et l'orientation de l'hôpital devront permettre l'entrée de lumière naturelle dans un nombre maximal d'espaces.
- **Accessibilité** :
 - **Accès commode** aux zones de patients et de soins (couloirs amples, portes larges et coulissantes) .
 - **Répartition** claire et indépendante des **zones** tout en assurant des communications faciles entre elles.
 - **Signalisation** claires des espaces et cheminements.

2.5 Ouverture de l'Hôpital à la communauté

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

Implications

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

2.6 Attentes des professionnels

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

- Les soins aux personnes âgées et aux malades chroniques qui nécessiteront une adaptation constante de la pratique des soins et l'acquisition constante de **nouvelles compétences**, voire de **nouveaux métiers**, par exemple dans la coordination des soins et la liaison entre institutions.
- Parallèlement, les progrès technologiques, exigeront des personnels soignant et médico-technique des compétences toujours plus pointues et



régulièrement actualisées. Ils devront devenir, soit **plus polyvalents**, soit toujours **plus spécialisés**.

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

Implications

- L'incapacité du secteur sanitaire en général et des hôpitaux en particulier à répondre à ces attentes se traduit par **une pénurie de plus en plus marquée de personnel** dans les hôpitaux en Suisse comme ailleurs. Ils devront donc porter une attention particulière aux **conditions de travail : confort, fonctionnalité et ergonomie des installations et postes de travail, garderies, espaces communs agréables, parkings suffisants** constituent tous des éléments essentiels pour attirer et garder le personnel et pour assurer sa satisfaction, son implication et son rendement au quotidien. De même, le regroupement des services sur un site unique **diminuera les besoins en personnel**, notamment par l'élimination des services à double et la multiplication des équipes et des gardes / piquets que cela implique.



- Les hôpitaux devront également offrir les moyens permettant et favorisant le développement et la **mise à jour des compétences des professionnels**, soit au niveau des bâtiments, des **espaces pour la formation** des professionnels et des stagiaires à tous les niveaux.
- **Il est de nouveau indiscutable qu'un seul hôpital réunissant l'ensemble des lits de soins aigus spécialisés de la Riviera-Chablais logé dans un bâtiment neuf sera de loin plus capable de répondre aux exigences du personnel citées ci-dessus que deux hôpitaux logés essentiellement dans de vieux bâtiments.**

2.7 Révision de la LAMal

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

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

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

Implications

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



2.8 Organisation

2.8.1 Organisation multisite vs. monosite et nombre de lits

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

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

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

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

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

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

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



Regroupements hospitaliers : projets réalisés ou en cours de réalisation

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

Implications

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

2.8.2 Décentralisation et multidisciplinarité

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

Cependant, les hôpitaux les plus performants se sont rendu compte que l'organisation traditionnelle par spécialités est dépassée. Les patients sont plus



âgés plus malades, souvent de plusieurs maladies en même temps (par exemple pathologie cardiaque, hypertension et affection pulmonaire) et nécessitent un traitement de l'état global par une équipe pluridisciplinaire et autonome.

Implications

Pour répondre efficacement à de tels cas il faudra :

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

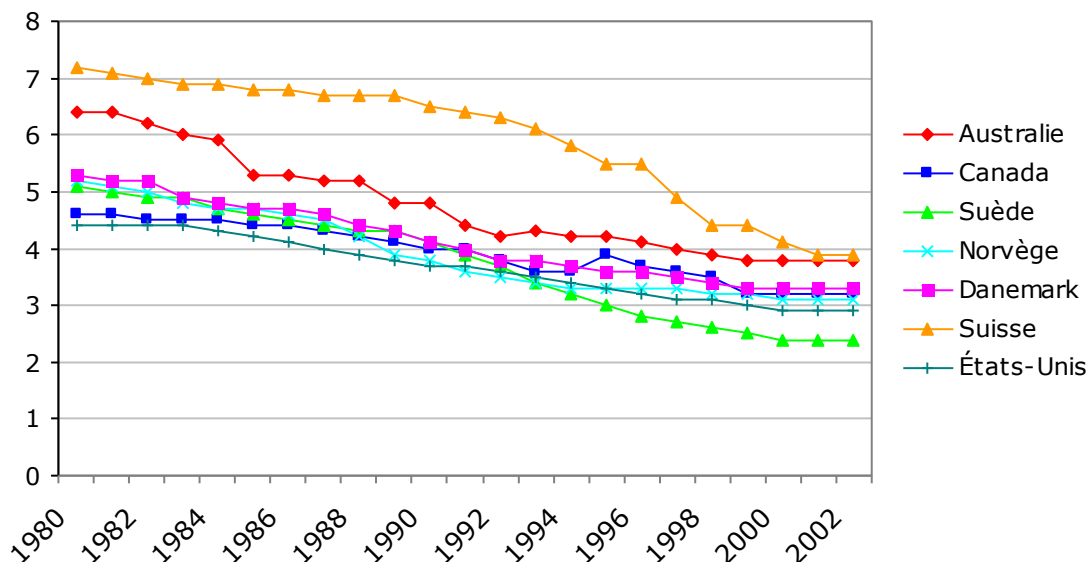
La restructuration des bâtiments existants avec seulement 150 lits n'est pas possible, d'une part à cause des contraintes physiques, d'autre part à cause de leur taille trop petite (équipes et nombre de patients n'atteignant pas les masses critiques nécessaires).

2.8.3 Hospitalisation vs. activité ambulatoire

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



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



Source : Éco-santé OCDE 2003

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

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

Cette diminution est liée à :

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

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

⁷ Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire, DSAS, 2003



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

Implications

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

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

2.9 Organisation autour du patient

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

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



Implications

- A partir de ces constatations on peut identifier neuf axes permettant d'orienter l'organisation vers le patient :
 - une organisation clientèle (et non par spécialités cliniques ou fonctions) ;
 - le travail en équipe interdisciplinaire ;
 - une gestion par processus orientée vers les résultats ;
 - la décentralisation des décisions ;
 - la décentralisation des services du support ;
 - continuité et qualité des soins ;
 - évaluation des résultats et de la satisfaction de la clientèle ;
 - implication médicale dans la gestion ;
 - responsabilisation du personnel.
- L'organisation du futur consistera ainsi en un **ensemble de services et d'activités intégrés** :
 - visant des résultats spécifiques destinés à une clientèle particulière,
 - pour lesquels sont allouées des ressources humaines, matérielles et financières.

Les hôpitaux ayant déjà pris ce virage (tel que l'hôpital Sainte-Justine de Montréal) rapportent des résultats positifs : augmentation de la satisfaction de la clientèle, bon niveau de satisfaction du personnel, amélioration de la continuité des soins.
- Pour être réellement orientée vers le patient, l'organisation de l'hôpital devra s'appuyer sur une **structure physique pouvant être adaptée** à la demande des patients, à son évolution et à ses fluctuations.
- Pour cela, la structure adoptée devra être **flexible, polyvalente et sectorisée** au travers d'espaces adaptables et **modulaires**. Ceux-ci permettront une restructuration en cas de croissance et/ou modifications de l'activité hospitalière.
- La **différenciation des espaces selon la nature de l'activité** qui s'y déroule facilitera le repérage des patients :
 - activité urgente vs. activité programmée ;
 - hospitalisation vs. activité ambulatoire ;
 - activité pédiatrique vs. pour adultes, etc.

2.10 Progrès technologiques

2.10.1 Incorporation de la technologie médicale

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

- biomatériaux/implants ;
- nanotechnologie / miniaturisation ;
- cytogénèse et régénération tissulaire ;
- vaccins (cancer, virus immunodéficients, diabète type 1 et.) ;



- médicaments ;
- génomique et biotechnologie (détection et correction d'anomalies génétiques) ;
- chirurgie non invasive ;
- radiologie interventionnelle ;
- robotique (logistique et clinique) ;
- xénotransplantations (l'offre d'organes sera alors illimitée) ;
- imagerie médicale, (disponibilité en temps réel, digitalisation, téléradiologie, traitement informatique) ;
- détecteurs (monitorage à distance des fonctions des patients).

