



Médipôle Lyon Villeurbanne : Un nouveau pôle hospitalier d'importance sur la métropole lyonnaise

La Mutualité Française du Rhône et le groupe Capio France sont deux offreurs de soins importants avec un ensemble de cliniques et de centres de rééducation/réadaptation représentant, sur le territoire lyonnais, 665 lits et places pour la Mutualité et 590 lits pour le groupe Capio. Le futur Médipôle Lyon Villeurbanne va regrouper les activités de ces deux entités. Ce nouveau pôle hospitalier s'inscrit dans une concentration accélérée des opérateurs hospitaliers confrontés à une obligation de moderniser leurs infrastructures qui débouche sur une double conséquence : la diminution du nombre de sites et l'augmentation de leur taille. La Mutualité va ainsi intégrer à ce projet ses cliniques de Lyon, de l'Union et du Grand Large ainsi que l'établissement de SSR les Ormes. De son côté, le groupe Capio va regrouper les activités de la Clinique du Tonkin et de son centre de SSR Bayard. Ces deux entités, pourtant très différentes, ont donc choisi de mettre leurs ressources en commun pour assurer leurs travaux de modernisation et de développement. La Mutualité Française et le groupe Capio espèrent ainsi répondre de façon plus adaptée aux besoins de la population en partageant leurs compétences et leurs ressources.

Les équipes de la Mutualité Française et du groupe Capio attendent de ce Médipôle un outil innovant correspondant aux techniques en développement et une structure permettant de prendre en charge au mieux le patient. Accueilli au Médipôle, le patient pourra être traité médicalement ou chirurgicalement et bénéficiera d'une structure de SSR, permettant d'assurer une prise en charge globale, de son admission jusqu'à son retour à domicile.

Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview

Présentation du projet Médipôle avec Eric Calderon, directeur de la Clinique du Tonkin (Capio), Dominique Lebrun, directrice générale de la Mutualité française du Rhône et Laurent Raisin Dadre, directeur du développement RESAMUT.



La Mutualité française du Rhône...

Dominique Lebrun : Il s'agit d'un organisme dépendant du code de la mutualité. Il a une activité de gestion de services de soins et d'accompagnement mutualistes avec un large panel d'activités parmi lesquelles des activités ambulatoires comme les centres dentaires, les magasins d'optique et les centres d'audioprothèses. Nous

gérons également des crèches et relais d'assistance maternelle et la maison des adolescents du Rhône, ce qui est assez original pour un organisme mutualiste. En outre, nous assurons l'activité de médiation de santé, une permanence pour les populations précaires afin de leur faciliter l'accès aux soins et aux droits. La Mutualité française du Rhône dispose également d'un réseau d'établissements de santé qui comprend des cliniques, des établissements de SSR et deux EHPAD.

Quels établissements composent cette offre de soins ?

D.L : Parmi nos établissements principaux se trouve notre structure la plus récente, le groupe hospitalier des Portes du Sud de Feyzin et Vénissieux

ouvert en 2008. Nous comptons également une clinique MCO d'une centaine de lits dans l'Ain. Nos trois établissements directement concernés par le projet du Médipôle sont la Clinique mutualiste de Lyon (un établissement MCO avec deux implantations à Lyon 3^{ème} et Vaulx-en-Velin), la clinique chirurgicale ex-OQN (Objectifs Quantifiés Nationaux) du Grand-Large de Décines et un établissement de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) adulte orienté vers la prise en charge des AVC et vers la gériatrie : cette structure se trouve dans les murs de la Clinique Mutualiste de Lyon dans le 3^{ème} arrondissement. Notre établissement de SSR pédiatriques est situé à Saint-Didier-au-Mont-D'or. Nos deux EHPAD se trouvent dans l'Ouest lyonnais et à Vénissieux.

Le groupe Capio...

Eric Calderon : Ce groupe a été créé il y a une vingtaine d'années en Suède. Aujourd'hui, il intervient également en France, en Allemagne et en Norvège. Le groupe Capio est présent en France depuis 2002. Ses 25 établissements à travers le pays représentent près de la moitié de l'activité du groupe en Europe. La région Rhône-Alpes comporte quatre de ces établissements dont la Clinique de la Sauvegarde (qui a connu une extension estimée à 30 millions d'euros en 2012) et la Clinique du Beaujolais d'Arnas. Nos établissements inclus dans le projet de Médipôle sont le centre Bayard qui pratique une activité de SSR, et la Clinique du Tonkin de Villeurbanne.

