

Mémoire n° 110
Octobre 2007

**FEDERATION DES HOPITAUX
VAUDOIS: HISTOIRE,
IDENTITE ACTUELLE ET
SCENARIOS D'AVENIR**

Myriam Fonjallaz

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du DESS
en économie et management de la santé - Master
in Health Economics and Management (MHEM)*

**FEDERATION DES HOPITAUX VAUDOIS :
HISTOIRE, IDENTITE ACTUELLE ET SCENARIOS D'AVENIR**

par Myriam Fonjallaz

septembre 2007

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement pour leur soutien et leur aide précieuse apportée à la réalisation de ce mémoire :

- Dr Pascal Rubin, Professeur à l'IEMS, directeur de l'Hôpital neuchâtelois, comme directeur de mémoire.
- M. Robert-Paul Meier, secrétaire général de la FHV, pour tout ce qu'il m'a transmis, expliqué et permis d'apprendre.

M. Meier, en me confiant un mandat à réaliser pour la FHV, m'a permis l'apprentissage par l'immersion. Ce mandat m'a conduit à connaître la FHV à l'interne et m'a aussi donné l'occasion d'avoir des contacts avec les 13 directions d'établissements et avec des partenaires de la FHV. Ces contacts m'ont permis d'acquérir une certaine connaissance du terrain.

- Toute l'équipe du secrétariat général de la FHV, pour leur gentillesse et leur disponibilité.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
1. INTRODUCTION.....	5
2. HISTORIQUE FHV	7
2.1 DES INFIRMERIES LOCALES AU GHRV	7
2.1.1 <i>Emergence et développement des infirmeries locales au 19^{ème} siècle.....</i>	7
2.1.2 <i>Années 1930-1940 : une période d'affrontement avec l'Etat</i>	7
2.2 1947-1998 ; DU GHRV A LA FHV	8
2.2.1 <i>Le GHRV des années 50 aux années 80.....</i>	8
2.2.2 <i>Changements des années 90</i>	9
2.3 INVARIANTS DE L'HISTOIRE.....	10
2.3.1 <i>Invariants dans le statut et le rôle des établissements.</i>	10
2.3.2 <i>Invariants dans le rôle de l'association.....</i>	10
3. FHV : SITUATION ACTUELLE ET ENVIRONNEMENT	12
3.1 LA FHV ET LES ETABLISSEMENTS QUI LA COMPOSENT	12
3.1.1 <i>Présentation des établissements.....</i>	12
3.1.2 <i>Part des établissements FHV dans le paysage sanitaire vaudois</i>	15
3.1.3 <i>Résolution FHV</i>	15
3.1.4 <i>Organisation de la FHV</i>	16
3.1.5 <i>FHVI</i>	17
3.2 ENVIRONNEMENT HOSPITALIER DANS LE CANTON	17
3.2.1 <i>Historique: le mouvement naturel des fusions dans le secteur privé RIP.....</i>	17
3.2.2 <i>Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire (mars 2004).....</i>	17
3.2.3 <i>CHUV</i>	18
3.2.4 <i>Cliniques vaudoises</i>	19
3.2.5 <i>Patientèle : la population vaudoise et ses attentes</i>	19
3.3 ENVIRONNEMENT HOSPITALIER DANS LES AUTRES CANTONS.....	21
3.3.1 <i>Tendances générales et vue d'ensemble</i>	21
3.3.2 <i>Geneve</i>	22
3.3.3 <i>Neuchâtel.....</i>	23
3.3.4 <i>Fribourg.....</i>	23
3.3.5 <i>Valais</i>	23
3.3.6 <i>Jura.....</i>	24
3.3.7 <i>Berne.....</i>	24
3.3.8 <i>Tessin</i>	24
3.3.9 <i>Commentaires</i>	25
3.4 CONDITIONS CADRES DU FINANCEMENT DES HOPITAUX.....	25
3.4.1 <i>LAMal /AOS.....</i>	25
3.4.2 <i>Bases légales vaudoises.....</i>	25
3.4.3 <i>Description des flux de financement</i>	26
3.5 LES PARTENAIRES DE LA FHV	28
3.5.1 <i>Santésuisse.....</i>	28
3.5.2 <i>Hplus.....</i>	28
4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE.....	30
4.1 ANALYSE DU STATUT DE « PRIVE ».....	30
4.1.1 <i>Compléments sur le statut « privé RIP ».....</i>	30
4.1.2 <i>Analyse du statut de privé RIP /Comparaison avec un statut de droit public.</i>	31
4.1.3 <i>Indépendance managériale.....</i>	32
4.1.4 <i>Gouvernance en statut privé RIP et en statut de droit public</i>	34

4.1.5 Conclusions statut privé RIP /statut public.....	35
4.2 ANALYSE DE LA FHV	36
4.2.1 Cohésion interne de la FHV.....	36
4.2.2 Faiblesses et contradictions de la FHV	36
5. HORIZON 2012 : ETAT DES LIEUX ET SCENARIOS A ENVISAGER.....	38
5.1 LA CARTE SANITAIRE VAUDOISE	38
5.2 LE CORPS MEDICAL.....	39
5.3 LES CONDITIONS CADRES.....	40
5.3.1 Evolution des conditions cadres au niveau suisse	40
5.3.2 Evolution des conditions cadres au niveau vaudois.....	41
5.3.3 Réponses politiques du canton aux évolutions.....	42
5.4 STATUTS DES ETABLISSEMENTS INTERCANTONAUX ET DU CHUV.....	43
5.4.1 HIB.....	43
5.4.2 Hôpital Riviera-Chablais : HRC.....	43
5.4.3 CHUV.....	43
5.5 1ERS SCENARIOS : DISPARITION DU STATUT PRIVE RIP	44
5.5.1 Préalable : les questions relatives au patrimoine immobilier.....	44
5.5.2 Scénario no 1 : Structure unique centralisée.....	44
5.5.3 Scénario no 2 : Regroupements imposés au sein des centres hospitaliers.....	45
5.5.4 Scénario no 3 : Pas de regroupement imposé au sein des centres hospitaliers.....	47
5.6 SCENARIOS SUIVANTS : MAINTIEN DU STATUT PRIVE RIP	48
5.6.1 Scénario no 4 : Regroupements au sein des centres hospitaliers	48
5.6.2 Scénario no 5 : Pas de regroupement imposé autour des centres hospitaliers.....	49
5.7 LA FHV DANS LES DIFFERENTS SCENARIOS	50
5.8 CONCLUSIONS ET SCENARIO OPTIMAL	52
5.8.1 Maintien du statut de privé RIP	52
5.8.2 Autonomie et responsabilisation des établissements.....	53
5.8.3 Organisation du paysage sanitaire.....	55
5.8.4 Rôle de la FHV.....	55
6. BIBLIOGRAPHIE ET ADRESSES INTERNET.....	58
7. PRINCIPALES ABBREVIATIONS UTILISEES.....	59

1. INTRODUCTION

La fin des années 90 et le début des années 2000 ont été une période agitée à l'interne pour la FHV qui a vécu la démission puis le retour en son sein de deux de ses hôpitaux.

Par contre, durant ces années, les relations avec l'état de Vaud ont été relativement sereines. En effet, le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) était dirigé par des politiciens qui ne remettaient pas en question le statut juridique des établissements, soit le statut privé d'intérêt public (ci-après RIP).

Rien ne poussait les établissements à renforcer leur collaboration entre eux, et ceux d'entre eux qui voulaient rester très indépendants dans leur gestion en avaient le loisir. Les rapports avec l'Etat se résumaient à des négociations financières où la FHV essayait d'obtenir un maximum de ressources pour ses membres.

En 2004, l'arrivée de Pierre-Yves Maillard, politicien de gauche, comme chef du département en charge des affaires sanitaires, a soudainement fait souffler le vent du changement et remis en question le rôle et l'existence même de la FHV. Les établissements et la FHV ont senti que leur statut d'établissement privé RIP était discuté, et les termes de « cantonalisation », « centralisation », ont circulé au (DSAS) et sont parvenus jusqu'à la FHV. Les exigences du Service de la Santé Publique (SSP) en matière de reporting-controlling ont été nettement accrues par un nouveau règlement fixant les normes applicables en matière de comptabilité, de système d'information et de reporting. Le contrôle de l'Etat s'est considérablement resserré.

En mars 2004, une nouvelle organisation hospitalière cantonale a été proposée par le Conseil d'Etat et acceptée par le Grand Conseil. Cette organisation définit quatre régions hospitalières, (centre, nord, est et ouest) disposant d'un bassin de population de 150'000 à 200'000 personnes qui doivent chacune à terme n'avoir plus qu'un seul centre hospitalier. Chaque établissement a dû se poser la question de sa place dans ce paysage hospitalier à venir.

Parallèlement, en quelques années, dans trois cantons voisins du canton de Vaud, soit le Valais, Fribourg et Neuchâtel, l'organisation hospitalière s'est cantonalisée: en 2002, le Réseau Santé Valaisan est entré en vigueur, en 2005 la population neuchâteloise a accepté la création d'un Etablissement Hospitalier Multisite Neuchâtelois, et enfin au 1^{er} janvier 2007 le Réseau hospitalier fribourgeois est entré en vigueur. Cette tendance centralisatrice dans les cantons voisins a bien sûr posé la question pertinente de la nécessité d'une même évolution dans le canton de Vaud.

De plus, une pression toujours accrue des partenaires payeurs pour réaliser des économies, des ressources limitées face à une demande de soins semblant illimitée, forcent les établissements à se poser les questions de synergies potentielles, de tailles critiques et de mise en commun intelligente des ressources.

Ce vent du changement venant de la nouvelle organisation hospitalière, d'un virage politique à gauche au sein du DSAS, des cantons environnants et de la pression financière des partenaires payeurs ont conduit à cette prise de conscience qu'il fallait analyser l'évolution pour pouvoir y faire face. Une réflexion fondamentale à deux niveaux a été amorcée depuis lors :

- D'une part la FHV elle-même s'est posée la question de son avenir, étant bien entendu qu'une organisation hospitalière cantonalisée remettrait en question son existence même ; elle s'est aussi posée la question de la valeur ajoutée qu'elle apporte, du rôle que les établissements veulent lui voir jouer, rôle réduit à une simple association professionnelle sans aucune force de contrainte ou rôle fort, incontournable, permettant et favorisant toutes les mises en commun de savoir et de ressources entre établissements, avec force de contrainte le cas échéant.

- D'autre part, les établissements se sont interrogés sur les points suivants : voulons-nous à tout prix maintenir notre statut de privé RIP ? quels sont la pertinence et les avantages de ce statut ? quelle est la place de chacun dans la nouvelle organisation hospitalière ? Devons-nous donner un rôle et des moyens accrus à la FHV ?

Début 2006, un nouveau comité exécutif est entré en fonction à la FHV ; Marcel Blanc, ancien conseiller d'Etat a été remplacé à la présidence par Claude Recordon. Deux autres nouveaux membres sont entrés au comité exécutif. Décision a été prise de mener les réflexions indispensables et de répondre aux questions ci-dessus. Pour ce faire, la FHV et les établissements se sont donnés des moyens internes et ont également utilisé des ressources externes. Le fruit de ces réflexions devrait aboutir à la publication en 2007, d'un **positionnement stratégique de la FHV**.

Dans la situation actuelle, tous les acteurs (Etat, FHV et établissements hospitaliers) ont le même but : garantir une réponse adéquate aux attentes et aux besoins de santé de la population vaudoise, autrement dit, assurer pour les années à venir des soins de qualité à un coût acceptable.

Il y a cependant divergences entre eux sur les manières d'atteindre ce but. Selon les réponses données aux questions ci-dessus, de multiples scénarios sont envisagés et envisageables pour l'avenir de la FHV, de ses établissements et du paysage sanitaire vaudois.

Ce travail de mémoire commence au chapitre 2, par une introduction historique qui explique la configuration actuelle du paysage sanitaire vaudois, fruit de l'histoire, puis se poursuit au chapitre 3, par une présentation de la situation et du fonctionnement actuels de la FHV, des établissements qui la composent et par une vue d'ensemble des organisations hospitalières des cantons suisses. Au chapitre 4, une analyse des enjeux est effectuée. Enfin, au chapitre 5, différents scénarios d'avenir pour les établissements et la FHV **à l'horizon 2012** sont envisagés et une conclusion est amenée.

2. HISTORIQUE FHV

2.1 DES INFIRMERIES LOCALES AU GHRV

2.1.1 Emergence et développement des infirmeries locales au 19^{ème} siècle.

Durant **les premières décennies du 19^{ème} siècle**, l'Hôpital cantonal est le seul établissement destiné aux malades dans le canton de Vaud. Vers le milieu du siècle, les élites libérales, généralement proches de l'Eglise libre et du Réveil, favorisent la fondation d'une multitude **d'établissements locaux à caractère privé**, parmi lesquels **les infirmeries**.

Entre 1852 et 1880, ce ne sont pas moins de **14** infirmeries qui sont ouvertes dans les campagnes vaudoises. Il s'agit d'établissements de très petite taille desservis par des diaconesses et dont le financement repose en grande partie sur la générosité des notables locaux. L'Etat ne verse aucune subvention à ces infirmeries privées.

Vers le milieu des années 1860, face à l'augmentation des demandes d'hospitalisation, les autorités cantonales mènent une vaste réflexion et décident d'encourager la création d'infirmeries dans les districts afin de décharger l'Hôpital cantonal qui est la seule institution médicalisée d'envergure dans le canton.

En 1873 et 1875, deux lois sur les infirmeries sont votées, mais il n'est pas question de les soumettre à un contrôle de l'Etat. Au contraire, ces lois donnent aux infirmeries, les moyens de leur développement autonome tout en les reconnaissant officiellement d'intérêt public. L'Etat intervient d'une part par le biais de subsides de construction et de transformation et d'autre part par le paiement des journées d'hospitalisation d'indigents ; mais la propriété et la gestion des infirmeries régionales restent de nature totalement privée.

Les subventions étatiques oscillent autour d'un montant annuel de 32'000 francs jusqu'en 1900. Mais au 20^{ème} siècle, le développement des infirmeries locales, dû aux infrastructures médico-techniques sans cesse perfectionnées et à l'accroissement des capacités d'accueil, permet une forte croissance des hospitalisations. On est entré dans une phase de croissance qui ne cessera pas au cours du 20^{ème} siècle.

Pour faire des économies, l'Etat se propose de diminuer la subvention journalière pour indigents, alors même que cette subvention ne paie pas le coût réel de l'hospitalisation. C'est pour tenter de prendre une **position commune** que **des délégués des infirmeries** se réunissent une première fois à Lausanne, en avril **1883**. En **1903**, les infirmeries nomment un comité **chargé de coordonner la défense de leurs intérêts auprès de l'Etat**.

Mais il faut attendre les années 1930 pour voir les délégués des infirmeries se rencontrer régulièrement et se faire plus revendicateurs.

2.1.2 Années 1930-1940 : une période d'affrontement avec l'Etat

Au cours des années 1930, la plupart des infirmeries sont reconstruites, agrandies ou transformées grâce aux subventions de construction de l'Etat. Le nombre de lits disponibles dans l'ensemble des infirmeries du canton passe de 607 en 1909 à 1'340 en 1942. Les infirmeries sont bien équipées et

attirent des médecins et chirurgiens très bien formés. Elles peuvent donc s'occuper des cas aigus sans avoir besoin de les envoyer à l'Hôpital cantonal.

Cet état de fait provoque une remise en question de la politique hospitalière cantonale de la part de l'Hôpital cantonal et de la Faculté de médecine. En 1935, le professeur Decker, chirurgien à l'Hôpital cantonal, se plaint ouvertement à l'Etat de l'obsolescence de son service et de la vive concurrence des cliniques privées lausannoises ainsi que des hôpitaux régionaux. Il demande la centralisation à Lausanne des cas chirurgicaux aigus et la transformation des hôpitaux régionaux en institution de prise en charge des tuberculeux, des vieillards et des incurables. Il propose aussi d'utiliser les subventions comme des armes politiques.

L'association des infirmeries vaudoises réagit vivement à ces diverses velléités de réforme centralisatrice, en rappelant d'une part que ses membres sont des entreprises privées et d'autre part la reconnaissance que l'Etat doit avoir vis-à-vis de ses membres, vu les services rendus à la collectivité, services que l'Etat n'arriverait pas à assumer seul.

Les deux sources du conflit avec l'Etat, soit la **centralisation des cas aigus à l'Hôpital cantonal de Lausanne**, et le **montant des subventions étatiques**, trouvent une solution dans les années 1949-1953, dans un climat de forte croissance économique et de hausse des dépenses publiques. A la période d'affrontement qui caractérise les années 1930 et 1940, succède une phase de rapprochement et de collaboration.

C'est aussi durant ces années 1930-1940 que les infirmeries prennent petit à petit le nom d'**hôpitaux régionaux**.

En 1947, l'Association des infirmeries vaudoises (AIV) devient le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, le **GHRV** avec un comité de 5 membres aux attributions bien définies : **« la recherche et l'étude, dans un esprit de solidarité, de mesures communes, utiles à la bonne marche et au développement des hôpitaux régionaux vaudois »**.

2.2 1947-1998 ; DU GHRV A LA FHV

2.2.1 Le GHRV des années 50 aux années 80.

Dans les années 50, le GHRV **se professionnalise**, en engageant un premier salarié en la personne d'un secrétaire général.

Durant les années 50, la grande tâche du GHRV est la restructuration de l'administration des hôpitaux régionaux. La direction administrative y est encore souvent exercée par des diaconesses, dévouées mais mal préparées à des tâches de gestion. De plus, chaque établissement possède sa propre organisation et son propre système comptable.

Le GHRV met sur pied **un système comptable unifié, avec une séparation des comptes d'exploitation médicale et hôtelière**. Ce système comptable permet aux établissements de mieux connaître la part des frais médicaux dans les frais d'hospitalisation et répond à une demande de l'Etat qui veut négocier avec tous les hôpitaux **sur des bases communes**.

Mais l'application du nouveau plan comptable ne va pas de soi auprès d'hôpitaux traditionnellement soucieux de leur autonomie. Le GHRV doit convaincre les récalcitrants qu'il seront gagnants à moyen terme. Finalement, le plan comptable est accepté et restera en vigueur jusqu'en 1972.

La complexification de la comptabilité, la croissance des hôpitaux ainsi que différentes conventions signées au cours des années 50 nécessitent des personnes aux compétences administratives bien déterminées à la tête des hôpitaux. Les diaconesses, qui doivent faire face par

ailleurs à une crise des vocations, laissent alors leurs places à des directeurs administratifs dont le GHRV se soucie de la formation professionnelle.

Dans les années 60, le GHRV commence à réfléchir à un recours à l'informatique pour le traitement de la comptabilité des hôpitaux, mais le projet avorte dans un premier temps. C'est en 1968 que le projet est repris, en impliquant les hôpitaux régionaux, et l'expérience débute en 1970 avec six établissements.

Les années 60 sont aussi marquées par la signature de la première **convention d'hospitalisation** ainsi que par l'ouverture de la **Centrale d'encaissement chargée de son fonctionnement financier**. Le but du système est de garantir pour les assurances un prix d'hospitalisation identique dans l'ensemble des hôpitaux du canton (Hôpitaux régionaux et Hôpital cantonal).

Une des difficultés récurrentes lors de la mise au point des Conventions d'hospitalisation, est la question des **honoraires des médecins spécialistes et médecins chefs**. Les médecins préfèrent le système de paiement à l'acte, alors que, le GHRV et les partenaires financiers préfèrent le système de salaire forfaitaire, pour limiter les charges salariales. En fin de compte, l'impossibilité de fonctionnariser le corps médical et la volonté de contrôler les honoraires des médecins payés à l'acte mènent durant toutes ces années à de longs et difficiles pourparlers.

Une politique du personnel doit être mise sur pied ; en effet, la croissance du système hospitalier et la crise des vocations des diaconesses, nécessitent l'engagement en nombre d'une main d'œuvre infirmière qui n'est pas disponible.