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

Implications

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

2.10.2 Utilisation de l'informatique et de la télécommunication

Une grande partie des activités réalisées dans les hôpitaux sont déjà contrôlées par des systèmes informatiques ou peuvent l'être (rendez-vous, dossiers cliniques, admissions, tests diagnostiques, pharmacie, listes d'attente, urgences, salles d'opération, comptabilité et facturation, commandes, ressources humaines etc.). Toutefois, pour la plupart, ces applications ne sont **pas interconnectées, et ne permettent pas une gestion intégrale des informations**. Ainsi, des documents papiers sont encore nécessaires, et les structures et procédures restent lourdes, lentes, complexes et excessivement bureaucratiques. Or, la grande quantité de données générées dans un hôpital implique que sa gestion soit à la base de l'obtention d'une vision intégrée de toute l'organisation, vision qui permettra d'améliorer la qualité et l'efficacité de toutes les activités.

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

De même, les avancées dans les domaines de l'internet /télécommunications favorisent chaque jour une communication supérieure entre fournisseurs de soins, payeurs et patients. Il a été estimé que, si les patients pouvaient communiquer avec les médecins et être contrôlés à travers Internet, les visites médicales diminueraient de 20% et les médecins 2010 dédieraient 30% de leur temps de travail à l'utilisation d'outils basés sur Internet.



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

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

Implications

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

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

2.11 Respect de l'environnement

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

2.12 Conclusions

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

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

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



Economies d'échelle

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

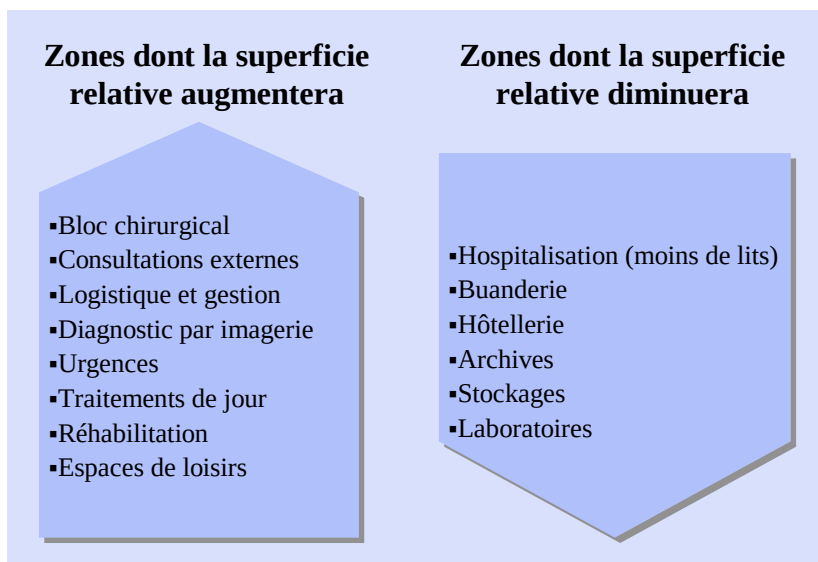
Critères organisationnels et fonctionnels

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

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

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

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



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



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

Accessibilité et intégration

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

Accès pratique et rapide pour les patients et les professionnels: connections par transport public, communication par route, places de stationnement, sorties d'urgences dégagées etc.

Intégration visuelle à l'environnement par l'utilisation de matériaux et couleurs adéquats lors de la construction.

Intégration "écologique" à l'environnement par l'utilisation de matériaux non contaminants, l'usage d'énergies renouvelables, le traitement, l'auto-épuration et le recyclage de déchets, l'insonorisation, etc.

Intégration architecturale du terrain avec les édifices et structures environnants: hauteurs, volumes, espaces ouverts, espaces verts, etc.

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



3 Impact financier: comparaison des options

En date du 10 juillet 2003, Monsieur le Conseiller d'Etat Pascal Broulis, Chef du Département des finances, a mandaté le Service d'analyse et de gestion financière (SAGEFI) pour procéder à une étude sur le futur Hôpital Riviera-Chablais. Il s'agissait d'analyser d'un point de vue financier les chiffres de divers scénarios émanant du rapport de Cap Gemini ¹.

Le SAGEFI a procédé à cette analyse⁸ et a conclu que pour le budget de l'Etat de Vaud :

- le statu quo générerait un coût supplémentaire annuel estimé à Fr. 0.242 million ;
- le scénario des deux monosites par contre dégagerait une économie budgétaire annuelle nette de Fr. 0.791 million ;
- le scénario du Centre hospitalier occasionnerait un coût supplémentaire annuel de Fr. 1.837 million.

La différence entre le gain du scénario "deux hopitaux monosites" et le coût supplémentaire du scénario «un hôpital monosite unique» serait donc de Fr. 2.627 millions.

Ces résultats, ainsi que les hypothèses de travail sont présentés ci-dessous.

(en milliers de Fr.)

	Scénario n°1	Scénario n°2		Scénario n°3		
	Statu quo	Deux monosites	Variations par rapport au scénario n°1	Un monosite	Variations par rapport au scénario n°1	Variations par rapport au scénario n°2
Economies par rapport au scénario n°1	0	8'052	+8'052	13'958	+13'958	+5'905
Part VD sur les économies *	0	3'322	+3'322	5'757	+5'757	+2'436
Investissement à réaliser	4'787	50'000	+45'213	150'000	+145'213	+100'000
Part VD sur les investissements °	3'590	37'500	+33'910	112'500	+108'910	+75'000
Charge annuelle d'intérêt (à 5%)	99	1'031	+933	3'094	+2'995	+2'063
Amortissement (s/25 ans)	144	1'500	+1'356	4'500	+4'356	+3'000
Charges totales	242	2'531	+2'289	7'594	+7'351	+5'063
Résultat VD	-242	791	+1'033	-1'837	-1'594	-2'627

* Economies par rapport au scénario n°1 : 75% VD, 25% VS, puis selon LAMal, assureurs ~45%, VD ~55%.

° Investissement : 75% VD, 25% VS

N.B. : Il n'a pas été tenu compte d'une possible modification de la LAMal qui pourrait contraindre les assureurs à participer à la moitié du financement des investissements.

⁸ Etude financière sur le futur Hôpital Riviera-Chablais, SAGEFI 30 Septembre 2003.



Le SAGEFI conclut, cependant, *"Que les gains en terme d'économie d'échelle (economy of scale) ne sont pas déterminants et peuvent être sensiblement modifiés par l'évolution des coûts, voire mis à néant par les charges de réaffectation des anciens sites, actuellement non évaluées. Par conséquent, la décision politique ne peut pas se fonder sur les seuls critères financiers, mais doit s'appuyer sur d'autres critères qui sont en particulier :*

- la nécessité de disposer d'un bassin de patients suffisamment large pour créer une expérience sur toute la palette des cas pris en charge (economy of scope),*
- la concentration suffisante de talents propices à l'amélioration des échanges d'expériences permettant d'augmenter le niveau de compétences (economy of skills)*

Enfin, les effets sur l'environnement et le trafic ne ressortent pas des différentes études effectuées. "

Compte tenu du fait que l'analyse du SAGEFI portait sur les montants utilisés par Cap Gemini Ernst & Young, et ce avec des coûts d'investissements déterminés en 2000, le SSP a jugé judicieux de procéder à une analyse complémentaire en actualisant les montants des économies d'exploitation et des investissements.

De manière générale, les évaluations effectuées par Cap Gemini Ernst & Young, n'ont pas tenu compte des investissements conservatoires qui seraient nécessaires sur les sites existants pour leur maintien dans le scénario «Statu quo». Des études récentes ont montré que les investissements conservatoires nécessaires sur l'ensemble des sites existants seraient de :

- Fr. 36 millions pour Samaritain, Montreux et Mottex, avec une répartition de 100 % VD – 0% VS ;
- Fr. 48 millions pour Aigle et Monthey, avec une répartition de 45 % VD – 55% VS.

