



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

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

CONCEPT HOSPITALIER 2004



Janvier 2004



Table des matières

1.	Résumé	3
1.1.	Les mesures de rationalisation de la gestion	4
1.2.	Les motivations de la nouvelle planification hospitalière	4
1.3.	Les principes de la nouvelle planification hospitalière	5
2.	Introduction	9
2.1.	Les objectifs de la politique sanitaire	9
2.2.	Les aspects méthodologiques	11
2.3.	Les éléments principaux de la planification hospitalière de 2004	11
2.4.	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	12
3.	Historique.....	13
3.1.	Le concept hospitalier valaisan de 1996	13
3.2.	Le projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire (février 2000)	14
3.3.	Les lignes directrices de la planification hospitalière sanitaire – décisions d'avril 2000	15
3.4.	La création du Réseau Santé Valais (RSV)	16
4.	Bases légales.....	17
4.1.	La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994	17
4.2.	La loi cantonale sur la santé du 9 février 1996	17
4.3.	Le décret sur le Réseau Santé Valais (RSV) du 1er février 2002 et révision du Décret sur le RSV du 4 septembre 2003	17
4.4.	Compétences du Grand Conseil	18
4.5.	Compétences et obligations du Conseil d'Etat	19
4.6.	Rôle du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE)	20
4.7.	Compétences du Réseau Santé Valais (RSV)	20
4.8.	Le calendrier de révision de la loi valaisanne sur la santé	21
5.	Eléments constitutifs de la planification hospitalière de 2004	23
5.1.	Rétrospective	23
5.2.	La planification hospitalière de 2004 conçue en tant que processus	23
5.3.	Les facteurs influençant l'offre et la demande de la santé	23
5.4.	La planification hospitalière : un des fondements de la planification sanitaire	25
5.5.	Les défis centraux de la planification hospitalière	26
6.	Analyse de la situation actuelle	29
6.1.	Evolution démographique	29
6.2.	Les indicateurs de structure	30
6.3.	Les indicateurs d'activité	35
6.4.	L'évolution des dépenses des divers secteurs d'activités hospitalières	39
7.	Le financement.....	41
7.1.	Tarifs hospitaliers 2001	41
7.2.	Tarifs hospitaliers 2002	41
7.3.	Tarifs hospitaliers 2003	42
7.4.	Les effets de la mise en application du décret sur le réseau Santé Valais sur les nouvelles modalités du financement hospitalier	42



8.	Le Réseau Santé Valais (RSV)	43
8.1.	La structure du RSV	43
8.2.	Une zone hospitalière.....	44
9.	Mesures de rationalisation de la gestion	45
9.1.	Informatisation des hôpitaux.....	45
9.2.	Mise en place d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation (CAE)	46
9.3.	Centralisation de la comptabilité financière	46
9.4.	Centralisation de la facturation	47
9.5.	Introduction du Tarmed pour la facturation de l'ambulatoire hospitalier et des APDRG pour le stationnaire hospitalier	47
9.6.	Création d'une centrale d'achat.....	47
9.7.	Centralisation du codage (diagnostics et interventions)	48
9.8.	Calendrier de la mise en place des mesures de rationalisation	48
10.	Répartition des activités et/ou disciplines médicales	49
10.1.	Généralités	49
10.2.	Motivations pour la répartition des activités médicales – un nécessaire regroupement des disciplines	49
10.3.	Les principes de la répartition des activités et/ou disciplines médicales	50
10.4.	Les urgences hospitalières.....	53
10.5.	Les soins intensifs	55
10.6.	Les blocs opératoires	58
10.7.	L'anesthésiologie.....	62
10.8.	La radiologie	62
10.9.	Répartition des activités et services chirurgicaux.....	63
10.10.	Les disciplines à caractère cantonal :	69
10.11.	Les activités et services de médecine	71
10.12.	La gynécologie, l'obstétrique (y compris nurserie), la pédiatrie et la néonatalogie	73
10.13.	La psychiatrie	75
10.14.	La gériatrie	79
10.15.	Les lits d'attente	82
10.16.	La réadaptation cantonale.....	83
10.17.	Les cliniques privées	84
10.18.	L'institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV)	85
11.	Calendrier de mise en œuvre des décisions de planification.....	86
12.	La répartition du personnel.....	87
13.	La région du Chablais-Riviera.....	88
14.	Les économies réalisables à terme	90
15.	Conclusion.....	91
16.	Bibliographie	98

Edité
Service de la santé publique

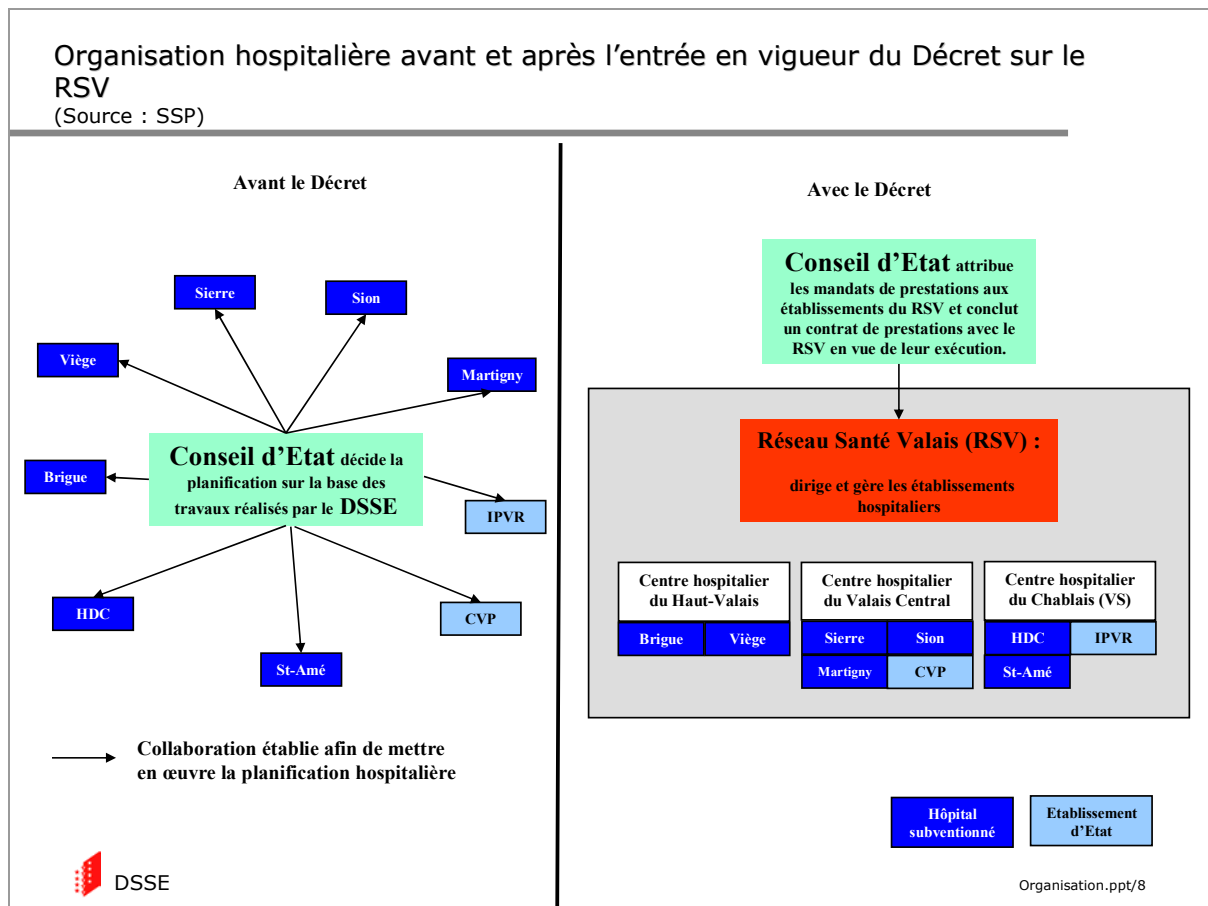


1. Résumé

La planification sanitaire et hospitalière constitue à la fois un acte ponctuel dans le temps et un processus évolutif. En effet, les changements rapides des conditions dans le domaine de la santé exigent un réexamen continu des besoins en soins et de l'évolution de l'offre.

L'adoption en 2003 du décret sur le RSV a pour but de trouver rapidement des solutions médicalement et économiquement efficaces pour faire face à une situation qui s'est progressivement dégradée et bloquée en raison notamment des obstacles rencontrés dans la réalisation des Lignes directrices du Conseil d'Etat sur la planification hospitalière de février / avril 2000.

Concrètement, l'une des idées fortes de la conception du RSV est d'améliorer les chances de mise en œuvre de la stratégie du Conseil d'Etat en matière de prise en charge hospitalière en remplaçant la collaboration avec les 10 établissements hospitaliers et instituts médico-techniques par une collaboration avec un établissement unique comme le montre le schéma ci-après.



Ainsi, il est important de relever que l'Etat et le RSV ont des activités qui sont clairement différentes puisque le Conseil d'Etat par le Département de la santé assume les tâches de planification, allocation des ressources et de surveillance alors que le Réseau dirige et gère les établissements hospitaliers qui relèvent de sa compétence.

Ainsi, le Réseau devra mettre en œuvre les décisions du Conseil d'Etat concernant les mandats de prestations délivrés aux établissements. Pour le faire, le RSV dispose de l'enveloppe budgétaire décidée par le Grand Conseil.



1.1. Les mesures de rationalisation de la gestion

L'objectif de la mise en place de mesures de rationalisation est d'améliorer l'utilisation des ressources financières sans préjudice de la qualité des soins. A terme, les moyens financiers dégagés par les mesures mises en place pourront être réinjectés afin d'améliorer encore la prise en charge des patients.

La réorganisation du secteur administratif constitue donc un préalable à la mise en œuvre de la planification.

1.2. Les motivations de la nouvelle planification hospitalière

La motivation première de la réforme est d'améliorer la qualité de la prise en charge hospitalière en s'assurant notamment :

- ◇ de faire prévaloir, sur toute autre considération, l'intérêt prioritaire des patients et de prendre en compte les besoins nouveaux de la population en matière de santé ;
- ◇ de garantir au patient reçoive un accueil et une prise en charge humanisée, rapide et efficace par des équipes multidisciplinaires et complémentaires ;
- ◇ de faire disparaître progressivement les surcapacités encore existantes dans le domaine hospitalier par la définition d'une nouvelle norme en lits et par l'attribution de mandats de prestations aux établissements hospitaliers compris dans les trois centres hospitaliers (Haut-Valais, Valais Central, Bas Valais);
- ◇ d'atteindre une masse critique de patients dans chaque spécialité car c'est le seul moyen de garantir la qualité des soins et des prestations aiguës, l'occupation optimale des collaborateurs ;
- ◇ de développer l'attractivité de la profession pour les médecins spécialistes, le personnel médico-technique et soignant afin de remédier à la pénurie dans les professions médicales et soignantes. En regroupant certaines disciplines le nombre de cas/service augmente et le service de garde se gère plus facilement ;
- ◇ d'utiliser, de manière plus rationnelle, les moyens financiers à disposition pour mieux répondre aux nouveaux besoins en soins d'une population vieillissante et pour améliorer les conditions de travail des professionnels actifs dans les hôpitaux de soins aigus et dans les autres établissements et institutions sanitaires ;
- ◇ de garantir la 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 rechercher, par des mesures de réorganisation, des potentiels d'économies qui apparaîtront à moyen et long terme;
- ◇ d'assurer la réussite de réformes organisationnelles telles que l'informatisation des hôpitaux, la mise en place d'une comptabilité analytique uniforme, l'introduction d'une facturation par pathologie (APDRG), la centralisation et l'amélioration du codage et la mise en place du Tarmed ;
- ◇ d'évaluer régulièrement le processus de réforme de l'ensemble du système hospitalier avec le concours des instances de concertation des partenaires prévues dans la loi sur la santé (le Réseau Santé Valais, la Commission cantonale de planification sanitaire, la Commission des conventions).

De même, nous rappelons qu'il n'est pas question pour le Conseil d'Etat dans la planification actuelle de fermer des établissements hospitaliers ou d'en transformer l'un ou l'autre en



hôpital exclusivement de soins aigus ou exclusivement de soins aux malades de psychiatrie et de gériatrie. En effet, le Conseil d'Etat s'engage à maintenir une activité sur l'ensemble des sites afin de garantir aussi des emplois dans toutes les régions du canton en s'assurant qu'il n'y ait ni gagnant ni perdant.

Du fait du vieillissement de notre société, des disciplines comme la gériatrie, la psychogériatrie, l'oncologie et les soins palliatifs prennent une importance sans précédent et il ne fait aujourd'hui plus aucun doute qu'elles nécessitent des structures adaptées et du personnel spécialisé. Pour ces raisons, **il n'est donc plus question aujourd'hui de considérer que certaines disciplines seraient plus prestigieuses que d'autres.** Il convient d'en prendre conscience, non seulement pour éviter le développement disproportionné de certaines activités médicales, mais également pour nous permettre de **répondre aux besoins médicaux de notre population d'aujourd'hui et de demain avec des prestations de qualité.**

1.3. Les principes de la nouvelle planification hospitalière

La planification repose sur les principes de répartitions 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 7 jours/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 semaines** 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.**

Le concept hospitalier valaisan 2004 a été défini en prenant en compte les options déjà arrêtées concernant la région Chablais-Riviera (construction prévue d'un hôpital à Rennaz). Il est dès lors nécessaire que des décisions soient prises dans ce sens par les autorités vaudoises dans les meilleurs délais ; faute de quoi, le gouvernement valaisan sera amené à redéfinir rapidement sa planification hospitalière pour le Bas-Valais.



		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										



		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
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										

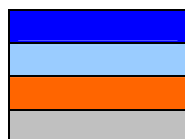
CF. paragraphe 10.12.1



		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	ICHV	
Cliniques privées	Réadaptation				Histo-cyto-pathologie	Microbiologie
	Chirurgie générale (yc. orthopédie et anesthésiologie)				Centre de maladies infectieuses et d'épidémiologie	Immuno-allergologie
	Médecine (yc. Radiologie)				Hématologie	Production de médicaments au détail
	Gynécologie				Chimie clinique	Achat et distribution de médicaments pour les établissements sanitaires
	Lits d'attente				Biochimie	

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





2. Introduction

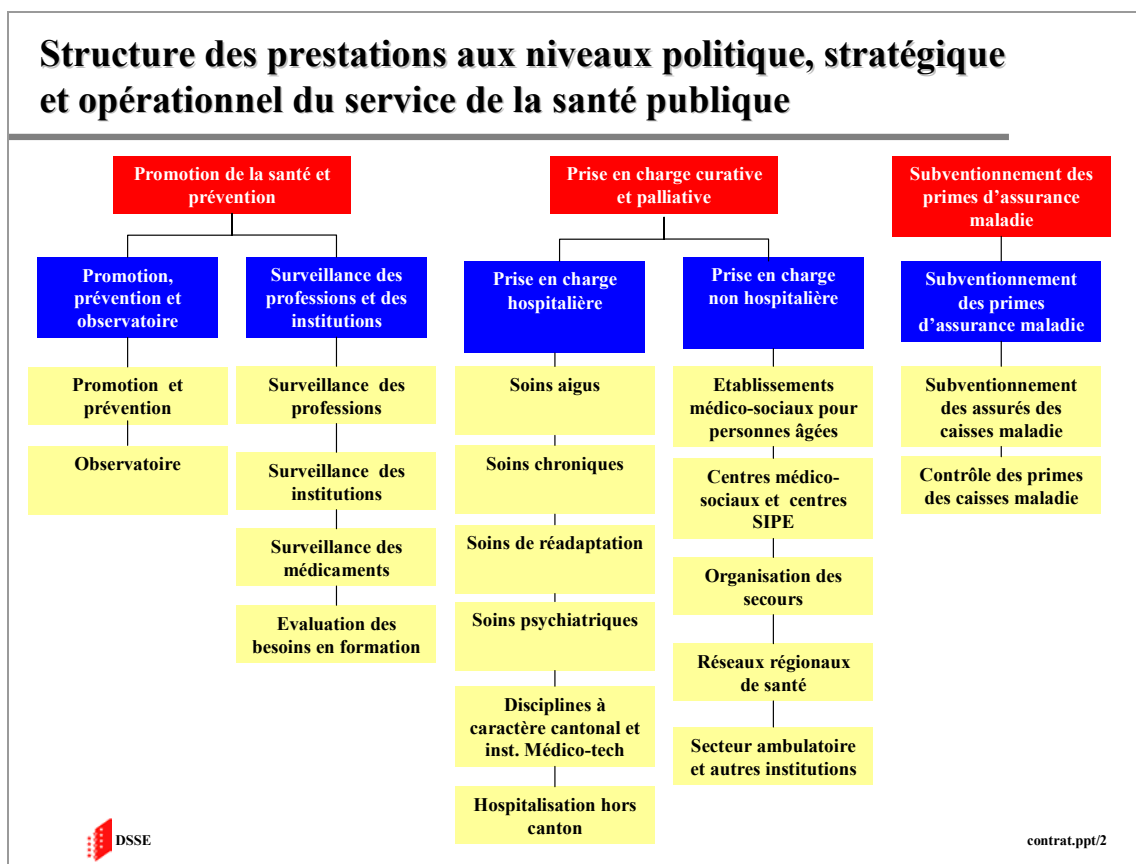
2.1. Les objectifs de la politique sanitaire

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.

Nous présentons ci-dessous la structure des prestations offertes par la Santé publique dans notre canton sur le modèle développé dans le cadre de la Nouvelle Gestion Publique (NGP).



Le contrat politique 2004 du Service de la santé publique (niveau rouge du graphique en arborescence) contient notamment les objectifs politiques définissant les effets et les impacts à produire par l'Etat ainsi que les ressources humaines et financières à disposition. Il comprend également les critères de qualité et de performance politiques permettant de spécifier les objectifs fixés et d'apprécier leur degré de réalisation. Le contrat de management (niveau bleu) détermine la ligne stratégique dictée par le gouvernement pour mettre en œuvre les objectifs politiques négociés avec le parlement. Enfin, le contrat d'exécution (niveau jaune) définit les objectifs opérationnels découlant de la stratégie gouvernementale. Cette déclinaison de l'action



de l'Etat dans le domaine de la santé publique qui va du politique à l'opérationnel est synthétisée par l'arborescence ci-dessus.

L'objectif 2 du contrat politique passé entre le Conseil d'Etat et le Grand Conseil porte notamment sur le domaine hospitalier et se définit dans les termes suivants :

«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 ».

Au niveau stratégique (contrat de prestation entre le Conseil d'Etat et le Département), les objectifs sont de:

- ◇ **« Définir la planification hospitalière sur la base de mandats de prestations** aux établissements hospitaliers et médico-techniques ». En établissant la planification, il y a lieu de veiller à garantir des soins de qualité à des coûts maîtrisés tout en assurant un équilibre entre les régions et en prenant en compte les collaborations possibles sur le plan intercantonal ;
- ◇ Soutenir le RSV dans la mise en œuvre de la planification hospitalière ;
- ◇ Conclure avec le RSV des contrats de prestations ;
- ◇ Mettre en œuvre le Décret modifié sur le RSV.

Avec ce contrat, une articulation est créée entre l'Etat et le Réseau Santé Valais comme nous le verrons par la suite.

De manière générale, le **grand enjeu** de la politique sanitaire et hospitalière consiste à **réduire la tension croissante entre la logique des besoins en soins qui augmentent de façon exponentielle et la logique des moyens disponibles limités pour répondre à ces besoins** :

Les besoins des patients valaisans sont caractérisés aujourd'hui par les maladies de société liées au vieillissement que l'on rencontre le plus fréquemment : maladies cardiovasculaires, cancer, diverses formes de démence, maladies chroniques et dégénératives, etc...

Tous les partenaires de la santé publique se trouvent ainsi confrontés à la prise en charge d'un nombre croissant de personnes âgées qui nécessitent, surtout en fin de vie, des soins plus importants.

Pour tenter de réduire la forte tension entre ces deux logiques antagonistes, tout en veillant à préserver la qualité des soins et à offrir des conditions de travail satisfaisantes aux professionnels de la santé, il était devenu **indispensable d'entreprendre une vaste réforme de l'organisation et du financement de notre système de santé, en commençant par les hôpitaux qui représentent plus du tiers des coûts.**

Plus personne ne conteste aujourd'hui certaines surcapacités dans nos hôpitaux de soins aigus et ce malgré la diminution de lits déjà opérée dans les établissements hospitaliers. Pro memoria, conformément aux décisions du Conseil d'Etat de 1992 et 1996, le nombre de lits exploités de soins aigus a diminué de 510 unités entre 1990 et 2000.

Les éléments suivants tels que :

- ◇ la baisse des journées malades,
- ◇ la stabilisation du nombre de cas aigus,



- ◇ la sous utilisation des salles d'opération et de certains équipements sophistiqués,
- ◇ le faible nombre de cas dans certains services d'hôpitaux distants de moins de 10 Km,
- ◇ la masse critique insuffisante pour assurer le respect des normes de qualité et de sécurité,
- ◇ les problèmes de gestion,

contraignent les partenaires et l'Etat à agir.

L'évolution des techniques médicales, le nouveau mode de financement des hôpitaux, le mode de gestion des hôpitaux et une collaboration encore insuffisante entre les différents établissements expliquent les difficultés actuelles des hôpitaux.

La nécessité d'anticiper cette évolution par des mesures de planification devient dès lors une priorité urgente.

2.2. Les aspects méthodologiques

Afin d'établir sa planification hospitalière, le Conseil d'Etat dispose d'un certain nombre d'indicateurs, qui constituent une sorte de tableau de bord du système hospitalier valaisan. Il faut distinguer entre les indicateurs démographiques, de structure et les indicateurs d'activité.

Une analyse des indicateurs permet de saisir l'évolution du système hospitalier valaisan et de poser les principes fondamentaux de la politique hospitalière pour ces prochaines années.

2.3. 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 7 jours/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 semaines** 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.

2.4. 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 et du contrat de prestations signé entre le Conseil d'Etat et le RSV.

L'Ordonnance du 12 novembre 2003 sur le RSV définit ces mandats de prestation de la façon suivante :

On entend par « Mandats de prestations », les mandats attribués par le Conseil d'Etat aux établissements. Ils sont établis notamment sous la forme d'une liste fixant les catégories d'établissement en fonction de leurs mandats conformément aux exigences de la planification sanitaire, de la LAMal, de la loi et du décret. Ils prévoient notamment, pour chaque établissement:

- *l'ouverture de nouveaux services et l'introduction de nouvelles disciplines médicales ou la fermeture de services et la suppression de disciplines,*
- *les disciplines médicales qui y sont exercées ainsi que le nombre de lits autorisés par type de soins et le cas échéant, la proportion de lits réservés au patients privés,*
- *la possibilité de confier ou de retirer la gestion de certaines disciplines ou activités hospitalières à des entreprises privées,*
- *la possibilité de reconnaître, de façon temporaire ou permanente, un caractère cantonal à certaines disciplines ou activités médicales spécialisées exercées dans des établissements.*

Ces mandats de prestation sont précisés à l'aide de « contrats de prestation ». L'Ordonnance sur le RSV en donne la définition suivante :

On entend par « Contrats de prestations, les contrats engageant le Conseil d'Etat et le RSV sur les objectifs, les priorités, les critères de qualité et de performance ainsi que les ressources financières et humaines prévues pour la planification et le subventionnement des établissements. Ces contrats prévoient également leurs modalités de renouvellement.

L'approbation du présent rapport de planification 2004 s'est déroulée de la façon suivante :

- ◇ Elaboration de la planification hospitalière par le Département et le service de la santé;
- ◇ Le Réseau Santé Valais participe à l'élaboration de la planification et fait part de ses propositions au Service de la santé publique ;
- ◇ Discussion et préavis de la commission cantonale de planification sanitaire et hospitalière;
- ◇ Transmission du dossier au Conseil d'Etat pour décision.



3. Historique

Avec le présent paragraphe, nous tenons à replacer la planification hospitalière actuelle dans le contexte des décisions de planification prises en 1996 et en 2000 afin de démontrer la continuité et la logique de leur développement.

3.1. Le concept hospitalier valaisan de 1996

En 1996, le Conseil d'Etat adoptait le "Concept hospitalier valaisan" dont le but explicite était **« d'offrir sur tout le territoire cantonal des prestations hospitalières de qualité et de garantir une répartition judicieuse des tâches entre les différents hôpitaux »**.

Les mandats de prestations confiés aux établissements avaient pour objectifs de réaliser des synergies, d'améliorer la qualité des prestations, de conserver des places de formation reconnues par la FMH, d'allouer de manière plus ciblée les ressources, etc.

Les conclusions de ce concept étaient les suivantes :

1. *La prise en charge médicale de base doit être garantie dans les six hôpitaux de soins aigus.*
2. *La prise en charge spécialisée pourra faire l'objet soit d'une cantonalisation, soit d'une centralisation, et ceci aussi bien pour des raisons de qualité, de sécurité, que pour des raisons d'économicité des prestations.*
3. *La prise en charge très spécialisée doit être garantie dans les cinq hôpitaux universitaires suisse.*
4. *La prise en charge hospitalière doit s'organiser au sein de chacun des trois secteurs définis par la planification hospitalière (Haut-Valais, Valais Central, Bas Valais).*
5. *La collaboration entre les établissements hospitaliers d'un même secteur ainsi qu'entre les hôpitaux de différents secteurs doit être favorisée et intensifiée afin de garantir une complémentarité de leurs offres de prestations.*
6. *Afin de garantir une prise en charge adéquate des patients au sein du système sanitaire, il convient de favoriser la collaboration entre les différents partenaires, en particulier au moyen des commissions régionales de santé.*

En 1998, une analyse détaillée du système de santé valaisan a été établie afin d'accompagner le rapport d'une commission d'experts dont la mission était de proposer une structure hospitalière optimale pour le Valais Central. Dans le rapport *Evolution et perspectives du système de santé*, il était mis en évidence un certain nombre d'éléments toujours d'actualité comme c'est le cas pour l'utilisation des salles d'opération ou les durées moyennes de séjour.



Hôpitaux	Sierre		Sion		Martigny		Total	
Années	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Nbre salles	5	5	8	8	6	6	19	19
Nbre heures utilisation	4279	4106	15917	15162	5046	5491	24522	24759
Nbre heures / salle	856	821	1900	1895	841	915	1291	1303
Nbre heures / mois	71	68	158	158	70	76	107	108
Nbre heures / jour / salle	2.23'	2.17'	5.17'	5.16'	2.05'	2.32'	3.35'	3.37'

Durant cette période, des experts suisses alémaniques se penchaient sur la même problématique pour les établissements hospitaliers du Haut-Valais. Le document présentait trois modèles différents de répartition de l'ensemble des disciplines hospitalières. Afin de déterminer le meilleur modèle, les experts avaient choisi un certain nombre de critères de qualité, flexibilité, maintien de l'emploi, efficience, etc.

Selon les experts, les différents modèles de répartition des disciplines étaient réalisables avec une large préférence pour le modèle dit « différencié » tel que présenté au chapitre ci-après dans le « Projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire » de février 2000.

3.2. Le projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire (février 2000)

En février 2000, à la suite des études mentionnées ci-dessus, le Conseil d'Etat établissait un premier projet de planification intitulé « Projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire ». Le Conseil d'Etat y proposait la création de trois hôpitaux multisites ainsi qu'une répartition des disciplines au sein de ces centres hospitaliers.

