



# RAPPORT

Analyse des aspects de gouvernance générale et opérationnels du Conseil d'établissement et de la Direction générale de l'Hôpital intercantonal Riviera - Chablais Vaud-Valais (HRC)

Lausanne, le 21 août 2020

Mesdames les Conseillères d'Etat,

Madame la Directrice générale de la Santé,

Monsieur le Chef du Service de la Santé publique,

Nous avons le plaisir de vous envoyer le projet de rapport que vous nous avez commandé conjointement selon le contrat de mandat du 6 mai 2020.

Nous tenons à vous remercier de la confiance que vous nous avez témoignée en vous adressant à notre société et nous espérons que notre intervention a répondu à vos attentes. Nous tenons à souligner la disponibilité, les échanges objectifs et pertinents que nous avons pu avoir avec les différents responsables, collaboratrices et collaborateurs de l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais à tous les niveaux pour mener à bien nos travaux d'analyse dans un contexte sanitaire, médiatique et politique complexe.

Nous restons bien évidemment à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire que vous pourriez désirer.

Avec encore une fois nos sincères remerciements, nous vous prions d'agréer, Mesdames les Conseillères d'Etat, Madame la Directrice générale de la Santé, Monsieur le Chef du Service de la Santé publique, nos salutations distinguées.

BDO SA

René-Marc Blaser

Nicolas Duc

## Table des matières

1.	Contexte	4
2.	Mandat	4
3.	Informations et documents remis ; entretiens	5
4.	Conclusions et recommandations	8
5.	Analyse et recommandations détaillées	12
5.1.	Manière dont le CEtab remplit la mission qui lui est confiée par la convention intercantonale du décembre 2008, en ce compris la capacité du CEtab à remplir sa mission	17
	5.1.1. Mission confiée au CEtab par la convention intercantonale du 17 décembre 2008	12
	5.1.2. Stratégie de l'HRC telle que définie par le CEtab	13
5.2.	Analyser le fonctionnement du Conseil d'établissement, notamment en lien avec la prise de décision sur les engagements en personnel (désignation des médecins chefs de service)	15
	5.2.1. Le Conseil d'Etablissement en tant qu'interface entre les cantons et l'HRC	15
	5.2.2. Mode de désignation des membres du Conseil d'établissement	15
	5.2.3. Organisation du CEtab	17
	5.2.4. Fonctionnement du Conseil d'établissement et haute direction	18
	5.2.5. Prise de décisions d'engagement en personnel	19
	5.2.6. Conclusion générale en ce qui concerne le Conseil d'Etablissement	20
5.3.	Fonctionnement de la Direction générale et manière dont elle exécute les décisions prises par le Conseil d'établissement	20
	5.3.1. Composition et organisation de la Direction générale	20
	5.3.2. Fonctionnement de la Direction générale	22
	5.3.3. Lien entre la Direction générale, la Direction médicale et le corps médical	23
	5.3.4. Compétences financières	24
	5.3.5. Conclusion générale en ce qui concerne la Direction générale	25
5.4.	Faisabilité des mesures de restructuration prises par l'HRC	25
	5.4.1. Nouvelle organisation mise en place avec l'arrivée sur le site de Rennaz (VD)	25
	5.4.2. Instauration de binômes médico-soignants	26
	5.4.3. Situation particulière du Service interdisciplinaire de cancérologie	27
	5.4.4. Ancrage de l'HRC en tant que pôle de compétence régional en collaboration avec le CHUV et l'Hôpital du Valais et avec le tissu sanitaire local et les hôpitaux privés	28
5.5.	Modalités établies de transmission d'informations entre la direction financière et la Direction générale ainsi qu'avec le Conseil d'établissement, particulièrement sur les aspects de transparence et d'analyse pour les prises de décision et utilisation des informations financières dans le cadre de la gouvernance de l'HRC	29
5.6.	Comparaison avec d'autres structures similaires en termes d'organisation	30
5.7.	Conclusion générale	31

## 1. Contexte

L'Hôpital Riviera Chablais, Vaud-Valais (ci-après "HRC"), dont le siège est à Rennaz (VD), est un établissement autonome de droit public intercantonal, doté de la personnalité juridique. Il est régi par la convention intercantonale du 17 décembre 2008. Il est dirigé par un Conseil d'Etablissement ainsi que par une Direction générale. Il dispose également d'un organe de révision. L'HRC est placé sous la surveillance conjointe des cantons de Vaud et du Valais.

L'HRC est présent sur 3 sites, soit le site principal de Rennaz (VD) depuis l'automne 2019, ainsi que les sites de Vevey (VD) et Monthey (VS), actuellement en cours de rénovation suite au déménagement sur le site de Rennaz (VD).

L'HRC présente un budget de fonctionnement global de plus de CHF 300 millions par an. Il a accusé une perte de l'ordre de CHF 18 millions pour l'exercice 2019. L'ampleur de cette perte a été identifiée après le déménagement à Rennaz (VD) et a conduit à de nombreuses interrogations, en particulier au niveau politique et médiatique.

Suite au déménagement de l'HRC sur le site principal de Rennaz (VD) à l'automne 2019, des voix se sont par ailleurs élevées pour signaler certains dysfonctionnements au sein de l'HRC, notamment dans les domaines du management, des ressources humaines ainsi que dans certains services médicaux.

## 2. Mandat

Suite à ces différentes annonces, les Conseils d'Etat des cantons de Vaud et du Valais ont décidé de commander un audit de la situation financière de l'HRC, mené conjointement par le Contrôle cantonal des finances du canton de Vaud et l'Inspection des finances du canton du Valais.

Parallèlement, les Conseils d'Etat des cantons de Vaud et du Valais ont également décidé de conduire un/e audit/analyse de la situation de l'HRC sous l'angle de la gouvernance, selon contrat de mandat du 6 mai 2020, qui fait l'objet du présent rapport.

Notre mandat consiste donc en une analyse des aspects de gouvernance générale et opérationnels de l'HRC, plus particulièrement du fonctionnement du Conseil d'Etablissement (ci-après "CEtab") et de la Direction générale, ainsi que de la nouvelle organisation de l'HRC mise en place suite au déménagement sur le site de Rennaz (VD), à l'exclusion du volet financier, traité par les Contrôles des finances vaudois et valaisan.

Lors de la séance de lancement du mandat du 20 mai 2020, le président du CEtab et le Directeur général de l'HRC ont souhaité étendre l'analyse aux principaux services de l'HRC, soit les services de chirurgie, de médecine interne et des urgences. Les deux cantons ont accepté cette extension du mandat aux équipes dirigeantes du corps médico-soignant de ces trois services.

Après discussion et pendant les travaux d'analyse, il a été en outre décidé que le Service interdisciplinaire de cancérologie fasse également l'objet d'une analyse succincte par nos soins, ce service ayant par ailleurs déjà fait l'objet d'une analyse/audit séparé par les soins du prof. Pierre-François Leyvraz, sur requête du CEtab.

Selon le mandat confié, le présent rapport vise à :

- évaluer la manière dont le CEtab remplit la mission qui lui est confiée par la convention intercantonale du 17 décembre 2008; cette évaluation comprend aussi la capacité du Conseil d'établissement à remplir sa mission;

- examiner le fonctionnement de la Direction générale et la manière dont elle exécute les décisions prises par le CEtab;
- analyser le fonctionnement du CEtab, notamment en lien avec la prise de décision sur les engagements en personnel (désignation des médecins chefs de service);
- évaluer les modalités établies de transmission d'informations entre la direction financière et la Direction générale ainsi qu'avec le CEtab, particulièrement sur les aspects de transparence et d'analyse pour les prises de décision;
- évaluer l'organisation opérationnelle générale de la direction financière (processus et outils internes) pour une institution gérant un budget de 300 millions de francs;
- analyser la faisabilité des mesures de restructuration prises par l'HRC;
- analyser l'utilisation des informations en provenance de la comptabilité analytique d'exploitation dans le cadre de la gouvernance d'HRC.

Après discussion avec les mandants, le point portant sur l'évaluation de l'organisation opérationnelle générale de la direction financière (processus et outils internes) n'a pas été traité par nos soins, mais dans l'analyse par les contrôles des finances des cantons de Vaud et du Valais portant sur la situation financière.

L'audit détaillé du Service interdisciplinaire de cancérologie commandé par le CEtab fait également l'objet d'un rapport distinct, établi par d'autres mandataires.

### **3. Informations et documents remis ; entretiens**

Afin de remplir le mandat qui nous a été confié, nous avons pu consulter les documents suivants :

- Convention intercantonale du 17 décembre 2008 sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (C-HIRC; RSV 810.94)
- Règlement d'application du 2 novembre 2016 de la Convention intercantonale du 17 décembre 2008 sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, relatif à l'exploitation de l'établissement (R-HIRC, RSV 810.94.1)
- Mandat de prestations 2015 - 2019 du 15 avril 2015
- Plan stratégique 2017 - 2022 du 29 mai 2016, et version résumée
- Projet d'établissement 2017 - 2022
- Règlement de fonctionnement du Conseil d'Etablissement du 17 novembre 2009
- Mandats des comités du Conseil d'établissement ("Finances & Audit", "Sécurité des patients et qualité clinique", "Ressources humaines")
- Règlement de fonctionnement de la Direction générale du 28 septembre 2016
- Règlement interne de l'unité "contrôle et audit interne"
- Règlement de la commission d'éthique clinique
- Règlement de la sous-commission "Gestion des violences"
- Règlement de la commission "Médecine, Santé et Sécurité au Travail (MSST)"
- Règlement de la commission "Flux Patients"
- Règlement de fonctionnement de la commission de construction du 1<sup>er</sup> janvier 2010
- Règlement relatif au droit de représentation et aux modalités de signatures de l'HRC, avenant n° 1
- Règlement relatif au droit de représentation et aux modalités de signatures de l'HRC - projet construction (EMPD)
- Registres des signatures
- Directive institutionnelle relative à la gestion des données servant à la gouvernance de l'HRC

- Nombreuses directives internes
- Statuts de la Commission du Personnel
- Convention collective de travail (CCT) des médecins cadres de l'HRC 2018 du 31 octobre 2017
- Convention collective de travail (CCT) des médecins assistants, chefs de clinique adjoints et chefs de clinique de l'HRC 2015 du 25 août 2014
- Convention collective de travail (CCT) du personnel de l'HRC 2015 du 27 août 2014
- Cahiers des charges du Directeur général, de la secrétaire générale et responsable des affaires juridiques, de la directrice médicale, du directeur médical adjoint, du directeur des soins, du directeur adjoint des soins, du directeur des ressources humaines, du directeur adjoint des ressources humaines, de la directrice des finances, du directeur du système information & organisation
- Procès-verbaux des séances du Conseil d'Etablissement et de la Direction générale pour les années 2018 à avril 2020, resp. mai 2020 s'agissant de la Direction générale
- Organigramme de l'HRC à mai 2020
- Rapport d'activité 2019 de l'HRC
- Rapports de la commission interparlementaire de contrôle pour les années 2010 à 2018
- Divers documents remis en mains propres par les personnes consultées lors des entretiens

Nous avons par ailleurs conduit - sur la base d'un questionnaire figurant en annexe - des entretiens avec les personnes suivantes, soit sur le site de Rennaz (VD), soit en nos locaux d'Epalinges (VD), en date des 26 et 29 mai ainsi qu'en date des 9, 10, 11, 15, 22 et 23 juin 2020:

Pour le Conseil d'Etablissement:

- M. Marc-Etienne Diserens, Président
- Dr Georges Dupuis, Vice-Président
- Mme Hélène Brioschi Levi, membre
- Mme Annik Morier-Genoud, membre
- Prof. Didier Trono, membre
- M. Jean-Jacques Rey-Bellet, membre
- Me Jean de Gautard, membre
- M. Pierre Loison, membre
- Prof. Eric Bonvin, membre
- M. Pierre Rochat, invité permanent avec voix consultative
- Mme Sandra Blank, secrétaire générale

Pour la Direction générale:

- Dr Pascal Rubin, ancien Directeur général
- Prof. Pierre-François Leyvraz, Directeur général ad interim
- Dre Sandra Dériaz, directrice médicale
- M. José Iglesias, directeur des soins
- M. Arnaud Violland, directeur de l'organisation, des systèmes d'information et de la logistique
- Mme Elisabeth Koliqi, ancienne directrice des finances
- M. Emmanuel Masson, directeur des ressources humaines
- Dr Nicolas Piol, directeur médical adjoint et directeur médical ad interim
- M. Oliver Birchler, directeur adjoint des finances

Pour les cadres et le personnel:

- Dr Riadh Ksontini, chef du service de chirurgie
- Mme Emilie Betrisey Brigante, infirmière cheffe de service de chirurgie
- Dr Nicolas Garin, chef du service de médecine
- Mme Nicole Jaggi, infirmière cheffe de service de médecine
- Dre Magali-Noëlle Pfeil, cheffe du service des urgences
- M. Pierre Baillifard, infirmier chef de service des urgences
- PD Dr Marco Siano, ancien chef du Service interdisciplinaire de cancérologie
- Dr Sébastien Lévy, doyen
- Dr Gaël Amzalag, médecin adjoint et vice-doyen
- Mme Bénédicte Panes-Ruedin, infirmière cheffe du Service interdisciplinaire de cancérologie
- Mme Emmanuelle Rosset, cheffe de l'unité Contrôle et audit interne
- Mme Carmen Descombes, Présidente de la commission du personnel

Avec l'accord des Cheffes de département de la santé publique des cantons de Vaud et du Valais, nous avons également procédé, sous une forme anonyme, à divers entretiens de collaboratrices et collaborateurs de l'HRC, afin de recueillir leur avis sur la situation de l'HRC et leur ressenti et position par rapport aux événements relatés dans la presse.

Nous avons par ailleurs rencontré les représentants de la direction générale de la santé vaudoise, ainsi que du service de la santé publique valaisan. Nous avons également rencontré les deux Cheffes de département de la santé publique pour des points intermédiaires en date des 4 et 15 juin 2020.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Mme Emmanuelle Rosset, responsable de l'unité Contrôle et audit interne, pour sa grande réactivité et l'organisation très efficace des entretiens au vu des délais serrés qui nous ont été fixés et la mise à disposition rapide des informations et documents demandés pour l'analyse.

Nous tenons également à remercier très sincèrement l'ensemble des personnes avec lesquelles nous avons pu discuter pour la transparence et la disponibilité dont elles ont su faire preuve au vu du contexte actuel, le caractère généralement constructif des propos échangés et l'éclairage apporté sur la situation de l'HRC en cette période charnière pour l'institution.

## 4. Conclusions et recommandations

A titre liminaire, nous tenons à souligner que la fusion de cinq hôpitaux de taille locale en un hôpital régional de catégorie supérieure est un énorme défi. L'ampleur de la tâche a probablement été sous-estimée. Il est impossible qu'un tel projet de fusion et de regroupement fonctionne parfaitement dès sa mise en œuvre. Quelques années d'accoutumance sont nécessaires. La complexité de gestion d'une telle organisation n'est en rien comparable à celle des établissements dont elle est l'agrégat.

Toutes les personnes interviewées soulignent que le site de Rennaz (VD) est un magnifique outil au service de la population et des médecins de la région et qu'il faut lui donner les moyens d'exister et de se développer. Cependant, le personnel et les cadres de l'HRC sont fatigués par le déménagement, la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 et par les nombreux échos médiatiques négatifs autour de l'HRC. Le personnel et les cadres souhaitent que les deux Conseils d'Etat donnent un signal fort pour dire : "Nous y croyons et nous vous soutiendrons". Ce message est déterminant aussi bien pour le personnel de l'HRC que pour les médecins et autres institutions sanitaires de la région, qui sont les premiers clients et les prescripteurs principaux de l'HRC.

Sur la base de notre analyse des différents documents, des informations transmises et des entretiens menés, y compris les entretiens informels menés de manière parfaitement aléatoires à la cantine du personnel, nous pouvons conclure que le personnel de l'HRC - même s'il est parfois un peu fatigué et agacé par le battage politico-médiatique autour de l'HRC - demeure dans l'ensemble très motivé, souhaite donner le meilleur pour le bien des patients et est très attaché à la reconnaissance et au développement serein de l'institution.

Afin de permettre à ce projet ambitieux et de très grande envergure de pouvoir pleinement déployer ses effets à court, moyen et long termes, nous formulons les constats et recommandations suivantes, en lien avec nos recommandations détaillées qui figurent dans le corps du rapport :

### En lien avec le Conseil d'établissement

De manière générale, le CEtab remplit la mission qui lui est confiée par la C-HIRC et aucun dysfonctionnement ou lacune majeurs ne peuvent être constatés, sous réserve du volet financier. Les membres actuels du CEtab ont fait preuve d'un engagement exceptionnel en vue de la réunification sur le site de Rennaz (VD) et cela doit être souligné.

#### 1. Mission du CEtab

La mission du CEtab telle qu'elle ressort de la C-HIRC et des documents annexes ne tient pas compte des éléments clés que sont la définition d'une stratégie et la haute direction de l'institution.

- Nous recommandons de compléter la C-HIRC ainsi que le R-HIRC afin d'intégrer les éléments clés de la gouvernance au niveau du CEtab, sur le modèle de l'art. 716a CO.

#### 2. Stratégie

Le CEtab, en collaboration étroite avec la Direction générale, a établi avec soin et professionnalisme une vision et une stratégie pour l'HRC.

- Nous recommandons de poursuivre dans la voie choisie et de garantir la mise en œuvre de la stratégie établie au niveau opérationnel.

### 3. Rapports avec les cantons

Les rapports entre l'HRC et les cantons de Vaud et du Valais sont bons s'agissant du CEtab et de la Direction générale.

- Nous recommandons de saisir l'opportunité des changements à venir au sein du CEtab pour renforcer le rôle de ce dernier en tant qu'interface stratégique entre l'institution et les cantons. Les cantons sont en effet les "propriétaires" de l'institution et doivent à ce titre définir formellement une feuille de route pour l'HRC, fixant ainsi le cadre dans lequel le CEtab peut exercer sa responsabilité de haute direction.

### 4. Compétences et désignation des membres du CEtab

Les membres actuels du CEtab s'identifient fortement à la représentation du canton ou de l'organisation qui les a désignés. Cela peut induire des dépendances susceptibles de conduire à des dissensions et complexifier le fonctionnement du CEtab. Pour fonctionner, l'HRC doit néanmoins s'intégrer dans le tissu sanitaire régional, à plusieurs niveaux (médecins avant tout, mais organes dirigeants également, dans une moindre mesure).

- De notre point de vue, les membres du CEtab doivent donc être choisis et nommés conjointement par les deux Conseils d'Etat, en fonction de leurs compétences et non sur la base d'une représentativité. Nous recommandons de revoir les compétences des membres du CEtab dans le cadre des départs naturels annoncés, à la lumière du plan stratégique élaboré par ce dernier.
- Le nombre de membres du CEtab doit être réduit à sept, afin de favoriser un fonctionnement dynamique et transversal. A ce titre, le projet d'adaptation de la C-HIRC propose déjà une réduction du nombre de membres du CEtab à sept.
- Nous recommandons d'adapter l'art. 9 C-HIRC comme suit:

*"<sup>1</sup> L'Etablissement est placé sous la responsabilité générale d'un Conseil de sept membres, désignés conjointement par les Cantons de Vaud et du Valais.*

*<sup>2</sup> Les deux Conseils d'Etat veillent à constituer le Conseil d'Etablissement selon les principes de bonne gouvernance et à assurer la diversité des compétences requises pour la bonne gestion de l'Etablissement.*

*<sup>3</sup> inchangé"*

### 5. Fonctionnement du CEtab

Dans l'ensemble, le CEtab fonctionne bien ; il est dûment organisé en commissions thématiques. Il a voué une attention très particulière au suivi du projet de construction du site de Rennaz (VD). Dans le domaine des finances et du suivi des indicateurs de performance à tous les niveaux de l'institution, le CEtab devrait encore renforcer son approche de haute direction stratégique dans une optique de soutien constructif à la Direction générale.

- Nous recommandons donc de renforcer l'implication ponctuelle du CEtab dans la validation des décisions en lien avec le plan stratégique, sur la base d'indicateurs clés définis en fonction de la stratégie et des besoins opérationnels. Ces indicateurs doivent porter non seulement sur le volet financier mais aussi sur les processus en place au sein de l'HRC, notamment au niveau clinique, de la sécurité et de la qualité des prestations, ainsi que sur la

gestion opérationnelle de l'institution. Il s'agit de la fonction de contrôle revenant au CEtab en tant qu'organe de haute direction.

- Nous recommandons également d'impliquer, sur requête de la Direction générale, davantage et de manière ciblée les membres du CEtab dans les choix stratégiques en fonction des sujets et des compétences desdits membres. La fonction de haute direction du CEtab se traduit ici en fonction de soutien.

## **6. Hiérarchie médicale**

Les liens hiérarchiques qui unissent les médecins cadres à la Direction médicale, à la Direction générale et au CEtab sont flous.

- Nous recommandons vivement de préciser ces liens hiérarchiques. Nous sommes d'avis que, dans une optique de bonne gouvernance et en sa qualité d'organe de haute direction, le CEtab doit se limiter à désigner les membres de la Direction générale. La désignation des médecins chef/fes de service et médecins cadres doit revenir à la Direction générale.

### **En lien avec la Direction générale**

Tous les membres de la Direction générale ont su faire preuve d'une flexibilité et d'un engagement hors du commun pour réaliser le transfert des divers structures existantes sur le site unique de Rennaz / VD. De manière générale, la Direction générale exécute correctement les décisions prises par le CEtab.

## **7. Composition de la Direction générale**

Nous sommes d'avis que la composition de la Direction générale est conforme à ce qui se pratique en Suisse romande.

- Nous recommandons toutefois d'évaluer la pertinence de renforcer le rôle du corps médical et médico-soignant au sein de la Direction générale par rapport aux fonctions de "support", à l'instar de ce qui se pratique en Suisse alémanique, notamment. Il appartient toutefois au CEtab, en sa qualité d'organe de haute direction, de retenir la forme d'organisation la plus appropriée pour la Direction générale de l'HRC parmi les alternatives qui sont à disposition.

## **8. Fonctionnement de la Direction générale**

De manière générale, la Direction générale a bien fonctionné et s'est très largement impliquée et engagée pour le succès du transfert sur le site principal de Rennaz (VD). Au fil du temps, il se trouve que la vision de certains membres de la Direction générale a divergé sur certains points, notamment en matière d'approche de gestion et de management.

- Nous recommandons d'examiner les alternatives envisageables quant à l'organisation de la Direction générale et de redéfinir le cercle des personnes qui prennent part aux séances.
- Nous recommandons également de renforcer l'autonomie des différents services dans la gestion opérationnelle ainsi que le rôle des cadres dans la prise de décision et leur mise en œuvre.