Pour les scénarios "deux hôpitaux monosites au Samaritain et à Aigle" et "un hôpital monosite unique", des correctifs ont été apportés sur les économies d'exploitation et sur les investissements (cf. tableaux ci-dessous).

Correctifs pour le scénario «deux hôpitaux monosites»

Paramètres	SAGEFI	Actualisation	Remarques
<i>Economies</i>			
Site Samaritain	4 millions	4 millions	Idem
VD-VS	75%-25%	100%-0%	Projet Vaudois
Site Aigle	4 millions	4 millions	Idem
VD-VS	75%-25%	45%-55%	Projet intercantonal
<i>Investissements</i>			
Site Samaritain	20 millions	48 millions	Gutscher Fr. 40 millions + 20%
Répartition VD-VS	75%-25%	100%-0%	Projet Vaudois
Site Aigle	30 millions	48 millions	80 lits à Fr. 0.6 mio/lits
Répartition VD-VS	75%-25%	45%-55%	Projet intercantonal



Correctifs pour le scénario «un hôpital monosite unique»

Paramètres	SAGEFI	Actualisation	Remarques
<i>Economies</i>			
Site unique	14 millions	14 millions	Idem
VD-VS	75%-25%	75%-25%	Idem
<i>Investissements</i>			
Centre hospitalier	150 millions	180 millions	300 lits à Fr. 0.6 mio/lits
Répartition VD-VS	75%-25%	75%-25%	Idem

La répartition entre les assureurs et l'Etat restant de 45% - 55%.

Selon le modèle utilisé par le SAGEFI, on obtient :

(en milliers de Fr.)

	Scénario n°1	Scénario n°2		Scénario n°3		
	Statu quo	Deux monosites	Variations par rapport au scénario n°1	Un monosite	Variations par rapport au scénario n°1	Variations par rapport au scénario n°2
Economies par rapport au scénario n°1	0	8'052	+8'052	13'958	+13'958	+5'905
Part VD sur les économies *	0	3'211	+3'211	5'757	+5'757	+2'547
Investissement à réaliser	84'000	96'000	+12'000	180'000	+96'000	+84'000
Part VD sur les investissements °	57'666	69'600	+9'000	135'000	+72'000	+63'000
Charge annuelle d'intérêt (à 5%)	1'586	1'914	+328	3'713	+2'127	+1'799
Amortissement (s/25 ans)	2'307	2'784	+477	5'400	+3'093	+2'616
Charges totales	3'892	4'698	+806	9'113	+5'220	+4'415
Résultat VD	-3'892	-1'487	+2'405	-3'355	+537	-1'868

* Economies par rapport au scénario n°1 : 75% VD, 25% VS, puis selon LAMal, assureurs ~45%, VD ~55%.

° Investissement : 75% VD, 25% VS

N.B. : Il n'a pas été tenu compte d'une possible modification de la LAMal qui pourrait contraindre les assureurs à participer

Sur la base des hypothèses actualisées, on constate que les 3 scénarios génèrent des coûts supplémentaires annuels pour le budget de l'Etat de Vaud, soit :

1. Fr. 3.892 millions pour le "Statu quo" ;
2. Fr. 1.487 million pour le scénario "Deux hôpitaux monosites" ;
3. Fr. 3.355 millions pour le scénario "Un hôpital monosite unique".



La différence entre le scénario "Deux hôpitaux monosites" et le scénario "Un hôpital monosite unique" représente un coût supplémentaire annuel de Fr. 1.868 millions. Cette différence est moindre que les résultats de l'étude SAGEFI de Fr. 2.627 millions.

Ce résultat s'explique par le fait que les économies d'exploitation sont partagées entre l'Etat et les assureurs alors que les coûts d'investissements sont assumés entièrement par les cantons (VD et VS).

En analysant les coûts totaux, tous payeurs confondus (Assureurs et cantons), on obtient les résultats suivants :

(en milliers de Fr.)	Scénario n°1	Scénario n°2		Scénario n°3		
	Statu quo	Deux monosites	Variations par rapport au scénario n°1	Un monosite	Variations par rapport au scénario n°1	Variations par rapport au scénario n°2
Economies par rapport au scénario n°1	0	8'052	+8'052	13'958	+13'958	+5'905
Investissement à réaliser	84'000	96'000	+12'000	180'000	+96'000	+84'000
Charge annuelle d'intérêt (à 5%)	2'310	2'640	+330	4'950	+2'640	+2'310
Amortissement (s/25 ans)	3'360	3'840	+480	7'200	+3'840	+3'360
Charges totales	5'670	6'480	+810	12'150	+6'480	+5'670
Résultat VD	-5'670	1'573	+7'243	1'807	+7'477	+235

* Economies par rapport au scénario n°1 : 75% VD, 25% VS, puis selon LAMal, assureurs ~45%, VD ~55%.

° Investissement : 75% VD, 25% VS

N.B. : Il n'a pas été tenu compte d'une possible modification de la LAMal qui pourrait contraindre les assureurs à participer à la moitié du financement des investissements.

En considérant les coûts totaux, on constate que :

1. le "Statu quo" génère un coût supplémentaire annuel pour le budget de l'Etat de Vaud de Fr. 5.670 millions ;
2. le scénario "Deux hôpitaux monosites" dégage une économie annuelle de Fr. 1.573 million ;
3. le scénario "Un hôpital monosite unique" dégage une économie annuelle de Fr. 1.807 million, soit Fr. 0.234 million de plus que le scénario précédent.

Ainsi, si le choix était basé uniquement sur le critère financier, on choisirait le scénario 2 en partant du résultat pour l'Etat et le scénario 3 si on tenait compte des coûts totaux.

La future révision de la LAMal, initialement prévue pour 2005 mais vraisemblablement pour 2006 ou 2007, résoudra ce dilemme, car elle prévoit un



partage paritaire (50/50) des coûts d'exploitation et d'investissements entre les payeurs (assureurs et Etat). Compte tenu des délais de mise en œuvre mentionnés ci-dessus, cette répartition sera vraisemblablement effective au moment où le nouvel hôpital sera terminé.

L'évaluation ci-dessous montre donc le résultat avec un partage entre les payeurs pour l'ensemble des coûts(50/50).

(en milliers de Fr.)

	Scénario n°1	Scénario n°2		Scénario n°3		
	Statu quo	Deux monosites	Variations par rapport au scénario n°1	Un monosite	Variations par rapport au scénario n°1	Variations par rapport au scénario n°2
Economies par rapport au scénario n°1	0	8'052	+8'052	13'958	+13'958	+5'905
Part VD sur les économies *	0	2'919	+2'919	5'234	+5'234	+2'315
Investissement à réaliser	84'000	96'000	+12'000	180'000	+96'000	+84'000
Part VD sur les investissements °	28'833	34'800	+9'000	67'500	+72'000	+63'000
Charge annuelle d'intérêt (à 5%)	793	957	+164	1'856	+1'063	+899
Amortissement (s/25 ans)	1'153	1'392	+239	2'700	+1'547	+1'308
Charges totales	1'946	2'349	+403	4'556	+2'610	+2'207
Résultat VD	-1'946	570	+2'516	678	+2'624	+107

* Economies VD par rapport au scénario n°1 : 75% VD, 25% VS, puis selon future révision LAMal, assureurs 50%, VD 50%.

° Investissement VD : 75% VD, 25% VS, puis selon future révision LAMal, assureurs 50%, VD 50%.

En tenant compte de la future révision de la LAMal, on constate que :

1. le "Statu quo" génère un coût supplémentaire annuel pour le budget de l'Etat de Vaud de Fr. 1.946 millions ;
2. le scénario "Deux hôpitaux monosites" dégage une économie annuelle de Fr. 0.570 million ;
3. le scénario "Un hôpital monosite unique" dégage une économie annuelle de Fr. 0.678 million, soit une économie supplémentaire de Fr. 0.108 million par rapport au scénario précédent.

