

*Rapport du Conseil
d'Etat au Grand Conseil
sur sa politique sanitaire
et hospitalière des années
90 vers le 21^e siècle*



*Département de la Santé,
des Affaires sociales et de l'Energie*

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
1.1 <i>Le devoir d'information.....</i>	3
1.2 <i>Le contenu du rapport</i>	4
1.2.1 L'héritage du passé.....	4
1.2.2 Priorité à la concertation.....	5
1.2.3 Les objectifs essentiels	6
1.2.4 Les hôpitaux multisites	6
1.2.5 Les réseaux	8
1.2.6 Vers le 21 ^e siècle	9
2. INSTRUMENTS LEGISLATIFS : LA REFORME COMPLETE DE LA LEGISLATION SANITAIRE CANTONALE.....	10
2.1 <i>La réforme complète de la législation sanitaire.....</i>	10
2.1.1 Loi cantonale sur l'assurance-maladie du 22 juin 1995.....	10
2.1.2 Loi sur la santé publique du 9 février 1996. Révision complète.....	11
2.1.3 Loi sur l'organisation des secours du 27 mars 1996.....	16
2.2 <i>La nouvelle gestion publique.....</i>	17
2.2.1 Les trois niveaux de contrats	17
2.2.2 Contrat politique dans le domaine de la santé	18
2.2.3 Le pilotage, la conduite et le controlling	21
3. LA PLANIFICATION HOSPITALIERE ET SANITAIRE	25
3.1 <i>Résumé / Aspects socio-économiques / Coûts</i>	25
3.1.1 Résumé de la planification sanitaire récente du canton du Valais	25
3.1.2 Evolution démographique.....	31
3.1.3 Densité de l'emploi dans le domaine de la santé	38
3.1.4 Les comptes de santé	41
3.2 <i>Planification des établissements et institutions sanitaires.....</i>	46
3.2.1 Hôpitaux	46
3.2.1.1 Les mesures de planification prises	46
3.2.1.2 La création d'hôpitaux multisites	68
3.2.1.3 Les hospitalisations hors canton	85
3.2.2 Etablissements médico-sociaux	93
3.2.2.1 Mesures de planification prises	93
3.2.2.2 Concept cantonal des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées (1998).....	94
3.2.2.3 Surveillance / Renouvellement des autorisations d'exploiter délivrées aux établissements médico-sociaux (1998).....	100
3.2.3 Centres médico-sociaux.....	102
3.2.3.1 Les mesures de planification prises	102
3.2.3.2 Développement quantitatif et qualitatif de l'aide et des soins à domicile.....	105
3.2.4 Réseaux régionaux de santé.....	107

3.2.5 Prévention des maladies et accidents et promotion de la santé.....	112
3.2.5.1 Nouvelle orientation des institutions et ligues de santé.....	112
3.2.5.2 Démarche adoptée en politique de prévention.....	112
3.2.5.3 Rôle de la commission cantonale de promotion de la santé.....	115
3.2.5.4 Dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes entre 50 et 70 ans.....	116
3.2.5.5 Médecine scolaire.....	117
3.2.5.6 Objectifs 1999-2000 dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.....	117
3.2.5.7 Toxicomanies.....	120
3.2.6 Organisation des secours.....	123
3.2.6.1 L'évaluation de la nouvelle organisation.....	123
3.2.6.2 Création d'un comité de pilotage.....	124
3.2.7 La formation en soins infirmiers.....	126
4. LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	132
4.1 Hôpitaux de soins aigus.....	132
4.1.1 Allocation budgétaire jusqu'en 1997.....	132
4.1.2 Financement des séjours hospitaliers stationnaires par le forfait journalier jusqu'en 1997.....	132
4.1.3 Allocation budgétaire dès le 01.01.1998.....	133
4.1.4 Introduction d'un nouveau mode de financement au 01.01.1998.....	135
4.1.4.1 Objectifs.....	135
4.1.4.2 Modalités d'application.....	135
4.1.5 Forfaits par cas/spécialité au 01.01.1999 dans les hôpitaux de soins aigus valaisans.....	137
4.1.6 Validation de l'introduction des forfaits par cas et suites du projet.....	138
4.1.7 Financement des prestations semi-hospitalières.....	139
4.1.8 Financement des prestations ambulatoires hospitalières.....	140
4.1.9 Affectation des résultats annuels dès l'année 2000 - années 1998/1999.....	140
4.2 Hôpitaux de soins aux malades chroniques et gériatriques.....	141
4.2.1 Allocation budgétaire.....	141
4.2.2 Financement par les assureurs.....	142
4.2.3 Résultats d'exploitation.....	142
4.3 Etablissements cantonaux (IPVR, PZO et CVP).....	142
4.3.1 Allocation budgétaire.....	142
4.3.2 Financement par les assureurs.....	142
4.3.3 Résultats d'exploitation.....	142
4.4 Etablissements médico-sociaux (EMS).....	142
4.5 Centres médico-sociaux (CMS).....	146
5. ASSURANCE-MALADIE.....	148
5.1 Evolution et contrôle des primes d'assurance-maladie.....	148
5.2 Subventionnement des primes d'assurance-maladie des assurés de condition économique modeste.....	157
6. COLLABORATION INTERCANTONALE.....	163
6.1 Généralités.....	163
6.2 Convention de collaboration dans le domaine de la chirurgie cardiaque, de la cardiologie, de l'anesthésiologie et de la médecine intensive chirurgicale.....	163

6.3 Convention-cadre de collaboration dans les domaines de la pneumologie et de la chirurgie thoracique.....	164
6.4 Conventions-cadre de collaboration dans le domaine de la santé publique	164
6.4.1 Convention-cadre de collaboration dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé	164
6.4.2 Convention de collaboration dans le domaine de la santé au travail	164
6.5 Convention de collaboration dans le domaine de la médecine d'urgence préhospitalière	165
6.6 Convention de collaboration dans le domaine de la médecine légale	165
7. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	166
7.1 Les défis, les objectifs et la vision de la politique de la santé.....	166
7.1.1 Les défis	167
7.1.2 Les objectifs	168
7.1.3 La vision.....	168
7.2 Les instruments de la politique de la santé	169
7.3 La manière de conduire la politique de la santé.....	171
7.3.1 Le patient au coeur du système de soins.....	171
7.3.2 La concertation à tous les niveaux.....	171

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES :

1. L'évolution et les perspectives pour la psychiatrie du Valais romand et la convention passée avec le Centre psychiatrique du Haut-Valais (PZO).
2. La réalisation de l'Hôpital du Chablais.
3. Les propositions du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, de février 1999, sur le projet de mise en réseau des établissements hospitaliers de Sierre-Loèche, de Sion-Hérens-Conthey, de Martigny-Entremont, en collaboration avec le Centre valaisan de pneumologie et les Institutions psychiatriques du Valais romand, sous la forme d'un Centre hospitalier rhodanien.
4. Le projet de réorganisation des hôpitaux de Brigue et Viège.

1. INTRODUCTION

1.1 Le devoir d'information

« Le Conseil d'Etat définit périodiquement, par la planification, sa politique sanitaire et en informe tous les quatre ans au moins le Grand Conseil » (art. 95 al. 1 loi du 9 février 1996 sur la santé).

Au-delà de cette obligation légale d'information, dont les modalités ne sont d'ailleurs pas précisées, le Conseil d'Etat a, depuis longtemps, clairement exprimé sa volonté d'un véritable débat démocratique et d'une concertation entre toutes celles et ceux dont le rôle est de veiller aux intérêts, parfois contradictoires, des patients, des assurés et des contribuables, en somme de chacun d'entre nous qui est à la fois utilisateur et payeur du système de santé.

Le Grand Conseil ne manque pas d'occasions de se prononcer sur la politique de la santé. Quelques exemples :

- approbation du cadre juridique de la politique de la santé (loi sur l'assurance-maladie en 1995, loi sur la santé en 1996, loi sur l'organisation des secours en 1996) ;
- approbation en 1997 du contrat politique entre le Grand Conseil et le Conseil d'Etat dans le domaine de la santé publique ;
- discussions en 1998 sur les lignes directrices de la politique gouvernementale et le plan financier 1998-2001 ;
- approbation annuelle des comptes et du budget du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (ci-après le Département) ;
- débats sur les rapports des différentes commissions parlementaires : commission réformes 2000, commission des finances, commission de gestion et commission de la politique de la planification hospitalière et sanitaire, au sens de l'art. 95 al 1 de la loi du 9 février 1996 sur la santé ;
- traitement d'une série de motions, postulats, interpellations, résolutions et questions sur la santé publique, ainsi que l'examen d'objets spécifiques soumis par le Conseil d'Etat.

Il ne peut cependant y avoir de vrais débats sans une grande transparence et sans des informations objectives et complètes. Tant le Département que le Conseil d'Etat ont toujours recherché la plus grande transparence. De nombreux et volumineux rapports sur l'évolution et les perspectives du système de santé, sur les projets d'hôpitaux multisites, sur l'évolution des primes d'assurance-maladie, sur les indicateurs du système de santé etc. ont été présentés et distribués aux parlementaires et aux partenaires ou sont à leur disposition sans pour autant satisfaire pleinement les besoins en informations.