## **9. Rapports entre Direction générale, Direction médicale et corps médical**

Comme déjà mentionné sous chiffre 6, les rapports actuels entre Direction générale, Direction médicale et corps médical, ainsi qu'avec le CEtab, ne sont pas pleinement satisfaisants.

- Nous recommandons que les liens hiérarchiques entre les médecins chef/fes de services et médecins cadres soient établis uniquement avec la Direction Générale, plus particulièrement la Direction médicale.
- Nous recommandons que les médecins chef/fes de service et médecins cadres soient désignés par la Direction générale.

#### **10. Gestion et supervision des recettes et produits**

Dans le domaine de la gestion et de la supervision des recettes et produits, des carences ont été constatées.

- Il convient de renforcer les compétences de l'équipe en place et de s'assurer de la définition et du suivi d'indicateurs clés de l'activité afin de pouvoir détecter à temps d'éventuelles baisses des recettes qui peuvent avoir un impact considérable sur le compte de résultat et le bilan de l'HRC.

#### **11. Indicateurs clés de performance (KPI)**

L'HRC dispose d'indicateurs clés adéquats et pertinents pour le suivi des projets de construction, ainsi que pour la gestion des charges de l'institution.

- Dans le domaine des recettes, il convient d'améliorer sensiblement la qualité, l'actualité et la pertinence des informations transmises par la direction financière à la Direction générale et au CEtab, afin que ces organes puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause et non seulement sur la base d'indices ou de tendances générales. Il en va de même des autres indicateurs clés de performance qui sont liés aux processus cliniques, aux standards de qualité ainsi qu'en matière de sécurité des prestations, notamment.

### **En lien avec la nouvelle organisation mise en place à l'HRC**

#### **12. Mise en place de la nouvelle organisation**

La nouvelle organisation de l'HRC a été minutieusement préparée. Nous constatons cependant encore un manque de coordination entre les différents services.

- En lien avec la mise en œuvre d'une nouvelle organisation médicale, une meilleure représentation du corps médical et médico-soignant au sein de la Direction générale serait susceptible de renforcer le dialogue et d'améliorer les interfaces entre services.
- Nous recommandons également de revoir la position du personnel administratif au sein des services médicaux et médico-soignants afin de conserver les liens qui existaient auparavant dans ce domaine (prise de rendez-vous, contacts avec le personnel médical en particulier).

#### **13. Binômes médico-soignants**

La mise en place des binômes médico-soignants constitue une innovation créative et s'avère un réel progrès dans la gestion de l'HRC, pour laquelle elle est parfaitement adaptée.

- Il nous semble nécessaire de réfléchir à la forme de rémunération et d'intéressement des médecins chef/fes de service, en relation avec le développement de leur autonomie de gestion de leur service, et notamment de gestion d'un budget global du service. Nous sommes toutefois parfaitement conscients de la difficulté de mise en œuvre de cette recommandation, du fait que deux ans de négociations ont été nécessaires pour la conception

de la CCT des médecins cadres et que le contexte actuel ne se prête peut-être pas à une reprise des discussions à ce sujet.

#### 14. Liens entre le corps médico-soignant de l'HRC et la région

Un travail important de communication est nécessaire de la part de l'hôpital, destinée aux médecins prescripteurs de la région. Ces derniers doivent connaître leurs interlocuteurs et leurs compétences avérées et être convaincus de la qualité de la prise en charge de leurs patients à l'HRC.

- Afin de garantir une amélioration rapide des recettes de l'HRC, il nous semble donc primordial de développer un concept de communication et d'inciter les médecins chef/fes de service et leurs équipes à promouvoir encore plus activement les prestations de l'HRC dans le tissu sanitaire régional.
- Le cas échéant, une commission consultative pourrait être instituée, afin que le CÉtab et la Direction générale disposent d'un organisme qui leur permet de connaître les réels besoins de la région Riviera - Chablais dans le domaine hospitalier.

## 5. Analyse et recommandations détaillées

### 5.1. Manière dont le CÉtab remplit la mission qui lui est confiée par la convention intercantonale du 17 décembre 2008, en ce compris la capacité du CÉtab à remplir sa mission

#### 5.1.1. Mission confiée au CÉtab par la convention intercantonale du 17 décembre 2008

La C-HIRC définit les compétences du CÉtab à son art. 10, sous la forme d'une liste énumérative de 13 points. La mission du CÉtab découle indirectement de cette disposition, ainsi que de l'art. 14, qui définit la mission de l'établissement, soit la "*dispense des prestations dans le domaine sanitaire, conformément au mandat donné par les deux Conseils d'Etat*".

La plupart des points qui figurent à l'art. 10 C-HIRC relèvent de la gestion des ressources humaines (nomination du directeur général et des membres de la direction générale ainsi que les médecins cadres) et de l'organisation (édicter les règles nécessaires au fonctionnement de l'établissement) ou des finances (arrêter le budget et les comptes ainsi que le plan financier sur proposition de la direction générale) et sont de nature plutôt opérationnelle.

Or, l'établissement d'une stratégie est indispensable au fonctionnement de toute organisation d'une certaine taille. Il appartient à l'organe suprême de l'institution de l'établir. En l'occurrence, pour l'HRC, cette tâche revient au CÉtab, dont c'est la mission première, même si cela ne ressort pas de la convention intercantonale (art. 10 C-HIRC), qui devrait être complétée en ce sens. La stratégie définie par le CÉtab doit être ensuite communiquée et mise en œuvre par la Direction générale, les cadres et l'ensemble du personnel, sous la responsabilité de la Direction générale. La deuxième mission du CÉtab est la haute direction, c'est-à-dire le suivi de la mise en œuvre de la stratégie par la Direction générale, même si cela ne ressort pas non plus directement de la convention intercantonale (art. 10 C-HIRC), qui devrait également être complétée en ce sens, sur le modèle de l'art. 716a CO.

### Conclusion et recommandation

La mission du CEtab telle qu'elle ressort de la C-HIRC et des documents annexes ne tient pas compte des éléments clés que sont la définition d'une stratégie et la haute direction de l'institution.

Nous recommandons de compléter la C-HIRC ainsi que le R-HIRC afin d'intégrer les éléments clés de la gouvernance au niveau du CEtab, sur le modèle de l'art. 716a CO.

#### **5.1.2. Stratégie de l'HRC telle que définie par le CEtab**

Conformément aux articles 14 et 15 C-HIRC,

*"L'Etablissement dispense des prestations dans le domaine sanitaire, conformément au mandat donné par les deux Conseils d'Etat.*

*La mise en œuvre du mandat de l'Etablissement fait l'objet d'un contrat de prestations annuel (ndlr : Contrat de prestations 2019 entre l'Etat de Vaud [...] et l'Etat du Valais [...] et l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais...) passé entre le Conseil d'Etablissement et les deux cheffes des départements de la santé. Ce contrat porte notamment sur les objectifs, les exigences de qualité et de performance ainsi que le budget alloué.*

*Le contrat de prestations peut comprendre également les modalités de financement des tâches particulières d'utilité publique (tâches non financées par les assureurs)."*

Le mandat de prestations et le contrat de prestations définissent dans les grandes lignes les prestations attendues ainsi que les conditions dans lesquelles ces prestations sont proposées à la population. Cependant, ils expriment le besoin des deux cantons et ne sont pas des documents suffisants pour déterminer le positionnement d'un établissement autonome de droit public intercantonal, tel que l'HRC, notamment du fait de la taille de l'établissement et de l'ampleur du projet de réunification sur le site de Rennaz (VD). A ce titre, nous recommandons que les deux cantons, en leur qualité de "propriétaires" de l'institution, définissent également une "stratégie de propriétaire". Ce document doit servir de cadre au CEtab pour élaborer la vision et la stratégie de l'institution, avec la responsabilité qui y est liée.

Une vision et la stratégie qui en découle sont nécessaires pour positionner le nouvel hôpital de Rennaz (VD) et ses antennes veveysanne et montheysanne dans le tissu sanitaire de la Riviera et du Chablais. Avec le soutien de la société Antarès, cette vision et cette stratégie ont été élaborées à juste titre dans le cadre d'un groupe de travail composé d'une délégation du CEtab, d'une délégation de la Direction générale et des représentants des cadres médico-soignants.

Le "Plan stratégique de l'hôpital Riviera-Chablais" est un document de 328 pages, daté d'avril 2016, qui a été validé par le CEtab le 25 mai 2016.

Le plan stratégique définit la vision de l'HRC ainsi que neuf stratégies, que nous considérons comme des stratégies opérationnelles de mise en œuvre, soit :

1. Initier le changement de l'institution en un ensemble de soins coordonnés
2. Profiler le portefeuille de prestations médico-soignantes
3. Optimiser l'accessibilité et améliorer l'expérience patient
4. Améliorer la qualité et la sécurité des prestations de soins
5. Garantir l'efficacité et l'équilibre financier

6. Favoriser la mission de formation et les relations avec les partenaires de la recherche et de l'innovation
7. Veiller à la visibilité et à l'image de l'institution
8. Innover dans la stratégie digitale et le recours aux TIC
9. Développer la culture institutionnelle et le degré de responsabilisation des collaborateurs.

Le plan stratégique précise en particulier que :

1. l'HRC assure un portefeuille de prestations complet, de proximité et de haute qualité, complété par des spécialités de différenciation
2. tissant des liens avec les hôpitaux de référence des deux cantons qu'il dessert (l'Hôpital du Valais et le CHUV), afin d'assurer la continuité des soins pour les patients nécessitant des prestations hautement spécialisées.

Il prévoit une augmentation d'activité, principalement de caractère ambulatoire.

Ce "Plan stratégique de l'Hôpital Riviera-Chablais" est le seul document validé par le CEtab au titre de sa mission première. Il doit donc servir de guide et de référence pour l'attribution des ressources et la sélection des projets, tout comme pour la gouvernance de l'HRC. Il établit les bases de toutes les réflexions conduisant au positionnement de l'HRC dans le contexte régional, et en particulier :

1. la définition des prestations proposées par l'HRC
2. la définition des relations avec les médecins de la région ainsi qu'avec les autres institutions régionales, qu'elles soient privées ou publiques
3. la définition des relations avec les hôpitaux de référence que sont le CHUV et l'Hôpital du Valais ainsi qu'avec les cantons.

Une fois établies, la vision et la stratégie ont été communiquées lors de différents séminaires et présentations, aux cadres supérieurs, aux cadres et au personnel de l'HRC. Nous relevons et saluons en cela le travail de communication réalisé par le CEtab et la Direction Générale.

L'évaluation de cette stratégie n'entre pas dans le périmètre de notre mandat. Cependant, en regard de notre expérience et de notre connaissance de l'environnement de l'HRC, nous pensons qu'elle est pertinente et cohérente.

### Conclusion et recommandation

Notre analyse montre que le CEtab et la Direction générale ont établi avec soin et professionnalisme une vision et une stratégie pour l'HRC. Il s'agit maintenant de s'assurer de sa mise en œuvre. Diverses actions ont été et sont entreprises en ce sens, visant à vulgariser la vision retenue et à garantir l'adhésion et la fédération de l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs autour de la vision de l'HRC.

Nous recommandons de poursuivre dans la voie choisie et de garantir la mise en œuvre de la stratégie établie au niveau opérationnel.