Le GHRV, en collaboration avec l'Etat, participe à la mise sur pied d'institutions comme l'Ecole vaudoise de laborantines médicales, ainsi que les Ecoles d'infirmières assistantes de Morges et Vevey. Mais cela ne suffit pas et les établissements doivent recourir en masse à **du personnel étranger** pour faire face à leurs besoins.

Petit à petit, le GHRV s'impose comme un partenaire incontournable dans la réalisation de la politique hospitalière cantonale. Elle exprime ses positions ainsi : « l'exploitation des hôpitaux régionaux est une affaire privée, soutenue par l'Etat, grâce à des subventions d'exploitation. Quant aux investissements, ils doivent se faire dans le cadre de la politique hospitalière cantonale. **L'Etat met ainsi à disposition l'infrastructure et le secteur privé la fait fonctionner.** »

La bonne conjoncture économique favorise très largement le point de vue du GHRV. Les subventions globales de l'Etat en faveur des hôpitaux régionaux connaissent ainsi une forte tendance à la hausse jusque dans les années 80.

2.2.2 Changements des années 90

Au début des années 90, dans le cadre d'une politique de réorganisation du système hospitalier vaudois (fusion, mise en réseaux, etc.), et selon le principe du new public management, le GHRV se voit confier une enveloppe budgétaire globale à répartir entre ses membres. Cette nouveauté pose des problèmes au sein même du GHRV, en particulier aux établissements qui y voient un danger de perte d'autonomie.

De plus, la période est aux restrictions budgétaires et pour la première fois en 1993, l'enveloppe globale du GHRV est revue à la baisse.

Désireux de mieux défendre ses intérêts face à l'Etat, le GHRV reconnaît alors une de ses principales faiblesses dans le fait qu'il ne dispose pas d'un bon ancrage dans le monde politique et décide d'y remédier. Dès cette année là, on fait appel à des personnalités politiques externes comme des députés ou un ancien conseiller d'Etat pour présider l'association.

Cette réorientation du GHRV lui permet de mieux négocier avec l'Etat qui prévoit en 1994 d'intégrer les hôpitaux régionaux dans son plan d'économies « Orchidée II ». Le GHRV engage ses propres consultants et adopte son propre plan d'économie : « Equation 33 ».

Fin 1998, le GHRV adopte de nouveaux statuts. Le but de ces changements est d'ouvrir l'association à la notion de réseaux de soins selon les NOPS (nouvelles orientations de politiques sanitaire) décidées par l'Etat en 1997. Ce changement de statuts est accompagné d'un changement de nom : le GHRV devient la **FHV, la Fédération des Hôpitaux vaudois**.

2.3 INVARIANTS DE L'HISTOIRE

En parcourant l'histoire, depuis la création des infirmeries jusqu'à la FHV dans sa forme actuelle, on peut relever avec intérêt ce qui est **invariant**.

2.3.1 Invariants dans le statut et le rôle des établissements.

Même si au départ, les infirmeries émanent d'initiatives privées des milieux protestants, très vite, l'Etat a soutenu financièrement et légalement les infirmeries, d'une part car l'Etat en avait besoin pour répondre aux besoins d'hospitalisation et d'autre part parce que des aides financières publiques se révélaient indispensables à la survie des infirmeries. Aujourd'hui encore, les établissements ont besoin de manne financière de l'Etat, et l'Etat a besoin des hôpitaux régionaux pour assurer des soins de qualité dans tout le canton. **Les infirmeries, puis les hôpitaux régionaux sont donc depuis le début des entreprises privées, assurant un service public, et donc financées partiellement par l'Etat.**

Dès leur création, les infirmeries ont été un complément géographique à l'Hôpital cantonal, situé à Lausanne. La question qui a traversé l'histoire est le degré de centralisation des cas aigus à l'Hôpital cantonal, devenu le CHUV. A certaines périodes du 20^{ème} siècle, les équipements médicaux supérieurs des infirmeries ont inversé cette tendance à la centralisation, mais les responsables de l'Hôpital cantonal et de la Faculté de médecine ont vivement réagi. **On observe donc au fil de l'Histoire d'une part de la complémentarité et d'autre part de la concurrence entre les hôpitaux régionaux et l'Hôpital cantonal, avec en toile de fond, la question de la prise en charge des cas les plus aigus.**

La question de la négociation des montants de subsides accordés par l'Etat aux infirmeries régionales, puis aux hôpitaux régionaux est aussi un invariant de l'Histoire. C'est précisément pour contester ensemble une baisse des subventions journalières pour indigents que des délégués des infirmeries se sont réunis la première fois. Par la suite et jusqu'à aujourd'hui, la négociation de l'aide financière de l'Etat est au centre de l'activité de l'association groupant les hôpitaux régionaux. On peut remarquer que de manière cyclique, les montants accordés par l'Etat sont généreux et à la hausse, en période de croissance économique, mais que cette aide est revue à la baisse et plus âprement négociée en période de restrictions budgétaires. **On peut donc dire que les montants accordés aux hôpitaux régionaux agissent comme soupape pour le budget de l'Etat.**

2.3.2 Invariants dans le rôle de l'association.

Au sein même de l'association des hôpitaux régionaux, des invariants apparaissent aussi. On peut citer la difficulté de convaincre certains membres de changer leurs habitudes pour unifier les pratiques dans certains domaines. Cette difficulté vient soit d'une simple résistance aux changements, soit d'une crainte de perte d'autonomie de la part des membres. **Le rôle de l'association est donc invariablement de convaincre ses membres qu'un changement dans leurs habitudes peut leur être très bénéfique si ce changement permet d'être meilleur ou plus crédible lors des négociations avec les partenaires.**

La question du recrutement et de la rémunération des médecins, en particulier des spécialistes, a aussi traversé l'Histoire et continue à ce jour à être un dossier brûlant. Au cours du 20^{ème} siècle, les

hôpitaux régionaux veulent s'assurer les services d'excellents médecins, mais ne peuvent pas se permettre de trop grandes largesses financières à leur égard. **L'association doit donc invariablement aider les hôpitaux à recruter et conserver de bons médecins, sans mettre en péril leur équilibre financier.**

Finalement, l'association des infirmeries, puis des hôpitaux régionaux, est restée une association, sans force de contrainte sur ses membres. Au cours de l'Histoire, l'association a donc été plus ou moins forte et représentative, composée d'un nombre variable de membres. Un noyau dur d'établissements est resté fidèle à l'association, mais d'autres se sont retirés pour un temps et d'autres encore se sont greffés au cours du temps. **L'invariant est donc la liberté qui est laissée aux membres potentiels, d'adhérer ou non à l'association.**

3. FHV : SITUATION ACTUELLE ET ENVIRONNEMENT

3.1 LA FHV ET LES ETABLISSEMENTS QUI LA COMPOSENT

3.1.1 Présentation des établissements

En 2007, la FHV regroupe **13 établissements**, aux missions très diverses (dont deux intercantonaux), sur **26 sites différents**. Ces établissements peuvent être classés en quatre catégories.

I. CENTRES HOSPITALIERS PRINCIPAUX (multisites, avec soins aigus et suite de traitement)

HOPITAL INTERCANTONAL DU CHABLAIS

Historique : en 1998, fusion de hôpitaux d'Aigle (créé en 1867) et de Monthey (créé en 1910). En 2003, le CTR de Miremont à Leysin (créé en 1914) se joint à l'Hôpital Inter cantonal

Sites : Aigle, Monthey, Leysin

Mission : palette complète d'activité, dont 2 services d'urgence 24h/24H

Personnel : plus de 700 collaborateurs

Statut juridique : Association

HOPITAL RIVIERA

Historique : multi -sites depuis 1998

Sites : Vevey, Montreux, Blonay

Mission : palette complète d'activité, dont 2 services d'urgence 24h/24H et 2 unités de soins intensifs

Personnel : plus de 800 collaborateurs

Statut juridique : Fondation

HOPITAL INTERCANTONAL DE LA BROYE (HIB)

Historique : en 1999, fusion des hôpitaux d'Estavayer-le-Lac (FR) et de Payerne (VD)

Sites : Payerne et Estavayer

Mission : palette complète d'activités, allant des soins aigus, à la réadaptation, et un EMS

Personnel : environ 460 collaborateurs

Statut juridique : deux associations regroupées en une société simple

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU NORD VAUDOIS (EHNV)

Historique : en 2005, regroupement du Centre Hospitalier Yverdon Chamblon et du réseau de soins hospitaliers de St-Loup, Orbe et la Vallée.

Sites : Yverdon, St-Loup, Orbe, Chamblon et la Vallée de Joux

Mission : palette complète d'activités de soins et de réadaptation

Personnel : environ 1450 collaborateurs

Statut juridique : association de communes

ENSEMBLE HOSPITALIER DE LA COTE (EHC)

Historique : fusion en 2000 des hôpitaux de Morges, Aubonne et Gilly

Sites : Morges, Aubonne et Gilly

Mission : palette complète d'activités de soins et de réadaptation

Personnel : environ 920 collaborateurs

Statut juridique : trois fondations (Morges, Aubonne et Gilly) qui gardent leur existence propre

GROUPEMENT HOSPITALIER OUEST LEMANIQUE (GHOL)

Historique : en 1999, fusion de l'hôpital de Nyon (créé en 1877) et de l'hôpital de Rolle (créé en 1861)

Sites : Nyon et Rolle

Mission : palette complète d'activité dans les soins aigus à Nyon, et un Centre de pneumologie à Rolle

Personnel : environ 600 collaborateurs

Statut juridique : Société anonyme à but non lucratif.

II. INSTITUTIONS SPECIALISEES : réadaptation, neurologie, soins palliatifs

HOPITAL DE LAVAUX

Historique : création de l'Infirmierie de Lavaux, en 1942.

Site : Cully

Mission : Centre de Traitement et Réadaptation (CTR), Unité d'hébergement médico-social et Unité d'Accueil Temporaire (UAT).

Personnel : environ 100 collaborateurs

Statut juridique : Fondation

FONDATION PLEIN SOLEIL

Historique : création en 1974

Site : Lausanne

Mission : centre de neurologie, prise en charge dans les domaines de la neuro-réadaptation.

Personnel : environ 170 collaborateurs

INSTITUTION DE LAVIGNY

Historique : création en 1906

Site : Lavigny

Mission : traitement ambulatoire et hospitalier pour personnes mentalement handicapées, épileptologie, réadaptation neurologique

Personnel : environ 450 collaborateurs

Statut juridique : Fondation

FONDATION RIVE-NEUVE

Historique : création en 1988

Site : Villeneuve

Mission : centre de soins palliatifs

Personnel : environ 40 collaborateurs

Statut juridique : Fondation

Remarque : 2008 : déménagement prévu sur le site de Blonay, dans un bâtiment neuf

III. INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

FONDATION DE NANT

Historique : issue d'une initiative privée, reconnue d'intérêt public en 1961

Site : Corsier sur Vevey

Mission : soins psychiatriques hospitaliers, intermédiaires et ambulatoires

Personnel : plus de 250 collaborateurs

Statut juridique : Fondation

IV. HÔPITAUX REGIONAUX

CENTRE DE SOINS ET DE SANTE COMMUNAUTAIRE (CSSC)

Historique : création en 1998

Sites : 2 sites (Rosiers et Alpes) à Sainte-Croix

Mission : large palette d'activités de soins et d'hébergement et une UAT.

Personnel : environ 150 collaborateurs

Statut juridique : Association

HOPITAL DU PAYS D'EN HAUT

Historique : création en 1926

Sites : Château d'Oex

Mission : large palette d'activités de soins et d'hébergement

Personnel : plus de 100 collaborateurs

Statut juridique : Association, Fondation gérant le patrimoine immobilier

3.1.2 Part des établissements FHV dans le paysage sanitaire vaudois

Source : Données de référence du système sanitaire vaudois – publication SSP 2005

Statistique d'activité des établissements hospitaliers vaudois subventionnés en 2004 (hors cliniques privées = établissements FHV + CHUV)

	Nombre total de journées	Dont journées Hosp.	Nombre d'HDJ ¹	Nombre total de malades traités	Nombre de lits financés	Total personnel
Total établissements	1'050'057	1'026'474	22'745	117'388	3'213	18'151
Etablissements FHV	604'402	589'242	11'385	65'781	1'819	7'442
% FHV	57.55%	57.4%	50.05%	56.03%	56.61%	41.00%

3.1.3 Résolution FHV

Le 19 novembre 2003, les 13 établissements membres de la Fédération des hôpitaux vaudois, réunis en assemblée générale, ont souhaité marquer le 100^e anniversaire de leur association par **la présente résolution** :

« Ces 13 institutions hospitalières privées RIP affirment leur attachement à leur statut qui se caractérise par la volonté d'assumer de manière **indépendante, responsable et efficiente une mission de service public à l'ensemble de la population.**

C'est à travers une large palette de prestations de soins de qualité dans les domaines ambulatoires, des soins aigus somatiques et psychiatriques, de traitement et de réadaptation et d'hébergement médico-social qu'ils entendent promouvoir les valeurs auxquelles ils sont attachés :

La personne soignée au centre de leur attention

La taille des établissements et la dimension humaine privilégient l'écoute du patient et la personnalisation des soins.

L'universalité de l'accès aux soins

Chaque hôpital assume son devoir d'accueillir tous les patients qui se présentent spontanément. Ils sont ouverts 365 jours par année, 24 heures sur 24.

La proximité de la population

*Fortement ancrés dans le tissu socio-économique régional, ils s'appuient sur un **génie local** enrichi d'un large partage de compétences.*

Un maillon fort dans une chaîne de prestataires de soins complémentaires

La collaboration avec des partenaires régionaux permet une prise en charge de la personne dans sa globalité et une continuité dans la prestation offerte.

¹ HDJ : hospitalisation d'un jour

La créativité et la performance

Le souci permanent d'écoute des collaborateurs et la recherche constante de solutions innovatrices doit aboutir au juste rapport entre la qualité et les coûts.

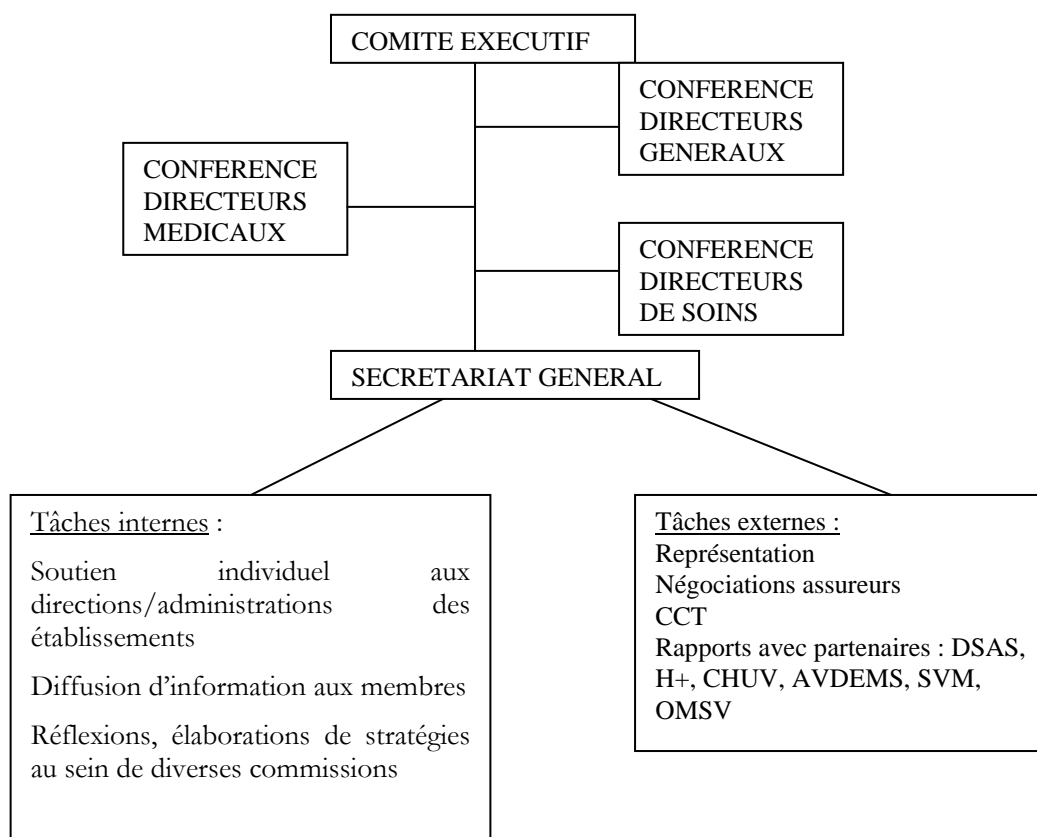
L'union et l'indépendance

C'est en partageant ses connaissances, son savoir-faire et son expertise individuels au sein d'une fédération influente que chaque membre du groupe pourra assumer ses propres défis à venir.

Forte de ses convictions, la FHV affirme qu'elle entend continuer à :

- Assurer un rôle majeur dans les choix à venir en assumant les responsabilités d'un acteur-clé écouté et respecté,
- Garantir une réponse adéquate aux attentes et aux besoins de santé de la population, surtout en période de limitation des ressources
- **Démontrer la pertinence de son statut qui intègre judicieusement la souplesse du talent privé et les devoirs liés à la reconnaissance d'intérêt public.**

3.1.4 Organisation de la FHV



Les tâches principales sont des tâches de :

- négociations/représentations,
- facilitateurs d'échange entre les établissements, par les conférences des directeurs généraux et médicaux,
- soutien aux établissements dans des domaines administratifs et juridiques,
- réflexions internes et stratégies par différentes commissions

3.1.5 FHVI

La Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique, FHVI (ex-ADIES) est une association d'utilité publique. Elle a pour but d'assister et de conseiller les établissements dans leurs projets informatiques spécifiques du domaine de la gestion et de la logistique, du médical et des soins.

La FHVI construit aussi un système d'information décisionnel et analytique, avec la mise en place d'un « datawarehouse », (ci-après DWH) pour faciliter le pilotage des établissements et dans un contexte plus large, la politique sanitaire vaudoise, en produisant les indicateurs demandés par les responsables de la gestion des établissements ou par le DSAS.

La FHVI travaille beaucoup en collaboration avec le service informatique du CHUV. De nombreux logiciels sont partagés par les deux parties ou appartiennent au CHUV, mais sont « loués » par la FHVI. Cette collaboration est un bon exemple de partage de compétences et de ressources techniques permettant d'atteindre des tailles critiques et de réaliser des synergies entre les acteurs du paysage hospitalier vaudois.

3.2 ENVIRONNEMENT HOSPITALIER DANS LE CANTON

3.2.1 Historique: le mouvement naturel des fusions dans le secteur privé RIP

Durant les années 90, le secteur privé RIP du canton de Vaud, a vécu un mouvement naturel de fusions et regroupements, intra et intercantonaux. Citons :

- La fusion des hôpitaux d'Aigle et de Monthey au sein de l'Hôpital du Chablais, en 1998
- La fusion des hôpitaux de Payerne et d'Estavayer au sein du HIB en 1999, rejoints ensuite par l'EMS des Cerisiers.
- La fusion des Hôpitaux de Nyon et de Rolle au sein du GHOL en 1999
- La fusion de l'hôpital de St-Loup-Orbe avec l'hôpital de la Vallée de Joux au sein du resHO, en 2000.
- La fusion des Hôpitaux de Morges, Aubonne et Gilly au sein de l'EHC en 2000

A la fin des années 80, le canton comptait plus de 30 établissements hospitaliers privés RIP. Ce chiffre a été divisé par deux en 15 ans, puisqu'il est de 13 en 2007.

Au contraire d'autres cantons, tel le Valais, où seule l'intervention de l'Etat, par le biais du RSV, a permis des fusions, de nombreux établissements privés RIP vaudois ont pris eux-mêmes des initiatives de regroupements.

Néanmoins, à la fin des années 90, l'autorité politique, a été plus interventionniste que jusqu'alors, en menant une réflexion globale sur l'organisation hospitalière du canton, ce qui a conduit au document décrit ci-après (3.2.2).

3.2.2 Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire (mars 2004)

Ce rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire, approuvé par le Grand Conseil en mars 2004, fixe les grandes orientations dans le domaine de la santé à l'horizon 2015-2020.