Conclusion

- **Il serait difficile de justifier le choix du scénario 2, deux hôpitaux monosites, qui donne le meilleur résultat pour l'Etat selon la répartition actuelle des charges, et de sacrifier ainsi les économies plus importantes données par le scénario 3 pour les assureurs, car les citoyens sont à la fois contribuables et assurés.**



- **Au moment de la mise en service du futur hôpital, la révision de la LAMal aura vraisemblablement résolu ce problème et le scénario 3, un hôpital monosite unique, sera le plus avantageux et au total et pour l'Etat.**



Annexe 1

Résumé des tendances et impacts sur l'organisation hospitalière du rapport Cap Gemini ¹

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

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

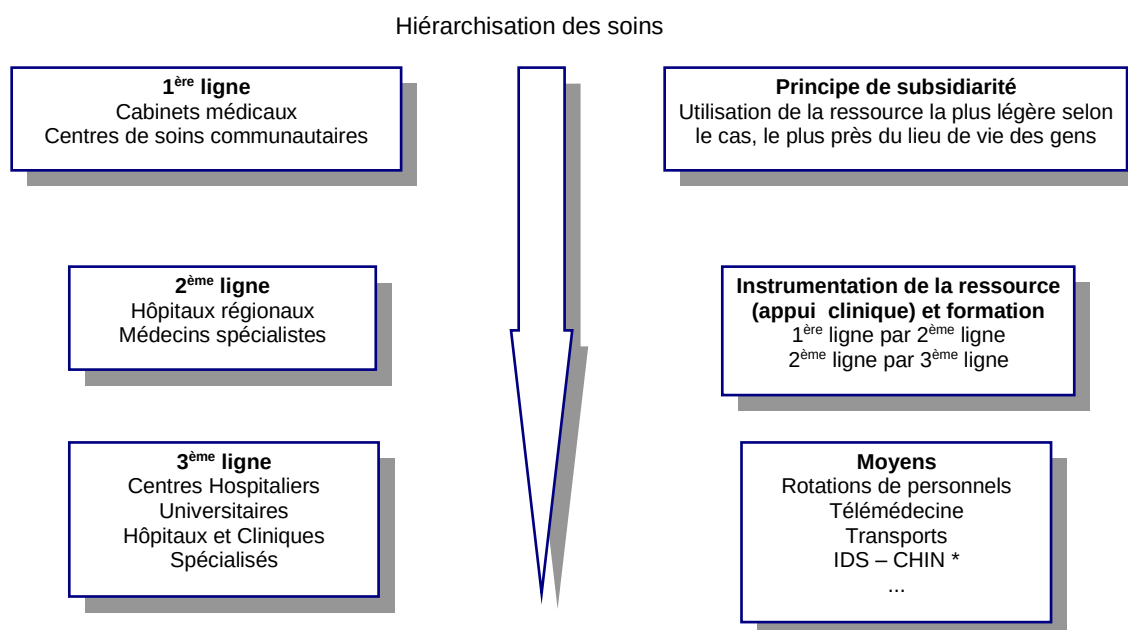
- La croissance et le vieillissement démographique ainsi qu'une précarisation économique accrue de la population.
- Des coûts de la santé qui continueront à croître plus rapidement que l'indice du coût de la vie.
- Des patients-clients de plus en plus informés et exigeants (voyez les paradigmes de la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

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

- Les pratiques médicales seront fondées sur des protocoles issus de consensus scientifiques et des analyses coûts/efficacité et coûts/bénéfices des protocoles utilisés (concept de l'evidence based medicine).
- Evolution vers la co-responsabilité patient-prescripteur dans le processus de soins. Les médecins auront de plus en plus une obligation de résultat.
- Le développement de pratiques coordonnées grâce à la mise en œuvre de réseaux hiérarchisés (voir page suivante) de services et l'emploi de nouvelles technologies.
- Des approches innovantes dans les soins et le mode de prise en charge des patients en général et des personnes âgées en particulier.
- Des soins à domicile beaucoup plus performants, permettant en particulier de ramener le patient beaucoup plus rapidement à son domicile.
- La création de nouvelles professions telles que gestionnaires de cas (case managers) dont le rôle consistera à «piloter» de manière optimale, les patients le long de la chaîne thérapeutique au sein du réseau de soins.
- L'hôpital continuera à assumer un rôle central en tant que prestataire de soins aigus, mais son intégration dans un continuum de soins s'accélérera.
- L'hôpital s'intégrera dans un système de soins élargi où l'information circule entre les différentes couches du réseau.
- Les aspects liés à la promotion de la santé ainsi que la prévention joueront un rôle prépondérant à l'avenir.



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



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

Quatre constats s'imposent d'emblée.

- | | |
|-----------------------|---|
| 1er constat : | le secteur hospitalier est engagé dans un processus de transformation radicale irréversible |
| 2ème constat : | les réseaux hospitaliers de la Riviera et du Chablais sont trop denses et ne répondent plus de manière optimale aux besoins de la médecine d'aujourd'hui et de demain |
| 3ème constat : | les résistances au changement sont importantes au sein des communautés de la Riviera et du Chablais |
| 4ème constat : | il y a unanimité quant à la réalisation d'un hôpital unique |

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

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

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



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

- Les réseaux hospitaliers valaisans et vaudois se sont constitués à une époque où l'abondance des ressources permettait de concilier la sophistication croissante des technologies avec un maillage très fin des territoires cantonaux.
- Le système est aujourd'hui caractérisé par des hôpitaux trop petits (moins de 120 à 150 lits en un seul site) et un suréquipement en plateaux techniques et en ressources généralement sous-utilisées.
- Les pressions économiques et politiques ainsi que les progrès de la médecine favorisent une concentration des ressources avec comme objectif, l'atteinte de masses critiques suffisantes, permettant d'améliorer la qualité médicale et l'efficacité.

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

- Les désavantages économiques et techniques de disposer de petits hôpitaux sous-utilisés apparaissent moins évidents aux usagers et aux collectivités locales, que la commodité d'une prise en charge de proximité dans de petits établissements de taille humaine prime.
- Les hôpitaux de zone et de district sont souvent les plus importants employeurs de leur région, ce qui explique en grande partie les freins au plan politique.
- Les liens affectifs qu'une population entretient avec «son hôpital» rendent d'autant plus difficile un changement de sa mission, voire sa fermeture.
- Quelques personnalités rencontrées dans le secteur Riviera-Chablais estiment que l'effort de fusion déjà réalisé par les hôpitaux de la région est suffisant et qu'il convient de réaliser au plus vite deux hôpitaux monosites, en laissant le soin à une prochaine génération de réaliser un seul monosite.

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

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

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

Conclusions au terme de cette réflexion sur la vision

Nos observations :

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

Nous concluons à partir de la vision et des tendances lourdes présentées dans ce chapitre et pour répondre de manière ad hoc aux besoins médicaux du secteur Riviera-Chablais, de la nécessité de ne réaliser dans l'idéal qu'un seul hôpital régional en remplacement des quatre hôpitaux situés à Vevey,



Montreux, Aigle et Monthey. La taille de cet établissement dépendra notamment du mode de collaboration/intégration qui pourra être adopté avec l'Hôpital La Providence à Vevey et la décision de maintenir ou non sur un site séparé, le CTR de Mottex.