Cela s'explique en grande partie par le fait que **la santé publique est un domaine dynamique et complexe.** Les choses changent très vite avec des chantiers ouverts en permanence et des négociations elles aussi permanentes, souvent tenues au niveau fédéral. Les répercussions pour notre canton sont importantes. Elles concernent par exemple le mode de financement des hôpitaux ou les hospitalisations hors canton dans le cadre de la LAMal. Le meilleur des rapports écrits ne fait que figer les choses à un moment donné et n'est très rapidement plus d'actualité. L'obligation légale d'information faite au Conseil d'Etat n'est ainsi pas aisée à remplir. Toutes les informations et les données pertinentes sont désormais actualisées en permanence et peuvent être consultées sur Internet ce qui devrait améliorer notablement le déficit d'informations ressenti aujourd'hui.

Avec les réserves précitées sur le caractère éphémère des informations relatives à la politique de la santé, le Conseil d'Etat, d'entente avec la commission parlementaire sur la politique de la planification hospitalière et sanitaire, présente ce rapport au Grand Conseil pour que les choix de société qu'implique cette politique (objectifs, moyens à accorder, restructurations, prise en compte des régions, impacts socio-économiques etc.) soient faits sur les meilleures bases possibles.

1.2 Le contenu du rapport

1.2.1 L'héritage du passé

Sur le modèle du rapport présenté en 1993 au Grand Conseil, **le document qui vous est soumis rappelle les objectifs essentiels de la politique de la santé**, ses enjeux, les différents secteurs du système, les interactions entre ces secteurs, les moyens d'action et de pilotage. Il décrit les priorités des mesures à prendre, l'état des processus en cours et le calendrier des décisions à venir. **Il souligne également la nécessité d'analyser les perspectives et d'anticiper l'évolution.**

Toutes les actions ponctuelles décrites dans ce rapport s'inscrivent dans une vision globale et à long terme de la politique de la santé dégagée depuis une dizaine d'années déjà et qu'il s'agit de ne pas perdre de vue. **Les actions d'aujourd'hui sont le prolongement logique de ce qui a été décidé et réalisé avec succès hier.** Si les changements sont de plus en plus rapides, dans un système aussi lourd et complexe, les effets d'une nouvelle orientation ne peuvent se faire sentir du jour au lendemain.

La reconnaissance hors canton et au niveau suisse des résultats obtenus en Valais démontre qu'un canton excentré comme le nôtre peut très bien ne pas se contenter d'une vision frileuse et à court terme et avoir l'audace d'innover et d'anticiper. La voie tracée est bonne. **Le Conseil d'Etat est convaincu de la nécessité de poursuivre sur cette voie et de ne pas casser la dynamique ainsi créée.**

1.2.2 Priorité à la concertation

En encourageant « la responsabilité individuelle et la solidarité collective » et en prévoyant toute une série de dispositions permettant d'associer étroitement les partenaires à l'élaboration de la politique de la santé, **la loi du 9 février 1996 sur la santé (LS) donne la priorité à la concertation** (cf. articles premier, 11, 14, 40, 70, 75, 102 et 104 LS). L'idée est de créer pour chacun des acteurs (patients, professionnels de la santé, assureurs, collectivités publiques etc.) une situation de responsabilité, en mobilisant toutes les énergies et ressources disponibles dans un cadre connu avec une définition plus précise du rôle des uns et des autres.

Deux instances de négociation et de concertation ancrées dans la loi sur la santé ont contribué tout particulièrement aux bons résultats actuels de la politique valaisanne de la santé.

- Il s'agit tout d'abord de la **commission cantonale de planification sanitaire**, composée de représentants des communes, des hôpitaux, des EMS, des CMS, des assureurs, du corps médical et du personnel soignant, qui est l'organe consultatif du Conseil d'Etat pour toutes les questions de planification sanitaire et hospitalière (cf. art. 102 et 103 LS).
- Il s'agit ensuite de la **commission des conventions**, composée de représentants des fournisseurs de prestations et des payeurs (assureurs et collectivités publiques), qui est l'organe consultatif du Conseil d'Etat pour toutes les questions relevant des conventions prévues dans la LAMal.

Avec ces deux commissions, présidées par le chef du Service de la santé publique, les partenaires ont été associés en permanence à toutes les étapes du processus de planification (de la conception à la réalisation jusqu'à l'évaluation) et à toutes les étapes du processus de négociation des conventions tarifaires avec les assureurs. Elles permettent en outre de traiter ensemble et en parallèle les problèmes d'organisation et les problèmes de financement du système de santé qui sont étroitement liés.

Grâce à une large concertation et à une réflexion partagée sur la cohérence de l'ensemble de la politique sanitaire, le canton du Valais a ainsi pu bénéficier, depuis une dizaine d'années, dans la très grande majorité des cas, d'un régime conventionnel toujours préférable à une intervention d'autorité de l'Etat dont l'arbitrage peut être interprété comme arbitraire par l'une des parties avec les recours et les blocages qui en découlent.

Le Conseil d'Etat n'entend dès lors pas non plus remettre en cause cette démarche participative qui a fait ses preuves.

1.2.3 Les objectifs essentiels

Les objectifs essentiels de notre politique de la santé demeurent comme jusqu'à présent :

- **la qualité des prestations ;**
- **la maîtrise des coûts ;**
- **l'accessibilité de tous à des soins adéquats.**

Le contexte économique difficile que nous connaissons a cependant révélé une nouvelle dimension de la politique de la santé occultée pendant les années de prospérité, à savoir les

- **impacts socio-économiques de cette politique.**

La précarité des emplois est aujourd'hui une préoccupation prioritaire pour les gens et pour les responsables politiques. **Dans notre canton, les dépenses totales du système de santé représentent 1.1 milliard de Fr. Dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les centres médico-sociaux, on recense quelque 7'200 postes de travail** auxquels viennent s'ajouter les emplois du secteur ambulatoire.

Cette réalité nouvelle a amené le Département et le Conseil d'Etat à sortir du cadre strict de la planification hospitalière conçue principalement comme instrument de maîtrise des coûts. On pense bien sûr à Loèche-les-Bains où, après d'intensives négociations et des mesures de restructuration énergiques, le Grand Conseil a accepté, à l'unanimité, la proposition du Département et du Conseil d'Etat de faire un geste extraordinaire pour tenter de sauver les emplois qui peuvent l'être dans les deux cliniques de la station. Mise à part cette situation très particulière, la réflexion doit aujourd'hui porter, d'une manière générale, sur les moyens de restructurer le réseau hospitalier de manière à présenter, même au-delà des frontières cantonales, une offre optimale et attractive tout particulièrement dans le domaine de la réadaptation.

1.2.4 Les hôpitaux multisites

Les projets de fusion ou de mise en réseau des hôpitaux de Viège et Brigue ainsi que des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, de même que la fusion déjà réalisée des hôpitaux de Monthey et d'Aigle ont suscité des réactions et des discussions passionnées. Le rapport fera donc le point sur l'état des processus en cours.

En parcourant l'histoire des hôpitaux valaisans à travers les débats qu'ils ont suscités au Grand Conseil de 1905 à ce jour, on peut comprendre ces réactions. **Les débats répétés au cours des décennies avec des arguments étonnement identiques** (crainte d'une centralisation excessive, voire d'une cantonalisation et défense farouche des établissements régionaux) **n'ont jamais permis, en un siècle, d'aboutir à une coordination réelle entre les 6 hôpitaux de soins aigus** implantés déjà durant la 1^{ère} moitié du siècle à une époque où les voies de communication et les moyens de télécommunications que nous connaissons aujourd'hui n'existaient pas. Or, la coordination est précisément ce que vise le processus de création d'hôpitaux multisites. Pourquoi ?

Deux raisons essentielles nous contraignent à agir :

- **d'une part, la baisse impressionnante des journées de malade** et même des cas dans les hôpitaux de soins aigus, plus particulièrement dans certains d'entre-eux ;
- **d'autre part, les exigences de la LAMal** (lutte contre les surcapacités) et un nouveau mode de financement basé sur les prestations effectuées et non plus sur un forfait par journée-malade qui incitait à allonger inutilement les hospitalisations.

A cet égard, **il est important de relever le rôle et les moyens de pression importants donnés par la LAMal aux assureurs**, par exemple pour refuser des conventions avec les hôpitaux ou d'autres fournisseurs de prestations (notamment pour des motifs liés à une transparence insuffisante de la facturation, au caractère économique des prestations non démontré, à des surcapacités) ou pour recourir contre des décisions de planification cantonale jugées insuffisantes.

Le renforcement du rôle des assureurs dans l'organisation et le financement du système de santé et les importantes et rapides mutations, auxquelles ceux-ci sont confrontés, sont des motifs supplémentaires pour accélérer les restructurations des hôpitaux et des autres établissements sanitaires avant que celles-ci ne soient imposées.