## 5.2. Analyser le fonctionnement du Conseil d'établissement, notamment en lien avec la prise de décision sur les engagements en personnel (désignation des médecins chefs de service)

### 5.2.1. Le Conseil d'Etablissement en tant qu'interface entre les cantons et l'HRC

Fondamentalement, les contacts avec les deux cantons, en tous les cas au niveau stratégique (voir ci-dessus chi. 5.1) devraient passer par le CEtab, qui doit ensuite relayer les décisions stratégiques et la vision des "propriétaires" à la Direction générale. Sur la base de nos discussions, il semblerait toutefois que les contacts aux niveaux stratégique et opérationnel entre l'HRC, d'une part, et les représentants des services compétents des cantons de Vaud et du Valais, d'autre part, ont parfois été complexes, les interlocuteurs changeant en fonction des sujets à discuter. Cela peut reposer sur deux raisons.

La première, c'est l'ambiguïté du statut d'établissement autonome de droit public dont jouit l'HRC, dont l'autonomie est précisément difficile à définir au quotidien. Il est ressorti de nos discussions que la perception de cette autonomie est très différente selon les personnes interviewées et leur fonction au sein de l'HRC. Alors que certains prétendent que l'HRC bénéficie d'une très grande autonomie, d'autres sont au contraire d'avis qu'il ne s'agit que d'exécuter la volonté des cantons, sans grande marge de manœuvre.

A ce jour, il semble difficile, au vu du contexte, de remettre en question le statut de l'HRC en tant qu'établissement de droit public autonome et nous ne sommes pas convaincus qu'une autre forme d'organisation juridique donnerait davantage d'autonomie à l'HRC face à ses autorités de surveillance. Toutefois, afin de donner un cadre plus formel au CEtab dans la définition de la stratégie de l'HRC, nous recommandons que les deux cantons établissent une feuille de route ou "stratégie des propriétaires" qui détermine quelles sont les attentes des deux cantons par rapport à l'HRC, au-delà du seul mandat de prestations.

#### Conclusion et recommandation

Nous constatons que, dans l'ensemble, les rapports entre l'HRC et les cantons de Vaud et du Valais sont bons. Les changements intervenus au sein des autorités de surveillance ont pu conduire à des lourdeurs et répétitions administratives, sans toutefois que cela ait un impact direct sur le fonctionnement de l'HRC au quotidien. La plupart des collaboratrices et collaborateurs de l'HRC n'ont pas de contacts directs avec les deux cantons ; ces derniers se limitent aux membres du CEtab ainsi qu'aux membres de la Direction générale.

Nous recommandons de saisir l'opportunité des changements à venir au sein du CEtab pour renforcer le rôle de ce dernier en tant qu'interface stratégique entre l'institution et les cantons. Cela passe notamment par l'élaboration, par les cantons, d'une feuille de route ou "stratégie du propriétaire" afin de définir plus formellement le cadre dans lequel le CEtab, en sa qualité d'organe de haute direction, peut établir une stratégie pour l'HRC et s'assurer de sa mise en œuvre par la Direction générale.

### 5.2.2. Mode de désignation des membres du Conseil d'établissement

La deuxième tient au mode de nomination des membres du CEtab. L'art. 9 C-HIRC stipule en effet que "l'Etablissement est placé sous la responsabilité générale d'un Conseil de neuf membres :

- six membres sont nommés par les deux Conseils d'Etat, dont quatre membres pour le canton de Vaud et deux membres pour le canton de Valais;
- deux membres sont nommés par les réseau de soins de l'Est vaudois

- *un membre est nommé par le Réseau Santé Valais (RSV)*"

Le déficit potentiel d'autonomie du CEtab est inhérent au fait que ses membres doivent être en majorité des "représentants" d'un canton (Vaud et Valais) ou d'une organisation (Réseau de soins de l'Est vaudois et Réseau Santé Valais) en application de l'art. 9 C-HIRC. Du fait de leur statut de "représentant", les membres du CEtab portent plusieurs casquettes et peuvent, sous l'angle de la gouvernance, être partagés entre les intérêts de l'HRC, qui sont ceux qui devraient prédominer, et ceux du canton ou de l'organisation qui les a désignés, qui doivent passer au second plan. Ce sentiment est d'autant plus valable pour les membres du CEtab qui sont issus d'une organisation qui peut potentiellement faire concurrence à l'HRC; ces derniers peuvent être en porte-à-faux et se retrouver face à de potentiels conflits d'intérêts difficiles à gérer. Cette dépendance plus ou moins implicite est à notre avis préjudiciable à la bonne gouvernance de l'HRC.

Nous sommes convaincus que les deux cantons qui portent l'HRC ont besoin d'un CEtab "fort" - au sens indépendant, responsable et "stimulant" - en tant qu'interlocuteur et doivent donc définir d'autres critères de nomination, qui reposent essentiellement sur les compétences requises et indispensables à la conduite d'un hôpital de la taille de l'HRC et non pas seulement sur la représentation cantonale ou d'une organisation. Sur ce point, la C-HIRC doit être adaptée.

Sur la base de notre analyse et sous réserve du domaine financier, nous sommes d'avis que les membres actuels du CEtab disposent des connaissances requises pour leur fonction. Cela était particulièrement avéré au vu notamment des immenses travaux de construction qui ont dominé la gestion de l'HRC durant les dernières années.

A nos yeux, dans la mesure où la phase critique de construction est terminée avec l'intégration de l'HRC sur le site de Rennaz / VD, les compétences des membres du CEtab devraient être revues, dans le cadre des départs naturels qui ont déjà été annoncés par plusieurs membres. Dans ce contexte, les compétences indispensables pour les prochaines années doivent refléter les éléments de la vision et de la stratégie de l'HRC tels qu'ils ressortent du "plan stratégique" établi par le CEtab, soit en particulier :

- des compétences médicales
- des compétences dans le domaine des soins
- des compétences financières, qu'il est impératif de renforcer
- des compétences en terme de systèmes d'information, de digitalisation
- des compétences en terme d'innovation, de gestion du changement, de gestion des ressources humaines

Si le nombre de membres du CEtab est revu à la baisse, passant de neuf à sept par exemple, il serait ainsi possible de confier la responsabilité de la mise en œuvre de chacun de ces points à un membre du CEtab, en fonction de ses compétences propres. Cette organisation aurait l'avantage de renforcer la transversalité des discussions au sein du CEtab, notamment dans l'évaluation des projets présentés par la Direction générale. Cela permettrait en conséquence de renforcer les capacités du CEtab à "challenger" aussi bien la Direction générale ("top-down") que les cantons ("bottom-up").

Dans la mesure où l'HRC ne peut faire cavalier seul et que son développement et son succès dépendent largement de son ancrage dans la Riviera et dans le Chablais, il convient de veiller, lors du renouvellement des postes vacants, à assurer - aux côtés de la Direction générale et du corps médical, dont c'est la tâche première - un relais et un fort ancrage dans les milieux des régions desservies.

### Conclusion et recommandation

Nous constatons que les membres actuels du CEtab s'identifient fortement à la représentation du canton ou de l'organisation qui les a désignés. Cela peut induire des dépendances susceptibles de conduire à des dissensions et complexifier le fonctionnement du CEtab. De notre point de vue, les membres du CEtab doivent donc être choisis et nommés conjointement par les deux Conseils d'Etat, en fonction de leurs compétences et non sur la base d'une représentativité. Néanmoins, pour fonctionner, l'HRC devrait encore mieux s'intégrer dans le tissu sanitaire régional. Le nombre de membres du CEtab doit par ailleurs être réduit à sept, afin de favoriser un fonctionnement dynamique et transversal. Le projet de révision de la C-HIRC va d'ailleurs dans le même sens et propose aussi un CEtab de 7 membres.

Nous recommandons d'adapter l'art. 9 C-HIRC comme suit:

*"<sup>1</sup> L'Etablissement est placé sous la responsabilité générale d'un Conseil de sept membres, désignés conjointement par les Cantons de Vaud et du Valais.*

*"<sup>2</sup> Les deux Conseils d'Etat veillent à constituer le Conseil d'Etablissement selon les principes de bonne gouvernance et à assurer la diversité des compétences requises pour la bonne gestion de l'Etablissement.*

*"<sup>3</sup> inchangé"*

### **5.2.3. Organisation du CEtab**

L'art. 9 al. 3 C-HIRC spécifie que

*"Le Conseil d'Etablissement propose un règlement pour son propre fonctionnement aux Conseils d'Etats. Ce règlement fixe notamment :*

- a. Les modalités de nomination du président du Conseil*
- b. La durée des mandats, leur nombre et la limite d'âge des membres*
- c. Les procédures de fonctionnement internes."*

Sur cette base, le CEtab a établi un règlement, adopté le 17 novembre 2009 et approuvé par le Conseil d'Etat vaudois le 25 novembre 2009 et par le Conseil d'Etat valaisan le 27 novembre 2009.

Le règlement, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres grandes institutions, prévoit que le CEtab peut se réunir en commissions et comités et désigner un bureau. Le CEtab a fait usage de ces possibilités en instituant en particulier, au vu du chantier de Rennaz (VD), une commission de construction (art. 10 du règlement), reprenant en cela l'art. 28 C-HIRC, ainsi que trois comités, qui disposent également chacun de leur propre mandat et cahier des charges, soit le Comité "Finances & audit", le Comité "Sécurité des patients et qualité clinique" et le Comité "Ressources humaines". Ces quatre commissions ou comités principaux préparent les décisions à prendre en plénum au niveau du CEtab et reprennent les missions principales du CEtab au niveau de la haute direction, des finances et des ressources humaines. En ce sens, les bonnes pratiques en matière de gouvernance sont respectées dans le domaine de l'organisation, la structure d'organisation du CEtab retenue par ce dernier se rapprochant de celle préconisée par le Code suisse de bonne pratique en matière de gouvernement d'entreprise et tenant compte des particularités d'un établissement autonome de droit public. A titre de comparaison, d'autres structures de taille similaire n'ont pas toutes été aussi détaillées dans leur organisation.

### Conclusions et recommandations

Notre analyse ne met pas en évidence de problèmes d'organisation au niveau du CEtab, sous réserve du volet financier (voir ci-dessous chi. 5.5). Nous considérons que cette organisation est conforme aux principes d'une bonne gouvernance et favorable au fonctionnement de l'institution. Elle permet notamment de regrouper des compétences spécifiques pour traiter des thématiques particulières avant de prendre les décisions en plénum.

Nous recommandons toutefois de revoir la diversité des compétences des membres du CEtab dans le cadre des départements naturels annoncés à la lumière du plan stratégique élaboré par le CEtab et en conformité avec la "stratégie de propriétaire" définie par les cantons.

#### **5.2.4. Fonctionnement du Conseil d'établissement et haute direction**

La deuxième mission principale du CEtab est, à l'instar d'autres grandes institutions publiques ou privées, d'assurer la haute direction de l'HRC, et en particulier de s'assurer, par des indicateurs clés, que la stratégie arrêtée par le CEtab soit bel et bien mise en œuvre et appliquée par la Direction générale.

A titre liminaire, il faut souligner que la constitution d'un hôpital intercantonal, la construction du site de Rennaz / VD, la réunion de quatre entités avec une culture d'entreprise bien ancrée sur un seul site ainsi que la planification du déménagement de l'automne 2019 représentent une tâche gigantesque. Nous relevons qu'un projet de cette envergure est sans précédent en Suisse. Les enjeux, notamment financiers, sont considérables et tout dérapage peut avoir des conséquences catastrophiques, mettant en péril tout le projet. L'intensité et l'importance de la mission ont parfois été sous-estimées.