En ce qui concerne les établissements de la FHV, l'élément le plus important qui se dégage de ce rapport est la mise en œuvre de la **nouvelle organisation hospitalière autour des régions**, avec comme objectif la maîtrise des coûts et le maintien de la qualité des prestations par une bonne planification. Cette organisation hospitalière se base sur les études disponibles qui indiquent qu'un hôpital de soins aigus polyvalents, qui justifie un investissement tant du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins que du point de vue économique, **se situe entre 200 et 400 lits, à la disposition d'une région comprenant au minimum 100'000 à 150'000 habitants.**

Par conséquent, le rapport prévoit que les soins hospitaliers s'organisent selon trois niveaux à l'horizon 2015-2020 :

- le **CHUV** assurant les prestations de type universitaire pour l'ensemble du canton et une partie de la Suisse romande et qui remplit également la mission de centre hospitalier pour la région lausannoise.
- **les centres hospitaliers, monosites, ouverts 24h/24, offrant toutes les prestations, sauf celles qui sont réservées au centre hospitalier universitaire.**
- **l'hôpital régional** disposant d'un service de médecine et si nécessaire, d'un bloc opératoire pour des opérations programmées à faible risque et les centres de traitement et de réadaptation (ci-après : CTR).

ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS HOSPITALIERS :

Est vaudois : construction d'un centre hospitalier intercantonal (Vaud-Valais) de 300 lits, sur le site de Rennaz. Ce futur hôpital remplacera l'Hôpital du Chablais réparti entre Monthey et Aigle et les sites de Vevey et Montreux de l'Hôpital Riviera. Ouverture prévue à Rennaz en 2012.

Le maintien de l'hôpital régional de Château-d'Oex est prévu, avec une réévaluation régulière des activités et missions.

Ouest vaudois : pour le GHOL et l'EHC, investissements conservatoires dans un premier temps, puis un centre hospitalier unique pour l'Ouest vaudois, prévu à l'horizon 2015-2020, sur un site qui doit encore être choisi, pour remplacer les infrastructures actuelles de soins aigus à Morges, Nyon et Rolle.

Nord vaudois : avec le regroupement en 2005 du Centre Hospitalier Yverdon Chamblon et du réseau de soins hospitaliers de St-Loup, Orbe et la Vallée qui a abouti à la création des eHnv, cette région est déjà largement consolidée.

Le maintien d'activités hospitalières sur le site de St-Loup est une question ouverte. Si le site de St-Loup ferme ou change radicalement de mission, cela permettrait d'augmenter la capacité des eHnv qui dépasserait les 200 lits de soins aigus et d'y concentrer les plateaux techniques.

En ce qui concerne le HIB, ses missions devront être discutées conjointement avec le gouvernement fribourgeois

Le CSSC de Saint-Croix continuera à fonctionner tant que l'évaluation périodique démontrera l'adéquation de sa mission et la viabilité technique et économique de ses activités par rapport aux besoins de la population et à l'évolution des pratiques médicales.

Région lausannoise :

Pour les CTR de Lavaux et de Plein-Soleil, il est prévu de poursuivre et de développer la collaboration avec le CHUV.

3.2.3 CHUV

Le CHUV regroupe en son sein l'hôpital universitaire, quatre établissements affiliés (Orthopédique, Ophthalmique, Enfance et Policlinique médicale universitaire-PMU), ainsi que trois secteurs

psychiatriques (Centre, Ouest et Nord). Ce groupe d'hôpitaux est aussi désigné sous le terme Hospices-CHUV. Par souci de simplification, nous utiliserons ci-après uniquement le terme CHUV.

Le CHUV constitue un service de l'Etat rattaché au DSAS. Il assure les prestations de formation et de recherche, de type universitaire, pour l'ensemble du canton et une partie de la Suisse romande. Il remplit également la mission de centre hospitalier pour la région lausannoise.

Un projet est à l'étude actuellement, prévoyant pour 2008, la fusion du CHUV et de la Faculté de Biologie et Médecine (FBM) en une seule entité, l'école de biologie et médecine (EBM). Cette nouvelle entité serait dirigée par un président, répondant lui-même au chef du DSAS pour les questions liées au système de santé et au chef du DFJ¹ pour les questions académiques.

Dans un souci de trouver des synergies et des bonnes complémentarités entre le CHUV et les hôpitaux FHV, un modèle de collaboration a été établi en juin 2006, sous l'égide du SSP. Ce modèle détaille deux types de collaboration :

- pour des prestations fournies dans un hôpital FHV, par un spécialiste du CHUV,
- pour des prestations fournies exclusivement par le CHUV, en y associant le médecin de l'hôpital FHV envoyeur.

3.2.4 Cliniques vaudoises

L'Association vaudoise des cliniques privées « Vaudcliniques » regroupe 10 cliniques et hôpitaux privés.

Ces cliniques se situent exclusivement dans la région lémanique.

Lausanne : Cecil, Montchoisi, La Source et Bois-Cerf

Montreux : La Prairie, Valmont et Biotonus

Nyon-la Côte : Genolier, la Lignière, la Métairie

La gamme des prestations offertes est très vaste : médecine, chirurgie, soins intensifs, gynécologie /obstétrique, services médicaux techniques, psychiatrie, ophtalmologie, soins dentaires, **bien-être et remise en forme, etc...**

Les cliniques se profilent en proposant un service hôtelier et un confort de haut de gamme. Elles assurent aussi à leurs patients que les soins offerts sont de haute qualité dans tous les domaines ci-dessus. Pour se donner les moyens de la qualité, elles cherchent à attirer les meilleurs professionnels de la santé en leur offrant des conditions de travail et des rémunérations attractives.

Le nombre total de journées dans les cliniques privées vaudoises en 2004 se montait à **186'061** (journées FHV : 604'402, journées CHUV : 445'655).

3.2.5 Patientèle : la population vaudoise et ses attentes

Le canton de Vaud est le 3^{ème} canton le plus peuplé de Suisse, derrière Zürich et Berne, avec sa population résidante de 661'900 personnes au 31 décembre 2006.

La population résidante vaudoise est en hausse régulière depuis plusieurs années. Entre le 31.12.2006 et le 31.12.2007, la population a passé de 624'980 à 661'900, soit une hausse de 5%. Les différents scénarios démographiques prévoient la poursuite de cette hausse dans les années à venir, en particulier sur le bassin lémanique.

La population vaudoise peut être divisée en 4 régions, soit le Nord, l'Est, l'Ouest et la région

¹ DFJ : département de la formation et de la jeunesse

lausannoise, qui possèdent chacune un bassin de population de 150 à 200'000 habitants. Ces 4 régions sont très différentes les unes des autres de par leur spécificité géographique et de par leur degré d'urbanisation.

En comparaison, les cantons romands voisins ont la population suivante au 31.12. 2006 : Valais : 294'600, Fribourg : 257'000, Neuchâtel : 169'400 et Genève : 433'600. Le canton de Vaud a donc une population 3 à 4 fois plus importante que ses voisins Neuchâtel, Fribourg et le Valais. Dans le canton de Genève la population avoisine les deux tiers de celle du canton de Vaud, mais elle se répartit sur une très faible surface, essentiellement autour de la ville de Genève, ce qui n'est absolument pas le cas du canton de Vaud.

La population vaudoise, son augmentation régulière et à venir, ainsi que la répartition de cette population sur le territoire expliquent et justifient **une organisation hospitalière par régions**, telle que prévue dans le rapport du Conseil d'Etat.

Au-delà des chiffres de population, examinons encore les attentes de prestations de la patientèle vaudoise.

La demande de prestations de soins est en constante augmentation, pour les raisons suivantes :

- La montée de l'individualisme et l'importance croissante du corps donnent à la santé une place de plus en plus prépondérante. La santé ne se limite plus à ne pas être malade, la santé est un capital que l'on entretient, un bien pour lequel on est prêt à dépenser toujours plus.
- L'effet de l'âge : les dépenses de santé d'une personne âgée sont en moyenne cinq fois supérieures à celles de ses petits-enfants. La situation démographique actuelle du canton est telle que l'augmentation constante de la proportion des personnes âgées augmente mécaniquement le recours aux soins. **Cette situation démographique engendre aussi une importance croissante des maladies chroniques grandes consommatrices de prestations de soins.**
- L'effet de génération : le niveau d'information de la population s'améliore constamment. A état de santé identique, les seniors d'aujourd'hui ont des exigences plus élevées que celles des générations précédentes.
- L'effet du progrès technologique : les progrès médicaux (nouvelles technologies, nouveaux médicaments) permettent de réaliser des traitements et des opérations de plus en plus complexes. Il y a de moins en moins de frein « technique » à l'augmentation des besoins et des dépenses.
- Les changements au sein de la société : l'augmentation sensible de la population migrante et d'autres formes de déracinement contribue également à augmenter la demande de prestations de soins.

Cette augmentation de la demande a un coût qui se répercute sur les ménages, soit directement au travers des primes d'assurance maladie ou les paiements directs, soit indirectement au travers de l'impôt. On peut donc parler d'attitudes **paradoxales** de la population qui désire que les coûts de la santé soient maîtrisés, mais dont la demande en prestations continue de croître.

3.3 ENVIRONNEMENT HOSPITALIER DANS LES AUTRES CANTONS

3.3.1 Tendances générales et vue d'ensemble

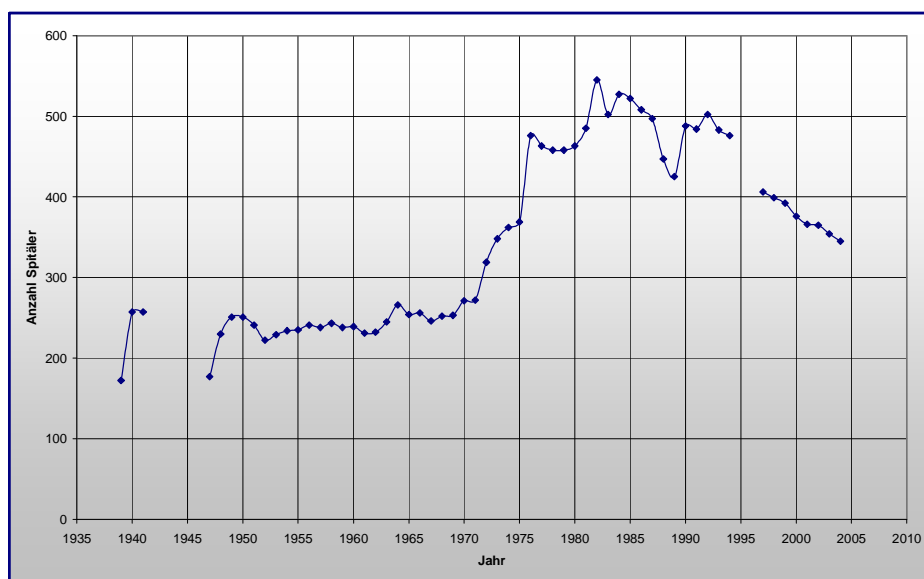
L'organisation hospitalière :

Le paysage sanitaire suisse a beaucoup changé depuis les années 80. Les changements démographiques, les déficits publics, le virage de l'ambulatoire, les exigences renforcées de qualité ont fait souffler le vent du changement sur le paysage hospitalier suisse. Cela s'est traduit par 1) une réduction du nombre de lits de soins aigus 2) une réduction du nombre des hôpitaux et 3) par une tendance générale au regroupement et aux collaborations entre établissements.

1) réduction du nombre de lits soins aigus : le nombre de lits de soins aigus a passé de plus de 43'000 en 1990 à 26'000 en 2004, soit une diminution de 40%. Dans les cantons d'AI, GR, VS et ZG, la diminution a été de 69%.

2) réduction du nombre d'hôpitaux : le nombre d'hôpitaux publics a passé de 259 à 213, soit une diminution de 18%, entre 1997 et 2004. De 1996 à 2005, 10 cantons ont fermé un ou plusieurs hôpitaux de soins aigus. Certains de ses établissements n'ont pas été réaffectés, d'autres ont changé de mission et sont devenus des EMS ou des CTR.

Nombre d'hôpitaux de soins aigus : 1939-2004



3) Regroupements et collaborations : actuellement, les réductions de lits aigus et d'hôpitaux se poursuivent, mais de manière plus douce, par contre, pour dégager des ressources et pour faire face aux exigences de maîtrise des coûts et de garantie de qualité des prestations, **les établissements sont contraints de renforcer les collaborations entre eux**. Cela passe par une simple politique d'achats commune ou par d'autres synergies jusqu' à des regroupements de plusieurs entités en une seule entité juridique. La tendance est aussi à la spécialisation dans certains domaines et à l'abandon d'autres prestations pour réaliser des économies d'échelle et disposer des plateaux techniques nécessaires ainsi que du personnel qualifié.

Le même besoin de regroupements se manifeste dans le domaine de la médecine de pointe au niveau suisse. Les cantons possédant une médecine universitaire tentent depuis les années 90 de se

coordonner dans les domaines nécessitant des plateaux techniques très lourds, du personnel aux compétences pointues et une masse critique d'interventions permettant d'assurer une certaine qualité. Des dissensions politiques ont pour l'instant empêché la signature d'un accord réglant les modalités de coordination et de répartition.

Citons toutefois la réussite que constitue l'accord de collaboration entre Vaud et Genève, pour la médecine des transplantations et pour la neurochirurgie. En 2004, un Réseau romand hospitalo-universitaire a été mis en oeuvre ce qui a permis de répartir les transplantations entre le CHUV et les HUG¹. En 2007, cette répartition a été faite pour les spécialisations de neurochirurgie.

L'organisation juridique :

Depuis les années 80, le vent de la réforme a soufflé au niveau de l'organisation des soins, mais ce vent de la réforme a aussi soufflé sur l'organisation juridique du paysage hospitalier. Vingt-quatre des vingt-six cantons ont modifié ou sont en train de modifier plus ou moins en profondeur, le statut juridique de leurs établissements subventionnés. Seuls BS et BL n'ont pas changé du tout la forme juridique de leurs hôpitaux.

A ce jour, en faisant un rapide tour d'horizon de l'ensemble des cantons suisses, on constate une grande diversité d'organisations et de formes juridiques. On touche là une expression du fédéralisme qui, en matière de politique sanitaire, délègue à chaque canton la compétence dans le domaine de la planification et de l'organisation.

Vue d'ensemble :

Dans 6 petits cantons dont Genève, il n'y a qu'un établissement hospitalier public, ayant le statut d'établissement autonome de droit public.

A Zoug, il n'y a également qu'une seule entité hospitalière, mais elle a un statut de SA.

Dans 8 cantons, dont Zürich, Berne et Vaud, soit les 3 cantons les plus peuplés, la structure hospitalière est décentralisée, en plusieurs hôpitaux ou groupes d'hôpitaux, ayant des statuts juridiques différenciés : privé RIP, autonome de droit public, service de l'Etat, société anonyme de droit public.

Dans 7 autres cantons, dont Neuchâtel, Fribourg, Valais, Tessin et Jura, plusieurs établissements sont regroupés en une seule structure hospitalière centralisée, ayant le statut d'établissement autonome de droit public. En comparant ces cantons, on remarque que l'autonomie décisionnelle de la structure centrale, par rapport au gouvernement cantonal, varie beaucoup.

Dans les cantons de Thurgovie et de Soleure, il y a aussi une structure centralisée, mais celle-ci a un statut de SA.

Enfin, constatons que sur les 26 cantons, 12 d'entre eux ont des hôpitaux ayant un statut assimilable au statut de privé RIP.

Ci-dessous, nous examinerons plus en détails l'évolution de l'organisation hospitalière et juridique dans les 15 dernières années, dans les cantons voisins et latins.

3.3.2 Geneve

Votée par le Grand Conseil le 18 novembre 1994, la réforme hospitalière a institué **les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)**, fusion des différents établissements publics médicaux en **une seule entité**. Les HUG comprennent quatre sites hospitaliers et ont un statut d'établissement autonome de droit public.

Un élément important du paysage hospitalier genevois est l'existence, sur le territoire exigu du canton, de huit cliniques privées regroupées au sein de l'Association des Cliniques privées

¹ HUG : hôpitaux universitaires genevois

Genevoises. Les plus importantes sont la clinique Beaulieu, la clinique des Grangettes et l'Hôpital de la Tour.

3.3.3 Neuchâtel

Le 30 novembre 2004, le Grand Conseil du canton de Neuchâtel, sur proposition du Conseil d'Etat, a accepté la loi sur l'**Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM)**.

Mais en février 2005, un référendum contre cette loi a été déposé. Ce référendum, lancé par la gauche, s'opposait en particulier au statut de l'EHM, soit un statut de droit public indépendant de l'Etat. La population neuchâteloise a donc dû voter le 5 juin 2005, et elle a largement accepté la LEHM dans une proportion de 74.5%.

L'EHM est, comme mentionné ci-dessus, un établissement de droit public cantonal, indépendant de l'Etat et doté de la personnalité juridique. Il déploie ses activités sur 7 sites.

Le Conseil d'Etat nomme les sept membres du Conseil d'Administration, dont le président assure le lien avec le Département de la Santé et des Affaires sociales (DSAS).

3.3.4 Fribourg

Le 27 juin 2006, le Grand Conseil du canton de Fribourg, sur proposition du Conseil d'Etat, a accepté la loi sur le **Réseau hospitalier fribourgeois (RHF)**, loi entrée en vigueur le 01.01.07.

Une large part du monde politique soutenait cette loi. Les opposants, dont la principale pierre d'achoppement était la cession à l'Etat des biens hospitaliers propriété des communes, n'ont pas été assez forts pour lancer un référendum.

Cette loi réunit les structures hospitalières existantes (à l'exception de l'Hôpital psychiatrique cantonal) au sein du RHF. L'Hôpital d'Estavayer-le-Lac qui collabore avec le site de Payerne au sein du HIB est exclu du RHF.

Le RHF qui exerce son activité sur 6 sites, est un établissement de droit public doté de la personnalité juridique. Il est rattaché administrativement à la Direction de la santé et des affaires sociales. Le Conseil d'Etat nomme les membres du Conseil d'administration qui compte parmi ses membres le Conseiller d'Etat en charge du domaine de la santé.

3.3.5 Valais

Les hôpitaux et les instituts médico-techniques du Canton du Valais sont réunis dans le **Réseau Santé Valais** depuis le 1^{er} février 2002. A cette date, par décret, le Grand Conseil Valaisan approuvait la création d'un établissement autonome de droit public. Cette fusion de dix institutions permettait la création d'une seule région hospitalière, avec trois centres hospitaliers du Haut Valais, du Centre et du Chablais.

Les communes restaient maîtres de l'activité des hôpitaux, mais devaient appliquer les décisions du RSV. Cette situation impliquait logiquement un pouvoir d'action limité de ce de dernier. De plus, il existait une discordance entre le statut de droit privé des associations de communes «propriétaires et gérantes» des hôpitaux et les règles de droit public que les payeurs avaient l'obligation de faire respecter avec l'appui du RSV. Ayant constaté les limites de ce système, le Grand Conseil a adopté un nouveau texte par décret du 4 septembre 2003 qui dans une optique de clarification des compétences, **a transféré la gestion des hôpitaux des associations de commune au RSV et a supprimé la participation financière des communes aux dépenses des hôpitaux**. A noter que la partie valaisanne de l'hôpital du Chablais fait partie du RSV, mais qu'elle y a un statut particulier.

Le Conseil d'Etat désigne les membres du Conseil d'administration du RSV ainsi que son président. Il exerce la surveillance sur le RSV en contrôlant sa gestion et ses comptes, par l'intermédiaire du DSAS. Le RSV n'a qu'une très faible autonomie par rapport à la sphère politique.

3.3.6 Jura

En 1995, suite à la votation populaire du 28 novembre 1993 acceptant une modification de la Constitution cantonale, trois sites hospitaliers, ainsi que deux homes médicalisés ont été réunis au sein d'un **établissement autonome de droit public : le Centre de Gestion Hospitalière (CGH)**.

En 2002, un nouveau projet, **Hôpital du Jura (H-JU)** a été adopté par le Parlement, dans le but d'une meilleure maîtrise des charges hospitalières. La nouvelle entité ne diffère pas du CGH d'un point de vue juridique et organisationnelle, mais elle n'a plus que 2 sites principaux : Delémont et Porrentruy.