De quand datent les premières réflexions relatives au rapprochement de vos deux entités ?

En juillet 2011, Eric Calderon et Laurent Raisin Dadre se sont rencontrés dans le cadre de l'étude du rapprochement éventuel entre la maternité de la clinique du Tonkin et celle de la Mutualité, dans la perspective d'un projet sur Décines. Cette approche était prématurée vu l'état d'avancement du projet précité. En février 2012 au vu des difficultés de financement de la reconstruction de la Clinique du Tonkin d'une part et l'impossibilité pour la Mutualité de financer le projet « Décines » encouragé précédemment par l'ARH, les deux structures de management (Philippe Durand, Eric Calderon, Dominique Lebrun et Laurent Raisin-Dadre) se sont à nouveau rencontrées sur incitation du DG de l'ARS pour examiner des hypothèses d'un avenir commun. Ces premiers contacts ont été suivis attentivement par le DG ARS qui souhaitait de son côté engager des opérations de recombinaison hospitalière sur le territoire « Lyonnais ».

Quels ont été les points sur lesquels vous vous êtes concertés dans le cadre de ce rapprochement ?

Nous avons abordé ensemble la plupart des sujets pertinents. Durant la première phase de ces concertations, entre les mois de février et d'avril 2012, nous avons défini les possibilités qui s'offraient à nous au regard de nos moyens, pour finalement constater qu'un projet commun sur deux sites, dans lequel chacun conserverait l'ensemble de ses activités, n'était pas réalisable. Après trois mois de discussions, il nous est apparu que la seule solution était de nous regrouper sur un terrain unique. Entre les mois de juin et de juillet 2012, nous avons donc repris contact avec l'ARS et nous leur avons soumis la répartition des activités sur un seul site. Ainsi, le management du groupe Capio tenait à privilégier nos points forts tels les activités de réanimation, de chirurgie, de soins intensifs, de dialyse et de médecine interventionnelle et en ce sens reprendre l'activité de la clinique du grand

Large propriété de la Mutualité. Le management de la Mutualité, quant à lui, définissait son projet autour de la médecine non interventionnelle, des soins de suite et de réadaptation des urgences, et enfin de la maternité et la pédiatrie. Il estimait que le volume d'activité, le nombre de praticiens, l'évolution de la démographie et les investissements à réaliser ne permettaient pas de maintenir une activité chirurgicale de façon viable à la clinique mutualiste de Lyon. De même, le management de Capio, comprenant qu'un des points forts de la mutualité était l'activité de soins de suite et de réadaptation a accepté de renoncer à son activité de SSR et de la céder. Cette approche raisonnable nous a permis de répartir les activités en fonction des forces de chacun de nos établissements.

En quoi cette démarche de coopération hospitalière entre le groupe Capio et la Mutualité Française du Rhône est-elle innovante ?

Le Médipôle sera le seul établissement à proposer toutes les thématiques de prise en charge sur un lieu unique. De plus, ce partenariat très poussé entre nos deux entités, même s'il peut sembler déroutant pour certains, témoigne du partage d'un grand nombre de valeurs communes. Les médecins et le personnel de la Clinique du Tonkin, comme le personnel de la Mutualité, véhiculent des valeurs de mission de service public et de préservation de l'avenir de la médecine. La répartition des activités médicales est également un symbole d'innovation pour ce projet. La plupart des autres collaborations entre établissements de santé vont rarement aussi loin pour éviter toute redondance des activités et optimiser la prise en charge du patient.

Vos deux entités entretenaient-elles des liens avant les premières réflexions autour de ce projet ?

Les dirigeants de nos deux entités se connaissaient pour s'être déjà croisés à plusieurs reprises. Hormis cela, nous ignorions tout du fonctionnement de nos groupes et nous n'avions jamais collaboré avant ce projet.

Quelles sont les particularités des établissements gérés par la Mutualité Française du Rhône ?

D.L : Nos trois établissements intégrés dans le Médipôle ont chacun leurs particularités puisqu'il s'agit d'un établissement de SSR, un ex-OQN et un ESPIC. Ils ont néanmoins en commun une certaine vétusté des locaux, des conditions hôtelières dépassées et un manque de fonctionnalité. En revanche, ils restent fortement implantés dans leur territoire. Ils conservent un rôle de proximité important et fidélisent une large patientèle et pas uniquement auprès des mutualistes. En tant qu'ESPIC, nous conservons notre éligibilité à l'échelle publique des tarifs.

