



Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie
Dienststelle für Gesundheitswesen

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

PLANIFICATION HOSPITALIERE 2006 ET BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION 2004



Mars 2006

Table des matières

1.	Introduction	5
1.1.	Les objectifs de la politique sanitaire	5
1.2.	Les aspects méthodologiques	5
1.3.	Les éléments principaux de la planification hospitalière de 2004.....	5
1.4.	Les effets de la mise en place du Réseau Santé Valais (RSV) sur l'élaboration et la mise en œuvre de la planification hospitalière cantonale	6
1.5.	Tableau de la planification hospitalière 2004	7
2.	Bilan de la répartition des disciplines médicales.....	11
2.1.	Rappel des principes de la planification hospitalière de janvier 2004	11
2.1.1	<i>Objectifs</i>	11
2.1.2	<i>Principes</i>	12
2.2.	Les indicateurs hospitaliers (1990-2005).....	13
2.3.	Les indicateurs financiers (2004).....	16
2.4.	Bilan pour les années 2004 et 2005	17
2.5.	Bilan par discipline.....	29
2.5.1	<i>Chirurgie</i>	31
2.5.2	<i>Urologie</i>	35
2.5.3	<i>Ophthalmologie</i>	36
2.5.4	<i>ORL</i>	37
2.5.5	<i>Disciplines de chirurgie à caractère cantonal</i>	38
2.5.6	<i>Disciplines de médecine à caractère cantonal</i>	39
2.5.7	<i>Médecine interne</i>	40
2.5.8	<i>Gynécologie</i>	41
2.5.9	<i>Obstétrique</i>	42
2.5.10	<i>Nurserie et néonatalogie</i>	43
2.5.11	<i>Pédiatrie</i>	44
2.5.12	<i>Psychogériatrie</i>	46
2.5.13	<i>Gériatrie</i>	46
2.5.14	<i>Soins palliatifs</i>	48
2.5.15	<i>Lits d'attente</i>	49
2.5.16	<i>Réadaptation cantonale</i>	50
3.	Recommandations à l'attention du Conseil d'Etat.....	51
3.1.	Généralités	51
3.2.	Planification du nombre de lits.....	51
3.3.	Recommandations de planification pour le SZO	52
3.3.1	<i>Gynécologie</i>	52
3.3.2	<i>Soins palliatifs</i>	52
3.3.3	<i>Gériatrie</i>	53
3.3.4	<i>Lits d'attente</i>	53
3.4.	Recommandations de planification pour le CHCVs.....	54
3.4.1	<i>Gériatrie</i>	54
3.4.2	<i>Soins palliatifs</i>	54
3.4.3	<i>Traumatologie différée</i>	55
3.4.4	<i>Chirurgie thoracique</i>	55
3.4.5	<i>Gynécologie</i>	55
3.4.6	<i>Lits d'attente</i>	56
3.5.	Mesures complémentaires décidées par le RSV pour le SZO	56
3.5.1	<i>Ophthalmologie</i>	56
3.5.2	<i>Psychiatrie ambulatoire</i>	56
3.5.3	<i>Administration et Finances</i>	57

3.6.	Mesures complémentaires décidées par le RSV pour le CHCVs.....	57
3.6.1	<i>Ophthalmologie</i>	57
3.6.2	<i>ORL et Chirurgie maxillo-faciale</i>	57
3.6.3	<i>Psychiatrie ambulatoire</i>	57
3.6.4	<i>Réadaptation cantonale</i>	57
3.7.	Synthèse des recommandations à l'attention du Conseil d'Etat.....	58

Edité par le
Service de la santé publique

Abréviation

RSV	Réseau Santé Valais
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
JMA	Journées-malades
DMS	Durée moyenne de séjour
CVP	Centre valaisan de pneumologie
IPVR	Institutions psychiatriques du Valais romand
ICHV	Institut Central des Hôpitaux Valaisans
OCVS	Organisation Cantonale Valaisanne des Secours
SZO	Spitalzentrum Oberwallis
CHCVs	Centre Hospitalier du Centre du Valais
CHC	Centre Hospitalier du Chablais
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UEP	Unité d'évaluation pré-opératoire
CCA	Centre de chirurgie ambulatoire
UGL	Unité de gestion des lits
EMS	Etablissement médico-social
CMS	Centre médico-social
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
HEVs	Haute Ecole Valaisanne
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
EPT	Equivalent plein temps

1. Introduction

Ce rapport a pour objectif d'évaluer la mise en place par le RSV de la planification hospitalière de janvier 2004. Il s'agit tout d'abord de dresser un bilan de l'activité des établissements de soins aigus et non aigus en 2004 et 2005. Ce bilan permet ensuite l'examen d'un certain nombre de correctifs dans la répartition des disciplines médicales et la présentation de recommandations à l'attention du Conseil d'Etat.

Avant de faire un bilan de l'activité sanitaire en 2004 et 2005, il importe de rappeler certains objectifs et principes ayant servi de base à l'élaboration du concept de planification hospitalière de janvier 2004.

1.1. *Les objectifs de la politique sanitaire*

Les objectifs de politique sanitaire sont communs à l'ensemble des pays industrialisés et s'appliquent également au canton du Valais. Les objectifs principaux de la politique de la santé sont :

- de garantir et améliorer la qualité des prestations,
- d'assurer la maîtrise des coûts,
- de permettre à toute la population d'accéder aux soins.

Ces objectifs sont liés entre eux. Ainsi, l'accès de toute la population aux soins présuppose la maîtrise des coûts hospitaliers. Cette maîtrise passe par l'élaboration de contrats de prestation.

En particulier, l'objectif n°2 du contrat de prestation passé entre le Conseil d'Etat et le Grand Conseil précise :

«Garantir une prise en charge curative et palliative répondant aux besoins et exigences de qualité et de sécurité, par une planification judicieuse des infrastructures et par une allocation équitable des ressources disponibles ».

1.2. *Les aspects méthodologiques*

Ce rapport se base principalement sur les indicateurs d'activité des hôpitaux à savoir le nombre de sorties et de journées-malades enregistrés pour chaque discipline et sur chaque site pour les années 2002 à 2005. Les données 2004 et 2005 proviennent du système de gestion des données centralisées Datawarehouse, alors que les données 2002 et 2003 proviennent des chiffres transmis par les hôpitaux au Service de la santé publique.

1.3. *Les éléments principaux de la planification hospitalière de 2004*

Schématiquement présentés, **les points forts de la planification hospitalière 2004 sont les suivants:**

- **mise en réseau des établissements** hospitaliers valaisans (« Réseau Santé Valais ») avec, pour corollaire, une amélioration de la coordination entre ceux-ci;

- définition **d'une seule zone hospitalière** au niveau cantonal ;
- création de **trois centres hospitaliers** (dans le Haut-Valais, le Valais central et le Bas Valais) offrant un **éventail complet de prestations** ;
- **attribution de mandats de prestations** aux établissements hospitaliers et répartition des activités médicales entre les sites et **définition de la norme en lits hospitaliers par établissement et catégorie de soins** (liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'article 39 LAMal) ;
- centralisation de **certaines disciplines médicales sur un seul établissement dans le canton** pour des raisons de qualité et de maîtrise des coûts ;
- **garantie de soins de qualité qui soient proches de la population** grâce au maintien des urgences ambulatoires 24h/24 et 7j/7 dans les six établissements aigus actuels ;
- **attribution** aux établissements faisant partie du même centre hospitalier de missions ou **mandats de prestations différents** selon le schéma : cas complexes – cas légers ;
- **maintien des blocs opératoires** dans les six établissements de soins aigus actuels, **sauf pour la nuit et les fins de semaine** où seul un établissement par centre maintiendra ses blocs opératoires ouverts ;
- **mise en place d'un service performant de transfert des patients d'un hôpital à l'autre.**

1.4. Les effets de la mise en place du Réseau Santé Valais (RSV) sur l'élaboration et la mise en œuvre de la planification hospitalière cantonale

Avec la mise en vigueur du décret sur le Réseau Santé Valais (RSV) le 4 septembre 2003, le RSV, un établissement autonome de droit public composé d'un Conseil d'Administration et d'une Direction générale, participe à l'élaboration de la planification sanitaire arrêtée par le Conseil d'Etat, assure sa mise en œuvre et gère les activités des établissements hospitaliers sur la base des mandats de prestations arrêtés par le Conseil d'Etat.

1.5. *Tableau de la planification hospitalière 2004*

		Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
		Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Réadaptation	cas légers et/ou programmés	Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Adultes	Mères - Enfants	Psychiatrie	Gériatrie
Unités spécialisées	Urgences majeures										
	Urgences ambulatoires										
	Hôpital de jour										
	Radiologie										
	Anesthésiologie										
	Soins intensifs										
	Soins intermédiaires : lits monitorés										
Activité ou Services chirurgicaux	Chirurgie complexe										
	Chirurgie légère										
	Traumatologie										
	Orthopédie										
	Urologie										
	Ophtalmologie										
	ORL										
	Chirurgie plastique										
	Chirurgie cardiaque										
	Neurochirurgie spécialisée										
	Chirurgie thoracique										

Planification hospitalière 2006 et bilan de la mise en œuvre de la planification 2004

		Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
		<i>Viège</i>	<i>Brigue</i>	<i>CVP</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>	<i>IPVR</i>	<i>St-Maurice</i>
		<i>Cas complexes et/ou non programmés</i>	<i>cas légers et/ou programmés</i>	<i>Réadaptation</i>	<i>cas légers et/ou programmés</i>	<i>Cas complexes et/ou non programmés</i>	<i>cas légers et/ou programmés</i>	<i>Adultes</i>	<i>Mères - Enfants</i>	<i>Psychiatrie</i>	<i>Gériatrie</i>
Activités ou Services médicaux	Médecine complexe										
	Médecine légère										
	Cardiologie invasive										
	Radio oncologie										
	Pneumologie										
Services mères-enfants	Néonatalogie										
	Gynécologie										
	Obstétrique										
	Nouveaux-nés										
	Pédiatrie										
Disciplines médicales sans service	Neurologie										
	Infectiologie (H. hosp)										
	Gastroentérologie										
	Endocrinologie										
	Cardiologie										
	Dermatologie										
	Psychiatrie de liaison										
	Néphrologie, Hémodialyse chron.										
	Oncologie										
	Angiologie										

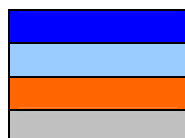
Planification hospitalière 2006 et bilan de la mise en œuvre de la planification 2004

		Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
		Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Réadaptation	cas légers et/ou programmés	Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Adultes	Mères - Enfants	Psychiatrie	Gériatrie
Services : gériatrie/psychiatrie	Gériatrie										
	Lits d'attente										
	Psychogériatrie										
	Psychiatrie										
	Pédopsychiatrie										
	Réadaptation										

		Centre de réadaptation de Loèche les Bains SA	SUVA	Clinique de Valère
Cliniques privées	Réadaptation			
	Chirurgie générale (yc. orthopédie et anesthésiologie)			
	Médecine (yc. Radiologie)			
	Gynécologie			
	Lits d'attente			

ICHV	
Histo-cyto-pathologie	Microbiologie
Centre de maladies infectieuses et d'épidémiologie	Immuno-allergologie
Hématologie	Pharmacie
Chimie clinique	Biochimie

Disciplines avec lits
 Disciplines sans lits
 Disciplines à car. Cantonal
 Division de laboratoire et de pharmacie



2. Bilan de la répartition des disciplines médicales

Ce chapitre est consacré à l'évaluation de la mise en place de la nouvelle répartition des disciplines médicales selon le concept hospitalier de janvier 2004. Nous présentons ici une synthèse des modifications apportées à la structure du Réseau Santé Valais durant les années 2004 et 2005.

2.1. *Rappel des principes de la planification hospitalière de janvier 2004*

L'année 2004 a été l'année des changements en matière de répartition des disciplines au sein du RSV. Elle marque ainsi le passage de six zones hospitalières à une seule comprenant trois centres hospitaliers.

2.1.1 *Objectifs*

Chaque centre hospitalier regroupe certaines disciplines sur un seul site afin de remplir les objectifs suivants :

- d'atteindre une **masse critique de patients** dans chaque spécialité. C'est le seul moyen de garantir la qualité des soins et des prestations, l'occupation optimale des collaborateurs, en particulier du personnel spécialisé et l'utilisation rationnelle des installations. Les études actuelles¹ démontrent que la taille optimale d'un bassin de recrutement pour un centre hospitalier de qualité est de l'ordre de 150'000 à 200'000 habitants ;
- de **répondre aux exigences imposées à court terme par les sociétés faitières de spécialités** et d'obtenir les accréditations nécessaires à la pratique et à la reconnaissance d'activités spécifiques ; ce qui n'est de loin pas le cas de tous les hôpitaux aujourd'hui (soins intensifs, bloc opératoire, activités interventionnelles, etc.) ;
- **d'assurer au patient un accueil et une prise en charge humanisée**, rapide et efficace par des équipes multidisciplinaires complémentaires ;
- **d'assurer l'attractivité de la profession pour les médecins spécialistes, le personnel médico-technique et soignant**. C'est le seul moyen de remédier à la pénurie dans les professions médicales et soignantes. En regroupant certaines disciplines le nombre de cas/service augmente et les services de garde se gèrent plus facilement ;
- de **garantir une formation continue** nécessaire face aux progrès technologiques et à l'évolution de la médecine. Il s'agit là d'un gage de qualité, mais également d'un moyen de conserver des compétences professionnelles et d'en attirer de nouvelles ;
- de **rationaliser le travail du personnel qualifié** et de pallier ainsi sa pénurie lorsqu'il est dispersé et parfois sous occupé sur plusieurs sites ;
- de regrouper et d'utiliser de manière optimale et économique les moyens techniques coûteux tant à l'investissement qu'à l'exploitation ;

¹ Voir à ce sujet les études ATAG 2000 ; CRIVELLI, FILIPPINI, LUNATI 2001 ; BOILLAT 2002.

- d'acquérir les nouvelles technologies tout en évitant les doublons ;
- de **renforcer les urgences pré hospitalières** qui sont un des maillons essentiels de la prise en charge sanitaire. En effet, dans nombre de cas, les patients arrivent à l'hôpital via une entreprise de secours (ambulance, hélicoptère, etc.). Le concept adopté par le Conseil d'Etat en 2003 et mis en œuvre par l'OCVS propose un certain nombre de mesures afin d'améliorer la prise en charge actuelle. Toutefois, ces mesures devront encore être adaptées dans le cadre de la restructuration des hôpitaux et de leur mandat de prestations.

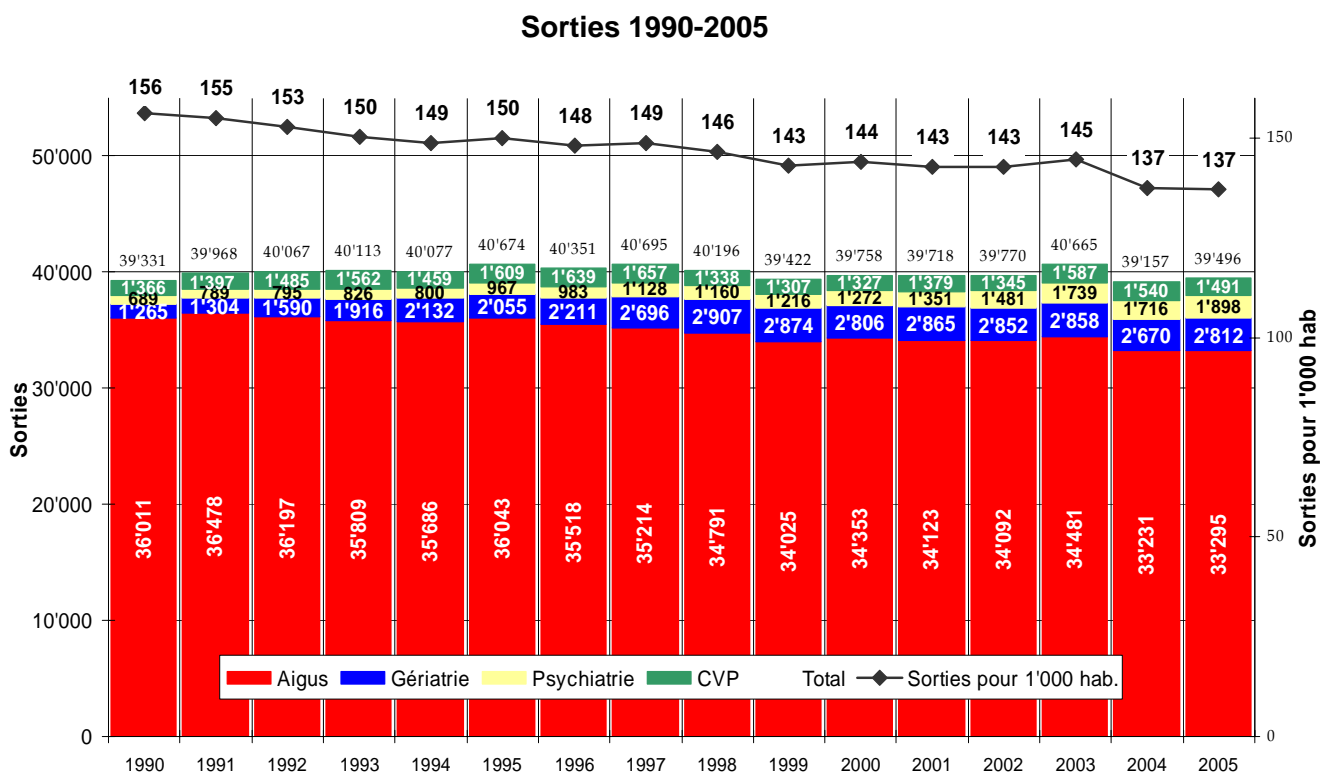
2.1.2 Principes

Les principes de la répartition des disciplines médicales pour chaque centre sont les suivants :

- chaque centre doit offrir un éventail complet de prestations
- **certaines disciplines médicales doivent être regroupées sur un seul site** pour des raisons de qualité et de maîtrise des coûts. Il s'agit de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie spécialisée, de la chirurgie thoracique, de la cardiologie interventionnelle, de la radio-oncologie et de la pneumologie. Ces différentes disciplines sont regroupées à Sion et au CVP.
- certaines disciplines médicales très pointues ne peuvent tout simplement pas être exercées dans le canton, mais uniquement dans des hôpitaux universitaires.
- afin de garantir le maintien de soins de qualité qui soient proches de la population, **chaque établissement maintient des urgences ambulatoires 24h/24 et 7j/7**
- **attribution de mandats différenciés aux hôpitaux d'un même centre** distinguant les prises en charge complexes des cas programmés et des soins de longue durée
- **maintien des blocs opératoires sur chaque site**, sauf pour la nuit et les week-ends où seul un établissement par centre maintient ses blocs opératoires ouverts.
- Renforcement du **service d'urgences pré hospitalières** permettant d'acheminer les patients vers l'établissement le mieux à même de les prendre en charge et mise en place d'un **service performant de transfert entre les hôpitaux**