Néanmoins, il apparaît que les réformes entreprises sont encore insuffisantes et doivent être poursuivies : *Journal le Temps, 29.03.07* : J.-L. Crevoisier, chef du département médical de l'Hôpital du Jura: « *privilegions la qualité de la prise en charge et l'efficacité aux dépens de la proximité* ». Sous l'impulsion de ses dirigeants, l'H-JU étudie la concentration à Delémont des soins aigus de la médecine interne et de la chirurgie d'urgence. D'autre part, l'H-JU cherche à collaborer de mieux en mieux avec ses voisins bernois et bâlois.

3.3.7 Berne

Les hôpitaux du canton de Berne possèdent des structures juridiques **diverses**.

- L'Hôpital universitaire de l'île est une fondation de droit privé et le reste à ce jour.
- Le secteur psychiatrique est composé d'hôpitaux cantonaux et de cliniques privées.
- Pour les autres hôpitaux, soit les hôpitaux régionaux et de district, les dernières années ont été riches en mutations :

Dès 1999, par mesure d'économies, la majorité des hôpitaux ont fusionné en six groupes hospitaliers régionaux (Regionale Spitalzentren, RSZ) choisissant un **système juridique mixte : la société anonyme de collectivité publique**. L'exploitation de ces groupes hospitaliers était dans les mains des sociétés anonymes, dont les actions étaient détenues par les associations de commune, associations qui étaient aussi propriétaires des infrastructures.

Dès 2007, **c'est le canton qui possède les actions des six sociétés anonymes**. Le canton est donc propriétaire des infrastructures et responsable de l'exploitation. Les associations de commune ont touché une indemnité pour les biens repris par le canton. Au parlement, la gauche aurait préféré la forme juridique d'un établissement autonome de droit public, mais ils ont dû accepter le maintien du **statut juridique de sociétés anonymes de collectivité publique**.

3.3.8 Tessin

Depuis 1982, les hôpitaux publics du canton du Tessin sont gérés par un établissement autonome de droit public, dénommé « **Ente ospedaliero cantonale** », **EOC**, réparti sur 8 sites. L'EOC est une entreprise publique dotée d'une grande autonomie de gestion et d'action, selon les principes du New Public Management en vigueur au sein de l'administration tessinoise. Par exemple, l'EOC dispose d'une très importante liberté dans la gestion des RH et des politiques salariales.

Il faut souligner la situation particulière du canton de Tessin, dont la moitié des lits sont dans des cliniques privées. **Cette réalité de grande concurrence a poussé l'EOC à rechercher le maximum d'efficacité et à demander et obtenir des méthodes de gestion calquées sur les méthodes du privé tout en restant de droit public.**

3.3.9 Commentaires

On constate deux tendances contraires dans l'évolution de l'organisation juridique, dans les cantons latins et dans les cantons alémaniques. En effet, à l'exception du canton de Vaud, tous les cantons latins ont passé d'une structure décentralisée à une structure centralisée, plus ou moins dépendante du gouvernement cantonal. C'est certainement là, l'influence du Tessin qui a eu un rôle de pionnier dans le regroupement de ses hôpitaux au sein d'un établissement de droit public, en 1982 déjà.

Par contre, dans les cantons alémaniques, les changements qui ont eu lieu ont donné plus d'indépendance aux hôpitaux qui, de services de l'Etat, ont été transformés en entités autonomes de droit public ou en SA. Les structures de droit privé RIP déjà existantes ont conservé leur statut.

Les communes qui ont eu un rôle important dans l'histoire des hôpitaux disparaissent peu à peu du paysage ; elles cèdent la gestion et la propriété des hôpitaux à des structures plus larges ou aux cantons.

3.4 CONDITIONS CADRES DU FINANCEMENT DES HOPITAUX

Le secteur stationnaire représente un tiers des coûts de l'Assurance Obligatoire des Soins (AOS). Le financement des hôpitaux est donc un élément central de maîtrise des coûts de la santé.

Les conditions cadres du financement des hôpitaux vaudois sont données :

- d'une part dans la partie de la LAMal, qui traite de l'AOS,
- d'autre part dans des lois cantonales vaudoises du domaine de la santé.

3.4.1 LAMal /AOS

Le financement des hôpitaux est traité dans le chapitre 3, concernant les prestations admises (art. 24 à 34) et dans le chapitre 4, concernant les fournisseurs de prestations (art. 35 à 59).

Signalons quelques articles prioritaires et au centre d'enjeux importants :

- *art. 32 : conditions de prise en charge des prestations : efficacité, économie et adéquation.*
- *art. 39 : hôpitaux et autres institutions*, donnant en détail les critères d'admission en tant que fournisseur de prestations AOS d'un établissement
- *art. 41 : choix du fournisseur de prestations et prises en charge des coûts* donnant le détail de l'étendue du choix du fournisseur de prestations.
- *art. 58 : garantie de la qualité* : fixant la compétence donnée au Conseil Fédéral de prévoir des contrôles systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations prises en charge par l'AOS

3.4.2 Bases légales vaudoises

Bases légales de la reconnaissance d'intérêt public par le canton

La Loi sur la Santé Publique, LSP (800.01) (entrée en vigueur le 29.05.85)

La loi a pour but de contribuer à la sauvegarde de la santé de la population et d'encourager la responsabilité collective et individuelle dans le domaine de la santé. (LSP)

Elle régleme entre autre les professions de la santé et les conditions d'obtention des autorisations d'exploiter des établissements.

La Loi sur la Planification et le Financement des établissements RIP et des réseaux de soins, LPFES (810.01) (1^{ère} entrée en vigueur le 06.02.79, entrée en vigueur de la dernière modification : 01.07.06).

La loi a pour but d'assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la collectivité, ainsi que de fournir une information appropriée à la population. (LPFES).

La LPFES est une loi-cadre qui définit le partage des rôles entre l'Etat et les établissements subventionnés. Elle a pour objet **la planification** et le financement des établissements sanitaires RIP et des réseaux de soins. Les articles principaux pour les établissements de la FHV sont :

- l'Art. 4, donnant les critères de reconnaissance du caractère d'intérêt public
- l'Art. 6 définissant la répartition des compétences entre l'Etat et les établissements
- les Art. 18 à 23 détaillant le but et la portée de la planification
- les Art. 25 à 32 détaillant le financement des établissements

La révision entrée en vigueur en 2006 a eu des conséquences importantes.

En effet, les conditions de reconnaissance d'intérêt public ont été élargies à l'application d'une CCT ou au respect des exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail du personnel. La loi prévoit notamment un barème de rémunération des fonctions directoriales et administratives.

Les hôpitaux ont dû également se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution des bénéfices et coordonner leur politique d'achats de biens et de services.

La loi sur les réseaux de soins (votée le 30.01.07, entrée en vigueur pas encore déterminée)

Art.3, al.1 à 3 : l'adhésion au réseau de soins régional est obligatoire pour les fournisseurs de soins subventionnés par l'Etat.

Les autres fournisseurs de soin ou milieux intéressés adhèrent au réseau de soins sur une base volontaire

Dans le but de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique sanitaire, les communes sont membres du réseau de soins de la région.

Cet article contraint les établissements FHV à adhérer à un réseau régional que les autres prestataires, non subventionnés par l'Etat, peuvent rejoindre s'ils le désirent. Cette adhésion, sur une base volontaire était déjà une réalité pour tous les établissements FHV. Un élément nouveau de la loi est la participation des communes dans les conseils des réseaux pour leur donner une meilleure assise politique régionale.

3.4.3 Description des flux de financement

FINANCEMENT DES COUTS D'EXPLOITATION

i) Prestations somatiques et psychiatriques stationnaires / CTR

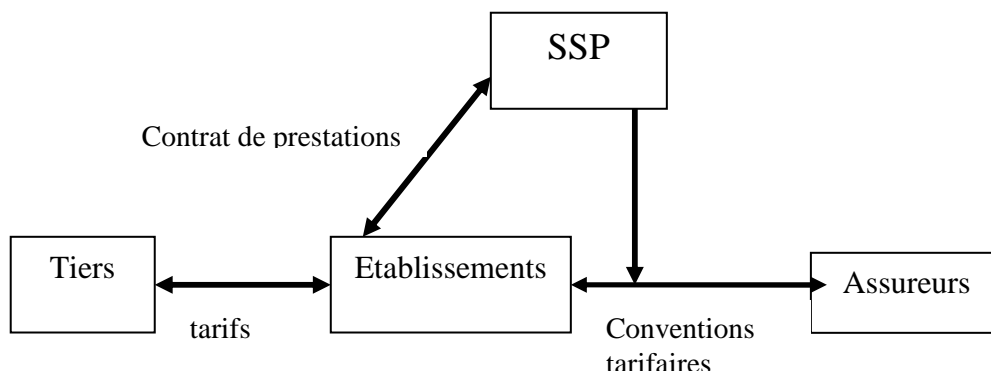
Jusque en 2006, le financement se faisait selon un système d'enveloppe budgétaire prospective accordée annuellement. Les flux financiers étaient assurés par la centrale d'encaissement, la CEESV, qui assurait l'intermédiaire entre les établissements, le canton et les assurances.

Le système de l'enveloppe budgétaire prospective a été abandonné fin 2006 et a été remplacé par un nouveau système de financement en 2007. Ce changement a pour objectif un financement des établissements plus en phase avec l'activité.

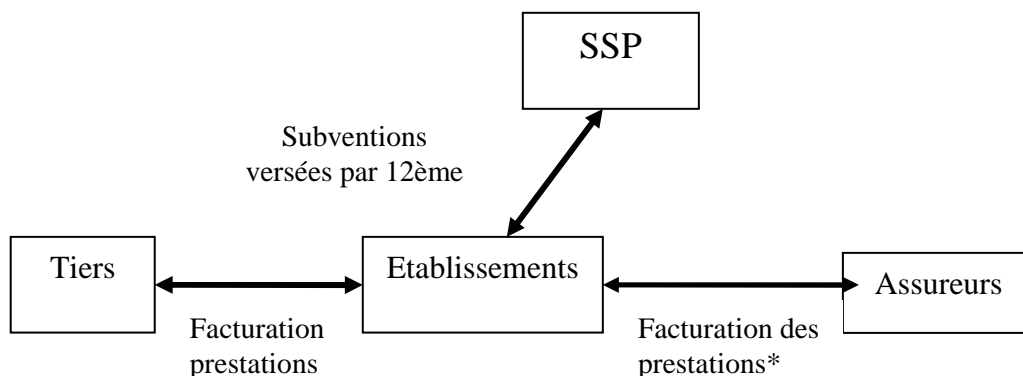
En utilisant la comptabilité analytique 2005, les établissements ont établi un budget pour 2007. Sur la base de ce budget global négocié avec l'Etat, un contrat de prestations (ci-après CP) a été établi

Sur les schémas ci-dessous, les relations contractuelles et les flux financiers 2007 sont exposés.

Relations contractuelles dans le financement des établissements FHV



Flux financiers entre les établissements et leurs partenaires



* les assureurs prennent en charge au maximum 50% de la facture.

Compléments et commentaires

- Pour les prestations somatiques, les tarifs sont fonction des DRG (diagnosis related groups) ; pour les prestations psychiatriques et les CTR, les tarifs sont à la journée.
- On constate que le changement du système de financement intervenu en 2007 est un système encore transitoire, puisque le financement par l'Etat n'est pas encore un financement en phase avec les coûts. Cet objectif est prévu pour 2009.
- Santéuisse a révélé en septembre 2006, que sur la base d'un benchmarking interne, elle allait

dorénavant prendre comme valeur de référence du point APDRG la valeur du point des établissements FHV. **Cela signifie en d'autres termes que cette valeur est la plus basse de Suisse, parmi les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux qui facturent sur la base des DRG, ce qui démontre une certaine efficacité de établissements FHV.**

- Les changements intervenus en 2007, soit les CP et le financement des assureurs sur la base des coûts sont des changements importants qui peuvent permettre aux établissements d'avoir une plus grande responsabilisation financière. **Ces changements vont dans le sens d'une plus grande transparence et d'un financement plus en phase avec l'activité qu'avec le système de financement en vigueur jusqu'en 2006.** Cependant, de nombreux points, dont le contenu du CP, les droits et les obligations des deux parties, ainsi que la mesure des objectifs doivent encore être travaillés et détaillés pour que ces changements atteignent véritablement cet objectif de responsabilisation.

ii) Prestations somatiques et psychiatriques ambulatoires :

Facturation et financement réglés par négociations tarifaires TARMED entre établissements et assureurs.

FINANCEMENT DES COÛTS D'INVESTISSEMENT

Actuellement les établissements adressent annuellement leurs demandes en matière d'investissement. Le SSP examine et priorise les demandes puis accorde les ressources nécessaires pour certaines d'entre elles.

Pour compléter la description des flux financiers, il faut encore mentionner le financement privé. En effet, soit par l'intermédiaire de leur fondation ou association, soit par des recherches de fonds extérieurs, les établissements privés RIP, obtiennent des ressources propres. Le financement privé et ses conséquences sont repris dans la suite de ce travail.

3.5 LES PARTENAIRES DE LA FHV

3.5.1 Santéuisse

Santéuisse est l'association faitière des assureurs-maladies exerçant en Suisse. Pour la FHV, Santéuisse est un partenaire tarifaire. La FHV et Santéuisse, sur mandat de leurs membres, négocient des conventions tarifaires.

3.5.2 Hplus

H+ est une association regroupant 400 hôpitaux, cliniques et établissements de santé en Suisse.

Tous les établissements de la FHV sont affiliés individuellement à H+, et la FHV est membre partenaire de H+

H+, dont le siège est à Berne, oeuvre :

- en agissant au plan politique pour défendre l'intérêt de ses membres, et pour permettre l'instauration de conditions cadres favorables,
- en mettant sur pied différentes formes de coopération à différents niveaux, entre membres ou

entre associations cantonales. H+ cherche à favoriser toutes les collaborations entre ses établissements affiliés.

4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

4.1 ANALYSE DU STATUT DE « PRIVE »

4.1.1 Compléments sur le statut « privé RIP »

Explications historiques :

Les établissements de la FHV, vu leur statut, appartiennent à la catégorie des **hôpitaux privés à but non lucratif**. Dans la grande majorité des pays du monde occidental, trois secteurs coexistent dans le monde hospitalier : le public, le privé à but non lucratif et le privé à but lucratif.

L'importance de ce secteur privé à but non lucratif est le résultat de l'histoire politique et religieuse des pays ou des régions. C'est dans les lieux caractérisés historiquement par un pouvoir religieux fort et indépendant de l'Etat., comme en Hollande par exemple, que la part des établissements privés à but non lucratif est la plus élevée. Là où l'Eglise, en particulier l'Eglise protestante, ou d'autres groupes se sont sentis des responsabilités dans le domaine de la santé et n'ont pas laissé ce champ dans les mains de l'Etat, de nombreux établissements privés à but non lucratifs coexistent avec d'autres formes d'établissements depuis un ou deux siècles. Il n'est donc pas étonnant que le canton de Vaud, qui partage avec la Hollande, une présence historique importante de l'Eglise protestante, ait un secteur privé à but non lucratif, relativement développé.

Comparaisons internationales:

Il a été vu en 3.3.1 que 12 cantons suisses ont des hôpitaux appartenant au secteur privé à but non lucratif.

Au plan international, on constate que la tendance dans les pays occidentaux est clairement au maintien ou au renforcement des secteurs privé à but non lucratif. Un exemple frappant est le Royaume Uni, qui suite à différentes réformes, est en train de transformer son secteur hospitalier largement dominé par le secteur public en un secteur dont la majorité des établissements rejoignent le secteur privé ou privé à but non lucratif.

En France, le secteur privé participant au service public hospitalier (PSPH) a une place importante. Les établissements PSPH représentent environ 1/5 des lits publics soit près de 60'000 lits. En octobre 2006, dans son journal « l'heure H », la Fédération hospitalière de France constate que le statut juridique de l'hôpital public ne lui permet plus d'être suffisamment attractif pour certaines compétences. Certains préconisent alors de transformer les hôpitaux publics en établissements "PSPH".

Citons une étude récente sur le système hospitalier français : *D. Silber : Hôpital, le modèle invisible, l'avenir de l'hospitalisation publique, juin 2005, p. 47, citation de la Fédération Hospitalière de France*

« L'assouplissement des règles de gestion est une nécessité,....qui doit donner plus d'autonomie aux établissements, mais aussi plus de responsabilités. Or ce modèle de gouvernance plus autonome et souple existe dans le cadre des établissements PNL ».

En Allemagne, le secteur hospitalier privé à but non lucratif représente plus d'un tiers des établissements. Sur 2'240 établissements de santé conventionnés exerçant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique, 50 % sont des établissements publics, 36 % des établissements privés à but non lucratif et 14 % des cliniques privées à but lucratif.

Actuellement, en Europe occidentale, l'hôpital privé à but non lucratif représente près de la moitié des établissements.

Cette évolution est largement justifiée par l'application des méthodes prônant le Partenariat Public Privé. Le PPP redéfinit le rôle de l'Etat en tant que arbitre et régulateur, déléguant les tâches de production et d'exploitation au secteur privé ou privé à but non lucratif.

4.1.2 Analyse du statut de privé RIP /Comparaison avec un statut de droit public.

Dans la résolution FHV (cf. 3.1.3), les établissements FHV expriment publiquement leur **attachement à leur statut** en ces termes.

« Ces 13 institutions hospitalières **privées, RIP** affirment leur attachement à leur statut qui se caractérise par la volonté d'assumer de manière **indépendante, responsable et efficiente** une mission de service public à l'ensemble de la population »

Analysons chacun des ces 3 termes en les confrontant avec la réalité du terrain et en se demandant si différence il y a avec un statut de droit public.

Indépendante : cf. 4.1.3 : indépendance managériale

Responsable : la responsabilité financière est effective, dans le sens que les établissements assument un éventuel déficit et disposent d'un éventuel bénéfice.

Mais par ailleurs, jusqu'à maintenant, le système de financement prospectif garantissant une enveloppe, déresponsabilisait les établissements empêchant un financement réellement basé sur les coûts. Les changements intervenus en 2007, soit un financement sur le coût des prestations par les assureurs et la mise en place du contrat de prestations avec l'Etat, vont dans le sens d'une plus grande responsabilité financière des établissements.

Notons que cette responsabilisation financière n'est pas propre au statut de privé ; un statut de droit public peut aussi prévoir la même responsabilisation par les mêmes outils : des contrats de prestation, un financement basé sur les coûts et la prise en charge du résultat par l'établissement. Si par contre, le statut de public implique que l'Etat « passe à la caisse » automatiquement en cas de déficit, il est clair que la responsabilisation d'une structure privée RIP est bien supérieure à celle d'une structure publique.

Efficiente : Deux éléments peuvent permettre d'affirmer que la gestion des ressources est relativement efficiente : 1) au cours des dernières années, malgré les restrictions budgétaires, les établissements ont tous atteint l'équilibre dans leurs comptes. 2) Santésuisse a révélé en septembre 2006, que sur la base d'un benchmarking interne, elle allait dorénavant prendre comme valeur de référence du point APDRG la valeur du point des établissements FHV. Cela signifie en d'autres termes que cette valeur est la plus basse de Suisse, parmi les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux qui facturent sur la base des DRG et donc que les établissements FHV sont relativement efficaces.

Le statut de privé RIP contribue certainement à cette efficacité, car il permet des processus de décisions rapides et souples (dans les domaines de décision où les établissements ont de l'indépendance) et il génère de manière générale plus de créativité et d'implication des dirigeants et des cadres qu'un statut public. L'appartenance à l'entreprise est plus naturelle dans une structure de droit privé. Le statut de privé permet aussi certainement une meilleure prise en compte des spécificités et des besoins régionaux lorsqu'il existe une forte représentativité et implication des pouvoirs locaux dans les organes dirigeants. Ce statut de privé RIP offre aussi de meilleures potentialités de collaboration avec d'autres structures privées.