En matière de haute direction, nous avons pu faire les constats suivants :

1. Le CEtab a été très absorbé par la construction durant les deux ou trois dernières années, et au deuxième semestre 2019, par le déménagement et la réunification des différentes antennes sur le site de Rennaz / VD. De ce fait, les membres du CEtab ont été très affairés par ces tâches de nature opérationnelle, chronophages et énergivores. Nous relevons en particulier que le Président du CEtab préside également la commission de construction, et cumule de ce fait deux fonctions exigeantes en termes de temps et de responsabilités. Cela peut expliquer un sentiment d'épuisement au sein du CEtab, dont plusieurs membres n'avaient pas souhaité prolonger leur mandat au-delà du déménagement sur le site de Rennaz (VD), pour différentes raisons, dont l'âge. Ils ont néanmoins accepté de poursuivre provisoirement leur mandat.
2. Le CEtab se fait un point d'honneur à analyser les projets qui lui sont soumis par la Direction générale à la lumière du plan stratégique<sup>1</sup>.
3. Le CEtab n'a pas toujours suffisamment " challengé " la Direction générale en ce qui concerne le suivi des indicateurs opérationnels<sup>2</sup> ainsi que dans ses propositions et décisions relatives aux grands projets de l'établissement.

---

<sup>1</sup> Voir en particulier la revue régulière de la situation présentée par le Directeur général à chaque séance du CEtab; projet : "vers un hôpital accueillant..." selon procès-verbal du 26 juin 2019; voir également la situation du SIC selon procès-verbal du 26 juin 2020.

<sup>2</sup> Voir à ce sujet, le procès-verbal de la séance du CEtab du 23 janvier 2019 : "*La procédure budgétaire n'a pas été reprise suite au report de la date du déménagement, toutefois ce report ne devrait pas avoir trop d'impact sur le budget établi. Décision : Le CEtab valide le budget 2019*";

Si le CEtab n'a parfois pas suffisamment joué son rôle d'interface entre l'institution et les cantons, faute de "stratégie des propriétaires" arrêtée formellement par les cantons, il ne l'a pas joué pleinement non plus vis-à-vis de la Direction générale, notamment dans le domaine financier. Sur ce point, il est indispensable que le CEtab renforce ses compétences, afin de pouvoir sereinement jouer son rôle de haute direction quant aux décisions et options retenues par la Direction générale. C'est à cette condition qu'il sera réellement en mesure de soutenir et de contrôler de manière opportune et adéquate la Direction Générale dans la mise en œuvre de la stratégie et de la mission confiée. Nous y reviendrons plus en détail sous point 5.3.2 ci-dessous.

#### Conclusion et recommandation

Dans l'ensemble, le CEtab fonctionne bien ; il est dûment organisé en commissions thématiques. Il a voué une attention particulière au suivi du projet de construction du site de Rennaz (VD). Sur les dossiers clés, la Direction générale souhaiterait toutefois que le CEtab soit plus "challenging". Dans le domaine des finances et du suivi des indicateurs de performance, y compris ceux qui ne relèvent pas du domaine financier, le CEtab pourrait encore renforcer son approche dans une optique de soutien constructif à la Direction générale.

Nous recommandons donc de renforcer l'implication du CEtab, à son niveau de gouvernance et sans entrer dans l'opérationnel, dans la validation des décisions, sur la base d'indicateurs clés définis en fonction de la stratégie et des besoins opérationnels (fonctions de contrôle et de support).

#### **5.2.5. Prise de décisions d'engagement en personnel**

Conformément à l'art. 10 al. 1 de la C-HIRC,

*"Les compétences du Conseil d'Etablissement sont notamment :*

- b. Nommer la directrice ou le directeur général après consultation des départements en charge de la santé dans les cantons de Vaud et du Valais*
- c. Nommer les autres membres de la direction générale et les médecins cadres ;"*

En matière de gouvernance, nous sommes d'avis que la responsabilité du CEtab en lien avec la désignation des membres de la Direction générale, en ce compris la Directrice ou le Directeur général, correspond aux standards. Il paraît judicieux, vu l'importance du poste et son exposition, que les départements cantonaux soient consultés s'agissant de la Directrice ou du Directeur général alors que la

---

procès-verbal du CEtab 26 juin 2019: "**Analyse de l'activité** : Malheureusement, en raison d'un retard dans l'établissement de la documentation médicale, nous ne sommes pas en mesure de présenter les premiers résultats en lien avec les recettes. [...] **Conclusions** Le déficit structurel extrapolé demeure conforme à celui budgété, soit CHF 6 mios auquel s'ajoutera un montant de 1.5 mios pour les frais de pré-exploitation (déficit non structurel). Lors d'une prochaine présentation, Dr G. Dupuis demande de disposer des taux d'occupation. Par ailleurs, M. P. Rubin propose d'ajouter un volet benchmark dans la présentation de l'activité"; procès-verbal du CEtab du 25 septembre 2019: "A la veille du déménagement, il est très difficile de faire des prévisions fiables sur l'activité à fin 2019 et, par conséquent, sur les revenus. Il est à craindre l'enregistrement à fin 2019 d'une activité plus faible que 2018 et celle budgétisée. Ainsi, en raison de charges dépassant le budget et d'une activité en-dessous du budget, il est à prévoir pour 2019 un déficit bien plus important que les CHF 6 mios budgétés (le chiffre de 8 à 10 millions est évoqué). La DG a informé la DGS VD et le SSP VS de la péjoration de l'état financier".

désignation des autres membres de la Direction générale doit relever de la compétence seule du CÉtab. Ce dernier a d'ailleurs désigné une commission "Ressources humaines" à cet effet, à l'instar du comité de nomination que connaissent les grandes sociétés anonymes. La commission "Ressources humaines" du CÉtab dispose à cet égard de toutes les informations pertinentes et de dossiers complets pour le choix des médecins chefs de service et médecins cadres. Elle procède à leur audition avant de faire une proposition au CÉtab en plénum.

S'agissant de la désignation des médecins cadres, nous sommes d'avis que leur nomination par le CÉtab est préjudiciable à une bonne gouvernance de l'HRC et à une saine hiérarchie médicale. En effet, l'implication du CÉtab à ce titre crée un déséquilibre au sein de la structure organisationnelle en rendant les liens hiérarchiques entre les médecins cadres et la Direction Générale, plus particulièrement la Direction médicale, très ambigus. Nous y reviendrons sous point 5.4.2 ci-dessous.

#### Conclusion et recommandations

Les liens hiérarchiques qui unissent les médecins cadres à la Direction médicale, la Direction générale et au CÉtab sont flous.

Nous recommandons vivement de préciser ces liens hiérarchiques. Nous sommes d'avis que, dans une optique de bonne gouvernance et en sa qualité d'organe de haute direction, le CÉtab doit se limiter à désigner les membres de la Direction générale et laisser à cette dernière le soin de désigner les médecins chef/fes de service et les médecins cadres. L'art. 10 al. 1 C-HIRC doit être adapté en ce sens.

#### **5.2.6. Conclusion générale en ce qui concerne le Conseil d'Etablissement**

De manière générale, le CÉtab remplit la mission qui lui est confiée par la C-HIRC et aucun dysfonctionnement ou lacune majeure ne peuvent être constatés, sous réserve du volet financier. Les membres actuels du CÉtab ont fait preuve d'un engagement exceptionnel en vue de la réunification sur le site de Rennaz (VD) et cela doit être souligné.

### **5.3. Fonctionnement de la Direction générale et manière dont elle exécute les décisions prises par le Conseil d'établissement**

#### **5.3.1. Composition et organisation de la Direction générale**

La composition de la Direction générale est définie à l'art. 11 C-HIRC, quand bien même cet article laisse, à son al. 2, une liberté de manœuvre au CÉtab pour désigner d'autres membres que ceux mentionnés, soit la Directrice ou le Directeur général, la Directrice ou le Directeur administratif, la Directrice ou le Directeur médical, la Directrice ou le Directeur des soins. Concrètement, le CÉtab a fait usage de cette possibilité, dès lors que la Direction générale est composée, outre les fonctions mentionnées à l'art. 11 C-HIRC, du Directeur des ressources humaines et d'un Directeur de l'organisation, des systèmes d'information et de la logistique. A notre avis, il n'appartient pas à la C-HIRC de déterminer la composition et l'organisation de la Direction générale. C'est une tâche qui doit revenir au CÉtab en sa qualité d'organe de haute direction. Nous recommandons donc, dans le cadre de la révision de la C-HIRC, de supprimer cet article et de laisser au CÉtab la liberté d'action et la responsabilité qui lui reviennent dans ce domaine.

L'art. 12 C-HIRC laisse une grande liberté au CÉtab et à la Direction générale quant à son organisation et à ses compétences, dès lors qu'il se limite à préciser que "la direction générale est chargée de la direction de l'Etablissement dans les limites fixées par la présente convention, ses dispositions

d'application et les instructions du Conseil d'établissement, qui fixe les règles de fonctionnement de la direction générale, sur proposition de celle-ci".

En l'occurrence, le CEtab a fait usage de ces possibilités, en édictant un règlement de fonctionnement de la Direction générale, qui inclut les deux fonctions ne figurant pas à l'art. 11 C-HIRC et précise le cahier des charges de la Direction générale (art. 4 du Règlement - tâches de la direction générale) et des différents membres de cette dernière (art. 8 à 14 du Règlement).

Nous sommes d'avis que la composition et l'organisation de la Direction générale, soit six membres, correspond à celle que nous pouvons trouver dans d'autres institutions de même envergure en Suisse romande. Il sied toutefois de relever que la représentation des fonctions de "support" telles que les finances, les ressources humaines, l'informatique, la logistique au sein de la Direction générale est importante par rapport à l'ensemble du corps médical et médico-soignant; ce dernier n'est en effet représenté "que" par la Directrice médicale et le Directeur des soins, soit un tiers de la Direction générale, alors que le personnel médical et médico-soignant représente beaucoup plus d'un tiers des collaboratrices et collaborateurs de l'HRC. Ce constat est renforcé par la présence des adjoints lors des séances de Direction générale. Il conviendrait peut-être de revoir à la baisse le nombre de personnes qui participent systématiquement aux séances de la Direction générale et de redéfinir le cercle des personnes qui sont membres de la Direction générale et participent aux prises de décision.

Un rapide tour d'horizon au-delà des frontières cantonales vaudoise et valaisanne montre tout de même que, dans d'autres structures, le corps médical et médico-soignant est plus fortement représenté au sein de la Direction générale<sup>3</sup>. Il s'agit d'une piste de réflexion à creuser pour renforcer les liens entre la Direction générale et le personnel médical et médico-soignant de l'HRC. Dans cette hypothèse, seuls les médecins cadres membres de la Direction générale doivent être désignés par le CEtab (voir ci-dessus chi. 5.2.5), les autres médecins cadres étant nommés par la Direction générale. Ce mode de procéder permettrait aussi de renforcer le rôle et la position de la Direction médicale par rapport aux médecins cadres, qui ne sont pas membres de la Direction générale. En termes de hiérarchie, les membres de la Direction générale pourraient être subordonnés au Directeur ou à la Directrice générale mais nommés par le CEtab; s'agissant des médecins cadres - non membres de la Direction générale - ils seraient désignés par la Direction générale et seraient subordonnés à la Direction médicale, comme c'est le cas dans le secteur des soins, le personnel infirmier étant placé sous la responsabilité du Directeur des soins. Un certain parallélisme entre corps médical et corps soignant pourrait être atteint.

Alternativement, il serait également possible d'envisager une Direction générale restreinte ainsi qu'une Direction générale élargie, incluant les chef/fes de service (binômes médico-soignants), qui serait convoquée pour la discussion de sujets d'ordre plus général ou qui concernent les activités opérationnelles médico-soignantes importantes de l'HRC. Dans ce domaine, il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises organisations; il s'agit pour le CEtab, en coordination avec la Direction générale, d'adopter la forme d'organisation la plus adaptée à l'HRC dans la situation actuelle.