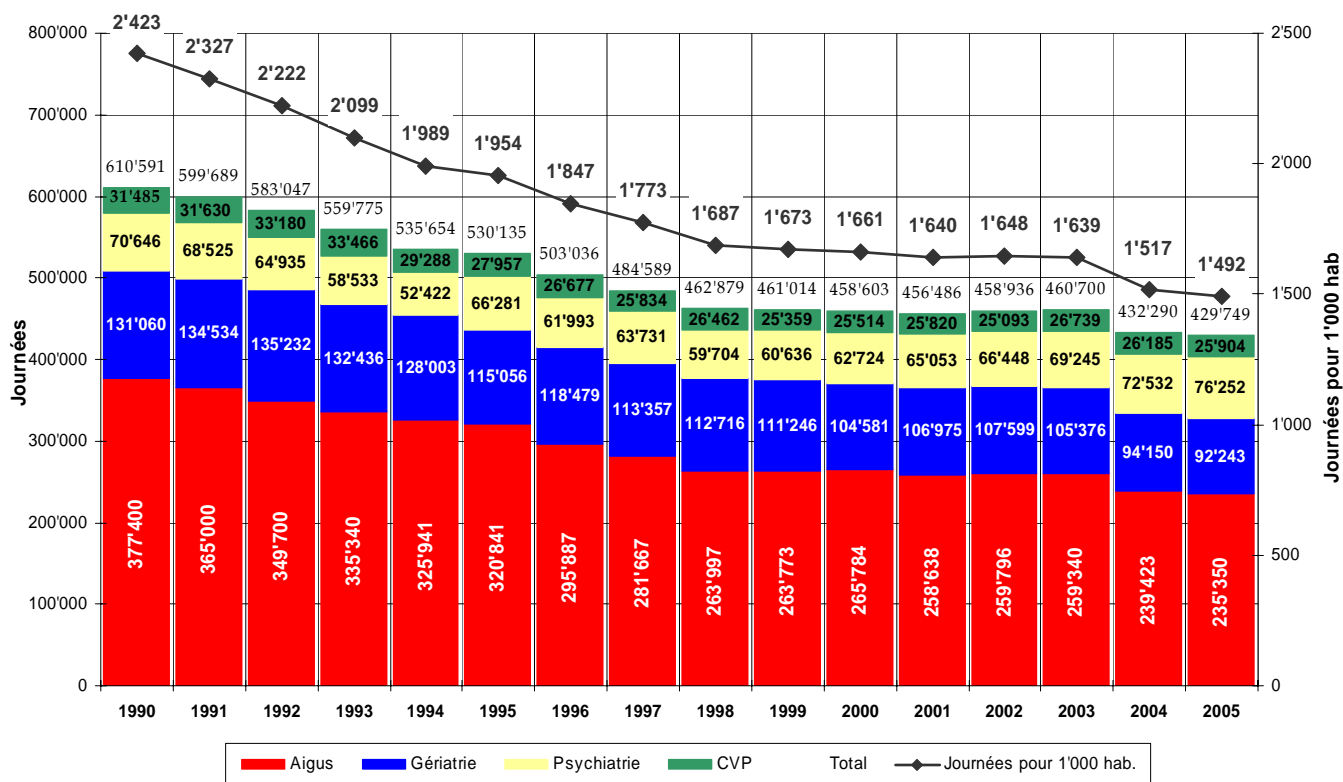
2.2. Les indicateurs hospitaliers (1990-2005)

Le but de ce chapitre est de présenter les indicateurs sorties, journées-malades (JMA), lits occupés et lits planifiés pour la période 1990 à 2005.



De ce graphique, il ressort que les sorties ont baissé durant ces 15 dernières années. Les chiffres de 2005 sont pratiquement identiques à ceux de 2004. Les sorties pour 1'000 habitants ont surtout baissé entre les années 2003 et 2004.

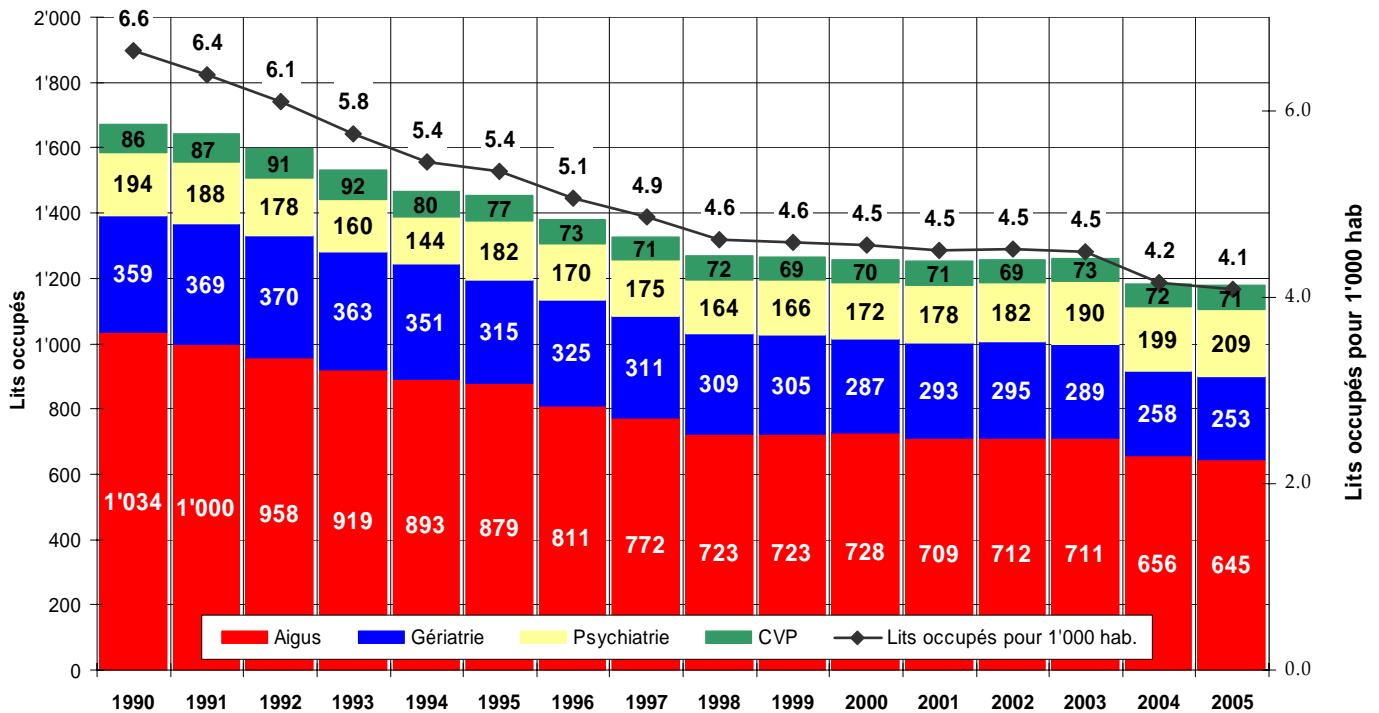
Journées-malades 1990-2005



La réduction constante de l'activité hospitalière est particulièrement marquée pour les journées-malades. De 1990 à 2005 une réduction de 30% est enregistrée. De même, les journées-malades pour 1'000 habitants ont diminué de près de 40%.

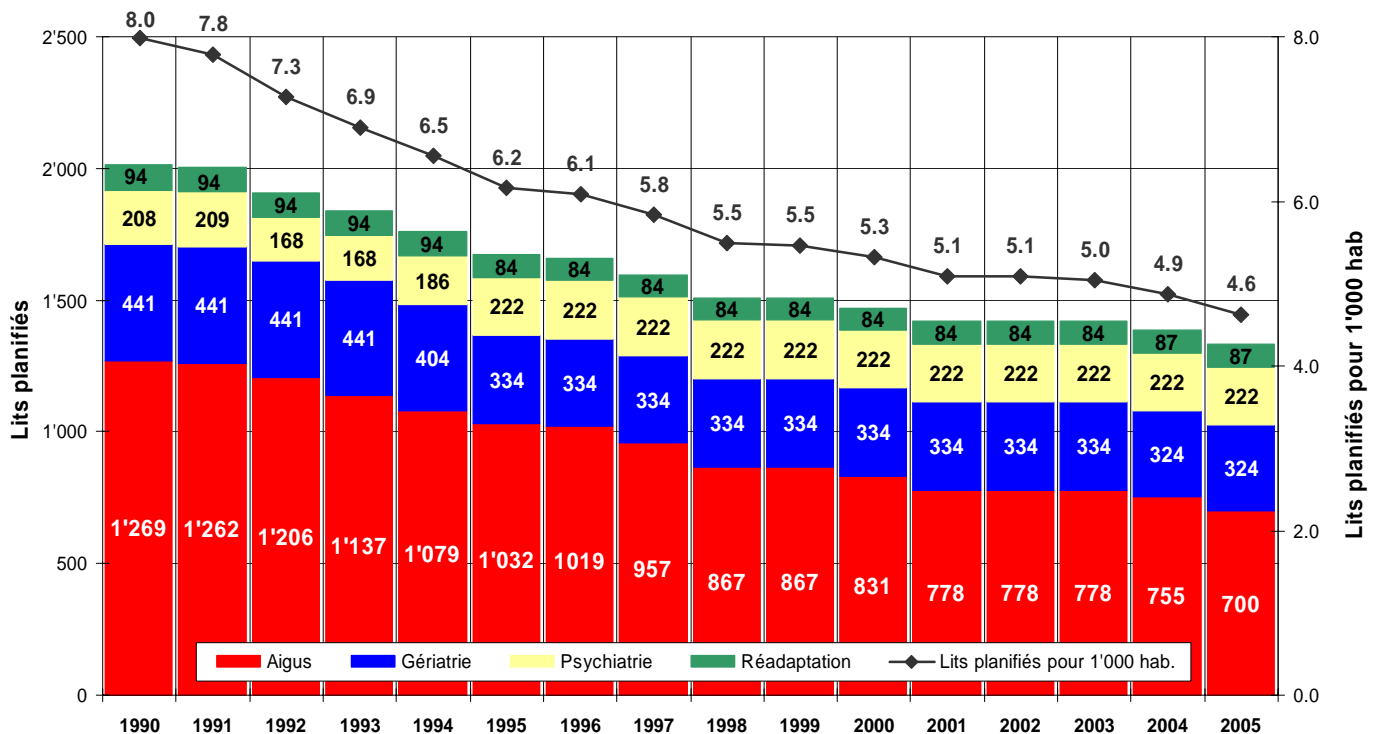
Parallèlement à la baisse des journées-malades en soins aigus, on constate également une baisse importante des journées-malades en gériatrie. Ceci ne signifie pas pour autant une baisse de la charge en soins.

Lits occupés 1990-2005



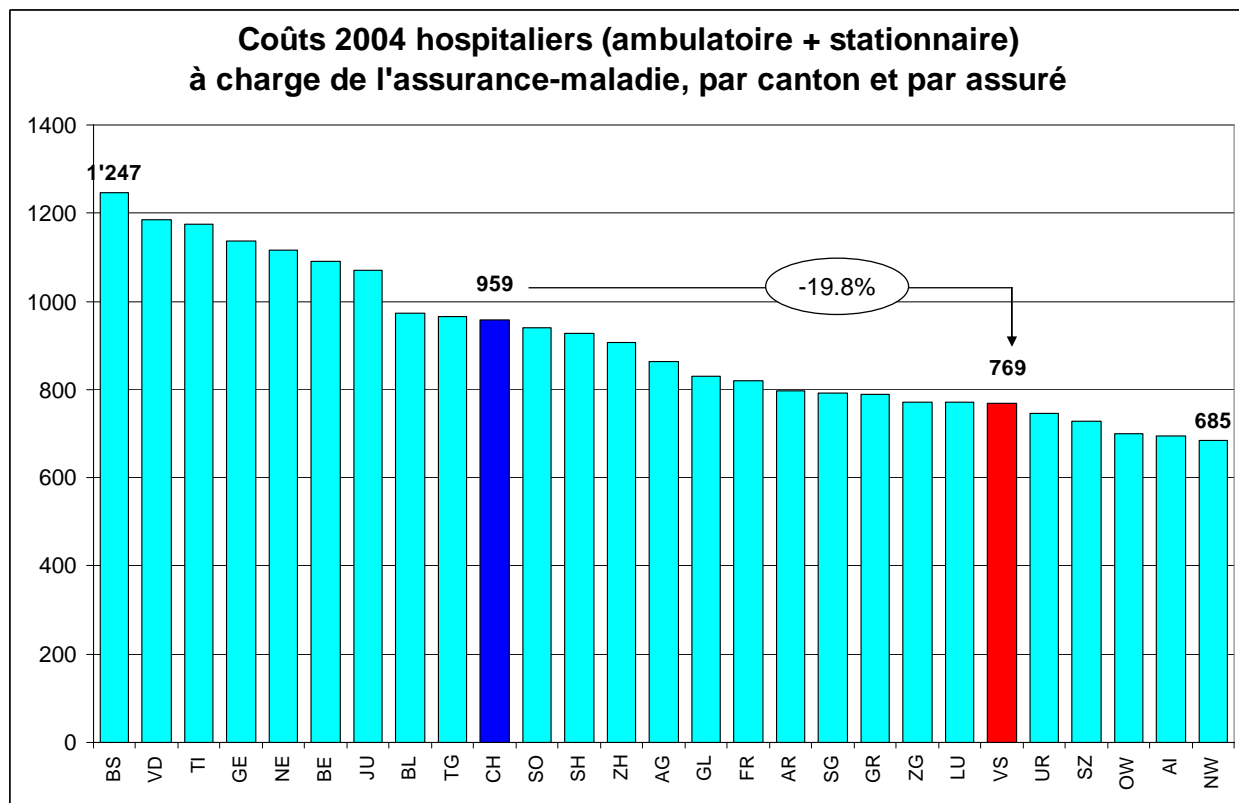
Les lits occupés se calculent en divisant les journées-malades par le nombre de jour de l'année. De ce graphique, il ressort que les lits occupés ont baissé pratiquement chaque année. Cela démontre qu'une offre excédentaire de lits existe en Valais. La planification du nombre de lits aigus et gériatrie a progressivement été adaptée au niveau du besoin effectif, ce qui apparaît clairement dans le graphique ci-dessous.

Lits planifiés 1990-2005



Le graphique ci-dessus permet de constater que le nombre de lits aigus planifiés est légèrement plus élevé que le nombre de lits occupés, ceci afin de pouvoir répondre aux pics d'activité. Le nombre des lits planifiés aigus a baissé de 45% de 1990 à 2005. Malgré l'augmentation de la population valaisanne, le nombre de lits pour 1'000 habitants a baissé de façon importante.

2.3. Les indicateurs financiers (2004)



Comme nous pouvons le constater par ce graphique, les coûts de l'ambulatoire et de l'hospitalier en Valais se trouvent environ 20% au-dessous de la moyenne suisse.

2.4. *Bilan pour les années 2004 et 2005*

La tendance à la baisse mentionnée ci-dessus se poursuit également en 2004 et 2005. Ceci est démontré par les graphiques ci-dessous où l'on constate **une baisse du nombre de patients hospitalisés en moyenne par jour pour les années 2004 et 2005.**

Qu'est-ce que „le nombre de patients hospitalisés par jour, en moyenne par mois“?

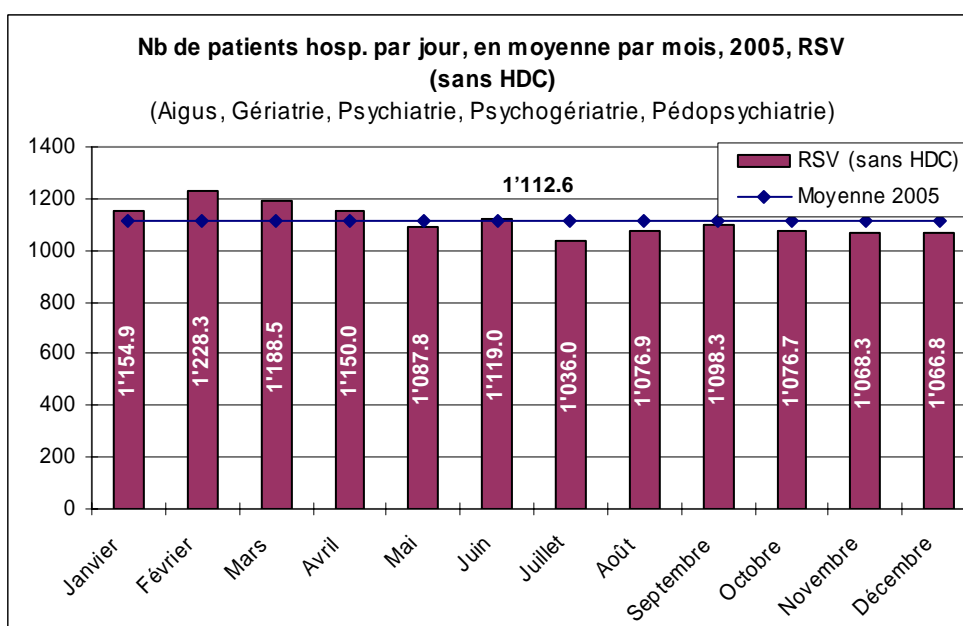
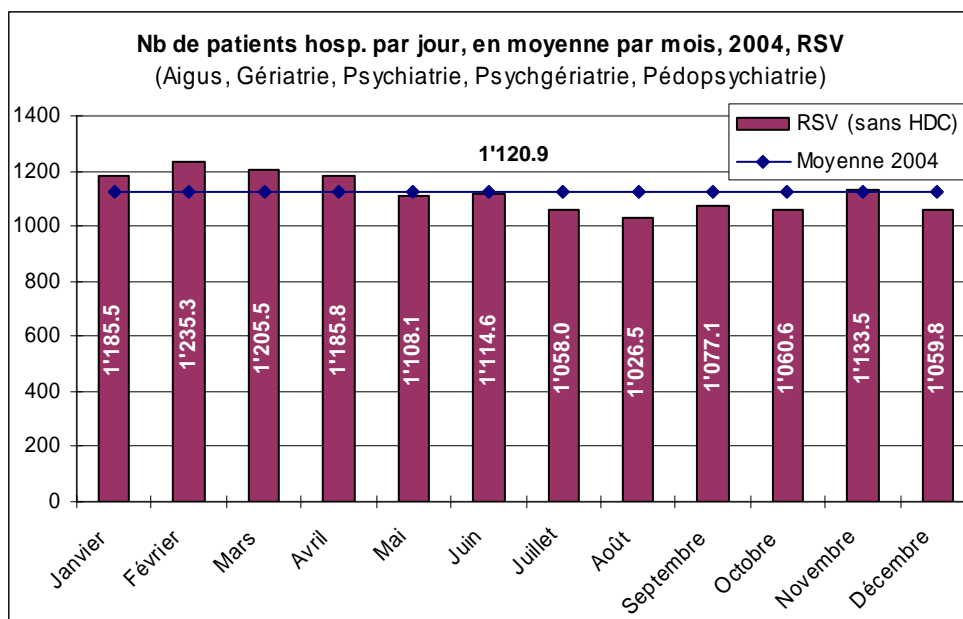
Pour ces indicateurs, c'est une moyenne sur l'année qui a été calculée, et non une évaluation du besoin quotidien. Il importe donc de considérer ces données comme des indicateurs et non comme des valeurs exactes.