Un statut public génère dans la plupart des cas plus de bureaucratie et des processus de

décisions plus lourds qu'un statut de privé. Un statut public est sensible aux changements politiques fréquents de l'Exécutif cantonal, alors qu'un statut de privé offre plus de stabilité, par un ancrage local stable.

A l'opposé, un statut public, permet naturellement plus de synergies et de collaborations entre établissements. Le statut public est source d'efficacité, si l'Etat recherche et impose la meilleure répartition des ressources et la rationalisation du secteur.

On constate donc que le statut de privé RIP est simultanément source d'efficacité et d'inefficacité. Il est difficile de mesurer et de conclure à une amélioration ou une diminution de l'efficacité dans le cas d'un statut de droit public.

4.1.3 Indépendance managériale

L'indépendance managériale est largement déterminée par 1) la liberté donnée dans la gestion du personnel (les charges salariales représentent environ le 70% des coûts d'exploitation) 2) les rapports de force entre la direction et les médecins cadres 3) la liberté dans la gestion des investissements et 4) l'intensité et les conséquences des contrôles. 5) la liberté dans le choix des missions. Analysons ces cinq éléments pour les établissements FHV :

1) La gestion des Ressources Humaines: la LPFES impose aux établissements le respect d'une CCT si elle a force obligatoire et réserve la possibilité à l'Etat de fixer des règles en matière de conditions de travail.

Dans le cadre de la CCT, la FHV, conjointement avec d'autres associations patronales du domaine de la santé, négocie les conditions salariales et sociales du personnel. Une marge de manœuvre existe dans cette négociation, qui se fait indépendamment de l'Etat. Cependant, pour rester attractifs pour son personnel, les établissements FHV sont obligés d'offrir des conditions proches de celles proposées au CHUV. En conclusion, le statut de privé des établissements de la FHV leur donne une légère autonomie dans le domaine des conditions sociales et salariales de leur personnel.

En statut de droit public, une autonomie semblable peut être accordée, selon les modalités du statut en matière de gestion des RH.

2) Le corps médical :

Dans la gestion au quotidien, le corps médical, et en particulier les médecins-chefs sont très impliqués au sein des établissements FHV. La direction et les médecins-chefs collaborent étroitement chaque jour.

Mais, les règles d'engagement, les statuts et les rémunérations des médecins-chefs sont fixées dans la CCT. Les établissements ne sont donc pas en mesure de fixer eux-mêmes leurs propres règles d'engagements leur permettant de réagir à diverses situations et de rester attractifs vis-à-vis du corps médical. La direction ne peut pas rivaliser avec certaines structures privées en terme d'attractivité vis-à-vis des médecins. Elle dispose donc d'une faible indépendance managériale vis-à-vis de son corps médical.

En statut de droit public, la problématique est comparable dans ce domaine.

3) Les investissements : comme mentionné en 3.4.3 (description des flux de financement), les établissements adressent annuellement leurs demandes en matière d'investissement. Le SSP examine et priorise les demandes puis accorde les ressources nécessaires pour certaines d'entre elles. Les procédures de décision sont lourdes, longues et pour l'octroi de ressources d'investissements, les établissements dépendent totalement des décisions du SSP.

Actuellement, le CHUV dispose d'un crédit d'inventaire pour les investissements. La direction priorise elle-même les investissements dans le cadre de ce crédit d'inventaire. Le CHUV jouit

paradoxalement d'une plus grande indépendance managériale que les établissements de la FHV.

Un statut de droit public pourrait donc, selon ses modalités dans le domaine des investissements, augmenter l'indépendance managériale.

Les nouvelles dispositions LAMal (cf. 5.3.1 évolution des conditions cadres au niveau suisse), intégrant les investissements dans les tarifs, engendrera une égalité de traitement en matière d'investissement, quel que soit le statut de l'établissement.

4) Les contrôles : comme mentionné en introduction, un nouveau règlement, fixant les normes applicables en matière de comptabilité, de système d'information et de reporting est entré en vigueur en 2005. Le DSAS justifie sa sévérité accrue par la nécessité de contrôler les subventions accordées.

Un nombre considérable d'informations sont réclamées aux établissements par les différents services de l'Etat. Par contre, l'utilisation des données fournies et le suivi des écarts éventuels ne sont pas clairement établis.

Un contrôle serré des données d'exploitation, et une utilisation possible de ces données par l'autorité politique, réduit l'indépendance managériale, quel que soit le statut.

5) Le choix des missions : les missions, le nombre et le type de lits stationnaires de chaque établissement et de chaque site sont définis par le DSAS, dans les autorisations d'exploiter. Le DSAS définit le contenu des autorisations d'exploiter, en fonction des décisions de planification cantonale. Les établissements peuvent émettre des demandes quant à leur mission, mais la décision revient au DSAS. Ils peuvent aussi se spécialiser dans des domaines chirurgicaux, de médecine ou de pédiatrie, selon le profil du personnel médical engagé. On constate que la marge de manœuvre des établissements dans le domaine stationnaire, quant à leur mission, est très restreinte.

Un statut de droit public pourrait être équivalent en terme de marge de manœuvre dans le choix des missions.

En conclusion des points 1) à 5, nous voyons que l'indépendance managériale des établissements FHV est faible. Cette indépendance n'est pas forcément plus importante que dans le cas d'un statut de droit public accordant une large autonomie.

Cependant, un élément, lié au statut de privé RIP, donne une réelle indépendance managériale à certaines directions d'établissements : la possibilité d'utilisation de ressources propres.

En effet, soit par l'intermédiaire de leur fondation ou association, soit par des recherches de fonds extérieurs, les établissements privés RIP, obtiennent des ressources propres. Cet autofinancement est utilisé, en général, pour des frais d'investissement. Cette part du financement venant du privé est infime pour certains établissements, alors qu'elle est importante pour d'autres. Ceci dépend de différents facteurs, dont l'histoire et l'identification de la population à l'établissement. Notons que ces dernières années, plus de la moitié des investissements des établissements FHV ont été financés par des ressources propres.

Légalement, une structure de droit public peut elle aussi chercher des autofinancements par les mêmes moyens qu'une structure privée. Des fondations privées, indépendantes et à but non lucratif soutiennent des établissements publics. Cette démarche est courante dans les pays anglo-saxons, mais elle est encore peu développée en Suisse. La réalité démontre que la capacité à drainer des fonds extérieurs privés est plus faible pour une structure de droit publique, pour des raisons d'identification de la population.

Cet autofinancement important de certains établissements privés RIP permet des investissements nécessaires à l'entretien et aux transformations des structures existantes et donne une réelle marge de manœuvre aux dirigeants.

Par ailleurs, les directions d'établissement jouissent d'une grande indépendance managériale dans le développement de leurs activités ambulatoires et du secteur privé. Dans ces domaines où elles ne reçoivent pas de ressources de l'Etat, elles peuvent décider de leurs spécialisations et jouer

de la liberté d'entreprise.

4.1.4 Gouvernance en statut privé RIP et en statut de droit public

Gouvernance en statut privé RIP :

Comme il a été vu sous le point 3.1.1, les statuts juridiques des établissements FHV sont divers : association, association de communes, fondation ou Société anonyme à but non lucratif. En raison de cette diversité de statuts, le système de gouvernance varie d'un établissement à l'autre.

Nous reviendrons ci-dessous sur ce qui a été mis en place aux eHnv, soit l'Association de communes. Pour les autres établissements, les organes dirigeants (conseil de fondation, comité de direction, etc...) sont composés :

- soit exclusivement de représentants de l'économie privée,
- soit de représentants du privé et d'autres des collectivités locales (élus politiques ou non).

Les forces de ces systèmes de gouvernance sont les suivantes :

Les représentants des collectivités locales permettent une bonne implication de la région et de ses autorités, une connexion avec le monde politique local et une bonne représentativité de la sensibilité des populations concernées.

Les représentants du privé amènent leurs expériences de l'économie privée et/ou leurs compétences spécifiques (médicales, juridiques ou économiques).

Les faiblesses de ce système de gouvernance :

Dans la réalité du terrain, les représentants des collectivités locales n'ont souvent aucune compétence dans le domaine de la gestion d'une structure hospitalière. Leur présence assure donc le relais avec la population de la région, mais n'amène aucune plus-value de connaissance du domaine.

Les représentants du privé ne sont pas souvent choisis sur les seuls critères de compétence, mais plutôt sur la base de cooptation et d'appartenance à une même famille idéologique.

Le système n'offre donc pas en lui-même la garantie d'une bonne gouvernance. Cette bonne gouvernance dépend des personnalités présentes et de l'importance accordée aux critères de choix des personnes : connexions politiques locales, représentativité, idéologie, compétences, connaissance du domaine, etc....

Les eHnv : l'Association de communes :

Lors de la fusion des établissements formant les eHnv, la solution de l'Association de communes a été choisie. Toutes les communes concernées, soit 122 communes ont adhéré à l'Association afin de gérer l'offre de prestations sur l'ensemble de la région. Cette forme juridique assure une parfaite représentativité des populations concernées et une solidarité régionale. Elle évite la possibilité de cooptation.

Néanmoins, le manque de compétences dans le domaine de la gestion sanitaire de certains élus locaux demeure et limite leur capacité de bonne gouvernance.

Gouvernance en statut de droit public :

En statut de droit public, **selon les règles de gouvernance**, l'autonomie décisionnelle peut être très différente.

L'autonomie est très faible, si des représentants politiques sont présents dans les organes décisionnels, et qu'ils s'ingèrent dans la sphère de gestion opérationnelle.

L'autonomie est grande, si les membres des organes décisionnels ne sont pas des relais politiques, et qu'il n'y a pas d'ingérence du politique dans la sphère de gestion opérationnelle.

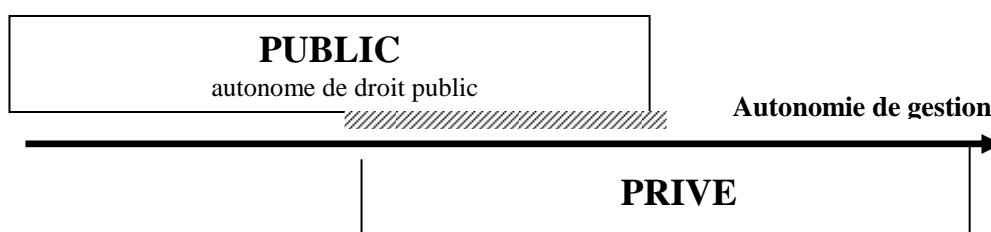
En terme de comparaison entre les deux statuts, on constate que la gouvernance est un point très sensible. **La gouvernance en statut public peut offrir la même autonomie qu'en statut privé, mais seulement dans le cas où les règles de gouvernance établissent très clairement**

une non ingérence de la sphère politique dans la sphère opérationnelle, quelles que soient les personnalités politiques en place.

4.1.5 Conclusions statut privé RIP /statut public

Le schéma ci-dessous résume l'analyse sur les différences entre les deux statuts.

En fonction des volontés de contrôle de l'Etat, des conditions cadres en vigueur, des règles de gouvernance et des personnalités impliquées, les statuts de droit public et de droit privé ont tous deux une autonomie de gestion très variable. A l'intersection des deux statuts l'autonomie de gestion est comparable.



En conclusion, on constate que **l'indépendance, la responsabilisation et l'efficacité** sont fonction de multiples variables vues ci-dessus. Le statut juridique est une de ces variables, dont il est extrêmement difficile de donner l'importance relative par rapport aux autres variables.

Terminons cette analyse par la prise de **position de M.Maillard, chef du DSAS** sur la pertinence du statut de privé RIP des établissements de la FHV. Cette prise de position a été relayée par M.Diserens, chef du SSP, lors d'un entretien accordé en mars 2007.

- Le statut de privé RIP n'a pas vraiment de raison d'être et ne se justifie pas, puisque le financement des hôpitaux se fait en grande partie par de l'argent socialisé.
- Le statut de droit public permet une meilleure transparence sur l'utilisation des ressources allouées.
- La marge de manœuvre dont une institution a besoin pour son bon fonctionnement n'est pas l'apanage d'un statut de privé et peut être accordée par un statut de droit public.

L'autorité politique est donc résolument en faveur de l'abandon du statut de privé, en vertu de sa détermination de permettre à l'Etat de disposer d'un droit de regard absolu sur l'utilisation des ressources octroyées.

Néanmoins, le chef du DSAS a conscience du déficit de financement que créerait une transformation du statut, déficit que l'Etat devrait décider de combler ou non. La capacité plus faible des structures publiques par rapport aux structures privées à drainer des fonds extérieurs privés entraînerait un besoin de financement accru de la part de l'Etat ou une baisse de la quantité ou de la qualité des prestations. Le chef du DSAS est obligé de prendre en compte cet élément dans ses prises de position relatives au statut.

4.2 ANALYSE DE LA FHV

4.2.1 Cohésion interne de la FHV

La cohésion interne de la FHV est difficile à maintenir, en raison de fractures entre ses membres.

Les principales fractures internes apparaissent entre :

- petits établissements versus grands établissements
- établissements désirant maximiser les mutualisations, les réalisations des synergies potentielles et la mise en commun des données versus les établissements réticents ou opposés aux mutualisations imposées et voulant avant tout préserver leur indépendance.
- établissements voulant donner un plus grand poids à la FHV, réclamant de fortes compétences métiers en son sein, versus les établissements refusant d'accorder trop de poids à la FHV
- établissements adhérant pleinement au projet du Conseil d'Etat des centres hospitaliers régionaux (cf. 3.2.2) versus les établissements dont les intérêts sont opposés à la mise en place de ce projet.

La FHV, actuellement, fait de l'équilibrisme pour satisfaire au mieux les attentes de ses 13 établissements et colmater les fractures internes.

Cependant, force est de constater, qu'en raison d'une absence de vision commune sur les buts de la FHV entre les 13 membres, de divisions et de grandes disparités d'intérêts, la cohésion interne est très menacée.

4.2.2 Faiblesses et contradictions de la FHV

Absence des règles de gouvernance claires au sein de la FHV : actuellement, les règles de gouvernance au sein de la FHV ne sont pas clairement établies ; les processus de prise de décision sont flous. Ni le secrétariat général, ni le comité exécutif, ne possèdent de réelle autorité centrale. Les membres choisissent eux-mêmes la part d'autonomie et d'autorité qu'ils sont prêts à céder à la FHV. Selon la nature des objets, il n'est pas clairement défini si la décision doit être prise à l'unanimité des membres, à la majorité des membres, par le comité exécutif ou encore par le secrétariat général.

Faiblesse de répartition de compétences FHV/membres : actuellement, les tâches et compétences ne sont pas toujours clairement réparties entre les membres, le secrétariat général et le comité exécutif. Cette zone grise engendre parfois des situations de confusion.

Faiblesse de moyens : la FHV, en tant que simple association patronale, n'a aucune force de contrainte vis-à-vis de ses membres.

Risque de démission des membres : les établissements ont toute liberté de se retirer de la FHV, pour n'importe quel prétexte. Or la FHV a actuellement comme objectif de garder les 13 membres en son sein. Elle est donc affaiblie par ce risque constant de démission.

Arbitrage entre défense d'intérêts individuels et intérêts du groupe : La FHV a pour rôle de défendre l'ensemble de ses membres, mais aussi d'apporter un soutien individuel aux établissements dans la défense de leurs intérêts. Or, les intérêts individuels et du groupe ne concordent pas toujours. Pour exemple, le projet de pôles hospitaliers, que la FHV soutient, dans un intérêt collectif est en conflit avec les intérêts individuels de certains membres. La FHV doit arbitrer entre intérêts individuels et collectifs, mais parfois pour éviter les arbitrages, les sujets délicats sont évités.

En analysant la FHV, on peut faire le constat suivant :

La FHV est le fruit de l'histoire, des premiers regroupements des infirmeries locales. Ces regroupements ont eu lieu, car ils étaient indispensables à la survie des infirmeries, qui ont ainsi pu ensemble défendre leurs intérêts, déléguer les tâches de représentation et de négociation, et échanger des informations entre elles.

Un peu plus de cent ans plus tard, la situation est tout à la fois similaire et différente : Similaire en ce sens que les établissements partageant entre eux le statut de privé RIP ont besoin de se regrouper en une association, pour défendre ensemble leurs intérêts, pour pouvoir échanger des informations et mettre en place certaines synergies.

Différente, car si les infirmeries locales étaient relativement homogènes et partageaient les mêmes intérêts, les établissements composant actuellement la FHV sont extraordinairement hétérogènes. Ils ont des tailles, des missions, des environnements et des défis extrêmement différents. De plus, les intérêts généraux ne sont plus compatibles avec certains intérêts individuels lorsque ces intérêts individuels vont à l'encontre de la tendance incontournable dans le domaine hospitalier, tendance des regroupements et des renforcements des collaborations.

Différents scénarios du futur de la FHV sont évoqués en 5.7

5. HORIZON 2012 : ETAT DES LIEUX ET SCENARIOS A ENVISAGER

Pour compléter les volets historiques, descriptifs et analytiques de ce mémoire, ce chapitre essaie un état des lieux **et une projection à 5 ans, soit en 2012.**

5.1 LA CARTE SANITAIRE VAUDOISE

Reprenons le rapport de politique sanitaire du Conseil d'Etat de mars 2004, tel que résumé en 3.2.1 et examinons la situation probable de la carte sanitaire en 2012.

Est Vaudois :

L'ouverture de l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) sur le site de Rennaz est prévue officiellement pour 2012. Même si cette échéance n'est pas strictement respectée, il est certain qu'à cette date, les hôpitaux du Chablais et Riviera vivront leurs derniers mois et que les regroupements au sein du nouveau centre hospitalier intercantonal seront une réalité.

La question du statut juridique du HCR est reprise plus loin, au point 5.5.2.

L'hôpital régional de Château d'Oex existera encore probablement, car la politique cantonale de soutien aux régions périphériques est clairement affichée et très peu remise en question. L'Hôpital de Château d'Oex se sera soit rattaché au centre hospitalier de l'Est ou aura développé de fortes collaborations avec l'hôpital fribourgeois de Riaz. Ses missions auront été redéfinies régulièrement et certainement restreintes par rapport aux missions actuelles.

La fondation Rive-Neuve aura inauguré son nouvel hôpital et son centre de formation sur le site de Blonay. Elle aura éventuellement intégré le centre hospitalier de l'Est, mais elle sera plus probablement liée au CHUV. La Fondation aura certainement un rôle central dans le développement de la formation et de l'enseignement universitaire des soins palliatifs.

La fondation de Nant sera rattachée au centre hospitalier de l'Est ou au CHUV sous le nom de secteur psychiatrique Est, sur le modèle des autres secteurs psychiatriques du canton. Si la fondation de Nant garde son indépendance actuelle, elle assurera, par contrat de prestations, la couverture en besoins psychiatriques pour l'Est vaudois.

Ouest Vaudois :

Le rapport de 2004 prévoit l'ouverture d'un monosite à l'horizon 2015-2020. La réalité de 2012 sera autre. En effet, de 2007 à 2012, le canton utilisera ses ressources financières et humaines à la construction du HCR. Ces ressources ne pourront pas être accordées à l'Ouest durant cette période, et le projet de monosite de l'Ouest n'aura probablement pas avancé.

Le GHOL et l'EHC poursuivront leur collaboration dans le cadre de la communauté d'intérêt de l'Ouest. Le GHOL aura certainement poursuivi et intensifié sa collaboration avec les HUG dans les domaines de la formation médicale et de l'accueil des résidents genevois..

Nord Vaudois :

Pas de bouleversements radicaux au sein des eHnv par rapport à 2007. Les changements possibles concernent l'affectation du site de St-Loup et l'agrandissement du site d'Yverdon.

Il est très difficile de prévoir l'utilisation du site de St-Loup, tenant compte des différentes prises de position actuelles à ce propos: la direction des eHnv demande que ce qui avait été convenu soit respecté, et que dans les années qui viennent, les soins aigus soient transférés du site de St-Loup sur le site d'Yverdon, qui doit par conséquent être agrandi. Le chef du DSAS remet en question la fermeture des soins aigus à St-Loup, pour des questions de maintien d'emplois dans la région. Par ailleurs, un projet d'affectation du site de St-Loup à la formation des omnipraticiens est en examen au DSAS.