### Conclusion et recommandation

Nous sommes d'avis que la composition de la Direction générale est conforme à ce qui se pratique en Suisse romande.

Nous recommandons toutefois d'évaluer la pertinence de renforcer le rôle du corps médical et médico-soignant au sein de la Direction générale par rapport aux fonctions de "support", à l'instar de ce qui se pratique en Suisse alémanique, notamment. Il appartient finalement au CEtab de retenir, parmi les

---

<sup>3</sup> Voir en particulier la composition de la direction de STS AG à Thoun, de l'hôpital cantonal de Winterthur, de l'hôpital cantonal de Lucerne.

nombreuses solutions à disposition, l'alternative la plus adéquate pour le bon fonctionnement et la bonne gouvernance de l'HRC.

### **5.3.2. Fonctionnement de la Direction générale**

Pendant de nombreuses années, la Direction générale en place à compter de la constitution de l'HRC a subi très peu de changements. Au vu des défis importants qui s'annonçaient, soit la réunification de tous les sites médicaux sur le site principal de Rennaz (VD) ainsi que la mise en place d'une nouvelle organisation (voir ci-dessous chiffre 5.4), la Direction générale est restée unie et a su mener à bien le projet de déménagement sur le site de Rennaz (VD) et la mise en place minutieuse de la nouvelle organisation de l'HRC dès l'arrivée dans le nouvel hôpital. L'ensemble des membres de la Direction générale ont fait à ce titre preuve d'un engagement sans limite, qui va bien au-delà de ce que l'on peut raisonnablement exiger. Cela a donc conduit - comme nous l'avons indiqué pour le CEtab - à un certain épuisement et à une grande fatigue de tout ou partie des membres de la Direction générale.

Ainsi, au fil des mois, on nous a rapporté que quelques tensions étaient apparues entre certains membres de la Direction générale, notamment quant à l'approche retenue et à la philosophie générale de l'établissement, ainsi qu'à la vision de l'HRC et à l'implication de ses cadres dans le processus de changement important qui était en cours. Il ressort de nos interviews que la Direction générale s'est investie corps et âme dans les aspects logistique et organisationnels de l'entrée sur le site de Rennaz (VD), au détriment peut-être parfois du volet humain. Il serait toutefois peu opportun de formuler des reproches trop musclés à la Direction générale sur ce point tant le défi et la tâche étaient considérables, voire sous-estimés à tous les niveaux. Il s'agit maintenant de "corriger le tir" et de focaliser l'attention sur la coordination entre les différents services et l'intégration harmonieuse de l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de l'HRC sur le nouveau lieu de travail et dans leur nouvelle organisation.

Quant au caractère prétendument autoritaire et centralisateur de certains membres de la Direction générale au détriment de l'autonomie et de l'esprit d'initiative des différents services, les personnes interviewées ont fait part d'un sentiment partagé, certaines pensant effectivement que quelques membres de la Direction générale étaient peu coopératifs et collaboratifs alors que d'autres étaient au contraire d'avis que la Direction générale devait faire preuve de davantage de rigueur et d'autorité pour imposer les décisions qui étaient prises, en particulier au niveau du corps médical. Un point mérite cependant d'être soulevé dans ce contexte : il semblerait que certaines propositions élaborées par les cadres intermédiaires de l'HRC n'aient pas toujours trouvé un écho au niveau de la Direction générale, soit parce que dite Direction générale ne les a tout simplement pas retenues, soit qu'elles aient été discutées mais n'ont pas débouché sur des solutions concrètes. Ceci pourrait expliquer pourquoi, aux yeux de certains collaboratrices et collaborateurs de l'HRC, la Direction générale paraît ne pas se soucier des tracas quotidiens et se concentre sur ses tâches de nature organisationnelle et administrative.

Il sied également de relever que l'organisation de la Direction générale est soigneusement documentée par écrit, sous la forme de documents dûment validés. Toutes les séances de la Direction générale, tenues à un rythme hebdomadaire, font également l'objet de procès-verbaux détaillés, que nous avons pu consulter au besoin.

De l'aveu même de plusieurs membres de la Direction générale, une implication renforcée des membres du CEtab serait requise au titre de leur fonction de support, sans toutefois que le CEtab ou ses membres s'immiscent dans la gestion opérationnelle de l'institution. Un tel support ponctuel, requis par la Direction générale, peut s'avérer judicieux en particulier lorsqu'il s'agit de procéder à des choix importants pour le futur de l'HRC et de valider l'adéquation des propositions effectuées avec la stratégie

et la vision définies par le CEtab. Cela étant, le CEtab voue déjà un soin particulier à surveiller la manière dont la Direction générale met en œuvre les décisions prises par ce dernier et se préoccupe régulièrement de la situation opérationnelle de l'HRC, au-delà des seuls aspects liés à la construction du site de Rennaz (VD)<sup>4</sup>.

#### Conclusion et recommandations

De manière générale, la Direction générale a bien fonctionné et s'est très largement impliquée et engagée pour le succès du transfert sur le site principal de Rennaz (VD). Au fil du temps, il se trouve que la vision de certains membres de la Direction générale a divergé sur certains points, notamment en matière d'approche de gestion et de management.

Nous recommandons d'examiner les alternatives envisageables quant à l'organisation de la Direction générale et de redéfinir le cercle des personnes qui prennent part aux séances.

Nous recommandons de renforcer l'autonomie et la responsabilité des différents services dans la gestion opérationnelle ainsi que le rôle des cadres dans la prise de décision et leur mise en œuvre.

#### **5.3.3. Lien entre la Direction générale, la Direction médicale et le corps médical**

Un point de tension particulier a été identifié, qui tient aux liens qui unissent la Direction générale au corps médical, d'une part, et corps soignant, d'autre part. Il est en particulier lié à l'organisation hiérarchique du corps médical et au double rattachement des médecins cadres à la Direction générale pour une part et à la Direction médicale de l'autre. Sur la base des informations récoltées et des témoignages recueillis, les liens entre la Direction générale et le corps soignant semblent bien établis, par l'intermédiaire en particulier du Directeur des soins.

En revanche, il semblerait que les divergences sont plus patentées quant aux rapports entre la Direction générale et le corps médical, en particulier les médecins cadres. Ces divergences sont en partie liées au mode de désignation particulier des médecins cadres (voir ci-dessus chi. 5.2.5) mais elles reposent également sur le rôle ambigu qui est confié à la Direction médicale. En effet, le rôle exact de la Direction médicale n'est pas clairement défini : elle devrait être à la fois la voix du corps médical dans son ensemble au sein de la Direction générale mais aussi le relais des décisions prises par la Direction générale au niveau du corps médical. Ce rôle est difficile à tenir tant et aussi longtemps qu'une partie du corps médical, dont les médecins cadres, sont en réalité désignés par le CEtab et subordonnés hiérarchiquement à la Direction médicale ou au Directeur général. Cette organisation triangulaire entre CEtab, Direction générale et Direction médicale n'est pas propice au développement serein des relations entre équipe dirigeante et équipes médicales et doit être revu.

---

<sup>4</sup> Voir ci-dessus note de bas de page 3 en lien avec les indicateurs financiers; voir en outre la proposition de convention d'objectifs pour les chefs de services selon procès-verbal du CEtab du 23 janvier 2019, les questions en lien avec la transformation organisationnelle selon procès-verbal du CEtab du 23 janvier 2019 et du 27 mars 2019, la question des permanences médicales sur les sites de Vevey / VD et de Monthey / VS selon procès-verbaux du CEtab des 27 février 2019, 26 juin 2019, 22 août 2019, 25 septembre 2019 et 30 octobre 2019, en particulier; pour le suivi des projets stratégiques, voir notamment le procès-verbal du 26 juin 2019 en lien avec le projet "vers un hôpital accueillant"; pour la transformation du service de médecine, voir le procès-verbal du CEtab du 30 octobre 2019.

### Conclusion et recommandation

Les rapports actuels entre Direction générale, Direction médicale et corps médical, ainsi qu'avec le CEtab, ne sont pas pleinement satisfaisants.

Nous recommandons que les liens hiérarchiques entre les médecins chef/fes de services et médecins cadres soient établis avec la Direction médicale, en tant que membre de la Direction générale et non plus avec le CEtab.

Nous recommandons que les médecins chef/fes de service et médecins cadres soient désignés par la Direction générale.

### **5.3.4. Compétences financières**

La situation financière actuelle de l'HRC est largement connue. Pour ce volet de l'analyse, nous renvoyons au rapport conjoint du contrôle des finances du canton de Vaud et de l'inspection des finances du canton du Valais. Cela étant, nous avons pu constater lors de notre analyse que le domaine financier est un domaine dans lequel les compétences de la Direction générale tout comme celles du CEtab pouvaient être renforcées (pour le CEtab, voir ci-dessus chi. 5.2.2 et 5.2.4).

Au niveau de la Direction générale, la réunification des différentes entités sous le chapeau de l'HRC a induit une augmentation considérable du volume d'activités et des informations à traiter par le département financier. En outre, l'ensemble du personnel administratif a été rattaché à la direction financière, ce qui fait de ce secteur un département "mammouth" de l'HRC. Sans entrer dans tous les détails, il semblerait que les charges de l'HRC soient assez bien maîtrisées, alors que les recettes sont plus difficiles à estimer. Il ressort de notre analyse que la Direction générale et la direction financière en particulier ont pris conscience avec un certain décalage de la réduction significative des recettes au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2019, en particulier par rapport au budget déposé. Même si ce décalage peut s'expliquer partiellement par la focalisation et la concentration des forces en présence sur le déménagement, il n'en demeure pas moins qu'avec un peu de recul, certaines tendances auraient pu être anticipées et les informations en lien avec la baisse des recettes transmises plus rapidement de manière officielle au CEtab et aux autorités de surveillance cantonale. A ce titre, il sied de relever que la gestion d'une institution hospitalière de la taille de l'HRC, avec un budget de fonctionnement qui dépasse les 300 millions de francs suisses, requiert des compétences avérées dans le domaine des finances en milieu hospitalier, la réunion des différents sites en une seule entité n'étant pas simplement la somme des anciennes structures. Un palier a été franchi avec la constitution de l'HRC et son unification sur le site de Rennaz (VD) et des antennes et il convient de s'assurer que le service des finances dispose véritablement des moyens, ressources et outils adéquats pour piloter cette institution, non seulement au niveau des charges, qui sont maîtrisées, mais aussi et surtout au niveau des recettes et des indicateurs clés. Dans ce domaine, l'HRC présente encore un potentiel d'amélioration. Un premier pas dans la bonne direction a été réalisé avec la mise en place d'une unité de contrôle et d'audit interne mais ses moyens sont encore limités et son rattachement hiérarchique à la direction financière n'est pas idéal en termes d'indépendance. Il conviendrait de rattacher cette entité directement à la Direction générale.

### Conclusion et recommandations

Dans le domaine de la gestion et de la supervision des recettes, des déficits ont été constatés. Il convient de renforcer les compétences de l'équipe en place et de s'assurer de la définition et du suivi d'indicateurs clés de l'activité afin de pouvoir détecter à temps d'éventuelles baisses des recettes qui

peuvent exercer un impact significatif sur le compte de résultat et le bilan de l'HRC (voir également ci-dessous chi. 5.5).