Cet indicateur est construit sur la base des journées-malades saisies chaque jour pour chaque établissement du RSV. Le nombre de journées-malades comptabilisé chaque jour surévalue cependant le besoin en lits car chaque journée entamée est comptée comme pleine, ce qui représente un biais évalué à environ 13%, et qui équivaut au seuil de roulement permettant au personnel des établissements d'effectuer les tâches nécessaires au changement de patients.

Le but de cet indicateur est à la fois de pouvoir comparer l'activité de chaque site afin d'assurer l'équilibre régional prévu par la loi et de pouvoir planifier le nombre de lits nécessaires à l'activité hospitalière.

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le RSV

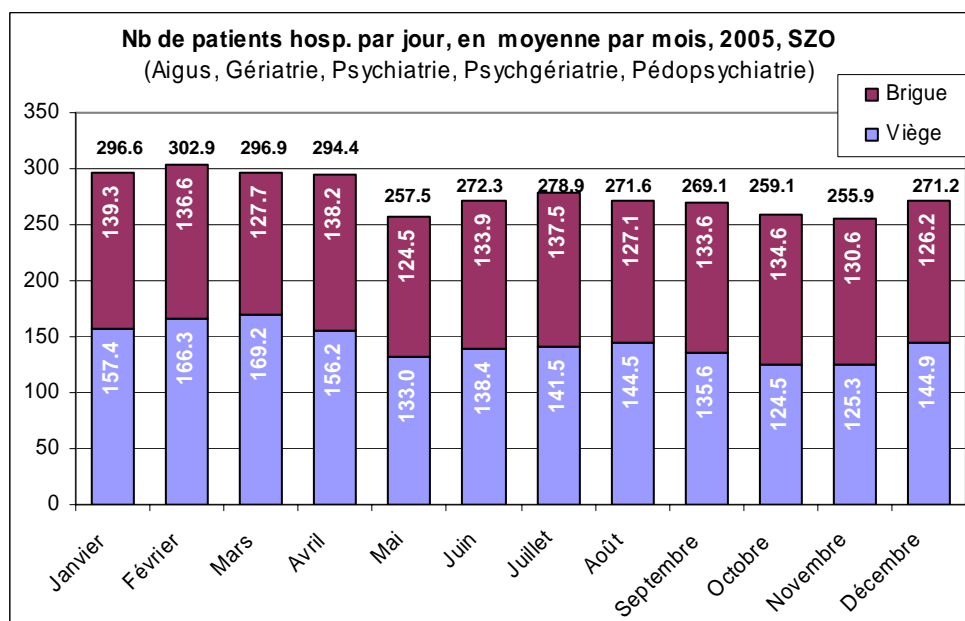
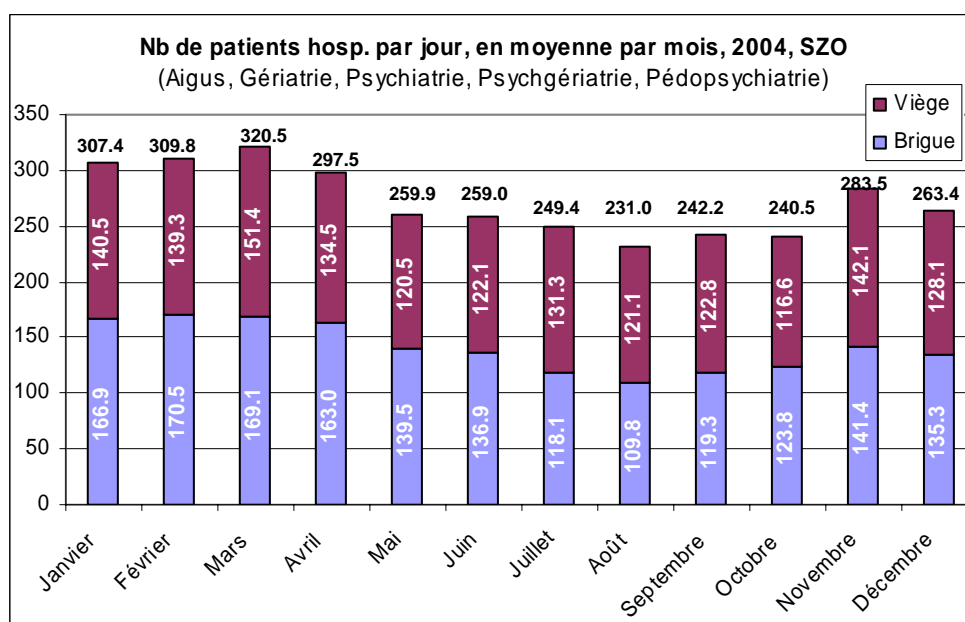
Total (Aigus, Gériatrie, Psychiatrie, Psychogériatrie, Pédopsychiatrie)



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (total) diminue entre 2004 (1'120.9) et 2005 (1'112.6).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le SZO

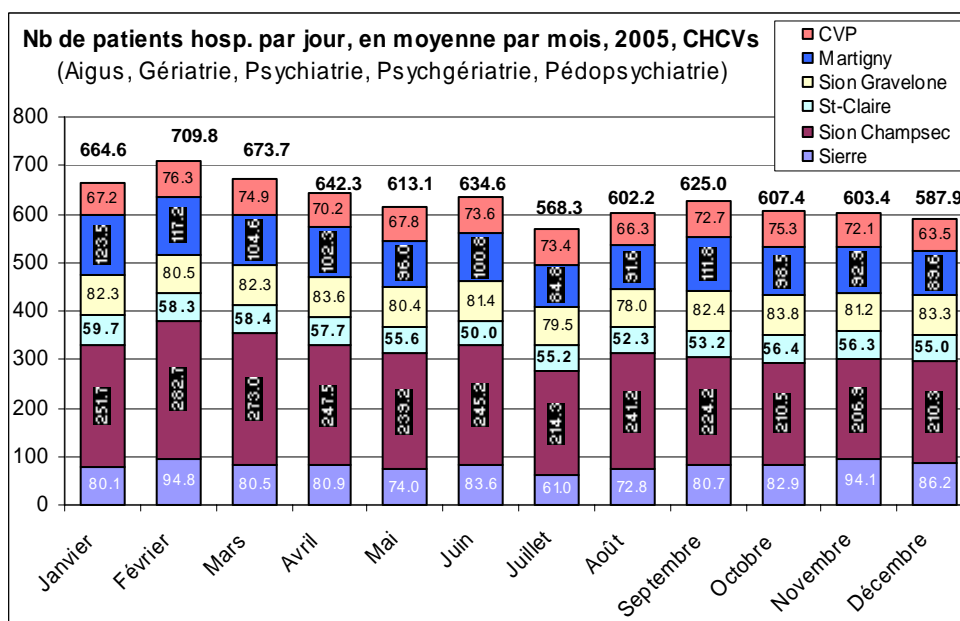
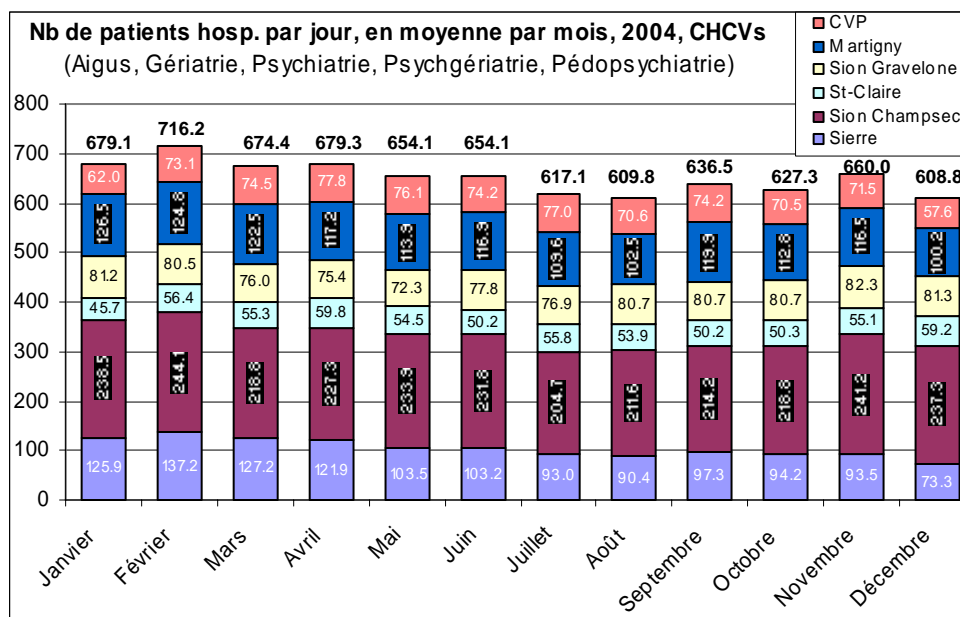
Total (Aigus, Gériatrie, Psychiatrie, Psychogériatrie, Pédopsychiatrie)



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (total) augmente entre 2004 (272.0) et 2005 (277.2).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le CHCVs

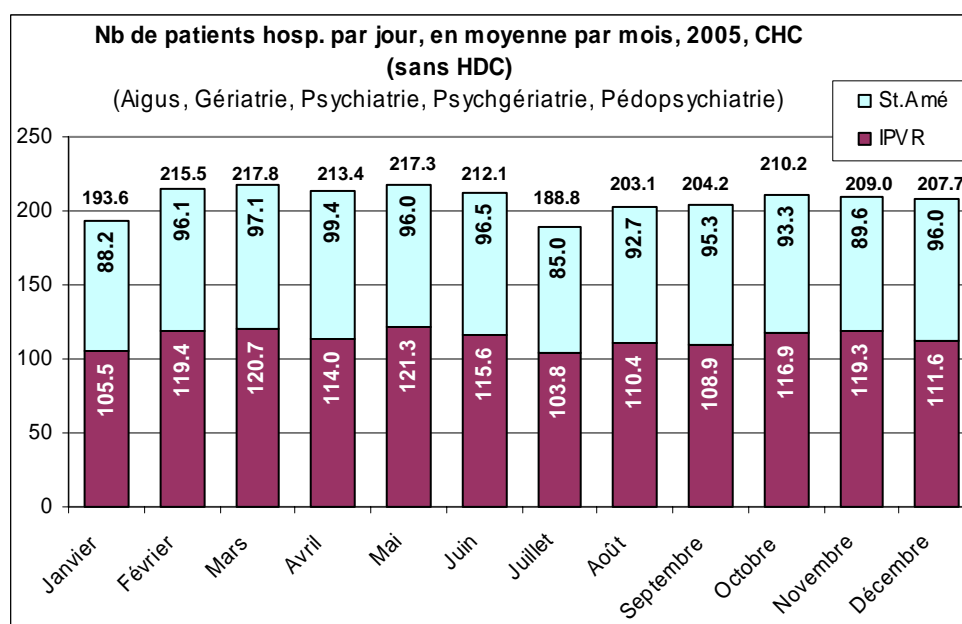
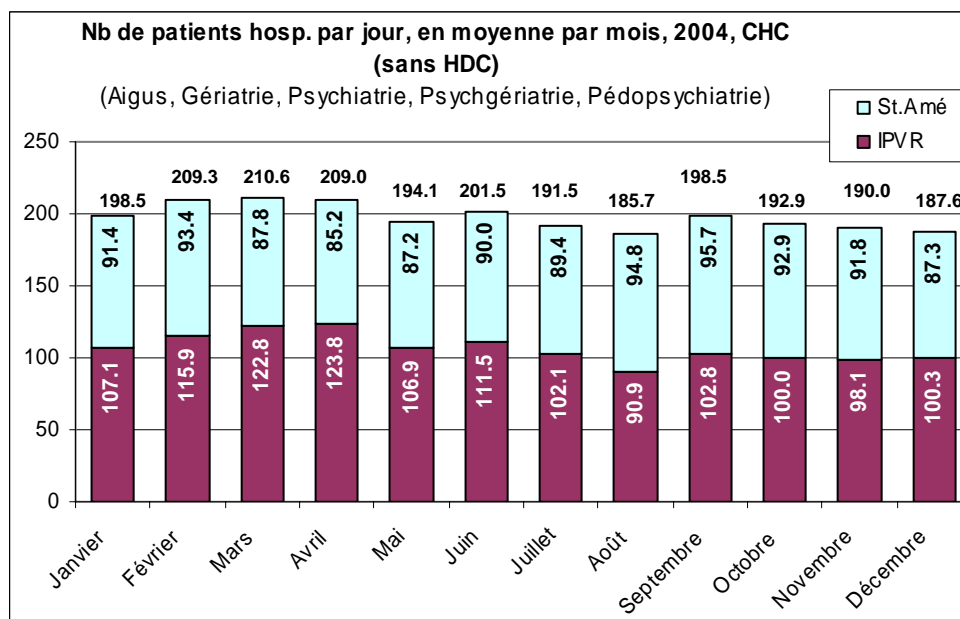
Total (Aigus, Gériatrie, Psychiatrie, Psychogériatrie, Pédopsychiatrie)



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (total) diminue entre 2004 (651.4) et 2005 (627.7).

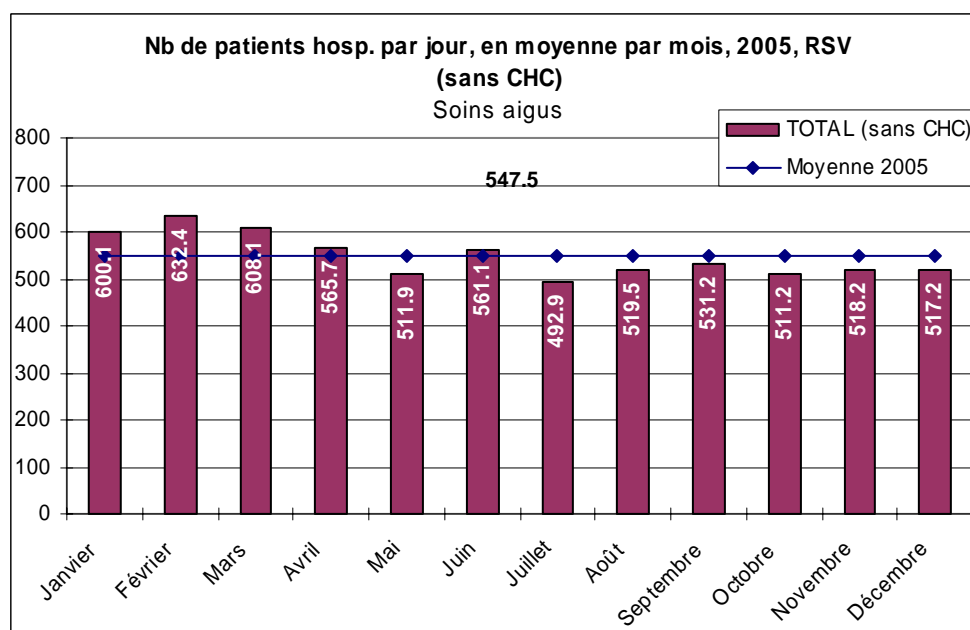
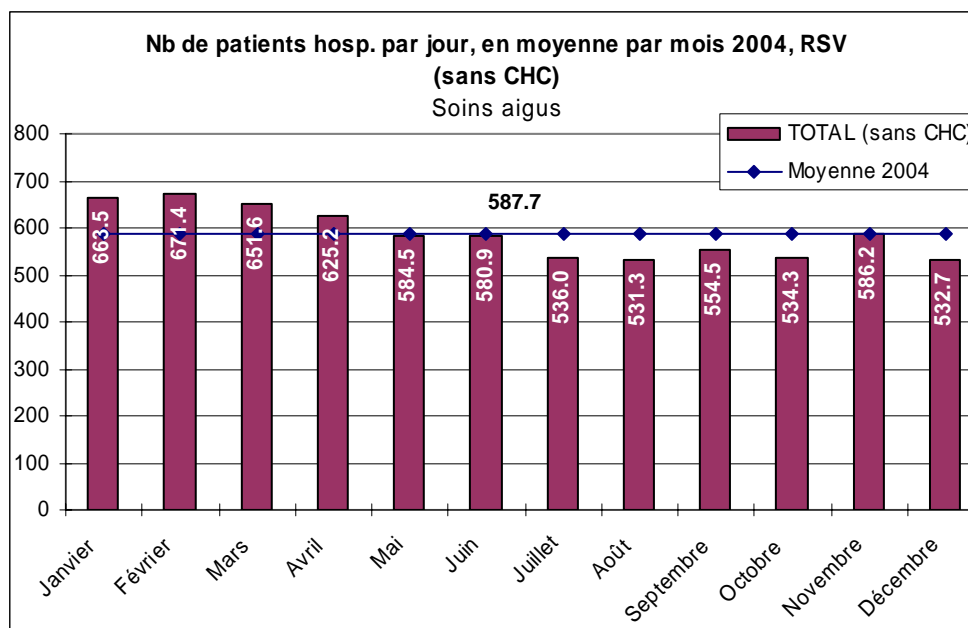
Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le CHC

Total (Aigus, Gériatrie, Psychiatrie, Psychogériatrie, Pédopsychiatrie)



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (total) augmente entre 2004 (197.4) et 2005 (207.7).