Face à cette évolution deux attitudes sont possibles :

- soit l'on décide de ne pas intervenir. Certains hôpitaux devront dès lors rapidement faire face à un manque de ressources et à d'importants déficits qui seront mis à la charge des communes de la région avec, en outre, le risque évident d'une diminution de la qualité des prestations en raison d'une trop faible activité ;
- soit l'on reconnaît qu'il y a là un vrai problème, à savoir que le canton du Valais ne peut plus se permettre d'avoir, à des distances très courtes, 6 structures hospitalières de soins aigus surdimensionnées pour certaines d'entre-elles, très coûteuses et peu productives car peu sollicitées alors que dans d'autres institutions (établissements médico-sociaux et centres médico-sociaux), l'on manque de moyens pour faire face aux besoins grandissants d'une population vieillissante.

Pour le Département et le Conseil d'Etat il est évident qu'il faut agir, mais comment ?

L'idée de mettre en réseau des établissements hospitaliers par la création d'hôpitaux multisites permet notamment d'éviter deux écueils importants :

- ◇ ne pas créer dans le canton une ou deux superstructures centralisées comme le CHUV à Lausanne ;
- ◇ ne pas non plus céder à l'illusion trompeuse qu'il est possible de développer dans chacun des 6 hôpitaux des "mini-CHUV".

Il faut donc s'entendre pour répartir les missions si l'on veut préserver une activité hospitalière sur chaque site. **La meilleure manière de prendre en compte à la fois les intérêts légitimes des régions et les impératifs de qualité des prestations et de maîtrise des coûts passe par un renforcement réel de la coordination.** Tel est l'objectif principal du processus de création d'hôpitaux multisites qui a été lancé.

Le concept proposé va encore plus loin. Pour tenir compte des aspects socio-économiques précités, plus sensibles encore dans les petites régions, et tirer un profit optimum des structures existantes sur chacun des sites, il importe de donner des garanties aux « parties les plus faibles » sous diverses formes :

- maintien d'activité hospitalière de soins aigus sur les sites ;
- maintien de l'enveloppe budgétaire globale accordée pour les structures sanitaires de la région ;
- maintien de l'effectif global des postes de travail dans ce secteur ;
- mécanismes de protection des entités minoritaires à ancrer dans les statuts de la structure commune ;
- contrôle du Conseil d'Etat sur la restructuration et le processus de mise en réseau.

Voilà le cadre général et historique du concept des hôpitaux multisites. **Le Conseil d'Etat est convaincu, avec le Département, que ces projets se réaliseront uniquement si la majorité des acteurs** (autorités politiques, professionnels de la santé, représentants des autres institutions sanitaires, des assureurs, des syndicats, des patients) **participe à ce débat** et admet le bien-fondé de ces projets dont les retombées ou l'absence de retombées, en cas d'échec, doivent être soigneusement appréciées.

1.2.5 Les réseaux

L'idée des hôpitaux multisites n'est en fait qu'une expression particulière du concept plus général de réseaux.

"Le réseau est à la fois une structure et un processus, qui permettent de mettre en valeur les capacités d'actions et de rationaliser la gestion des services à vocation complémentaire.

Une stratégie de réseaux, faite d'alliances fonctionnelles et de regroupement des capacités techniques, pourrait constituer un modèle de développement particulièrement adapté à une situation de récession économique ..." (Prof. A Rougemont, Université de Genève).

Dans des domaines sectoriels comme, par exemple, les écoles pour la formation en soins infirmiers, l'idée d'une institution multisites a déjà été concrétisée avec l'Ecole valaisanne de soins infirmiers (EVSI) qui constitue aujourd'hui une seule unité regroupant les 6 anciennes écoles mais dont les activités sont réparties sur trois sites. Un autre exemple a été le regroupement d'une vingtaine de centres médico-sociaux en 6 centres régionaux.

Les formes possibles d'appartenance à un réseau sont diverses. Si, pour les hôpitaux, la fusion a été initialement la forme retenue pour une mise en réseau, d'autres formes sont imaginables (contrats de collaboration, fédération associative, société anonyme d'exploitation, etc.) Il s'agit d'apprécier au mieux le degré de performance de l'une ou l'autre forme.

Enfin, **l'ensemble des différents secteurs du système de soins (hôpitaux, institutions psychiatriques, EMS, CMS, structures intermédiaires, secteur ambulatoire ainsi que prévention et promotion de la santé) doit être mis en réseau.** Une première démarche pour concrétiser cette idée de **réseau de soins coordonnés** a été la création dans notre canton des **commissions régionales de santé**. Cette forme de coordination, la plus souple, a montré que face à la dispersion des différents services de soins, à l'esprit naturellement partisan de chacun des partenaires, à la force des régions et des sous-régions, un grand travail reste encore à faire mais que la direction est bonne.

1.2.6 Vers le 21^e siècle

A la veille du prochain millénaire, **les principaux défis de la politique de la santé sont connus :**

- vieillissement de la population
- attentes nouvelles des patients
- évolution fascinante des technologies
- transformations rapides des institutions de soins
- rôle accru des assureurs
- importance de la révision de la LAMal
- crise des finances publiques.

La restructuration du système de santé, son mode de financement, les outils de gestion et de pilotage mentionnés dans ce rapport sont les moyens d'action à notre disposition pour relever ces défis et conduire une politique de santé qui puisse résister à tous ces changements voire à ces bouleversements.

Au Grand Conseil de dire aujourd'hui s'il partage ce point de vue sur ces défis, les objectifs, les moyens d'action, le calendrier et le rythme des réformes à poursuivre ou à entreprendre qui sont permanentes dans ce domaine.

Avec les éléments présentés dans ce rapport, le Conseil d'Etat espère contribuer à faciliter le processus démocratique qui reste primordial malgré toute la complexité et la technicité de la santé publique.

2. INSTRUMENTS LÉGISLATIFS : LA RÉFORME COMPLÈTE DE LA LÉGISLATION SANITAIRE CANTONALE

2.1 La réforme complète de la législation sanitaire

2.1.1 Loi cantonale sur l'assurance-maladie du 22 juin 1995

Suite à l'adoption de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), le Conseil d'Etat a créé une commission chargée de réviser la législation cantonale sur l'assurance-maladie. Cette commission était composée de députés, de représentants des caisses-maladie, de la caisse cantonale de compensation, du fonds cantonal pour la famille, du service de la santé publique et de l'administration cantonale des finances.

La loi adoptée par le Grand Conseil sur proposition du Conseil d'Etat ne remet pas fondamentalement en cause la législation précédente de 1988. Elle prévoit l'adaptation de la législation valaisanne aux exigences de la LAMal qui portent, pour l'essentiel, sur :

- l'introduction de l'assurance obligatoire pour toutes les catégories de population;
- une amélioration substantielle de l'aide accordée aux assurés de condition économique modeste pour réduire leurs primes.

Obligation d'assurance

Le contrôle de l'obligation d'assurance généralisée introduite par la LAMal est confié aux communes qui, conformément à la législation cantonale de 1988, assumaient déjà cette tâche pour les enfants de 0 à 20 ans et, dans certains cas, pour l'ensemble de la population selon les règlements communaux prévoyant l'obligation d'assurance généralisée.

L'obligation d'assurance supprime le risque pour les communes, de devoir supporter, sous l'angle de l'aide sociale, les frais d'hospitalisation ou de traitement de personnes non assurées et démunies.

Subventions aux assurés de condition économique modeste

Les montants prévus par la Confédération pour réduire les primes des assurés de condition économique modeste sont importants et permettent une forte augmentation du nombre de bénéficiaires.

Il importe dès lors de porter une attention particulière à l'affectation correcte et à la répartition équitable de ces montants ainsi qu'à la simplification de la procédure d'octroi de subventions.

Il importe également de prendre en compte un certain nombre d'éléments encore indéterminés et variables à l'avenir concernant en particulier le montant et l'évolution des primes, l'évolution des subventions fédérales, la définition par la Confédération de la notion de région (l'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions).

La loi adoptée par le Grand Conseil en juin 1995 prévoit dès lors un système de subventionnement souple qui laisse au Conseil d'Etat la possibilité d'intervenir annuellement pour corriger certaines disparités qui auraient été constatées tant au niveau des individus et des familles concernées qu'au niveau de la masse globale de subvention à répartir équitablement entre les bénéficiaires.

S'agissant de la procédure, la demande de subvention est supprimée et remplacée par la notification à l'assuré de son droit à la subvention selon les données fiscales. Pour l'assuré, la procédure est ainsi grandement simplifiée. Il garde la liberté de renoncer à faire valoir son droit à la subvention.