Quelles sont les particularités de la Clinique du Tonkin ?

E.C : Notre établissement a pour particularité d'assurer la prise en charge classique de patients et les interventions de haute technicité sur le crâne, de la chirurgie cardiaque, de la dialyse et de la réanimation. Le groupe Capio a mis en place dans tous ses établissements des prises en charge des patients en médecine moderne. Certains actes bénéficient d'une accélération permettant aux patients, auparavant traités en hospitalisation complète, d'être admis en ambulatoire. Pour l'hospitalisation complète, nous mettons en place une récupération rapide après chirurgie, implantée en France par le groupe Capio et très utilisée dans les pays nordiques, notamment en Suède. Pour cette méthode, nous demandons au patient d'être acteur de sa prise en charge en l'informant convenablement et le plus tôt possible. Cela permet de réduire la DMS et le risque d'infection nosocomiale. Grâce à cette démarche, le projet de Médipôle prévoit une augmentation des lits d'ambulatoire et des blocs opératoires ainsi qu'une réduction des lits d'hospitalisation (également due à l'arrêt des activités de chirurgie de la clinique mutualiste).

En matière de rationalisation des équipements, que représente le regroupement de vos activités sur un site unique ?

Durant la période d'août 2012 à mars 2013, nous avons engagé le processus d'études de maîtrise d'œuvre pendant que nous évaluons la pertinence du choix d'implantation entre deux sites pour accueillir le Médipôle. Une fois le site de Villeurbanne sélectionné (fin octobre 2012), nous avons poussé plus avant nos réflexions autour de la complémentarité avec des rencontres hebdomadaires dans le cadre d'un comité stratégique ouvert aux représentants des médecins. Un principe de base nous a guidé. Tout ce qui concerne le bâtiment doit être mis en commun. Tout ce qui concerne les prestations aux patients également, celui-ci ne devant pas constater de différences dans l'accueil, l'hôtellerie ... etc. Ainsi, toutes les fonctions hôtelières de l'établissement dépendent d'une coresponsabilité unique dans le cadre d'un GIE (Groupement d'Intérêt Economique). De même pour la maintenance technique et biomédicale, la sûreté et la sécurité qui sont chacune assurées par une seule équipe. La pharmacie est également commune dans le cadre d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire). En février 2014, nous avons décidé qu'au vu du passage de patients d'une structure à l'autre (urgences vers chirurgie, chirurgie cardiaque vers SSR par exemple) il fallait disposer d'un outil permettant cette fluidité. Il s'agit bien sûr du système d'information médicale et sa base le dossier médical commun.

Nous avons aujourd'hui deux systèmes différents et il est donc nécessaire de trouver l'outil logiciel qui convienne à tous, en tenant compte des "effets de groupe" puisque chacun de nous gère d'autres établissements. Nos équipes respectives collaborent depuis le mois d'octobre 2013 dans le cadre d'un Comité de Ressources du Système d'Information afin de proposer un schéma directeur du système d'information. Nous devons aujourd'hui valoriser les différents scénarios qui nous sont proposés et retenir l'un d'entre eux, en organisant probablement une structure commune dans le cadre du GIE précédemment cité. Nous avons également constitué un accueil hôtelier commun et nous aurons un seul prestataire en biologie alors que nous disposons actuellement de trois types de structures de biologie. Nous devons encore aborder le domaine de l'imagerie dont la mutualisation est plus délicate, le Médipôle regroupant cinq structures d'imagerie différentes libérales et salariées. Pour l'ensemble des aspects sociaux, nous avons mis en place un comité de ressources humaines chargé de finaliser l'état des lieux de nos différentes structures. Puis, travail en cours nous affinons nos effectifs cibles pour ensuite engager le processus de gestion prévisionnelle des emplois et compétences afin d'éviter ou réduire au minimum le nombre de départs. Au-delà des équipements, nous envisageons également la gestion de nos ressources humaines dans les domaines communs (maintenance, nettoyage, livraisons magasins). Ces démarches rendent les établissements du groupe Capio et de la Mutualité très interdépendants, ce qui peut questionner certains de nos « investisseurs ». Or, cela ne peut être autrement car ce projet est la création d'un hôpital unique avec deux gestionnaires distincts dont les principes de base ont été définis en juillet 2012. Par la suite, nous avons affiné le projet en abordant le bâtiment et les organisations via des groupes de travail dédiés. De plus, nous avons récemment constitué un comité médical pour permettre aux médecins de se rencontrer autour de l'affinement du projet médical tel les relations avec la ville, la complémentarité des prises en charge entre activité libérale de médecine interventionnelle et unités de médecine, l'organisation des urgences (40 000 passages prévus) et la permanence des soins (sachant qu'elle sera exercée à la fois par des libéraux et des salariés selon les disciplines). Pour assurer l'efficacité de notre nouvelle structure, nous devons favoriser la coopération entre nos services avant de collaborer avec les établissements extérieurs. Ainsi, nos collaborateurs peuvent se rencontrer et échanger sur leurs différents métiers.