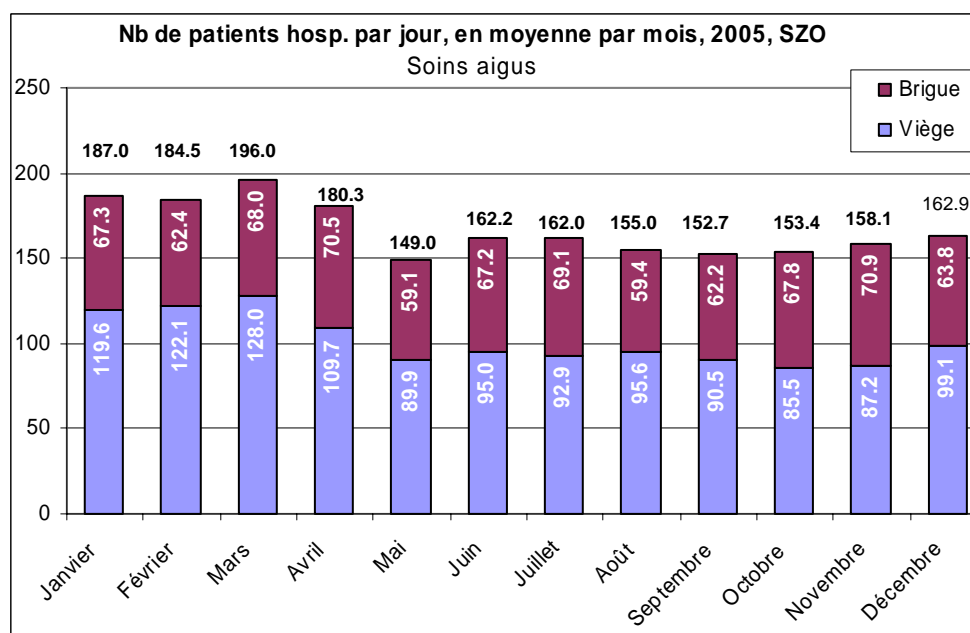
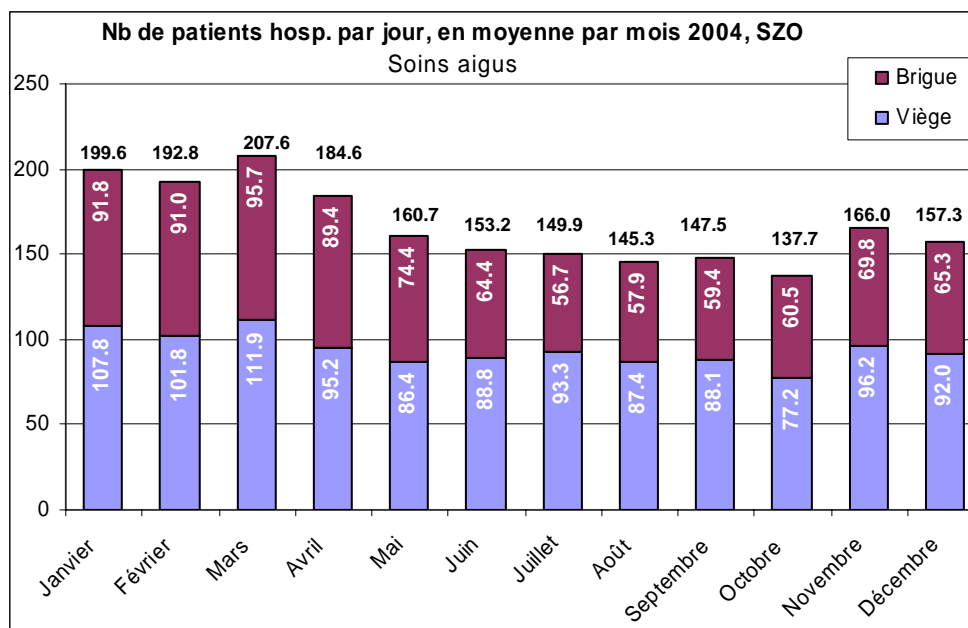
Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le RSV sans le CHC
Soins aigus



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (aigus) diminue entre 2004 (587.7) et 2005 (547.5).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le SZO

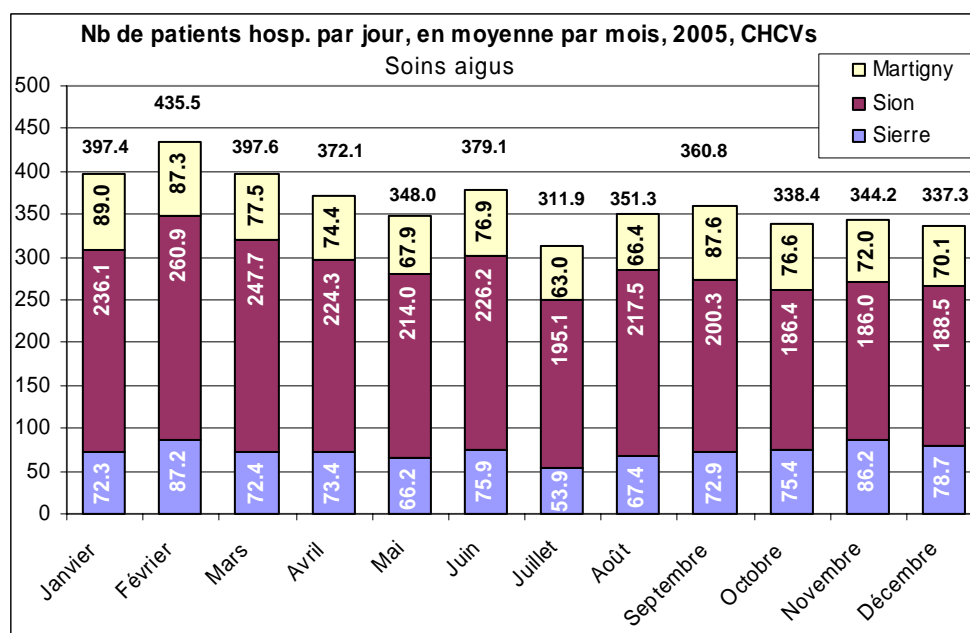
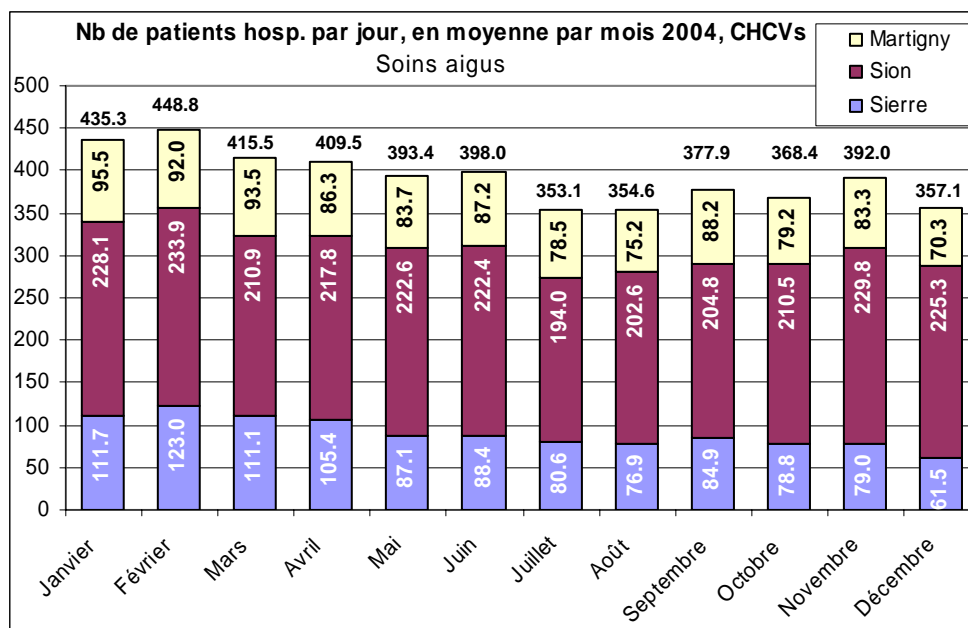
Soins aigus



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par jour (aigus) reste stable entre 2004 (166.9) et 2005 (166.9).

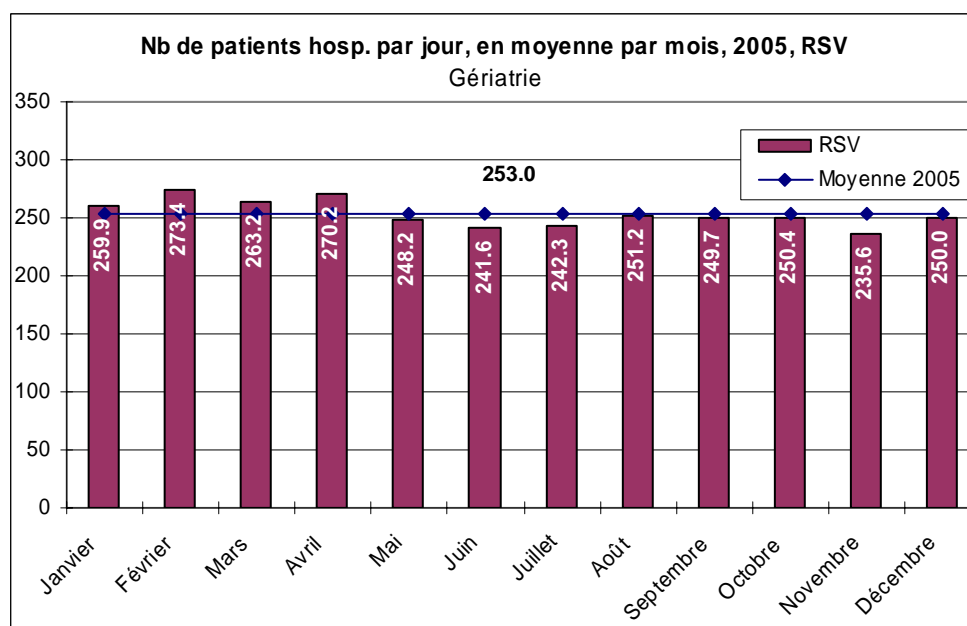
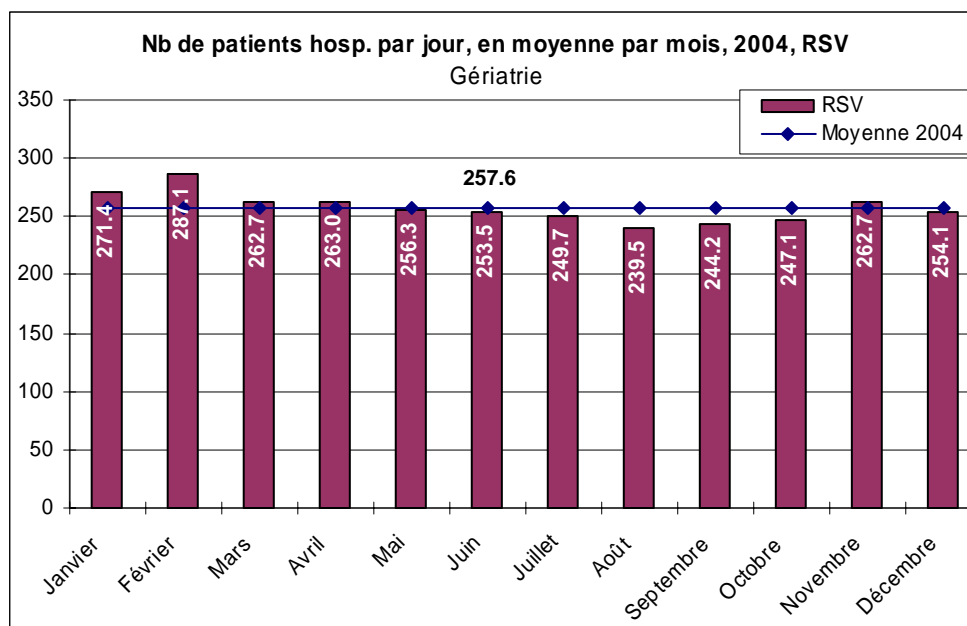
Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le CHCVs

Soins aigus



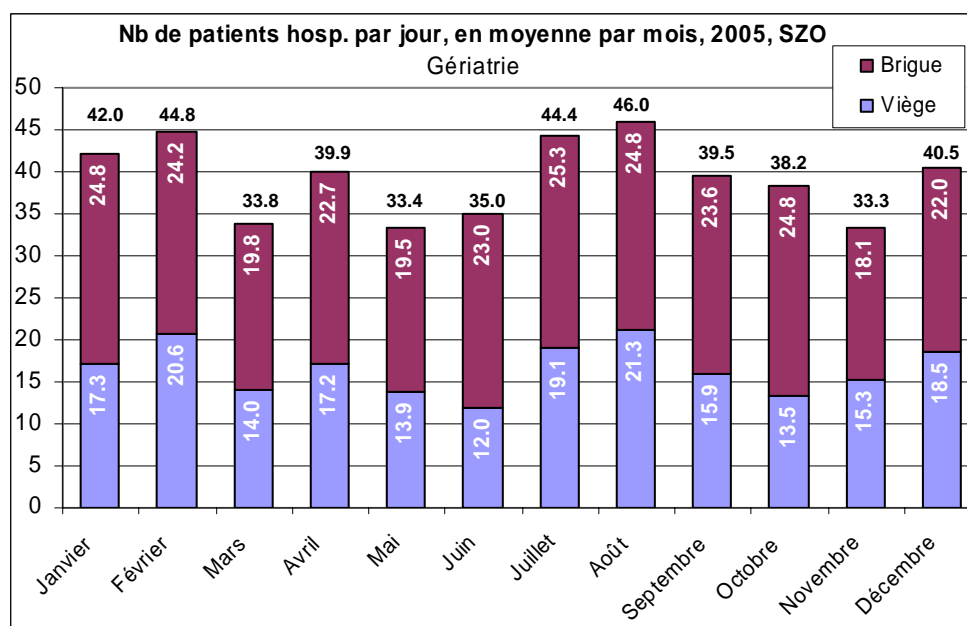
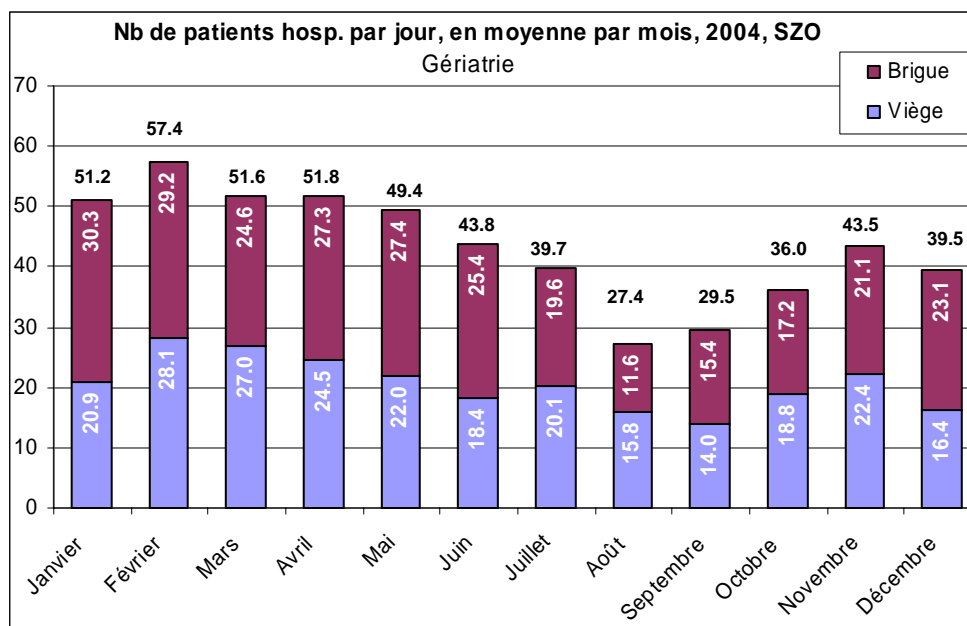
Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (aigus) diminue entre 2004 (392.0) et 2005 (364.5).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le RSV
Gériatrie



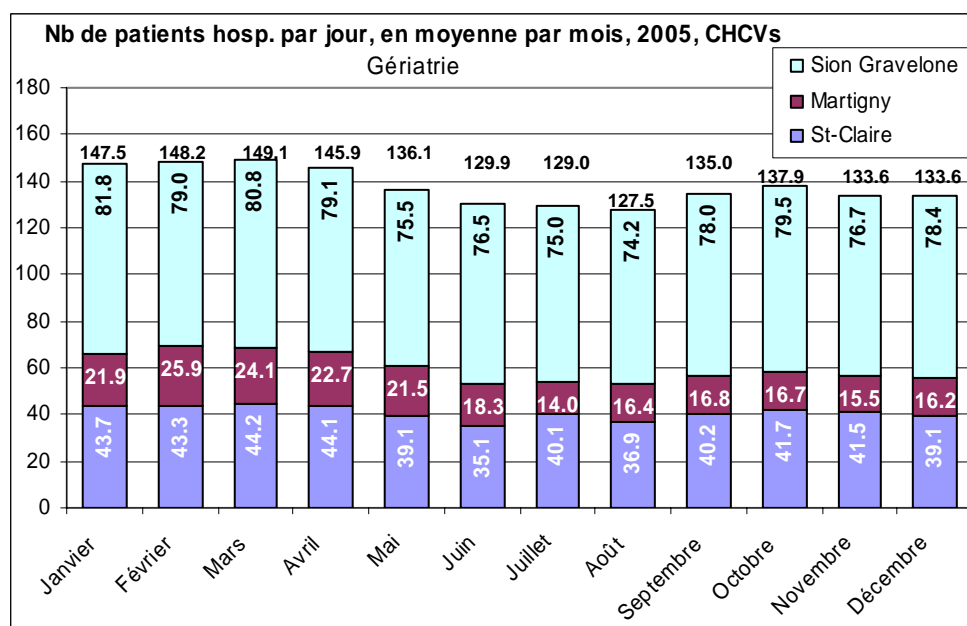
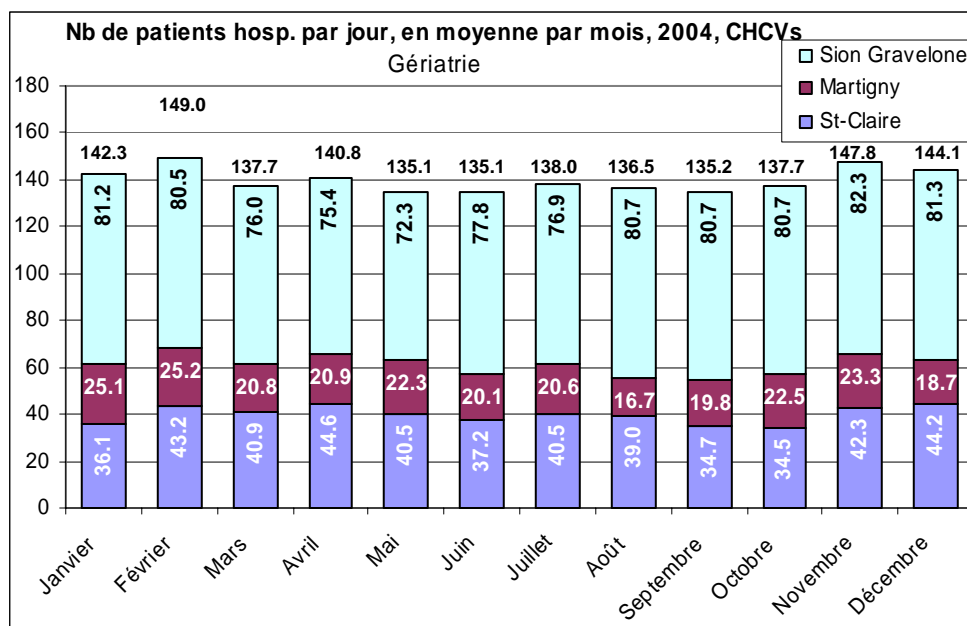
Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (gériatrie) diminue entre 2004 (257.6) et 2005 (253.0).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le SZO
Gériatrie