Les missions et la taille des différents sites des eHnv en 2012 vont dépendre des rapports de force entre le chef du DSAS et la direction des eHnv, et de l'engagement des élus politiques locaux et régionaux sur cette question.

En ce qui concerne le HIB, les changements probables en 2012 tournent autour de son statut juridique lié à son intercantonalité. Ce point est examiné au point 5.4.1.

Le CSSC de Saint-Croix sera maintenu en vertu du soutien aux régions périphériques. Le CSSC qui désire maintenir son indépendance, aura peut-être été contraint d'adhérer aux eHnv. Quoi qu'il en soit, ses missions auront été redéfinies régulièrement et certainement restreintes par rapport aux missions actuelles.

Région lausannoise :

La Fondation Plein Soleil, l'institution de Lavigny et l'Hôpital de Lavaux, seront probablement très liés au CHUV. L'Hôpital de Lavaux de par sa proximité géographique et les deux autres établissements de par leur complémentarité de compétences dans le domaine neurologique seront des « satellites » du CHUV. La question est de savoir quelle part d'indépendance ces établissements auront pu garder en 2012 et quel sera leur statut juridique.

5.2 LE CORPS MEDICAL

Le corps médical des hôpitaux est en constante évolution, par le renouvellement des personnes qui le composent. L'évolution actuelle du corps médical est la suivante :

- spécialisation : les filières médicales actuelles se spécialisent dans des domaines pointus et restreints. Les médecins hospitaliers sont de plus en plus des spécialistes d'un domaine particulier.
- féminisation : La proportion de femmes dans le corps médical augmente continuellement. Celles-ci ont souvent des charges de famille et choisissent d'exercer à temps partiel.
- diminution du nombre d'heures travaillées : le nombre d'heures travaillées de la nouvelle génération de médecins est plus faible que la génération qui se retire, la disponibilité est moins grande.

Ces 3 éléments engendreront une pénurie médicale et en particulier dans certaines spécialités telle que l'anesthésie, la gynécologie ou la chirurgie. Cette pénurie, qui est déjà une réalité dans certaines régions moins attractives, sera un élément incontournable en 2012.

Ce problème de pénurie médicale peut être résolu par une forte importation de médecins étrangers et/ou par une concentration des soins aigus sur un nombre réduit de plateaux techniques. **La pénurie médicale sera un élément exogène qui favorisera les regroupements et la concentration des soins aigus.**

5.3 LES CONDITIONS CADRES

5.3.1 Evolution des conditions cadres au niveau suisse

La révision de la LAMal – le financement hospitalier

Lors de la session de mars 2007, le Conseil National (CN) a terminé l'examen de la révision de la LAMal consacrée au financement des hôpitaux. Le dossier retourne au Conseil des Etats (CE)

Posons l'hypothèse de travail que le CE suit le CN et accepte la révision. Dans ce cas, la réforme devrait entrer en vigueur en 2008. Tenant compte des délais transitoires, c'est **en 2011 ou 2012**, que toutes les dispositions devraient être mises en application.

Les points principaux de cette révision et leurs conséquences pour les établissements FHV sont les suivants :

1. financement sous forme de forfaits par cas, structure de financement uniforme dans toute la Suisse sur la base des SwissDRG, investissements compris dans les forfaits.

Analyse : le financement sous forme de forfait par cas n'est pas une nouveauté pour les établissements vaudois, mais en 2012, ce financement se fera sur une base uniforme dans tout le pays: les SwissDRG. **Cette structure uniforme permettra une plus grande transparence et comparabilité des données à travers tout le pays. Ce financement uniforme et cette comparabilité sont des outils de renforcement de la concurrence et seront de fortes incitations pour les hôpitaux à être efficaces.**

L'inclusion des investissements dans les forfaits sera un changement important pour les établissements FHV, puisqu'il augmentera leur autonomie décisionnelle. Les hôpitaux pourront effectuer eux-mêmes leurs choix et poser leurs priorités en matière d'investissements.

2. Publication nationale d'indicateurs de qualité.

Analyse : **renforcement de la concurrence, en donnant des outils de comparaison aux patients.**

3. Egalité de traitement pour les hôpitaux publics et privés figurant sur la liste cantonale. La liste cantonale doit assurer la couverture des besoins en soin de la population. Financement minimal du canton de 55% (respectivement de 45% pour les assurances).

Analyse : si la liste vaudoise, qui doit être établie d'ici 2011, comprend des cliniques privées, ce qui sera certainement le cas, **cela constituera aussi un renforcement de la concurrence pour les établissements FHV, en particulier pour ceux qui sont situés sur l'arc lémanique.**

4. libre choix des hôpitaux dans toute la Suisse pour les patients (principe du Cassis de Dijon)

Analyse : même si seuls un petit nombre d'assurés feront usage de cette possibilité de choisir leur hôpital au-delà des frontières cantonales, cette mesure **sera un signal allant dans le sens du renforcement de la concurrence, en**

particulier pour les établissements situés non loin des frontières cantonales.

On voit donc qu'à l'horizon 2012, les conditions cadres auront renforcé la concurrence entre établissements et instauré une dynamique nationale plutôt que cantonale.

Le monisme

Durant la session de mars 2007, le CN a aussi largement approuvé une motion demandant au CF **de soumettre au Parlement avant fin 2008, un projet de financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires**. Cela signifie un passage du financement dual **au financement moniste** pour les prestations stationnaires. Les établissements n'auraient plus qu'un partenaire- financeur, ce qui renforcerait encore **la dynamique nationale plutôt que cantonale**.

Au vu des nombreuses oppositions actuelles il est cependant très peu probable que ce mode de financement soit une réalité en 2012.

Le financement des prestations à l'étranger: actuellement, le financement des prestations à l'étranger est très restrictif et ne couvre que l'urgence. Néanmoins, un projet-pilote de l'OFSP, révisant l'OAMal¹, mettant en place une collaboration transfrontalière Allemagne-Suisse permettant le financement des soins à l'étranger, est en cours dans la région bâloise. Ce projet-pilote sera terminé et **aura été évalué en 2012**.

Si ce projet est jugé concluant, et que l'article 36 de l'OAMal est modifié, (une décision prise au niveau du DFI serait suffisante), les conditions cadres pour les établissements situés dans les régions frontalières, seront fortement modifiées. Ceci peut constituer une opportunité si les établissements arrivent à se profiler dans certaines spécialités et à vendre l'excellence de leurs prestations à une clientèle frontalière, mais cela constituera aussi une pression accrue sur le rapport qualité/prix des prestations.

En d'autres termes, la concurrence et la dynamique ne seraient pas seulement nationales, mais aussi transfrontalières.

5.3.2 Evolution des conditions cadres au niveau vaudois

Les contrats de prestations (CP)

Les premiers CP entre le DSAS et les établissements privés RIP ont été signés pour l'année 2007. Le Département et les hôpitaux désirent donner une place prépondérante au CP et le faire évoluer dans les années à venir.

Il est donc certain qu'en 2012, **les CP auront une place centrale dans les relations entre les deux parties et seront enrichis et perfectionnés par rapport aux contrats actuels.**

En posant le principe qu'un CP, établit les prestations à fournir, qu'il définit le « QUOI », mais donne une marge de manœuvre pour le COMMENT, **un développement pertinent des CP devrait aller dans le sens de la responsabilisation et de l'autonomie décisionnelle pour les établissements, que leur statut soit privé RIP ou public.**

La clause du besoin : un projet de loi, dit « clause du besoin » a été préparé par le DSAS en 2005. Ce projet, modifiant la Loi sur la Santé Publique, vise à limiter le nombre d'équipements médicaux lourds, dans le but de maîtriser les dépenses induites par ces équipements. Ce projet de loi concerne les domaines ambulatoires et stationnaires, publics et privés.

Si cette loi passe la rampe du Grand Conseil d'ici 2012, alors la marge de manœuvre des établissements pour l'acquisition d'équipements lourds (scanners CT et PET, appareils IRM) serait

¹¹ OAMal : ordonnance d'application de la LAMal.

très restreinte. L'autonomie gagnée en matière d'investissements, par leur inclusion dans les tarifs, serait réduite par la « clause du besoin ».

Le développement des réseaux : comme mentionné en 3.4.2, une nouvelle loi sur les réseaux a été votée en 2007. En l'état actuel, cette loi ne donne pas au réseau la responsabilité du financement des patients pris en charge et n'incite que faiblement sur le plan financier, les membres du réseau à coordonner leur prise en charge, et à en améliorer l'efficacité.

Selon M. Diserens, chef du SSP, les buts de cette loi sont de développer les prises en charge par réseau mais surtout de renforcer **le rôle de leader, d'instance de pilotage, aussi bien dans le domaine somatique que psychiatrique, des centres hospitaliers au sein des réseaux régionaux.**

Si cette loi atteint son objectif, alors à l'horizon 2012, les réseaux se seront développés autour des centres hospitaliers régionaux. Les établissements FHV seront alors, soit leader de leur réseau, soit pour les plus petits, fortement intégrés dans un réseau régional.

Mais on peut raisonnablement douter que cette loi atteigne pleinement son objectif, car la constitution d'un réseau efficace et efficient nécessite des incitatifs puissants, en termes d'allocation de ressources, et d'intéressement des acteurs, incitatifs que cette loi ne contient pas.

5.3.3 Réponses politiques du canton aux évolutions.

Les contours du paysage hospitalier vaudois dans les années qui viennent seront marqués par l'évolution des conditions cadres au niveau national mais aussi par la réponse que le canton donnera à cette évolution. Les enjeux politiques sont les suivants : **quelle est la volonté et la capacité financière du canton de moduler les effets du renforcement de la concurrence ?**

En ce qui concerne les hôpitaux périphériques (Château d'Oex, Sainte-Croix et le site de la Vallée de Joux), le renforcement de la concurrence va les mettre en péril. Le canton prendra alors des décisions politiques de les soutenir ou non, en fonction de sa volonté de préserver l'activité et l'économie des régions périphériques. Dans ces régions excentrées, le maintien ou la fermeture des hôpitaux et le choix de leurs missions dépendront de décisions politiques et des capacités financières du gouvernement de financer ou non les surcoûts des établissements.

Au vu de la politique vaudoise actuelle, et de la volonté clairement affichée de soutien aux régions périphériques, le canton décidera certainement de maintenir ces hôpitaux, qui se rattacheront, volontairement ou non à un centre hospitalier régional. Leurs missions seront discutées régulièrement sur la base de critères de qualité, de sécurité et d'efficacité.

Mais la survie de ces établissements ne dépendra pas seulement des choix du canton, mais aussi de leur capacité ou incapacité à recruter le corps médical nécessaire. Si la pénurie médicale est aiguë, la faible attractivité de ces hôpitaux les mettra en péril, même si le canton les soutient.

Pour les autres établissements, la concurrence va croître et entraîner des restructurations inévitables pour les structures à faible efficacité. Le canton peut freiner ou accélérer ces restructurations. Si l'autorité politique fait le choix et possède les ressources financières de soutenir un système sanitaire dense, il utilisera ses ressources pour atténuer le renforcement de la concurrence. Si par contre, le canton ne choisit pas ou ne possède pas la capacité financière de soutenir un système sanitaire dense, il ne modulera pas les effets de la concurrence, ce qui dessinera à terme, un système sanitaire plus « light » et efficace.

5.4 STATUTS DES ETABLISSEMENTS INTERCANTONAUX ET DU CHUV

5.4.1 HIB

A l'heure actuelle, le HIB a un statut autonome de droit public dans le canton de Fribourg et un statut de droit privé dans le canton de Vaud.

En 2007, le HIB a manifesté son intention de devenir un établissement autonome de droit public, également dans le canton de Vaud, pour assurer une homogénéité du cadre juridique dans les deux cantons. A l'horizon 2012, le HIB sera un centre hospitalier doté d'un seul statut, autonome de droit public, conformément aux désirs de ses instances dirigeantes.

5.4.2 Hôpital Riviera-Chablais : HRC

Actuellement, la partie valaisanne de l'Hôpital du Chablais fait partie du RSV, qui est lui-même un établissement autonome de droit public.

La partie vaudoise est dotée du statut privé de droit public.

Il est très délicat de prévoir le statut du futur HRC à l'horizon 2012, car il est à l'heure actuelle au centre d'intenses négociations, qui devraient aboutir courant 2007. La FHV et les instances dirigeantes vaudoises de l'hôpital tentent de s'opposer à la perte du statut de privé pour la partie vaudoise en proposant différentes formes possibles de droit privé pour le futur HRC. Cette opposition se heurte à une forte détermination des chefs du DSAS des cantons de Vaud et du Valais, qui, pour diverses raisons développées plus haut, veulent doter la partie vaudoise d'un statut autonome de droit public.

La décision finale sera de grande importance, entre autre pour la FHV, car elle sera un signal fort de la politique à venir en matière de statut, et révélatrice de la détermination ou non du chef du DSAS et de l'ensemble du Conseil d'Etat vaudois de privilégier le statut de droit public.

A noter que pour le HIB et le HRC, dans le cas d'un statut de droit public pour la partie vaudoise :

1) le cadre juridique serait homogénéisé entre les deux cantons

2) mais les hôpitaux seraient régis par le droit public de deux cantons. Cela signifie qu'il faudrait l'intervention des deux Conseils d'Etat et Grands Conseils pour toute modification du système.

5.4.3 CHUV

Un projet de loi visant à conférer au CHUV un statut de droit public a été à l'étude au début des années 2000. Actuellement, ce projet est en veilleuse en raison de l'opposition du chef du DSAS. En conséquence, le CHUV restera probablement un service de l'Etat, avec un fort contrôle politique, pour les années à venir. Cependant, son statut pourrait être influencé par le statut des établissements FHV.

C'est pourquoi nous poserons deux hypothèses quant au statut du CHUV pour les années à venir :

- dans le cas d'un statut de droit public pour les établissements FHV, la CCT de tout le personnel des hôpitaux devrait être harmonisée au niveau cantonal, dans un souci de cohérence. Dans ce but d'harmonisation, et pour soumettre le personnel du CHUV aux conditions sociales et de travail de la CCT, et non pas aux conditions de la fonction publique,

un statut de droit public pourrait être accordé au CHUV. Au vu des positions du chef du DSAS, ce statut aurait des règles de gouvernance avec un contrôle politique qui resterait fort et une autonomie de gestion encore difficile à définir.

- Dans le cas d'un maintien du statut privé RIP pour les établissements FHV, il n'y aurait pas d'harmonisation nécessaire de la CCT et le CHUV resterait alors, comme mentionné ci-dessus, un service de l'Etat tel qu'actuellement.

5.5 1ERS SCENARIOS : DISPARITION DU STATUT PRIVE RIP

5.5.1 Préalable : les questions relatives au patrimoine immobilier.

A ce jour, ce sont les associations, fondations ou sociétés anonymes qui possèdent les terrains et généralement aussi les bâtiments hospitaliers. Dans le cas de la transformation du statut actuel des établissements en un statut de droit public, il faut au préalable examiner rapidement les enjeux relatifs à la cession ou à la location du patrimoine immobilier.

Un passage au statut de droit public pourrait se faire de deux manières :

- le canton dédommagerait financièrement les propriétaires de la valeur du patrimoine des institutions existantes et en deviendrait le propriétaire. Mais la pierre d'achoppement inévitable serait la détermination de la valeur de ce patrimoine. En effet, il n'existe pas de prix du marché pour un bâtiment abritant une institution ou un hôpital, car le bâtiment n'est à priori pas vendable. Un accord sur le montant du dédommagement financier de la reprise serait extraordinairement difficile à trouver.
- le canton pourrait aussi dissocier la propriété et l'exploitation et payer un loyer aux propriétaires, pour l'utilisation des bâtiments et terrains. Comme ci-dessus, un accord sur le montant du loyer serait certainement difficile à trouver.

Remarques :

- Dans les deux cas évoqués, le canton pourrait faire valoir les montants des investissements qu'il a lui-même financés, pour diminuer les montants dus aux propriétaires.
- Le canton de Vaud, même si ses comptes 2006 ont été bénéficiaires, est encore malgré tout lourdement endetté, et il faut se poser la question de sa capacité financière à dédommager les propriétaires sous forme d'une reprise ou d'un loyer.
- Si le gouvernement cantonal est convaincu de la pertinence d'un statut de droit public pour les établissements dotés jusque là d'un statut de droit privé, il aurait les moyens légaux **d'imposer** l'une ou l'autre de ces solutions, malgré les obstacles cités. Mais si le gouvernement hésite sur la pertinence d'un changement de statut, les difficultés liées à la transformation et les charges financières importantes à court terme pourraient être des arguments le dissuadant d'imposer ce changement de statut. Rien ne laisse penser qu'un statut de droit public générerait à plus long terme des diminutions de charges pour le canton, au travers d'économies réalisées grâce au nouveau statut.

5.5.2 Scénario no 1 : Structure unique centralisée

Une possibilité d'organisation du paysage hospitalier vaudois est une mise en réseau des établissements sous la forme d'un seul établissement hospitalier multisite sur le modèle du canton de Neuchâtel (EHM) ou sous la forme d'un seul réseau cantonal des établissements, sur le modèle du canton de Fribourg (RHF) (cf. figure 1). Cet établissement hospitalier ou ce réseau aurait une

instance décisionnelle centrale et serait doté d'un statut de droit public. Son autonomie face à l'Etat serait définie par les règles de gouvernance négociées entre acteurs, règles définies dans une loi instituant ce réseau unique. Cette structure unique négocierait un contrat de prestations avec l'Etat.

Ce scénario correspond au modèle des cantons voisins et peut paraître séduisant du point de vue strictement théorique d'une allocation des ressources optimale. Il semble cependant très peu réaliste dans le contexte vaudois et ses chances de réalisation à l'horizon 2012 sont extrêmement faibles :

De par la taille de sa population et la répartition géographique de cette population, une structure unique dans le canton de Vaud, ne se justifie pas (cf. 3.2.5). Les différentes régions géographiques citées ci-dessus possèdent le bassin de population nécessaire justifiant un centre hospitalier doté de 300 lits de soins aigus. **Le rapport du Conseil d'Etat de mars 2004 le souligne en mettant l'accent sur l'organisation des soins par régions.** Une structure centrale ajouterait une couche hiérarchique et administrative supplémentaire, alourdissant l'ensemble du système, sans amener de réelle valeur ajoutée. Comme il a été vu en 3.3.1, les deux autres grands cantons suisses que sont Berne et Zürich, ont également une structure hospitalière décentralisée. Dans l'organisation actuelle du système sanitaire, l'accent est mis sur les régions, et il est peu probable que d'ici 2012, un retournement de tendance conduise à une structure unique centralisée de droit public.

Soulignons encore que dans le cas d'une seule entité, il y aurait un grand danger de déséquilibre entre le CHUV et les autres hôpitaux. Vraisemblablement, le CHUV, légitimé par ses fonctions universitaires prendrait le leadership de ce réseau unique, malgré le fait que les établissements FHV réalisent à ce jour plus de 50% de l'activité stationnaire. Le CHUV ne laisserait que peu de responsabilités et de pouvoir décisionnel aux autres établissements. Le paysage sanitaire vaudois n'aurait plus qu'un seul centre de gravité, le CHUV, et ne couvrirait pas de manière optimale le besoin en prestations de **l'ensemble de la population vaudoise.**

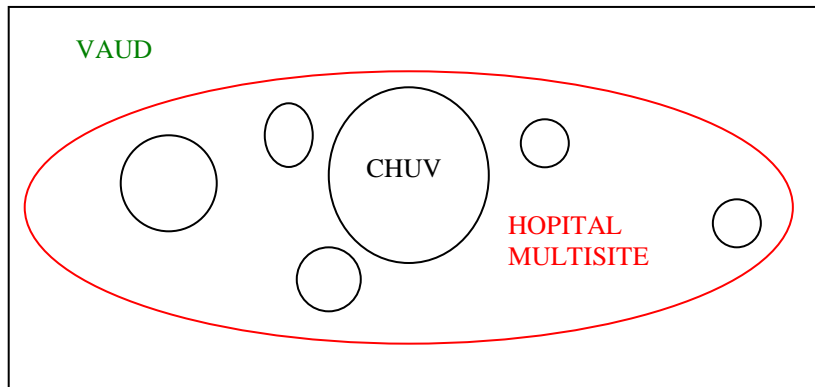


Figure 1 : structure unique centralisée, avec le CHUV comme centre de gravité

5.5.3 Scénario no 2 : Regroupements imposés au sein des centres hospitaliers

Dans le cas où le canton déciderait de remplacer le statut privé RIP par un statut de droit public, deux hypothèses doivent être faites :

- le statut est accordé uniquement aux centres hospitaliers régionaux (5.5.3)
- le statut est accordé aux 13 établissements actuels, sans imposer de regroupements au sein des centres hospitaliers régionaux (5.5.4)

Dans les deux cas, la CCT de l'ensemble du personnel serait harmonisée au niveau cantonal.