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

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

Résumé des évaluations des trois scénarios

Scénario 1 : Statu quo

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

Avantages

- Maintien de la proximité par rapport aux médecins et aux patients
- Permet d'amortir les investissements réalisés (p.ex. à Monthey)
- Permet d'adopter une position d'attente et voir l'évolution
- Phase de stabilisation et d'apprentissage du travail à deux après une première fusion (permet de créer une culture commune)

Inconvénients

- Exploitation non optimale (activités et personnel à double, processus décisionnels plus lourds, plus de stress)
- Perte de potentiel d'économie
- Contrainte des locaux et infrastructures qui freinent l'adaptation des hôpitaux à l'évolution médicale
- Obligation de transférer les patients entre les hôpitaux
- Risque élevé de rupture avec le Valais
- Les établissements se sentent pénalisés (aucun dividende à la fusion, crainte de rester dans l'incertitude quant à la suite)
- Non atteinte de masses critiques dans certaines disciplines médicales

Points clefs

- Les hôpitaux ne sont pas satisfaits de la situation de compromis actuel
- Les partenaires (et en particulier les autorités valaisannes par rapport à l'Hôpital du Chablais) feront le "forcing" pour aller de l'avant avec une autre solution
- Les modèles de fonctionnement adoptés par les hôpitaux de la Riviera et du Chablais peuvent encore être optimisés et dégager des économies supplémentaires
- Une solution consisterait à coordonner et répartir les pôles médicaux entre les deux hôpitaux

Conclusions :

Les hôpitaux estiment qu'ils pourraient vivre avec une telle solution de statu quo, mais pas au-delà d'une dizaine d'années et à condition d'avoir une vision et des options claires pour la suite. Il faut nous souvenir que des investissements seront requis pour maintenir ce statu quo (voir estimation page 30). Entre-temps, les hôpitaux chercheront probablement des solutions de rationalisation. Par exemple



avec la réduction des DMS qui va se poursuivre, l'Hôpital du Chablais pourrait concentrer plus d'activités à Monthey et réduire les activités du site d'Aigle.

Scénario 2 : 2 monosites

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

Avantages

- Exploitation plus optimale que le statu quo (au plan médical et administratif)
- Economies substantielles par rapport au statu quo
- Plus grande proximité que le scénario 3
- Elimine les transferts de patient et de personnel
- Meilleure acceptabilité au plan politique que le scénario 3

Inconvénients

- Investissements lourds pour une solution de loin pas optimale et de plus non pérenne
- Figer une solution pour de nombreuses années

La population et les collaborateurs pourraient ne pas comprendre les raisons justifiant des investissements lourds pour une solution peu optimale

Points clefs

Du point de vue des hôpitaux, cette solution serait préférable au statu quo.

Conclusion :

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

Scénario 3 : un monosite

Avantages

- Taille optimale de l'hôpital et du bassin de captation
- Efficience d'exploitation
- Solution pérenne
- Augmentation de la qualité et de l'attractivité de l'établissement
- Solution Vaud/Valais - partage des investissements

Inconvénients

- Risque de perdre une partie de la clientèle
- Résistances politiques fortes et risques d'enlisement dans le statu quo
- Investissements importants à réaliser
- Perte de proximité (Riviera)
- Résistance des médecins (en particulier ceux de la Riviera) pour raison de déplacements, risque de changement de statut et de rémunération

Points clefs

- Cette solution fait la quasi-unanimité (sous réserve de l'emplacement d'une future entité)
- Diverses solutions existent pour maintenir des soins de proximité. Nous préconisons de favoriser la création de CSSC (p.ex. Vevey, Montreux, Monthey) qui travailleraient en réseau avec l'hôpital. Les CSSC pourraient être créés et gérés par des médecins privés (à l'exemple du Groupe Médical d'Onex).

Conclusion :



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



Annexe 2

Groupe de travail “Recherche de site Hôpital Riviera-Chablais VD/VS”, Rapport aux Gouvernements vaudois et valaisan, 19 novembre 2002, (Section 4.3, page 9)

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 faîtières 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-S² (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) (Crivelli L., Filippini M., Lunati D., Quaderno n00.08 UNISI, Lugano 2001, " Dimensione ottima degli ospedali in un Stato federale".) 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.

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 collègues 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.



Annexe 3

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

Cette étude a été demandée à un architecte de Préverenges, M. Hans Gutscher, apte à pouvoir examiner une telle possibilité en tant que futur hôpital unique de la Riviera. Sa mission avait pour but d'en analyser la faisabilité, et les conséquences positives et négatives, mais en aucun cas prouver le bien-fondé d'une telle démarche.

Examiné attentivement par un groupe de travail mandaté par le comité exécutif de l'hôpital de la Riviera, cet avant-projet mérite les commentaires suivants :

1 Du point de vue "technique et politique de la santé"

Il n'est pas raisonnable aujourd'hui d'entreprendre la transformation d'un établissement qui dépasse ses cinquante années d'existence.

- La conception évolue → l'hôpital devient de plus en plus un plateau médico-technique complexe et performant, autour duquel s'articulent des lits d'hospitalisation et d'hospitalisation d'un jour. Il n'est pas possible d'obtenir, dans la structure rigide existante, la souplesse nécessaire à la mise en place des installations techniques performantes et réadaptables selon les besoins futurs.
- Aujourd'hui, la tendance consiste à construire pour une à deux générations des hôpitaux souples et modulables afin de répondre à l'évolution toujours plus rapide de la médecine. Si les adjonctions proposées par le projet répondaient à ces critères de flexibilité, l'hôpital se verrait de toute manière handicapé par la lourde infrastructure rigide des bâtiments existants.

Une telle réalisation figerait le paysage hospitalier pour les trente prochaines années.

- Nous ne voulons pas offrir aux générations futures un outil dépassé techniquement et mal adapté aux impératifs et progrès de la médecine.
- Quel sera l'état de la structure du bâtiment principal lorsqu'il comptera huitante ans d'âge ? Des travaux de rénovation et de réadaptation devront sans cesse être mis en œuvre pour maintenir sa santé !
- Aujourd'hui déjà, une étude (Regtec) démontre qu'il faut investir plus de 6 millions de francs pour sa sécurité et le maintien de son exploitation. A cela il faut ajouter 12.4 mio qu'il faut investir pour la même opération sur les sites de Montreux et de Mottex.
- L'Est vaudois, et plus particulièrement la Riviera, demeure la seule région du canton à forte densité de population qui n'a pas bénéficié de la construction d'un hôpital ces trente dernières années.



2 Du point de vue "économique"

Investissements

Le coût annoncé de 40 millions, même s'il a été calculé au moyen du prix au m3 SIA, sera certainement largement dépassé.

- En effet cette méthode de calcul donne une approche à 25% près !
- La première opération de transformation des années quatre-vingt avait été devisée à 19 millions ; elle a en réalité coûté 26 millions, ce qui représente un dépassement d'environ 37 % ;
- Le coût des aménagements provisoires entre les différentes étapes de réalisation est sous-estimé. Ils sont importants si l'on examine bien le programme proposé.
- Les importantes pertes de recettes dues au non fonctionnement (complet ou partiel) de certains secteurs d'activité de l'hôpital pendant les travaux (bloc opératoire, service d'urgences, soins intensifs, bloc d'accouchements, unités de soins) n'ont pas été évaluées. Elles risquent de peser très lourd sur le budget d'exploitation de l'hôpital.

Exploitation

M. Gutscher " a relevé dans son étude: "certains inconvénients de l'hôpital existant subsistent inévitablement".

- Le dimensionnement et la disposition des unités de soins ne sont pas fonctionnels ; ils conduiraient à une augmentation de la dotation en personnel, car ne respectent pas les standards universellement admis.

M. Gutscher dixit: "Le dimensionnement des unités de soins et le rapport entre le nombre de lits et de postes de personnel soignant correspondant auront une influence, probablement plutôt négative, sur les coûts d'exploitation".

- Cette remarque s'applique également aux soins intensifs qui s'étirent en longueur, alors qu'ils devraient être disposés de manière concentrée et compacte.
- Le nombre de places de parc prévues est largement insuffisant pour un hôpital unisite.