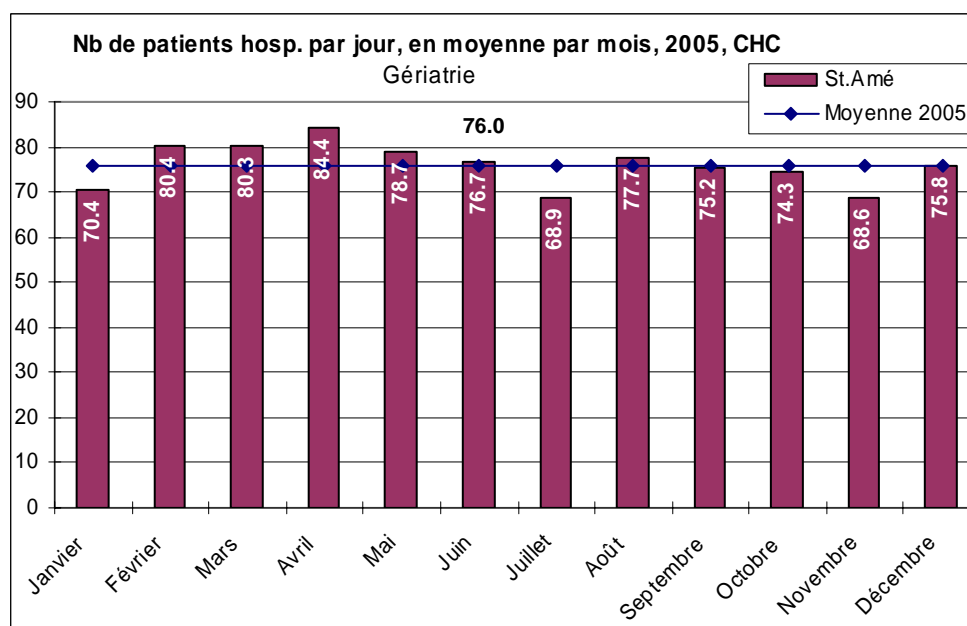
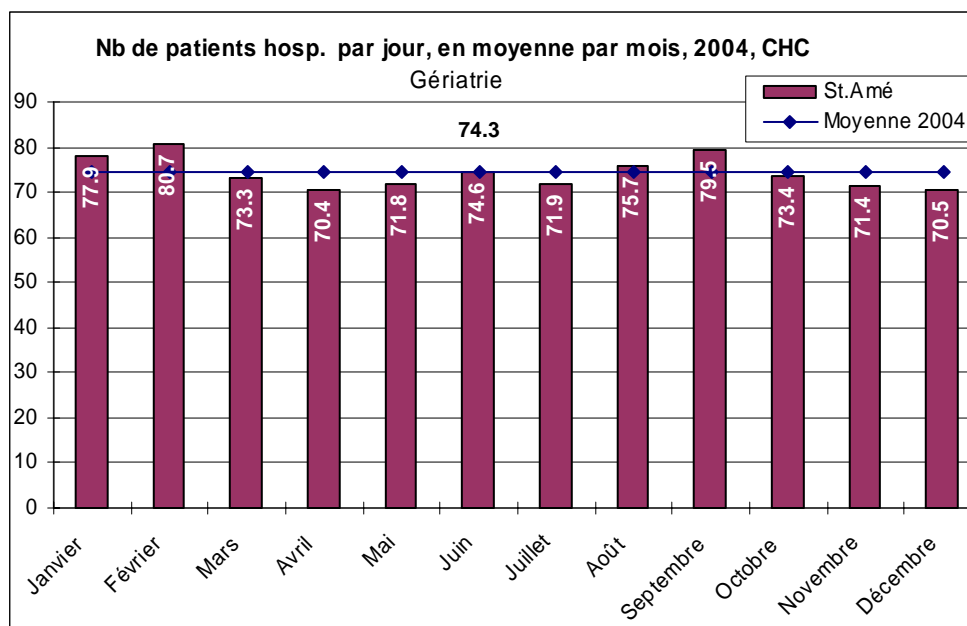
Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (gériatrie) diminue entre 2004 (43.4) et 2005 (39.2).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le CHCVs
Gériatrie



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (gériatrie) diminue entre 2004 (139.9) et 2005 (137.8).

Synthèse du nombre de patients hospitalisés 2004 et 2005 par jour, en moyenne par mois pour le CHC
Gériatrie



Le nombre de patients hospitalisés en moyenne par mois (gériatrie) augmente entre 2004 (74.3) et 2005 (76.0).

2.5. Bilan par discipline

Le tableau suivant présente une synthèse de la mise en œuvre du concept hospitalier 2004 pour le SZO et CHCVs :

SZO :

Discipline et/ou activités	Mesures prises	Mise en place
Secteur mère/enfant	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité d'obstétrique sur le site de Viège Regroupement de l'activité de pédiatrie sur le site de Viège 	Juin 2004
Service des urgences	<ul style="list-style-type: none"> Urgences vitales ou majeures: Viège Urgences ambulatoires ou mineures Brigue 	Juin 2004
Soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité des soins intensifs sur le site de Viège Maintien des soins continus à Brigue 	Juin 2004
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture des blocs opératoires de Brigue la nuit et les week-ends Chirurgie complexe: Viège Chirurgie légère: Brigue 	Juin 2004
Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité de traumatologie sur le site de Viège 	Juin 2004
Ophthalmologie et ORL (Adultes)	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité d'ophtalmologie et d'ORL (adultes) sur le site de Brigue 	Juin 2004
Urologie et gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité d'urologie et de gynécologie sur le site de Brigue 	Juin 2004
Orthopédie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité d'orthopédie sur le site de Brigue 	Juin 2004
Pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité de pédiatrie sur le site de Viège 	Juin 2004
Psychogériatrie	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture de la psychogériatrie de l'ancien hôpital et intégration à l'hôpital de soins aigus de Brigue 	Octobre 2004
Hôpital de jour	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture à Viège, ouverture à Brigue 	Décembre 2004
SMUR	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du SMUR à Viège 	Mars 2005

CHCV's

Discipline et/ou activités	Mesures prises	Mise en place
Gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité de gynécologie sur les sites de Sierre et Martigny 	Juin 2004
Pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture de l'unité de pédiatrie de Sierre et intégration dans l'unité de Sion Fermeture de l'unité de pédiatrie de Martigny et intégration dans l'unité de Sion 	Juin 2004 Février 2005
Chirurgie plastique et reconstructive	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité de chirurgie plastique et reconstructive sur le site de Sierre 	Septembre 2004
Service des urgences	<ul style="list-style-type: none"> Urgences vitales ou majeures: Sion Urgences ambulatoires ou mineures: Sierre/Martigny 	Octobre 2004
Soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture des soins intensifs de Sierre et intégration dans l'unité de Sion Maintien des soins continus à Sierre Fermeture des soins intensifs de Martigny et intégration dans l'unité de Sion Maintien des soins continus à Martigny 	Juillet 2005 Décembre 2005
Chirurgie générale élective	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture des blocs opératoires la nuit et les week-ends à Sierre et à Martigny Chirurgie complexe: Sion Chirurgie programmée: Sierre et Martigny 	Octobre 2004
Orthopédie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité d'orthopédie sur le site de Martigny 	Octobre 2004
Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité de traumatologie sur le site de Sion 	Octobre 2004
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de l'activité d'urologie sur le site de Sierre 	Octobre 2004
Obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> Fermeture de l'unité d'obstétrique de Sierre et intégration dans l'unité de Sion Fermeture de l'unité d'obstétrique de Martigny et intégration dans l'unité de Sion 	Décembre 2004 Février 2005
SMUR	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du SMUR à Martigny 	Juillet 2005

Mesures complémentaires 04/05:

CHCVs:

Discipline et/ou activités	Mesures prises	Mise en place
Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Signature d'une convention VD/VS 	Octobre 2004
Chirurgie ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> Ouverture d'un centre de chirurgie ambulatoire à Sierre 	Août 2005
Unité d'évaluation pré-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de l'unité d'évaluation pré-opératoire 	Automne 2005
Chirurgie générale	<ul style="list-style-type: none"> Signature d'une convention GE/VS 	Octobre 2005

Comme le démontre ce tableau récapitulatif, la quasi totalité des mesures de planification prises en 2004 ont été mises en œuvre par le RSV. La planification hospitalière du Valais se trouve donc sur la bonne voie.

Comme cela était déjà prévu dans le cadre de la planification de 2004, des adaptations dans la répartition des disciplines seront encore et toujours nécessaires, mais celles-ci doivent être considérées comme une continuation de la planification entamée en 2004.

De plus, les importants changements initiés ces deux dernières années nécessitent un minimum de temps, afin de permettre à l'ensemble du système de fonctionner de façon cohérente.

Ci-dessous, nous présentons un bilan des changements mis en œuvre dans la répartition des disciplines. Ce bilan détaille l'activité par centre hospitalier et par discipline de 2002 à 2005 ainsi que l'activité par site et par discipline pour 2004 et 2005.

2.5.1 Chirurgie

La répartition des unités de chirurgie selon la planification de 2004 implique que certains sites prennent en charge les cas légers et/ou programmés, alors que d'autres prennent en charge les cas complexes et/ou non programmés. Ainsi, les unités de chirurgie dite complexe se situent sur les sites de Viège, Sion et Monthey, alors que les unités de chirurgie dite légère se situent à Brigue, Sierre, Martigny et Aigle.

Cette répartition différenciée doit permettre à chaque site une utilisation optimale de ses infrastructures et de son personnel, tout en garantissant une masse critique suffisante pour assurer une prise en charge de qualité. Ainsi, seuls les sites disposant d'un bloc opératoire ouvert 24 heures/24 et 7 jours/7 prennent en charge des cas de chirurgie complexe et/ou non programmée.

Quant à la répartition des spécialités chirurgicales, à l'intérieur de la chirurgie générale (par organe ou par pathologie), elle est de la compétence du RSV.

Planification hospitalière 2006 et bilan de la mise en œuvre de la planification 2004

Total Chirurgie* RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	12'381	12'758	12'125	11'506
Journées-malades	90'114	94'241	88'823	79'975
Durée moyenne de séjour	7.3	7.3	7.3	7.0

* (Chirurgie y.c. chirurgie générale, chirurgie du dos, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique/reconstructive, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, chirurgie esthétique, chirurgie cardiaque non-cantonalisée, neurochirurgie générale, Traumatologie, Ophtalmologie, ORL, Orthopédie, Urologie)

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Total Chirurgie*	Brigue	1'668	1'493	11'351	9'827	6.8	6.6
	Viège	2'323	2'318	14'655	14'479	6.3	6.2
	Total SZO	3'991	3'811	26'006	24'306	6.5	6.4

* cf définition ci-dessus

Comme précisé dans le Concept hospitalier de janvier 2004, les cas de chirurgie se distinguent en fonction de leur degré de complexité et de leur caractère planifié ou non. Les cas légers, ainsi que les cas planifiés doivent être pris en charge sur le site de Brigue alors que les cas complexes et/ou non planifiés sont admis à Viège. Comme mentionné plus haut, seul le site de Viège maintient un bloc chirurgical ouvert la nuit et le week-end afin d'accueillir ces cas. Cette répartition des cas a été mise en place dès la fin juin 2004.

Les trois indicateurs présentent une baisse sur le site de Brigue. Ceci provient d'une part de la fermeture de salles d'opérations la nuit et les week-end dès juin 2004 (chirurgie générale) et d'autre part du maintien d'un certain nombre d'opérations légères et/ou planifiées sur le site du Viège (chirurgie générale).

La DMS a diminué à Brigue. Ceci peut s'expliquer du fait que les cas complexes et/ou non programmés sont traités à Viège. A Viège, la DMS reste cependant stable.

Il importe cependant de relativiser la baisse des sorties et des JMA sur le site de Brigue dans la mesure où il s'agit uniquement de l'activité stationnaire. Comme nous le voyons dans le tableau ci-dessous, l'augmentation de l'activité semi-stationnaire à Brigue compense largement la baisse de l'activité stationnaire.

Chirurgie générale semi-stationnaire	Brigue	Viège	Total SZO
2004	971	1'055	2'026
2005	1'617	142	1'759
Total	2'588	1'197	3'785

Evolution de l'Orthopédie au SZO :

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Orthopédie	Brigue	347	524	2'860	4'563	8.1	8.7
	Viège	225	7	1'727	64	7.4	8.6
	Total SZO	572	531	4'587	4'627	7.8	8.7

L'unité d'orthopédie du site de Viège a fermé ses portes à la fin juin 2004, pour être transférée sur le site de Brigue. Les données de l'année 2004 permettent cependant de

constater que le nombre de cas pris en charge à Brigue n'a pas évolué de manière significative après la suppression de cette discipline à Viège.

C'est seulement en 2005, avec l'engagement planifié d'un orthopédiste à Brigue que les sorties à Brigue ont de nouveau augmenté. Concernant les JMA, elles restent stables et se concentrent maintenant sur le site de Brigue. La DMS a peu augmenté.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Total Chirurgie *	Sierre	1'503	1'118	12'087	7'308	8.0	6.5
	Sion	3'605	3'409	30'285	28'605	8.4	8.4
	Martigny	1'396	1'458	10'095	9'815	7.2	6.7
	Total CHCVs	6'504	5'985	52'467	45'728	8.1	7.6

* cf définition ci-dessus

Evolution de la chirurgie générale dans le CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Chirurgie générale	Sierre	677	417	5'598	2'975	8.1	7.3
	Sion	1'242	1'079	10'727	10'810	8.4	9.5
	Martigny	581	613	3'654	3'109	6.1	5.1
	Total CHCVs	2'500	2'109	19'979	16'894	7.8	7.8

Tout comme pour le SZO, le Concept hospitalier de janvier 2004 prévoyait une distinction entre cas légers et/ou programmés, devant être acheminés vers les sites de Sierre et de Martigny, alors que les cas complexes et/ou non programmés sont désormais pris en charge à Sion.

Les sorties ont diminué à Sierre et à Sion. Seul Martigny présente une augmentation des cas, ce qui peut être expliqué par une meilleure répartition des cas légers et/ou programmés. Egalement signe de cette répartition qui a été initiée, Sierre et Martigny présentent une diminution de leur DMS, alors que Sion augmente la sienne.

Cette répartition pourrait cependant encore être améliorée. A cette fin, une unité d'évaluation pré-opératoire (l'UEP) active sur les sites de Sion, de Viège et de Brigue a été mise en place par le RSV

Activité de l'UEP à l'Hôpital de Sion (septembre 2005 à janvier 2006)

Nombre de cas

	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	Total
Total	41	105	174	134	188	642

- L'UEP, dès la réception de la demande d'admission, démarre tout le processus d'admission, sans que l'opérateur ait à s'occuper de quoi que ce soit. C'est l'UEP qui convoque le patient pour l'évaluation préopératoire.
- Un seul document, informatique ou papier, intitulé „demande d'admission“, remplace la feuille de demande d'hospitalisation et la réservation de salle opération.
- Il y a unicité de lieu. Le patient est vu à l'UEP centrale s'il est opéré en stationnaire à Sion ou à Sierre. Il est vu au Centre de chirurgie ambulatoire CCA de Sierre s'il s'agit d'un patient pour le CCA de Sierre et à l'UEP de Martigny s'il est opéré à Martigny.

- Il y a une unité d'organisation des blocs opératoires car le fait d'adresser la demande d'admission à un endroit centralisé permet à la cheffe des blocs opératoires du CHCVs d'établir des grilles pour l'utilisation la plus judicieuse des trois blocs opératoires de Sierre, Sion et Martigny.
- L'UEP centrale travaille en collaboration directe avec l'unité de gestion des lits (UGL). L'unicité de lieu de l'UEP, de l'UGL et de la coordination des blocs opératoires permet d'assurer au plus grand nombre de patients un temps d'évaluation pré-opératoire le plus court possible, une date précise d'hospitalisation (par la réservation d'un lit via l'UGL), ainsi que la réservation d'une tranche horaire pour son intervention dans un des trois blocs opératoires.

On constate également une baisse importante des JMA sur le site de Sierre. Cette baisse des journées devrait être compensée par l'augmentation de l'activité ambulatoire avec l'ouverture à Sierre d'un centre de chirurgie ambulatoire (CCA).

CCA	Disciplines	Nb de cas
	Chirurgie générale	42
	Chirurgie plastique / reconstructive	470
	Chirurgie vasculaire	6
	Chirurgie esthétique	23
	Total	541

Le CCA offre aux médecins opérateurs des infrastructures souples et légères, avec des procédures d'accueil, de traitement et de sortie bien définies. Situé dans l'hôpital, le CCA profite de l'ensemble des services compétents et bénéficie de la sécurité offerte par un établissement hospitalier.

Les principes du centre de chirurgie ambulatoire (CCA):

- Une procédure claire de sélection des patients est établie
- L'information aux patients est simple, efficace et formalisée
- Le suivi des patients est assuré
- L'administration est aussi simple et efficace que possible
- Le contrôle qualité est assuré et les outils de mesure sont définis

En plus du site de Sierre, celui de Martigny exerce également des prestations de chirurgie ambulatoire.

De façon générale, il faut également relever que l'activité en chirurgie semi-stationnaire, qui a baissé en raison de l'orientation de l'ophtalmologie vers le privé, est appelée à augmenter ces prochaines années.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Total Chirurgie *	HDC	1'630	1'674	9'951	9'532	6.1	5.7
	Total CHC Part VS	1'630	1'674	9'951	9'532	6.1	5.7

* cf définition ci-dessus

Le site de Monthey doit prendre en charge les cas complexes et/ou non programmés, alors que le site d'Aigle se charge des cas légers et/ou programmés.

2.5.2 Urologie

Sur la base de l'évaluation du nombre de sorties d'hospitalisation en urologie par année pour chaque hôpital, le rapport de planification prévoyait de centraliser la prise en charge en urologie sur un seul site pour chaque centre hospitalier. Il s'agit des sites de Brigue, Sierre et Monthey.

S'agissant des cas d'urologie complexe ou pour les cas de polytraumatismes, la prise en charge des patients demeure possible sur les sites dotés d'une unité de soins intensifs, en raison du besoin de collaboration avec d'autres disciplines médicales ou de la présence d'autres spécialistes. Ainsi, la répartition des cas d'urologie suit le modèle de différenciation des cas complexes et légers, permettant ainsi de répartir l'activité sur l'ensemble des sites et de garantir une masse critique suffisante pour permettre une bonne qualité de la prise en charge.