2.1.2 Loi sur la santé publique du 9 février 1996. Révision complète.

LES MOTIFS D'UNE REVISION COMPLETE DE LA LOI SUR LA SANTE PUBLIQUE DE 1961

Evolution générale

La loi qui régissait la santé publique en Valais jusqu'en 1996 avait été adoptée 34 ans plus tôt. Un âge respectable pour une loi si l'on songe à l'évolution fascinante et d'une rare complexité qu'a connu le domaine de la santé publique depuis 1961. Grâce à l'engagement remarquable des différents partenaires, cette législation a favorisé le développement d'un système de santé performant, en comparaison intercantonale, s'agissant aussi bien de la qualité des prestations que de la maîtrise des coûts.

Mais de nouveaux facteurs d'influence doivent être désormais pris en considération dans le domaine de la santé. Tout d'abord, de nouveaux problèmes ont fait leur apparition : vieillissement de la population, pathologies liées au travail et au relâchement des liens sociaux, toxicomanies, SIDA, etc. De même, les progrès technologiques et les avancées spectaculaires de la médecine, notamment en matière de transplantation d'organes, de procréation médicalement assistée, de génie génétique ou de médecine prédictive sont sources de préoccupations jusque

là inconnues. Par ailleurs, les contraintes économiques prennent une place croissante dans les choix de santé. Enfin, l'ensemble de ces éléments, parallèlement à l'évolution de la société, a ébranlé certaines de nos certitudes éthiques.

Les contraintes actuelles obligent les fournisseurs de prestations, les assureurs, les collectivités publiques et les patients eux-mêmes à se poser des questions essentielles sur la santé et son évolution, notamment :

- Comment déterminer l'état de santé de la population valaisanne et, après avoir bien identifié les risques, définir des priorités d'actions préventives ou curatives et en évaluer l'efficacité ?
- Comment assurer l'accès de toute la population à un ensemble de prestations sanitaires de qualité ?
- Comment gérer les relations entre patients et professionnels de la santé, au vu des progrès de la médecine et des problèmes de société avec tous les problèmes éthiques qui en découlent ?
- Comment apprécier le rapport entre les importantes ressources allouées au système de santé et les résultats obtenus en termes d'efficacité sanitaire pour pouvoir apporter les correctifs nécessaires ?
- Comment maîtriser une demande potentiellement illimitée de prestations de santé compte tenu de la limitation des ressources disponibles ? Comment maintenir et même favoriser la qualité des soins dans une telle situation ?

Pour tenter de répondre à ces questions fondamentales et à d'autres encore, une révision complète de la loi sur la santé publique du 18 novembre 1961 s'avérait indispensable.

L'adoption d'une législation sanitaire souple et moderne doit notamment prévoir les moyens et les outils nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une politique de santé rationnelle, efficace, équitable et tournée vers le futur. La réforme du système de santé est devenue permanente et doit se faire dans la concertation.

La nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)

Une autre raison impérative de réviser la législation sanitaire cantonale est l'adoption de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) du 18 mars 1994, entrée en vigueur au 1er janvier 1996.

Les trois principaux objectifs visés par la LAMal sont :

- une meilleure maîtrise des coûts, notamment par la planification et l'introduction de plus de concurrence sur le marché de la santé ;
- l'amélioration de l'assurance de base en garantissant à chacun des soins médicaux de qualité financièrement supportables ;
- la restauration de la solidarité par une répartition plus équilibrée de la charge de l'assurance de base et par la réduction des primes pour les personnes de condition économique modeste.

La LAMal n'enlève pas aux cantons leur compétence de légiférer en premier lieu en matière de santé. Elle introduit toutefois d'importantes obligations et charges nouvelles pour les cantons en particulier :

- l'établissement d'une planification hospitalière (art. 39 LAMal);
- une participation accrue aux frais d'exploitation de la division commune des hôpitaux (art. 49 LAMal);
- la participation financière pour les hospitalisations hors canton médicalement justifiées (art. 41 al. 3 LAMal).

L'adoption de la loi cantonale du 17 novembre 1988 sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissements et d'exploitation des établissements sanitaires publics (révision partielle de la loi du 18 novembre 1961 sur la santé publique) a heureusement anticipé l'entrée en vigueur de la LAMal s'agissant de la priorité à accorder à la maîtrise des coûts. La révision de 1988 avait notamment introduit, dans la loi, la notion de planification sanitaire et hospitalière cantonale élaborée sur la base d'une concertation permanente des fournisseurs de prestations et des payeurs.

Interventions parlementaires

Les motifs de réviser la loi sur la santé publique de 1961, brièvement évoqués ci-dessus, ont été relevés au Grand Conseil dans le cadre d'une motion déposée par M. le député Raymond Pernet le 28 septembre 1993 qui mettait en évidence l'évolution générale des problèmes de santé publique et l'adoption de la LAMal. Une deuxième motion de M. le député Stéphane Rossini du 26 octobre 1993 soulignait l'importance des droits des patients et la nécessité de revoir les relations entre les patients et les professionnels de la santé.

Elaboration de la nouvelle loi

Suite à l'acceptation de ces motions par le Grand Conseil, le Conseil d'Etat, par décision du 13 avril 1994, a créé une commission extra-parlementaire chargée d'élaborer un avant-projet de nouvelle loi sur la santé publique et d'examiner les propositions de modifications émanant des partenaires et des milieux concernés lors de la procédure de consultation.

Contenu et principes directeurs de la nouvelle loi

Pour l'essentiel, la nouvelle loi adoptée par le Grand Conseil le 9 février 1996 à l'unanimité, porte sur trois points :

a) **Les relations entre patients et professionnels de la santé**

Porter un regard nouveau sur les relations entre les patients et les professionnels de la santé, sur leurs droits et leurs obligations réciproques, c'est remettre au coeur des préoccupations et de la politique de la santé publique les patients et les professionnels de la santé.

Quelle évidence ! Et pourtant, la loi de 1961 n'y faisait quasiment aucune allusion. Cette importante lacune a été comblée par le titre troisième de la loi de 1996.

Il faut souligner que les dispositions prévues dans le texte adopté sont conformes aux principes énoncés dans la "Déclaration sur la promotion des droits des patients", publiée par l'OMS au printemps 1994 à Amsterdam et signée par la Suisse. Ces dispositions reprennent également des principes généraux découlant du droit fédéral et de la jurisprudence. Toutes ces dispositions s'articulent autour du respect de la personne, autant du patient que du professionnel de la santé, pour veiller à la qualité de cette relation particulière et fondamentale entre soignants et soignés.

b) **La planification sanitaire et hospitalière**

Imposée désormais par le droit fédéral (LAMal) qui ne donne guère de précisions sur son contenu, hormis pour les hôpitaux, la planification constitue un outil indispensable à la gestion de la politique sanitaire si l'on entend continuer à offrir à chaque patient(e) des soins et un encadrement adéquat, à des coûts supportables. Qui pourrait en effet encore entretenir l'illusion qu'une politique sanitaire cohérente et digne de ce nom peut surgir, comme par enchantement, d'une addition d'initiatives individuelles et régionales ? Cela ne signifie nullement que celles-ci doivent disparaître au profit d'une centralisation et d'une "fonctionnarisation" excessives. Au contraire, **il s'agit de mobiliser toutes les énergies et les ressources des individus et des régions dans un cadre connu, défini préalablement sur la base d'un indispensable dialogue entre tous les intéressés, avec une définition beaucoup plus précise du rôle des uns et des autres.** L'absence de coordination qui règne trop souvent à cet égard est source de dysfonctionnement et contraint l'Etat à intervenir au-delà de ce que voudrait le principe de subsidiarité.

Liés étroitement aux différents aspects de la planification, les problèmes relatifs aux modes possibles de financement revêtent une importance particulière.

Ces questions centrales sont traitées au titre septième (art. 93 à 128) de la nouvelle loi, consacrée à la planification sanitaire et au subventionnement des établissements et institutions sanitaires d'intérêt public.

c) **Adaptation de la loi de 1961 aux réalités actuelles**

Les autres titres de la nouvelle loi ont été adaptés aux exigences actuelles du droit fédéral et du droit cantonal. Les retouches proposées ont été dictées à la fois par un souci d'harmonisation et par la volonté de mettre à disposition des milieux concernés un outil performant adapté aux besoins de santé publique.

La nouvelle loi repose par ailleurs sur les principes directeurs suivants.

L'option retenue, quant à la forme, a été d'adopter une loi-cadre fixant les lignes directrices de la législation sanitaire et identifiant les principes fondamentaux qui doivent présider à l'action des différents partenaires (professionnels de la santé, établissements et institutions sanitaires, patients, collectivités publiques). Une loi-cadre permet de résoudre de manière à la fois plus cohérente et plus accessible pour le citoyen les nombreux problèmes de santé qui, dans bien des cantons, sont régis aujourd'hui encore par plusieurs lois.

La nouvelle loi est un instrument moderne qui prend en compte les critiques sur les réglementations trop nombreuses et trop rigides. Preuve en est le nombre et l'importance des ordonnances d'application, trois fois moindre qu'avec la loi de 1961.