Le principe de base des études présentées ci-dessus et retenu par le Conseil d'Etat pour la répartition des disciplines était celui du modèle « différencié ». **Ce modèle prévoyait de distinguer dans les mandats de prestations, d'une part entre les établissements s'occupant des cas lourds ou de longs séjours et d'autre part, ceux en charge des cas légers ou de courts séjours. Ce modèle permettait de conserver des soins aigus dans les six hôpitaux.**

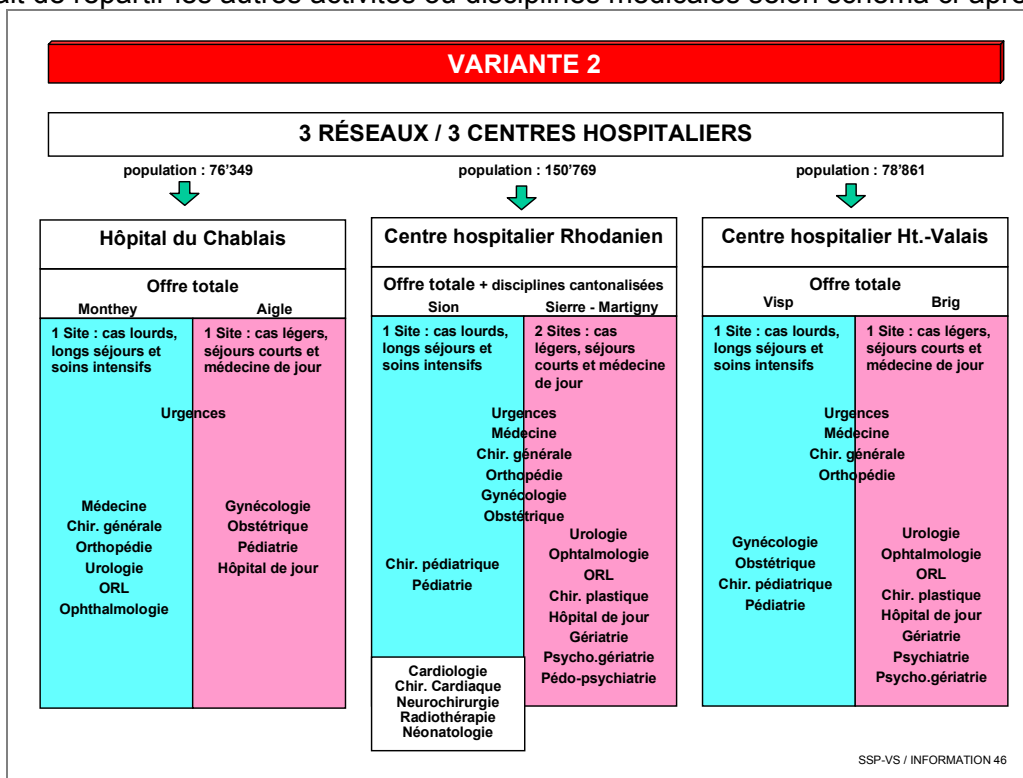
Le Conseil d'Etat proposait ainsi la répartition suivante :

- ◇ **Le centre hospitalier du Haut-Valais** dans lequel un établissement s'occupait en particulier des cas sévères ou de longs séjours ainsi que des soins intensifs. Le deuxième établissement prenait en charge les cas légers ou les courts séjours ainsi que la médecine de jour.
- ◇ **Le Centre hospitalier Rhodanien** : un établissement s'occupait en particulier des cas sévères ou de longs séjours ainsi que des soins intensifs. Ce site était également en charge des disciplines cantonalisées ou centralisées telles que la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la radiothérapie et la néonatalogie. Les deux autres établissements s'occupaient quant à eux des cas légers ou des courts séjours ainsi que des hospitalisations de jour.
- ◇ **L'Hôpital du Chablais** : Cet hôpital qui résulte de la fusion juridique des établissements de Monthey et Aigle constituait déjà un hôpital multisites opérationnel.



Dans une première variante, la répartition des autres activités ou disciplines médicales pouvait être proposée par les partenaires.

Dans une deuxième variante, en cas de non accord entre les partenaires, le Conseil d'Etat proposait de répartir les autres activités ou disciplines médicales selon schéma ci-après :



3.3. Les lignes directrices de la planification hospitalière sanitaire – décisions d'avril 2000

En avril 2000, le Conseil d'Etat publiait ses décisions prévoyant :

- ◇ le passage de six zones hospitalières aigues à trois,
- ◇ la création des trois centres hospitaliers

Les hôpitaux multisites étaient définis de la façon suivante : « un hôpital multisites est composé de deux ou plusieurs bâtiments hospitaliers, situés en des lieux (sites) différents et formant une entité juridique unique. Cette structure dispose d'un conseil d'administration, d'une direction générale, ainsi que d'un collège médical inter sites. Les sites fonctionnent en réseau, en instituant des liens avec les médecins praticiens, les établissements médico-sociaux, les centres médico-sociaux et les institutions ambulatoires de la région ».

Dans chacune des zones hospitalières définies dans la décision du Conseil d'Etat du 12.04.2000, devait donc être créer un hôpital multisites de la façon suivante :

- ◇ Zone 1 : **Hôpital multisites du Haut-Valais** (ou selon une désignation provisoire le « Oberwalliser Spitalzentrum ») comprenant les sites de **Brigue et de Viège**.
- ◇ Zone 2 : **Hôpital multisites Rhodanien** (ou selon une désignation provisoire le « Centre hospitalier rhodanien / CHR ») comprenant les sites de **Sierre, Sion et Martigny**.
- ◇ Zone 3 : **Hôpital multisites du Chablais** (Hôpital du Chablais selon sa désignation actuelle) comprenant les sites de **Monthey et d'Aigle**.



La création des hôpitaux multisites était conditionnée à l'acceptation de la nouvelle structure commune par les associations hospitalières actuelles ainsi qu'à l'approbation des statuts de la nouvelle structure par le Conseil d'Etat.

Les treize décisions du Conseil d'Etat d'avril 2000 ne sont jamais entrées en vigueur de manière concrète.

3.4. La création du Réseau Santé Valais (RSV)

Dans le courant du mois juin 2000, le Grand Conseil acceptait une **motion** sur les hôpitaux demandant que soient entrepris des travaux de **révision du titre 7ème de la loi cantonale sur la santé**.

L'importance des enjeux de la politique de la santé et l'analyse du fonctionnement du système hospitalier et de santé valaisan ont amené le Conseil d'Etat, en septembre 2001 à formuler les objectifs de la politique hospitalière qui portent en résumé sur :

- ◇ la nécessité de maîtriser l'augmentation préoccupante des coûts des hôpitaux et des autres établissements sanitaires ainsi que l'augmentation des primes d'assurance-maladie afin de pouvoir continuer à offrir à tous les patients valaisans l'accès à des soins de qualité;
- ◇ la nécessité d'accorder la priorité au développement d'une gestion hospitalière plus performante, plus transparente et surtout mieux coordonnée sur le plan cantonal dans le cadre d'une vision globale visant à mettre en réseau les hôpitaux entre eux et les autres établissements ou institutions sanitaires (établissements médico-sociaux pour personnes âgées, centres médico-sociaux, secteur ambulatoire) ;
- ◇ la nécessité de combler les lacunes constatées dans les bases légales actuelles sur le financement des hôpitaux, s'agissant notamment des frais de formation et de recherche ainsi que des frais liés à des surcapacités hospitalières et à un manque de transparence exclus d'une prise en charge par les assureurs maladie.

Conscient de la difficulté de mettre en œuvre la planification hospitalière et notamment les lignes directrices d'avril 2000, le Conseil d'Etat décidait, le 11 octobre 2000, de nommer une commission chargée de la révision du titre 7ème de la loi cantonale sur la santé.

Dans son rapport final d'août 2001, cette commission retenait l'option de créer une structure commune pour tous les hôpitaux, le Réseau Santé Valais.



4. Bases légales

4.1. La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994

Conformément aux dispositions de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, les cantons sont tenus d'établir la planification destinée à couvrir les besoins en soins hospitaliers et la liste hospitalière au sens de l'article 39 LAMal.

4.2. La loi cantonale sur la santé du 9 février 1996

La révision complète de la législation sanitaire cantonale opérée en 1996 a permis d'ancrer le principe de la planification dans les dispositions légales. De par les compétences qui lui sont dévolues en vertu de la loi, le Conseil d'Etat est chargé de définir, par la planification, sa politique hospitalière. Cette compétence demeure inchangée dans le cadre du décret sur le Réseau Santé Valais.

4.3. Le décret sur le Réseau Santé Valais (RSV) du 1er février 2002 et révision du Décret sur le RSV du 4 septembre 2003

4.3.1 Historique

Après avoir été examiné en commission parlementaire en automne 2001 et débattu au Grand Conseil Valaisan en session de janvier 2002, le décret sur le réseau santé Valais (RSV) a pu être adopté par le Grand Conseil le 1^{er} février 2002. Cette nouvelle base légale contient des dispositions sur la création d'une structure commune pour tous les établissements hospitaliers du canton pour toutes les questions qui appellent la mise en œuvre d'une stratégie au niveau cantonal ainsi que des dispositions sur le financement des établissements hospitaliers qui prennent en compte l'évolution récente s'agissant en particulier de l'interprétation et de l'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994.

Très rapidement pourtant, le Décret a montré ses limites quant à la possibilité qu'il donnait au RSV d'apporter des changements significatifs dans les hôpitaux. Ainsi, une révision du Décret s'est avérée nécessaire afin de donner au RSV la direction des établissements hospitaliers valaisans.

En date du 4 septembre 2003, le Grand Conseil a adopté le nouveau texte qui a pour effet de changer le statut des hôpitaux subventionnés et cantonaux. Ces établissements sont désormais dirigés et gérés par le RSV.

4.3.2 Objectifs de la création du Réseau Santé Valais (RSV)

Conformément au décret adopté par le Grand Conseil, le RSV est un établissement autonome de droit public composé d'un Conseil d'Administration et d'une Direction générale.

L'adoption du décret sur le RSV a pour but de trouver rapidement des solutions efficaces pour faire face à une situation qui s'est progressivement dégradée et bloquée en raison notamment des obstacles rencontrés dans la réalisation des Lignes directrices du Conseil d'Etat sur la planification hospitalière d'avril / novembre 2000 qui prévoyaient, pour l'essentiel, la mise en réseau des hôpitaux et des autres établissements sanitaires dans le cadre des trois régions du Haut-Valais, du Valais romand et du Chablais.

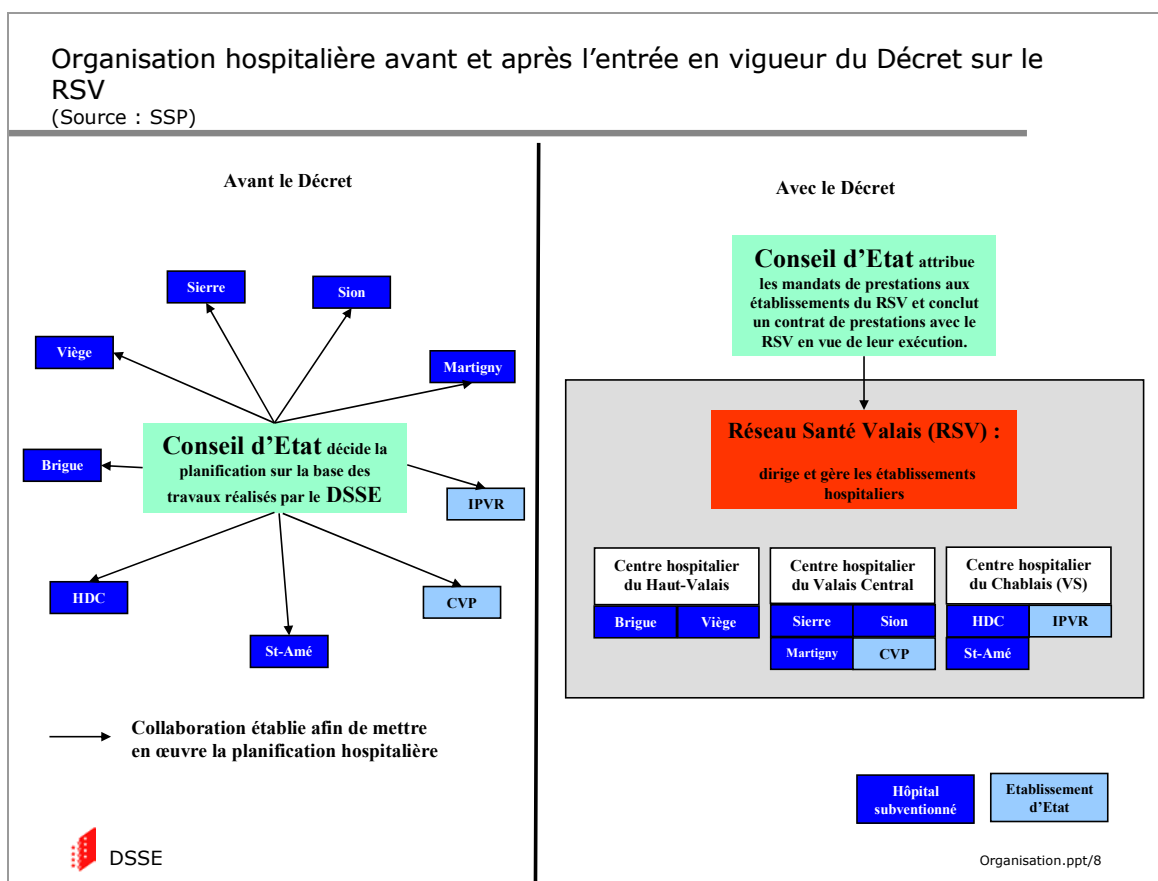


Suite à l'adoption du décret sur le « Réseau Santé Valais », une nouvelle définition des compétences est applicable en matière de politique hospitalière.

Les autorités et institutions compétentes en matière de politique hospitalière sont :

- ◇ le Grand Conseil,
- ◇ le Conseil d'Etat,
- ◇ le Réseau Santé Valais (ci-après RSV) avec les établissements hospitaliers et les instituts médico-techniques qui relèvent de sa compétence.

Une des idées fortes dans la conception du RSV était d'améliorer les chances de mise en œuvre de la politique du Conseil d'Etat en matière de prise en charge hospitalière en remplaçant la collaboration avec les 10 établissements hospitaliers et instituts médico-techniques par une collaboration avec un établissement unique comme le montre le schéma ci-après.



4.4. Compétences du Grand Conseil

Selon les dispositions du décret sur le Réseau Santé Valais, le Grand Conseil exerce la haute surveillance sur le RSV dont il approuve le rapport annuel de gestion.

Désormais, avec la mise à disposition du rapport annuel du RSV, le Grand Conseil disposera de plus d'informations et de possibilités d'intervention sur la politique hospitalière et sanitaire.



4.5. Compétences et obligations du Conseil d'Etat

Les compétences du Conseil d'Etat en matière de politique de la santé sont définies à l'article 3 du décret sur le réseau santé Valais du 4 septembre 2003 :

¹ *Le Conseil d'Etat établit la planification sanitaire qui comprend les mandats de prestations des établissements hospitaliers et des instituts médico-techniques.*

² *Il soumet au Grand Conseil le montant de la participation financière à accorder, par voie budgétaire, au RSV.*

³ *Il conclut avec le RSV des contrats de prestations.*

⁴ *Il désigne les membres du Conseil d'administration du RSV ainsi que son président. Il approuve préalablement la nomination du directeur général par le Conseil d'administration du RSV.*

⁵ *Il exerce la surveillance sur le RSV et en contrôle notamment les comptes et la gestion.*

4.5.1 Planification

Sur la base du Décret du 4 septembre 2003, **le Conseil d'Etat définit la planification sanitaire**. L'article 95 alinéas 2 de la Loi sur la santé valaisanne a été modifié de façon à expliciter la portée de cette planification :

Art. 95 al. 2 Planification sanitaire

² La planification sanitaire est établie en conformité à la législation fédérale en la matière. Elle porte notamment sur:

- a) l'évaluation des besoins de santé;
- b) la définition des objectifs de la politique de santé;
- c) la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents;
- d) la délimitation des régions sanitaires;
- e) la liste des établissements et institutions sanitaires, en prenant en considération de manière adéquate les institutions et établissements privés;
- f) les mandats de prestations aux établissements et institutions sanitaires portant notamment sur :
 - l'ouverture de nouveaux services et l'introduction de nouvelles disciplines médicales ou la fermeture de services et la suppression de disciplines,
 - la répartition des disciplines médicales hospitalières,
 - la possibilité de confier ou de retirer la gestion de certaines disciplines ou activités hospitalières à des entreprises privées,
 - la possibilité de reconnaître, de façon temporaire ou permanente, un caractère cantonal à certaines disciplines ou activités médicales spécialisées exercées dans des établissements ou instituts médico-techniques relevant du RSV;
- g) le nombre total de lits de chaque établissement et, cas échéant, la proportion de lits réservés aux patients privés;
- h) la coordination de l'action des différents partenaires de la santé dans le cadre d'une conception globale du système de santé intégrant les établissements hospitaliers, les établissements médico-sociaux, les centres médico-sociaux, les autres établissements et établissements sanitaires et les partenaires du secteur ambulatoire;
- i) l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies en fonction des besoins de santé et des objectifs de la politique de la santé.



4.5.2 Allocation des ressources

Après négociation avec le RSV (article 5 al. 2 lettre a), le Conseil d'Etat fixe, avec l'approbation du Grand Conseil, la participation financière du canton au RSV. Les termes, montants, conditions et modalités de cette participation sont fixés dans un **contrat de prestations** (article 3 al. 3) entre le Conseil d'Etat et le RSV au sens duquel :

- ◇ le Conseil d'Etat définit les objectifs à remplir et les prestations à fournir par le RSV dans le cadre de la planification et des moyens mis à disposition ;
- ◇ le RSV s'engage à fournir les prestations demandées en fonction des moyens alloués conformément aux modalités fixées dans le contrat de prestations.

En prévoyant une négociation entre le Conseil d'Etat et le RSV sur les contrats de prestations, on simplifie et on renforce un processus de négociation qui est devenu aujourd'hui disparate et affaibli avec de nombreux courts-circuits possibles.

4.5.3 Surveillance

Selon le Décret sur le RSV, le Conseil d'Etat exerce la surveillance sur le RSV et en contrôle notamment les comptes et la gestion.

A ce sujet, le Décret du 4 septembre 2003 a modifié l'article 98 alinéa 2 lettre b) de la Loi sur la santé qui prévoit notamment que le subventionnement du RSV est soumis à :

« L'élaboration et la présentation au Département, par le RSV, des budgets, des comptes et de l'affectation des résultats d'exploitation des établissements hospitaliers relevant de sa compétence ».

Dans ce sens, le Département de la santé fera appliquer les décisions du Conseil d'Etat par un controlling stratégique bisannuel du contrat de prestations du RSV au moment du budget et des comptes.

4.6. Rôle du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE)

Le DSSE réalise les tâches définies dans la loi sur la santé et dans les ordonnances sur le RSV comme explicité dans le paragraphe ci-dessus. Elles portent aussi bien sur la planification sanitaire que sur le financement des établissements.

4.7. Compétences du Réseau Santé Valais (RSV)

Le RSV a désormais les compétences suivantes :

- ◇ diriger et gérer les hôpitaux qui relèvent de sa compétence,
- ◇ assurer la mise en œuvre de la planification hospitalière,
- ◇ coordonner les activités des hôpitaux publics et subventionnés,
- ◇ garantir des soins de qualité,
- ◇ maîtriser les coûts,
- ◇ assurer un équilibre entre les régions.



Les tâches attribuées au RSV par ce décret proviennent essentiellement des compétences des conseils d'administration des hôpitaux et du Gehval. Comme le prévoit l'article 5 du décret, c'est le cas par exemple pour :

- ◇ La gestion des budgets d'investissement et d'exploitation annuels des hôpitaux,
- ◇ La nomination des médecins chefs et des titulaires de fonctions cadres,
- ◇ La négociation avec les assureurs concernant les conventions tarifaires
- ◇ L'exécution et la coordination de tâches communes à la gestion des hôpitaux en particulier l'achat de biens et services,
- ◇ La détermination de la politique salariale avec les partenaires sociaux.

Concrètement, l'objectif du RSV consiste à *mener à bien la planification hospitalière afin de garantir une prise en charge curative de qualité et financièrement supportable pour le canton et la population valaisanne*. Ainsi, **le Réseau devra mettre en œuvre les décisions du Conseil d'Etat concernant les mandats de prestations délivrés aux établissements**. Pour le faire, le RSV dispose de l'enveloppe budgétaire décidée par le Grand Conseil.

4.8. Le calendrier de révision de la loi valaisanne sur la santé

Le Décret sur le RSV du 1^{er} février 2002 est une norme juridique dont la validité est limitée à cinq ans. La modification du Décret en septembre 2003 ne reporte pas ce délai. Cela signifie que pour intégrer les dispositions du Décret dans la Loi sur la santé, une révision de cette dernière doit être réalisée pour janvier 2007 au plus tard et selon le calendrier suivant :





5. Eléments constitutifs de la planification hospitalière de 2004

5.1. Rétrospective

Le concept hospitalier 1996 mentionnait déjà la nécessité de diminuer les surcapacités hospitalières, notamment dans le secteur des soins aigus et envisageait de créer des centres hospitaliers multisites.

Suite à la récente création du réseau santé Valais qui est chargé de diriger et de gérer les activités des établissements hospitaliers, **le concept de planification 2004 s'inscrit dans la continuité des mesures prises par le Conseil d'Etat depuis plus de 10 ans.**

5.2. La planification hospitalière de 2004 conçue en tant que processus

Le changement rapide des conditions cadre dans le domaine de la santé implique que la planification hospitalière doit être constamment réexaminée et adaptée.

De nombreux éléments fondamentaux pour la planification hospitalière ont changé ces dernières années. Ainsi, les défis à relever pour la planification sont :

- ◇ le vieillissement de la population : de nombreuses adaptations seront nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées ;
- ◇ l'évolution des technologies qui va bouleverser les concepts et les pratiques des soins ;
- ◇ les attentes nouvelles des patients liées à une meilleure information, à l'apparition de nouvelles maladies, etc. ;
- ◇ les transformations rapides des institutions de soins sous la pression des besoins qui augmentent, des nouvelles technologies, des coûts élevés ;
- ◇ le rôle accru des assureurs qui ne sont pas obligés de financer les surcapacités hospitalières ;
- ◇ les finances publiques qui consacrent une part importante du budget à la santé et qui doivent faire face à une demande de soins potentiellement illimitée.

Le rapport de planification 2004 procède, à l'aide d'une liste d'indicateurs, à une analyse de la situation actuelle, puis précise les caractéristiques du futur système hospitalier valaisan.

5.3. Les facteurs influençant l'offre et la demande de la santé

A l'instar d'autres secteurs d'activité, différents facteurs exercent une influence sur l'étendue des prestations dans le domaine de la santé ; certains sont liés à l'offre et d'autres à la demande.

5.3.1 Facteurs influençant la demande

Du point de vue de la demande, qui revêt une importance particulière dans la perspective d'une planification répondant aux besoins, les facteurs déterminants suivants doivent être mis en évidence :



5.3.1.1 L'évolution démographique de la population

Elle joue un rôle important en particulier dans la planification des besoins en lits. Elle est liée à la demande de prestations de santé ainsi qu'à l'atteinte d'une masse critique garantissant la qualité, la sécurité et l'efficacité des prestations.

5.3.1.2 L'état de santé de la population,

Une proportion importante des demandes de prestations de santé est influencée par l'état de santé de la population. L'analyse des indicateurs de base concernant l'état de santé de la population permet de fournir des données intéressantes sur les mesures à prévoir en matière de planification.

5.3.1.3 L'accessibilité géographique

La demande en prestation en soins diminue avec les difficultés d'accès géographiques à cette prestation. Pour le canton du Valais, la géographie complexe, composée de nombreuses vallées latérales, où la population vit en dehors des grands centres urbains, doit être prise en considération au moment de décider la planification hospitalière.

5.3.1.4 L'accessibilité socioéconomique

L'assurance-maladie sociale couvre toute la population pour l'assurance de base. De plus, les réductions de primes contribuent à ce que les citoyens valaisans puissent obtenir les prestations de santé nécessaires, quelle que soit leur situation financière. Ce n'est pas le cas des prestations complémentaires, pour lesquelles l'accès est souvent dépendant des possibilités financières du patient.

5.3.1.5 La collaboration et la coordination des fournisseurs de prestation dans le domaine de la santé

Le développement marqué de l'aide et des soins à domicile permet aux patients hospitalisés de quitter l'hôpital plus rapidement. En ce sens, la coordination entre l'hôpital et le CMS influence la demande en soins.

Une collaboration efficace entre les différents fournisseurs de prestations influence également la demande en soins en ce qu'elle assure la continuité des traitements et des soins lors du passage d'un niveau de prise en charge à l'autre.

5.3.1.6 Le degré d'information de la population

Dans un système sanitaire marqué par une grande complexité, la demande en soins dépend également de l'information donnée par le fournisseur de prestations. La garantie de la transparence des coûts engagés et des prestations fournies vise à informer le patient et à le responsabiliser dans ses demandes de prestations de santé.

5.3.1.7 La demande en prestations hospitalières de ressortissants d'autres cantons ou de l'étranger dans le domaine des soins aigus

Malgré des différences existant entre les régions, les hospitalisations de ces personnes ont des répercussions non négligeables sur la demande en soins.

5.3.1.8 Les hospitalisations hors canton de patients valaisans

Les hospitalisations de patients valaisans hors canton compensent partiellement celles des ressortissants en provenance d'autres cantons ou de l'étranger pris en charge en Valais. Ce facteur agit dans le sens d'une diminution de la demande en prestations hospitalières.



5.3.1.9 La responsabilité individuelle, les incitations économiques

Le principe de causalité s'applique rarement dans le domaine de la santé, en ce sens que le bénéficiaire des prestations n'est pas directement le payeur. Ainsi, l'assuré qui recourt à des prestations n'est pas directement mis à contribution, puisque les autres assurés payent de façon solidaire.

5.3.2 Facteurs influençant l'offre

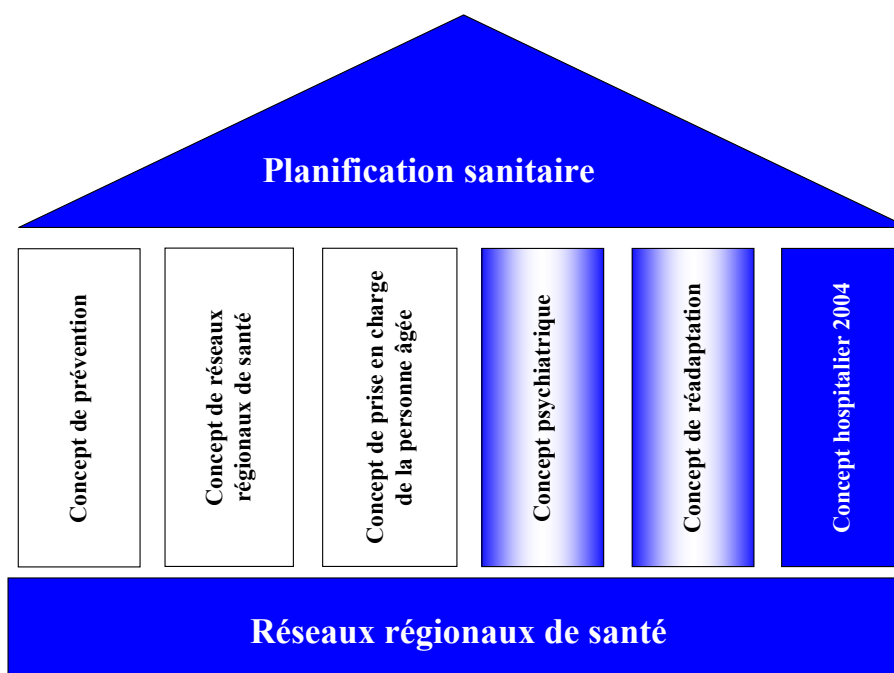
L'offre dans le domaine de la santé, en particulier en ce qui concerne le domaine stationnaire subventionné, ne s'oriente pas suffisamment en fonction des besoins et s'adapte difficilement aux changements.

Ainsi, le progrès médico-technique très rapide enregistré ces dernières années a permis de réduire notablement la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Si l'on y ajoute les possibilités de plus en plus grandes offertes par la chirurgie ambulatoire, il en résulte une surcapacité en lits. Avec l'introduction du nouveau système de financement par pathologies, les établissements seront financés en fonction de leur activité réelle. Cela devrait donc avoir pour effet une diminution de ces surcapacités.

La loi sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) joue un rôle important concernant l'évolution de la demande future, obligeant les cantons à mettre en œuvre une planification hospitalière cantonale et intercantonale répondant aux besoins.

5.4. La planification hospitalière : un des fondements de la planification sanitaire

La planification sanitaire cantonale est fondée sur plusieurs concepts partiels portant sur les différents secteurs d'activité. Dès lors, la planification hospitalière représente un fondement important dans la perspective d'une planification sanitaire cantonale complète englobant tous les domaines du système sanitaire, composé entre autre des concepts partiels suivants :





De manière générale, il convient de relever l'interdépendance étroite qui existe entre les différents concepts. Ainsi, le réaménagement des zones hospitalières avec une carte comprenant **une seule zone pour l'ensemble du territoire cantonal implique à terme que les réseaux régionaux de santé soient également réorganisés.**

Un concept global ne peut être réalisé de manière efficiente et efficace qu'à la condition que les différents concepts partiels soient harmonisés entre eux et soutenus par les différents partenaires.