Le tableau suivant présente les statistiques d'activité pour les unités d'urologie du RSV, de 2003 et 2005

Urologie Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	1'246	1'257	1'180	1'157
Journées-malades	7'282	7'604	7'354	6'964
Durée moyenne de séjour	5.8	6.1	6.2	6.0

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Urologie	Brigue	280	245	1'383	1'198	5.0	5.0
	Viège	31	13	267	90	8.6	7.8
	Total SZO	311	258	1'650	1'288	5.4	5.1

Une analyse détaillée des données 2004 pour le SZO permet de constater que le site de Viège a cessé de prendre en charge des cas d'urologie dès la fin du mois de juin, reportant ainsi les cas vers le site de Brigue. Dans l'ensemble, l'activité d'urologie dans le SZO peut être qualifié de stable.

Pour l'année 2005, un petit nombre de cas a été admis à Viège, respectant la répartition cas complexes / cas légers.

De façon générale, on constate une baisse des sorties et des JMA. Ceci signifie que le SZO a traité moins de cas d'urologie.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Urologie	Sierre	217	484	1'334	2'769	6.1	5.8
	Sion	463	312	3'170	2'378	6.9	7.6
	Martigny	94	4	521	20	5.6	7.8
	Total CHCVs	774	800	5'025	5'167	6.5	6.5

Concernant le CHCVs, le site de Martigny a fermé son unité d'urologie en date du 5 octobre 2004, transférant cette activité vers le site de Sierre

Les sorties ont beaucoup augmenté à Sierre et, conformément à la planification, ont passé à zéro ou presque à Martigny. A Sion, on constate une réduction du nombre de cas que l'on peut expliquer par une meilleure répartition des cas lourds/légers en Valais central.

Les JMA ont évolué de façon similaire aux sorties. La DMS de Sierre a diminué alors que celle de Sion a augmenté. Cela correspond bien à la répartition des cas lourds/légers sur ces sites.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Urologie	HDC	95	99	679	509	7.1	5.1
	Total CHC Part VS	95	99	679	509	7.1	5.1

Les sorties sont restées stables mais les JMA et les DMS ont beaucoup diminué.

2.5.3 Ophtalmologie

La planification hospitalière de janvier 2004 prévoyait le traitement des cas d'ophtalmologie à la fois sur les sites pour cas légers ou programmés et sur les sites prévus pour les cas complexes, en raison de la nécessité de collaborer avec d'autres disciplines médicales et de la présence d'autres spécialistes.

Ophtalmologie stationnaire Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	39	29	32	5
Journées-malades	122	88	137	39
Durée moyenne de séjour	3.1	3.0	4.3	7.8

Ophtalmologie ambulatoire	Brigue	Viège	Total SZO	Sierre	Sion	Martigny	Total CHCVs
2004	47	113	160	0	706	678	1'384
2005	61	68	129	3	583	325	911
Total	108	181	289	3	1'289	1'003	2'295

Comme on peut le constater par les chiffres ci-dessus, l'ophtalmologie est devenue une activité essentiellement ambulatoire et le nombre de cas stationnaires n'a cessé de diminuer ces dernières années.

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Ophtalmologie	Brigue	8	-	40	14	2.1	-
	Viège	4	1	36	4	4.8	2.0
	Total SZO	12	1	76	18	3.0	2.0

Les ophtalmologues ont décidé de quitter le RSV et de s'installer en privé dans une clinique d'ophtalmologie ambulatoire. Malgré ses efforts, le RSV n'a pour l'instant pas pu repourvoir une unité d'ophtalmologie à Brigue. Pour cette raison, on dénombre très peu de cas.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Ophtalmologie	Sierre	-	-	-	-	-	-
	Sion	6	4	28	21	2.8	5.3
	Martigny	11	-	27	-	2.1	-
	Total CHCVs	17	4	55	21	2.4	5.3

La situation est la même que dans le Haut-Valais. Malgré ses efforts, le RSV n'a pas réussi à repourvoir l'ophtalmologie à Martigny. Pour cette raison, le nombre de cas a beaucoup baissé.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Ophtalmologie	HDC	3	-	6	-	2.0	-
	Total CHC Part VS	3	-	6	-	2.0	-

Le petit nombre de cas concerné par l'ophtalmologie dans le CHC ne permet pas de faire de commentaire.

2.5.4 ORL

De la même manière que pour d'autres disciplines de chirurgie, les unités prenant en charge les cas d'ORL suivent la logique de différenciation entre cas complexes et/ou non programmés et cas légers et/ou programmés. Selon la planification de 2004, les cas d'ORL légers doivent être pris en charge sur les sites de Brigue, Martigny et Monthey, ces cas étant traités dans l'unité de chirurgie générale. En effet, le faible nombre d'interventions d'ORL ne nécessite pas la mise en place de structures autonomes.

Les tableaux suivants présentent l'évolution du nombre de sorties et de journées-malades d'ORL.

ORL Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	769	736	653	565
Journées-malades	3'166	3'106	2'776	2'103
Durée moyenne de séjour	4.1	4.2	4.3	3.7

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
ORL	Brigue	126	155	487	514	3.7	3.3
	Viège	92	22	381	85	3.9	3.1
	Total SZO	218	177	868	599	3.8	3.3

L'unité d'ORL (Adultes) de Viège a cessé son activité à la fin juin 2004, tout en conservant un petit nombre de cas considérés comme complexes et/ou non planifiés ainsi que l'ORL pédiatrique. Les sorties ont augmenté à Brigue, mais diminuent de façon générale sur l'ensemble du SZO pour 2004 et 2005. Les JMA évoluent de façon similaire. Quand aux DMS, elles diminuent sur l'ensemble des sites.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
ORL	Sierre	73	13	323	43	3.8	3.5
	Sion	162	177	727	689	4.3	3.7
	Martigny	64	69	193	213	3.0	3.3
	Total CHCVs	299	259	1'243	945	3.9	3.6

Pour le CHCVs, le nombre de cas a diminué entre 2004 et 2005. En revanche la répartition par site ne suit pas les objectifs planifiés en 2004 à savoir la centralisation de l'ORL (Adultes) sur le seul site de Martigny.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
ORL	Chablais	136	130	665	559	4.9	4.3
	Total CHC Part VS	136	130	665	559	4.9	4.3

Les sorties sont restées stables mais les JMA et les DMS ont sensiblement diminué.

2.5.5 Disciplines de chirurgie à caractère cantonal

Pour des raisons de taille de masse critique, un certain nombre de disciplines ont été centralisées afin de permettre aux patients valaisans une prise en charge de qualité. Ces disciplines sont spécialisées et nécessitent des infrastructures lourdes et du personnel hautement qualifié, ce qui légitime d'autant plus la centralisation sur un seul site.

Discipline de chirurgie (patients hospitalisés)	2002	2003	2004	2005
Chirurgie cardiaque (Sion)				
Sorties	248	237	237	219
Journées-malades	3'716	3'446	3'672	2'838
Durée moyenne de séjour	15.0	15.5	15.8	14.9
Neurochirurgie spécialisée (Sion)				
Sorties	202	145	98	196
Journées-malades	2'716	1'909	1'389	1'992
Durée moyenne de séjour	13.4	13.2	14.4	10.4
Chirurgie thoracique (CVP)				
Sorties	-	39	34	36
Journées-malades	-	432	399	409
Durée moyenne de séjour	-	11.1	11.7	11.4

La planification de 2004 prévoyait déjà que les disciplines de chirurgie à caractère cantonal ne soient localisées que sur le seul site de Sion, excepté pour la chirurgie thoracique prise en charge provisoirement au CVP.

2.5.6 Disciplines de médecine à caractère cantonal

Discipline de médecine	2002	2003	2004	2005
Cardiologie interventionnelle (Sion)				
Sorties	714	745	814	878
Journées-malades	3'824	3'859	4'498	4'305
Durée moyenne de séjour	5.4	5.2	5.1	4.4
Radiothérapie (Sion)				
Sorties	63	50	60	49
Journées-malades	627	493	768	501
Durée moyenne de séjour	9.6	9.9	13.4	12.1

La cardiologie invasive et interventionnelle du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs) pratiquée sur le site de Sion est une discipline cantonalisée depuis plus de 10 ans. Elle s'adresse donc à l'ensemble des patients du canton qui souffrent de pathologies cardio-vasculaires aiguës ou chroniques.

Par rapport à l'année 2004, l'activité 2005 a fortement augmenté. Cette progression se manifeste non seulement au niveau stationnaire (nombre de patients admis dans le service de cardiologie) mais également dans le nombre d'interventions pratiquées électivement ou en urgence dans le laboratoire de cathétérisme cardiaque.

Les statistiques 2004 et 2005 sont les suivantes:

Salle de cathétérisme	2004	2005	Augmentation	
			Nb	%
Nb d'interventions	1'044	1'163	119	11
Nb total de coronarographies	1'011	1'122	111	10.9
- électives	737	790	53	7.1
- en urgence	274	332	58	21.1
Nb total de dilatations	479	545	66	13.7
- électives	290	317	27	9.3
- en urgence	189	228	39	20.3
Nb de cathétérismes autres	11	22	11	100

Il faut noter que l'activité de la cardiologie invasive et interventionnelle n'a cessé d'augmenter au cours des 15 dernières années à l'hôpital de Sion. Cette progression se poursuivra durant les prochaines décennies comme dans les autres établissements hospitaliers de Suisse. Ceci s'explique par la prise en charge invasive de l'infarctus aigu du myocarde ainsi que par le vieillissement de la population qui bénéficie de plus en plus de ce type d'investigations et de traitement.

Le service cantonalisé de radio-oncologie du département valaisan d'oncologie a à la fois des ses missions cliniques et techniques. Son champ d'activité concerne l'utilisation thérapeutique d'irradiations ionisantes, surtout dans le contexte de maladies tumorales. Les prestations offertes par le service sont celles qui regroupent la radiothérapie externe, la curiethérapie métabolique et les traitements par curiethérapie à haut débit de dose: plus de 90 % des patients sont traités ambulatoirement.

Durant l'année 2004, le service a traité 715 patients, dont 37 traitements par curiethérapie de haut débit, 26 traitements par curiethérapie métabolique à l'iode¹³¹ et 11 autres traitements métaboliques (Rhénium et Yttrium). Le nombre total de séances de radiothérapie externe s'élève à 13'077 avec 37'934 faisceaux au total.

Durant l'année 2005, le service a traité 708 patients, dont 30 traitements par curiethérapie de haut débit, 32 traitements par curiethérapie métabolique à l'iode¹³¹ et 10 autres

traitements métaboliques (Rhénium et Yttrium). Le nombre total de séances de radiothérapie externe s'élève à 13'684 avec 40'236 faisceaux au total.

2.5.7 Médecine interne

Les disciplines de médecine sont: la médecine interne, la neurologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, la cardiologie, la dermatologie, la psychiatrie de liaison, la néphrologie (y compris l'hémodialyse chronique), l'oncologie et l'angiologie. Ces différentes disciplines sont regroupées sous l'appellation médecine interne qui représente près du tiers des sorties d'hospitalisation dans notre canton.

La planification de janvier 2004 prévoyait des mandats différenciés pour les unités de médecine interne en suivant le principe de distinction des cas complexes et légers. Cette répartition attribuait aux sites de Viège, Sion et Monthey la prise en charge des cas complexes et aux sites de Brigue, Sierre et Martigny la prise en charge des cas légers. La mise en place de ces différentes unités devait permettre de résoudre une partie des problèmes de pénurie en personnel en permettant aux unités s'occupant de pathologies plus légères de disposer la nuit et les week-ends, d'équipes moins importantes. De plus, le regroupement des patients permet d'atteindre une masse critique suffisante pour garantir une prise en charge de qualité.

L'activité des services de médecine interne est présentée sur les tableaux suivants :

Médecine interne Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	11'215	11'017	10'255	10'481
Journées-malades	101'982	100'371	97'862	94'127
Durée moyenne de séjour	9.1	9.1	9.5	9.0

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Médecine interne	Brigue	1'445	1'354	12'918	13'449	8.5	9.7
	Viège	1'457	1'609	14'281	14'906	9.5	8.9
	Total SZO	2'902	2'963	27'199	28'355	9.0	9.3

De façon générale, le nombre de cas reste constant. Sur le site de Brigue les cas ont beaucoup diminué et ils ont beaucoup augmenté à Viège. Quant aux JMA, elles ont plus augmenté à Brigue qu'à Viège. Les DMS ont en conséquence augmenté à Brigue et diminué à Viège.

La mise en place de l'unité d'évaluation pré-hospitalière devrait encore permettre une meilleure répartition des cas en fonction de leur degré de complexité et de leur caractère planifié ou non.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Médecine interne	Sierre	1'579	1'963	14'264	17'291	8.6	8.5
	Sion	2'461	2'234	25'225	21'479	10.2	9.1
	Martigny	1'640	1'716	13'716	14'807	8.3	8.4
	Total CHCVs	5'680	5'913	53'205	53'577	9.6	8.7

Les sorties du CHCVs correspondent à la planification dans la mesure où elles ont augmenté à Sierre et à Martigny et diminué à Sion. Les JMA évoluent de façon similaire et les DMS sont restées stables à Sierre et à Martigny et baissé à Sion.

Tout comme dans le SZO, la répartition des cas en fonction de leur degré de complexité et de leur caractère planifié ou non devrait pouvoir être améliorée grâce à la mise en place de l'unité d'évaluation pré-hospitalière.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Médecine interne	HDC	1'396	1'600	12'465	12'195	8.9	7.6
	Total CHC Part VS	1'396	1'600	12'465	12'195	8.9	7.6

Les sorties ont augmenté et les JMA sont restées stables. Les DMS ont fortement diminué.

2.5.8 Gynécologie

La prise en charge des cas de gynécologie était prévue sur les sites de Brigue, Sierre, Martigny et Aigle, selon le concept hospitalier 2004. Les modifications sont intervenues courant 2004 afin de satisfaire les exigences de la planification.

En fin juin 2004, l'unité de gynécologie de l'hôpital de Sierre est ainsi passée de 6 à 12 lits, soit 6 lits supplémentaires. A la même date, l'unité de gynécologie de l'hôpital de Sion est passée de 15 à 4 lits, soit une suppression de 11 lits. Pour l'hôpital de Martigny, l'unité de gynécologie a été maintenue avec 4 lits.

Gynécologie Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	1'629	1'477	1'386	1'316
Journées-malades	9'446	8'410	8'102	7'351
Durée moyenne de séjour	5.8	5.7	5.8	5.6

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Gynécologie	Brigue	182	97	1'109	562	5.9	6.0
	Viège	125	188	764	1'102	5.6	5.6
	Total SZO	307	285	1'873	1'664	5.8	5.7

A fin mai 2005, la gynécologie a été transférée de Brigue à Viège. Pour cette raison, une comparaison des chiffres est difficile. Cependant, les chiffres globaux laissent apparaître une diminution des sorties et des JMA.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Gynécologie	Sierre	354	338	2'279	2'134	6.1	6.1
	Sion	232	168	1'651	1'105	6.5	6.1
	Martigny	307	327	1'365	1'676	4.4	5.1
	Total CHCVs	893	833	5'295	4'915	5.6	5.7

De façon générale, les sorties ont diminué. Seul le site de Martigny présente une augmentation des sorties. Les JMA évoluent de façon similaire.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Gynécologie	HDC	186	198	934	772	5.0	3.9
	Total CHC Part VS	186	198	934	772	5.0	3.9

Les sorties ont augmenté mais les JMA et les DMS ont beaucoup diminué.

2.5.9 Obstétrique

La planification des services d'obstétrique prévoyait de maintenir une unité d'obstétrique pour chaque centre. Ainsi, les sites de Viège, Sion et Aigle devaient accueillir ces unités, alors que cette discipline ne devait plus être présente ailleurs. Une réserve était toutefois émise à propos de la maternité de l'hôpital de Martigny puisqu'un rapport devait encore évaluer la pertinence du maintien de cette unité.

Suite au rapport de planification hospitalière de janvier 2004, le Conseil d'Etat a décidé en date du 23 juin 2004, de créer une seule maternité pour le Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs). Cette décision tient compte de la volonté exprimée par les médecins-chefs du CHCVs, du « Rapport de la commission d'experts concernant le service d'obstétrique de l'hôpital de Martigny et la création d'une seule maternité pour le Centre Hospitalier du Centre du Valais » ainsi que des différents échanges avec le comité de défense de l'hôpital de Martigny.

Le 17 décembre 2004, la maternité de l'hôpital de Sierre (13 lits) ont fermé pour être transférés sur le site de l'hôpital de Sion dont l'unité d'obstétrique dispose de 14 lits.

Pour l'hôpital de Martigny, la fermeture de la maternité (14 lits) s'est faite au 1^{er} février 2005.

Obstétrique Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	2'821	2'856	2'848	2'928
Journées-malades	18'144	18'275	18'086	17'350
Durée moyenne de séjour	6.4	6.4	6.4	5.9

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Obstétrique	Brigue	120	-	915	-	7.6	-
	Viège	550	687	3'519	4'343	6.3	6.2
	Total SZO	670	687	4'434	4'343	6.5	6.2

L'obstétrique de Brigue a été fermée le 14 juin 2004. Les prestations ont ensuite été prises en charge par Viège.

Les chiffres de Viège reflètent le total du SZO et démontrent une constance en terme de sorties. Les JMA ont légèrement diminué, tout comme la DMS.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Obstétrique	Sierre	476	3	3'632	26	7.7	8.7
	Sion	732	1'584	4'537	9'453	6.1	5.9
	Martigny	604	66	3'448	395	5.7	5.9
	Total CHCVs	1'812	1'653	11'617	9'874	6.4	5.9

L'obstétrique de Sierre et de Martigny a été transférée fin février 2005 à Sion. Les cas supplémentaires ont été pris en charge par Sion, mais pas dans les mêmes proportions, qu'entre Sierre et Martigny.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Obstétrique	HDC	366	588	2'035	3'133	5.6	5.3
	Total CHC Part VS	366	588	2'035	3'133	5.6	5.3

Les sorties et les JMA ont fortement augmentés et les DMS ont diminué.

2.5.10 Nurserie et néonatalogie

Concernant les unités de nurserie, le rapport de planification hospitalière prévoyait une unité pour chaque centre soit à Viège, Sion et Aigle. Les cas de néonatalogie doivent être pris en charge à l'hôpital de Sion, seul établissement disposant des infrastructures nécessaires.

L'hôpital de Sierre a fermé son unité de nurserie en décembre 2004 et l'hôpital de Martigny a fermé à fin février 2005.

Dans le SZO, la nurserie se trouve à Viège. La nurserie de Brig a été fermée à fin juin 2004.