La nouvelle loi est conçue de manière à garantir la souplesse nécessaire pour permettre les ajustements qui s'imposeront à l'avenir. La loi institue le principe d'une **adaptation permanente du système de santé dans la concertation et le respect des intérêts individuels et collectifs**.

La nouvelle loi concrétise le principe d'efficience qui demande de fixer des objectifs avant de prendre une mesure puis d'évaluer ce qui a été fait avant de corriger si nécessaire les défauts identifiés. Un tel processus induit une dynamique nécessaire pour affronter les problèmes toujours plus nombreux, complexes et délicats qui se posent en matière de santé publique et s'avère indispensable à un moment où l'on prend conscience que les moyens à disposition ne sont pas illimités.

La nouvelle loi a aussi l'ambition de chercher à dégager une éthique collective de la santé. Peu à peu, il faudra compléter le colloque singulier professionnel de la santé-patient par une éthique plus solidaire de santé publique. Les professionnels de la santé devront réfléchir sur leurs droits et leurs devoirs, pour favoriser une participation active et éclairée non seulement des patients, mais surtout d'eux-mêmes à la mise en place d'objectifs de santé publique.

2.1.3 Loi sur l'organisation des secours du 27 mars 1996

L'adoption en mars 1996 d'une base légale sur l'organisation des secours, inexistante jusque-là, permet désormais d'élaborer et de mettre en oeuvre une politique globale et cohérente en la matière pour toutes les formes de secours, sur l'ensemble du canton.

Les nouveautés principales de cette législation sont en résumé.

1. Délégation de tâches

La nouvelle loi prévoit la possibilité d'une importante délégation de tâches opérationnelles en matière de secours à une organisation faîtière cantonale, en particulier l'exploitation d'une centrale d'alarme et d'engagement sanitaire unique. Cependant, le Conseil d'Etat demeure l'autorité compétente concernant l'organisation des secours, en ce sens qu'il définit, par la planification sanitaire, la politique cantonale en matière de secours et qu'il exerce la haute surveillance sur l'organisation des secours dans le canton.

2. Exploitation d'une centrale d'alarme et d'engagement

La création et l'exploitation d'une centrale d'appels sanitaire urgents (no 144) unique couvrant tout le territoire cantonal, y compris les régions périphériques permet de répondre au mieux au souci commun des partenaires et de l'Etat d'une professionnalisation accrue dans la prise en charge des appels allant dans le sens d'une amélioration de la coordination entre les intervenants et de l'engagement dans chaque cas du moyen de secours le plus approprié.

3. Financement des secours

Une amélioration sensible du financement des secours est prévue dans la nouvelle loi, dans la mesure où le canton peut notamment prendre en charge les frais d'investissements et - pour une part - les frais d'exploitation de la centrale sanitaire, les frais de perfectionnement des professionnels des secours ainsi que les frais d'investissement des entreprises d'ambulances et les frais non récupérables.

En plus du subventionnement cantonal, l'organisation faîtière est financée par la possibilité qui lui est donnée par la loi de prélever une taxe « d'utilisateur-payeur » lors de chaque intervention.

2.2 La nouvelle gestion publique

Pour des explications plus détaillées sur les différents éléments de la nouvelle gestion publique il convient de se référer notamment :

- au message du Conseil d'Etat accompagnant le projet de loi concernant les clauses expérimentales pour les unités pilotes du projet de réforme cantonale « Administration 2000 »;
- au message du Conseil d'Etat concernant les projets de contrats politiques des six unités pilotes.

Le Service de la santé publique est l'un des six services pilotes.

2.2.1 Les trois niveaux de contrats

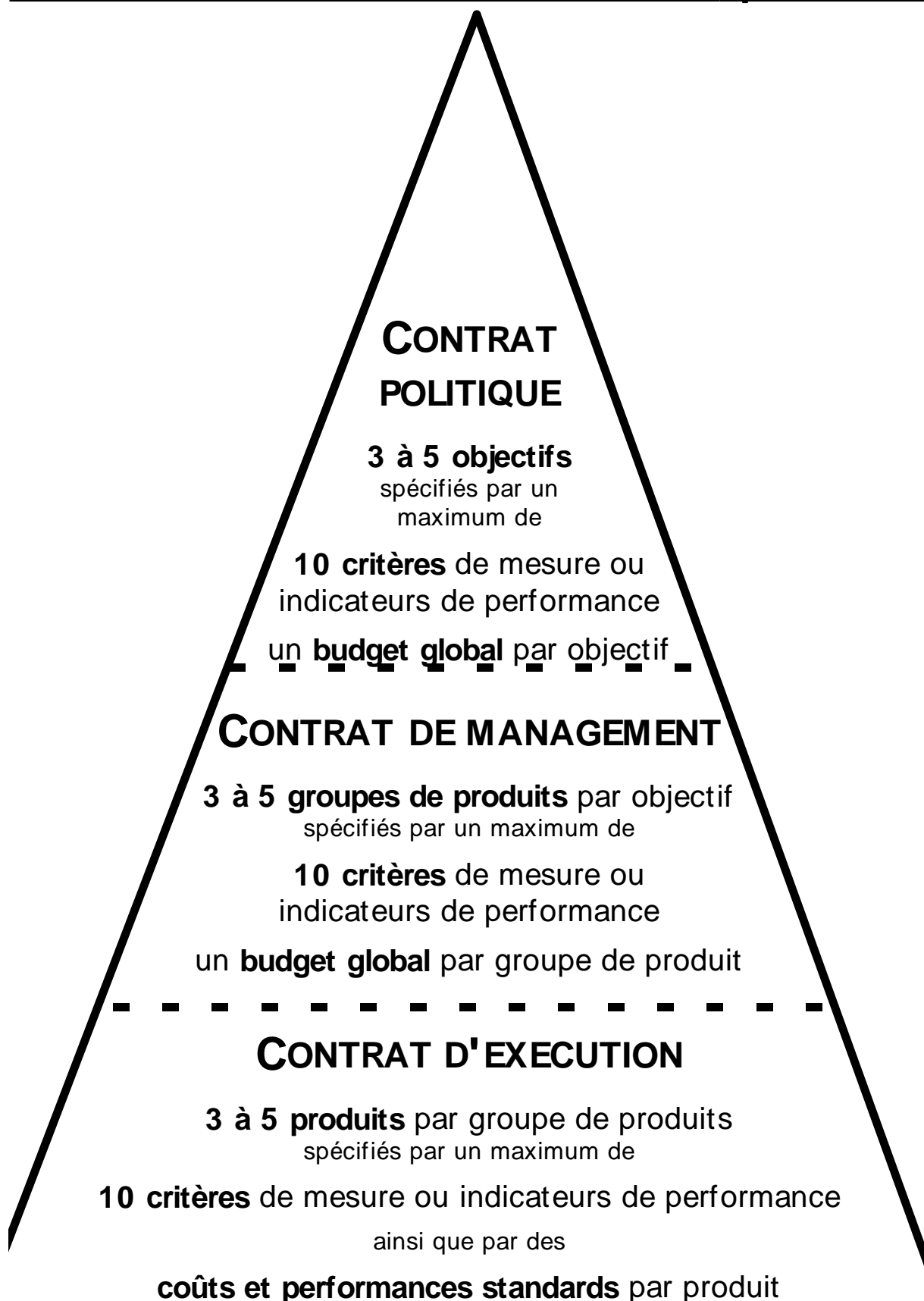
Description du nouveau système de fonctionnement

Afin d'introduire de nouveaux instruments de gestion dans le cadre de l'Administration permettant d'évaluer des résultats et des processus et non plus uniquement des procédures, un système de gestion par contrat a été mis en place.

Le tableau ci-après montre les différents niveaux de contrats qui doivent être établis, ainsi que leur spécificité :

1. Le contrat politique : entre le Parlement et le Gouvernement
2. Le contrat de management : entre le Gouvernement et le Département
3. Le contrat d'exécution : entre le Département et le Service

Les trois niveaux de contrats et leurs spécificités



2.2.2 Contrat politique dans le domaine de la santé

Depuis le 1er janvier 1998, un contrat entre le Parlement et le Gouvernement définit les objectifs de santé à atteindre pour 4 ans (1998 - 2001), ainsi que les budgets nécessaires et les indicateurs servant à évaluer les résultats et la qualité. **Ce contrat, après deux débats, a été adopté par le Parlement à une large majorité.** Il prévoit notamment les objectifs suivants :

Vision globale :

- réduire, à long terme, la surmortalité générale de la population valaisanne à un niveau comparable à la moyenne suisse;
- réduire et maintenir, à moyen terme, les dépenses par assuré valaisan à un niveau inférieur à la moyenne suisse;
- freiner le développement des coûts de la santé et maintenir la qualité et la sécurité des soins.