### **5.3.5. Conclusion générale en ce qui concerne la Direction générale**

Tous les membres de la Direction générale ont su faire preuve d'une flexibilité et d'un engagement hors du commun pour réaliser le transfert des diverses structures sur le site unique de Rennaz (VD). De manière générale, la Direction générale exécute correctement les décisions prises par le CÉtab. Elle doit toutefois revoir sa composition et son fonctionnement pour mieux intégrer le corps médical et médico-soignant dans le processus décisionnel et renforcer ses compétences, en particulier dans l'estimation des recettes.

## **5.4. Faisabilité des mesures de restructuration prises par l'HRC**

### **5.4.1. Nouvelle organisation mise en place avec l'arrivée sur le site de Rennaz (VD)**

Le regroupement de l'HRC sur le site de Rennaz (VD) a permis au CÉtab et à la Direction Générale de définir une nouvelle organisation, permettant à l'hôpital d'offrir les prestations médicales définies par la stratégie et le mandat de prestation confié par les deux cantons.

Cette nouvelle organisation compte onze services, soutenus par un état-major, et cinq départements constituant, avec le Directeur Général, la Direction Générale<sup>5</sup>.

Les onze services sont dirigés au niveau opérationnel par des binômes médico-soignants, qui dépendent de la Direction des soins pour l'infirmière ou l'infirmier chef/fe de service et de la Direction médicale pour le ou la médecin chef/fe de service. Au final, tous les binômes rapportent, indirectement et par voie hiérarchique, au Directeur Général.

Les médecins et infirmières/infirmiers chef/fes de services sont assistés dans leurs tâches de gestion par le département "Ressources Humaines" et le département "administratif et des finances", ainsi que par le département "de l'organisation, des systèmes d'information et de la logistique", pour la mise en place des processus supports transverses. Il n'y a pas de dépendance directe entre les chefs de services et les chefs de ces trois départements. Ce lien passe par le Directeur Général.

Cette organisation a été soigneusement préparée par la Direction Générale et validée par le CÉtab après mûre réflexion, dans les deux ans qui ont précédé le déménagement sur le site de Rennaz (VD). Chaque service, et en particulier chaque nouveau service, a dû établir - en collaboration avec les collaboratrices et collaborateurs - un "carnet de bord". Ce carnet de bord a permis de définir les besoins propres de chaque service en dotation médicale ainsi qu'en personnel soignant et administratif. Ces carnets de bord ont été utilisés comme base de calcul pour définir, outre les dotations globales de l'HRC, le nombre de lits, les regroupements de matériel et les synergies possibles. Ils ont également constitué la base des réflexions pour l'accompagnement à la réunion d'équipes provenant de plusieurs sites et qui, de ce fait, n'avaient que rarement travaillé ensemble.

Nous relevons que, selon les propos recueillis, cet accompagnement au changement a été parfaitement anticipé par certains services, beaucoup moins par d'autres. Un point important est également à relever. En effet, si la préparation au sein des services a, la plupart du temps, été conduite correctement, les aspects relatifs à la collaboration et à l'interdisciplinarité entre les services a souvent passé au second

---

<sup>55</sup> Voir l'organigramme de l'HRC, état mai 2020

plan, au détriment peut-être des flux transverses (flux d'informations et flux de patients). Dans certains cas, l'interruption de ces flux a conduit certains médecins à reprendre leurs "anciennes" habitudes en adressant leurs patients à "l'externe" pour la suite de leur traitement après leur passage à l'HRC, alors que toutes les compétences étaient disponibles sur place.

Nous relevons enfin que le regroupement des tâches administratives sous la direction financière et administrative présente certes l'avantage de l'harmonisation, mais s'est fait au détriment du lien direct du personnel administratif avec les besoins spécifiques à la gestion des différents services. La perte de ce lien influence de manière significative la rapidité de traitement de certaines tâches, et en particulier la saisie des informations nécessaires à la facturation et la prise de rendez-vous.

#### Conclusion et recommandations

La nouvelle organisation de l'HRC a été minutieusement préparée. Nous constatons cependant encore un manque de coordination entre les différents services (transversalité), qu'il convient d'améliorer, par exemple en constituant une Direction générale élargie pour traiter de problèmes transverses.

Nous recommandons également de revoir la position du personnel administratif au sein des services médico-soignants afin de conserver les liens qui existaient auparavant dans ce domaine (prise de rendez-vous, contacts avec le personnel médical en particulier).

#### **5.4.2. Instauration de binômes médico-soignants**

Conformément à la vision et à la stratégie, la Direction Générale et le CEtab ont mis en place un mode de gouvernance innovant et moderne nécessaire à la conduite de cet hôpital modèle. Un des éléments clé de cette innovation est la création des binômes médico-soignants à la tête des services.

Nous pensons que cette gestion des services en binôme présente de très nombreux avantages et est parfaitement adaptée aux besoins de l'HRC, comme nous l'avons indiqué ci-dessous sous chiffre 5.4.1. A notre avis, une des causes des difficultés rencontrées au cours des derniers mois réside dans le manque de clarté quant à l'autonomie dont doivent bénéficier ces binômes, ainsi que dans les liens hiérarchiques dissymétriques entre les médecins chef/es de services et la Direction Médicale et le Directeur Général ainsi que le CEtab, d'une part et les infirmières et infirmiers chef/fes de service et la Direction des soins, d'autre part. La désignation des médecins cadres par le CEtab et non par la Direction générale participe grandement à ce manque de clarté.

En effet, les infirmières et infirmiers chefs de service dépendent directement du Directeur des Soins, qui est membre de la Direction générale. Ce lien hiérarchique est clairement établi et fonctionne bien. Par contre, le supérieur hiérarchique des médecins chef/fes de services et des médecins cadres n'est pas suffisamment clairement défini. Formellement, ce serait le Président du CEtab, puisque le CEtab a la responsabilité de leur nomination. Structurellement, les médecins cadres sont néanmoins représentés à la Direction Générale par la Directrice médicale, dont le cahier des charges n'est pas suffisamment clair à ce propos. Et finalement, fonctionnellement, ces médecins chef/fes de service et médecins cadres dépendent du Directeur général pour tous les aspects administratifs et budgétaires. Dans la mesure où la dépendance hiérarchique avec la Direction médicale n'est pas claire, cette situation peut avoir des conséquences directes sur le fonctionnement de la Direction générale. Elle conduit aussi à des distorsions dans les relations qui peuvent exister au sein de la Direction générale entre la Direction financière, la Direction des soins et la Direction médicale.

Cette situation n'est pas pérenne et doit être simplifiée. Elle est susceptible de générer des problèmes de communication, en particulier des distorsions de la communication aussi bien ascendante que descendante, ce qui n'est jamais idéal en termes de bonne gouvernance. Par exemple, du fait de la

différence de fréquence des réunions entre les chefs de service et la Direction des soins, les infirmières et infirmiers chefs de services sont souvent informés plus rapidement des décisions prises par la Direction générale que les médecins chef/fes de services.

Cette situation génère également des distorsions significatives au niveau des responsabilités respectives des membres de ces binômes. Par exemple, les infirmières et infirmiers chefs de services gèrent des budgets déterminés par la Direction des soins, alors que les médecins chef/fes de services ne gèrent "que" des dotations en personnel. Ces derniers n'ont donc pas de maîtrise globale des budgets de leurs services, ni de vision financière détaillée des résultats de leur activité. Sur ce point, ils devraient être soutenus et accompagnés par la Direction financière et disposer d'indicateurs de gestion clairs et adaptés à chacun des services, qui ne doivent pas se limiter à des indicateurs financiers mais inclure également des indicateurs en termes de qualité des soins et de sécurité des prestations. Cette absence de "vraie" responsabilité des médecins chef/fes de service quant au fonctionnement global de leur service est aussi susceptible de générer de la démotivation. En effet, les médecins chef/fes de service préfèrent souvent se concentrer sur leur activité médicale, au détriment d'une réelle direction et gestion proactive et anticipative de l'activité globale de leur service.

#### Conclusion et recommandations

La mise en place des binômes médico-soignants constitue une innovation créative et s'avère un réel progrès dans la gestion de l'HRC, pour laquelle elle est parfaitement adaptée.

Outre les conclusions et recommandations qui figurent déjà ci-dessous en lien avec le CEtab et la Direction générale, nous ajoutons qu'il nous semble nécessaire de réfléchir à la forme de rémunération et d'intéressement des médecins chef/fes de service, en relation avec le développement de leur autonomie de gestion de leur service, et notamment de gestion d'un budget global du service. La convention collective des médecins cadres permet déjà une rémunération différenciée, sans toutefois qu'elle ait été systématiquement mise en œuvre à ce jour. Nous sommes néanmoins parfaitement conscients de la difficulté de mise en œuvre de cette recommandation, du fait que deux ans de négociations ont été nécessaires pour la conception de la CCT des médecins cadres et que le contexte actuel ne se prête peut-être pas à une reprise rapide des discussions à ce sujet.

#### **5.4.3. Situation particulière du Service interdisciplinaire de cancérologie**

Le Service Interdisciplinaire de Cancérologie (SIC) est une exception dans l'organisation de l'HRC, dès lors qu'il ne constitue pas un service à part entière mais résulte de la réunion de trois unités, l'unité d'oncologie médicale, l'unité de radio-oncologie et l'unité onco-hématologie; cette dernière dépend hiérarchiquement de l'Institut central des hôpitaux. Du fait d'un certain nombre de dysfonctionnements constatés au sein du SIC, le CEtab a commandé un audit interne du SIC, dont les conclusions ont été remises le 3 juin 2020.

Du fait de cette analyse complète effectuée à l'interne, nous ne traiterons pas ce point de manière détaillée. Nous relevons cependant que, selon le rapport d'audit interne :

"L'HRC, respectivement [...], ont eu pour ambition de doter l'HRC d'un service interdisciplinaire d'oncologie fort, offrant des prises en charge aux patients innovantes et de proximité. Le service a été pensé et construit en ce sens.

[...]

A cette vision d'une oncologie forte s'ajoute une volonté du [chef de service] de faire fonctionner le SIC d'une manière aussi autonome que possible par rapport aux partenaires externes, et notamment au service d'oncologie du CHUV."

Du point de vue de l'organisation de l'HRC, ce point est déterminant. En effet, cette vision autonome du développement du SIC n'est pas fondamentalement compatible avec la stratégie développée par le CÉtab et la Direction Générale pour l'HRC et avec le mandat de prestations global confié par les deux cantons à l'HRC.

C'est la raison pour laquelle le CÉtab a pris la décision, à juste titre à nos yeux, de remettre le SIC sur pied d'égalité avec les autres services de l'HRC<sup>6</sup> et de l'intégrer dans la stratégie globale de l'HRC.

#### Conclusion et recommandations

Conformément à ses prérogatives, le CÉtab a joué son rôle de haute direction en prenant les mesures qui s'imposent, notamment en s'assurant que le développement du SIC s'inscrive en adéquation avec la stratégie définie par le CÉtab en 2016. En effet, la stratégie stipule clairement que l'HRC se positionne en hôpital de proximité, relais entre l'Hôpital du Valais et le CHUV (voir paragraphe 5.4.4. ci-après).

#### **5.4.4. Ancrage de l'HRC en tant que pôle de compétence régional en collaboration avec le CHUV et l'Hôpital du Valais et avec le tissu sanitaire local et les hôpitaux privés**

Quand bien même cela ne ressort pas clairement du mandat qui nous a été confié, nous tenons à formuler quelques constats et recommandations quant à l'ancrage de l'HRC dans son environnement. En effet, le volume d'activité de l'HRC a sensiblement diminué depuis le 3<sup>ème</sup> semestre 2019. Or, il s'avère que ce volume d'activité, de l'aveu des personnes que nous avons entendues, dépend essentiellement des liens établis entre le corps médical hospitalier, les médecins "prescripteurs" de la région et les réseaux de soins, ainsi que l'établit clairement la stratégie.