5.5. Les défis centraux de la planification hospitalière

5.5.1 L'exigence du maintien et de l'amélioration de la qualité des soins

A ce jour, le rôle de l'Etat en matière d'assurance de qualité s'est concentré essentiellement sur celui d'une autorité de surveillance. A cette fin, les cantons ont pour la plupart édicté des dispositions réglementaires. Ainsi, selon les dispositions de la législation sanitaire cantonale, l'exploitation d'un établissement ou d'une institution sanitaire est soumise à autorisation délivrée par le Département de la Santé. Parmi les exigences à remplir pour l'obtention d'une autorisation figurent des critères de qualité. De plus, l'octroi de subventions cantonales peut être subordonné à l'introduction d'instruments de mesure et d'analyse pour garantir notamment la qualité et l'adéquation des prestations.

Considérant d'une part, les exigences de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et, d'autre part, l'importance de la qualité des prestations de santé pour les patients, il importe que les hôpitaux valaisans mettent en œuvre à court terme déjà des projets d'assurance-qualité. Afin de garantir la coordination de ce projet au niveau cantonal, il est indispensable d'harmoniser les démarches entreprises en prévoyant l'application des mêmes méthodes dans l'ensemble des établissements hospitaliers du canton.

C'est pourquoi, il est important que le Canton du Valais puisse disposer d'une instance cantonale chargée de développer, mettre en place, gérer et coordonner la mesure de la qualité des soins. Selon la décision du Conseil d'Etat du 12 avril 2000, **l'Observatoire valaisan de la santé est chargé notamment de la mise en valeur des indicateurs de la qualité des soins en Valais. L'une des premières tâches de l'Observatoire consiste à établir un programme et une liste d'indicateurs de la qualité des soins.** En outre, le Réseau Santé Valais est chargé d'édicter des directives en matière de programmes de qualité.

Une étude de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'université de Lausanne de 1999 a prouvé que les réformes réalisées dans le domaine hospitalier pendant la décennie 90 n'avaient pas eu d'incidences négatives sur la qualité des soins.

Le constat suivant mérite d'être relevé : les mesures de rationalisation entreprises dans le secteur hospitalier, notamment par le regroupement d'une discipline médicale sur un seul site, peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. **Le maintien de services hospitaliers ayant une masse critique insuffisante de cas est susceptible de porter préjudice à la qualité des soins. Par conséquent, la qualité des soins constitue un argument important en faveur de l'octroi de mandats de prestations différenciés par établissement.** Cette manière de procéder permet en outre de supprimer les surcapacités dans le domaine hospitalier.



5.5.2 L'exigence de la maîtrise des coûts hospitaliers

En Suisse, un pourcentage important des dépenses du secteur sanitaire est imputable au domaine hospitalier. En effet, selon les données statistiques de l'OFS (répartition des coûts par groupes de coûts 2000), pas moins de 35% des coûts correspondent au secteur hospitalier, domaines stationnaires et ambulatoires confondus.

Dès lors, afin d'atteindre l'objectif d'une évolution contrôlée des primes d'assurance-maladie, il semble nécessaire pour les collectivités publiques de maîtriser les coûts hospitaliers. Cet impératif est d'autant plus important que les collectivités publiques, conformément aux dispositions en vigueur de la LAMal, consacrent des montants élevés au financement des hôpitaux.

Dans le cas idéal, l'évolution des coûts hospitaliers devrait être similaire à celle de l'Indice des Prix à la Consommation (IPC). Or, depuis l'an 2000, les coûts hospitaliers augmentent plus rapidement en Valais que l'Indice Suisse des Prix à la Consommation. Cette augmentation des coûts est partiellement due à des adaptations salariales, par ailleurs justifiées, accordées au personnel hospitalier.

Afin d'atteindre l'objectif de la maîtrise des coûts hospitaliers, plusieurs moyens sont à disposition, à savoir principalement:

1. Le budget global pour l'ensemble des hôpitaux

Le principe du budget global, introduit dans notre canton en 1993 déjà, sera renforcé suite à l'adoption du décret sur le Réseau Santé Valais du 4 septembre 2003. En effet, selon l'article 98 alinéa 2, « *Le subventionnement du RSV est soumis aux conditions spécifiques supplémentaires suivantes:*

- a) introduction et application d'un plan comptable financier et analytique uniforme;*
- b) élaboration et présentation au département, par le RSV, des budgets, des comptes et de l'affectation des résultats d'exploitation des établissements hospitaliers relevant de sa compétence. L'affectation des bénéfices d'exploitation et la couverture des pertes d'exploitation incombent au RSV. Pour les activités médicales déléguées par l'Etat, les résultats d'exploitation relèvent du département;*
- c) approbation, par le département, des budgets, des comptes et de l'affectation des résultats du RSV, sous l'angle du subventionnement cantonal;*
- d) respect des modalités de planification, de subventionnement et de financement fixées en conformité au droit applicable; etc. »*
- e) approbation, par le département, de la création ou du renouvellement d'un poste de médecin-chef sous l'angle de la planification sanitaire;*

2. La réduction du nombre de lits hospitaliers

La réduction du nombre de lits hospitaliers représente une mesure de limitation de l'offre. La réduction du nombre de lits hospitaliers qui a été effectuée en Valais a permis une diminution de 510 lits de soins aigus en l'espace de 12 ans (1990-2002). Une nouvelle définition de la norme en lits hospitaliers par secteur (soins aigus, gériatrie, réadaptation, psychiatrie) doit permettre de procéder à l'avenir également aux adaptations nécessaires.



3. La définition de mandats de prestations à confier aux établissements

Dans le domaine des soins aigus, la définition de mandats de prestations différenciés et complémentaires par établissements, conformément aux dispositions de la LAMal, peut contribuer à maîtriser les coûts hospitaliers. En effet, une offre en prestations complémentaire entre les établissements peut s'avérer bénéfique dans la perspective de supprimer les surcapacités et de créer des synergies. Une fois que le Conseil d'Etat aura arrêté ces mandats de prestations, le RSV signera des contrats de prestations avec le Conseil d'Etat fixant les éléments de mise en œuvre des mandats de prestations délivrés aux établissements.

4. L'introduction de forfaits par cas dans le cadre du financement des hôpitaux

Dans le cadre du système de financement des hôpitaux, l'introduction de forfaits par cas, qui est intervenue dès l'an 1998 dans différents cantons suisses et notamment en Valais, peut contribuer indirectement à la maîtrise des coûts hospitaliers. Dès 2005, il est prévu d'affiner encore davantage le système de financement hospitalier par l'introduction de forfaits par pathologie au moyen des APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups).



6. Analyse de la situation actuelle

L'analyse de la situation actuelle peut s'effectuer de manière évolutive sur la base d'indicateurs chiffrés, qui reflètent la situation du système sanitaire valaisan. Nous allons présenter des indicateurs de structure, d'activité et de qualité en lien direct avec la planification hospitalière.

Ce chapitre débute toutefois avec une analyse de l'évolution démographique. Cela se justifie par le fait que le patient est au centre de la politique sanitaire. L'offre de prestations sanitaires doit donc répondre aux besoins effectifs de la population.

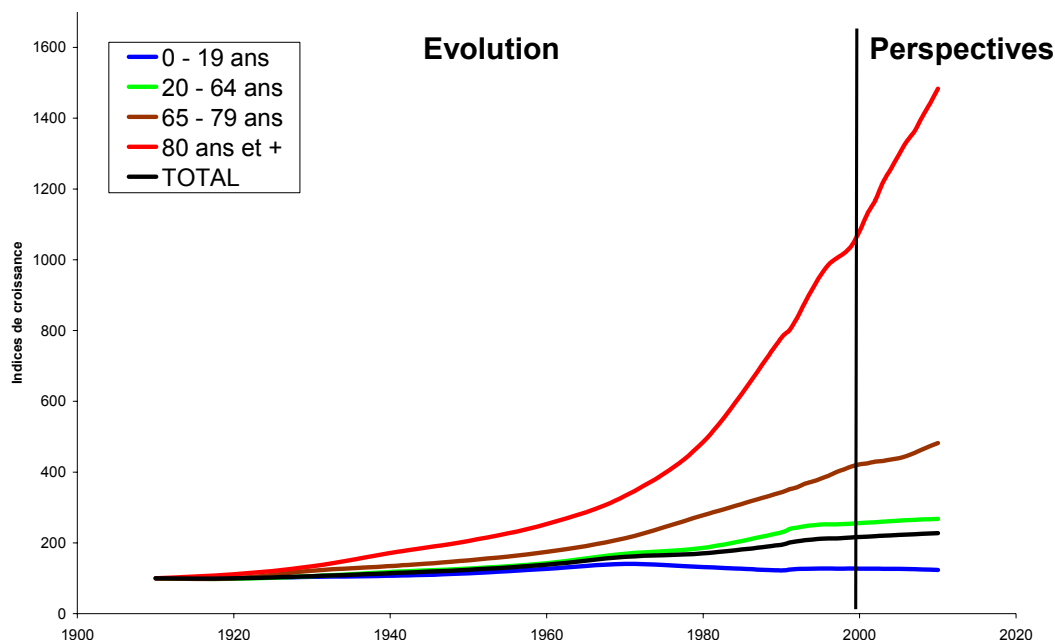
6.1. Evolution démographique

L'évolution démographique depuis le début du 20^{ème} siècle est un des facteurs les plus importants de changement.

En 1910, la population de moins de 20 ans représentait le 42 % de la population totale et les personnes âgées de plus de 65 ans le 6%. Les perspectives démographiques jusqu'en 2010 indiquent que la population de moins de 20 ans devrait descendre en dessous de 23 % alors que les personnes âgées de 65 ans et plus représenteraient plus de 16 % de la population totale.

De 1990 à 2000, la population âgée de plus de 80 ans a fortement augmenté. Les perspectives démographiques indiquent qu'en 2010 cette croissance devrait s'accroître encore.

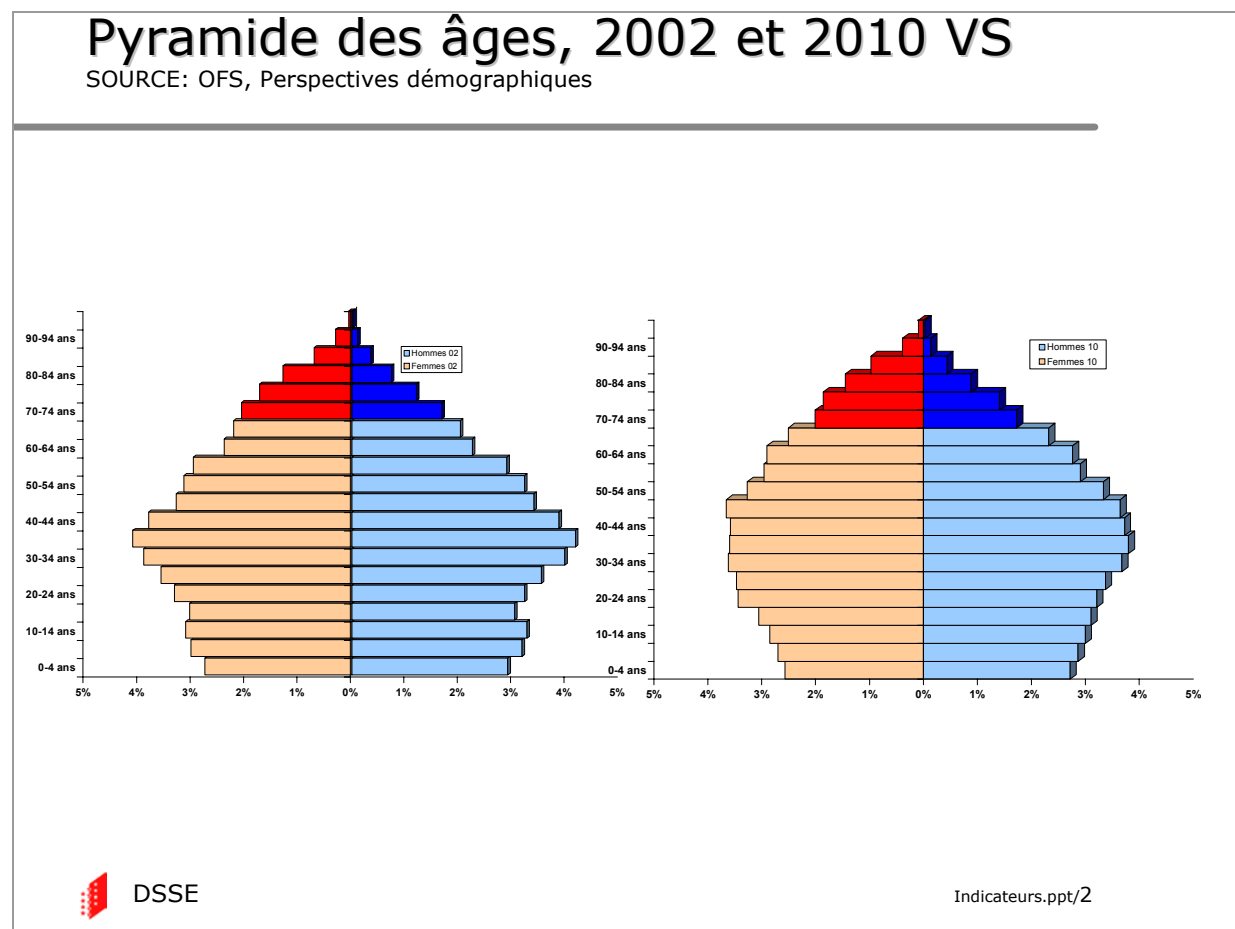
Dans ce contexte, les tendances constatées au cours de ces 10 dernières années vont très probablement s'accroître au cours de la prochaine décennie, en particulier les journées de prise en charge des personnes âgées dans toutes les catégories d'institutions.



Source : OFS, Population résidante permanente au 31 décembre, recensements fédéraux, perspectives de l'OFS pour le Valais



Selon les perspectives démographiques de l'Office fédéral de la statistique, les pyramides des âges de la population valaisanne en 2002 et 2010 présente une structure vieillissante. En effet, nous constatons que les personnes de 70 ans et plus passent de 10.3% à 11.4%.



6.2. Les indicateurs de structure

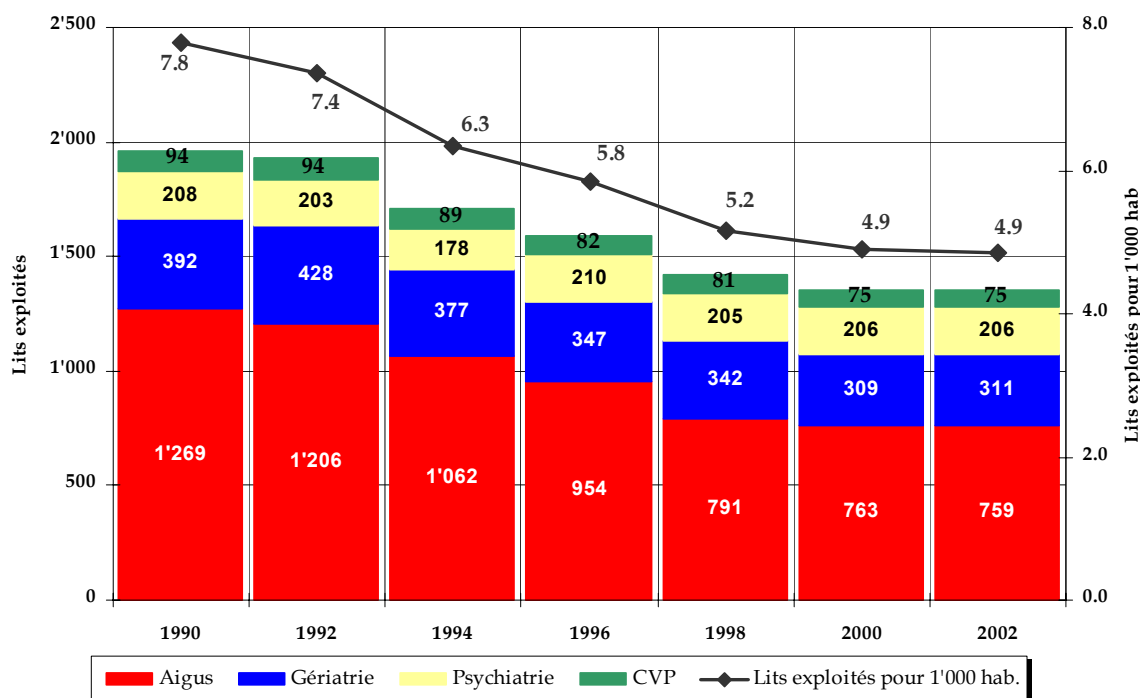
Avant de débiter l'analyse des indicateurs suivant, nous tenons à définir les catégories de soins définies ci-après.

- ◇ **Aigus** : Cette catégorie regroupe les soins aigus des hôpitaux de Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et du Chablais (part valaisanne),
- ◇ **Gériatrie** : Cette catégorie regroupe les soins gériatriques des hôpitaux de Brigue, Viège, Sierre (Ste-Claire), Sion (Gravelone), Martigny et la Clinique de St-Amé,
- ◇ **Psychiatrie** : Cette catégorie regroupe les soins psychiatriques, pédopsychiatriques et psychogériatriques des hôpitaux de Brigue, Sierre, la Clinique de St-Amé et des IPVR.



6.2.1 Lits exploités par secteur de soins

Le tableau ci-dessous indique l'évolution du nombre de lits exploités dans les hôpitaux valaisans depuis 1990.



Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

De 1990 à 2002, le nombre de lits est passé de 1'665 à 1'351 ce qui représente une diminution de l'ordre de 31.2%. Cette évolution est toutefois contrastée puisque le nombre de lits exploités a diminué de la manière suivante :

Types de soins	Réduction en % du nombre de lits entre 1990 et 2002
Aigus	-40.2%
Gériatrie	-20.7%
Psychiatrie	-1.0%
CVP	-20.2%
Lits exploités	-31.2%

6.2.2 Evolution du nombre de lits exploités pour 1'000 habitants

Lits exploités	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Aigus	5.0	4.6	3.9	3.5	2.9	2.8	2.7
Gériatrie	1.6	1.6	1.4	1.3	1.2	1.1	1.1
Psychiatrie	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7
CVP	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Total	7.8	7.4	6.3	5.8	5.2	4.9	4.9

Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie



Le nombre de lits pour 1'000 habitants des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation se situe en dessous de l'unité. De plus, il se caractérise par le fait qu'il connaît une relative stabilité comparativement aux secteurs des soins aigus et gériatriques.

En effet, la psychiatrie se maintient à 0.7 lits pour 1'000 habitants depuis 1998 et la réadaptation à 0.3 depuis 1996.

Les soins aigus, en revanche, ont passé de 3.8 à 2.7 lits exploités pour 1'000 habitants. Cette diminution s'explique largement par le progrès technologique. Dans le cas de la gériatrie, la réduction du nombre de lits exploités est moindre puisqu'elle passe de 1.3 à 1.1 lits pour 1'000 habitants.

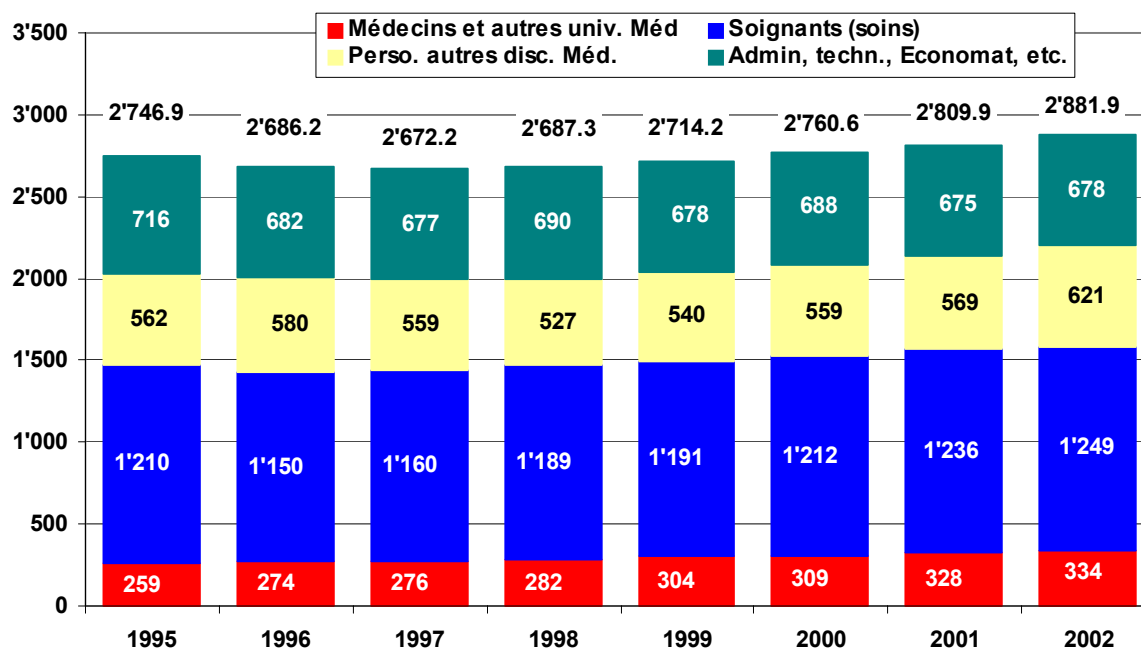
Si l'évolution du nombre de lits exploités reflète en grande partie l'activité hospitalière, le taux d'occupation de ces lits permet de déterminer l'existence ou non de surcapacité.

6.2.3 Nombre d'emplois

Les données ci-dessous ont été fournies par les établissements hospitaliers au Département de la santé.

6.2.3.1 Nombre d'emplois EPT total et par lit exploité

Depuis quelque temps, les problèmes liés au personnel soignant prennent de plus en plus d'ampleur. Ainsi, ce premier graphique montre clairement que le personnel est resté relativement stable dans les établissements valaisans puisqu'il n'a progressé que de 4.9% entre 1995 et 2002.



Source : Etablissements hospitaliers



Les différents secteurs professionnels ont toutefois évolué de manière différente comme le montre la table ci-dessous qui prend pour base de calcul un indice de 100 en 1995 :

Fonctions	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Médecins et autres univ. Méd	100.0	105.8	106.7	108.8	117.5	119.4	126.9	129.1
Personnel infirmier	100.0	95.0	95.8	98.2	98.4	100.1	102.1	103.2
Autre personnel soignant	100.0	103.2	99.5	93.7	96.0	99.4	101.2	110.4
Admin, techn., Economat, etc.	100.0	95.3	94.6	96.4	94.7	96.2	94.3	94.7
Total personnel	100.0	97.8	97.3	97.8	98.8	100.8	102.2	104.9
Personnels soignants	100.0	98.7	98.2	98.3	100.2	102.4	105.0	108.5

En effet, si les médecins et universitaires dans le domaine médical ont progressé de l'ordre de 29.1% en l'espace de sept ans, le personnel infirmier a très peu augmenté et les autres professions soignantes ont augmenté nettement moins rapidement (environ 10%). Quant au personnel de l'administration, au personnel technique et aux services de maison, il a diminué de 5.3%.

Dans la table synthétique ci-après, nous présentons la répartition des équivalents plein temps (EPT) en 2002 par établissement et par catégorie professionnelle.

	Brigue	Viège	Sierre	CVP	Sion	Martigny	St-Amé	IPVR	Chablais (VS)	Total
Médecins et autres univ. Méd	49.5	35.6	41.1	8.1	90.0	36.0	6.7	39.1	28.1	334.1
Personnel infirmier	155.8	141.2	147.5	41.3	339.0	125.5	79.7	112.5	106.8	1249.3
Autre personnel soignant	96.9	58.4	83.6	20.2	190.6	87.3	13.3	16.4	54.2	620.8
Admin, techn., Economat, etc.	71.9	79.5	77.2	43.8	177.4	69.4	48.6	74.2	35.8	677.7
Total personnel	374.0	314.8	349.3	113.4	797.0	318.1	148.2	242.2	225.0	2881.9

Sur la base de la table, nous constatons que le personnel infirmier et des autres professions soignantes représente plus du 60% des postes des hôpitaux. Les médecins et autres universitaires du secteur médical se situent en moyenne à 11%. Quant au nombre moyen de postes dans l'administration, le personnel technique et les services de maison, il s'élève à près de 23%.

Selon la table ci-dessus, le Chablais serait moins doté en personnel que les établissements de Brigue ou de Sierre par exemple. Il est toutefois essentiel de rappeler que nous présentons les données de l'ensemble des établissements. Or, les établissements de Brigue, Viège, Sierre, Sion et de Martigny ont plusieurs catégories de soins dans leur mandat de prestations. Dès lors, il convient de préciser que les comparaisons doivent se faire avec quelques précautions.



En effet, l'Hôpital du Chablais n'offre ni la gériatrie ni la psychiatrie qui, dans ce centre hospitalier, sont assurés par les IPVR et St-Amé. Toutefois, à titre d'exemple, la table ci-après, nous permet de constater que pour un même mandat de prestations, les établissements de Brigue, de Sierre et du Chablais ont des dotations similaires

	Soins aigus		
	Brigue	Sierre	Chablais (VS)
Médecins et autres univ. Méd	28.1	36.9	28.1
Personnel infirmier	89.5	93.6	106.8
Autre personnel soignant	76.5	78.4	54.2
Admin, techn., Economat, etc.	42.4	55.8	35.8
Total personnel	236.5	264.8	225.0

6.2.3.2 Nombre d'employés total en 2002

Le paragraphe ci-dessus indique qu'en 2002, le nombre d'EPT s'élevait à 2'881.9 unités. Il est toutefois important de rappeler que dans le secteur des soins, un grand nombre de personnes travaillent à temps partiel.

Selon les données transmises par les établissements, près de 4'200 personnes étaient actives dans les établissements hospitaliers du canton selon la répartition régionale suivante :

	Nbre de personnes occupées	Taux moyen d'occupation
Brigue	573	65.3%
Viège	480	65.6%
Haut-Valais	1'053	65.4%
Sierre	574	60.9%
Sion	1135	70.2%
CVP	150	75.6%
Martigny	475	67.0%
Valais central	2'334	67.6%
St-Amé	196	75.6%
IPVR	320	75.7%
Chablais (Valais)	337	66.8%
Bas-Valais	853	72.2%
Valais	4'240	68.0%

Le calcul du taux moyen d'occupation de chaque personne s'élève donc à un peu moins de 70%.

En ce qui concerne la répartition des personnes sur les différents sites, les chiffres présentés pour Brigue, Viège, Sierre, Sion et Martigny comprennent le personnel pour les soins aigus, gériatriques et psychiatriques.



6.3. Les indicateurs d'activité

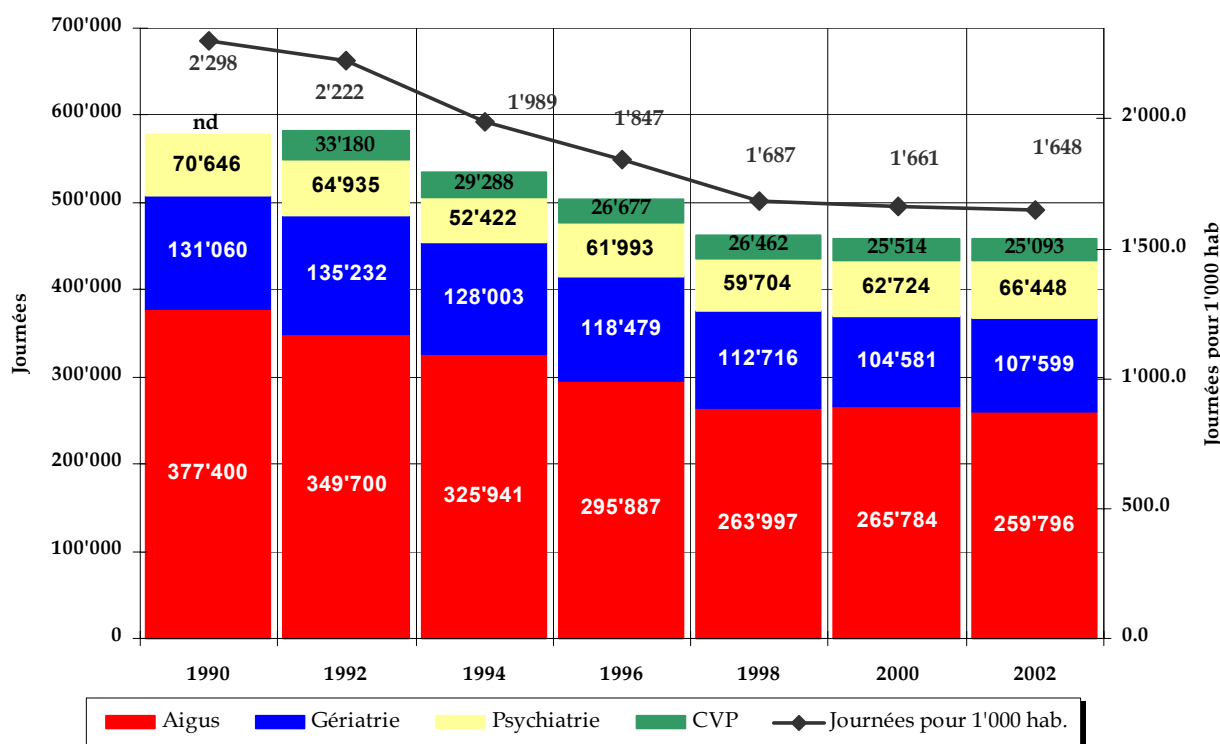
Le « Concept hospitalier valaisan » de 1996 mettait déjà en évidence la nécessité d'améliorer la qualité des soins, notamment en supprimant les surcapacités existantes. Les indicateurs présentés ici corroborent une fois encore la nécessité d'intervenir.