Quels sont les enjeux stratégiques de ce projet pour la Mutualité française du Rhône ?

D.L : Avant tout, ce projet est essentiel car il assure la pérennité de nos établissements. Si nous sommes dans l'incapacité de mettre en place dans nos établissements des locaux plus fonctionnels, une meilleure performance et des

projets, nous ne pourrions pas maintenir leur niveau d'activité et leurs résultats économiques. Ce projet est donc essentiel pour la Mutualité et cela nous a incité à poursuivre cette opération que nous n'aurions peut-être pas menée à bien si l'enjeu n'avait pas été aussi important.

Laurent Raisin Dadre : Nous avons dû faire certaines concessions, comme renoncer à notre terrain. Mais cela était nécessaire car, pour Mme Dominique Lebrun et moi-même, la réalisation de ce projet était devenue une question de survie pour nos établissements. Notre clinique du Grand-Large, notamment, se rapprochait dangereusement du dépôt de bilan.

Quels sont les enjeux stratégiques de ce projet pour le groupe Capio ?

E.C : Nos enjeux stratégiques concernaient, en priorité, la Clinique du Tonkin dont l'avenir était plus qu'incertain dans sa configuration actuelle. De plus, le groupe Capio souhaite mettre en œuvre la vision d'un établissement hospitalier d'avenir équipé d'un plateau technique complet et de centres de consultations répartis dans la ville et affiliés au plateau technique. De plus, nous estimons que les restes à charge des patients doivent être encadrés sinon inexistantes. Le rôle des mutuelles aura une importance croissante dans la prise en charge financière. Nous souhaitons être précurseurs dans ce domaine en nous rapprochant de la Mutualité et en mettant en place des accords entre nos praticiens libéraux et les mutuelles dans l'intérêt du patient.

D.L : Je rajouterais qu'au-delà de la programmation, de l'aspect médical et de la répartition de nos activités, l'accès aux soins a été une part importante de nos discussions autour de ce projet. Ces éléments ont fait l'objet d'un document contractuel signé qui les définit très clairement. Dans cet accord bipartite, nous avons spécifié le mode d'intervention des chirurgiens dans les services de la Mutualité, et le mode de prise en charge financière en chirurgie dans la Clinique du Tonkin pour les adhérents mutualistes. La Mutualité Française du Rhône reste attachée à l'accessibilité aux soins et à des restes à charge maîtrisés pour le patient. Ces principes impliquent une modération des dépassements d'honoraires et le passage d'accords entre les praticiens et les mutuelles parties prenantes du projet. Cet aspect (comme tous les autres aspects de notre accord) a été repris dans un accord tripartite signé en août 2013 avec l'ARS qui comprend également le volet subvention.

Comment s'est fait le choix du terrain de Villeurbanne ?

Pour cette décision, nous avons transmis, le 12 juillet 2012, un document écrit à l'ARS. Dans ce dernier, nous avons spécifié les différents critères de choix : la disponibilité du site, le coût, la surface répondant aux contraintes techniques et la date butoir du 31 octobre 2012. Ce terrain de Villeurbanne dispose d'une très bonne acces-

sibilité car il est situé à proximité du périphérique et est largement desservi par les transports en commun.

Comment s'est déroulée la sélection de l'équipe de conception-réalisation ?

Il nous est rapidement apparu que nos équipes respectives devaient collaborer sur ce projet. Même si l'entente n'a pas toujours été des plus simples et a nécessité une intervention de notre part, nous avons aujourd'hui une équipe de conception forte et unie.

Qui sont les acteurs qui participent à la définition du programme ?