Le scénario étudié ci-dessous reprend la première hypothèse : à l'horizon 2012, un statut de droit public pour les centres hospitaliers régionaux autour desquels tous les établissements seraient

regroupés (cf. figure 2). Dans ce cas, comme il a été vu en 5.4.3, le CHUV aurait aussi un statut de droit public, mais avec une autonomie plus faible que les autres centres hospitaliers.

Si ce statut est attribué aux centres hospitaliers le canton devrait alors mener deux opérations en parallèle : imposer les regroupements au sein des centres hospitaliers, et élaborer et faire entrer en vigueur les lois transformant le statut de privé RIP en un statut de droit public.

Les centres hospitaliers régionaux pourraient être les suivants, comme développé en 5.1 :

A l'Est, une entité juridique pour le centre hospitalier regroupant le HRC et l'hôpital de Château-d'Œx.

A l'Ouest, vraisemblablement deux entités juridiques, le GHOL et l'EHC. Un autre scénario envisageable mais très peu probable est que l'EHC soit intégré au sein du CHUV, pour remplir le rôle d'hôpital général de la région lausannoise et permettre au CHUV de se concentrer sur son rôle d'hôpital universitaire. Nous ne prendrons pas en compte ce scénario, vu sa faible probabilité de réalisation à court terme.

Au Nord, deux entités juridiques, une pour les eHnv, auxquels le CSSC de Sainte-Croix aurait été rattaché et une autre pour le HIB, comme mentionné en 5.4.1.

Au Centre, pour la région lausannoise, une entité juridique pour le CHUV. La Fondation Rive-Neuve, Plein-Soleil, l'institution de Lavigny et l'hôpital de Lavaux seraient rattachés à cette entité juridique. La Fondation de Nant serait intégrée au CHUV et en constituerait le secteur psychiatrique Est.

Le paysage hospitalier serait donc composé de **six entités de droit public** (une à l'Est et une au Centre, deux à l'Ouest et au Nord). Le CHUV aurait ses propres règles de gouvernance, et les 5 autres entités bénéficieraient des mêmes conditions cadres, négociant chacune ses missions ainsi que son contrat de prestations avec l'Etat.

Leur autonomie décisionnelle serait définie par les règles de gouvernance du statut et les rapports de force entre le(s) représentant(s) de l'Etat et les personnages politiques locaux et régionaux dans les conseils d'administration.

L'harmonisation de la CCT au niveau cantonal serait un élément unificateur. Le niveau de coordination entre les centres hospitaliers, ainsi que l'intensité de leurs échanges définirait un paysage hospitalier vaudois plus ou moins fragmenté entre régions ou plus ou moins unifié pour l'ensemble du canton. Pour tenir compte du caractère universitaire du CHUV, l'accent serait mis sur des accords de collaboration entre les centres hospitaliers et le CHUV, dans les domaines de la formation post-graduée des médecins et de la répartition des prises en charge.

Si le canton met fin au statut de privé RIP, ce scénario serait certainement privilégié, car il va dans le sens de la politique actuelle du canton donnant de l'importance aux régions et à un travail en réseau au sein des régions.

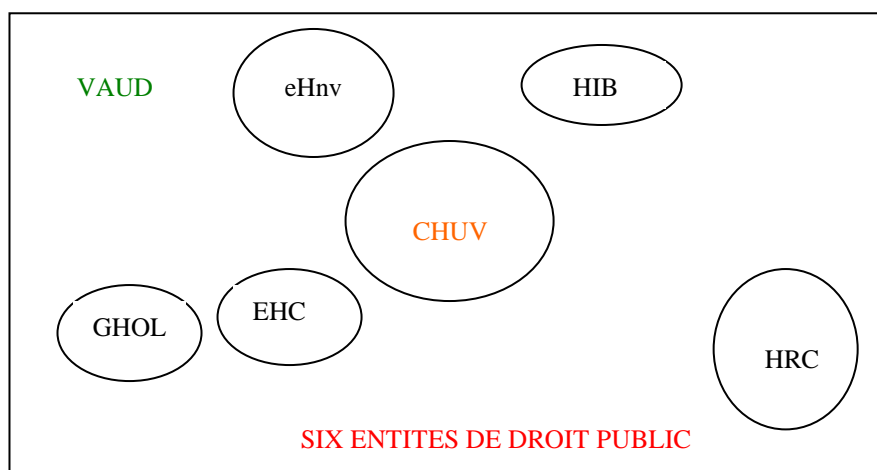


Figure 2 : statut de droit public pour six entités régionales

5.5.4 Scénario no 3 : Pas de regroupement imposé au sein des centres hospitaliers

Un troisième scénario à l'horizon 2012 peut être envisagé : transformation du statut sans regroupement imposé au sein des centres hospitaliers régionaux (cf. figure 3). Cela signifierait que chacun des 13 établissements actuels de la FHV, ainsi que le CHUV, serait doté d'un statut de droit public, et négocierait leur contrat de prestations avec le DSAS. Comme dans le scénario précédent, l'autonomie décisionnelle des établissements serait définie par les règles de gouvernance du statut et les rapports de force entre le(s) représentant(s) de l'Etat et les personnages politiques locaux et régionaux dans les conseils d'administration.

L'harmonisation de la CCT serait un élément unificateur, mais malgré cela, les établissements demeureraient **très hétérogènes** de par leur taille et leurs missions. Leur degré de collaboration dépendrait entre autre de l'importance prise par la loi sur les réseaux, de sa force de contrainte et de ses mesures incitatives en termes d'allocation de ressources.

Il est certain que des changements de missions, des regroupements ou fusions volontaires s'effectueraient, pour faire face au renforcement de la concurrence et à la pénurie médicale. Ces évolutions sans être imposées se feraient alors pour des questions de survie, comme elles se sont déjà effectuées naturellement depuis deux décennies dans le canton (cf. 3.2.1).

Le nombre et le rythme de ces regroupements dépendraient de la volonté et la capacité financière du canton de moduler les effets du renforcement de la concurrence (cf. 5.3.3).

Ce scénario est envisageable, mais n'est pas le scénario privilégié, car il ne va pas dans le sens du renforcement de l'importance des régions.

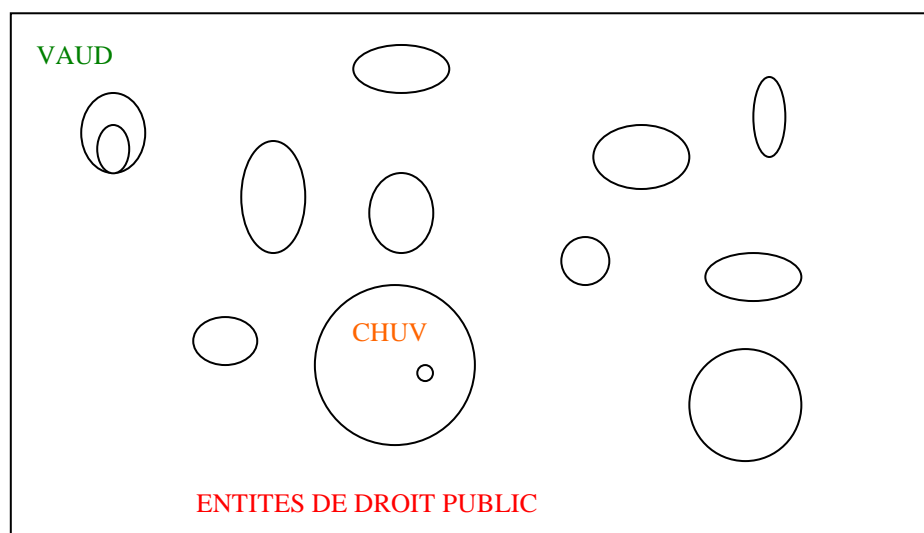


Figure 3 : statut de droit public, sans regroupement imposé

5.6 SCENARIOS SUIVANTS : MAINTIEN DU STATUT PRIVE RIP

5.6.1 Scénario no 4 : Regroupements au sein des centres hospitaliers

Dans ce scénario, nous posons les trois hypothèses suivantes :

- le HIB doté d'un statut de droit public,
- la partie vaudoise du HRC dotée d'un statut de droit privé RIP,
- le CHUV, service de l'Etat, tel qu'actuellement.

Ces hypothèses aboutissent à **4 centres hospitaliers de droit privé RIP**: les eHnv, le GHOL, l'EHC et la partie vaudoise du HRC (cf. figure 4).

Si le canton pérennise le statut de droit privé RIP, ce scénario serait certainement privilégié, car il va dans le sens de la politique actuelle donnant de l'importance aux régions.

Beaucoup d'éléments de ce scénario sont similaires au scénario 5.5.3 : »disparition du statut de privé, regroupement autour des centres hospitaliers », si ce n'est les différences liées au statut et l'absence de CCT harmonisée au niveau cantonal. Ce scénario est repris et développé plus loin, en 5.8, comme SCENARIO OPTIMAL.

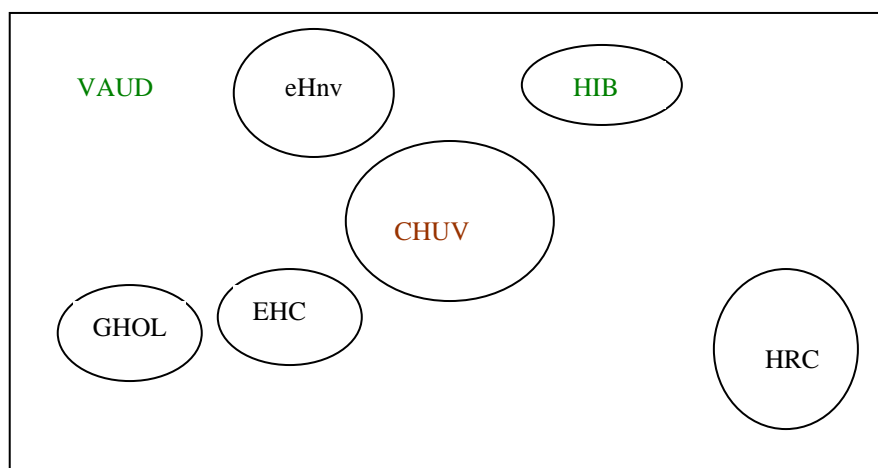


Figure 4 : quatre entités de droit privé + le HIB + le CHUV

5.6.2 Scénario no 5 : Pas de regroupement imposé au sein des centres hospitaliers

Cf. figure 5.

Ce scénario à l'horizon 2012 est un scénario dans lequel l'Etat n'impose aucun changement par rapport à la situation actuelle. Le statu quo est de mise en termes de statut, et les établissements qui en ont les moyens ne sont pas contraints de se rattacher à un centre hospitalier.

Il est certain que des regroupements ou fusions volontaires s'effectueraient, comme elles se sont déjà effectuées naturellement depuis deux décennies dans le canton (cf. 3.2.1). **Ces fusions seraient une condition de survie face au renforcement de la concurrence et à la pénurie médicale.**

Le nombre et le rythme de ces regroupements dépendraient de la volonté et la capacité financière du canton de moduler les effets du renforcement de la concurrence.

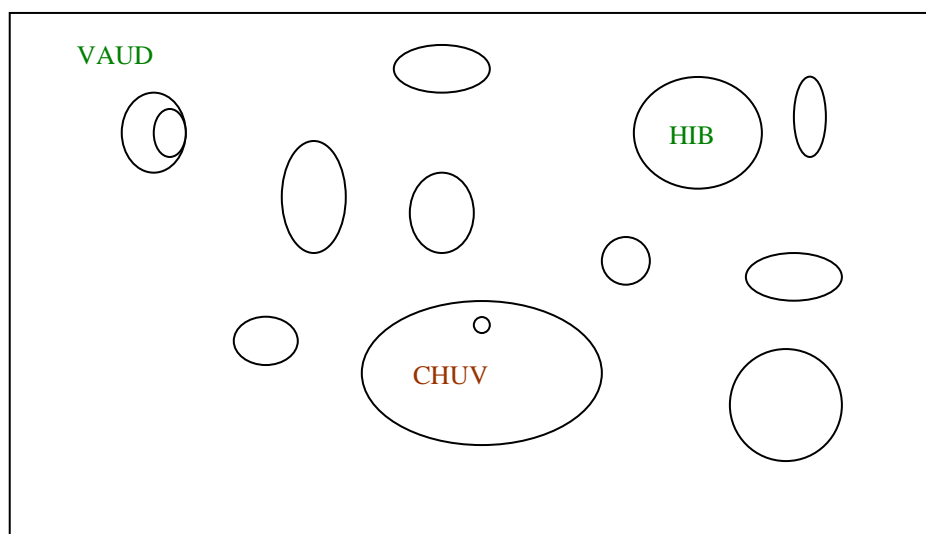


Figure 5 : nombreuses entités de droit privé + le HIB + le CHUV

5.7 LA FHV DANS LES DIFFERENTS SCENARIOS

Une première constatation est que, à travers l'histoire et jusqu'à aujourd'hui, les établissements, cherchent un lieu, une structure, où échanger, communiquer, défendre leurs intérêts communs et travailler ensemble, car tout cela est bénéfique et nécessaire à chacun. Mais pour que cette structure faitière continue d'exister, il faut que les établissements la constituant se retrouvent autour d'un ou plusieurs éléments fédérateurs et d'intérêts convergents à défendre.

Une deuxième constatation est que l'existence et l'avenir d'une telle association dépendent un peu de sa capacité d'adaptation et de réformes internes, mais essentiellement de variables exogènes, de nature politique ou organisationnelle, sur laquelle elle n'a pas prise.

Scénario no 1, disparition du statut privé RIP, une structure unique (5.5.2).

Dans ce scénario d'une structure unique, la FHV n'aurait pas de raison d'être. Les directions d'établissements actuelles seraient remplacées par une direction centrale nommée par l'autorité politique. Le DSAS mettrait en place les outils de contrôle de cette structure unique.

Scénario no 2, disparition du statut privé RIP, regroupements imposés (5.5.3).

Dans ce scénario, l'existence de la FHV en tant que structure indépendante du DSAS, dépendrait de l'autonomie décisionnelle accordée aux centres hospitaliers régionaux, autonomie définie dans les règles de gouvernance de leur statut de droit public.

Si cette autonomie est très faible et se situe tout à gauche de l'axe de l'autonomie de gestion, alors la FHV n'aurait que peu de raisons d'exister, car les lieux d'échanges entre hôpitaux existeraient au sein du DSAS, très impliqué dans la gestion opérationnelle des établissements. Une structure étatique incluant des dirigeants des différents centres hospitaliers, mettrait en place des comparaisons et des synergies entre établissements, et organiserait les négociations communes avec les partenaires.

Si par contre, l'autonomie décisionnelle est grande et se situe tout à droite de l'axe de l'autonomie de gestion, alors la FHV, aurait des raisons d'exister et de réunir les cinq entités de droit public (exception faite du CHUV dont l'autonomie resterait faible, cf. 5.4.3).

C'est au sein de la FHV que ces cinq entités se donneraient les moyens d'une bonne gestion, en organisant des échanges de compétences et d'informations et en mettant en place des comparaisons et des synergies. Ensemble elles négocieraient et défendraient leurs intérêts communs. Dans ce cas de figure, ce n'est plus le statut privé RIP qui réunirait des établissements au sein de la FHV, mais bien leurs intérêts convergents et leurs besoins communs nécessaires à une bonne gestion.

Scénario no 3, disparition du statut privé RIP, pas de regroupements imposés (5.5.4).

Comme au scénario précédent, l'existence de la FHV dépendrait de l'autonomie décisionnelle accordée par le statut de droit public, mais elle dépendrait aussi de la capacité de la FHV à fédérer ses membres. En effet, en l'absence du statut privé RIP comme élément fédérateur, il faudrait que les intérêts communs soient suffisants pour justifier l'existence d'une association faitière.

En raison de l'hétérogénéité actuelle, et du peu d'intérêts convergents, un scénario réaliste est celui d'un éclatement de la FHV. Les lignes de fracture pourraient être celles évoquées en 4.2.1 « la cohésion interne de la FHV », soit :

- petits établissements versus grands établissements,
- établissements désirant maximiser les mutualisations, les réalisations des synergies potentielles et la mise en commun des données versus les établissements réticents ou opposés aux mutualisations imposées.

En conséquence de la scission, il y aurait alors deux associations faitières des établissements, dont en tous cas l'une d'elle ne s'appellerait plus FHV ! Le rôle et les buts de l'organe faitier serait fonction des intérêts communs partagés. Si la ligne de fracture ayant amené à la scission était l'attitude face aux mutualisations, on peut imaginer, qu'une des associations aurait un rôle important de réalisation de toutes les synergies possibles, alors que l'autre association serait très « light » et préserverait au maximum l'indépendance des membres.

Quel que soit l'élément fédérateur, les associations d'établissements devraient permettre au minimum des échanges d'informations et de compétences, et permettre de défendre les intérêts communs.

Scénario no 4, maintien du statut privé RIP, regroupements imposés (5.6.1).

Dans ce scénario, l'existence même de la FHV ne serait pas remise en question, au contraire de son périmètre. La question de l'appartenance ou non à la FHV, du CHUV, service de l'Etat, en tant que centre hospitalier de la région lausannoise et du HIB de droit public, reste ouverte.

En d'autres termes, quel serait le motif d'appartenance à la FHV ? Le statut privé RIP ou le fait d'être un centre hospitalier régional ? Dans le premier cas, la FHV regrouperait les quatre hôpitaux de droit privé RIP et dans le deuxième cas, la FHV comprendrait aussi le CHUV et le HIB.

En posant la première hypothèse, le rôle de la FHV serait comparable à celui d'aujourd'hui. Cependant, il faut mettre en évidence deux différences positives par rapport à la situation actuelle.

- la FHV serait plus forte car beaucoup plus homogène. Ses membres auraient des tâches, des missions et des intérêts comparables. La FHV serait moins affaiblie par l'hétérogénéité des établissements et les risques de démission, la cohésion interne serait meilleure.
- Chaque centre hospitalier, grâce à sa taille suffisante, serait doté de fortes compétences administratives internes, ce qui libérerait la FHV de certaines tâches actuelles.

En posant la deuxième hypothèse (4 entités au statut privé RIP + CHUV + HIB), la FHV réunirait six centres hospitaliers régionaux, aux statuts juridiques différenciés. Cette hétérogénéité de statut serait un potentiel de fracture interne. Néanmoins, au-delà de cette fracture potentielle, la FHV aurait un rôle clé pour permettre des échanges d'informations et de compétences et des comparaisons entre centres hospitaliers, différents de par leur statut mais comparables dans leurs missions.

Scénario no 5, maintien du statut privé RIP, pas de regroupements imposés (5.6.2).

Dans ce scénario, l'existence même d'une association faitière ne serait pas remise en cause. Cependant, comme au scénario 3, la FHV n'inclurait probablement plus les 13 membres actuels.

Bien que le statut privé RIP demeurerait un élément fédérateur, les intérêts communs ne seraient pas suffisants pour assurer la cohésion interne. Les fractures potentielles de scission seraient les mêmes que celles évoquées ci-dessus. Il y aurait donc deux (ou plusieurs) associations faitières, dont les buts pourraient être, selon le choix des membres :

- de préserver au maximum l'indépendance des établissements,

- ou au contraire de réaliser le maximum de synergies.

Quoi qu'il en soit, les organes factiers chapeautant les établissements devraient leur permettre de faire face au renforcement de la concurrence, par des échanges d'informations et de compétences, et par la défense d'intérêts communs.