6.3.1 Evolution du nombre de journées de 1990 à 2002

Le graphique présente l'évolution des journées d'hospitalisation. Globalement, nous constatons que tous les domaines de soins, sauf la psychiatrie qui est restée stable, ont vu le nombre de jours diminuer. L'évolution n'a toutefois pas été la même dans tous les secteurs.

En effet, les soins aigus ont connu la diminution la plus importante puisque la réduction depuis 1990 se situe à 117'604 journées (-31.2%) alors que la gériatrie a réduit ses journées de l'ordre de 23'461 (-17.9%). Le CVP a, quant à lui, réduit son nombre de journées de l'ordre de 8'087 jours (-24.4%).

Globalement, la diminution du nombre de journées hospitalières se situe à 120'170 ce qui représentent une baisse de l'ordre de 20.8%.



Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

Depuis 1990, cette évolution s'explique de différentes manières selon le secteur concerné :

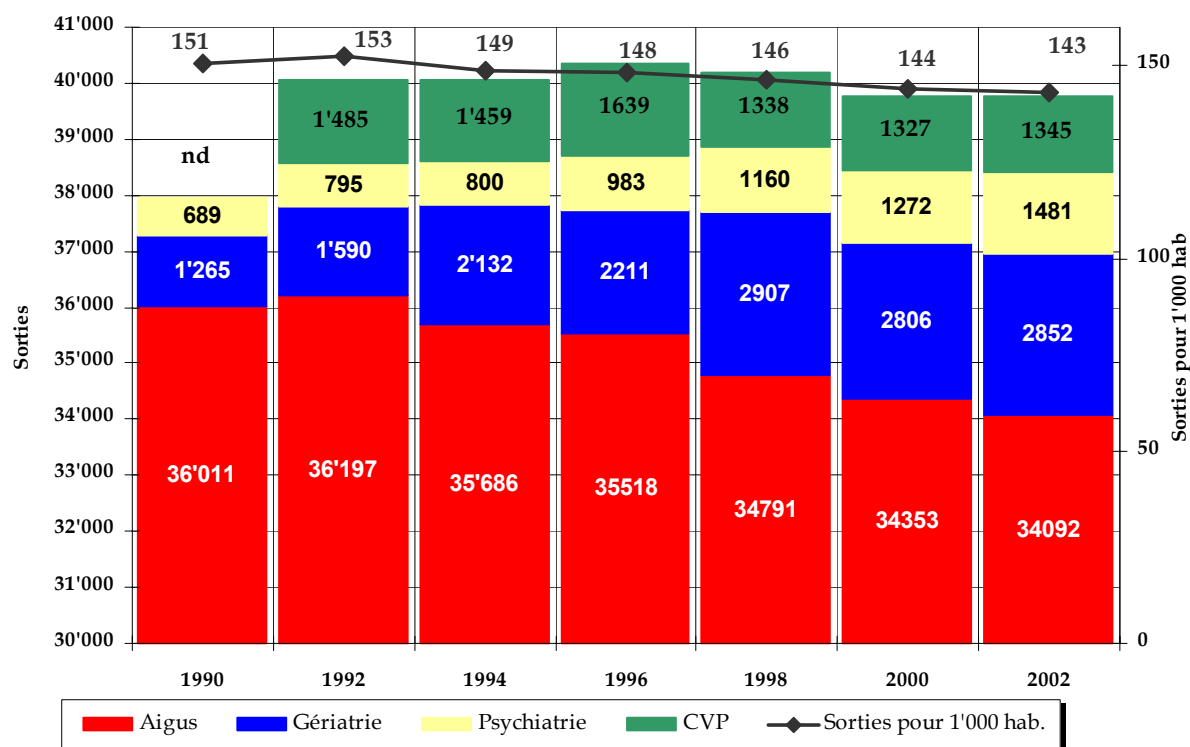
- ◇ En ce qui concerne les soins aigus, il est vraisemblable que le transfert de certaines activités médicales sur le secteur semi stationnaire, les nouvelles technologies ainsi que le passage au financement par forfait cas-service ont joué leur rôle dans cette évolution ;
- ◇ Dans le domaine gériatrique, nous remarquons que la baisse est de 6.5%. Cela s'explique en partie par une prise en charge du patient qui devient de plus en plus



active. Cette modification dans la prise en charge a un effet direct sur la durée de séjour.

- ◇ Concernant le secteur de la psychiatrie aigue, le nombre de journées a fortement diminué.

6.3.2 Evolution du nombre de sorties de 1990 à 2002



Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

Ce graphique, représentant l'évolution du nombre de cas en milieu hospitalier de 1990 à 2002, montre une stabilité du nombre total de cas hospitaliers à environ 40'000. A cet effet, le nombre de sorties pour 1'000 habitants n'a que très peu évolué puisqu'il est passé de 151 à 143 en l'espace de 13 ans. En terme de pourcentage, cette évolution représente une baisse de 5.3%.

Cependant, le nombre de cas varie de façon importante entre les différentes catégories de soins. Si la gériatrie et la psychiatrie doublent dans l'espace de 12 ans, les cas diminuent dans les soins aigus.

En ce qui concerne les soins aigus, nous présentons dans la table suivante le nombre de sorties des disciplines les plus importantes (en terme de cas) par établissement.

	Brigue	Viège	Sierre	Sion	Martigny	Chablais Valais	Valais
Médecine	1'531	1'526	1'943	2'661	2'072	1'482	11'215
Chirurgie	1'148	1'438	837	1'275	672	1'013	6'383
Orthopédie	340	362	558	903	616	354	3'133
Gynécologie	179	242	324	378	350	156	1'629
Obstétrique	246	458	465	734	511	407	2'821
Pédiatrie	262	297	307	536	456	500	2'358
Autres disciplines	667	647	627	3'381	678	553	6'553
TOTAL	4'373	4'970	5'061	9'868	5'355	4'465	34'092



D'une manière générale, ces disciplines représentent près du 80% de l'activité des établissements avec un poids très important pour la médecine interne et la chirurgie générale.

6.3.3 Taux d'hospitalisation (sorties pour 1'000 habitants)

Une analyse du nombre de sorties par secteur de soins pour 1'000 habitants permet de comparer l'évolution de ces domaines.

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Aigus	143	138	132	130	127	124	123
Gériatrie	5.0	6.1	7.9	8.1	10.6	10.2	10.2
Psychiatrie	2.7	3.0	3.0	3.6	4.2	4.6	5.3
CVP	nd	5.7	5.4	6.0	4.9	4.8	4.8
Total	151	153	149	148	146	144	143

Le secteur des soins aigus est de loin le plus important puisqu'il représente près de 90% des sorties pour 1'000 habitants. Le nombre de sorties pour 1'000 a toutefois baissé de 7.5% entre 1995 et 2002 et de 13.9% entre 1990 et 2002. Le CVP connaît lui aussi une diminution dans la mesure où le nombre de sorties pour 1'000 habitants est passé de 5.9 en 1995 à 4.8. Cela représente une diminution de 18.6%.

Le secteur de la gériatrie est passé progressivement de 5.0 sorties pour 1'000 habitants à 10.2. Cela représente une progression de l'ordre de 100%. Nous constatons donc que l'évolution est beaucoup plus forte que dans le secteur aigu. Le domaine de la psychiatrie, lui, a progressé de l'ordre de 96.3%.

La prise en charge gériatrique doit être intégrée dans la réflexion plus globale de la prise en charge de la personne âgée telle que définie dans le concept adopté par le Conseil d'Etat en 2001. Une complémentarité entre les structures que sont les EMS, CMS, etc. devrait permettre une adaptation de la norme fixée pour la gériatrie.

6.3.4 Durée moyenne de séjour

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	Evolution en % entre 1990 et 2002
Aigus	10.5	9.7	9.1	8.3	7.6	7.7	7.6	-27.4%
Gériatrie	103.6	85.1	60.0	53.6	38.8	37.3	37.7	-63.6%
Psychiatrie	102.5	81.7	65.5	63.1	51.5	49.3	44.9	-56.2%
CVP	nd	22.3	20.1	16.3	19.8	19.2	18.7	-16.5%
Moyenne	15.3	14.6	13.4	12.5	11.5	11.5	11.5	-24.4%

Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

La durée moyenne est égale au nombre de journées divisées par le nombre de sorties. De manière générale, nous constatons que tous les secteurs de soins ont connu une réduction importante de la durée de séjour car elle se situe entre -16.5% et -63.6%. De manière plus détaillée, les remarques suivantes peuvent être faites :



- ◇ les soins aigus ont la durée moyenne de séjour la plus courte puisqu'elle se situe, en 2002, à 7.6 jours. Nous constatons que ce domaine est le seul à se situer en dessous de la moyenne générale. En l'espace de 12 ans, la durée moyenne de séjour a diminué de 27.4% grâce notamment au développement de nouvelles technologies.
- ◇ les secteurs de la gériatrie et de la psychiatrie, ont connus des évolutions similaires. En effet, ces deux domaines se situaient, en 1990, très largement au-dessus de la moyenne puisqu'elle avoisinait les 100 jours contre 15.3 jours en moyenne globale. En l'espace, de treize ans, ces deux catégories de soins ont fortement diminué leur moyenne de séjour.
- ◇ Le CVP a une durée de séjour qui diminué entre 1990 et 1997 de 3.7 jours puis a augmenté de 4.2 jours en 1998. Ce dernier phénomène s'explique par une forte augmentation de la durée de séjour dans le secteur de la pneumologie.

6.3.5 Taux d'occupation des lits exploités

Le taux d'occupation des lits exploités met en relation le nombre de journées d'hospitalisation avec les lits exploités durant l'année. La formule est la suivante :

$$\frac{\text{Nombre de journées} * 100}{\text{Nombre de lits exploités} * 365} = \text{Taux d'occupation des lits exploités}$$

La table ci-dessous présente les taux d'occupation des différents secteurs de soins.

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Aigus	81.5	79.4	84.1	85.0	91.4	95.4	93.8
Gériatrie	91.6	86.6	93.0	93.5	90.3	92.7	94.8
Psychiatrie	93.1	87.6	80.7	80.9	79.8	83.4	88.4
CVP	nd	96.7	90.2	89.1	89.5	93.2	91.7
Canton	80.8	82.7	86.0	86.5	89.4	92.9	93.1

Globalement, nous pouvons dire que dès 1998, le domaine des soins aigus dépasse les 90% d'occupation des lits exploités alors que c'est le cas de la gériatrie depuis 1990 déjà.

Le secteur de la gériatrie, quant à lui, est resté relativement stable durant toute la période étudiée. En effet, les taux d'occupation varient entre 91.6 en 1990 et 94.8 en 2002.



6.4. L'évolution des dépenses des divers secteurs d'activités hospitalières

6.4.1 Les dépenses brutes d'exploitation (aigu, gériatrie, psychiatrie, CVP)

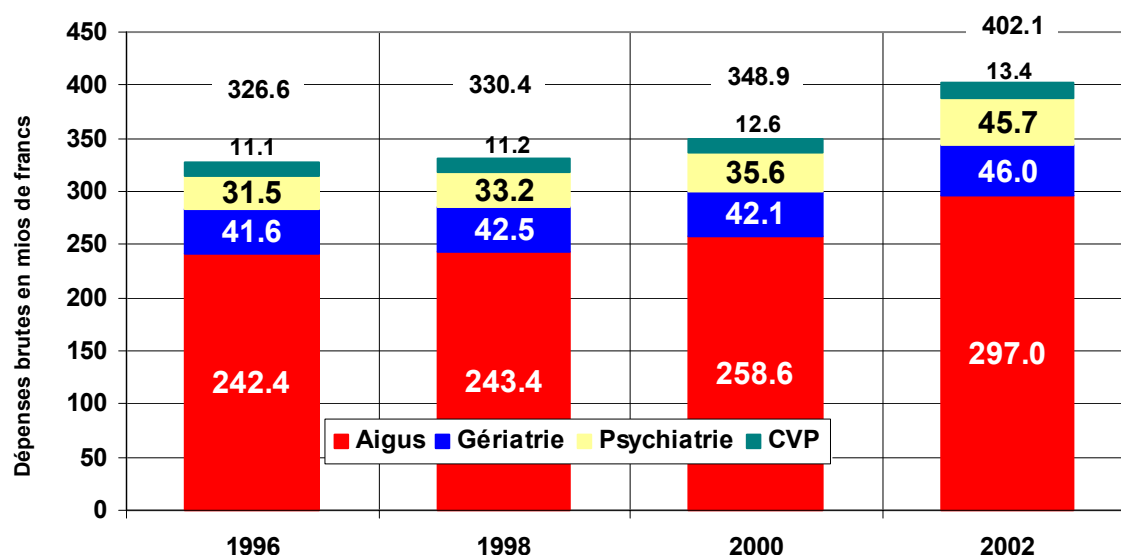
Depuis 1995, les dépenses brutes des hôpitaux ont augmenté de 321.3 à 402.1 millions de francs en 2002. Cette augmentation de 80.8 millions représente une progression de l'ordre de 21%.

D'une manière plus précise, l'augmentation des dépenses d'exploitation des différents secteurs est la suivante :

- Soins aigus : + 22.5%
- Gériatrie : + 24.1%
- Psychiatrie + 48.9%
- Réadaptation (CVP) + 18.9%

Nous constatons que les soins aigus engendrent une part importante des dépenses hospitalières puisque ce secteur représente, en 2002, le 73.9% des coûts.

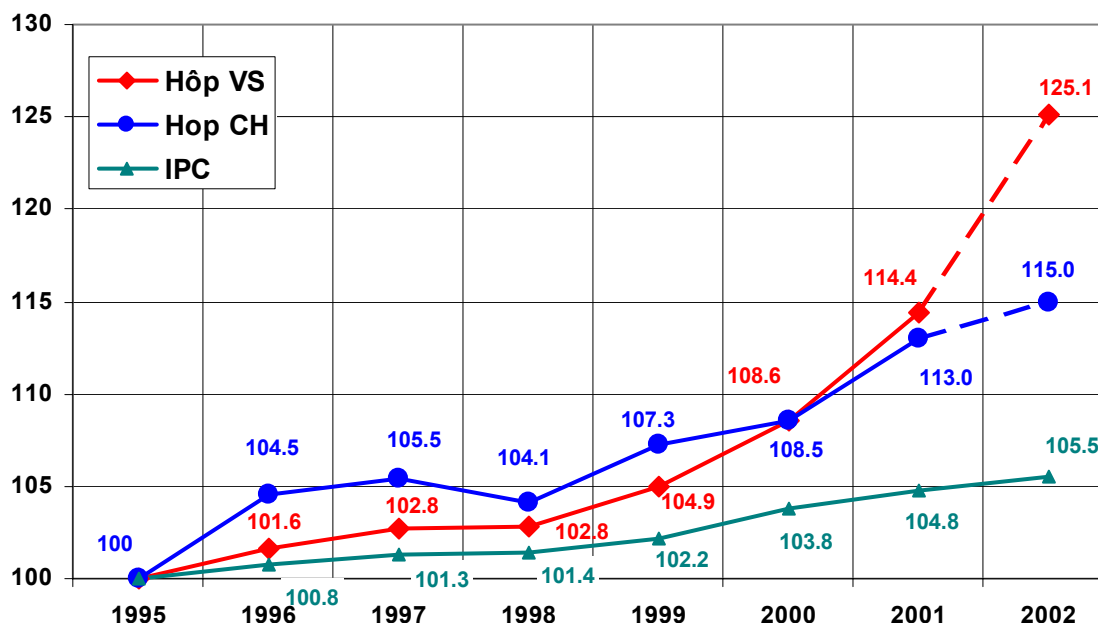
Les dépenses pour les secteurs de la gériatrie et de la psychiatrie représentent près de 11% du total des dépenses. Il est toutefois à relever que la psychiatrie a connu une progression plus importante que la gériatrie. Cet élément s'explique par la forte augmentation du nombre de sorties et par la diminution de la durée de séjour. Ainsi, la prise en charge des patients psychiatriques implique une prise en charge plus intensive et par la même un personnel plus important.



Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie



6.4.2 **Indice d'évolution des dépenses brutes des hôpitaux (Suisse et Valais) et indice des prix à la consommation**



Source : Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie et Office fédéral de la statistique

Ce graphique présente l'évolution des dépenses de l'ensemble des hôpitaux valaisans et suisses en comparaison avec l'évolution des prix à la consommation.

Globalement, nous pouvons dire que le secteur hospitalier a connu une croissance plus importante que l'IPC puisqu'il se situe constamment au-dessus de ce dernier. Il est toutefois à noter que jusqu'en 1998, les hôpitaux valaisans ont vu leurs dépenses croître de manière moins forte qu'en Suisse.

A partir de 1998, le canton du Valais voit ses coûts fortement progresser. En l'espace de quatre ans, la progression a même dépassé celle des hôpitaux suisses. Cela s'explique en grande partie par les augmentations salariales accordées ces dernières années en Valais.



7. Le financement

Ce chapitre fournit une synthèse se rapportant au financement des établissements hospitaliers valaisans.

Dans le secteur hospitalier, le canton du Valais a innové en la matière, en introduisant dès 1998 un financement par cas/service, dans le cadre du budget global. Très novateur, un tel système n'est pas allé sans ajustements, et a nécessité une attention soutenue pour corriger ce qui devait l'être, et poursuivre la transition vers le but recherché à terme, le financement par pathologies.

Les forfaits par cas/service ont rempli leur objectif d'étape intermédiaire : ils reflètent beaucoup mieux l'activité des établissements que l'ancien système des forfaits journaliers, et les variations constatées au sein de chaque service sont moins grandes que ce que l'on aurait pu craindre. Le système nous a permis de nous préparer à une évolution vers un financement par pathologies (APDRG, cf. paragraphe ci-dessous).

7.1. Tarifs hospitaliers 2001

En date du 20 décembre 2000, le Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL) et les assureurs maladie LAMal, sont parvenus à un accord pour les tarifs hospitaliers 2001.

Suite à cet accord, le gouvernement cantonal, autorité compétente d'approbation des conventions tarifaires, a demandé, conformément à la législation fédérale, le préavis de la Surveillance des prix (SdP). Cette dernière a effectué ses recommandations et a demandé au Conseil d'Etat de ne pas homologuer la convention.

Malgré cette recommandation, et à la demande du Grand Conseil, la convention a été homologuée par le Conseil d'Etat. Les deux fédérations valaisannes des assureurs maladie (Haut-Valais et Bas Valais) ont dès lors fait recours auprès du Conseil Fédéral.

Dans sa décision du 2 juillet 2003 sur les tarifs 2001 des hôpitaux valaisans, le Conseil fédéral a partiellement admis le recours des assureurs et a renvoyé l'objet au Conseil d'Etat pour une nouvelle décision.

Le 18 juillet et le 15 octobre 2003, le Conseil d'Etat a demandé au Conseil fédéral une interprétation de sa décision. En date du 15 décembre 2003, le Conseil Fédéral a fait part de sa position sur cette requête.

7.2. Tarifs hospitaliers 2002

Les négociations tarifaires 2002 entre le Gehval et les assureurs n'ont pas abouti à un accord. Dès lors, les partenaires ont requis du Gouvernement la fixation d'autorité des tarifs hospitaliers 2002.

Avant de fixer définitivement ces tarifs, les partenaires ont, conformément à l'article 47 al.1 LAMal, un droit de consultation. De même, la Surveillance des prix a également été consultée.

Contre cette décision du Gouvernement pour l'année 2002, des recours ont été déposés au Conseil Fédéral.

En date du 15 décembre 2003, le Conseil Fédéral a rendu sa décision sur les tarifs 2002.



Comme pour l'année 2001, le Conseil Fédéral n'a pas fixé les tarifs 2002 mais demande au Conseil d'Etat de publier des nouveaux tarifs qui tiennent compte de ses considérants.

Ainsi, une fois effectués les calculs nécessaires, les tarifs 2001/2002 seront fixés par le Conseil d'Etat et publiés au Bulletin officiel (début février 2004).

S'agissant du financement des conséquences de la non transparence et des frais de formation pour les années 2001 et 2002, le Grand Conseil devra encore en définir les modalités dans un décret spécifique qui sera présenté dès que ces tarifs seront applicables.

7.3. Tarifs hospitaliers 2003

Les négociations tarifaires 2003 pour le secteur stationnaire LAMal des soins aigus entre le Réseau Santé Valais et les assureurs n'ont pas abouti à un accord. Dès lors, les partenaires ont requis du Gouvernement la fixation d'autorité des tarifs hospitaliers 2003, à l'exception de l'Hôpital du Chablais et du CVP qui ont conclu une convention particulière.

Pour les autres secteurs d'activité (gériatrie, psychiatrie et psychogériatrie) une convention pour l'année 2003 a été conclue avec Santé Suisse.

Avant de fixer définitivement ces tarifs, les partenaires ont été consultés, conformément à l'article 47 al.1 LAMal. De même la Surveillance des prix a été également consultée au sens de la loi sur la Surveillance des prix (article 14).

En date du 12 novembre 2003, la Surveillance des prix a effectué ses recommandations. Il appartient dès lors au Conseil d'Etat de fixer les tarifs du secteur stationnaire LAMal des établissements de soins aigus (Martigny, Sion, Sierre, Viège et Brigue). Cette fixation des tarifs 2003 aura lieu au début février 2004.

7.4. Les effets de la mise en application du décret sur le réseau Santé Valais sur les nouvelles modalités du financement hospitalier

Avec la mise en application du décret sur le Réseau Santé Valais du 4 septembre 2003, les flux financiers entre l'Etat et les établissements hospitaliers sont modifiés du fait de la suppression des participations communales.

7.4.1 Les nouvelles modalités du financement des hôpitaux

Les nouvelles modalités du financement des hôpitaux reconnus d'intérêt public peuvent être résumées comme suit:

- ◇ Le budget du Réseau Santé Valais, qui comprend les budgets des établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public, est soumis au Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie pour approbation. La même manière de procéder s'applique aux comptes du RSV, lesquels comprennent également les comptes de tous les établissements hospitaliers.
- ◇ Le Conseil d'Etat accorde, par voie budgétaire, le montant de participation financière de l'Etat au RSV. Ce montant est fixé par le Grand Conseil. Le Réseau Santé Valais répartit la participation financière du canton entre les hôpitaux sur la base de la planification et des mandats de prestations ainsi que des dépenses retenues au sens de la loi cantonale sur la santé.
- ◇ Le Réseau Santé Valais est chargé de mener les négociations d'une part, avec les assureurs concernant les conventions tarifaires, et d'autre part, avec les syndicats concernant les conventions collectives de travail.



8. Le Réseau Santé Valais (RSV)

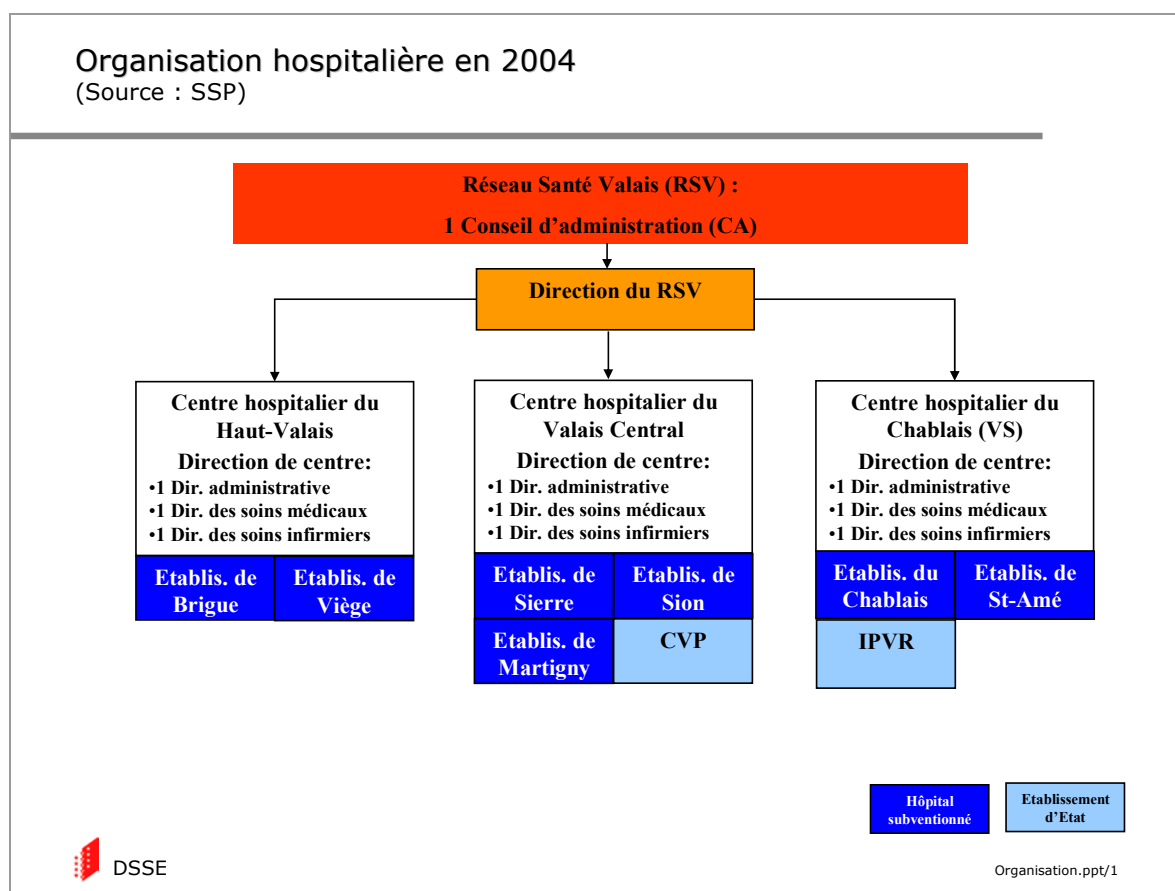
8.1. La structure du RSV

Avec la mise sur pied du Réseau Santé Valais (RSV) en février 2002, le canton a créé un établissement de droit public autonome ayant pour but d'assurer **la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Etat en matière de planification hospitalière ainsi que la gestion des activités des établissements hospitaliers et des instituts médico-techniques publics et reconnus d'intérêt public.**

Avec la mise en réseau des hôpitaux, les communes se retirent du financement de ces établissements. En ce qui concerne la gestion des établissements hospitaliers, la mise en réseau implique un transfert du pouvoir des associations hospitalières au RSV.

Conformément à la volonté clairement exprimée par le Conseil d'Etat dans son message au Grand Conseil, trois centres hospitaliers ont été créés offrant chacun un éventail complet de prestations. Cet éventail est complété d'une part par certaines disciplines à caractère cantonal qui ne sont offertes que par un établissement dans le canton et d'autre part par des prestations offertes uniquement hors canton par des hôpitaux universitaires.

Selon la Décision du Conseil d'Etat du 15 octobre 2003, la structure suivante est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004.





8.2. Une zone hospitalière

8.2.1 Objectif des zones hospitalières : de 1996 à 2003

Jusqu'à présent, la **zone hospitalière** correspondait à un découpage géographique du canton qui permettait de déterminer, conformément à la loi sur la santé, les obligations et les modalités de la **participation financière** des communes.