Dans un premier temps, nous nous sommes adjoint l'expertise d'un programmiste. Il nous a épaulés dans la définition des principes fondamentaux et la déclinaison en mètres carrés de chacune des zones du bâtiment dédiées aux différentes activités. Ces éléments ont servi de cadre aux groupes de travail lors de leurs échanges avec les architectes. Ainsi, ces 31 groupes de travail ont pu participer à l'élaboration du fonctionnement des services.

Qui sont les membres du comité stratégique ?

Ce comité est composé de quatre représentants du groupe Capio et quatre représentants de la Mutualité. Ce regroupement a lieu chaque semaine et représente l'instance de pilotage principale pour ce projet.

Mis à part vous, quels sont les acteurs qui participent à ce projet, aussi bien au sein du groupe Capio que de la Mutualité ?

E.C : Ce projet fait intervenir le directeur financier du groupe Capio France, Giray Tozalgan. La direction immobilière du groupe participe au projet en collaborant avec les architectes et la maîtrise d'œuvre. Gérard Guichard, le président de CME de la Clinique du Tonkin, est également un membre très actif de notre comité stratégique, et cela depuis le début du projet, au même titre qu'Edwige Grobon, Directrice générale du Centre Bayard. Nous avons également recruté un directeur de projet entré en fonctions à la fin du mois d'avril. Les instances de Suède, via Philippe Durand, Directeur Général France qui est aussi à l'origine du projet, sont également informées des avancées de ce projet car nous avons sollicité leur aval lors de la signature des documents contractuels bipartites et tripartites.

L.R.D : Hormis notre participation, nous sommes accompagnés de la directrice de la clinique mutualiste et d'un président de CME. À ces acteurs s'ajoutent les professionnels intégrés aux différents groupes de travail et qui, en règle général, réunissent une quinzaine de personnes. Nous avons également recruté une chargée de mission qui assure la coordination des groupes de travail, et se fait le relais de l'information entre les dirigeants et les membres de ces groupes. Elle est notamment présente auprès du groupe de travail dédié à la question de sécurité et sûreté.

Comment définiriez-vous ce nouveau bâtiment du Médipôle Lyon - Villeurbanne ?

La conception de ce nouvel outil a profondément évolué depuis nos premières réflexions. Aux débuts de ce projet nous imaginions deux bâtiments distincts, un pour chacune de nos entités respectives, séparés par une troisième structure qui regrouperait une activité commune. Ce choix s'expliquait, en partie, par notre visite du site de Saint-Nazaire où l'hôpital et la Mutualité étaient très clairement séparés. Or, à mesure que nous avançons dans la conception de ce bâtiment, le souci de marquer l'identité de nos structures s'est atténué au profit de l'optimisation de la prise en charge et de l'intérêt du patient. Les éléments architecturaux du Médipôle doivent guider et réconforter le patient avant de lui faire savoir qu'il se trouve dans les services de la Mutualité ou du groupe Capio. De plus, réaliser un bâtiment unique était plus pertinent sur ce terrain de 5 hectares. Les études de faisabilité fournies par les architectes nous ont toujours représentées un axe Nord-Sud avec un développement vertical étant donné que le bâtiment comporte sept niveaux. Le site comprend une rue centrale et nous réfléchissons à une plus grande ouverture sur la ville en installant un service de conciergerie, un coiffeur ou un restaurant. Ce bâtiment étant assez imposant, il est transpercé par de nombreux puits de lumière qui participent à son éclairage naturel. La composition des étages est assez classique. L'un d'entre eux est exclusivement dédié au plateau technique.

Comment s'est fait le choix du nom de Médipôle Lyon - Villeurbanne ?

Ce nom traduit l'appartenance du Médipôle à la ville de Villeurbanne dans laquelle se trouve notre site, et sa volonté de s'inscrire dans l'offre de soin lyonnaise. Le choix de Médipôle nous a semblé le plus pertinent car il ne s'agit pas d'une clinique (étant donné que nous avons une activité de SSR importante). Nous ne souhaitons pas une appellation qui trahisse un caractère trop chirurgical, et le nom d'hôpital privé nous semblait sans intérêt. De plus, l'utilisation du terme « pôle » est des plus pertinentes car ce bâtiment symbolise une recomposition et un regroupement de nos activités.

Les personnalités politiques locales et régionales se sont-elles impliquées sur ce projet ?

Jean-Paul Bret, maire de Villeurbanne, nous a particulièrement soutenu ainsi que Gérard Collomb, sénateur maire de Lyon et président de la communauté urbaine du Grand Lyon. Ils ont pu ensemble convaincre la majorité des élus de nous céder une partie de notre terrain actuel qui appartenait au Grand Lyon.