Il appartient donc aux médecins cadres - et en particulier aux médecins chef/fes de services, de développer ces liens. Il est important que les médecins du tissu de santé local connaissent bien leurs interlocuteurs au sein de l'HRC et puissent travailler en bonne collaboration. Diverses démarches ont déjà été menées à ce titre par certains services mais il convient de ne pas relâcher l'effort dans ce domaine et de multiplier les occasions de partenariat, par exemple dans le domaine de la formation continue. C'est également la tâche des membres du CÉtab (voir ci-dessus chi.5.2.2) et de la Direction générale.

De plus, pour des considérations relatives à la sécurité des patients et à la qualité des soins, aussi bien les "médecins de villes" que les patients doivent être convaincus de la collaboration efficace et efficiente entre l'HRC et les plateaux techniques pointus du CHUV et de l'Hôpital du Valais. En cas de doute, ils s'orienteront vers des hôpitaux privés concurrents, pour différentes raisons que nous ne détaillerons pas ici. En ce sens, la réorientation du positionnement du SIC par le CÉtab et traitée au paragraphe précédent s'avérerait essentielle et nécessaire.

Il serait également envisageable - toujours dans un souci de proximité - de constituer une commission consultative composée de représentants régionaux afin de s'assurer de l'adéquation de l'offre de prestations proposées par l'HRC avec les besoins réels de la population de la Riviera et du Chablais.

---

<sup>6</sup> Voir le procès-verbal de la séance du CÉtab du 24 juin 2020.

### Conclusion et recommandations

La poursuite d'un travail important de communication est nécessaire de la part de l'hôpital, destinée aux médecins prescripteurs de la région. Ces derniers doivent connaître leurs interlocuteurs et leurs compétences avérées et être convaincus de la qualité de la prise en charge de leurs patients à l'HRC.

Afin de garantir une amélioration rapide des recettes de l'HRC, il nous semble donc primordial de renforcer le concept de communication et de mettre en place des mesures d'incitation des médecins chef/fes de service à promouvoir activement les prestations de l'HRC dans le tissu sanitaire régional.

## **5.5. Modalités établies de transmission d'informations entre la direction financière et la Direction générale ainsi qu'avec le Conseil d'établissement, particulièrement sur les aspects de transparence et d'analyse pour les prises de décision et utilisation des informations financières dans le cadre de la gouvernance de l'HRC**

De manière générale, nos discussions et l'analyse des procès-verbaux du CEtab montrent que ce dernier a obtenu les informations souhaitées lorsqu'il devait prendre une décision qui avait un impact financier. Dans le domaine de la construction du site de Rennaz (VD), les informations ont été transmises de manière très régulière et permanente ; des points de situation semestriels ont été effectués et également transmis à la Commission interparlementaire de contrôle.

Comme indiqué ci-dessus (voir point 5.3.4.), l'HRC dispose d'une bonne visibilité quant à ses charges. Les indicateurs sont en revanche moins performants et moins actuels s'agissant des produits. A titre d'exemple, le CEtab a clairement exprimé des craintes quant à la rentabilité de l'HRC au mois de juin 2018 déjà, en soulignant qu'il fallait mettre en place une planification financière intégrée. Il a également souvent fait remarquer qu'il s'agissait de s'assurer de la "productivité" des médecins et des différents services et d'obtenir un retour régulier de la Direction générale à ce sujet, afin de pouvoir planifier correctement les engagements financiers de l'HRC<sup>7</sup>. Dans ce contexte, la question du mode de rémunération effectif des médecins cadres tel qu'il est fixé dans la convention collective de travail conclue entre l'HRC et le corps médical est importante. Nous sommes parfaitement conscients qu'une discussion sur la rémunération est délicate et qu'elle peut susciter beaucoup d'émotion mais le principe de la rémunération fixe et variable est déjà ancré dans la CCT (art. 17 ss de la CCT). Ce système pourrait être mis en œuvre effectivement par le CEtab et la Direction générale si cette volonté est confirmée et largement approuvée par le CEtab et la Direction générale tout en soulignant qu'il s'agit d'un point très sensible.

Dans le domaine des dotations, qui est un point crucial du budget de l'HRC, le CEtab et la Direction générale étaient conscients que la phase de déménagement et son report d'août à novembre 2019 allait conduire à un surcoût, dès lors que différents contrats de travail ont été signés en vue de l'entrée sur le site de Rennaz / VD, initialement prévue en août et reportée à l'automne. Les engagements conclus devant être respectés, l'HRC s'est trouvé dans une situation de surcapacité pendant la période transitoire. Cela a eu pour effet une augmentation des charges qui, conjuguée à la baisse sensible d'activité au 2<sup>ème</sup> semestre 2019, a conduit à l'augmentation du déficit de l'HRC pour l'exercice 2019.

---

<sup>7</sup> Voir en particulier les procès-verbaux des séances du CEtab du 28 février 2018, du 27 juin 2018 et du 26 septembre 2018, qui font déjà état d'inquiétudes du CEtab quant à la "rentabilité" et à la "productivité" des différents services.

Il ressort également de nos discussions et de notre analyse que la direction financière n'a pas perçu à temps le décalage et la baisse des recettes pour le 2<sup>ème</sup> semestre 2019. Ce décalage n'est pas anodin car il est apparu en pleine période de déménagement et ce déménagement a "paralysé" la saisie des prestations pour une durée limitée. La conjugaison de ces différents effets a conduit au retard dans la prise de conscience de la baisse d'activité effective de l'HRC en 2019 et au résultat financier décevant qui en est résulté. Pour le surplus, nous renvoyons au rapport conjoint du Contrôle cantonal des finances du canton de Vaud et à l'Inspection des finances du canton du Valais, qui ont analysé ces éléments dans le détail.

Dans la mesure où l'HRC est une institution encore relativement jeune, les informations en provenance de la comptabilité analytique n'ont pas encore pu être exploitées à "plein régime" afin de faciliter la prise de décision au sein de la Direction générale et du CEtab de l'HRC. Plusieurs personnes interviewées ont également relaté que la saisie des informations pertinentes dans les différents systèmes d'information était parfois laborieuse et que cela conduisait en particulier à des retards dans la saisie des prestations médicales, donc avec la "productivité" de l'HRC et à la facturation, avec un impact relativement direct sur les liquidités et la trésorerie. Toutefois, le CEtab et la Direction générale ont institué une unité de "contrôle et audit interne", dont la tâche vise précisément à s'assurer de la régularité et de la pertinence des indicateurs clés. Il s'agit d'un pas dans la bonne direction, qui devra encore être renforcé dès lors que le CEtab disposera de compétences financières parfaitement adéquates dans le domaine de la gestion financière et hospitalière au niveau opérationnel au quotidien (voir ci-dessus chi. 5.2.2). Parallèlement, afin que les indicateurs clés de performance puissent être valablement utilisés par le CEtab et la Direction générale, ils doivent se fonder sur une comptabilité analytique détaillée.

#### Conclusion et recommandations

L'HRC dispose d'indicateurs clés adéquats et pertinents pour le suivi des projets de construction ainsi que pour la gestion de ses charges. Dans le domaine des recettes, il convient d'améliorer sensiblement la qualité, l'actualité et la pertinence des informations transmises par la direction financière à la Direction générale et au CEtab, afin que ces organes puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause et non seulement sur la base d'indices ou de tendance générale.

## **5.6. Comparaison avec d'autres structures similaires en termes d'organisation**

Nous avons réalisé un benchmark de divers hôpitaux de catégorie 2, classé en fonction du ratio "*Charges du personnel / produits des hospitalisation et soins*" selon une liste de l'OFSP de 2018. Les hôpitaux en question sont les suivants :

- **Hôpital Riviera-Chablais Vaud - Valais** (selon OFSP 2018: n° 34/39, charges du personnel à 79,2 % du produit des hospitalisations et des soins)
- **St. Clara Bâle** (selon OFSP 2018: n° 7/39, charges du personnel à 59.4 % du produit des hospitalisations et des soins)
- **Hôpital cantonal de Lucerne** (selon OFSP 2018: n° 15/39, charges du personnel à 65.6 % du produit des hospitalisations et des soins)
- **Hôpital de Winterthur** (selon OFSP 2018: n° 16/39, charges du personnel à 66.0 % du produit des hospitalisations et des soins)

- **STS AG Thun Zweisimmen** (selon OFSP 2018: n° 23/39, charges du personnel à 69.7 % du produit des hospitalisations et des soins)
- **Spitäler fmi Frutigen, Meiringen, Interlaken** (selon OFSP 2018: n° 21/39, charges du personnel à 68.7 % du produit des hospitalisations et des soins)
- **Hirslanden Zurich** (selon OFSP 2018: n° 1/39, charges du personnel à 40.3 % du produit des hospitalisations et des soins)

Nous avons en particulier analysé la composition des Conseils d'établissement/d'administration ainsi que de la Direction Générale de ces établissements.

Nos principales constatations sont les suivantes:

En comparaison avec l'HRC, nous constatons que, de manière générale, les médecins sont beaucoup plus largement représentés dans les organes de ces hôpitaux, surtout au sein de la Direction générale. Les membres des Conseil des hôpitaux cantonaux sont plus souvent des représentants politiques. Mais dans ce cas, les médecins sont fortement représentés au sein de la Direction Générale. Nous relevons que pour le Spitäler fmi, les membres du Conseil d'administration ne peuvent pas appartenir à l'administration cantonale, et la majorité des membres du Conseil d'administration ne peuvent pas être membres du Grand Conseil du Canton de Berne.

L'hôpital où les médecins sont le moins représenté au sein de la Direction générale est l'hôpital Hirslanden de Zurich, qui est une structure privée. Mais dans ce cas, le Directeur Général est un médecin, comme la vice-directrice, qui est également la directrice médicale. Pour cet hôpital, une unité de Business développement est rattachée au Directeur général pour les fonctions Marketing, Project management, Management de la Qualité et Programme de qualité médicale. Pour l'hôpital St. Clara de Bâle, nous mentionnons un département de Direction Générale, qui est responsable des projets transverses à l'organisation, dirigé par un médecin. Nous relevons que cette organisation présente un intérêt certain.

Nous n'avons constaté de binômes médico-soignants nulle part, à l'exception de l'hôpital de Thoune - Zweisimmen. Mais, dans ce cas, le chef de service "soignant" est toujours la même personne, la directrice des soins.

Dans beaucoup de ces hôpitaux, les chef/fes de services/département (selon la dénomination) sont intégrés à la Direction générale.

Au vu de ce comparatif, l'HRC fait figure d'exception avec une Direction Générale fortement "administrative", ne comptant que la Directrice médicale et la Direction des soins.

#### Conclusion et recommandations

Le renforcement de la représentation du corps médico-soignant au sein de la Direction Générale de l'HRC doit être analysée avec soin.

### **5.7. Conclusion générale**

Dans l'ensemble, nous n'avons pas constaté de déficits majeurs en termes de gouvernance au sein de l'HRC. Au vu de l'énorme défi que représente le regroupement de cinq sites et cultures d'entreprise en un seul, des ajustements sont inévitables et font l'objet de recommandations détaillées, dont il appartient maintenant aux Départements de la santé publique des cantons de Vaud et du Valais et au C'Etat d'apprécier la pertinence en vue de leur mise en œuvre par la Direction générale et l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de l'HRC.