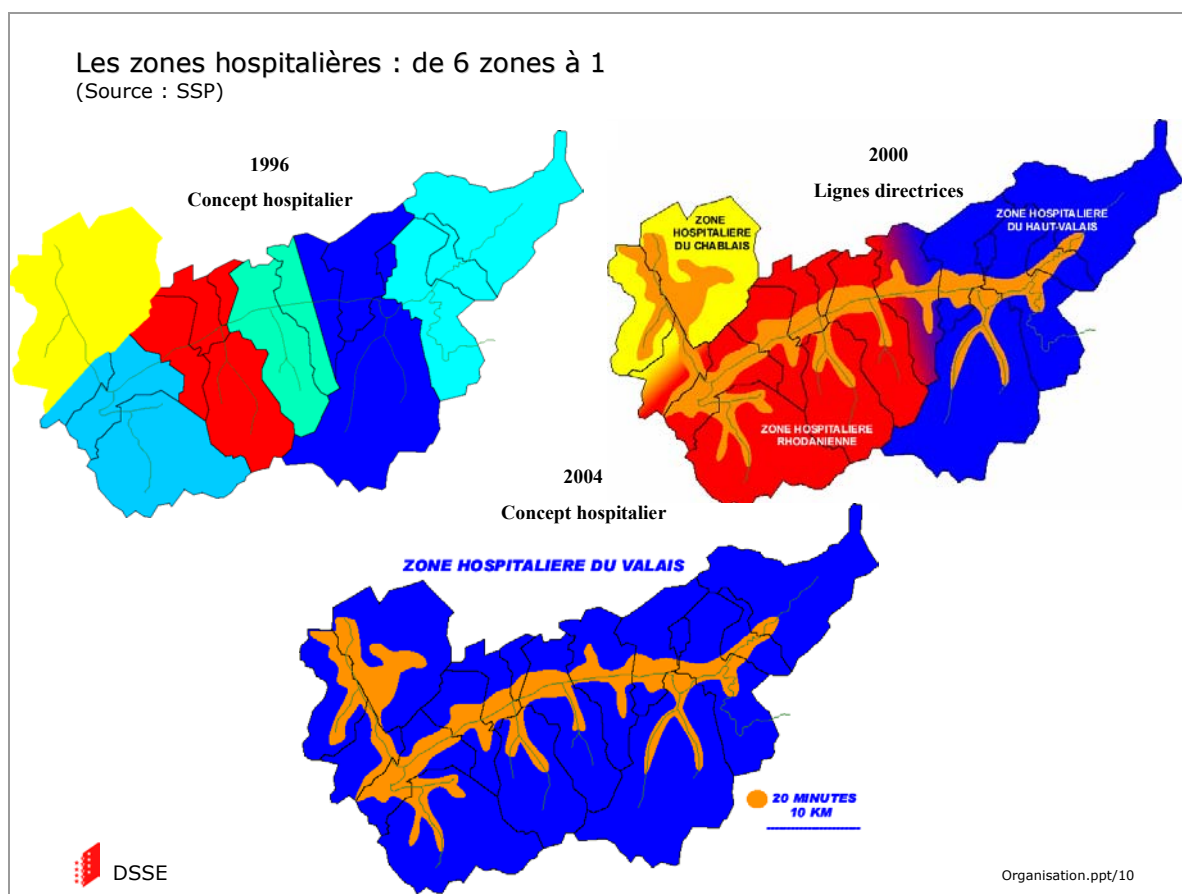
Le rattachement des communes à une zone particulière relevait notamment des articles 98 et 99 de la loi sur la santé. Ces articles impliquaient **un certain nombre d'obligations** à l'attention **des communes d'une même zone**. Ainsi, les dépenses hospitalières non conformes à la planification et aux règles de subventionnement étaient prises en charge par les communes de la zone concernée. Toutefois, pour d'autres prestations, comme par exemple les disciplines cantonalisées, les communes n'intervenaient pas dans le financement.

De plus, les communes d'une zone étaient parties prenantes de l'association de communes de droit public ou privé. Les communes intervenaient donc directement dans la gestion des hôpitaux de la zone à laquelle elles étaient rattachées.

La zone hospitalière ne déterminait pas, en revanche, le lieu de traitement des patients. Ces derniers pouvaient toujours choisir l'établissement du canton dans lequel ils voulaient se faire soigner pour autant que ce dernier offre les prestations adaptées au traitement.

8.2.2 De six zones hospitalières à une : 1^{er} janvier 2004

Avec l'adoption le 4 septembre 2003 de la révision du Décret sur le RSV, la notion de zone hospitalière telle que définie dans la Loi valaisanne disparaît puisque **les compétences des communes sont transférées au RSV**. De plus, et conformément au nouvel article 98 de la loi sur la santé, **l'affectation des bénéficiaires d'exploitation et la couverture des pertes d'exploitation incombent au RSV**.





9. Mesures de rationalisation de la gestion

L'objectif de la mise en place de mesures de rationalisation est d'améliorer la gestion des établissements sans priver le patient des soins dont il a besoin. A terme, les moyens financiers dégagés par les mesures mises en place pourront être réinjectés afin d'améliorer encore la prise en charge des patients.

La réorganisation du secteur administratif constitue donc la première étape de cette planification avec comme mesures à mettre en place :

1. Informatisation des hôpitaux,
2. D'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation,
3. Centralisation de la comptabilité financière,
4. Centralisation de la facturation,
5. Introduction du TARMED pour la facturation de l'ambulatoire hospitalier et des APDRG pour le stationnaire,
6. Création d'une centrale d'achat,
7. Centralisation du codage (diagnostics et interventions),

9.1. Informatisation des hôpitaux

L'informatisation des hôpitaux est la clé de voûte des mesures suivantes. En effet, seul un système d'information unifié permettra de mettre en œuvre les mesures de rationalisation proposées ci-dessous.

Le 7 juillet 2000, le Conseil d'Etat décidait de créer un comité de direction chargé de mettre en place le concept d'information du système sanitaire valaisan dont la première étape est l'informatisation des hôpitaux.

Actuellement, le dossier de l'informatisation progresse sur chacun de ses quatre projets avec les calendriers suivants :

- ◇ système **d'informatisation administrative (SIAD)**, harmonisé pour l'ensemble des établissements pour janvier 2004 ;
- ◇ **informatisation du dossier patient (SICL) : soins somatiques pour décembre 2004 et soins psychiatriques pour décembre 2005 ;**
- ◇ **Datawarehouse : base de données assortie de tableaux de bords destinés à la mise en valeur et à l'exploitation des données des systèmes SIAD et SICL pour janvier 2004 ;**
- ◇ **Serveur d'identité** : serveur permettant d'identifier de façon unique le patient dans le système d'information en évitant les doublons.

Grâce à la réalisation du SIAD, le RSV pourra mettre en place, de manière efficace, les mesures de rationalisation prévues. Par conséquent, il est impératif que ces premiers délais soient respectés.



9.2. Mise en place d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation (CAE)

Selon l'article 49 alinéa 6 LAMal, « Les hôpitaux calculent leurs coûts et classent leurs prestations selon une méthode uniforme ; ils tiennent, à cet effet, une comptabilité ainsi qu'une statistique de leurs prestations.... ». De plus, l'alinéa 7 précise que « Les gouvernements cantonaux et, au besoins, le Conseil Fédéral font procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux (...) Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention prévue (...) et demander à l'autorité qui approuve (...) de réduire les tarifs dans une juste mesure »

Jusqu'à ce jour, les hôpitaux valaisans ont mis en place, avec plus ou moins de succès, une comptabilité analytique propre à leur établissement. Toutefois, suite à l'intervention de la Surveillance des Prix, il s'est avéré que la qualité des CAE n'est pas la même partout. La conséquence directe de cette différence a été une baisse du taux de couverture des assureurs.

Il convient donc d'accélérer encore la mise en place d'une comptabilité analytique harmonisée qui se base sur le « Manuel de comptabilité analytique par centre de charge et par unité finale d'imputation des établissements valaisans ». Les buts de cette harmonisation sont de :

- ◇ pouvoir remplir les exigences légales,
- ◇ favoriser la transparence des coûts,
- ◇ établir des relevés des prestations,
- ◇ développer un outil de gestion performant,
- ◇ déterminer des indicateurs de comparaisons,
- ◇ pouvoir juger du caractère économique des prestations,
- ◇ servir de base pour des comparaisons entre établissements,
- ◇ servir de base pour les négociations tarifaires,
- ◇ augmenter les taux de couverture des assureurs.

Au vu de l'état d'avancement de ce dossier, il paraît raisonnable de penser qu'une présentation harmonisée des comptes puisse se faire pour **décembre 2004**. Cette décision exigera de certains établissements un travail important dans ce domaine, mais cela s'avère nécessaire s'ils veulent obtenir un meilleur taux de couverture.

9.3. Centralisation de la comptabilité financière

La mise en place d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation harmonisée est étroitement liée à celle de la comptabilité financière. Dès lors, la centralisation de cette dernière permettra de l'unifier plus rapidement.

De même, les comparaisons entre les établissements seront beaucoup plus faciles à faire à partir du moment où un même plan comptable et les mêmes pratiques de comptabilisation seront respectés.

Le délai attendu pour la présentation harmonisée des comptabilités financières est le même que pour la CAE à savoir, **décembre 2004**.



9.4. Centralisation de la facturation

Dans le système actuel de financement, la facturation est établie sur la base des **forfaits par cas/service**. Pratiquement, le montant de la facture dépend donc de deux éléments :

- ◇ le montant du **forfait** de médecine, chirurgie, etc. défini annuellement par voie de convention entre le RSV et les assureurs,
- ◇ le **service** dans lequel le patient est hospitalisé. La facturation est par conséquent établie sur la base de documents (lettre de sortie, etc.) transmis par le médecin.

Un des avantages de la centralisation de la facturation pour les hôpitaux réside dans les délais de facturation. L'expérience montre que les établissements ont des pratiques divergentes à ce niveau. Dès lors, la centralisation de la facturation permettra de diminuer de manière importante ces délais et par là même le montant des intérêts liés aux comptes courants des hôpitaux.

Cette mesure pourrait raisonnablement être mise place pour **décembre 2004**.

9.5. Introduction du Tarmed pour la facturation de l'ambulatorio hospitalier et des APDRG pour le stationnaire hospitalier

Selon l'article 43 alinéa 5 de la LAMal, « Les tarifs à la prestation dans le domaine de l'assurance-maladie doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse ». Le Tarmed est donc la dénomination de la nouvelle structure tarifaire qui comprend les prestations effectuées, soit en cabinet médical, soit en ambulatorio dans les hôpitaux et qui peuvent être facturées à charge des assureurs maladie ou des autres assureurs fédéraux (LAA/AI/AM).

Afin de respecter les décisions de la Confédération, les cantons doivent introduire la facturation de l'ambulatorio par le Tarmed **dès le 1^{er} janvier 2004**.

Concernant le secteur **stationnaire LAMal**, les partenaires devront décider de financer ce secteur en fonction des pathologies **dès le 1^{er} janvier 2005**. L'année 2004, fonctionnera comme une phase de test. Chaque cas statistique sera ainsi codé.

En ce qui concerne les cas **stationnaire LAA**, la facturation se fait par le biais des APDRG **dès le 1^{er} janvier 2004**.

9.6. Création d'une centrale d'achat

La création d'une centrale d'achat commune à tous les établissements permettra de définir et appliquer une politique unique concernant les achats. De plus, le fait de pouvoir regrouper les acquisitions des établissements devrait permettre de faire des économies grâce, notamment à des achats en plus grandes quantités.

Selon le rapport d'activité du RSV pour l'année 2002, un contrat de collaboration a été signé avec la CADES et le projet était en cours de réalisation. **En décembre 2004, le projet doit être opérationnel.**



Parallèlement à ce premier projet, le RSV a mené des **négociations portant sur des secteurs tels que les télécommunications ou l'énergie**. Un calendrier des mesures à prendre devrait donc être établi.

9.7. Centralisation du codage (diagnostics et interventions)

Actuellement, les établissements ont l'obligation de fournir une statistique médicale pour le canton et la Confédération.

Si la Confédération utilise ces données pour faire des comparaisons intercantionales, le canton en a besoin afin de :

- ◇ pouvoir développer les stratégies de santé publique,
- ◇ disposer des bases de financement des hôpitaux,
- ◇ contrôler la gestion des hôpitaux,

Ces statistiques sont donc capitales pour le canton. Afin d'assurer la validité et la fiabilité de ces statistiques, l'Observatoire valaisan de la santé a centralisé le codage en regroupant sous son égide le personnel spécialisé occupé dans les hôpitaux.

L'Observatoire s'est engagé à fournir, dès 2004, un codage précis et uniforme des diagnostics. Avec cet outil, il devrait être possible :

- ◇ de faire des comparaisons valides entre les hôpitaux notamment en ce qui concerne la qualité des soins,
- ◇ de déterminer et calculer les APDRG de manière standardisée entre les différents hôpitaux.

9.8. Calendrier de la mise en place des mesures de rationalisation

Nous présentons ici le calendrier à respecter pour la mise en place des mesures de rationalisation.

Mesures de rationalisation	Délais de mise en oeuvre
Informatisation des hôpitaux	Système d'informatisation administratif harmonisé pour l'ensemble des établissements pour janvier 2004 informatisation du dossier patient : - soins somatiques en décembre 2004 - soins psychiatriques décembre 2005
Finalisation de CAE par UFI	Décembre 2004
Centralisation de la comptabilité financière	Décembre 2004
Codage précis et uniforme des diagnostics	Janvier 2004
Centralisation de la facturation	Décembre 2004
Introduction du financement via le Tarmed et les APDRG	Janvier 2005 pour les APDRG (LAMal)
Création de la centrale d'achat	Décembre 2004



10. Répartition des activités et/ou disciplines médicales

10.1. Généralités

La planification hospitalière doit s'adapter au paysage sanitaire du XXI^{ème} siècle qui va se transformer en raison notamment **du vieillissement démographique** de la population et du développement de la technologie médicale qui va modifier l'organisation des soins. **Les coûts de santé continueront à croître dans le futur, si bien que l'objectif du Conseil d'Etat est donc d'en maîtriser l'évolution.**

La planification hospitalière est rendue d'autant plus nécessaire que le **climat d'incertitude actuel qui pèse sur l'ensemble des soignants, entraîne une certaine démotivation et risque à court terme de dégrader la qualité des soins.** Le climat actuel est rendu encore plus pesant en raison de la **pénurie du personnel soignant** dans de nombreux secteurs (infirmières en soins intensifs, infirmières instrumentistes, infirmières anesthésistes, infirmières en psychiatrie, etc.). Même sur le plan médical, c'est peut-être une **pénurie de médecins hospitaliers qu'il faudra gérer** (médecins assistants, radiologues, anesthésistes, etc.). Cette pénurie ira d'ailleurs peut-être en s'aggravant avec la diminution des horaires de travail, la féminisation de la profession médicale et le manque d'attrait actuel de la profession lié notamment à sa pénibilité.

Afin d'atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus, la planification hospitalière doit reposer sur une chaîne de soins avec, en première ligne, les libres praticiens ainsi que des urgences pré hospitalières coordonnées aux urgences inter hospitalières et intra hospitalières et soutenues par des SMUR performants¹.

10.2. Motivations pour la répartition des activités médicales – un nécessaire regroupement des disciplines

En 1996, le « Concept hospitalier valaisan » proposait de créer des synergies entre les hôpitaux en incitant les médecins à collaborer afin d'améliorer la qualité et l'efficacité.

Aujourd'hui, le regroupement de certaines disciplines à l'intérieur des trois centres hospitaliers **s'impose pour des raisons de sécurité, de qualité et de maîtrise des coûts.** Les objectifs visés ici sont :

- ◇ 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 actuelles² 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

¹ Services mobiles d'urgences et de réanimation avec intervention d'un médecin spécialement formé dans ce domaine, afin de pouvoir assurer la prise en charge d'urgences pré hospitalières aussi bien en plaine que dans les fonds de vallées.

² Voir à ce sujet les études ATAG 2000 ; CRIVILLI, FILIPPINI, LUNATI 2001 ; BOILLAT 2002.



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 ;
- ◇ 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.

10.3. Les principes de la répartition des activités et des disciplines médicales

10.3.1 Trois centres hospitaliers – un regroupement des disciplines pour une meilleure qualité des soins

Rappelons d'abord que l'objectif est d'organiser la planification sur **trois centres hospitaliers** offrant un **éventail complet de prestations**. En plus de cet éventail complet offert par chaque centre hospitalier, la planification prévoit que **certaines disciplines médicales doivent être centralisées sur un seul établissement dans le canton** pour des raisons de qualité et de maîtrise des coûts. Enfin, **certaines disciplines médicales très pointues ne peuvent tout simplement pas être exercées dans le canton** ; les patients concernés sont alors référés aux hôpitaux universitaires.

A terme, les progrès de la médecine pourraient permettre de limiter l'offre en lits aigus à un taux d'environ 2 lits par 1000 habitants, ce qui représenterait 560 lits pour une population de 280'000 habitants. Cette limitation doit bien être comprise non comme un rationnement, mais comme une amélioration de la qualité de la prise en charge. Dans cette optique, il n'est **pas question de fermer des établissements hospitaliers, mais bien de redéfinir leur mandat de prestations**.

10.3.1.1 Maintien des soins de qualité

Le premier objectif de cette répartition est clairement de maintenir des soins de qualité qui soient proches de la population. Dans ce sens il est prévu de conserver des urgences ambulatoires 24h/24 et 7 jours/7 dans les six établissements aigus actuels.



Le maintien de ce service permet à la population de se rendre à l'hôpital le plus proche pour une urgence. Actuellement, ces services d'urgences sont souvent engorgés et il n'est pas souhaitable d'en réduire le nombre. Une étroite collaboration entre les services d'urgences et les médecins de ville doit être développée afin d'améliorer la prise en charge des patients

10.3.1.2 Mandats de prestations différenciés

Afin d'améliorer la qualité des soins, qui dépend comme nous l'avons vu ci-dessus autant de la masse critique des prestations que de la qualification du personnel, il est aujourd'hui nécessaire de regrouper certaines disciplines et/ou activités médicales sur un établissement par centre hospitalier. Sur le plan économique également, ce regroupement aura un impact très positif. Dans ce sens, **le deuxième objectif est d'attribuer aux établissements faisant partie du même centre hospitalier des missions ou mandats de prestations différents (modèle différencié). Les uns seront chargés avant tout d'exécuter les prestations complexes pour lesquelles un service de soins intensifs et une équipe multidisciplinaire doivent se trouver à proximité. Les autres s'occuperont essentiellement des cas programmés ainsi que des soins de longue durée.**

10.3.1.3 Maintien des blocs opératoires dans tous les établissements de soins aigus

Le troisième objectif est de conserver des blocs opératoires sur tous les établissements, sauf pour la nuit et les fins de semaines où seul un établissement par centre maintiendra ses blocs opératoires ouverts. En effet, au vu des exigences de qualité, de la pénurie en personnel de soin et en personnel médical, de la réduction des horaires de travail et de la sous occupation des infrastructures, il n'est plus souhaitable de maintenir des blocs opératoires ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans tous les établissements hospitaliers (qui, au demeurant, ne sont distants que de quelques minutes).

10.3.1.4 Mise en place d'un service d'urgences pré hospitalière et inter hospitalière

Enfin, la répartition des disciplines selon la complexité des cas implique que les hôpitaux puissent éventuellement transférer les patients vers l'établissement le plus à même de le prendre en charge. Afin que ces éventuels transferts puissent être effectués dans les meilleurs délais, il est nécessaire de **mettre en place un service performant de transfert des patients d'un hôpital à l'autre.**

10.3.2 *Des disciplines ou activités plus prestigieuses que d'autres ? Une répartition des activités sans gagnant ni perdant au niveau régional.*

Si l'on se permettait autrefois de qualifier certaines disciplines médicales de plus prestigieuses que d'autres, la médecine moderne a dépassé ce stade. La Fédération des médecins suisses reconnaît aujourd'hui plus d'une cinquantaine de spécialités. **Suite au vieillissement de notre société³, des disciplines comme la gériatrie, la psychogériatrie, l'oncologie et les soins palliatifs prennent une importance sans précédent** et il ne fait aujourd'hui plus aucun doute **qu'elles nécessitent des structures adaptées et du personnel spécialisé.** Les études actuelles laissent également apparaître **des besoins accrus dans le domaine de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie.** Ces études se font aussi l'écho de lacunes dans le système de prise en charge actuel⁴. S'il est des disciplines à développer, des disciplines du futur dans lesquelles on se doit d'investir et de s'investir, c'est donc bien dans celles-ci.

Pour ces raisons, **il n'est plus question aujourd'hui de considérer que certaines disciplines seraient plus prestigieuses que d'autres.** Il convient d'en prendre conscience, non seulement pour éviter le développement disproportionné de certaines activités médicales,

³ Selon les chiffres et les projections de l'OFS, le nombre de personnes âgées de plus de 90 ans a plus que doublé depuis 1990 ; il devrait au moins doubler encore une fois d'ici à 2020.

⁴ Voir à ce sujet le Livre blanc de la psBriguechirurgie en Suisse, Ed. Médecine et HBriguechirurgie, juin 2000.



mais également pour permettre de **répondre aux besoins médicaux de notre population d'aujourd'hui et de demain avec des prestations de qualité.**

Comme signalé ci-dessus, **la masse critique est un critère important** dans le domaine de la planification hospitalière. Il ne s'agit pas simplement de rationalisation et d'économies d'échelle ; au-delà de cet aspect il paraît important de rappeler qu'**il s'agit avant tout d'une question de qualité des soins.** Avec la spécialisation actuelle des disciplines médicales et les avancées technologiques, **il n'est plus possible d'assurer une bonne qualité des prestations dans de petites structures.**

A l'avenir, il n'y aura pas d'hôpitaux plus prestigieux que d'autres mais uniquement des établissements offrant des prestations répondant aux besoins ciblés de la population. Dans les faits, la décision du Conseil D'Etat du 15 octobre 2003 créait les trois centres hospitaliers dont l'objectif est de couvrir les besoins des patients valaisans en soins hospitaliers. Dès lors, les établissements se trouvant dans le même centre hospitalier se devront d'être complémentaires et non pas concurrents.

10.3.3 Quelques définitions

Avant de traiter en détail la question de la répartition des disciplines, il convient encore de préciser un certain nombre de définitions qui ont des implications directes quant à cette répartition :

Cas programmés: Les cas programmés correspondent aux interventions chirurgicales et médicales planifiées par les médecins.

Cas non programmés : Les interventions sont considérées comme non programmées s'il s'agit d'une urgence.

Cas complexes versus cas légers : la notion de complexité des cas est directement liée à la présence ou non des services de soins intensifs. En effet, sont considérées comme complexes les prestations qui potentiellement nécessitent la présence d'un service de soins intensifs.

Selon l'article 3 de l'Ordonnance sur le RSV (Planification et subventionnement des établissements hospitaliers), les « **Disciplines à caractère cantonal** » sont des disciplines médicales nécessitant en particulier une centralisation pour des raisons de qualité, de pérennité et de maîtrise des coûts. Celles-ci sont définies par le Conseil d'Etat en application de l'article 110 al. 2 de la loi et dans le cadre de conventions ou de mandats de prestations.

Le calcul du nombre de **lits occupés** est effectué afin de savoir quelle est la taille optimale des services. Cet indicateur est calculé à l'aide des journées, car il convient de prendre en considération les durées d'hospitalisation. Ainsi, le nombre de lits occupés est égal à la formule suivante :

$$\text{Lits occupés} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{365 \text{ jours}}$$

Le nombre de **lits planifiés** correspond au nombre de lits maximum que le Conseil d'Etat autorise. Le RSV est libre, mais encouragé, à adopter une dotation en lits inférieure en vue de redimensionner son offre en fonction des besoins réels de la population des trois Centres hospitaliers.



De façon générale, le Conseil d'Etat se réfère aux définitions, normes, directives et critères de qualité des associations faitières de spécialistes (comme par exemple la Société suisse de médecine intensive) ainsi que les autres instances ou autorités fédérales compétentes. Ces éléments sont particulièrement importants en ce qui concerne les **soins intensifs** et les **blocs opératoires**.

10.4. Les urgences hospitalières

Une organisation efficace du système de santé implique que l'on établisse une distinction claire entre des soins non programmés et des urgences. En effet, les **services des urgences** ont pour mission de prendre en charge, en priorité, **les besoins de soins immédiats**.

Dans le cadre de ce document, nous distinguons **l'urgence ambulatoire ou mineure** de **l'urgence majeure ou vitale**. Il est toutefois essentiel de préciser que **tous les hôpitaux conservent leurs services d'urgences** car, ils permettent à la population de se rendre à l'hôpital le plus proche pour une urgence, en l'absence du médecin traitant, la nuit ou en fin de semaine.

10.4.1 L'urgence ambulatoire ou mineure

L'urgence ambulatoire est l'expression d'un besoin de **soins urgents** qui nécessite la **mobilisation immédiate d'un médecin** ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Les services d'urgences ambulatoires sont ouverts **24 heures sur 24 et 7 jours sur 7**. Ils prennent en charge les patients selon les schémas suivants :

- ◇ prestations ambulatoires : le patient quitte l'hôpital suite à la consultation,
- ◇ prestations stationnaires : le patient est hospitalisé dans l'établissement le plus approprié.

10.4.2 L'urgence vitale ou majeure

Les cas d'urgences vitales ou majeures sont des accidents ou des maladies graves, à domicile ou hors domicile qui nécessitent une intervention rapide et une hospitalisation. On considère comme telles toutes les situations où la vie de la personne est en danger.

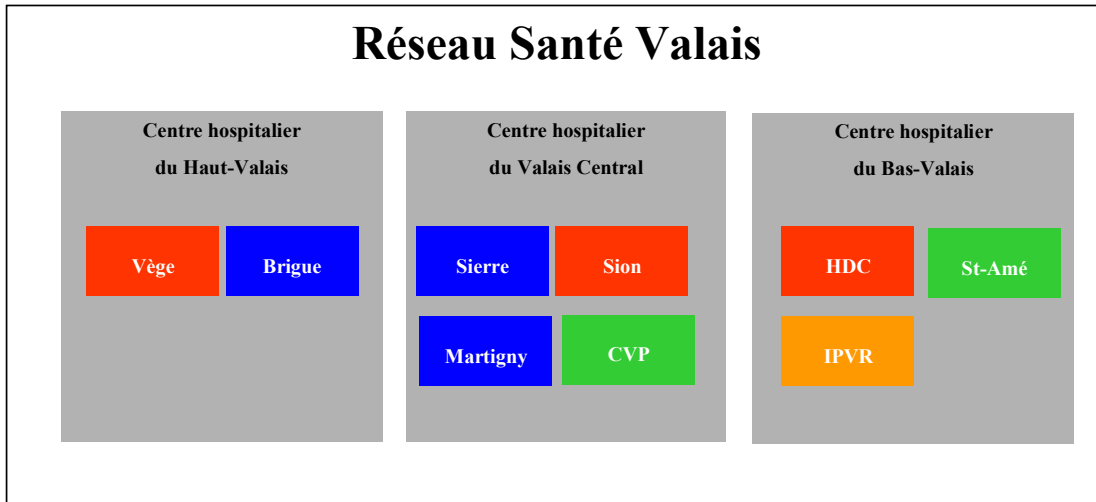
Pour toutes les urgences vitales, le bon réflexe est d'appeler le 144. La Centrale 144 organise et coordonne les secours car, elle peut engager instantanément tous les moyens de transport sanitaire d'urgence ainsi que les services de médecins spécialistes. **Les moyens mis en œuvre par la Centrale (ambulances, hélicoptères) dirigent automatiquement le patient vers l'établissement le plus approprié.**

L'hôpital qui accueille de tels patients, doit, à tout moment du jour ou de la nuit, pouvoir disposer de salles d'opérations, de soins intensifs opérationnels et d'un large éventail de spécialistes rapidement disponibles.

Schématiquement, les services d'urgence se répartissent de la manière suivante :



Hôpitaux : Services d'urgences ouverts 24h/24 et 7j/7 (Source :SSP)



Hôpital avec urgences ambulatoires et vitales



Hôpital avec urgences ambulatoires



Hôpital avec urgences psychiatriques



Hôpital sans urgences ambulatoires

Organisation.ppt/6



10.5. Les soins intensifs

Selon les directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI), la définition de la médecine intensive est la suivante : « *La médecine intensive comprend le diagnostic, la prévention et le traitement à court, moyen et long terme de toutes les défaillances aiguës des fonctions vitales. Les mesures mises en œuvre sont destinées à des patients dont la vie est menacée dans l'immédiat, mais dont le pronostic est potentiellement favorable. La médecine intensive est pratiquée par une équipe formée pour cette tâche et composée de personnel médical, infirmier et technique provenant de différentes spécialités. Elle est exercée dans un emplacement défini et réservé à cet effet.* »

En Suisse, pour être reconnue par la SSMI et se voir ainsi remboursée par les caisses maladie pour les prestations qu'elle dispense, une unité de soins intensifs (USI) doit respecter dans sa structure et son organisation les *Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs de la SSMI*.

En ce qui concerne l'évaluation des besoins en soins intensifs, de nombreuses études définissent le nombre de lits nécessaires pour une population donnée. Ainsi, selon ces travaux, le besoin en lits de soins intensifs pour une population de l'ordre de 500'000 personnes s'élève à 30 lits⁵. A ces lits de soins intensifs, ces études ajoutent un certain nombre de lits « de haute dépendance ». Le nombre de ces lits varie suivant les sources, mais on parle environ de 50 lits pour une population de 500'000 personnes.