3 Du point de vue de "la réalisation"

Les perturbations liées aux désagréments sonores, à la sécurité et aux problèmes d'hygiène hospitalière rencontrés durant les cinquante mois de travaux planifiés compliqueront singulièrement l'exploitation, voire la rendront impossible durant certaines périodes.

- L'activité maintenue, les inconvénients se révéleront tellement majeurs qu'ils indisposeront les patients et les dissuaderont de venir se faire soigner en ce lieu ;
- L'image de marque de l'hôpital sera ternie pour longtemps ;
- Le personnel et les médecins devront travailler de longues années dans des conditions insupportables. Resteront-ils ?

Le concept même de la transformation et l'agrandissement des bâtiments existants n'est pas crédible si l'on veut obtenir un outil performant, efficace et adaptable aux futures exigences de la médecine.

- Peu ou pas de possibilité d'extensions ;
- La situation de l'hôpital du Samaritain, si elle était à l'époque de sa construction en périphérie de ville, elle est maintenant au centre d'une zone résidentielle. D'où nuisances pour le voisinage et forts risques d'oppositions.
- Très longue période d'exécution des travaux : 50 mois !

Bruit, poussière, coupures d'alimentation, "hôpital dans un chantier" !

- Pendant la phase travaux, dans des chantiers, dont certains à caractère provisoire, déplacements des patients et du personnel, déménagements nombreux et fréquents du matériel, des machines et instruments, réinstallation de leurs alimentations.
- La mise en place de dispositifs encombrants et coûteux pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital pendant la phase des travaux.
- Adaptation "au mieux" des installations nécessaires au bon fonctionnement dans la partie actuelle des bâtiments.

Contraintes techniques, de circulation, de confort etc.

- Frais d'entretien importants et continus dans le groupe de l'hôpital existant. La gestion et le contrôle d'un bâtiment performant exigé aujourd'hui impose des solutions architecturales et techniques qui ne pourront que mal être mises en place dans le complexe actuel. D'où solution boiteuse et coûteuse.



4 La construction d'un hôpital neuf ...

- Permettrait d'éviter tous les inconvénients majeurs mentionnés ci-dessus
- Permettrait, pendant les travaux, de poursuivre l'exploitation des installations existantes de soins
- Permettrait de choisir un site approprié pour son implantation
- Permettrait de récupérer le fruit de la vente des immeubles existants, montants non négligeables !
- Permettrait, enfin, d'avoir un outil qui serait apte à répondre aux exigences actuelles et futures de la qualité des soins, du confort nécessaire pour les patients, ainsi qu'aux normes requises pour l'exécution d'un bâtiment performant sur le plan économique, technique, énergétique, et de satisfaction du développement durable.

POUR LE COMITÉ EXÉCUTIF
Le président du groupe de travail

Jean Nicollier

Composition du groupe de travail :

- MM. Jean Nicollier, président, membre du comité exécutif
Pierre Rochat, membre du comité exécutif
Philippe Collet, président de la direction générale
Dr Jean-Joseph Boillat, doyen du collège
Jean-François Brunet, directeur
Jean-Pierre Butty, directeur



Annexe 4

Monsieur le Conseiller d'Etat
Pascal Broulis
Chef du Département des finances
Rue de la Paix 6
1014 Lausanne

D. Giannoni - 629 17
Hôpital Riviera-Chablais.doc

Lausanne, le 30 septembre 2003

Étude financière sur le futur Hôpital Riviera-Chablais

1. Orientation

En date du 10 juillet 2003, vous avez mandaté le SAGEFI pour procéder à une étude sur le futur Hôpital Riviera-Chablais. Il s'agissait d'analyser d'un point de vue financier les chiffres de divers scénarios émanant d'un rapport de Cap Gemini Ernst & Young.

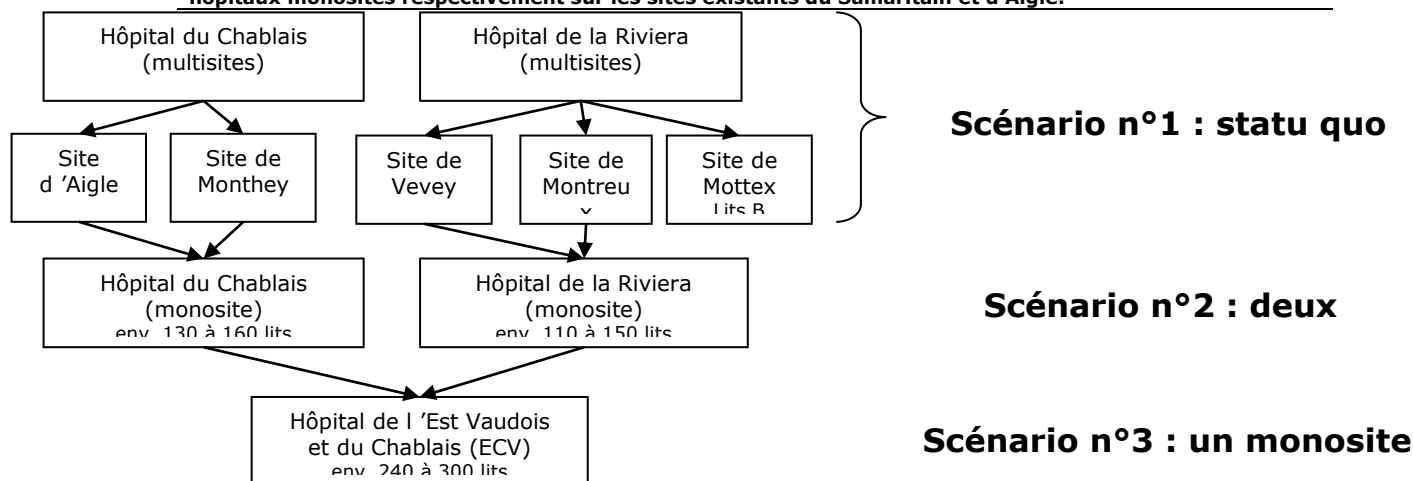
2. Situation actuelle

Au début de l'année 1998, deux hôpitaux multisites ont été créés dans la zone Riviera-Chablais des Cantons de Vaud et Valais, afin de rationaliser l'offre de soins :

- l'Hôpital de la Riviera issu de la fusion du Samaritain à Vevey, de l'Hôpital de Zone de Montreux et du Centre de Traitement et de Réadaptation (CTR) de Blonay,
- l'Hôpital du Chablais issu de la fusion de l'Hôpital de Zone d'Aigle et de l'Hôpital du district de Monthey (VS).

Les conventions de fusion des hôpitaux de la Riviera et du Chablais prévoyaient à terme le remplacement des établissements actuels par la création de deux hôpitaux sur un site unique (un pour la Riviera et un pour le Chablais). Entre-temps, un nouveau scénario a émergé, soit la concentration de ces hôpitaux sur un seul site, au lieu d'une dispersion sur deux sites.

A fin 1998, Cap Gemini Ernst & Young a été mandaté pour mener une étude devant permettre, à partir de trois scénarios, de déterminer la solution optimale en termes médical, économique, logistique, géographique et politique.



En octobre 2000, Cap Gemini Ernst & Young a remis son rapport final intitulé «Etude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais». Ce rapport recommandait la construction d'un hôpital unique, étant donné que les autres scénarios n'étaient pas viables à long terme.

En complément de cette étude, il a été demandé à Cap Gemini Ernst & Young de chiffrer les possibilités d'économies des divers scénarios par rapport au statu quo. Après une analyse rudimentaire, les consultants ont conclu que (cf. annexe 1) :

- le scénario n°2 permet des économies annuelles de Fr. 8 mios par rapport au scénario n°1,
- le scénario n°3 permet des économies annuelles de Fr. 14 mios par rapport au scénario n°1.

3. Situation projetée

3.1 Scénario n°1 : deux hôpitaux multisites

Ce scénario préconise de maintenir les hôpitaux sur leurs sites actuels. La rationalisation accrue de la répartition des missions entre les différents sites pourrait encore être valable une dizaine d'années, mais nécessite des investissements de maintenance sans offrir ni des améliorations opérationnelles, ni des économies d'exploitation notables.

