

Première prise de position du Conseil d'Etat sur le rapport final de la Commission d'enquête parlementaire sur le Réseau Santé Valais (CEP-RSV)

1 Introduction

En date du 8 avril 2015, la Commission d'enquête parlementaire (CEP-RSV) a rendu son rapport final sur le Réseau Santé Valais. La CEP-RSV a été nommée en mars 2014 par le Grand Conseil suite aux différents audits et expertises liés à l'Hôpital du Valais (HVS) et en particulier à la chirurgie viscérale hautement spécialisée. Elle a reçu mandat d'enquêter sur l'organisation et la conduite de l'HVS, ainsi que sur la conduite des affaires du Département et du Service de la santé publique en tant qu'autorités de surveillance. Le Conseil d'Etat a pris connaissance de l'analyse réalisée ainsi que de la cinquantaine de recommandations qui en résultent. Parmi les différentes recommandations, le Conseil d'Etat a relevé qu'il y en avait près d'une vingtaine qui concernait directement le canton en tant qu'autorité de surveillance, propriétaire et planificateur. Différents niveaux sont également touchés, à savoir le Conseil d'Etat, le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC) ainsi que le Service de la santé publique (SSP).

Le Conseil d'Etat regrette de ne pas avoir été entendu avant la finalisation du rapport sur les aspects le concernant, comme le prévoit l'article 133bis, alinéa 3, de la loi sur l'organisation des Conseils et les rapports entre les pouvoirs du 28 mars 1996.

2 Surveillance

La CEP recommande au Conseil d'Etat de clarifier par voie d'ordonnance les rôles, fonctions et moyens définissant la surveillance et la haute surveillance (point 5.2.2 B en page 46) et d'adapter la LEIS de façon à simplifier les rapports entre le Conseil d'Etat et le conseil d'administration de l'HVS, avec une surveillance proactive de la part de l'Etat (point 5.2.2 C en page 46).

Dans un premier temps, le Conseil d'Etat établira l'ordonnance définissant la surveillance et la haute surveillance. Elle intégrera la surveillance proactive préconisée par la CEP-RSV afin d'éviter de nouvelles crises. L'opportunité de revoir ou non la LEIS sera évaluée dans un deuxième temps, au vu des dispositions qui auront été introduites dans l'ordonnance précitée.

Le Conseil d'Etat partage la recommandation de la CEP visant l'instauration d'un dialogue permanent entre le canton et l'HVS (point 5.3.2 A en page 48). Un tel dialogue est déjà en place, aux niveaux suivants :

- entre le Conseil d'Etat et le conseil d'administration de l'HVS ;
- entre la cheffe du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC) et le Président du conseil d'administration et, sur certaines thématiques, l'ensemble du conseil d'administration de l'HVS ;
- entre le Service de la santé publique (SSP) et la direction générale de l'HVS.

Cette pratique sera formalisée dans le cadre de l'ordonnance mentionnée aux paragraphes précédents concernant la surveillance.

3 Qualité

Le DSSC est responsable de la surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patients de l'ensemble des prestataires de soins du Valais. La surveillance de la qualité des soins et de la sécurité des patients se fait par des mesures objectives au moyen d'indicateurs et par le signalement d'événements indésirables. Par rapport à l'HVS, la CEP-RSV relève deux systèmes mis en place qui doivent être améliorés, à savoir le suivi des indicateurs qualité et la commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins.

3.1 Suivi des indicateurs qualité

Dans le cadre de sa mission de surveillance (lignes directrices du 10 décembre 2013), le DSSC, tout comme le DFIS auparavant, suit annuellement les indicateurs qualité établis au niveau national aussi bien ceux de l'OFSP (taux de mortalité) que ceux de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) (infections post-opératoires, escarres, chutes, satisfaction des patients, taux de réadmissions et de réopérations). Lorsque l'un de ces indicateurs montre un taux particulièrement élevé par rapport à la moyenne suisse, le canton demande à l'établissement hospitalier concerné d'effectuer une revue de dossiers et si nécessaire de la soumettre à une évaluation par des pairs.