Si l'on ramène ce ratio de 30 lits de soins intensifs pour 500'000 personnes à la population valaisanne, **17 lits de soins intensifs pourraient suffire pour l'ensemble du Canton.**

Dans les faits, les données statistiques valaisannes transmises par les hôpitaux sont les suivantes :

Hôpitaux : 2003	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais central	Chablais VS	Total
Nombre de lits	6	5	11	6	11	6	23	4	38

Quelques remarques peuvent être faites sur la base des chiffres présentés :

- ◇ Si l'on compare le nombre de lits de soins intensifs disponibles en Valais jusqu'à présent, nous constatons que nous disposons de 38 lits pour une population de 281'000 personnes.
- ◇ Dans la mesure où, aujourd'hui, la saisie des données concernant les cas et les journées de soins intensifs présentent un certain nombre de biais et que leur saisie n'est pas uniforme, le DSSE a mandaté l'Observatoire valaisan de la santé en collaboration avec le RSV pour harmoniser et uniformiser la saisie et la mise en valeur de ces indicateurs. Lorsque ces données auront été uniformisées et vérifiées, il faudra éventuellement revoir certains éléments de la présente planification en fonction des besoins.
- ◇ Il paraît évident que le Valais ne peut continuer à exploiter autant de lits de soins intensifs. Cette situation reflète en fait une utilisation de ces lits pour des besoins différents ; soit d'une part pour des cas de soins intermédiaires (cf. ci-dessous), soit pour des problèmes liés à la surveillance de lits monitorés (cf. ci-dessous également).

⁵ Lancet, 2000



- ◇ Un des critères de reconnaissance de la Société Suisse de médecine intensive (SSMI) pour une unité de soins intensifs est que cette dernière devrait totaliser **au moins 1'000 journées par an**. Actuellement, ce n'est pas le cas de toutes les unités en Valais.
- ◇ Dans le courant du mois de juin 2003, la SSMI a publié une liste mentionnant les unités reconnues par elle-même en précisant celles qui sont reconnues pour la formation des médecins. A cette date, la société de médecine intensive reconnaît 93 unités de soins intensifs pour l'ensemble de la Suisse dont 5 pour le Valais. Ces unités se situent à Brigue, Viège, Sion, Martigny et à l'Hôpital du Chablais.

En conclusion, et pour les raisons invoquées ci-dessus, notamment de qualité des soins et de coûts, seuls les sites de **Viège, de Sion, ainsi que l'hôpital du Chablais** conserveront un service de soins intensifs.

En résumé, les centres hospitaliers disposeront au maximum de **23 lits de soins intensifs et de 30 lits de soins intermédiaires (lits monitorés)** répartis de la manière suivante :

Etablissement	Unité de soins intensifs (USI)	Lits de soins intermédiaires (lits monitorés)
Viège	6 lits	
Brigue		4 lits
Sierre		4 lits
Sion	14 lits	14 lits
Martigny		4 lits
Chablais	3 lits (VS)	4 lits

De façon générale, la réduction du nombre de lits de soins intensifs a pour but d'améliorer la qualité des soins et une meilleure organisation de ces services tant du point de vue des gardes que du personnel disponible.

Cette réorganisation impliquera également que :

- ◇ Les services de soins intensifs soient complétés par des **lits de soins intermédiaires ou lits monitorés**. Ces lits permettront d'accueillir un spectre large de patients, allant du patient instable ne nécessitant pas toutes les prestations de support offertes par un lit de soins intensifs, au patient stabilisé à risque de décompensation. Ces lits pourront exister soit en complément de l'USI, directement attenant aux lits de soins intensifs, soit dans les services spécialisés, en dehors des soins intensifs. Ces lits accueillant nécessairement des cas moins lourds, ils ne nécessitent ni la même dotation infirmière, ni le même équipement que les lits des soins intensifs.
- ◇ Parallèlement à la nouvelle organisation des soins intensifs, une meilleure utilisation des salles de réveil sur les sites appelés à fournir les prestations opératoires légères et programmées devrait permettre, pendant la journée, d'assurer, le cas échéant, la surveillance d'une complication opératoire, voire la stabilisation du patient et son transfert sur l'établissement disposant de soins intensifs.
- ◇ De la même manière, le bloc des urgences des établissements orientés vers les cas légers et programmés, devra être organisé de façon à pouvoir gérer et stabiliser le cas échéant un patient à transférer sur l'établissement doté des soins intensifs.



- ◇ Enfin, il est nécessaire que l'on exploite les collaborations entre les différentes USI du canton durant toute l'année et éventuellement en cas de surcharge, afin d'éviter des hospitalisations hors-canton non nécessaires.

Sur la base de ces éléments, la répartition des lits de soins intensifs est la suivante :

Pour le site de Viège, une unité de soins intensifs de catégorie 2, c'est-à-dire assurant des prestations générales de médecine intensive. Compte tenu du bassin de population, de la mission du Centre hospitalier du Haut-Valais et du nombre de journées de soins intensifs (statistique 2001 : 2064 journées), cette USI devrait compter un maximum de 6 lits de soins intensifs.

Pour le Chablais, il existe actuellement une unité de soins intensifs de catégorie 2. Les besoins de la population valaisanne du Chablais peuvent être estimés (statistique 2001 rapportée à la population valaisanne : env. 1000 journées) à un total de 3 lits de soins intensifs.

Pour l'hôpital de Sion, vu la présence de disciplines centralisées telles que la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie, une unité de soins intensifs de catégorie 1, c'est-à-dire assurant toutes les prestations générales et spécialisées de médecine intensive. Compte tenu du bassin de population primaire (Valais central) et tertiaire (canton du Valais) pour les disciplines centralisées, de la mission de cet hôpital et du nombre de journées de soins intensifs (statistique 2001 : 5733 journées), cette USI devrait compter au maximum 14 lits de soins intensifs (dont 6 à 7 pour les disciplines centralisées).

Pour les lits de soins intermédiaires ou lits monitorés, la répartition se présente ainsi :

Les **sites de Brigue, de Sierre, de Martigny et de Monthey** sont dotés de 4 lits monitorés chacun alors que le site de **Sion** en comptera 14.



10.6. Les blocs opératoires

L'activité chirurgicale connaît et va connaître dans les toutes prochaines années une mutation considérable. Ces changements auront des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins mais aussi sur l'accessibilité pour les patients. Ainsi, un certain nombre d'éléments méritent ici quelques développements :

- ◇ la pénurie du personnel
- ◇ les exigences de sécurité
- ◇ l'évolution des technologies

10.6.1 La pénurie du personnel :

La question de la pénurie du personnel médical et soignant pour les disciplines chirurgicales est particulièrement importante. En effet, ces disciplines impliquent que les hôpitaux disposent d'un nombre suffisant de chirurgiens, de médecins anesthésistes, médecins assistants mais aussi de personnel infirmier qualifié. De nombreuses voix s'élèvent dans le corps médical pour dire la pénurie qui règne actuellement dans ce domaine, tant pour le personnel infirmier que pour le personnel médical. Dans le courant du mois de mai 2003, la Société Suisse de Chirurgie thoracique et Cardio-vasculaire tirait la sonnette d'alarme en ce qui concerne le manque de spécialistes.

Cette question est d'autant plus importante qu'au manque de personnel s'ajoute le problème de la réduction du temps de travail pour certains secteurs ainsi que la spécialisation toujours plus importante du personnel.

La présente planification vise donc non seulement une amélioration de la qualité par une augmentation de la masse critique et une meilleure économie, mais aussi une simplification des gardes et par là une amélioration des conditions de travail qui devrait favoriser l'attractivité des professions médicales et de soins en Valais.

10.6.2 Les Taux d'occupation des salles d'opération

Le canton du Valais dispose de salles d'opérations dans tous les établissements aigus ainsi qu'au Centre valaisan de pneumologie. Si l'on compare le nombre de salles disponibles en Valais (sans l'hôpital du Chablais qui a un caractère intercantonal) avec le CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), nous arrivons au résultat suivant :

	CHUV	VALAIS
Nombre de lits de soins aigus	850	700
Nombre de salles d'opérations	19	30
Salle / lits	1/45	1/23

Le tableau montre que le CHUV dispose de 1 salle d'opérations pour 45 lits de soins aigus alors que le Valais a 1 salle d'opérations pour 23 lits. Même si les prestations offertes ne peuvent pas vraiment être comparées à celles d'un hôpital universitaire, le nombre de salles d'opérations est presque deux fois plus élevé en Valais.

La question de l'utilisation des salles d'opérations mérite d'être posée comme cela a déjà été le cas pour les établissements du Valais Central en 1998. Ainsi, le tableau ci-dessous présente le nombre d'heures d'utilisation des salles d'opérations du Valais Central en 2002 (= laps de temps pendant lequel le patient est en salle et sous anesthésie). Dans la mesure où les



résultats exposés ici peuvent présenter un certain nombre de biais de par la non uniformité de leur saisie, ils doivent être considérés comme des tendances et non comme des résultats exacts. Conscient de l'importance d'améliorer la comparabilité de ces données, le DSSE a mandaté l'Observatoire valaisan de la santé en collaboration avec le RSV pour harmoniser et uniformiser la saisie et la mise en valeur de ces indicateurs. Lorsque ces données auront été uniformisées et vérifiées, il faudra éventuellement revoir certains éléments de la présente planification.

Ces données ont été transmises par les hôpitaux.

2002	Sierre	Sion	Martigny	Total
Nbre salles	5	8	5	18
Nbre heures d'utilisation	3'836	12'219	4'586	20'641
Nbre d'heures / salle	767	1'527	917	1'147
Nbre d'heure / mois	64	127	76	96
Nbre d'heures / jour	2.07'	4.14'	2.32'	3.11'

Source : hôpitaux

Comparativement aux données disponibles pour 1996 et 1997 que nous avons présenté dans l'historique, nous constatons que le temps moyen d'utilisation des salles par jour est légèrement plus bas puisque la moyenne se situait à 3 heures 37.

En ce qui concerne l'hôpital de Martigny, il est intéressant de constater que le temps d'utilisation des salles est resté le même. En revanche, l'établissement n'exploitait plus que 5 salles en 2002 et 4 salles en 2003.

Enfin, nous présentons ci-dessous quelques éléments comparatifs concernant l'occupation des blocs opératoires.

Blocs opératoires : Exemples d'occupation des salles		
Sources : hôpitaux 2002,		
Hôpital	Année	Occupation des salles
Sierre	1998	5 salles d'opérations occupées chacune à raison de 2h20min par jour
	2002	5 salles d'opérations occupées chacune à raison de 2h06min par jour
Martigny	1998	6 salles d'opérations occupées chacune à raison de 2h32min par jour
	2002	5 salles d'opérations occupées chacune à raison de 2h30min par jour
Viège	2001	3 salles d'opérations : le bloc est ouvert durant env. 1 heure par nuit
Chablais	2001	130 personnes opérées sur les 365 nuits de l'année, ce qui représente 2 à 3 patients par semaine durant la nuit



10.6.3 Les exigences de sécurité :

De nos jours, les exigences de sécurité ont tendance à augmenter. Cela concerne notamment la sécurité en anesthésie, la conformité des blocs opératoires, les normes de qualité en matière de stérilisation, etc. Ces exigences ont des répercussions tant du point de vue de la qualité des soins que de la responsabilité civile ou du remboursement par les assureurs maladie.

10.6.4 L'évolution des technologies :

L'apparition de technologies nouvelles, notamment l'assistance par ordinateur mais aussi le développement de technologies substitutives à la chirurgie traditionnelle (interventions par voie laparoscopique) qui nécessitent néanmoins des compétences pluri professionnelles et des instruments sophistiqués, vont renchérir le coût des équipements mais aussi des collaborations (informaticiens, etc.) nécessaires à l'activité chirurgicale.

Etant donné que les enveloppes financières ne sont pas extensible, des regroupements de sites opératoires s'avèrent une nécessité si l'on veut maintenir voire augmenter les prestations chirurgicales offertes en Valais.

En conséquence, il est de nos jours essentiel de développer une approche globale des activités opératoires afin de mieux gérer d'une part les interactions multiples dans l'affectation des ressources médicales et paramédicales et d'autre part la sécurité des patients, l'accès aux soins ainsi que la permanence de l'offre.

Afin de déterminer les activités opératoires des sites, il convient de se poser la question des besoins de la population et des risques à maintenir ou non certaines activités dans tous les hôpitaux. L'implantation des plateaux techniques se doit de garantir à la population **l'accès à des équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24, et réactives aux situations d'urgence.**

10.6.5 L'ouverture des blocs opératoires

En raison des différents éléments présentés ci-dessus, une ouverture différenciée des blocs opératoires est prévue selon le schéma suivant :

Jours	Heures	Viège	Brigue	Sierre	Sion	Martigny	Chablais
Lundi	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						
Mardi	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						
Mercredi	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						
Jeudi	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						
Vendredi	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						
Samedi	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						
Dimanche	7 h 00 à 17 h 00						
	17 h 00 à 7 h 00						

	Bloc ouvert
	Bloc fermé



Ainsi, les établissements de Viège, Sion et du Chablais maintiendront ouverts des blocs opératoires la nuit et les week-end.

Les autres établissements prenant en charge les interventions programmées fermeront leurs blocs opératoires la nuit et les week-ends.

Enfin, une fois que la réorganisation des salles d'opérations aura été optimisée à l'intérieur de chaque centre hospitalier entre les divers types d'activités (cas d'urgences, cas électifs, cas liés aux disciplines spécialisées, ambulatoires et hospitaliers) il sera possible de mieux gérer les pics d'affluence, en collaborant entre les centres hospitaliers.

De plus, il est essentiel de préciser qu'en cas de force majeure il sera possible d'utiliser les blocs opératoires avec toute la souplesse nécessaire.



10.7. L'anesthésiologie

Les services d'anesthésiologie sont en lien étroit avec les établissements qui pratiquent de la chirurgie. Il est dès lors évident que tous les établissements disposent de tels services.

La répartition de cette discipline est donc la suivante :

	Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central			Centre hospitalier du Bas-Valais	
	Viège	Brigue	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle
Anesthésiologie							

10.8. La radiologie

Les établissements offrant des disciplines aigues disposent d'un service de radiologie comme le montre la table ci-après.

	Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central				Centre hospitalier du Bas-Valais	
	Viège	Brigue	CVP	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle
Radiologie								

Il est toutefois important de préciser que les équipements nécessaires à chaque site devront correspondre au mandat de prestation de l'établissement. Dans le contexte actuel, il n'est plus envisageable que chaque établissement dispose de l'ensemble des nouvelles technologies.



10.9. Répartition des activités et services chirurgicaux

10.9.1 Chirurgie, traumatologie et l'orthopédie :

En raison des éléments présentés ci-dessus, la répartition de ces activités opératoires se fera de la manière suivante.

Haut-Valais :

Le site de Viège accueillera les **cas complexes et/ou non programmés**. Ce site disposant de quatre salles d'opérations offre donc les disciplines que sont la chirurgie générale et la traumatologie⁶

Concrètement, cet établissement prend en charge l'ensemble des opérations qui sont susceptibles de devoir utiliser les services de soins intensifs. Parallèlement à cette activité, cet établissement traitera les patients arrivant en urgence soit directement, soit après avoir transité par l'hôpital de Brigue. Le transfert de Brigue vers Viège se justifie lorsqu'il s'agit d'un cas complexe nécessitant notamment l'utilisation du service de soins intensifs. La prise en charge des urgences doit se faire 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Le site de Brigue prend en charge les **cas légers et/ou programmés**. Concrètement, cet établissement dispose des services de chirurgie et d'orthopédie pour les cas légers programmés ou non. La programmation des actes chirurgicaux doit permettre à l'établissement d'optimiser la gestion du personnel médical et soignant. De plus, seuls les patients qui ne devraient pas avoir besoins des prestations du service de soins intensifs peuvent être pris en charge. Il est encore à relever que cet établissement pratiquera de la chirurgie programmée. Par conséquent, cette activité a lieu du lundi au vendredi de 7 heures à 17 heures.

Le Valais Central :

La répartition de l'activité opératoire des établissements de Sierre, Sion et Martigny repose sur le même principe que pour le Haut-Valais. Ainsi, on distingue les cas complexes et/ou non programmés et les cas légers et/ou programmés. Dès lors, la mise en application de ce principe repose sur l'existence ou non d'un service de soins intensifs dans l'hôpital.

Il découle donc de ce que nous venons de dire que :

- ◇ l'hôpital de Sierre prend en charge la chirurgie pour les cas légers et/ou programmés,
- ◇ l'hôpital de Sion pratique la chirurgie, la traumatologie et l'orthopédie pour les cas complexes et/ou non programmés.
- ◇ l'hôpital de Martigny prend en charge la chirurgie et l'orthopédie pour les cas légers programmés ou non.

Le Bas Valais :

Dans l'immédiat, et jusqu'à la mise en exploitation de l'hôpital du Chablais-Riviera, l'hôpital du Chablais conserve la répartition des disciplines effective au 1^{er} juillet 2002. Ainsi, le site de Monthey accueille l'ensemble des disciplines liées aux adultes et notamment la chirurgie.

⁶ La traumatologie est la branche de la médecine qui se consacre au traitement des traumatismes Physiques et au traitement des patients ayant subi de graves blessures, généralement au cours d'un accident



Le site d'Aigle offre les disciplines du pôle mères-enfants avec toutefois un service de chirurgie adulte programmée. Pour ce site, cela signifie que seules les opérations programmées peuvent avoir lieu afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et financières.

En ce qui concerne les urgences chirurgicales, toute l'activité est concentrée à Monthey pour les raisons suivantes :

- ◇ qualités des prestations chirurgicales
- ◇ masse critique insuffisante pour la polyclinique chirurgicale d'Aigle (env. 5 patients par jour)
- ◇ meilleure lisibilité dans la répartition des urgences (Monthey : Adultes, Aigle : mères-enfants)

L'analyse des données de 2002

Selon les données dont nous disposons pour 2002, 10'327 patients ont été hospitalisés en Valais pour de la chirurgie ou de l'orthopédie et ceci à raison de 3'288 patients dans le Haut-Valais, 5'672 dans le Valais Central et 1367 patients valaisans à l'Hôpital du Chablais.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
Sorties	1'488	1'800	3'288	1'395	2989	1'288	5'672	1'367	10'327

La répartition des services

Du point de vue de la répartition des services de chirurgie, de traumatologie et d'orthopédie, il convient de préciser que certains établissements seront chargés d'exécuter les prestations complexes (pour lesquelles un service de soins intensifs doit se trouver à proximité) et que les autres s'occuperont des cas plus légers.

	Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central			Centre hospitalier du Bas-Valais	
	Viège	Brigue	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle
Chirurgie complexe							
Chirurgie légère							
Traumatologie							
Orthopédie							



10.9.2 L'urologie

Avec la table ci-dessous, nous constatons que le nombre de patients traités en stationnaire pour de l'urologie est relativement faible puisque le nombre de cas se situe entre 71 et 404 cas par année et par établissement.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
Urologie	279	86	365	185	404	221	810	71	1'246

Dès lors, le regroupement des lits se justifie par le très faible nombre de patients pris en charge de façon stationnaire dans les établissements valaisans. Ainsi, le regroupement de cette discipline sur un site par centre s'impose comme une évidence. Même si cette activité sera **prioritairement exercée sur le site pour les cas légers ou programmés, il demeurera possible de traiter les cas complexes d'urologie (pour lesquels une collaboration est nécessaire avec d'autres disciplines médicales et la présence d'autres spécialistes est requise) sur le site doté des soins intensifs.**

Dans ce sens la répartition est la suivante :

Activité	Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central			Centre hospitalier du Bas-Valais	
	Viège	Brigue	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle
Urologie							

Vu le faible nombre de patients, ils seront pris en charge dans les services de chirurgie générale de Brigue, Sierre et de Monthey.

Dans le cas d'un patient polytraumatisé qui nécessiterait une intervention urologique, celle-ci aura lieu sur le site prenant en charge les cas complexes.

En ce qui concerne l'urologie ambulatoire, seuls les sites de Brigue, Sierre et Monthey dispenseront ces prestations.



10.9.3 L'ophtalmologie

Avec la table ci-dessous, nous constatons que le nombre de patients (y compris privés) traités en stationnaire pour de l'ophtalmologie est relativement faible puisque le nombre de sorties se situe entre 3 et 19 cas par année et par établissement.

Ce phénomène s'explique par le fait que l'ophtalmologie se pratique essentiellement en ambulatoire.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
Ophtalmologie	--	3	3	--	19	17	36	--	39

En ce qui concerne la planification des lits, nous ne définissons pas de lit spécifiquement pour cette discipline car le nombre de cas est trop faible. Même si l'ophtalmologie sera prioritairement exercée sur le site pour les cas légers ou programmés, il demeurera possible de traiter les cas complexes (pour lesquels une collaboration est nécessaire avec d'autres disciplines médicales et la présence d'autres spécialistes est requise) sur le site doté des soins intensifs.

Dans ce sens, la répartition est la suivante :

Activité	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>			<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>	
	<i>Viège</i>	<i>Brigue</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Ophtalmologie							

Le DSSE estime qu'il n'est pas utile de créer des services d'ophtalmologie autonomes. Ces patients seront donc pris en charge dans les services de chirurgie générale de Brigue, de Martigny et de Monthey.

Pour des raisons d'organisation, seuls les sites de Brigue, Martigny et Monthey dispenseront ces prestations.



10.9.4 L'ORL

Avec la table ci-dessous, nous constatons que le nombre de patients traités en stationnaire pour de l'ORL est relativement faible puisque le nombre de sorties se situe entre 70 et 170 cas par année et par établissement.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
ORL	170	170	340	84	157	71	312	117	769

En ce qui concerne la planification, la concentration des lits se justifie par le très faible nombre de patients pris en charge dans les établissements valaisans. Ainsi, le regroupement de cette discipline sur un site par centre s'impose comme une évidence. Même si l'ORL sera **prioritairement exercée sur le site pour les cas légers ou programmés, il demeurera possible de traiter les cas complexes (pour lesquels une collaboration est nécessaire avec d'autres disciplines médicales et la présence d'autres spécialistes est requise) sur le site doté des soins intensifs.**

Dans ce sens, la répartition est la suivante :

Activité	Centre du Haut-Valais		Centre hospitalier du Valais central			Centre hospitalier du Bas-Valais	
	Viège	Brigue	Sierre	Sion	Martigny	Monthey	Aigle
ORL							

Comme indiqué pour les deux paragraphes précédents, le DSSE estime qu'il n'est pas utile de créer des services d'ORL autonomes. Ces patients sont donc pris en charge dans les services de chirurgie générale de Brigue, Martigny et de Monthey

En ce qui concerne l'ORL, il est à relever que la majorité des soins se font en ambulatoires. Pour des raisons d'organisation, seuls les sites de Brigue, Martigny et Monthey dispenseront ces prestations.



10.9.5 La chirurgie plastique et reconstructive

Lors de l'établissement du concept de 1996, un consensus avait été établi entre les partenaires afin de centraliser sur un seul site le service de chirurgie plastique et reconstructive.

En raison du faible nombre de patients hospitalisés par ce service (311 sorties, l'essentiel se pratiquant en ambulatoire), il semble logique de ne disposer que d'un seul service. Ce service offrant avant tout des **prestations programmées**, il a été décidé de placer le service sur le site de Sierre. Même si la chirurgie plastique et reconstructive sera **prioritairement exercée sur le site pour les cas légers ou programmés, il demeurera possible de traiter les cas complexes (pour lesquels une collaboration est nécessaire avec d'autres disciplines médicales et la présence d'autres spécialistes est requise) sur le site doté des soins intensifs.**

Dans ce sens, la répartition est la suivante

Selon les estimations réalisées, sept lits devraient permettre de couvrir les besoins de la population valaisanne.

	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>			<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>	
	<i>Viège</i>	<i>Brigue</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Chirurgie plastique et reconstructive			7				



10.10. Les disciplines à caractère cantonal :

10.10.1 Les disciplines chirurgicales : la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la chirurgie thoracique

2002	Nbre de sorties
Chirurgie cardiaque	248
Neurochirurgie spécialisée	202
Chirurgie thoracique	61
Total	511

Afin de pouvoir maintenir en Valais certaines de ces disciplines hautement spécialisées, le canton du Valais a signé une convention intercantonale avec les Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) pour la pneumologie et la chirurgie thoracique et avec le CHUV pour la chirurgie cardiaque.

Jusqu'à présent, toutes les disciplines chirurgicales cantonalisées étaient pratiquées à l'hôpital de Sion à l'exception de la chirurgie thoracique qui est pratiquée au Centre valaisan de pneumologie à Montana (CVP). Afin de concentrer à terme sur un seul site les infrastructures lourdes et de créer ainsi des synergies entre les disciplines de pointes, **cette discipline sera pratiquée dans un premier temps entre le CVP et l'hôpital de Sion afin de permettre de mettre en place les éléments nécessaires à une prise en charge optimale de ce type de pathologie.**

Cette concentration se justifie par l'interdisciplinarité nécessaire aux spécialités de pointe (USI, chirurgie cardiaque, circulation extracorporelle...).

Enfin, il est utile de rappeler qu'en concentrant sur un seul site les disciplines de pointes, les masses critiques sont plus faciles à atteindre et il est par conséquent plus facile d'incorporer au maximum les technologies médicales.

10.10.2 Les disciplines médicales : la cardiologie interventionnelle, la radio oncologie et la pneumologie

2002	Nbre de sorties
Cardiologie interventionnelle	714
Radio -oncologie	63
Pneumologie	387
Total	1'164

Les disciplines médicales cantonalisées figurant dans le tableau ci-dessus sont pratiquées à ce jour à Sion, sauf la pneumologie qui est au Centre valaisan de pneumologie.

Jusqu'à présent, les disciplines médicales cantonalisées étaient pratiquées à l'hôpital de Sion à l'exception de la pneumologie qui était exercée au Centre valaisan de pneumologie à Montana (CVP). **Cette discipline sera toutefois maintenue dans un premier temps au CVP afin de permettre à ce dernier et à l'hôpital de Sion de mettre en place les éléments nécessaires à la prise en charge de ce type de pathologie.**



10.10.2.1 Répartition

Au vu de ce qui a été développé ci-dessus, la répartition des disciplines et des lits sera la suivante :

	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>				<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>	
	<i>X</i>	<i>Y</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>CVP</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Cardiologie interventionnelle				12				
Chirurgie cardiaque				4				
Neurochirurgie spécialisée				9				
Radio oncologie - radiothérapie				2				
Chirurgie thoracique				3			3	
Pneumologie				6			6	



10.11. Les activités et services de médecine

Ce paragraphe regroupe les disciplines médicales que sont la médecine interne, la neurologie, la gastroentérologie, l'endocrinologie, la cardiologie, la dermatologie, la psychiatrie de liaison, la néphrologie (y compris hémodialyse chronique), l'oncologie et l'angiologie.

Nous rappelons également ici que la planification est une activité évolutive permanente et que de ce fait des évaluations sont en cours pour certaines disciplines.

10.11.1 La médecine interne

La médecine interne, comme toutes les autres disciplines, est frappée par la pénurie relative du personnel médical et soignant. Ce manque de dotation en personnel a des conséquences directes sur la qualité des soins mais aussi sur les conditions de travail du personnel qui est soumis à une pression toujours plus grande.

Le problème des gardes est particulièrement important. Actuellement, chaque hôpital dispose d'un service de garde permanent pour la médecine interne alors que le personnel est insuffisant. Afin de résoudre ce problème, il convient de réorganiser le système des gardes au sein de chaque centre hospitalier.

Dans le cadre de cette réorganisation de la médecine interne, les établissements qui prennent en charge les patients souffrants de pathologies plus légères devraient pouvoir disposer la nuit et les week-ends, d'équipes moins importantes que celles actuellement nécessaires dans chaque site. Pour les sites accueillants les cas les plus complexes, les équipes soignantes devront être renforcées.

Du point de vue de l'activité des services de médecine, il y a eu, en 2002 près de 11'000 patients pris en charge selon la répartition suivante :

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais central	Chablais (vs)	Total
Médecine	1'531	1'526	3'057	1'943	2661	2'072	6'676	1'482	11'215

Quant au nombre de lits occupés, il se situe entre 34 et 72 unités par établissement. Dès lors, le nombre de lits actuellement exploités dans les hôpitaux est largement suffisant pour ce type de prise en charge.

Comme nous l'avons déjà exposé ci-dessus, certains établissements seront chargés d'exécuter les prestations complexes pour lesquelles un service de soins intensifs doit se trouver à proximité et les autres s'occuperont des cas légers ou programmés. Cette nouvelle répartition des missions vaut également pour les services de médecine.