5.8 CONCLUSIONS ET SCENARIO OPTIMAL

Dans l'introduction, au chapitre 1, nous avons vu la volonté commune des acteurs de **garantir une réponse adéquate aux attentes et aux besoins de santé de la population vaudoise, autrement dit, assurer pour les années à venir des soins de qualité à un coût acceptable.** Nous avons aussi vu que si les acteurs partagent le même but, ils ne partagent pas le choix des scénarios pour l'atteindre.

Au vu des observations et analyses faites lors des travaux de recherche relatifs à ce mémoire, nous allons détailler ci-dessous un scénario optimal de l'organisation du paysage sanitaire vaudois à l'horizon 2012, (ou à un horizon plus lointain). Ce scénario traite du statut, de l'autonomie et de la responsabilisation des établissements, de l'organisation du paysage sanitaire et du rôle de la FHV

5.8.1 Maintien du statut de privé RIP

Citons un auteur d'étude récente sur les systèmes hospitaliers du monde occidental :

A.Staines : thèse de doctorat, « la relation programme qualité / résultats cliniques », le cas Suède ,p.222, février 2007

*« Les observateurs internes et externes rencontrés s'accordent à signaler la séparation des rôles très claire entre les élus politiques du Conseil et la direction générale de celui-ci. **La marge de manœuvre de la direction est définie et sa crédibilité est renforcée par une absence d'ingérence de la sphère politique.** Ceci est qualifié par les observateurs de facteur de succès. »*

Nous touchons là un point central des conditions nécessaires à une bonne marche des systèmes hospitaliers: pour être efficaces et assurer des soins de qualité, **les établissements ont besoin d'être à l'abri des ingérences de la sphère politique dans la sphère opérationnelle.** Cette non ingérence de la sphère politique ne signifie pas une absence de contrôle de l'utilisation des ressources allouées, ni une absence de contribution à la vision stratégique, mais cela signifie que les rôles et les responsabilités de l'autorité politique et de la direction de l'établissement soient clairement établis, définis et différenciés.

Or, nous pouvons constater que le statut de droit privé RIP garantit mieux la non ingérence de la sphère politique qu'un statut de droit public. Dans le statut de droit public, les hommes et femmes politiques, ont des moyens supplémentaires d'influencer la gestion opérationnelle. Selon leur personnalité et leur désir d'ingérence, ils peuvent utiliser ou non ces moyens

Dans le canton de Vaud, vu le profil du chef du DSAS actuel, il semble difficile d'imaginer qu'un statut de droit public, parviendrait à préserver les établissements de toute ingérence de la sphère politique dans leur sphère de gestion opérationnelle. Un statut de droit privé RIP est donc meilleur sur ce point.

D'autre part, l'étude de Denise Silber , « *Hôpital, le modèle invisible* », nous montre que la tendance au niveau international est clairement **au renforcement du secteur des hôpitaux privés ou privés sans but lucratif, au détriment du secteur purement public.** Les exemples tels que

l'Allemagne, la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas, **montrent que, dans le domaine de la santé l'Etat maintient ou renforce son rôle de régulateur et d'arbitre mais délègue les tâches de gestion et de production au secteur privé ou privé à but non lucratif.**

Comme il a été vu en 3.3.9, l'évolution est la même en Suisse alémanique.

Même si la tendance est différente dans les cantons voisins, le canton de Vaud serait clairement dans le sens du « trend » national et international actuel en maintenant le statut privé RIP.

Dans le canton, ce secteur privé sans but lucratif a le mérite d'exister et de bien fonctionner, ce serait un choix malheureux de le faire disparaître du paysage, pour le réintroduire quelques années ou décennies plus tard, à l'exemple de la Grande Bretagne.

Un autre argument, plaidant en faveur du maintien du statut de privé, est l'élément du financement.

D'une part, comme il a été vu au point 5.5.1, une acquisition ou location du patrimoine immobilier générerait des charges supplémentaires pour le canton.

D'autre part, dans le domaine de la santé, les besoins explosent alors que les ressources stagnent.

Force est de constater que l'Etat ne peut plus tout financer et doit contribuer à développer le mécénat dans le domaine sanitaire.

Or, comme il a été vu plus haut, les structures publiques peuvent aussi drainer des fonds privés.

L'Etat peut favoriser cette contribution du secteur privé par des incitations fiscales.

Néanmoins, la réalité socioculturelle du canton, **prouve que les fonds privés se dirigent beaucoup plus facilement vers des structures de droit privé que public.**

Si l'Etat impose un statut de droit public, il privera le domaine sanitaire de ressources financières, dont il a pourtant un besoin vital.

Pour faire le lien avec la partie historique de ce mémoire, il faut relever que la naissance des infirmeries locales est le fruit d'initiatives privées, de personnalités se sentant responsables d'une bonne couverture sanitaire dans leur région. Ce désir d'engagement dans le domaine de la santé, entre autre au moyen d'apports financiers, a traversé le 19^{ème} et le 20^{ème} siècle, et il serait dommage de l'éteindre en ce début de 21^{ème} siècle.

Ces trois points amènent la première conclusion : le scénario optimal doit permettre aux établissements de conserver leur statut de droit privé RIP.

La meilleure forme de gouvernance des établissements de droit privé RIP est un conseil d'administration, nommé par l'assemblée générale, formé de membres exerçant un dicastère précis, en lien avec leurs compétences. Ces membres doivent être d'une part des représentants politiques locaux permettant une représentativité régionale, et d'autre part des représentants de l'économie privée. Des critères de compétence et non de cooptation devraient être déterminants.

5.8.2 Autonomie et responsabilisation des établissements

Reprenons l'étude de Denise Silber : *Hôpital, le modèle invisible, juin 2005, p. 47, citation de la Fédération Hospitalière de France :*

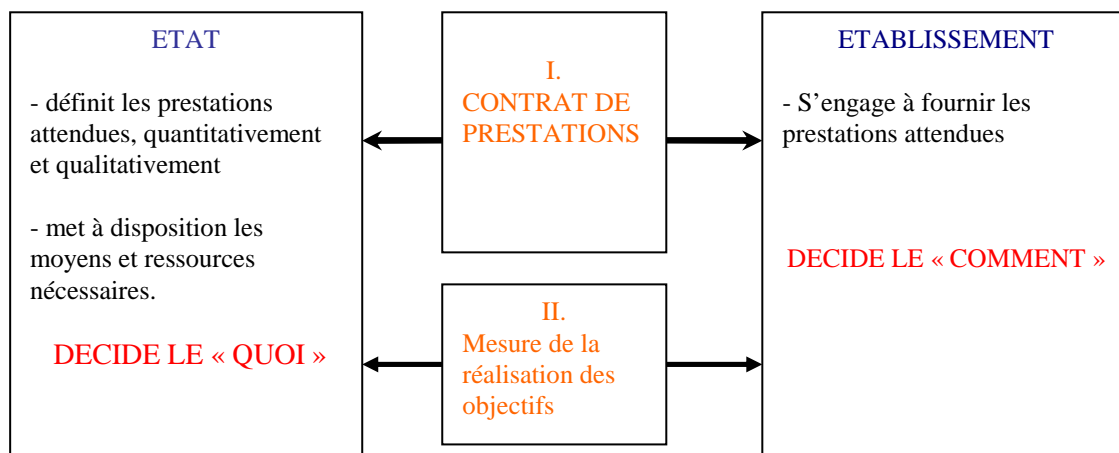
« L'assouplissement des règles de gestion est une nécessité,....qui doit donner plus d'autonomie aux établissements, mais aussi plus de responsabilités. »

La citation ci-dessus corrobore nos observations : dans un scénario optimal, il faut chercher à **renforcer l'autonomie et la responsabilisation des établissements, pour maximiser leur efficacité et leur donner les moyens de faire face à la concurrence.**

Sachant que l'autonomie et la responsabilisation dépendent de nombreuses variables, certains outils permettent malgré tout de les maximiser, sous la contrainte du contexte et des conditions cadres existantes.

Ces outils sont le contrat de prestations (ci-après CP) et un financement étatique de l'hospitalisation, rapprochant au maximum le financement et les coûts.

Reprenons rapidement ce qu'est un CP entre une autorité politique et son partenaire:



Maximalisation de l'autonomie = **maximalisation de la marge de manoeuvre donnée dans le « comment »**

Comme il a été vu en 4.1.3, « L'indépendance managériale », l'autonomie est déterminée par

- 1) la liberté donnée dans la gestion du personnel
- 2) les rapports de force entre la direction et les médecins cadres
- 3) la liberté dans la gestion des investissements
- 4) l'intensité, les domaines et les conséquences des contrôles
- 5) la liberté dans le choix des missions

Les éléments 1) à 3) sont donnés par le contexte et les conditions cadres existantes en termes de CCT et d'investissements.

Pour le point 5) si l'autonomie est faible, le « QUOI » est imposé par l'Etat, sinon il peut être négocié en tenant compte des points de vues des établissements.

C'est essentiellement le point 4) qu'un CP peut régler, ce qui peut influencer positivement l'autonomie décisionnelle. En effet, dans l'idéal, les contrôles et mesures doivent concerner **la réalisation des objectifs** et laisser une marge de manoeuvre pour le « COMMENT »

Un CP définissant les contrôles nécessaires à l'évaluation des objectifs, mais n'empiétant pas sur la manière dont ces objectifs sont réalisés serait un bon outil du scénario idéal pour donner de l'autonomie décisionnelle aux établissements.

Maximalisation de la responsabilisation :

Au travers du CP, les établissements sont responsables de la réalisation de leurs objectifs. Mais le degré de responsabilisation est aussi lié au financement et à la prise en charge du résultat.

Le scénario idéal pose l'hypothèse que les problématiques ambulatoires et des tâches particulières soient réglées entre les hôpitaux et l'Etat. Autrement dit que le financement croisé actuel de l'hospitalisation vers l'ambulatoire ait été progressivement supprimé, et que les tâches particulières aient été suffisamment bien définies pour être financées pour elles-mêmes. **A partir de cette hypothèse, le financement des établissements par les assureurs doit se faire sur la base de forfait par pathologie et le financement étatique doit se rapprocher au maximum des coûts.**

Pour responsabiliser les établissements, il faut aussi que ceux-ci assument leurs résultats positifs ou négatifs. Des exceptions à cette règle sont envisageables pour les hôpitaux périphériques, dont les résultats négatifs peuvent être pris en charge par l'Etat, par des budgets spécifiques de politique de soutien aux régions excentrées.

5.8.3 Organisation du paysage sanitaire

Au vu de l'évolution actuelle du domaine hospitalier, il est évident que le paysage sanitaire vaudois doit s'organiser autour des grands centres hospitaliers régionaux et que le mouvement de fusions, de regroupements et de renforcements de collaborations doit se poursuivre.

En conséquence, le scénario no 4 : **maintien du statut de droit privé, regroupement autour des centres hospitaliers est le scénario optimal**. Les quatre entités de droit privé seraient relativement homogènes de par leur mission et leurs intérêts. Elles favoriseraient les échanges de compétences entre elles et avec les entités de droit public au sein de la FHV.

Il faudrait ajouter à ce scénario une loi contraignante avec des incitatifs financiers forts, pour que le parcours clinique du patient, au sein de la région, soit optimisé. Sans vouloir développer ce sujet qui n'est pas le thème du mémoire, il est certain qu'il y a là un potentiel important d'amélioration de l'efficacité de la prise en charge.

Quant aux hôpitaux périphériques, dans la mesure de ces moyens, l'Etat doit engager les ressources financières nécessaires pour les soutenir, si ces hôpitaux disposent du personnel médical pour garantir la qualité et la sécurité nécessaire à l'exercice de leurs missions. En effet, la disparition de ces établissements aurait comme conséquence pour ces régions périphériques, une forte diminution de la qualité de vie, conséquence qui doit être prise en compte lors des décisions.

5.8.4 Rôle de la FHV

En conclusion, examinons le rôle de la FHV dans ce scénario optimal, défini par :

- maintien du statut privé RIP,
- responsabilisation et autonomie maximales des établissements, au vu du contexte et des conditions cadres existantes,
- regroupements autour de six centres hospitaliers, dont quatre avec le statut privé RIP.

Dans ce scénario, comme il a été vu en 5.7, l'existence même de la FHV ne serait pas remise en question, au contraire de son périmètre. **Retenons ici l'hypothèse la plus vraisemblable d'une FHV fédérant les quatre établissements hospitaliers doté du statut privé RIP. En effet, cela permettrait de maximiser la cohésion interne de la FHV et éviterait de la fragiliser par des intérêts divergents liés au statut.**

Cette FHV « nouvelle version », à quatre membres seulement, devrait se réorganiser en profondeur en réponse aux regroupements du paysage hospitalier vaudois, et en profiter pour clarifier mieux ses règles de gouvernance ainsi que les rôles et compétences respectifs du secrétariat général, du comité exécutif et des établissements. Soulignons cependant que la FHV resterait un organisme faitier, dont l'autorité dépendrait du bon vouloir de ses membres. Dans ces conditions, la compétence de la FHV devrait être une compétence relationnelle de leader, capable d'expliquer, de démontrer, de prendre des initiatives, de convaincre et de mobiliser.

La FHV serait homogène, car ses membres auraient des tâches, des missions et des intérêts comparables. Les centres hospitaliers auraient une taille critique suffisante pour posséder à l'interne de bonnes compétences administratives, ce qui leur permettrait de négocier elles-mêmes, en bilatéral, leurs contrats de prestations avec l'Etat et de traiter toutes les questions relatives à leur financement.

La FHV, resterait centrée sur les négociations liées au financement, en particulier avec les assurances. Elle devrait en plus se concentrer sur les cinq tâches prioritaires détaillées ci-dessous.

CINQ TÂCHES PRIORITAIRES :

1) INDICATEURS, BENCHMARKING INTERNE

Rappelons que les nouvelles dispositions LAMal prévoient, à l'horizon 2012, la publication régulière d'indicateurs de coûts et de qualité, pour répondre aux objectifs de transparence et de comparabilité au niveau national.

L'harmonisation des systèmes d'information des centres hospitaliers, effectués par la FHV, en collaboration étroite avec la FHVI, devront être en mesure de répondre à cette demande croissante, des assurances ou de l'OFSP¹, d'indicateurs et de données standardisées. La transmission d'indicateurs solides sera d'autant plus cruciale, si le financement est partiellement lié aux résultats des indicateurs de qualité.

Le benchmarking devra aussi permettre des comparaisons internes entre les membres FHV, comparaisons qui doivent conduire à des améliorations. La FHV aura un rôle central de diffusion pertinente des résultats du benchmarking, et de stimulation des membres à en faire bon usage.

Un défi que le FHV devra aussi relever sera l'harmonisation de son système d'information avec celui du CHUV. Cela permettra des synergies très pertinentes et des bonnes comparaisons pour l'ensemble du canton.

2) RESSOURCES HUMAINES, CCT

La FHV défendra l'intérêt de ses membres dans toutes les questions relatives aux ressources humaines des hôpitaux. Elle négociera les CCT des médecins et de l'ensemble du personnel. Sans prendre à son compte la formation, la FHV devra être lieu d'échanges pour les questions y relatives, dans le but de faciliter des synergies et collaborations entre hôpitaux dans ce domaine.

3) COLLABORATION AVEC CHUV/HUG

La FHV devra développer une collaboration pertinente entre les établissements universitaires et ses établissements. Ces collaborations se vivent en bilatéral, mais la FHV pourrait être la clé de voûte de modèles de coopérations, en particulier pour la formation post-graduée des médecins et la recherche clinique.

La FHV devra aussi être présente dans les projets de différenciations des DRG universitaires et non universitaires, pour défendre les intérêts de ses membres.

4) VEILLE STRATEGIQUE

La FHV devra assumer un rôle de veille stratégique pour comprendre et communiquer l'évolution des conditions cadres à ses membres.

A l'horizon 2012, le paysage hospitalier suisse sera en profonde mutation, et dans l'intérêt de ses membres, la FHV devra se donner des moyens importants pour comprendre les évolutions, en juger les enjeux, les intégrer et les communiquer aux cadres hospitaliers.

Si elle en a les moyens, la FHV devra aussi être proactive dans sa zone d'influence, pour influencer elle-même sur l'évolution des conditions cadres.

La FHV devra mettre une grande importance à son rôle clé de « récepteur-diffuseur de

¹ OFSP : office fédéral de la Santé Publique

l'information ».

5) « CORE BUSINESS » DE LA FHV

Evidemment, la FHV devra aussi assurer le core business », qui consistera, comme actuellement à :

- représenter ses membres face à différents partenaires,
- organiser des rencontres transversales entre différents corps de métier des hôpitaux pour permettre des échanges de compétences et d'informations,
- faciliter toutes les synergies entre deux ou plusieurs établissements, pour atteindre des masses critiques favorables,
- défendre des intérêts divers communs.

Les tâches numéros 1) et 4) concernant les indicateurs, le benchmarking et la veille stratégique s'adaptent à l'évolution du domaine hospitalier : besoin accru d'indicateurs de coûts et de qualité permettant des comparaisons, concurrence et conditions cadres ne se limitant plus au niveau cantonal mais s'élargissant au niveau national. Par contre, les trois autres tâches prioritaires et les négociations pour le financement sont dans la continuité de celles assumées par les premiers comités réunissant les infirmeries locales, il y a un siècle ! La FHV 2012 sera alors un mélange étonnant de modernité et de fidélité à l'histoire.

6. BIBLIOGRAPHIE ET ADRESSES INTERNET

1. Donzé P.-Y. , Du lobbying au partenariat, la Fédération des Hôpitaux vaudois (1903-2003), 2004
2. Abbé-Ducarroux F., cours MHEM, Economie de la Santé, chapitre 5, « le secteur à but non lucratif », février 2006
3. Silber D., Hôpital, le modèle invisible, Institut Montaigne, juin 2005
4. Staines A., thèse de doctorat, « la relation programme qualité /résultats cliniques », le cas Suède, février 2007
5. Girardin, Livre blanc de la FHV, 2006
6. Publication H+ compétences, 7-8/ 2006, pp. 7-11.
7. H+, Die Spitäler der Schweiz, chapitre 8, " Reformen, Entwicklung und Tendenzen "
8. Données de référence du système sanitaire vaudois, santé publique, 2005
9. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire, mars 2004
10. Office Fédéral de la statistique, données 2006.
11. News FHV, lettre d'information de la FHV, nos 10 à 15

- 12.. www.geneve-ch,
13. www.cliniques-geneve.ch
13. www.admin.ne.ch
14. www.vaud-cliniques.ch
15. www.admin.fr.ch
16. www.rsv-gnv.ch
17. www.jura.ch
18. www.be.ch
19. www.santesuisse.ch
20. www.sanimedia.ch
21. www.fhv.ch
22. www.parlament.ch
23. www.hplus.ch
24. www.admin.ch
25. www.dsas.ch

7. PRINCIPALES ABBREVIATIONS UTILISEES

FHV	Fédération des Hôpitaux vaudois
GHRV	Groupement des Hôpitaux vaudois (remplacé par la FHV)
FHVI	Fédération des Hôpitaux vaudois Informatique
DSAS	Département de la Santé et des Assurances Sociales
SSP	Service de la Santé Publique de l'Etat de Vaud
OFSP	Office fédéral de la Santé Publique
CTR	Centre de Traitement et de Réadaptation
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie du 1.1.1996
AOS	Assurance Obligatoire de soins
RIP	Reconnu d'intérêt public
APDRG	All patient diagnostic related groups
CCT	Convention collective de travail
CP	Contrat de prestations
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
EHM	Etablissement hospitalier multisite neuchâtelois
RHF	Réseau hospitalier fribourgeois
RSV	Réseau Santé Valais
H-JU	Hôpital du Jura
EOC	Ente Ospedaliero cantonale, Tessin
HRC	Hôpital Riviera Chablais
HIB	Hôpital intercantonal de la Broye
EHNV	Etablissements hospitaliers du Nord vaudois
EHC	Ensemble hospitalier de la Côte
GHOL	Groupe hospitalier ouest lémanique
CSSC	Centre de soins et de santé communautaire, Sainte-Croix