Economie de la santé

1. Le secteur de la santé est une composante importante de l'économie valaisanne. Il convient dans le cadre de l'assurance obligatoire de **développer ce secteur de la même façon que l'économie dans son ensemble.**
2. Dans le cadre des budgets disponibles, le Valais cherche à **planifier à l'intérieur du canton** le plus possible de prestations médicales relevant de l'assurance obligatoire des soins.
3. Dans la mesure de ses possibilités, le canton entreprendra les démarches nécessaires au soutien des fournisseurs de prestations qui exercent leur activité au niveau national, soit essentiellement dans la prise en charge de patients non domiciliés en Valais et pour des prestations spécialisées.
4. Aujourd'hui, le canton contrôle les coûts hospitaliers de manière efficace notamment grâce à la planification qui a été mise en place et à l'introduction de budgets globaux. Il essaiera également de participer à la **gestion du secteur ambulatoire** au moyen de budgets globaux, d'entente avec les partenaires conventionnés.
5. Ces dernières décennies, l'évolution des coûts hospitaliers en suisse a été largement supérieure à celle de l'indice suisse des prix à la consommation (IPC). Les résultats actuels de maîtrise de coûts hospitaliers en Valais permettent d'envisager que l'évolution des coûts totaux de l'ensemble du secteur stationnaire soit ramenée à celle de l'IPC.

6. Compte tenu du développement de nouveaux modes de prise en charge, **le nombre de places de travail dans le secteur de la santé ne devrait pas diminuer, mais augmenter** dans le cadre de modèles de travail flexible dans le respect du budget global décidé.
7. Le canton doit continuer à utiliser dans leur intégralité des montants mis à disposition par la Confédération en vue de réduire les primes des assurés de condition modeste. Le système, qui fonctionne déjà bien aujourd'hui, sera amélioré continuellement d'un point de vue social notamment sur la base de l'évolution des données statistiques et de l'expérience.
8. Le canton entreprendra toutes les démarches nécessaires permettant d'éviter que de grandes caisses-maladie exerçant au niveau national, effectuent un transfert de dépenses résultant de prestations consommées dans d'autres cantons en défaveur des assurés valaisans affiliés à ces caisses. Il participera dans la mesure du possible à la procédure d'approbation des primes d'assurance-maladie effectuée par la Confédération et informera la population sur les abus constatés.

Changements structurels nécessaires dans le secteur de la santé

1. Les nouveaux instruments de planification et de subventionnement mis en place par le canton devraient permettre de diminuer le nombre de traitements et d'opérations inutiles. Le nombre de cas à traiter dans les hôpitaux de soins aigus devrait dès lors diminuer au cours de ces prochaines années
2. De plus, la diminution constante depuis une dizaine d'années de la durée moyenne de séjour dans les établissements de soins aigus devrait se poursuivre.
3. Ces deux mesures vont conduire certainement à une réduction importante du nombre de lits de soins aigus nécessaires. Ce nombre devrait aboutir à un chiffre inférieur au plafond qui a déjà été fixé par le Conseil d'Etat.
4. **Cette évolution positive devrait être mise à profit par l'utilisation de nouvelles ressources à disposition en vue de remplir de nouvelles tâches, dans les trois régions du canton et en associant de manière coordonnée les hôpitaux appelés à collaborer étroitement.**
5. **De nouvelles tâches doivent être développées en premier lieu dans les domaines de la prévention, des soins à domicile et des soins aux personnes âgées.**

Objectif stratégique 1 : Garantir une offre de formations de base et de formations continues aux professions de la santé, flexible par rapport à l'évolution des besoins du système sanitaire et à l'évolution du marché du travail.

- 1.1. Garantir une formation dans le domaine des professions de la santé répondant aux besoins de la population et des institutions sanitaires.

- 1.2. Dans le cadre des besoins, garantir l'accès à la formation aux personnes remplissant les exigences d'admission.
- 1.3. Favoriser l'accès aux professions de la santé pour des professionnels établis en Suisse.
- 1.4. Garantir des places de stage en nombre suffisant.

Objectif stratégique 2 : Sur la base d'un état de santé de la population, promouvoir la santé et prévenir les maladies et les accidents, par l'information à la population sur les comportements et habitudes de vie qui favorisent un état de santé satisfaisant et par le dépistage des troubles de santé.

- 2.1. Informer la population sur les comportements et habitudes de vie à adopter pour favoriser un état de santé satisfaisant.
- 2.2. Prévenir les cas de décès précoces et évitables.
- 2.3. Maintenir aussi longtemps que possible un état de santé sans pathologie.

Objectif stratégique 3 : Garantir une prise en charge curative et palliative adéquate, aussi bien à domicile qu'en institution sanitaire et hospitalière, par une planification judicieuse des infrastructures, une allocation équitable des ressources disponibles et la constitution de réseaux régionaux de santé favorisant une orientation optimale du patient dans le système sanitaire.

- 3.1. Garantir le traitement et la prise en charge des patients répondant aux besoins et aux exigences de qualité et de sécurité.
- 3.2. Favoriser, aussi longtemps que cela est possible et supportable pour les proches, l'aide et les soins à domicile.
- 3.3. Favoriser une prise en charge institutionnelle adéquate pour toutes les personnes âgées dont l'état de santé le nécessite.
- 3.4. Garantir aux patients l'information nécessaire et utile pour favoriser un accès aux soins sur la base d'un jugement éclairé.

Objectif stratégique 4 : Garantir l'accessibilité économique des prestations de santé, par le subventionnement ciblé des primes des assurés de condition économique modeste et par la mise en place d'un système sanitaire efficace et financièrement supportable.

- 4.1. Garantir l'accès aux prestations couvertes par l'assurance de base à 100% de la population.

4.2. Adaptation automatique de la part cantonale du subventionnement en fonction de la part décidée par la Confédération.

Ces objectifs forment un ensemble cohérent. Renoncer à réaliser l'un d'eux, notamment dans le cadre de la planification des structures de soins, rend la réalisation des autres difficiles voire impossible. Une modification entraînerait la nécessité de revoir l'ensemble du contrat, sous l'angle des prestations et des objectifs à remplir et des budgets.

Il convient de relever que le fait de renoncer à créer des collaborations entre hôpitaux (changements structurels) implique notamment que le point suivant ne pourra pas être rempli de manière satisfaisante et sans coûts supplémentaires, à savoir le développement de nouvelles tâches dans les domaines de la prévention, des soins à domicile et de la prise en charge des personnes âgées.

D'autre part, la garantie de qualité et de sécurité des soins exige une meilleure répartition des activités médicales.

Dans un tel contexte, l'objectif stratégique 3 ne pourrait plus être rempli. Les moyens financiers nécessaires au développement des soins à domicile et à garantir la qualité des soins ne seraient pas disponibles.