Nurserie Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	2'445	2'452	2'448	2'612
Journées-malades	14'086	14'118	14'089	14'480
Durée moyenne de séjour	5.8	5.8	5.8	5.5

Néonatalogie (Sion)	2002	2003	2004	2005
Sorties	54	64	61	65
Journées-malades	765	1'082	1'111	1'427
Durée moyenne de séjour	14.2	16.9	17.9	19.6

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Nurserie	Brigue	109	-	704	-	6.5	-
	Viège	492	613	3'023	3'796	6.1	6.1
	Total SZO	601	613	3'727	3'796	6.2	6.1

Les indicateurs à Brigue ont chuté, cela à cause de la fermeture de la nurserie en juin 04. Les trois indicateurs sont restés constants pour 2005.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Nursérie	Sierre	370	-	2'411	-	6.5	-
	Sion	632	1'388	3'604	7'523	5.7	5.4
	Martigny	508	55	2'681	316	5.4	5.9
	Total CHCVs	1'510	1'443	8'696	7'839	5.8	5.5

Les chiffres ne sont interprétables que de façon globale dans la mesure où les nurseries de Sierre et de Martigny ont fermé leurs portes. Les sorties sont demeurées constantes. Quant aux JMA et aux DMS, elles ont légèrement diminué.

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Néonatalogie	Sion	61	65	1'111	1'427	17.9	19.6
	Total CHCVs	61	65	1'111	1'427	17.9	19.6

Seul Sion garantit les prestations nécessaires concernant la Néonatalogie. Les chiffres sont restés ici aussi pratiquement constants. Si les sorties sont restées stables, les JMA et les DMS ont légèrement augmenté.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Nursérie	HDC	337	556	1'666	2'845	4.9	5.1
	Total CHC Part VS	337	556	1'666	2'845	4.9	5.1

Les sorties et les JMA ont beaucoup augmenté et les DMS sont restées stables.

2.5.11 Pédiatrie

Les unités de pédiatrie, devaient être regroupées sur un seul site par centre: Viège, Sion et Aigle.

Le 1^{er} juin 2004, l'unité de pédiatrie de l'hôpital de Sierre a fermé et l'unité de pédiatrie de l'hôpital de Martigny a fermé en fin février 2005.

L'unité de pédiatrie a été fermée en juin 2004 à Brigue les lits ont été transférés à Viège.

Pédiatrie Total RSV*	2002	2003	2004	2005
Sorties	2'271	2'273	1'816	1'876
Journées-malades	11'715	10'805	9'479	9'351
Durée moyenne de séjour	5.2	4.8	5.2	5.0

*y.c. pédiatrie et chirurgie pédiatrique

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Pédiatrie*	Brigue	95	-	406	-	4.3	-
	Viège	246	424	1'083	2'092	4.0	3.7
	Total SZO	341	424	1'489	2'092	4.1	3.7

*y.c. pédiatrie et chirurgie pédiatrique

De façon générale, les trois indicateurs ont beaucoup augmenté.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Pédiatrie*	Sierre	112	-	720	-	5.9	-
	Sion	547	902	3'012	4'677	4.7	4.3
	Martigny	421	25	2'239	125	4.9	4.4
	Total CHCVs	1'080	927	5'971	4'802	4.9	4.3

*y.c. pédiatrie et chirurgie pédiatrique

Comme prévu par le concept hospitalier 2004, la pédiatrie de Martigny a fermé à la fin février 2005. Le centre se trouve ainsi maintenant à Sion.

Les indicateurs démontrent une chute importante des cas et des JMA dans le CHCVs.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Pédiatrie*	HDC	395	525	2'019	2'457	5.1	4.7
	Total CHC	395	525	2'019	2'457	5.1	4.7

*y.c. pédiatrie et chirurgie pédiatrique

Les sorties et les JMA ont beaucoup augmenté et les DMS ont diminué.

2.5.12 Psychogériatrie

La psychogériatrie est offerte sur quatre sites: Brigue, Sierre, IPVR et St-Amé. Pour le Valais les chiffres se présentent comme suit :

Psychogériatrie Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	210	276	364	400
Journées-malades	14'839	15'102	20'271	23'182
Durée moyenne de séjour	70.7	54.7	55.7	58.0

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Psychogériatrie	Brigue	92	127	3'837	5'546	41.7	43.7
	Sierre	75	85	5'145	5'455	68.6	64.2
	IPVR	110	104	6'027	6'654	54.8	64.0
	St-Amé	87	84	5'262	5'527	60.5	65.8
	Total RSV	364	400	20'271	23'182	55.7	57.6

A Brigue, on constate une augmentation importante des sorties et des JMA. C'est également le cas dans une moindre mesure à St-Claire à Sierre. A St-Amé, les indicateurs présentent des valeurs plus ou moins constantes.

Quand aux IPVR, ils démontrent une diminution des sorties et une augmentation des JMA et des DMS.

2.5.13 Gériatrie

La prise en charge hospitalière des personnes âgées en lien avec le vieillissement de la population, et la prise en charge des personnes âgées en EMS ou par un CMS, nécessite une analyse détaillée. La gériatrie se préoccupe de prévention, de la reconnaissance, du traitement et de la réhabilitation de maladies physiques et mentales dans l'âge avancé, en particulier de celles qui conduisent à des handicaps permanents ainsi qu'à la perte d'autonomie. Ainsi, les disciplines de gériatrie, psychogériatrie, soins palliatifs et réhabilitation sont des secteurs toujours plus importants visant la prise en charge des personnes âgées. L'ensemble de ces disciplines est envisagé, de façon complémentaire dans le contexte de la prise en charge des personnes âgées.

La planification de la gériatrie est basée sur les mêmes principes que le reste de la planification hospitalière.

La gériatrie s'organise toutefois comme un secteur à part entière. **Si les soins de gériatrie concernent les personnes âgées, on ne peut pas définir de frontières claires, entre les soins de la gériatrie et ceux des soins aigus de la médecine interne. De nos jours, du fait des avancées technologiques de la médecine et du vieillissement de notre population, il n'y a pratiquement plus de différences liées à l'âge dans le traitement d'affections aiguës.** De plus, les patients de gériatrie proviennent régulièrement d'autres disciplines aiguës et sont également fréquemment transférés dans d'autres services tels que la réadaptation ou la psychogériatrie. Ceci fait de la gériatrie une discipline complexe à appréhender et difficile à organiser.

En janvier 2004, les 324 lits au total pour six emplacements différents sont planifiés et se répartissent comme suit dans le canton:

	Zone hospitalière du Haut-Valais		Zone hospitalière du Centre du Valais				Zone hospitalière du Chablais			
	Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Gériatrie	43	42		45	83	28				83

A Viège, 43 lits sont planifiés, à Brigue 42, à Sierre (St-Claire) 45, 83 à Sion (Gravelone), 28 à l'hôpital Martigny et 83 lits à St-Maurice (St-Amé).

Les lits effectifs dans les six gériatries du Valais sont énumérés ci-après (fin 2004):

	Zone hospitalière du Haut-Valais		Zone hospitalière du Centre du Valais				Zone hospitalière du Chablais			
	Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
Gériatrie	30	34		43	83	24				83

Viège occupe 30 lits, Brigue 34, Sierre (St-Claire) 43, Sion (Gravelone) 83, l'hôpital de Martigny 24 et St-Maurice (St-Amé) 83 lits.

Les JMA et les sorties ont constamment baissé au cours des dernières années. Ces baisses sont notamment dues aux raisons suivantes:

- Saisie améliorée des patients par APDRG
- Bonne couverture des soins par les EMS et CMS
- Pression des assurances relatives à la durée de séjours
- Lits d'attente (surtout dans le Haut-Valais)

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Gériatrie	Brigue	334	385	8'293	8'287	24.8	21.5
	Viège	239	237	7'566	6'029	31.7	25.4
	Total SZO	573	622	15'859	14'316	27.7	23.0

De façon générale, on constate une augmentation du nombre des sorties de gériatrie. Cependant, le nombre des JMA diminue, ce qui peut-être expliqué par la pression des assureurs-maladie. A Viège, le nombre de sorties diminue également.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Gériatrie	Sierre	304	328	14'562	14'829	47.9	45.2
	Sion	699	766	28'772	29'769	41.2	38.9
	Martigny	194	187	7'799	6'980	40.2	37.3
	Total CHCVs	1'197	1'281	51'133	51'578	42.7	40.3

A St-Claire, on constate des valeurs assez stables concernant les JMA. Les sorties augmentent.

A Gravelone, on constate une augmentation de JMA. Les sorties augmentent beaucoup, mais la DMS diminue de façon importante.

A Martigny, on constate une diminution importante pour tous les indicateurs.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Gériatrie	St-Amé	901	909	27'171	27'702	30.2	30.5
	Total CHC	901	909	27'171	27'702	30.2	30.5

Les indicateurs restent stables pour 2004 et 2005.

2.5.14 Soins palliatifs

Avec la prévalence croissante des maladies chroniques, les besoins en soins palliatifs ne cesseront de croître au cours des prochaines décennies. La médecine et les soins palliatifs ont pour but fondamental de valoriser le temps à vivre par le maintien de la meilleure qualité de vie possible.

On peut définir les soins palliatifs de la façon suivante:

„La médecine et les soins palliatifs offrent une prise en charge thérapeutique, active et globale, à des personnes souffrant d’une affection évolutive non guérissable. Ces personnes nécessitent des soins continus quelque soit leur âge, leur maladie et le lieu où ils se trouvent. La médecine et les soins palliatifs englobent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel“.

La pratique de la médecine et des soins palliatifs implique:

- le soulagement des symptômes;
- la recherche des moyens les plus appropriés pour aider les malades et ses proches, et leur constante réévaluation;
- l'intégration des aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins aux malades;
- le soutien de l'entourage pendant la maladie du patient et après sa mort;
- la prise en considération des aspects éthiques liés à la particularité de chaque situation;
- le respect de la vie et de son terme naturel;
- la mise en commun des compétences et des objectifs dans un esprit respectant l'interdisciplinarité;
- une attention particulière portée au soutien, à la formation continue des soignants et à la prévention de l'épuisement professionnel.

En Valais, l'offre en soins palliatifs s'est développée de manière très inégale. Les hôpitaux de Gravelone et de Martigny possèdent une unité de soins palliatifs et pour ce dernier un centre d'antalgie. D'autres institutions ont mis l'accent sur la lutte contre la douleur et sur la prise en charge des personnes en fin de vie.

Les centres médico-sociaux (CMS) ont un mandat de soins palliatifs. Cependant ces soins ne sont pas mis en évidence dans leur rapport d'activité. L'Association François Xavier Bagnoud à Sion a développé des soins palliatifs à domicile et intervient en deuxième ligne à la demande des CMS, par son équipe mobile.

Dans les établissements médico-sociaux (EMS) on peut relever que l'accompagnement en fin de vie joue un rôle prépondérant au vu du nombre de personnes qui y décèdent chaque

année. 3 EMS se sont engagés à devenir des EMS sans douleur et ont mis en place un programme spécifique à ce sujet.

Globalement l'offre en soins palliatifs est plus développée dans le Valais romand que dans le Haut-Valais.

En ce qui concerne la spécialisation en soins palliatifs du personnel soignant nous ne disposons pas de chiffres fiables mais on peut dire qu'un nombre important d'infirmières a suivi une formation spécifique dans ce domaine. Il en va de même pour de nombreux bénévoles. D'autres professionnels de la santé et du social ont suivi des formations à ce sujet.

Le Valais possède 3 lieux de formation dont 2 pour les professionnels de la santé et du social : l'Institut Kurt Bösch à Bramois et la HEVs2 qui offrent des formations post-grades.

Les étudiants et enseignants, de part leurs travaux, participent à la recherche sur les soins palliatifs.

2.5.15 Lits d'attente

La mise en place d'unités de lits d'attente était prévue dans le concept hospitalier de janvier 2004. La répartition prévue des unités de lits d'attente dans les différents sites était la suivante : 10 lits à Loèche-les-Bains, 10 lits à Viège, 10 lits à Brigue, 10 lits à Sierre, 10 lits à Sion, 10 lits à Martigny et 10 lits à St. Amé. Les résultats de l'activité des unités de lits d'attente en 2004 sont présentés dans le tableau suivant.

Lits d'attente Total RSV	2002	2003	2004	2005
Sorties	14	28	119	196
Journées-malades	1'015	2'792	7'656	11'646
Durée moyenne de séjour	72.5	99.7	64.3	59.4

a) SZO

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Lits d'attente	Brigue	47	35	3'188	1'708	60.3	58.5
	Viège	39	89	2'955	5'969	60.7	77.4
	Total SZO	86	124	6'143	7'677	60.5	72.1

Pour le SZO, les sorties et les JMA ont beaucoup augmenté à Viège alors qu'elles ont diminué de façon importante à Brigue.

b) CHCVs

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Lits d'attente	Sierre	-	-	-	-	-	-
	Sion	-	25	-	1'353	-	39.6
	CVP	-	-	-	-	-	-
	Martigny	15	18	800	1'637	52.4	83.4
	Total CHCVs	15	43	800	2'990	52.4	57.9

Dès 2005, Gravelone offre également des lits d'attente. Les sorties et les JMA ont ainsi plus que doublé. Quant à Martigny, on constate une importante augmentation des sorties et des JMA.

c) CHC

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Lits d'attente	St-Amé	18	29	713	979	28.8	35.2
	Total CHC	18	29	713	979	28.8	35.2

Seule St-Amé offre des lits d'attente dans le Centre hospitalier du Chablais. Ici aussi, on constate une augmentation des sorties. Les JMA n'augmentent cependant pas aussi rapidement.

2.5.16 Réadaptation cantonale

Le Conseil d'Etat a adopté en février 2001 un concept de réadaptation redéfinissant les missions des établissements. Ainsi le CVP exploite une unité de 35 lits de réadaptation alors que la SUVA réserve 15 lits à des cas de réadaptation de patients valaisans.

Réadaptation Total RSV	2002*	2003*	2004**	2005**
Sorties	1'154	1'216	876	1'093
Journées-malades	23'310	24'611	15'635	20'053
Durée moyenne de séjour	20.2	20.4	17.7	18.3

* y c la réadaptation de Gravelone

** sans réadaptation de Gravelone

Discipline	Site	Sorties 2004	Sorties 2005	JMA 2004	JMA 2005	DMS 2004	DMS 2005
Réha. cardiaque	CVP	197	194	3'569	3'545	17.8	18.4
Réha. médico-chirurgicale	CVP	221	335	3'899	6'047	17.3	18.0
Réha. neuro.	CVP	65	70	1'248	1'353	19.5	19.5
Réha. ostéo-articulaire	CVP	266	365	4'626	6'705	17.5	18.3
Réha. pneumo	CVP	127	129	2'293	2'403	18.1	18.3
Réha. globale	SUVA	135	125	4'808	5'551	35.6	44.4
	Total RSV	1'011	1'218	20'443	25'604	20.2	21.0

La plupart des indicateurs démontrent une activité stable pour ces disciplines. Seules la réadaptation médico-chirurgicale et le réadaptation ostéo-articulaire ont augmenté de façon sensible.

3. Recommandations à l'attention du Conseil d'Etat

3.1. Généralités

Les recommandations ci-après se fondent sur le bilan et l'analyse détaillée par discipline que nous avons présentés ci-dessus. Comme nous l'avons constaté, la quasi-totalité des mesures décidées par le Conseil d'Etat en 2004 ont été mises en œuvre par le RSV ces deux dernières années. Ces réformes ont été souvent très rapides et parfois difficiles pour les services concernés.

Afin de donner le temps nécessaire au RSV pour à la fois assurer et renforcer les acquis et prendre les nouvelles mesures qui s'imposent aujourd'hui, nous recommandons la mise en œuvre des mesures suivantes dans le courant des années 2006-2007.

3.2. Planification du nombre de lits

Comme nous l'avons décrit dès les premières pages de ce rapport (cf. chapitre 2.2), les grandes lignes de la planification hospitalière des soins aigus ont déjà été décidées en 2004 et le Conseil d'Etat a régulièrement adapté le nombre de lits de soins aigus au besoin. C'est pourquoi, **nous recommandons ici et pour l'instant, le maintien du nombre de lits de soins aigus** au nombre actuel, soit environ 700 lits (sans le CVP) pour l'ensemble du RSV.

En ce qui concerne les lits de gériatrie, leur nombre doit être revu à la baisse dans la mesure où nous avons constaté ces dernières années une importante baisse d'activité, sans que le nombre de lits planifiés n'ait été adapté (cf. chapitres 2.2, 2.3 et 2.4.16). Cette réduction du nombre de lits planifiés en gériatrie doit intervenir aussi bien pour le SZO que pour le CHCVs.

Avec les lits de soins palliatifs, nous proposons l'introduction dans la planification cantonale d'une nouvelle catégorie de lits. Ces lits, bien qu'intégrés dans des services déjà existants, devront être distingués des autres tant par rapport à leur mission qu'à leur charge en soins.

De façon générale, la planification 2006 du nombre de lit garantit donc, tout comme en 2004 déjà, le **maintien de l'équilibre entre les différentes régions du canton.**

3.3. *Recommandations de planification pour le SZO*

3.3.1 *Gynécologie*

Le concept de planification 2004 prévoyait la gynécologie sur le site de Brigue. Afin de pouvoir exploiter de façon efficiente et qualitative une unité mère-enfant, nous recommandons la fermeture de la gynécologie stationnaire de Brigue et son intégration (4 lits) à Viège. Dans sa très grande majorité, le corps médical du RSV soutient cette proposition.

Motifs médicaux:

- La concentration des disciplines mères-enfants doit d'abord permettre d'améliorer la qualité des soins des patientes haut-valaisannes. Le corps médical du SZO soutient cette proposition. C'est en effet la seule manière d'atteindre une masse critique suffisante à l'avenir et d'améliorer l'attractivité de la discipline pour le personnel. De plus, cette concentration devrait permettre d'éviter des doublons et de favoriser les synergies.
- Une telle unité devrait également permettre le développement de centres de compétence en matière de formation et ainsi apporter une réponse au manque de personnel formé. De façon tout à fait pratique, sur sept médecins assistants en gynécologie-obstétrique pour les SZO, un seul est responsable de la gynécologie. Il se trouve aujourd'hui complètement isolé de ses collègues et dans l'impossibilité d'être présent aux rapports cliniques qui ont lieu à Viège.
- En raison d'une activité réduite et particulièrement sujette à fluctuation, la gynécologie ne peut être organisée de façon optimale si elle n'est pas associée à l'obstétrique sur un seul site.
- Pour les patientes, le fait d'avoir accès à une seule unité permet de réduire les risques de mauvaise communication et d'augmenter le sentiment de sécurité. Elle permet également d'offrir aux patientes de gynécologie un espace qui leur est propre.

Ceci n'exclut évidemment pas la prise en charge de cas de gynécologie ambulatoire sur le site de Brigue.