S'agissant de l'HVS, après la première expertise des Pr Clavien et Scheidegger en février 2010, réalisée dans un contexte d'urgence, une analyse des prestations du Département de chirurgie a été effectuée dans le cadre de l'audit de la Fédération hospitalière de France (FHF), portant sur l'intégralité des 1'400 patients opérés entre le 1^{er} juillet 2009 et le 30 juin 2010. Une revue de dossiers pour certaines interventions en chirurgie viscérale a également été demandée en juin 2013. Un rapport complet a été transmis en août 2013. Néanmoins, le DSSC a demandé que la revue de dossiers du Pr Bettschart soit soumise à une évaluation par des pairs. En complément à ce qui est relevé dans le rapport de la CEP-RSV (point 5.2.1 D en page 46), le Conseil d'Etat tient à préciser que le dossier a été suivi régulièrement par le DSSC, et ce jusqu'aux conclusions du pair transmises en mars 2014. En parallèle, l'expertise mandatée par le DSSC au Pr Houben devait également analyser les cas de MHS en lien avec la qualité.

Les résultats des indicateurs qualité au niveau national sont pour la plupart publiés de manière transparente sur les sites internet de l'ANQ et de l'OFSP. Pour une meilleure communication et accessibilité de ces indicateurs à la population valaisanne, un annuaire statistique est en cours d'élaboration. Son objectif est de lister et d'expliquer l'ensemble des indicateurs disponibles dans le milieu sanitaire valaisan conformément à l'ordonnance sur les statistiques. En outre, la nouvelle LEIS demande à ce que les établissements hospitaliers rendent publics les indicateurs qualité. Ces mesures répondent aux recommandations y relatives de la CEP-RSV (point 5.2.2 D en page 47).

Comme soulevé positivement dans le rapport CEP-RSV (point 7.1 en page 70), l'un des principaux objectifs des contrats de prestations en application de la planification hospitalière est d'assurer la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients, notamment par le renforcement des mesures qualité en lien avec les indicateurs élaborés au niveau fédéral et par la formation des professions de la santé.

3.2 Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS)

La Commission pour la sécurité des patients et la qualité des soins (CSPQS) a été introduite par la loi sur la santé du 14 février 2008 (LS) qui la charge « d'introduire et de développer, de façon coordonnée, un concept et les outils indispensables à l'évaluation et à la gestion de la sécurité des patients et de la qualité des soins » (art. 42 LS). Ses tâches se distinguent de celles de la Commission de surveillance des professions de la santé qui est chargée « d'instruire des procédures disciplinaires à l'encontre des professionnels de la santé » (art. 83 LS).

La CSPQS a été nommée le 18 novembre 2009 par le Conseil d'Etat et placée sous la présidence du Pr Francioli. Ses travaux ont cependant été rapidement interrompus, rendus impossibles par le climat de crise et la médiatisation de celle-ci au début 2010. Au vu du contexte, il a fallu du temps pour trouver un président et mettre en place une nouvelle commission.

C'est désormais chose faite, une nouvelle commission ayant été nommée le 24 septembre 2014, sous la présidence du Pr Gehrlach, directeur du centre de compétence en management de la qualité de la Haute école spécialisée du canton de Berne. La nouvelle commission a déjà siégé à deux reprises. La recommandation y relative de la CEP-RSV est donc remplie (point 3.2.3 D en page 34).

4 Médecine hautement spécialisée

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse (art. 39 LAMal). Afin d'exécuter ce mandat légal, les cantons ont transféré cette compétence aux organes MHS en signant la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Cependant, cette dernière n'est pas claire sur la question de la surveillance. La CEP-RSV recommande que le canton siège soit responsable de la surveillance et du contrôle de l'exécution des attributions des prestations et des conditions liées à la fourniture de celles-ci (point 4.2.2.6 en page 42).

Actuellement, les organes MHS réévaluent généralement les mandats MHS chaque 4 ans, respectivement chaque 2 ans pour les mandats provisoires. Au niveau cantonal, le DSSC assume une surveillance constante aussi bien dans le domaine de la médecine de base, spécialisée qu'hautement spécialisée. Cette surveillance s'effectue au travers des indicateurs qualité, de la planification hospitalière et de la délivrance des autorisations :

- Les indicateurs qualité ne font pas de distinction entre les prestations de base, spécialisées et hautement spécialisées. Le suivi réalisé par le canton englobe toutes les prestations. En cas d'indicateurs inquiétants dans un domaine de prestations déterminé, le canton demande une revue de dossiers et si nécessaire de soumettre cette revue à une évaluation par des pairs.
- Lorsqu'il octroie des mandats dans le cadre de la planification hospitalière cantonale, le canton contrôle le respect des exigences retenues pour fournir des prestations.
- La surveillance par le canton se fait également par l'autorisation d'exploiter et les autorisations de pratique. En cas de violation des devoirs professionnels, la loi sur la santé prévoit l'intervention possible du département. Sur préavis de la commission de surveillance des professions de la santé, l'autorisation peut être retirée ou limitée pour des motifs de santé publique, en particulier lorsque les conditions de son octroi ne sont plus réalisées.