Investissement

Selon le rapport de Cap Gemini Ernst & Young, les investissements à réaliser pour maintenir le statu quo pendant quelques années se montent à Fr. 4.8 mios (Fr. 2.4 mios pour l'Hôpital du Chablais et Fr. 2.4 mios pour l'Hôpital de la Riviera).

Selon le rapport sur la politique sanitaire établi en 2003 par le Service de la santé publique, les investissements conservatoires pour la période 2003-2007 devraient s'élever à Fr. 6.3 mios, uniquement pour l'Hôpital de la Riviera.

3.2 Scénario n°2 : deux hôpitaux monosites

Ce scénario prévoit la concentration des activités sur un seul hôpital par région :

- extension du site du Samaritain, à Vevey, pour la Riviera,
- extension du site d'Aigle pour le Chablais.



Cette variante, qui pourrait être une transition avant l'hôpital unique, nécessite un investissement important.

Investissement

L'investissement devrait s'élever à Fr. 20 mios pour la Riviera et Fr. 30 mios pour le Chablais. Ces montants proviennent d'une analyse grossière effectuée par Cap Gemini Ernst & Young à partir d'un ratio «coût par lit».

Il est à noter qu'une étude plus récente, effectuée en mai 2001 par Gutscher Architectes SA sous mandat de l'hôpital du Samaritain, arrive à un montant de Fr. 40 mios pour le seul site de Vevey.

3.3 Scénario n°3 : un hôpital monosite

Ce scénario préconise la construction d'un nouvel hôpital d'environ 240 à 300 lits sur un terrain de l'axe Villeneuve-Aigle, afin de répondre aux besoins sanitaires de la population des districts de Vevey, Aigle, Monthey et partiellement St-Maurice.

Investissement

Selon le rapport de Cap Gemini Ernst & Young, l'investissement devrait se monter à Fr. 150 mios.

Ce montant a été réévalué en 2003 par le Service de la santé publique à Fr. 180 mios. Il n'est pas le résultat d'un devis ou d'un budget détaillé mais provient d'un ratio «coût par lit».

$$\Rightarrow \text{Fr. } 600'000.- / \text{lit} \times 300 \text{ lits} = \text{Fr. } 180 \text{ mios}$$

La part pour l'Etat de Vaud se chiffrerait à Fr. 135 mios et, mis à part le concours d'architecture, n'aurait pas d'influence sur la législature actuelle, car les travaux de construction devraient débuter en 2007.

3.4 Indicateurs sur les différents scénarios

Le fait de regrouper les hôpitaux de la Riviera et du Chablais sur un ou deux monosites occasionne des changements structurels reportés dans le tableau ci-dessous. **Il y a lieu de relever que les économies opérationnelles ci-dessous ne prennent pas en compte les charges de capital relatives aux investissements.**

(charges en milliers de Fr.) (invest. en mios de Fr.)	Scénario n°1 Hôpitaux de l'Est vaudois (ch. 1998)	Scénario n°2				Scénario n°3		
		Riviera	Chablais	Deux monosites	Variations par rapport au scénario n°1	Un monosite	Variations par rapport au scénario n°1	Variations par rapport au scénario n°2
Nombre de sites	4	1	1	2	-2	1	-3	-1
Effectifs (ETP)	788.7	371.5	352.7	724.1	-64.6	669.5	-119.2	-54.6
Charges salariales	66'833	30'915	30'569	61'484	-5'349	56'958	-9'875	-4'526
Autres charges d'exploitation *	28'145	11'763	13'679	25'442	-2'703	24'062	-4'083	-1'379
Charges totales	94'978	42'679	44'247	86'926	-8'052	81'021	-13'958	-5'905
Investissement à réaliser	5	20	30	50	+45	150	+145	+100
Nombre de lits A	401	110 à 150	130 à 160	240 à 310	-91 à -161	240 à 300	-101 à -161	+60 à -70
Taux d'occupation moyen	70%	n.d.	n.d.	n.d.		85%	+15%	

* sans les charges de capital relatives aux investissements



3.5 Économies

Méthode de calcul

Les économies par rapport au scénario n°1 (statu quo) ont été basées sur :

- une estimation de diminution d'ETP par catégorie, établie :
 - à partir de standards utilisés par les hôpitaux de la FHV,
 - à partir des chiffres de référence d'autres hôpitaux,
 - par approximation après discussion avec les directions des hôpitaux de la Riviera et du Chablais.
- des pourcentages d'économies potentielles appliqués aux autres charges et résultants d'économies d'échelle,
- des volumes d'activités (nombre de cas et nombre de journées) constants.

	Scénario n°2	Scénario n°3
Economies sur les	Fr. 5.3 mios (-64.6 ETP)	Fr. 9.9 mios (-119.2 ETP)
	+	+
Economies sur les	Fr. 2.7 mios (-9.6%)	Fr. 4.1 mios (-14.5%)
	=	=
Economies calculées	Fr. 8 mios	Fr. 14 mios

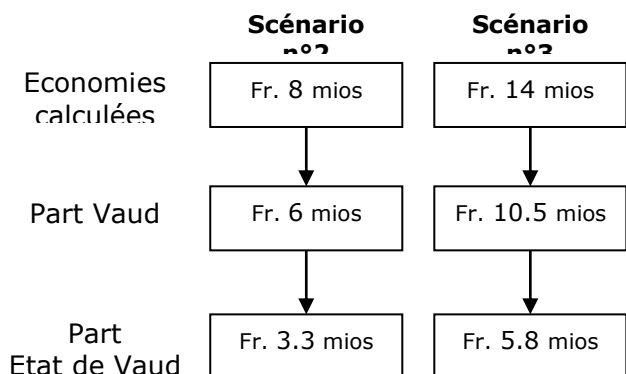
Par rapport au scénario n°1 (statu quo), le rapport de Cap Gemini Ernst & Young aboutit à des économies annuelles de Fr. 8 mios pour le scénario n°2 (deux monosites) et de Fr. 14 mios pour le scénario n°3 (un monosite), dues à :

- l'approche de la masse critique (taille optimale du bassin de population) pour les services de soutien, d'administration et de logistique,
- une meilleure gestion des lits et donc un taux d'occupation des infrastructures plus élevé,
- une nouvelle structure hospitalière mieux adaptée et mieux informatisée.



Répartition

Les économies calculées par Cap Gemini Ernst & Young touchent l'ensemble des acteurs du domaine de la santé. Néanmoins, si l'on veut connaître la part qui impactera les comptes de l'Etat de Vaud, il faut les répartir comme suit :



Les économies calculées représentent un gain pour les «citoyens – contribuables – usagers».

Elles sont attribuées à hauteur d'environ 75% au Canton de Vaud et de 25% au Canton du Valais.

Le solde se répartit suivant le modèle de financement de la LAMal (~55% pour l'Etat, ~45% pour les caisses maladie).

Autre étude

Fin 2002, les hôpitaux du Chablais et de la Riviera ont élaboré une proposition d'organisation hospitalière permettant de satisfaire aux besoins sanitaires de la population des deux régions. Cette proposition prévoit la création d'un hôpital et de deux Permanences et Centres de Traitements de Réadaptation (PCTR). Cet hôpital unique d'environ 300 lits, situé dans le périmètre de Villeneuve, doit répondre à l'ensemble des besoins en soins aigus, hormis les prestations de type universitaire, d'une population de 150'000 habitants.

En complément de cette proposition d'organisation, une estimation des économies d'exploitation liées au passage des hôpitaux de la Riviera et du Chablais sur un site unique a été calculée.

Cette estimation (cf. annexe 2), établie à partir du budget 2002, est basée sur une analyse détaillée des possibilités d'économies.