Quelles sont les performances que vous espérez pour ce nouvel établissement en matière de pilotage stratégique ?

Nous projetons de fournir des prestations de qualité au sein de ce Médipôle, l'unique établissement de soin de l'agglomération lyonnaise

à assurer tous les types de prise en charge. Nous souhaitons mettre en place une organisation en « étoile » avec les Centres de consultation tel celui de Bayard, le Centre de santé Jean Goulard de Vaulx-en-Velin, le Centre de Santé géré par la MGEN ou encore la Maison Médicale de Décines. Nos performances économiques devraient être intéressantes, avec une DMS maîtrisée et une complémentarité de nos activités. De plus, nous devons définir les moyens de mettre en place une organisation efficace avec notre environnement. Nous envisageons, par exemple, la mise en place d'une maison de naissance à proximité de notre service d'obstétrique afin de renforcer notre partenariat avec les sages-femmes libérales pour la période de post-accouchement. Enfin, nous devons nous positionner sur le territoire de santé de manière à jouer notre rôle pivot en tant qu'hôpital. Ce rôle est important dans une stratégie nationale de santé qui s'oriente vers une diminution de la place de l'hôpital dans la chaîne de soins afin de lui permettre de se concentrer sur son plateau technique. Outre nos 150 places d'ambulatoires, nous devons collaborer avec notre environnement, les structures médico-sociales et de soins à domicile. Ce fonctionnement devrait également favoriser un financement global des frais de prise en charge du patient, plutôt que des règlements d'honoraires compartimentés en fonction de l'activité.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

D.L : Même si cela peut sembler compliqué aujourd'hui, l'hôpital de demain se concentrera sur un plateau technique et la prise en charge en ambulatoire. Cependant, le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques rendront indispensables les supports d'hospitalisation, notamment en médecine. Le parcours de soins inscrit dans un territoire de santé avec un maillage de l'ensemble de ses acteurs est un élément sur lequel nous devons travailler. Au risque d'être accusé d'hospitalo-centrisme, il m'apparaît clairement que l'hôpital a un rôle important à jouer dans le développement de la coordination entre les acteurs de la prise en charge ambulatoire. En collaborant avec les structures en amont ou en aval de l'hôpital, ce dernier constituerait l'axe central du réseau. Ce fonctionnement implique une réforme du financement pour atteindre un mode de financement au parcours. Nous constatons également un problème de taille des établissements de santé lié à la démographie médicale et au fait que les générations de médecins que nous connaissons n'acceptent plus les mêmes contraintes que leurs prédécesseurs. Ils souhaitent des équipes étoffées et des horaires adaptés. Or, ces exigences ne peuvent être comblées si nous conservons des établissements de santé de taille réduite. Aujourd'hui, le Médipôle compte 700 lits en regroupant six structures différentes sur un territoire important, il n'est donc en rien surdimensionné.

L.R.D : Je partage l'avis de Dominique Lebrun. Pour l'hôpital de demain, j'ajouterais que les dirigeants d'établissements de santé devront

travailler l'intégration verticale. Il s'agit d'un point sur lequel nous ne nous penchons pas assez actuellement par manque de temps. Nous devons nous orienter et nous questionner sur l'activité de soins à domicile et l'hospitalisation à domicile. L'hôpital de demain devra davantage maîtriser le parcours de soins en se coordonnant avec les autres acteurs de santé de territoire, mais également en utilisant de manière optimale un plus grand nombre d'outils. L'hôpital aura un avenir s'il parvient à favoriser les alliances pour atteindre une taille suffisante. Il devra également maîtriser par intégration verticale, les éléments absents de son environnement ou présents dans un environnement peu coopératif.

E.C : L'hôpital de demain correspondra à un épisode parmi d'autres dans la prise en charge du patient avec un plateau technique fort et une prise en charge en ambulatoire entraînant une DMS très courte, d'où la création de ce bâtiment très évolutif. L'hôpital de demain devra également suivre la tendance du parcours de soin et d'un financement approprié. Cela étant, pour la prise en charge de ses patients, la Mutualité dispose d'atouts dont le groupe Capio est dépourvu. Enfin, l'hôpital de demain sera dans un territoire marqué par l'importante diminution du nombre d'établissements de santé qui tendent à disparaître ou à se regrouper.