Sur la base de ces éléments, la répartition est la suivante :

	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>			<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>	
	<i>Viège</i>	<i>Brigue</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Médecine complexe							
Médecine légère							



10.11.2 Les disciplines médicales sans service

Dans le concept de 1996, un certain nombre de disciplines médicales ont été réparties quand bien même elles ne disposaient pas de leurs propres services. Cette décision reposait sur un consensus établi entre les partenaires.

Dès lors, la répartition des mandats pour ces disciplines est la suivante :

	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
Neurologie	■	■		■	■	■	■			
Infectiologie (H. hosp)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gastroentérologie	■	■		■	■	■	■			
Endocrinologie	■	■		■	■	■	■			
Cardiologie	■	■		■	■	■	■			
Dermatologie	■	■		■	■	■	■			
Psychiatrie de liaison	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Néphrologie, Hémodialyse chron.	■	■		■	■	■	■			
Oncologie	■	■		■	■	■	■			
Angiologie	■	■		■	■	■	■			

Ces disciplines ne nécessitent pas la mise en place de services particuliers. Les patients ayant recours à ce type de prestations seront généralement pris en charge dans les services de médecine des différents établissements.

Toutefois, des évaluations sont faites quant à la nécessité d'ouvrir des services spécifiques pour certaines de ces activités. A ce sujet, un concept est en cours sur l'organisation de la neurologie.



10.12. La gynécologie, l'obstétrique (y compris nurserie), la pédiatrie et la néonatalogie

De nos jours, il paraît tout à fait normal d'intégrer dans la même réflexion les disciplines touchant à la fois la mère et l'enfant. Ainsi, dans ce paragraphe, nous allons traiter des quatre disciplines que sont la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie (y compris la chirurgie pédiatrique) ainsi que la néonatalogie

10.12.1 Nombre de patients en 2002

Nous présentons ci-dessous le nombre de total de cas pris en charge par les différents services durant l'année 2002. Le nombre de cas est relativement faible. En effet, le nombre de cas par discipline et par établissement ne dépasse jamais les 750 unités pour l'année 2002.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
Gynécologie	179	242	421	324	378	350	1'052	156	1'629
Obstétrique	246	458	704	465	734	511	1'710	407	2'821
Pédiatrie	262	297	559	307	536	369	1'212	500	2'271
Nourrissons	218	388	606	358	660	456	1'474	365	2'445
Néonatalogie					54		54		54

Sur la base du total des patients, nous pouvons estimer le nombre de nouveaux patients en moyenne par jour pour la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie.

2002	Brigue	Viège	Haut-Valais	Sierre	Sion	Martigny	Valais Central	Chablais (VS)	Total
Gynécologie	0.5	0.7	1.2	0.9	1.0	1.0	2.9	0.4	4.5
Obstétrique	0.7	1.3	1.9	1.3	2.0	1.4	4.7	1.1	7.7
Pédiatrie	0.7	0.8	1.5	0.8	1.5	1.0	3.3	1.4	6.2

A titre d'exemple le Haut-Valais compte en moyenne moins de 2 accouchements par jour. Dans le Valais Central on recense en moyenne 3 cas de pédiatrie par jour.

Concernant les nouveaux-nés, il est communément admis qu'un minimum de 500 naissances est nécessaire pour offrir des soins de qualité et sûrs. Dès lors, nous constatons que seuls les établissements de Sion et du Chablais (si l'on tient compte des patients du canton de Vaud) disposent d'un nombre suffisant de naissances pour justifier l'existence d'un service pour nouveaux-nés et par là même d'obstétrique. L'établissement de Martigny est proche de cette limite. Pour cette raison et tenant compte de la situation particulière actuelle et future de l'organisation hospitalière dans le Bas-Valais (notamment construction d'un hôpital Chablais-Riviera à Rennaz), le Conseil d'Etat charge le Département de la santé et le RSV d'étudier le maintien de prestations d'obstétrique (y compris nurserie) sur le site de Martigny. Cette étude de faisabilité sera réalisée en 2004 et devra prendre en considération tous les critères médicaux, techniques (tels que les infrastructures disponibles sur le site de Martigny) et économiques (incidences financières).

Enfin, il est important de relever que tous les secteurs de la médecine y compris l'obstétrique souffrent d'un problème de dotation en ce qui concerne les médecins chefs, les médecins assistants et les infirmières spécialisées dans cette discipline. Dès lors, le regroupement de



ces disciplines devrait permettre une meilleure organisation en matière de ressource humaine et une dotation optimale dans les services.

10.12.2 Lits occupés en moyenne par an et par établissement

La table ci-dessous présente le nombre de lits occupés par discipline et par établissement. Dans la pratique, les établissements disposent toutefois d'un nombre de lits supérieur à ceux mentionnés ci-après. Toutefois, ces données sont utiles au calcul du nombre de lits moyen nécessaires aux établissements.

Lits occupés	Gynécologie	Obstétrique	Nouveaux-nés	Pédiatrie	Néonatalogie
<i>Haut-Valais</i>	6.7	12.6	10.3	7.2	0.0
<i>Valais Central</i>	17.2	30.9	23.5	17.2	2.2
Chablais VS	2.2	6.6	5.0	8.0	0.0
Total	26.1	50.2	38.8	32.4	2.2

Selon cette table, nous constatons, qu'en 2002, le nombre de lits occupés en gynécologie est égal à 26.1 unités pour l'ensemble du canton et à 50.2 pour l'obstétrique.

En ce qui concerne les enfants, 32.4 lits sont occupés en pédiatrie et 38.8 berceaux pour les nouveaux-nés. 2.2 unités sont encore occupés en néonatalogie.

10.12.3 Répartition

A la suite des éléments présentés ci-dessus, la concentration sur quelques sites des disciplines du pôle mères-enfants s'avère donc nécessaire afin de garantir une prise en charge de qualité, grâce notamment à une masse critique suffisante. Rappelons encore ici que l'obstétrique en raison de ses caractéristiques propres, ne peut être exercée que dans les établissements dotés de salles d'opérations ouvertes 24h/24 et 7jours/7.

Dans le tableau ci-dessous, nous présentons la répartition des disciplines. Même si la gynécologie sera **prioritairement exercée sur le site pour les cas légers ou programmés, il demeurera possible de traiter les cas complexes (pour lesquels une collaboration est nécessaire avec d'autres disciplines médicales et la présence d'autres spécialistes est requise) sur le site doté des soins intensifs.**

Dans ce sens, la répartition est la suivante :

	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>			<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>	
	<i>Viège</i>	<i>Brigue</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>
Gynécologie							
Obstétrique					*		
Nouveaux-nés					*		
Pédiatrie (y compris Chirurgie)							
Néonatalogie							

* cf. paragraphe 10.12.1

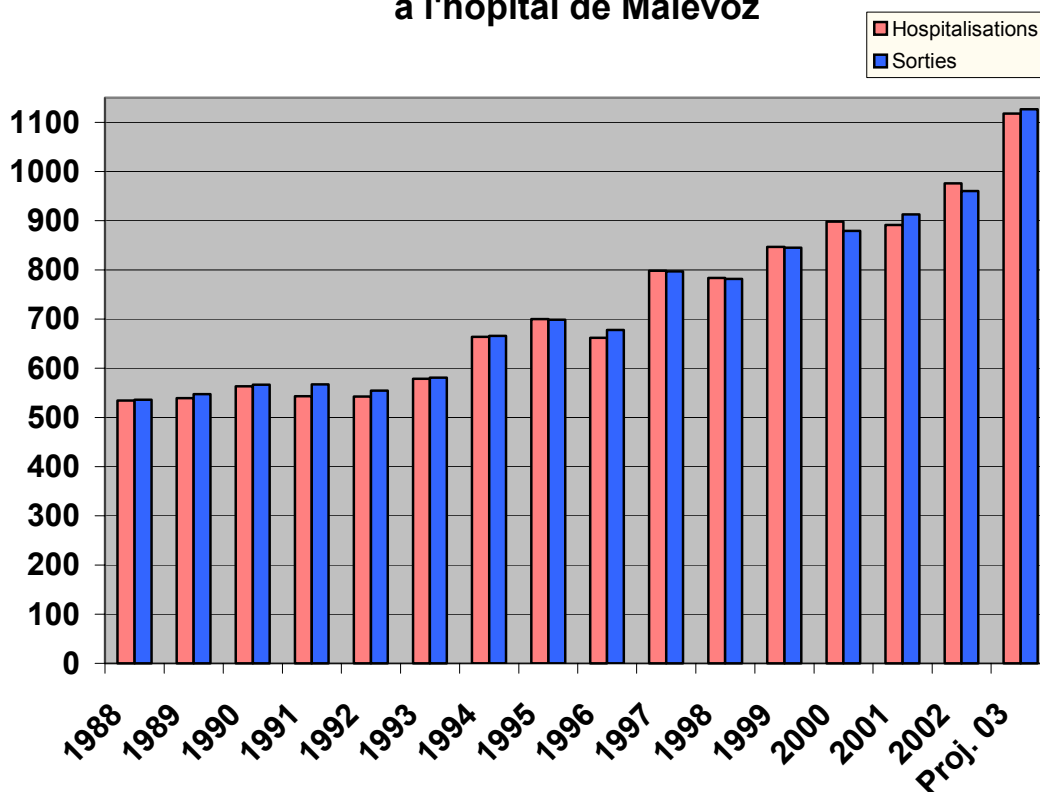


10.13. La psychiatrie

10.13.1 Statistique des Institutions psychiatriques du Valais romand

En ce qui concerne le Valais romand, il ressort des tableaux annexés que, au cours de la dernière décennie, le nombre d'admissions à l'hôpital de Malévoz a doublé.

Evolution du nombre d'hospitalisations et de sorties à l'hôpital de Malévoz

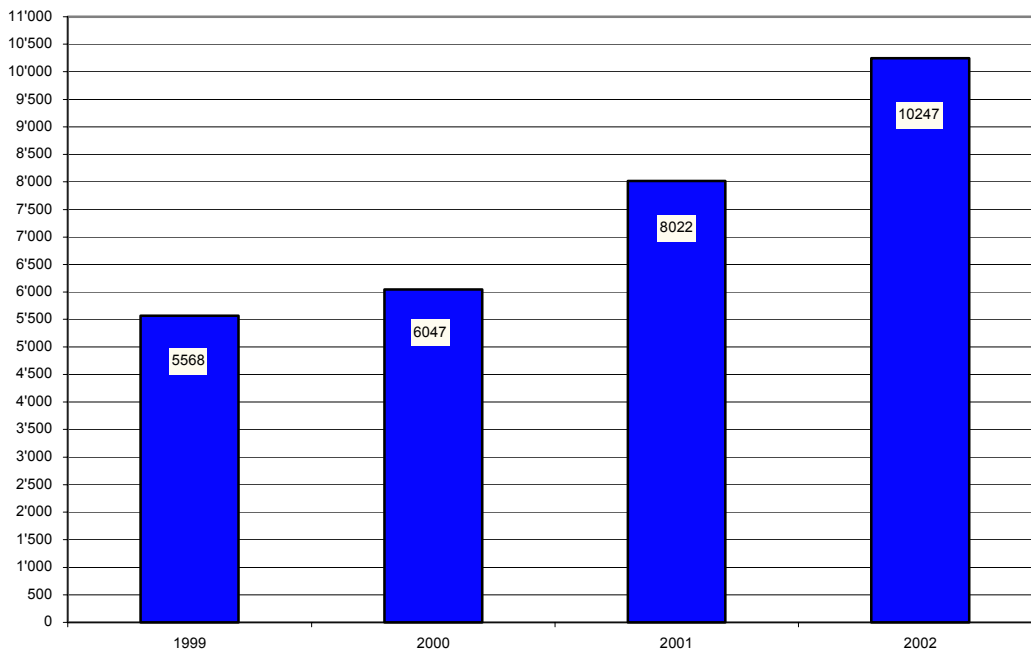


Par ailleurs, ce n'est pas seulement la quantité des cas qui augmente mais aussi leur gravité : en effet, pour un nombre relativement stable de cas relevant des pathologies mentales classiques, nous voyons s'accroître d'année en année le nombre de cas de « poly morbidité » : les problèmes anxieux ou dépressifs se greffent le plus souvent sur de graves troubles de la personnalité qui contribuent eux-mêmes à la désinsertion professionnelle et sociale ainsi qu'à la consommation simultanée de plusieurs substances toxiques. Ces dernières, particulièrement chez les jeunes adultes et les adolescents, aggravent la pathologie psychiatrique en un véritable cercle vicieux, lui-même alimenté par la dégradation du tissu social et la perte généralisée des repères au sein de notre société.

Les services hospitaliers et ambulatoires psychiatriques sont saturés et ne peuvent plus répondre à une demande accrue.

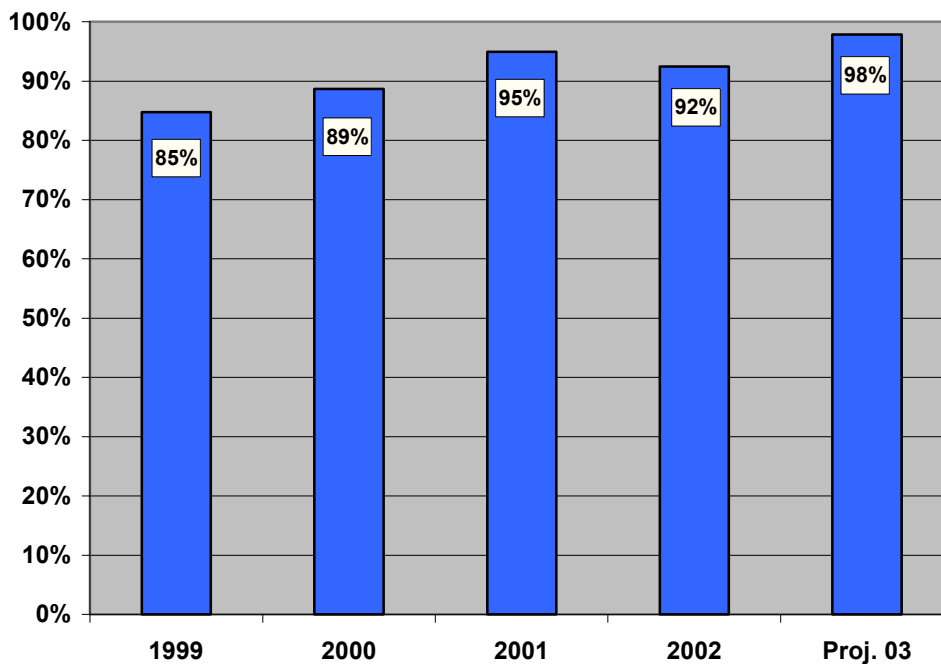


Nombre de prestations cumulées aux SCP de Sierre, Sion, Martigny et Monthey



Les IPVR ont signalé à maintes reprises au cours des dernières années la **suroccupation croissante de l'hôpital** ainsi que la **saturation des services ambulatoires** (le nombre de consultations a doublé en 4 ans !).

Evolution du taux d'occupation de l'hôpital





10.13.2 Statistique du Psychiatriezentrum Oberwallis

Dans le présent paragraphe, nous présentons un certain nombre d'indicateurs fournis par le PZO.

	2001	2002	2003
Nombre de patients en psychiatrie aigue	297	282	323
Nombre de patients de psychogériatrie	38	89	109
Durée moyenne de séjour en psychiatrie aigue	30.6	29.3	27.8
Durée moyenne de séjour en psychogériatrie	-	39.2	41.4
Nombre de journée en psychiatrie aigue	8'901	8'271	8'979
Nombre de journée en psychogériatrie	2'036	3'685	4'276

La table ci-dessus montre clairement que ces dernières années, le nombre de personnes prises en charge par le PZO pour de la psychiatrie aigue a augmenté alors que le nombre de journées est resté relativement stable. La demande étant de plus en plus importante, les patients doivent quitter plus rapidement l'hôpital afin que ce dernier puisse accueillir de nouveaux patients.

En ce qui concerne la psychogériatrie, le PZO a repris le mandat de prestations donné initialement à l'EMS de la Souste. Dès lors, un certain temps d'adaptation a été nécessaire à l'hôpital de Brigue pour pouvoir accueillir au mieux ces patients qui sont aussi de plus en plus nombreux.

Comme aux IPVR, nous constatons donc que les besoins en soins psychiatriques ont tendance à augmenter.

10.13.3 Conclusion

Dans les deux paragraphes précédents, nous avons présenté des données portant essentiellement sur l'activité stationnaire des hôpitaux. Il est toutefois important de préciser que l'activité ambulatoire est particulièrement importante dans ce secteur.

La prise en charge psychiatrique se caractérise aujourd'hui par une très forte pression sur les services hospitaliers et ambulatoires. Les hôpitaux psychiatriques de notre canton doivent faire face à une demande sans cesse croissante.

Les professionnels de la psychiatrie reconnaissent que les réponses traditionnelles ne suffisent plus et qu'il convient de modifier de manière importante le système de soins psychiatriques de notre canton. Dès lors, une réflexion globale doit être entreprise et menée à terme rapidement afin que des solutions concrètes et satisfaisantes puissent être données. Pour le faire, il est essentiel que l'ensemble des partenaires s'entendent sur les objectifs à atteindre mais aussi sur les moyens nécessaires pour les réaliser.



10.13.4 Répartition

Dans l'immédiat, et pour le secteur stationnaire, la répartition actuelle des disciplines est maintenue avec le nombre de lits planifiés suivants :

	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>			<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>			
	<i>Viège</i>	<i>Brigue</i>	<i>Sierre</i>	<i>Sion</i>	<i>Martigny</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>	<i>IPVR</i>	<i>St-Maurice</i>
Psychiatrie aigue									
PZO		28							
IPVR								100	
Psychogériatrie									
PZO		18							
Ste-Claire			18						
St-Amé									18
IPVR								20	
Pédopsychiatrie									
Sierre			8						

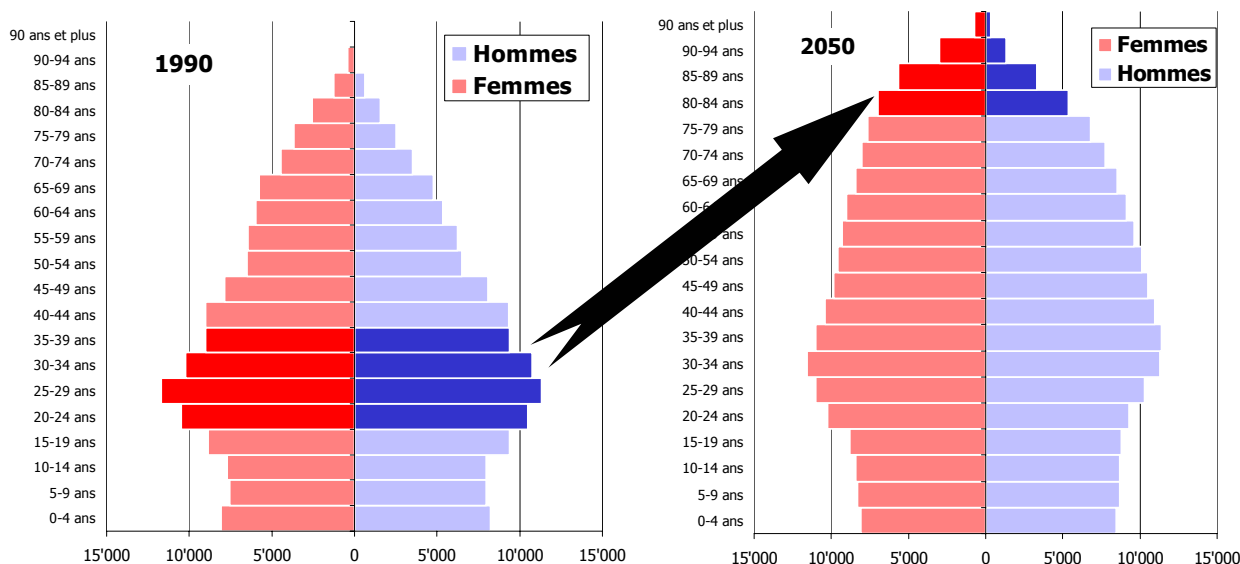
Globalement le nombre de lits planifiés correspond au nombre de lits disponibles sauf pour la psychiatrie aigue des IPVR et de la pédopsychiatrie qui a augmenté afin de pouvoir faire face aux besoins de manière plus satisfaisante.



10.14. La gériatrie

10.14.1 Généralités

Selon les perspectives démographiques réalisées par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), la population valaisanne va connaître l'évolution suivante entre le dernier recensement 1990 et les perspectives calculées pour 2050:



source : OFS

Comme dans l'ensemble de la Suisse, l'évolution démographique en Valais sera marquée par un vieillissement considérable. En effet, la comparaison des deux pyramides des âges indique un élargissement très important du sommet de la pyramide, soit une forte augmentation des personnes âgées. Les personnes âgées de plus de 80 ans en 2050 sont celles qui constituent en effet les catégories les plus peuplées en 1990, soit celles de 25 à 44 ans

Si l'on prend en considération les études qui montrent que la prise en charge des personnes âgées devient importante durant les deux dernières années de vie, les besoins en soins des valaisans âgés seront nettement supérieurs qu'aujourd'hui et devraient encore augmenter au cours des prochaines années.

Le nombre de personnes âgées de plus de 90 ans a plus que doublé depuis 1990. Et selon les prévisions établies par l'OFS, il doublera à nouveau entre 2000 et 2020.

Cependant, d'un point de vue de l'évolution des besoins en soins, l'augmentation du nombre de personnes âgées serait partiellement compensée par une amélioration tendancielle de l'état de santé des générations futures.

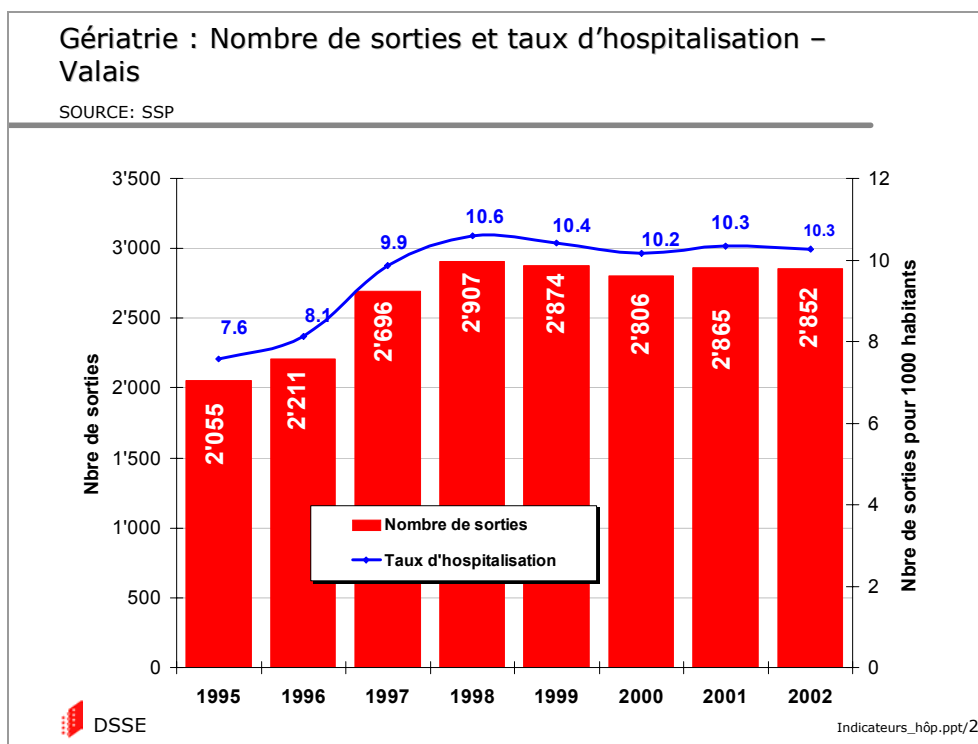
10.14.2 Analyse des indicateurs

Les établissements et cliniques de gériatrie ont enregistré ces dernières années globalement une diminution importante du nombre de journées et encore davantage de leur durée moyenne de séjour. Par contre, une importante augmentation du nombre de sorties est constatée. Les statistiques d'activité suivantes étayent ce constat :



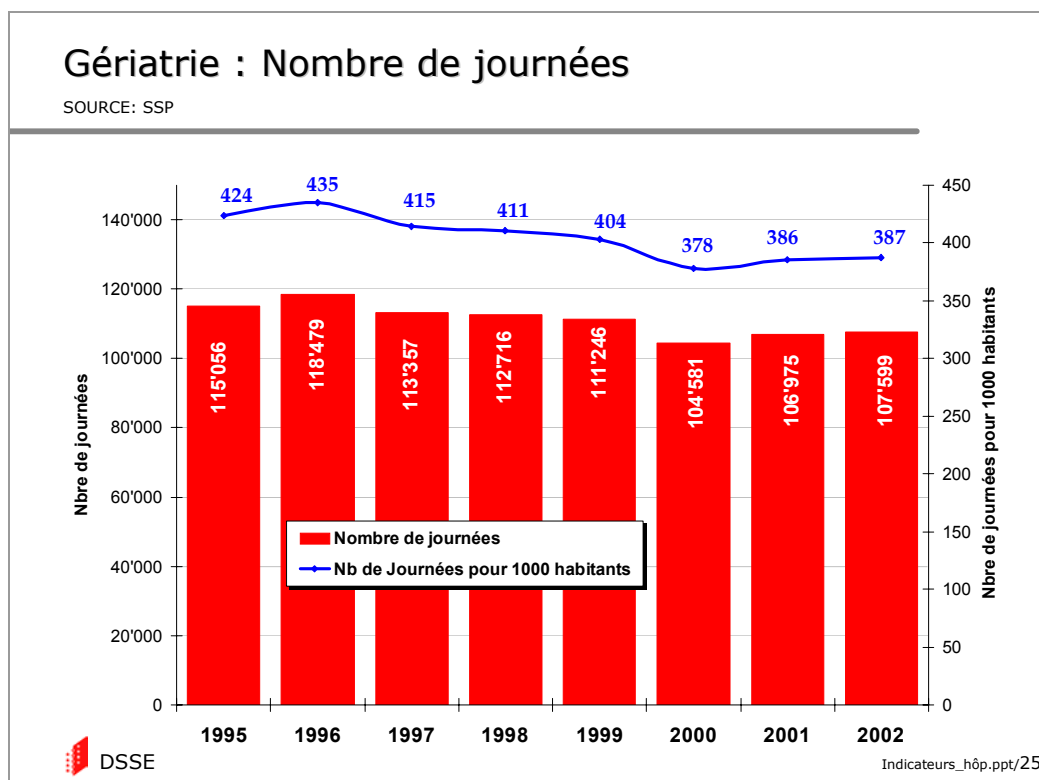
10.14.2.1 Le nombre de sorties

Dans le domaine de la gériatrie et de la réadaptation, le nombre de sorties ainsi que le taux d'hospitalisation ont considérablement augmenté, comme le démontre le graphique ci-dessous :



10.14.2.2 Evolution du nombre de journées-malades

Le nombre de journées-malades diminué. De 131'060 journées en 1990, on passe à 107'599 journées en 2002 soit une diminution de près de 18%.





10.14.2.3 Répartition

	<i>Centre du Haut-Valais</i>		<i>Centre hospitalier du Valais central</i>				<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>			
	<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>
Gériatrie	43	42		45	83	28				83



10.15. Les lits d'attente

Les lits d'attente sont destinés aux patients en provenance des services hospitaliers et qui sont en attente de placement en établissement médico-social pour personnes âgées. Il faut relever à ce propos que la création de tels lits, a été encouragée par le DSSE depuis 2001 par l'octroi d'une subvention cantonale. Pour l'heure, seuls les établissements de Brigue (depuis 2001, 6 lits), Viège (2003 – 5 lits) et de Martigny (2003 – 6 lits) ont créé de tels lits. Le Département de la santé a également approuvé l'exploitation d'une unité de lits d'attente (6 lits) au Centre de réadaptation de Loèche-les-Bains. L'ouverture d'une unité de lits d'attente à l'hôpital de Sion (Gravelone) est actuellement en phase préparatoire.

10.15.1.1 Répartition des lits

Au vu de la situation présentée ci-dessus, les établissements conservent le nombre de lits qu'ils ont exploités jusqu'à présent et qui sont présentés dans la table ci-après.