La recommandation de la CEP-RSV est donc en grande partie respectée. Reste à évaluer la possibilité et l'opportunité d'une surveillance plus spécifique liée aux critères fixés par les instances responsables de la CIMHS. Ces critères ne relèvent pas de la compétence du canton. Le Conseil d'Etat interpellera la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et les organes de la CIMHS afin de clarifier les rôles respectifs de surveillance et les critères y relatifs.

5 Conventions universitaires

Dans le chapitre 4 relatif à la médecine hautement spécialisée, la CEP-RSV recommande d'établir aussi vite que possible des collaborations universitaires pour instaurer les itinéraires cliniques en Valais. Elle suggère d'effectuer des demandes d'offres auprès de tous les hôpitaux universitaires (point 4.2.2.1 en page 41).

Le Conseil d'Etat tient à rappeler que de nombreuses conventions existent déjà entre l'HVS et les hôpitaux universitaires. Ces conventions ont été initiées au début des années 1990, sur l'impulsion du canton. A l'heure actuelle, l'HVS compte 12 conventions actives avec le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), 11 avec les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), 3 au niveau romand (conventions tripartites CHUV-HUG-HVS) et 14 avec l'Inselspital. De plus, 8 conventions sont en cours de négociation au niveau romand (CHUV-HUG-HVS) en remplacement de conventions bilatérales caduques ou pour développer des collaborations dans de nouveaux secteurs.

La proximité géographique joue un rôle important dans les conventions de collaboration, en particulier pour la mise à disposition de médecins, pour le maintien d'une activité universitaire pour des médecins travaillant à l'HVS ainsi que pour la prise en charge des patients devant se rendre hors canton. Ce facteur explique pourquoi les conventions de collaboration ont été conclues avec les trois établissements hospitaliers universitaires les plus proches.

Cela se traduit également au niveau des flux de patients. En 2013, 1'327 patients valaisans ont été pris en charge au CHUV (tout type d'assurance confondu), 1'114 à l'Inselspital, 490 aux HUG, 124 dans les hôpitaux universitaires de Zurich et 96 dans les hôpitaux universitaires de Bâle.

Les collaborations multilatérales semblent constituer une voie stable et pérenne pour assurer la mise à disposition de compétences de haut niveau en Valais. Des réflexions dans ce sens ont d'ailleurs déjà débuté entre les cantons romands dans le cadre de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS).

La recommandation de la CEP-RSV pourrait être mise en œuvre dans le cadre des conventions tripartites CHUV-HUG-HVS et des travaux en cours au niveau de la CLASS pour la partie romande. En ce qui concerne la partie alémanique, il ne semble pas opportun de remettre en cause les conventions qui viennent d'être renouvelées en 2014 avec l'Inselspital et qui fonctionnent à satisfaction.

6 Structure organisationnelle de l'HVS

La CEP-RSV évoque diverses organisations alternatives pour l'HVS, notamment une organisation de type holding (point 6.1.3.2 en page 61). Elle recommande notamment que chacun des deux centres hospitaliers soit fortement ancré dans sa région, que la question des RH soit réglée prioritairement dans chacun des centres, qu'ils aient pour tâche l'activité et la direction opérationnelles dans le cadre des lignes directrices et des objectifs fixés par la direction générale (point 6.1.4 en pages 61 et 62).

Ces questions sont au cœur de la gouvernance de l'HVS. L'organisation optimale pour un établissement hospitalier multisite de cette taille constitue un défi majeur. Des pistes ont été envisagées par la Fédération Hospitalière de France (FHF) dans son audit sur le RSV, mais elles n'ont pas toutes été mises en œuvre par l'Hôpital du Valais. Au vu de la complexité de la question et des conséquences qui peuvent en découler, le Conseil d'Etat mandatera un expert indépendant et neutre pour évaluer l'organisation de l'HVS et proposer des solutions.

Pour l'immédiat, le Conseil d'Etat partage la recommandation de la CEP-RSV visant à repourvoir le plus rapidement possible les postes de la direction du CHVR (point 5.6.2 C en page 58). Le DSSC a demandé à l'HVS de lui transmettre un échéancier à ce sujet. Comme la CEP-RSV, le Conseil d'Etat estime également nécessaire de réduire la taille de la direction générale (point 5.5.2.1 en page 54) et de diriger prioritairement les efforts financiers vers les soins (page 93).

7 Conseil d'administration de l'HVS

La CEP-RSV demande d'être attentif aux compétences ou aux expériences en matière de gouvernance d'une institution sanitaire pour les membres du conseil d'administration de l'HVS et d'éviter les conflits d'intérêts potentiels et les incompatibilités (point 5.4.2 B en page 50).