3.3.2 *Soins palliatifs*

La pratique de la médecine et des soins palliatifs implique:

- le soulagement des symptômes;
- la recherche des moyens les plus appropriés pour aider les malades et leurs proches, et leur constante réévaluation;
- l'intégration des aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins aux malades;
- le soutien de l'entourage pendant la maladie du patient et après sa mort;
- la prise en considération des aspects éthiques liés à la particularité de chaque situation;
- le respect de la vie et de son terme naturel;
- la mise en commun des compétences et des objectifs dans un esprit respectant l'interdisciplinarité;
- une attention particulière portée au soutien, à la formation continue des soignants et à la prévention de l'épuisement professionnel.

Il importe de pouvoir répondre à la demande croissante et au manque d'offre de prestation dans cette discipline dans le Haut-Valais. En effet, les soins palliatifs ont été jusqu'ici peu développés dans cette partie du canton. Pour cette raison, nous recommandons la mise sur pied d'une unité de soins palliatifs pour le SZO à l'Hôpital de Brigue. Cette unité doit être intégrée dans le cadre de l'infrastructure existante afin de tirer le maximum de synergies en terme de soins, mais également de ressources humaines. Une unité de 6 lits devrait répondre de façon adéquate aux besoins de la population haut-valaisanne.

3.3.3 Gériatrie

Les lits de gériatrie du SZO sont en général sous occupés (85 lits planifiés). Afin d'éviter des pénalités tarifaires et d'optimiser les infrastructures, il importe de réduire le nombre de lits dans cette discipline. Dans ce sens, nous recommandons de réduire le nombre de lits de gériatrie à 54 lits au total pour le SZO. Actuellement, la répartition est de 24 lits à Brigue et de 30 lits à Viège. Cette répartition est toutefois sujette à adaptations en cas de besoin.

3.3.4 Lits d'attente

Les lits d'attente développés dans les hôpitaux pour les personnes âgées en attente de placement dans les EMS doivent être supprimés au fur et à mesure de la mise en service de nouveaux lits d'EMS. En effet, les lits hospitaliers ne sont pas une solution viable, ni pour les hôpitaux dont la mission est de soigner les patients afin de permettre leur retour à domicile dans les meilleurs délais, ni pour les personnes âgées dépendantes qui ne trouvent pas un milieu de vie adéquat dans les hôpitaux.

Les unités de lits d'attente, bien qu'ayant permis de répondre à un manque provisoire de lits d'EMS dans le canton, ne sont pas adaptées aux besoins de ces patients pour les raisons suivantes:

- La mission de l'hôpital et celle du personnel hospitalier est le retour à domicile, tout y est orienté dans ce sens. Le patient en attente de placement, ne trouve pas dans l'hôpital ou dans le personnel hospitalier une réponse à son besoin orienté vers un lieu de vie.
- Dans une infrastructure non adaptée où le personnel de soin n'a pas le temps de s'occuper en permanence du patient, les risques de fugue et de chutes sont importants pour les personnes désorientées.
- Sur le plan financier, ces structures coûtent plus cher que l'EMS au RSV et à la collectivité.
- Le concept prise en charge des personnes âgées prévoit la mise à disposition de 390 nouveaux lits d'EMS pour l'ensemble du canton.

En raison des motifs invoqués ci-dessus, nous recommandons de :

- Supprimer progressivement les unités de lits d'attente avec la mise en exploitation des nouveaux lits d'EMS, mais de laisser ouvert un à deux lits par l'hôpital dans les services de Gériatrie de Viège et de Brigue pour un accueil temporaire.
- Faire en sorte que les nouveaux EMS et les EMS en général accueillent d'abord ces personnes en attente de placement.
- Favoriser les développements de structures d'accueil de jour.
- Trouver une nouvelle entente entre le RSV et les assureurs au sujet des longs séjours médicalement justifiés.

Les premières mesures dans ce sens ont déjà été prises par le RSV.

3.4. *Recommandations de planification pour le CHCVs*

3.4.1 *Gériatrie*

La situation de la gériatrie du CHCVs est aujourd'hui insatisfaisante dans la mesure où la gériatrie est pratiquée sur trois sites différents. Pour cette raison, nous recommandons la concentration de la gériatrie sur deux sites. A cette fin, le site de Gravelone doit être fermé (fermeture de 83 lits) et une partie des lits de gériatrie (environ 70 lits) transférés à Sierre et à Martigny. Cette mesure poursuit les buts suivants :

- améliorer la masse critique et la qualité des soins en rapprochant la gériatrie des activités de médecine
- permettre de raccourcir la durée de séjour, conformément à ce qui se passe dans les autres centres hospitaliers
- donner la possibilité à cette discipline jeune du point de vue des spécialités médicales de se développer dans des lieux adaptés à la gériatrie moderne
- équilibrer les coûts d'exploitations du CHCVs
- optimiser les ressources humaines
- améliorer la formation dans cette discipline
- clarifier l'organisation de l'offre dans le CHCVs
- mieux équilibrer les dotations sur les 3 sites du CHCVs
- améliorer l'utilisation des infrastructures existantes
- rapprocher la gériatrie des autres disciplines aigues
- optimiser la redistribution des activités aigues dans le CHCVs

Le RSV estime le potentiel d'économie à environ 3 mio. pour une année comptable. Il importe cependant de ne pas transférer les surcapacités actuelles en matière de lits et de personnel dans les autres sites du CHCVs. A la place de la gériatrie de Gravelone, il est prévu un EMS qui reprendra à la fois les infrastructures et une partie du personnel actuel. Cette variante permettra à la région de Sion de répondre au besoin en lits d'EMS à moindres coûts.

Dans la perspective du transfert de la gériatrie sur Martigny et Sierre, et compte tenu des besoins en lits d'EMS dans la région sanitaire de Sion, nous recommandons de transformer l'hôpital de Gravelone en un EMS.

3.4.2 *Soins palliatifs*

La pratique de la médecine et des soins palliatifs implique:

- le soulagement des symptômes et le traitement de la douleur;
- la recherche des moyens les plus appropriés pour aider les malades et leurs proches, et leur constante réévaluation;
- l'intégration des aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins aux malades;
- le soutien de l'entourage pendant la maladie du patient et après sa mort;
- la prise en considération des aspects éthiques liés à la particularité de chaque situation;

- l'évolution des mesures d'accompagnement dans le respect de la vie et de son terme naturel;
- la mise en commun des compétences et des objectifs dans un esprit respectant l'interdisciplinarité;
- une attention particulière portée au soutien, à la formation continue des soignants et à la prévention de l'épuisement professionnel.

Afin de permettre un développement des soins palliatifs dans le Valais central, il importe de mettre sur pied deux unités pour l'ensemble du CHCVs. Pour cette raison, nous recommandons la création d'une unité de soins palliatifs de 4 lits à l'hôpital de Sierre et d'une unité de 8 lits à l'hôpital de Martigny. De la même façon que dans le Haut-Valais, ces unités seront intégrées dans le cadre des infrastructures existantes afin d'améliorer les synergies en terme de soins et de ressources humaines. La mise en place de ces unités devrait permettre de couvrir les besoins de la population du Valais-central et de développer la formation et l'information dans ce domaine.

3.4.3 Traumatologie différée

De façon générale, la planification concernant les cas de traumatologie reste celle prévue par le concept de planification 2004, soit la concentration de ces cas sur le site de Sion. Il faut cependant rappeler que les urgences ambulatoires restent ouvertes sur tous les sites 24h/24 et 7j/7.

On entend par traumatologie différée: les cas qui ne doivent pas être opérés en urgence la nuit ou le jour et dont l'intervention peut être différée.

Le déplacement de cette discipline vers le site de Martigny comporte notamment les avantages suivants:

- synergies avec le centre de compétence d'orthopédie de Martigny (mêmes opérateurs et mêmes plateaux techniques)
- diminution des transferts des patients intersites
- amélioration du confort des patients
- diminution des coûts
- décharge des urgences et du bloc opératoire de Sion
- amélioration de la formation des médecins-assistants et des chefs de clinique de Martigny

Afin d'assurer le bon acheminement des patients de ce type vers l'hôpital de Martigny, le RSV mettra sur pied une procédure de tri en collaboration avec les urgences préhospitalières (OCVS).

3.4.4 Chirurgie thoracique

Conformément à ce qui avait été prévu dans la planification du Conseil d'Etat en 2004, la chirurgie thoracique sera déplacée en 2006 vers le site de Sion afin de permettre une concentration sur un seul site des infrastructures lourdes nécessaires à la prise en charge de ce type de pathologies.

3.4.5 Gynécologie

Comme le SZO, le CHCVs doit disposer d'une unité mère-enfant sur un seul site. C'est pourquoi nous recommandons le regroupement de la gynécologie sur le site de Sion. Cette

unité permettra d'exploiter au mieux les synergies avec les autres disciplines médicales, en particulier la chirurgie oncologique et les autres spécialités chirurgicales.

Motifs médicaux:

- La concentration des disciplines mères-enfants doit d'abord permettre d'améliorer la qualité des soins des patientes du Valais-Central. Les gynécologues du CHCVs soutiennent cette proposition. C'est en effet la seule manière d'atteindre une masse critique suffisante à l'avenir et d'améliorer l'attractivité de la discipline pour le personnel. De plus, cette concentration devrait permettre d'éviter des doublons et de favoriser les synergies.
- Une telle unité devrait également permettre le développement de centres de compétences en matière de formation et ainsi apporter une réponse au manque de personnel formé. Les médecins assistants de gynécologie de Sierre et de Martigny sont aujourd'hui complètement isolés de leurs collègues et dans l'impossibilité d'être présent aux rapports cliniques qui ont lieu à Sion.
- En raison d'une activité réduite et particulièrement sujette à fluctuation, la gynécologie ne peut être organisée de façon optimale si elle n'est pas associée à l'obstétrique sur un seul site.
- Pour les patientes, le fait d'avoir accès à une seule unité permet de réduire les risques de mauvaise communication et d'augmenter le sentiment de sécurité. Elle permet également d'offrir aux patientes de gynécologie un espace qui leur est propre.

Ce regroupement aura pour effet la fermeture de 5 à 6 lits à Sierre et de 4 à 5 lits à Martigny.

A Sierre et à Martigny, nous recommandons le maintien de la gynécologie ambulatoire.

3.4.6 Lits d'attente

Les recommandations sont les mêmes que pour le SZO.

3.5. Mesures complémentaires décidées par le RSV pour le SZO

3.5.1 Ophtalmologie

Le RSV va s'efforcer de maintenir une unité d'ophtalmologie à Brigue. Des tractations sont en cours dans ce sens. Cependant, il faut savoir que cette discipline est devenue essentiellement ambulatoire ces dernières années. En ce qui concerne l'ophtalmologie ambulatoire et afin de pouvoir garantir la prise en charge des urgences, le RSV va tenter de signer une convention avec l'Inselspital à Berne.

3.5.2 Psychiatrie ambulatoire

Afin de pouvoir garantir une prise en charge adaptée aux besoins importants et grandissants de la population dans le domaine de la psychiatrie, le SZO est chargé de développer la psychiatrie ambulatoire dans le Haut-Valais.

3.5.3 Administration et Finances

Pour des raisons de rationalisation et afin d'assurer l'équilibre régional, environ 35 EPT pour l'administration et les finances seront transférés de Viège à Brigue.

3.6. Mesures complémentaires décidées par le RSV pour le CHCVs

3.6.1 Ophtalmologie

Le RSV cherche un nouvel ophtalmologue pour créer un centre de compétence d'ophtalmologie sur le site de Martigny, qui bénéficie d'une collaboration spécifique avec la Clinique des aveugles de Lausanne.

Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, en raison de l'évolution de l'ophtalmologie vers l'ambulatoire et afin de garantir la prise en charge des urgences, le RSV va tenter de signer une convention de collaboration avec le CHUV et/ou les HUG.

3.6.2 ORL et Chirurgie maxillo-faciale

La planification décidée par le Conseil d'Etat en 2004 concernant l'ORL n'a pas pu être mise en œuvre par le RSV. La situation de cette discipline n'est donc pour l'instant pas réglée. Cependant, l'ORL doit être maintenue pour l'instant à Martigny. De plus, les responsables médicaux du RSV et du Service de la santé publique vont entamer des démarches afin de prévoir une convention pour l'ORL et la chirurgie maxillo-faciale avec le CHUV et/ou les HUG.

3.6.3 Psychiatrie ambulatoire

Afin de pouvoir garantir une prise en charge adaptée aux besoins importants et grandissants de la population dans le domaine de la psychiatrie, les IPVR sont chargés de développer la psychiatrie ambulatoire dans le Valais romand.

3.6.4 Réadaptation cantonale

Afin de garantir une prise en charge dans ce domaine, la SUVA assure, dans le cadre des 15 lits de réadaptation, la prise en charge de la réadaptation des patients brûlés.

3.7. Synthèse des recommandations à l'attention du Conseil d'Etat

Les propositions de planification sont les suivantes:

SZO:

Disciplines et/ou activités	Mesures prises	Nombre de lits concernés
Gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture de la gynécologie stationnaire de Brigue et intégration à Viège 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 lits
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une nouvelle unité à Brigue 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 lits
Gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien de la gériatrie à Brigue et à Viège 	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture 31 lits
Lits d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture progressive à Viège et à Brigue 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 lits

CHCVs:

Disciplines et/ou activités	Mesures prises	Nombre de lits concernés
Gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture de la gériatrie de Gravelone • Transfert d'une partie de ces lits de gériatrie à Sierre et à Martigny 	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture Gravelone: 83 lits • Transfert d'environ 70 lits (env. 35 à l'hôpital de Sierre et env. 35 à l'hôpital de Martigny)
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une nouvelle unité de soins palliatifs à l'hôpital de Martigny • Création d'une nouvelle unité de soins palliatifs à l'hôpital de Sierre 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 lits • 4 lits
Traumatologie différée	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration dans l'unité d'orthopédie à Martigny 	
Chirurgie thoracique	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement de l'activité de chirurgie thoracique sur le site de Sion 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 lits
Gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement de l'activité de gynécologie sur le site de Sion • Maintien de la gynécologie ambulatoire à Sierre et à Martigny 	Fermeture de: <ul style="list-style-type: none"> • 5-6 lits à Sierre • 4-5 lits à Martigny
Lits d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture progressive à Sierre, Sion et Martigny 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 lits

Les mesures complémentaires décidées par le RSV:

SZO:

Disciplines et/ou activités	Mesures prises	Remarques
Ophtalmologie	<ul style="list-style-type: none"> Maintien de l'ophtalmologie à Brigue 	<ul style="list-style-type: none"> Convention à envisager avec l'Inselspital
Psychiatrie ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrie ambulatoire à développer par SZO 	
Administration et Finances	<ul style="list-style-type: none"> Déplacement de Viège à Brigue 	<ul style="list-style-type: none"> env. 35 EPT Prévu pour 2006-2007

CHCVs:

Disciplines et/ou activités	Mesures prises	Remarques
Ophtalmologie	<ul style="list-style-type: none"> Maintien de l'ophtalmologie à Martigny 	<ul style="list-style-type: none"> Convention avec le CHUV et/ou les HUG?
ORL (Adultes) et Chirurgie maxillo-faciale	<ul style="list-style-type: none"> Maintien provisoire de l'ORL à Sierre et à Martigny 	<ul style="list-style-type: none"> Réorganisation à prévoir avec le CHUV et/ou les HUG
Psychiatrie ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrie ambulatoire à développer par IPVR 	
Réadaptation cantonale	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de la réadaptation des patients brûlés par la SUVA 	<ul style="list-style-type: none"> dans le cadre des 15 lits de réadaptation

		Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
		Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Réadaptation	cas légers et/ou programmés	Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Adultes	Mères - Enfants	Psychiatrie	Gériatrie
Unités spécialisées	Urgences majeures										
	Urgences ambulatoires										
	Hôpital de jour										
	Radiologie										
	Anesthésiologie										
	Soins intensifs										
	Soins intermédiaires : lits monitorés										
Activité ou Services chirurgicaux	Chirurgie complexe										
	Chirurgie légère										
	Traumatologie						*				
	Orthopédie										
	Urologie										
	Ophtalmologie										
	ORL										
	Chirurgie plastique										
	Chirurgie cardiaque										
	Neurochirurgie spécialisée										
	Chirurgie thoracique										

Légende:

- Discipline avec lits
- Discipline sans lits
- Discipline à car. cantonal
- Division de laboratoire et de pharmacie
- Transfert de discipline ou nouvelle discipline
- Suppression des lits

* Traumatologie différée

Planification hospitalière 2006 et bilan de la mise en œuvre de la planification 2004

		Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
		Viège	Brigue	CVP	Sierra	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Réadaptation	cas légers et/ou programmés	Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Adultes	Mères - Enfants	Psychiatrie	Gériatrie
Activités ou Services médicaux	Médecine complexe	*									
	Médecine légère		*								
	Cardiologie invasive										
	Radio oncologie										
	Pneumologie										
Services mères-enfants	Néonatalogie										
	Gynécologie										
	Obstétrique										
	Nouveaux-nés										
	Pédiatrie										
Disciplines médicales sans service	Neurologie										
	Infectiologie (H. hosp)										
	Gastroentérologie										
	Endocrinologie										
	Cardiologie										
	Dermatologie										
	Psychiatrie de liaison										
	Néphrologie, Hémodialyse chron.										
	Oncologie										
	Angiologie										

* Diminution des lits

Légende:

- Discipline avec lits
- Discipline sans lits
- Discipline à car. cantonal
- Division de laboratoire et de pharmacie
- Transfert de discipline ou nouvelle discipline
- Suppression des lits

Planification hospitalière 2006 et bilan de la mise en œuvre de la planification 2004

		Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais			
		Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle	IPVR	St-Maurice
		Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Réadaptation	cas légers et/ou programmés	Cas complexes et/ou non programmés	cas légers et/ou programmés	Adultes	Mères - Enfants	Psychiatrie	Gériatrie
Services : gériatrie/psychiatrie	Gériatrie				*		*				
	Lits d'attente										
	Psychogériatrie										
	Psychiatrie										
	Pédopsychiatrie										
	Soins palliatifs										
	Réadaptation										

* Diminution des lits

		Centre de réadaptation de Loèche les Bains SA	SUVA	Clinique de Valère
Cliniques privées	Réadaptation			
	Chirurgie générale (yc. orthopédie et anesthésiologie)			
	Médecine (yc. Radiologie)			
	Gynécologie			
	Lits d'attente			

ICHV	
Histo-cyto-pathologie	Microbiologie
Centre de maladies infectieuses et d'épidémiologie	Immuno-allergologie
Hématologie	Pharmacie
Chimie clinique	Biochimie
Prestations de laboratoire	Consultations dans le domaine de la génétique

Légende:

- Discipline avec lits
- Discipline sans lits
- Discipline à car. cantonal
- Division de laboratoire et de pharmacie
- Transfert de discipline ou nouvelle discipline
- Suppression des lits

Répartition des disciplines principales 2006