2.2.3 Le pilotage, la conduite et le controlling

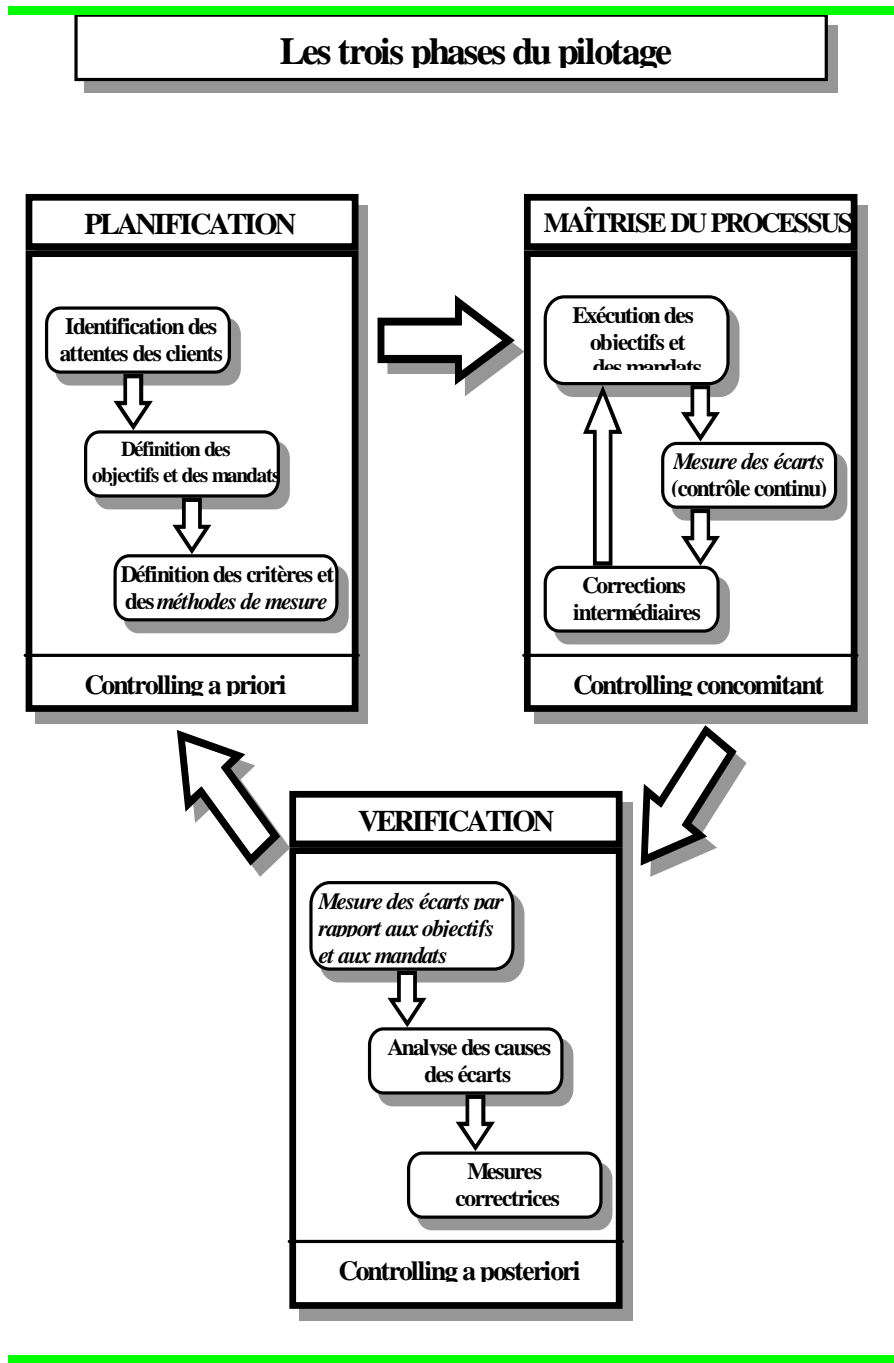
• LE PILOTAGE AU NIVEAU DES CONTRATS

Le tableau ci-après montre les différentes formes de pilotage possible à l'aide des contrats. Parallèlement aux instruments législatifs traditionnels, le pilotage économique par les critères de performance permet d'évaluer si les objectifs fixés ont été atteints. Le pilotage financier est modifié dans la mesure où il se fait par enveloppe globale en fonction des objectifs et non plus par rubrique comptable.

PILOTAGE AUX TROIS NIVEAUX DE CONTRATS ET COMPETENCES RESPECTIVES			
<i>PILOTAGE PAR LES LOIS</i>	<i>PILOTAGE PAR LES CRITERES DE PERFORMANCE</i>	<i>PILOTAGE FINANCIER</i>	<i>PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES</i>
PARLEMENT ET GOUVERNEMENT	CONTRAT POLITIQUE		
<ul style="list-style-type: none"> • Constitution • Lois 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs avec priorité aux critères de qualité (orientation client), d'effectivité (orientation effets et impacts) et de respect du droit 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget global par objectif pour 4 ans • Décret pour les montants supérieurs à 1 million 	<ul style="list-style-type: none"> • Statut du personnel • Echelle des traitements
GOUVERNEMENT, DEPARTEMENT ET SERVICES CENTRAUX	CONTRAT DE MANAGEMENT		
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnances • Règlements d'exécution et directives générales 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de produits avec priorités aux critères de qualité (orientation client), d'efficacité (orientation résultats) et de respect du droit 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget global par groupe de produits pour 4 ans • Crédits d'investissement (montants supérieurs à 200'000.-) 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement du personnel (respectivement licenciement) • Nombre de postes de travail • Système d'incitation à la performance
DEPARTEMENTS ET UNITES PILOTES	CONTRAT D'EXECUTION		
<ul style="list-style-type: none"> • Directives internes <p>Délégation aux unités pilotes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Missions individuelles et de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de performance par produit avec standards, relatifs notamment à la qualité (orientation client), à l'économie (orientation coûts) et au respect du droit 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget global par produit pour 2 ans • Dépenses d'investissement inférieures à 200'000.- • Dépenses de fonctionnement dans le cadre du budget <p>Délégation aux unités pilotes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépenses d'investissement jusqu'à concurrence de 50'000.- • Dépenses de fonctionnement jusqu'à concurrence de 100'000.- • Coûts complets • Coûts standards 	<p>Délégation aux unités pilotes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposition relative à l'engagement du personnel • Nomination du personnel auxiliaire • Qualification du personnel • Primes de performance • Incitations à la performance

• LA CONDUITE ET LE CONTROLLING

Le tableau ci-après décrit les différentes phases de la conduite et du controlling : une première phase consiste à planifier les prestations à réaliser dans le but de remplir les objectifs convenus. La deuxième phase prévoit le suivi continu de la réalisation des prestations et des mandats, afin d'intervenir rapidement en cas de problème. La dernière phase est l'évaluation finale, qui permettra de servir de base à la définition des objectifs et à la planification de la période suivante.



ENVELOPPE BUDGETAIRE 1998 - 2001

Enveloppe budgétaire	1998	1999	2000	2001	Total
Fonctionnement	163'554'600	165'654'600	167'654'600	169'654'600	666'518'400
Adaptations au budget 1999 (renchérissement plus adaptations admises par le Grand Conseil)		999'500	599'500	599'500	2'198'500
Investissement	35'170'000	35'170'000	35'170'000	35'170'000	140'680'000
Total	198'724'600	201'824'100	203'424'100	205'424'100	809'396'900

Les montants figurant dans les rubriques « fonctionnement » et « investissement » composent l'enveloppe du contrat politique telle qu'elle a été décidée en 1997.

Dans le contrat politique, les adaptations liées au renchérissement n'ont pas été prises en compte, raison pour laquelle la tranche annuelle 1999 a dû être revue. Par ailleurs, le Grand Conseil a accordé partiellement des montants supplémentaires liés notamment à l'accomplissement de nouvelles tâches relevant du droit fédéral, ainsi que des moyens concernant le financement de la Rheumaklinik.

3. LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE ET SANITAIRE

3.1 Résumé / Aspects socio-économiques / Coûts

3.1.1 Résumé de la planification sanitaire récente du canton du Valais

Pour comprendre l'évolution du secteur hospitalier et les modalités de sa réforme actuelle, un détour par le passé s'avère nécessaire.

Il y a plus de trente ans que le premier rapport sur la planification hospitalière valaisanne a été déposé. Les auteurs de cette étude proposaient en 1966 déjà de développer les structures extra-hospitalières, l'hospitalisation n'étant pas le seul moyen de répondre à l'augmentation de la consommation médicale. Ainsi, le principe d'une planification hospitalière inscrite dans le cadre d'un programme d'organisation sanitaire est posé.

1. L'héritage des années 1980

Jusqu'au milieu des années 80, la politique sanitaire du canton du Valais était semblable à celle d'autres cantons et d'autres pays, à savoir qu'elle restait principalement hospitalo-centriste. Les raisons de cet état de fait sont connues: le financement des hôpitaux concentrait l'attention de l'Etat avant tout sur le problème hospitalier. Au cours du temps, l'Etat s'était peu à peu constitué en contrôleur des comptes et budgets, ce qu'impliquait son rôle vis-à-vis du Parlement. Dans le but d'éviter les gaspillages des moyens et compte tenu de la nature même des investissements médicaux, l'Etat portait une attention croissante à la planification hospitalière. La politique sanitaire s'occupait avant tout de planifier des équipements, formuler des missions pour les établissements et répartir les disciplines médicales spécialisées entre les différents établissements.

Comme dans d'autres cantons, le nombre de lits pour les soins aigus était trop élevés et les tentatives de les réduire n'avaient pu aboutir, faute de contraintes suffisantes. D'importants investissements avaient permis au canton de se doter d'un nombre de lits suffisants pour les soins de longue durée, de même, des centres médico-sociaux (CMS) avaient été mis sur pied afin de développer ce mode de prise en charge alternative.

Les principales caractéristiques du système sanitaire valaisan à la fin des années 80 sont :

- des préoccupations surtout hospitalo-centristes ;
- un nombre pléthorique de lits de soins aigus ;
- des données statistiques médicales incomplètes qui empêchent la conduite d'une véritable politique sanitaire.

Or, une politique sanitaire implique une vision d'ensemble sur l'ensemble du champ sanitaire, et se préoccupe de la qualité et de la cohérence de la prise en charge des soins de santé à la population, qu'ils soient ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers, et elle s'intéresse en particulier à la coordination entre différents acteurs pour aboutir à une orientation optimale des patients dans le réseau des soins. **La notion de réseaux de soins coordonnés** devient de plus en plus répandue comme mode d'intégration des divers services des prestataires de soins. **Un changement intervient à la fin des années 80 dans la gestion de la santé du canton du Valais** par une réorientation vers une approche qui intègre toutes les structures de prises en charge et tous les professionnels de santé par un processus de recherche de consensus sur les axes principaux de la nouvelle politique sanitaire.

2. Les années 90

Le 17 novembre 1988, le Grand Conseil a adopté la loi sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissements et d'exploitation des établissements sanitaires publics.

Dans cette révision partielle de la loi du 18 novembre 1961 sur la santé publique sont ancrés les trois principes fondamentaux suivants :

- une modification importante de la répartition des frais entre les collectivités publiques (canton et communes) et les assureurs-maladie ;
- une approche nouvelle de la santé publique à travers une planification permanente, dynamique et évolutive ;
- la volonté d'intégrer activement tous les partenaires de la santé publique (médecins, hôpitaux, assureurs-maladie, collectivités publiques,...) à l'élaboration concertée des grandes lignes directrices de la politique sanitaire valaisanne.