	<i>Centre du Haut-Valais</i>			<i>Centre hospitalier du Valais central</i>				<i>Centre hospitalier du Bas-Valais</i>			
	<i>Centre de réadaptation de Loèche Les Bains SA</i>	<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>
Lits d'attente	10	10	10		10	10	10				10



10.16. La réadaptation cantonale

En février 2001, le Conseil d'Etat adoptait un nouveau concept de réadaptation afin de redéfinir la mission des établissements de la manière suivante :

- ◇ transfert du service de psychiatrie de l'hôpital de Gravelone à parts égales (15 lits chacun) à la Clinique SUVA à Sion et au Centre Valaisan de Pneumologie à Montana.
- ◇ une collaboration étroite de la « Rheumaklinik » avec la « Fachklinik für neurologische Rehabilitation » est décidée afin de garantir la pérennité des cliniques de Loèche-les-Bains, très importantes au niveau régional d'un point de vue de la politique économique et de l'emploi

Le Conseil d'Etat entend aujourd'hui comme autrefois assurer la pérennité du CVP et confirmer le mandat de prestations qu'il lui a conféré en 2001 soit :

- ◇ la réadaptation cardiaque,
- ◇ la réadaptation pulmonaire,
- ◇ la réadaptation musculaire et du squelette (cas simples).

L'intégration du CVP au Réseau Santé Valais permettra une collaboration optimale avec les hôpitaux de soins aigus du canton. Grâce à la mise en réseau des établissements hospitaliers, les 75 lits disponibles couvriront les besoins du canton.

Concrètement, les indicateurs de demande démontrent une tendance à la hausse des besoins de réadaptation dans tous les domaines ci-après :

Réadaptation musculaire et du squelette

Les besoins dans ce domaine vont augmenter quelque peu puisque les interventions orthopédiques peuvent être effectuées aujourd'hui à un âge avancé quasiment sans problème.

A cela s'ajoute les affections rhumatologiques qui sont en règle générale des maladies chroniques, qui nécessitent de façon répétées des prestations de réadaptation.

Réadaptation cardiaque

Une part non négligeable des interventions coronariennes (pontages et dilatations) et valvulaires concerne des patients de plus en plus âgés. Pour ces patients, une réadaptation stationnaire représente le traitement le plus adéquat.

Réadaptation pulmonaire

Les besoins dans ce domaine vont encore augmenter si l'on prend en considération le vieillissement de la population. Le facteur de risque lié au tabagisme n'a pas pu encore être limité de manière à réduire cette cause importante de maladies pulmonaires. La pollution de l'air par des substances nocives constitue un des facteurs responsables des affections pulmonaires.

On constate aujourd'hui une augmentation du nombre de personnes souffrant d'affections pulmonaires et d'allergies. Un certain nombre de ces personnes nécessiteront également des soins de réadaptation.



10.17. Les cliniques privées

Le Canton du Valais dispose sur son territoire de trois cliniques privées qui, conformément à la LAMal doivent être prise en considération de façon adéquate dans la planification cantonale.

En ce qui concerne la **réadaptation**, le DSSE entend maintenir les décisions de mars 1999 et de 2001 pour la SUVA et le Centre de réadaptation de Loèche-les-Bains.

Ainsi, des conventions ont été établies entre l'Etat et la **SUVA** pour que cette dernière mette à la disposition des patients valaisans **12 lits de réadaptation (anciennement à Gravelone) et 3 lits pour paraplégiques**. Les prestations offertes à la clinique sont, selon le concept :

- ◇ la réadaptation musculaire et du squelette,
- ◇ la réadaptation neurologique,
- ◇ la réadaptation pour les personnes para- et tétraplégiques.

La Rheumaklinik de Loèche-les-Bains et la Fachklinik für neurologische Rehabilitation, ont été regroupées au sein du **Centre de réadaptation de Loèche-les-Bains SA**. Cet établissement est entièrement privé. Le Canton participe à la gestion de l'établissement et est représenté dans son Conseil d'Administration. Par ce biais, le canton entend défendre les intérêts de la région en terme d'emplois notamment.

En conclusion, et selon le concept de 2001, le Centre de réadaptation de Loèche les Bains SA reçoit les mandats de prestations selon la LAMal pour :

- ◇ réadaptation musculaire et du squelette,
- ◇ réadaptation neurologique,

Enfin, la **Clinique de Valère** est un établissement privé de soins aigus. Ainsi, le DSSE maintient le mandat de prestations tel que défini dans le concept de 1996 soit :

- ◇ la médecine interne (y compris la radiologie),
- ◇ la chirurgie générale (y compris l'orthopédie et l'anesthésiologie) et,
- ◇ la gynécologie.

En ce qui concerne ce dernier établissement, nous rappelons qu'il n'a pas de mandat de prestations pour les soins intensifs. Cela a pour effet direct que cet établissement ne peut pas opérer des cas complexes tels que de la chirurgie thoracique, cardiaque, etc. pour des raisons évidentes de sécurité.



10.18. L'institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV)

Le mandat donné à l'ICHV en 1996 est confirmé aujourd'hui. Les prestations fournies sont regroupées au sein des divisions de laboratoire et de pharmacie.

Conformément au décret sur le RSV, l'ICHV peut, dans le cadre de la planification sanitaire du Conseil d'Etat et des mandats de prestations qu'il reçoit à cet égard, collaborer avec des entreprises privées pour certaines des disciplines ou activités médicales. Les relations avec ces entreprises privées sont précisées dans des conventions qu'il passe avec le RSV et qui sont soumises au Département de la santé pour approbation.

10.18.1 Division de laboratoire

L'ICHV fournit des prestations de laboratoire pour les établissements sanitaires ainsi que pour les cabinets médicaux valaisans.

Le laboratoire comprend les centres d'activité suivants :

- ◇ histo-cyto-pathologie (discipline cantonalisée),
- ◇ hématologie,
- ◇ chimie clinique,
- ◇ biochimie,
- ◇ microbiologie,
- ◇ immuno allergologie.

10.18.2 Division de pharmacie

La mission de la pharmacie de l'ICHV est de fournir aux établissements du RSV un assortiment de médicaments et un ensemble de services additionnels visant à optimiser les rapports bénéfiques/risques et coûts/bénéfices de tout traitement médicamenteux.

10.18.3 Les activités déléguées

Conformément au décret sur le RSV, l'ICHV peut, dans le cadre des activités médicales présentant un intérêt de santé publique particulier ou relevant de la compétence du canton, notamment dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles, créer des unités autonomes de gestion pour des activités médicales et/ou de service qui lui sont déléguées par le canton. Les relations avec le canton pour ces activités déléguées sont précisées dans des conventions avec la fondation.

Ceci est notamment le cas du Centre de Maladies Infectieuses et d'Epidémiologie (CMIE). Le CMIE assume les activités cliniques et épidémiologiques concernant les maladies infectieuses. Ces activités sont regroupées en trois secteurs :

- ◇ **les maladies transmissibles** (aspects découlant de la Loi fédérale sur les épidémies) ;
- ◇ **l'épidémiologie hospitalière** (lutte contre les infections nosocomiales, gestion des risques infectieux pour le personnel de santé, indicateurs de qualité) et ;
- ◇ **les consultations** (consultations ambulatoires et hospitalières d'infectiologie, vaccination des requérants d'asile, conseils aux voyageurs, dépistage anonyme du HIV).



11. Calendrier de mise en œuvre des décisions de planification

Comme le prévoit le Décret sur le RSV du 4 septembre 2003, **les décisions de planification sont de la compétence du Conseil d'Etat. La mise en œuvre de ces décisions représente un travail considérable, pour lequel le RSV dispose aujourd'hui de toutes les compétences nécessaires**, puisqu'il dirige et gère les établissements hospitaliers.

Le Conseil d'Etat décide de faire entrer **en vigueur immédiatement les présentes mesures de planification** qui correspondent au nouveau mandat de prestation des établissements hospitaliers. Compte tenu du délai nécessaire à la mise en place des changements importants prévus par cette planification, **le RSV dispose d'un premier délai pour les réaliser jusqu'au 31 décembre 2004. La mise en œuvre sera alors évaluée avec le RSV et un nouveau contrat sera élaboré pour 2005.**

Dans le cadre du contrat de prestations du RSV, le Conseil d'Etat rappellera les objectifs, les priorités, les délais et les ressources financières liées à la mise en œuvre des mandats de prestations. **Un controlling sera effectué par le Département de la santé au moment du budget et des comptes.**

Si elle est résolument orientée vers l'avenir et qu'elle se présente comme un tournant essentiel, la présente planification n'en n'est pas moins une action évolutive. Dans ce sens, ses objectifs seront régulièrement précisés et affinés afin de tenir compte des besoins en soins de notre population.



12. La répartition du personnel

Comme dans toute restructuration, la gestion des ressources humaines est une question essentielle. Ainsi, dans le présent chapitre, nous tenons à préciser un certain nombre d'éléments concernant la répartition du personnel dans les différents établissements..

En premier lieu, la problématique de la **pénurie du personnel** médical et soignant pour nombre de disciplines est particulièrement importante. En effet, ces disciplines impliquent que les hôpitaux disposent d'un nombre suffisant de chirurgiens, de médecins anesthésistes, médecins assistants mais aussi de personnel infirmier qualifié. De nombreuses voix s'élèvent dans le corps médical pour dire la pénurie qui règne actuellement, tant pour le personnel infirmier que pour le personnel médical.

Cette problématique est d'autant plus importante qu'au manque de personnel s'ajoute le problème de la réduction du temps de travail pour certains secteurs ainsi que la spécialisation toujours plus importante du personnel.

A terme, la pénurie du personnel risque d'avoir des effets négatifs sur la qualité des soins offerts à la population. Avec la restructuration des hôpitaux, le DSSE entend regrouper certaines forces de travail afin de garantir des prestations de qualité.

Dès lors, et au vu de la situation actuelle, il n'y aura pas de licenciement de personnel soignant. Tout au plus, certains postes pourraient ne pas être remplacés lors de départs naturels.

Quant au maintien des proportions de postes dans chaque établissement, des garanties ont été données dans le décret sur le RSV. Toutefois, il est évident qu'un effort de mobilité (d'une discipline à l'autre ou d'un établissement à l'autre, à l'intérieur de leur centre hospitalier) sera demandé au personnel.

En ce qui concerne le personnel, les études réalisées par le Département en 1998 démontrent qu'il sera possible de répartir les postes entre les établissements selon les proportions actuelles.

Nous avons déjà présenté en détail la table ci-après dans le chapitre sur l'analyse de la situation actuelle. Ainsi, nous rappelons que les données des établissements de Brigue, Viège, Sierre, Sion et de Martigny englobent le personnel pour les soins aigus, gériatriques et psychiatrique.

A l'avenir, la proportion des postes actuels devrait donc être maintenue (pour le détail de la répartition du personnel, cf analyse de la situation ci-dessus)

2002	Brigue	Viège	Sierre	CVP	Sion	Martigny	St-Amé	IPVR	Chablais (VS)	Total
EPT totaux	374.0	314.8	349.3	113.4	797.0	318.1	148.2	242.2	225.0	2'881.9
Répartition des EPT par site	13%	11%	12%	4%	28%	11%	5%	8%	8%	100%

Des adaptations à l'intérieur des catégories professionnelles seront possibles. A titre d'exemple, un renforcement de la part du personnel administratif compensera une réduction du personnel des secteurs médicaux et soignants.



13. La région du Chablais-Riviera

La collaboration instituée depuis plusieurs années en matière hospitalière entre les deux cantons trouve son origine dans la **convention intercantonale du 7 octobre 1997** pour l'Hôpital du Chablais et la libre circulation des patients vaudois et valaisans. Cette convention **prévoyait la libre circulation des patients vaudois et valaisans suite à une fusion des hôpitaux de Monthey et d'Aigle en un établissement multisites.**

En octobre 2001, les Conseil d'Etat des cantons de Vaud et du Valais ont signé une Déclaration commune en faveur de la réalisation d'un centre hospitalier intercantonal unique sur un nouveau site pour les régions de la Riviera et du Chablais vaudois et valaisan. La mise en place d'un hôpital de soins aigus sur un seul site devrait permettre l'optimisation de l'offre en soins spécialisés dans un nouvel établissement de 300 lits pour un bassin de population de près de 150'000 habitants.

Dans la même déclaration, **les deux gouvernements s'engageaient à mandater un Groupe de travail** comprenant des représentants des hôpitaux, des régions et des services cantonaux :

- ◇ pour définir le lieu d'implantation le mieux adapté du point de vue de la couverture sanitaire, des impacts socio-économiques et de l'accessibilité ;
- ◇ pour définir la procédure à suivre pour assurer cette réalisation commune dans un délai de 10 ans.

Ce groupe, présidé par l'avocat et ancien ministre jurassien Pierre Boillat, à travaillé durant 10 mois. Il a notamment collaboré avec l'Office fédéral de la statistique et avec des experts de l'EPFL afin de déterminer le site le plus adéquat. Suite à une analyse multicritères détaillée, le groupe de travail a rendu son rapport en novembre 2002. **C'est finalement la « Grange des Tilles », propriété de la Commune de Montreux à Rennaz qui a été choisi comme site idéal.**

En novembre 2003, le Conseil d'Etat vaudois confirmait dans son « Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire », que le Chablais-Riviera était une région très urbanisée qui dispose d'un bassin de population suffisant pour justifier un seul hôpital. Ci-après, nous reprenons un **extrait de ce rapport** que nous approuvons totalement :

« Compte tenu de la situation, l'Est vaudois doit être considéré comme prioritaire dans la perspective de la construction d'un centre hospitalier unique d'environ 300 lits. Cette priorité a été confirmée par la déclaration commune du 8 octobre 2001 des gouvernements vaudois et valaisans en faveur d'une collaboration accrue en matière d'hospitalisation. Les deux gouvernements ont ainsi opté en faveur d'un centre hospitalier intercantonal, financé conjointement, sur un nouveau site pour la région vaudoise Riviera-Chablais et le Chablais valaisan. Le concours d'architecture et l'étude détaillée du projet devraient être menés entre 2004 et 2006. les travaux de construction devraient ensuite être effectués entre 2006 et 2010. (...)

Ce futur hôpital remplacera l'Hôpital du Chablais actuellement réparti entre Monthey (VS) et Aigle (VD), et les sites de Vevey et de Montreux de l'Hôpital Riviera. Les deux hôpitaux estiment que ce regroupement des soins aigus permettra une économie d'exploitation d'environ Fr. 15 millions par année, (...). Un CTR sera en place à Vevey, sur le site du Samaritain ou de la Providence (...), renforcé par une mission de médecine légère et une



permanence pour les urgences mineures. Il en ira probablement de même pour le site de Monthey, sous réserve des décisions appartenant aux Autorités sanitaires valaisannes. »

Le canton du Valais soutient tout particulièrement le projet de construction du nouvel hôpital. De plus, **dans le Décret sur le RSV, les particularités de cette région ont été prises en considération** dans différents articles.

Ces **mesures sont complétées par un certain nombre d'accords** actuellement en vigueur entre les autorités sanitaires vaudoises et valaisannes et l'Hôpital du Chablais, **ainsi que par une convention entre le RSV et l'hôpital du Chablais** prenant en considération les particularités de cet hôpital intercantonal.

Aujourd'hui on constate donc d'une part, que l'Hôpital du Chablais a déjà opéré les regroupements prévus par la présente planification et que, d'autre part un nouveau site sera probablement bâti dans une dizaine d'année pour l'ensemble de la région. Pour ces raisons, on comprend aisément que la nouvelle planification hospitalière n'influence pas de façon importante l'organisation des établissements de cette région. Cependant, les difficultés constatées dans les autres hôpitaux du canton (pénurie en personnel, problèmes d'organisation, etc.) touchent également l'Hôpital du Chablais qui devra malgré tout trouver des améliorations à l'organisation actuelle et réaliser ainsi des économies.

Le concept hospitalier valaisan 2004 a été défini en prenant en compte les options déjà arrêtées concernant la région Chablais-Riviera (construction prévue d'un hôpital à Rennaz). Il est dès lors nécessaire que des décisions soient prises dans ce sens par les autorités vaudoises dans les meilleurs délais ; faute de quoi, le gouvernement valaisan sera amené à redéfinir rapidement sa planification hospitalière pour le Bas-Valais.



14. Les économies réalisables à terme

Selon les études déjà effectuées ou en cours en Valais et dans d'autres cantons, on peut estimer que les moyens dégagés par la mise en réseau des hôpitaux seront, à moyen et à long terme, (lorsque les mesures de restructuration et de regroupement des disciplines médicales auront pu être réalisées) de l'ordre de 4 à 6 mios de francs pour les établissements du Haut-Valais et de 8 à 12 mios de francs par an pour les frais d'exploitations pour les établissements du Valais romand en fonction du scénario retenu. A ces moyens devrait s'ajouter la suppression d'une grande partie des « pénalités » actuelles pour manque de transparence prévues par la LAMal.

A court terme, pendant la phase de mise en place de la réforme proposée, **dans un domaine aussi complexe, quelques coûts supplémentaires de restructuration sont logiquement à prévoir.**

Les moyens ainsi dégagés pourront être affectés en partie et en particulier à l'amélioration des conditions sociales et de travail du personnel hospitalier et au développement d'activités hospitalières et extrahospitalières répondant aux besoins nouveaux des patients.

Des comparaisons avec d'autres cantons tendent à valider les ordres de grandeurs que nous annonçons ci-dessus. Selon le rapport vaudois du Conseil d'Etat au Grand Conseil (cité ci-dessus), le futur hôpital du Chablais-Riviera devrait permettre des économies de l'ordre de 15 millions de francs par an pour les frais d'exploitation.



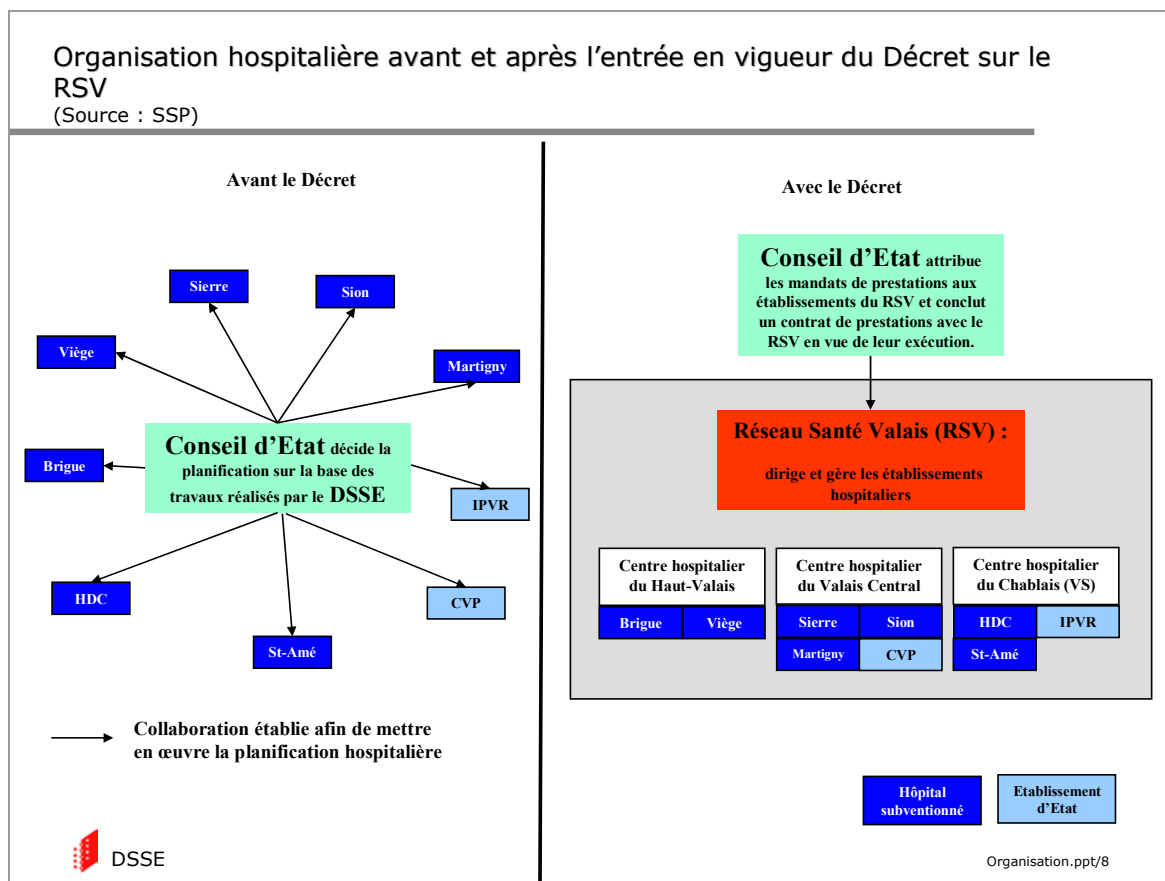
15. Conclusion

Arrivé au terme de ce document, nous tenons à rappeler que la planification sanitaire et hospitalière constitue un processus évolutif. En effet, les changements rapides des conditions dans le domaine de la santé exigent un réexamen continu de la planification hospitalière dans le sens d'une planification permanente et adaptée aux situations nouvelles.

Le présent concept ne représente toutefois qu'un des éléments de la politique sanitaire valaisanne : la planification hospitalière. Cette dernière s'inscrit dans la continuité des décisions prises depuis une dizaine d'années par le Conseil d'Etat soit :

- ◇ Le Concept hospitalier valaisan de 1996 qui prévoyait la répartition des disciplines et favorisait une meilleure collaboration entre les établissements.
- ◇ Les Rapports du DSSE de 1998 décidaient que les disciplines soient réparties selon des modèles dits « différenciés » afin de maintenir des soins aigus sur les six établissements subventionnés.
- ◇ Le projet de lignes directrices de la planification sanitaire et hospitalière qui proposait, en février 2000, deux variantes pour la création de trois hôpitaux multisites.
- ◇ Les lignes directrices de la planification sanitaire et hospitalière d'avril 2000 qui décidaient la création des trois centres hospitaliers.
- ◇ En février 2002 puis en 2003, le Grand Conseil acceptait le Décret sur le RSV et sa révision. L'objectif est depuis 2002 de regrouper au sein du RSV tous les hôpitaux valaisans. Cette nouvelle structure a pour tâche depuis 2004 de diriger et gérer les hôpitaux.

Dès lors, l'une des idées **fortes dans la conception du RSV était d'améliorer les chances de mise en œuvre de la politique du Conseil d'Etat en matière de prise en charge hospitalière en remplaçant la collaboration avec les 10 établissements hospitaliers et instituts médico-techniques par une collaboration avec un établissement unique** comme le montre le schéma ci-après.



La motivation première de la réforme est d'améliorer la qualité de la prise en charge hospitalière en s'assurant notamment :

- ◇ de faire prévaloir, sur toute autre considération, l'intérêt prioritaire des patients et de prendre en compte les besoins nouveaux de la population en matière de santé ;
- ◇ de garantir au patient reçoive un accueil et une prise en charge humanisée, rapide et efficace par des équipes multidisciplinaires et complémentaires ;
- ◇ de faire disparaître progressivement les surcapacités encore existantes dans le domaine hospitalier par la définition d'une nouvelle norme en lits et par l'attribution de mandats de prestations aux établissements hospitaliers compris dans les trois centres hospitaliers (Haut-Valais, Valais Central, Bas Valais);
- ◇ d'atteindre une masse critique de patients dans chaque spécialité car c'est le seul moyen de garantir la qualité des soins et des prestations aiguës, l'occupation optimale des collaborateurs ;
- ◇ de développer l'attractivité de la profession pour les médecins spécialistes, le personnel médico-technique et soignant afin de remédier à la pénurie dans les professions médicales et soignantes. En regroupant certaines disciplines le nombre de cas/service augmente et le service de garde se gère plus facilement ;
- ◇ d'utiliser, de manière plus rationnelle, les moyens financiers à disposition pour mieux répondre aux nouveaux besoins en soins d'une population vieillissante et pour améliorer les conditions de travail des professionnels actifs dans les hôpitaux de soins aigus et dans les autres établissements et institutions sanitaires ;
- ◇ de garantir la 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 **rechercher**, par des mesures de réorganisation, **des potentiels d'économies** qui apparaîtront à moyen et long terme;
- ◇ **d'assurer la réussite de réformes organisationnelles** telles que l'informatisation des hôpitaux, la mise en place d'une comptabilité analytique uniforme, l'introduction d'une facturation par pathologie (APDRG), la centralisation et l'amélioration du codage et la mise en place du Tarmed ;
- ◇ **d'évaluer régulièrement le processus de réforme** de l'ensemble du système hospitalier avec le concours des instances de concertation des partenaires prévues dans la loi sur la santé (le Réseau Santé Valais, la Commission cantonale de planification sanitaire, la Commission des conventions).

De même, nous rappelons qu'il **n'est pas question** pour le Conseil d'Etat dans la planification actuelle **de fermer des établissements hospitaliers ou d'en transformer l'un ou l'autre en hôpital exclusivement de soins aigus ou exclusivement de soins aux malades de psychiatrie et de gériatrie**. En effet, le Conseil d'Etat s'engage à maintenir une activité sur l'ensemble des sites afin de garantir aussi des emplois dans toutes les régions du canton en s'assurant qu'il **n'y ait ni gagnant ni perdant**.

Du fait du vieillissement de notre société, des disciplines comme la gériatrie, la psychogériatrie, l'oncologie et les soins palliatifs prennent une importance sans précédent et il ne fait aujourd'hui plus aucun doute **qu'elles nécessitent des structures adaptées et du personnel spécialisé**. Pour ces raisons, **il n'est donc plus question aujourd'hui de considérer que certaines disciplines seraient plus prestigieuses que d'autres**. Il convient d'en prendre conscience, non seulement pour éviter le développement disproportionné de certaines activités médicales, mais également pour nous permettre de **répondre aux besoins médicaux de notre population d'aujourd'hui et de demain avec des prestations de qualité**.

La planification, présentée schématiquement aux pages ci-après, repose sur les principes de répartitions 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 7 jours/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 semaines** 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.**

Avec les mandats de prestations ci-dessous, le Conseil d'Etat décide une **restructuration importante du système hospitalier valaisan**. Si l'entrée en vigueur de ces mandats est immédiate, les autorités cantonales sont bien conscientes qu'une telle réorganisation ne peut se faire du jour au lendemain. **Le RSV dispose donc d'un premier délai pour les réaliser jusqu'au 31 décembre 2004. La mise en œuvre sera alors évaluée avec le RSV et un nouveau contrat sera élaboré pour 2005.**

A cet effet, nous précisons que le Conseil d'Etat rappellera les objectifs, les priorités, les délais et les ressources financières liés à la mise en œuvre des mandats de prestations dans un contrat de prestations.

Le concept hospitalier valaisan 2004 a été défini en prenant en compte les options déjà arrêtées concernant la région Chablais-Riviera (construction prévue d'un hôpital à Rennaz). Il est dès lors nécessaire que des décisions soient prises dans ce sens par les autorités vaudoises dans les meilleurs délais ; faute de quoi, le gouvernement valaisan sera amené à redéfinir rapidement sa planification hospitalière pour le Bas-Valais.



		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										
	Ophthalmologie										
	ORL										
	Chirurgie plastique										
	Chirurgie cardiaque										
	Neurochirurgie spécialisée										
Chirurgie thoracique											



		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
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										

CF. paragraphe 10.12.1



		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	Production de médicaments au détail
Chimie clinique	Achat et distribution de médicaments pour les établissements sanitaires
Biochimie	

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





16. Bibliographie

- ◇ **Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)** du 18 mars 1994 et ses ordonnances d'application, Berne
- ◇ **Législation sur la santé 1996-1997** du 9 février 1996 et ses ordonnances d'application, Valais
- ◇ **« Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21e siècle »**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Service de la Santé publique, Février 1999
- ◇ **« Le financement des hôpitaux régionaux de soins aigus valaisans »**, Service de la Santé publique, Février 2000
- ◇ **« Le Centre hospitalier rhodanien vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny »**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Septembre 1998
- ◇ **« Reorganisation des Oberwalliser Spitäler »**, Expertenbericht, Dezember 1998
- ◇ **Evolution et perspectives du système de santé**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Octobre 1998
- ◇ **« Concept hospitalier »**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Décembre 1996
- ◇ **« Revue d'hospitalisation Analyse de cinq revues 1998-1999 »**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, mars 2000
- ◇ **« Centres médico-sociaux : aide et soins à domicile / Réseaux régionaux de santé »**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Décembre 1995
- ◇ **« Contrats politiques des six unités pilotes pour la période 1998-2001 »** Adoptés par le Grand Conseil lors de la session de novembre 1997, Etat du Valais
- ◇ **« Etude de divers scenarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais »**, Rapport final – octobre 2000, Cap Gemini Ernst & Young
- ◇ **« Planification des urgences - Rapport à l'intention du Conseil d'Etat par le Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie »**, Organisation Cantonale Valaisanne des Secours (OCVS), Janvier 2002
- ◇ **« Prise en charge des personnes âgées – Coordination et complémentarité des fournisseurs de prestations »**, Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Mai 2001
- ◇ **« Longévité – défi de société et chance culturelle »**, Contribution de la Suisse aux débats de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 2002