- Pour les charges salariales, les heures économisées par service et par catégorie de personnel ont été converties en ETP, puis valorisées en francs.
- Pour les autres charges, les réductions ont été estimées rubrique par rubrique.

L'économie totale ainsi calculée s'élève à Fr. 15.3 mios par année.

Toutefois, il est à noter que la création des deux PCTR générerait des coûts d'exploitation supplémentaires annuels de Fr. 8 à 10 mios, ce qui ramènerait l'économie initialement calculée entre Fr. 5.3 et 7.3 mios.

4. Conclusions

Le rapport de Cap Gemini Ernst & Young recommande la construction d'un hôpital unique pour les besoins sanitaires de la population des districts de Vevey, Aigle, Monthey et partiellement St-Maurice. En effet, après analyse, il est ressorti



que le statu quo et les deux hôpitaux monosites n'étaient pas viables sur le long terme, mais pouvaient être des étapes intermédiaires. De leur côté, les hôpitaux du Chablais et de la Riviera ont réalisé une étude d'organisation hospitalière préconisant la même solution. Quant au Service de la santé publique, il estime la construction de cet établissement comme prioritaire et l'a fait savoir dans son rapport sur la politique sanitaire établi en 2003.

L'investissement de Fr. 150 mios nécessaire à la construction de l'hôpital unique est une estimation plutôt optimiste, qui a été actualisée à Fr. 180 mios par le Service de la santé publique. En l'absence de point de comparaison au niveau suisse, cette estimation a été faite à partir d'un ratio «coût par lit».

Quant au montant de Fr. 50 mios à investir pour faire deux monosites sur la base de deux sites existants, il a été revu à la hausse de Fr. 30 mios suite à une étude d'agrandissement du site du Samaritain.

L'ampleur de ces variations démontre que seule une étude de construction permettrait de déterminer le coût du projet, et que les chiffres communiqués sont à considérer comme des prix minimums.

Au niveau de l'analyse de coûts et des possibilités d'économies, le rapport de Cap Gemini Ernst & Young a évalué à Fr. 14 mios par année les économies d'exploitation de l'hôpital unique par rapport à la situation actuelle. Le SAGEFI a pu valider ce montant en se basant sur les rapports annuels des hôpitaux fournis par le SSP et sur la méthode de calcul des économies utilisée par les consultants. De plus, l'analyse sommaire de Cap Gemini Ernst & Young a été confirmée par une étude plus récente et plus détaillée effectuée par les hôpitaux du Chablais et de la Riviera, qui a abouti à Fr. 15.3 mios d'économies annuelles.

Néanmoins, il faut relever que les économies opérationnelles calculées concernent l'ensemble des acteurs du domaine de la santé. La part finale qui impactera positivement les comptes de l'Etat de Vaud est bien moindre et devrait s'élever à environ Fr. 5.8 mios.

Pour finir, il faut aussi noter que pour pouvoir vraiment profiter des ces économies, il faudra aussi clarifier la réaffectation des anciens sites, dont les coûts ne sont pas chiffrés mais pourraient modifier sensiblement la présente étude.

5. Détermination du SAGEFI

Les chiffres étudiés par Cap Gemini Ernst & Young et validés par le SAGEFI au point 4 ci-dessus évaluent les économies globales des nouveaux sites au regard de l'activité opérationnelle d'exploitation des établissements hospitaliers. Ils ne donnent cependant pas d'information sur l'impact effectif dans les comptes de l'Etat de Vaud proprement dit, car les charges de capital (intérêt et amortissement) sur l'investissement à consentir ne sont pas calculées.

Le SAGEFI a procédé à une analyse complémentaire qui figure dans le tableau ci-dessous, où, pour chacun des scénarios, les charges de capital ont été déduites des économies opérationnelles déterminées par Cap Gemini Ernst & Young (cf. § 3.4).



(en milliers de Fr.)	Scénario n°1	Scénario n°2		Scénario n°3		
	Statu quo	Deux monosites	Variations par rapport au scénario n°1	Un monosite	Variations par rapport au scénario n°1	Variations par rapport au scénario n°2
Economies par rapport au scénario n°1	0	8'052	+8'052	13'958	+13'958	+5'905
Part VD sur les économies *	0	3'322	+3'322	5'757	+5'757	+2'436
Investissement à réaliser	4'787	50'000	+45'213	150'000	+145'213	+100'000
Part VD sur les investissements °	3'590	37'500	+33'910	112'500	+108'910	+75'000
Charge annuelle d'intérêt (à 5%)	99	1'031	+933	3'094	+2'995	+2'063
Amortissement (s/25 ans)	144	1'500	+1'356	4'500	+4'356	+3'000
Charges totales	242	2'531	+2'289	7'594	+7'351	+5'063
Résultat VD	-242	791	+1'033	-1'837	-1'594	-2'627

* Economies par rapport au scénario n°1 : 75% VD, 25% VS, puis selon LAMal, assureurs ~45%, VD ~55%.

° Investissement : 75% VD, 25% VS

N.B. : Il n'a pas été tenu compte d'une possible modification de la LAMal qui pourrait contraindre les assureurs à participer à la moitié du financement des investissements.

Il découle du tableau ci-dessus, compte tenu de la charge d'intérêt et de l'amortissement, que:

- pour le scénario 1 (statu quo), le coût supplémentaire estimé de la part vaudoise est de Fr. 0.242 mio par année,
- le scénario 2 (deux monosites) est le moins pénalisant pour le budget de l'Etat de Vaud, puisqu'il dégage une économie budgétaire nette de Fr. 0.791 mio,
- le scénario 3 (un monosite) est le plus onéreux, étant donné qu'il occasionne un coût supplémentaire annuel de Fr. 1.837 mio.

La différence entre le gain du scénario 2 (deux monosites) et le coût supplémentaire du scénario 3 (un monosite) est donc de Fr. 2.627 mios.

Le résultat ci-dessus est d'ailleurs vérifié si on applique différentes techniques d'analyse des investissements pour comparer le scénario 2 (deux monosites) avec le scénario 3 (un monosite), soit :

- la rentabilité économique (ROI), c'est-à-dire l'économie opérationnelle comparée au capital moyen investi.
- le délai de récupération du capital investi (payback et payback actualisé), soit le nombre d'années d'économies opérationnelles nécessaires pour récupérer le capital investi initialement.
- la valeur actuelle nette des économies, sur 25 ans, actualisées au taux de 5%, soit l'excédent d'économies sur 25 ans, en francs constants, par rapport au capital investi initialement.



	Scénario n°2 Deux monosites	Scénario n°3 Un monosite
Economies opérationnelles	8 mios	14 mios
Rentabilité économique (ROI)	29%	17%
Payback	6 ans	11 ans
Payback actualisé	8 ans	16 ans
Valeur Actuelle Nette (s/25 ans à 5%)	63 mios	47 mios

Après analyse complémentaire ci-dessus, il ressort que le scénario 2 (deux monosites) est le plus efficient pour l'Etat de Vaud, d'un point de vue strictement financier.

Conclusion : Les gains en terme d'économie d'échelle (economy of scale) ne sont pas déterminants et peuvent être sensiblement modifiés par l'évolution des coûts, voire mis à néant par les charges de réaffectation des anciens sites, actuellement non évaluées. Par conséquent, la décision politique ne peut pas se fonder sur les seuls critères financiers, mais doit s'appuyer sur d'autres critères qui sont en particulier :

- la nécessité de disposer d'un bassin de patients suffisamment large pour créer une expérience sur toute la palette des cas pris en charge (economy of scope),
- la concentration suffisante de talents propice à l'amélioration des échanges d'expériences permettant d'augmenter le niveau de compétences (economy of skills)

Enfin, les effets sur l'environnement et le trafic ne ressortent pas des différentes études effectuées.

Monsieur Giannoni (int. 629.17) en charge du dossier au SAGEFI se tient à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Avec mes sentiments bien dévoués.

Service d'analyse et
de gestion financières

F. Randin
Chef de service

Annexes : ment.