Les membres du conseil d'administration actuel ont été nommés en date du 28 novembre 2012 (et 14 mai 2014 pour le président ad intérim) par le Conseil d'Etat. Leur mandat court jusqu'au 31 décembre 2015. Le Conseil d'Etat est donc appelé à renouveler l'organe pour la période 2016-2017, soit jusqu'à la fin de la législature en cours. Dans ce sens, il tiendra compte des recommandations de la CEP-RSV.

La CEP-RSV recommande également au Conseil d'Etat d'apprécier dans quelle mesure il serait opportun qu'un membre du conseil d'administration de l'HVS soit également membre du conseil d'établissement de l'HRC (cf. point 5.4.2 C en page 51). Le Conseil d'Etat rappelle que cette représentation est déjà assurée puisqu'il est explicitement prévu dans la convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais qu'un siège soit octroyé à l'HVS. L'HVS y a délégué pour l'instant son directeur général suite au départ de M. Kleiber. Le Conseil d'Etat analysera dans quelle mesure la réciproque devrait également être réalisée avec une représentation de l'HRC dans le conseil d'administration de l'HVS dès 2016.

8 Financement

8.1 Infrastructures

La CEP-RSV relève la sous-participation de l'ambulatoire aux investissements au détriment de la capacité d'investissements de l'HVS (point 9.7 en page 84). Elle mentionne que cette situation est en train d'être corrigée.

En effet, le Conseil d'Etat peut apporter les précisions suivantes. L'important projet de rénovation des infrastructures engendrera une augmentation des coûts d'investissements de l'HVS. Dans ce sens, l'ordonnance du Conseil d'Etat y relative prévoit avec le nouveau financement hospitalier la comptabilisation dans un fonds de l'excédent des recettes d'investissements.

Le problème soulevé par la CEP-RSV est que l'activité ambulatoire ne permet pas de dégager suffisamment de recettes pour le financement futur des coûts d'investissements. Il faut également relever ici la problématique des tarifs et recettes ambulatoires qui n'ont pas été adaptés pour intégrer une part liée aux investissements (contrairement à l'activité stationnaire). Toutefois le canton a exigé que l'HVS augmente progressivement la part des recettes ambulatoires pour le financement futur des investissements. Dès 2015, toutes les recettes ambulatoires sont concernées, notamment les locations de cabinets privés à l'hôpital.

Le Conseil d'Etat analysera de manière détaillée les charges d'investissements à intégrer dans la tarification des prestations ambulatoires.

8.2 Prestations d'intérêt général

La CEP-RSV demande dans son rapport (point 9.7 en page 84) que le financement des prestations d'intérêt général soit intégré dans les planifications sanitaires. Avant le nouveau financement hospitalier entré en vigueur en 2012, plusieurs prestations étaient déjà subventionnées comme mission d'utilité publique ou disciplines à caractère cantonal depuis 1996 dans le cadre des décisions de planification sanitaire. Avec les nouvelles dispositions légales fédérales et cantonales, la définition des prestations d'intérêt général a été affinée. C'est dans ce sens que le Conseil d'Etat a reconnu en 2012 plusieurs missions à l'HVS pour des prestations qui ne peuvent se financer malgré une gestion efficace. Il s'agit par exemple des services d'urgences où l'infrastructure et le personnel doivent être disponibles 24h/24 et 365 jours/an. Dans sa décision, le Conseil d'Etat a retenu les domaines et les principes de financement en accord avec la planification hospitalière. D'autres missions concernent notamment les soins palliatifs, la psychiatrie ambulatoire, la coordination du don d'organe, la néonatalogie et la formation postgrade des médecins.

Le Conseil d'Etat considère que cette recommandation est déjà appliquée depuis 2012.

9 Cardiologie interventionnelle

La nouvelle planification hospitalière arrêtée par le Conseil d'Etat au mois de novembre 2014 a retenu des critères médicaux minimaux pour l'octroi des mandats de prestations à chaque établissement. Ces critères sont reconnus au niveau suisse et utilisés par la majorité des cantons envers l'ensemble des hôpitaux et des cliniques.

Le Conseil d'Etat souligne que pour la cardiologie interventionnelle, les exigences suivantes doivent notamment être respectées :

1. Ouverture des blocs opératoires, du laboratoire et de la radiologie 365 jours/an et 24h/24.
2. Disposer de spécialistes FMH en cardiologie qui sont employés par l'hôpital ou qui y ont leur cabinet.
3. Disponibilité médicale : un spécialiste avec titre FMH de cardiologie doit être joignable en tout temps. En cas de nécessité médicale, il peut assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 30 minutes.
4. Disposer d'un service d'urgences avec des médecins spécialistes en médecine interne et en chirurgie disponibles 24h/24 en première priorité pour les urgences.

5. Disposer d'une unité de soins intensifs qui respecte les directives de la Société suisse de médecine intensive.
6. D'autres prestations liées doivent être également offertes comme la chirurgie cardio-vasculaire.

Dans le cadre de la planification hospitalière 2015, un mandat avait été donné par le DSSC au Pr Yves Cottin du Service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Bocage à Dijon pour une évaluation de la situation de la cardiologie interventionnelle dans le canton du Valais. Selon ses conclusions, seul l'Hôpital de Sion remplit l'intégralité des exigences pour la prise en charge dans le domaine stationnaire.

La CEP-RSV s'interroge sur la non entrée en matière du conseil d'administration de l'HVS sur le projet de partenariat public/privé proposé par la Clinique de Valère pour un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque. Le rapport recommande de mener une expertise neutre et indépendante afin d'analyser les aspects financiers d'un tel centre (point 9.7 en page 84). Le Conseil d'Etat prend note de cette demande et se chargera de mandater une expertise externe, neutre et indépendante.

10 Observatoire valaisan de la santé (OVS)

La CEP-RSV recommande de revoir la composition du conseil d'administration de l'OVS pour lui garantir une réelle indépendance vis-à-vis du SSP et de l'HVS. Le Conseil d'Etat relève qu'avec deux sièges sur cinq, les représentants de l'Etat ne sont pas majoritaires. Les trois autres membres représentent respectivement l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV), les établissements et institutions sanitaires et le secteur ambulatoire.

La loi sur la santé (art. 13bis) charge l'OVS de rassembler et d'analyser les données d'intérêt sanitaire et de rendre disponibles les informations recueillies auprès des autorités, des professionnels et du public. La représentation de l'Etat au sein du conseil d'administration de l'OVS n'a pas pour but de le rendre dépendant ni de l'empêcher de jouer son rôle. Cette représentation minoritaire vise à faciliter les relations avec le canton. Elle permet de garantir la bonne exécution des mandats confiés et une meilleure réactivité des autorités sanitaires. Elle contribue aussi à assurer l'indépendance de l'OVS envers les prestataires de soins, condition essentielle à la bonne exécution de ses tâches.

A titre de comparaison, on peut relever que l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est placé sous la conduite d'instances étatiques. Son comité de pilotage, qui est l'organe de direction stratégique, est composé d'un représentant des départements cantonaux de la santé (CDS), d'un représentant de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et d'un représentant de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Pour ces différentes raisons, le Conseil d'Etat estime que la question de la composition du conseil d'administration de l'OVS et de ses relations avec le canton mérite une réflexion complémentaire, qui au besoin pourra être réalisée avec l'aide d'experts externes.

11 Contexte politique

Le rapport de la commission d'enquête sur le Réseau Santé Valais identifie des dysfonctionnements au sein de l'Hôpital du Valais ainsi qu'au niveau politique. Même s'il estime que les critiques à l'encontre de Maurice Tornay, ancien chef du Département de la santé sont disproportionnées, le Gouvernement reconnaît qu'il n'est lui-même pas exempt de tout reproche. Il aurait dû être plus attentif aux signaux des lanceurs d'alerte, exercer une surveillance davantage proactive, mandater des expertises basées sur une méthodologie scientifique et favoriser le dialogue avec toutes les parties concernées. Pour éviter que ces dysfonctionnements se reproduisent, diverses mesures allant dans le sens des recommandations formulées par la CEP-RSV ont été mises en place ou sont en cours de réalisation.

12 Conclusion

Le Conseil d'Etat tient à remercier la CEP-RSV pour l'important travail réalisé et procèdera à une analyse détaillée des mesures préconisées. Il remercie également l'ensemble du personnel de l'HVS pour l'excellent travail effectué au quotidien et rappelle que la grande majorité des prestations réalisées à l'hôpital ne sont pas visées par l'enquête parlementaire.

Comme demandé par la CEP-RSV, un premier rapport circonstancié sur les démarches entreprises sera élaboré pour la fin décembre 2015 à l'intention du parlement. Un plan d'actions sera réalisé suite aux recommandations qui concernent directement les instances cantonales. Le Conseil d'Etat va également s'assurer que les mesures adéquates soient prises par l'HVS pour les autres recommandations.

Sion, le 22 avril 2015