Ces principes ont été largement approuvés par le peuple, lors du scrutin du 4 juin 1989. L'adoption de cette base légale cantonale prévoyant l'instauration de la planification hospitalière et sanitaire va donner le coup d'envoi à la réforme complète du système sanitaire. Ces principes ont ensuite été concrétisés et précisés dans le décret du 15 novembre 1989 sur le subventionnement des hôpitaux et ses dispositions d'application. Ce décret contient pour l'essentiel, les éléments suivants :

- la liste des établissements hospitaliers auxquels le décret s'applique ;

- la définition des concepts de «frais retenus» et d'investissements ;
- la manière dont les communes se répartissent les subventions à verser à leur hôpital ;
- le mode de subventionnement des instituts médico-techniques liés aux hôpitaux, des établissements hospitaliers cantonaux et des établissements sanitaires hors canton ;
- les tâches des commissions relatives à la planification sanitaire et hospitalière et au financement des hôpitaux.

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

En adoptant, le 18 mars 1994, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le législateur s'est fixé tout une série d'objectifs, en particulier, une plus grande solidarité, l'instauration d'une concurrence susceptible de réduire les coûts et une offre de soins de base de haute qualité. La réalisation de ces objectifs nécessite le concours complexe de différentes mesures.

Si la LAMal n'enlève pas aux cantons leur compétence de légiférer, elle leur impose d'importantes obligations et des charges nouvelles : établir une planification hospitalière (art. 39), participation accrue aux frais d'exploitation de la division commune des hôpitaux (art.49) et une participation financière pour les hospitalisations hors canton médicalement justifiées (urgences, interventions ou prestations non disponibles).

En vertu de l'article 39 al. 1 lettres d) et e) de la LAMal, sont remboursés uniquement les établissements sanitaires établis par la planification cantonale :

«Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :

- d. *correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;*
- e. *figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats... »*

Avec la nouvelle LAMal, la Suisse s'est engagée sur la voie de la rationalisation, car « *un très gros potentiel d'économie se trouve dans l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des organisations de santé (soins ambulatoires et hospitaliers).* »

L'application de la LAMal se fera de manière moins abrupte en Valais que dans d'autres cantons. Les choix retenus dans la révision de 1988 ont déjà donné des résultats très encourageants, comme l'a démontré le rapport du Conseil d'Etat sur sa politique sanitaire et hospitalière (1989-1992), accueilli très favorablement par le Grand Conseil lors de sa session de juin 1993. Pour la première fois depuis de nombreuses années, le coût par an et par assuré valaisan a passé en dessous de la moyenne suisse en 1994.

4. La loi sur la santé publique du 9 février 1996

Afin de tenir compte de la nouvelle LAMal et des transformations survenues dans l'environnement socio-économique (apparition de nouvelles pathologies, relâchement des tissus sociaux, progrès technologiques, vieillissement de la population, déficits publics, etc.), **une révision complète de la loi sur la santé publique du 18 novembre 1961 s'est avérée nécessaire.**

L'article 95 sur la planification sanitaire donne compétence au Conseil d'Etat pour définir la planification, sa politique sanitaire (al.1), son étendue (al.2), les statistiques utiles (al.3) et les moyens de les définir (al.4).

Sa teneur est la suivante:

Art. 95 Planification sanitaire

1 Le Conseil d'Etat définit périodiquement, par la planification, sa politique sanitaire et en informe tous les quatre ans au moins le Grand Conseil.

2 La planification sanitaire se réfère 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 mission des différents établissements et institutions sanitaires d'intérêt public ;*
- f) la coordination de l'action des différents partenaires de la santé ;*
- g) 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 ;*
- h) la liste des établissements et institutions sanitaires, en prenant en considération de manière adéquate les institutions et établissements privés.*

3 Le département règle, en collaboration avec les partenaires concernés, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi.

4 Le Conseil d'Etat prévoit annuellement par voie budgétaire les moyens nécessaires pour définir la planification sanitaire.

Priorité à la concertation

Dès le début des années 90, un changement important intervient dans la manière de conduire la politique sanitaire, menée désormais sur base d'une très large concertation, non plus épisodique mais permanente. Ainsi, la loi sur la santé du 9 février 1996 consacre la priorité donnée à la concertation entre tous les intéressés - communes, caisses-maladie, médecins, hôpitaux - en prévoyant des commissions permanentes, en particulier la commission de planification sanitaire et la commission des conventions.

COMMISSION DE PLANIFICATION SANITAIRE (art. 102 et 103 LS)

Le Conseil d'Etat nomme une commission de planification sanitaire. Cette commission est un organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de planification sanitaire cantonale. Elle émet toute proposition utile dans ce domaine.

Le Conseil d'Etat précise les attributions de la commission de planification chargée notamment de se prononcer sur :

- a) les normes définissant les besoins en lits des différents établissements sanitaires subventionnés;*
- b) l'introduction et la répartition des disciplines médicales entre les établissements hospitaliers subventionnés;*
- c) les propositions de construction, de transformation et d'équipement des établissements subventionnés.*

La commission de planification est présidée par le chef du service de la santé publique. Elle comprend onze à treize membres soit : deux représentants des communes et au moins un représentant des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, des centres médico-sociaux, des assureurs, du corps médical, du personnel soignant des établissements sanitaires et des autres professionnels de la santé.

Le Conseil d'Etat fixe les modalités de fonctionnement de cette commission.

COMMISSION DES CONVENTIONS (art. 104 et 105 LS)

Le Conseil d'Etat nomme une commission des conventions.

Cette commission est un organe consultatif du Conseil d'Etat chargée de lui adresser toutes les propositions utiles notamment sur :

- a) les conventions tarifaires passées entre partenaires dans le cadre de la législation fédérale sur l'assurance maladie;*
- b) les modalités d'octroi des subventions aux dépenses d'exploitation des établissements sanitaires portant notamment sur :*

- l'introduction d'un budget global en tant qu'instrument de gestion et de financement des hôpitaux et des autres établissements sanitaires publics;

- les tarifs qui peuvent se concevoir sous la forme de forfait journalier, de forfait par patient, forfait par cas ou sous d'autres formes.

Dans ces commissions sont initiés, discutés et débattus tous les nouveaux projets. Une fois ceux-ci bien documentés, soit par le Service de la santé publique, soit par des experts externes, ils font à nouveau l'objet de consultation et de discussions, **avant de passer au Conseil d'Etat.** Ainsi, désormais, les séances de ces deux commissions rythment les étapes de la politique sanitaire, et alimentent une large discussion sur les grands thèmes: par les divers rapports, une information de qualité, riche et diversifiée, est ainsi fournie permettant à tous les membres des commissions de s'y référer lorsqu'ils adressent les thèmes traités dans leurs cercles respectifs.

Réforme par étapes du système de santé

Le graphique ci-dessous illustre la réforme par étapes du système de santé entreprise par le canton du Valais depuis le début des années 90 :

Planification sanitaire et hospitalière
- démarche par étapes

- ◆ Définition d'une norme en lits de soins aigus (1992)
- ◆ Réorganisation et restructuration de la formation des professions paramédicales (1993)
- ◆ Définition de la norme en lits de soins chroniques, de gériatrie et de psychogériatrie (1994)
- ◆ Définition de la norme en lits médicalisés pour les établissements médico-sociaux (1994)
- ◆ Création des réseaux régionaux de santé (1995)
- ◆ Définition de nouvelles règles de planification et de subventionnement applicables aux Centres médico-sociaux (1995)
- ◆ Nouvelle orientation des ligues de santé (1995)
- ◆ Etablissement de la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins (1996)
- ◆ Attribution des mandats de prestations aux hôpitaux valaisans (1996)
- ◆ Définition des normes en lits hospitaliers de soins aigus (1996)
- ◆ Attribution de mandats de prestations aux Centres médico-sociaux (1997)
- ◆ Convention de l'hôpital du Chablais (1997)
- ◆ Réorganisation des hôpitaux de soins aigus (1998)
- ◆ Concept des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées (1998)

 Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie

5. Concept hospitalier

Une étape importante de la planification a été franchie avec l'élaboration du « **Concept hospitalier valaisan** » soumis au Conseil d'Etat en décembre 1996 qui en a approuvé les conclusions et recommandations.

Sur la base de ce document, **le Conseil d'Etat a pris, le 18 décembre 1996, trois grandes séries de mesures spécifiques**, à savoir :

- adoption de la liste des établissements hospitaliers admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins au sens de l'article 39 LAMal ;
- adoption d'une norme maximale de lits de soins aigus sur la base de l'analyse des besoins ;
- attribution aux établissements hospitaliers des mandats de prestations pour les disciplines médicales de base et spécialisées.

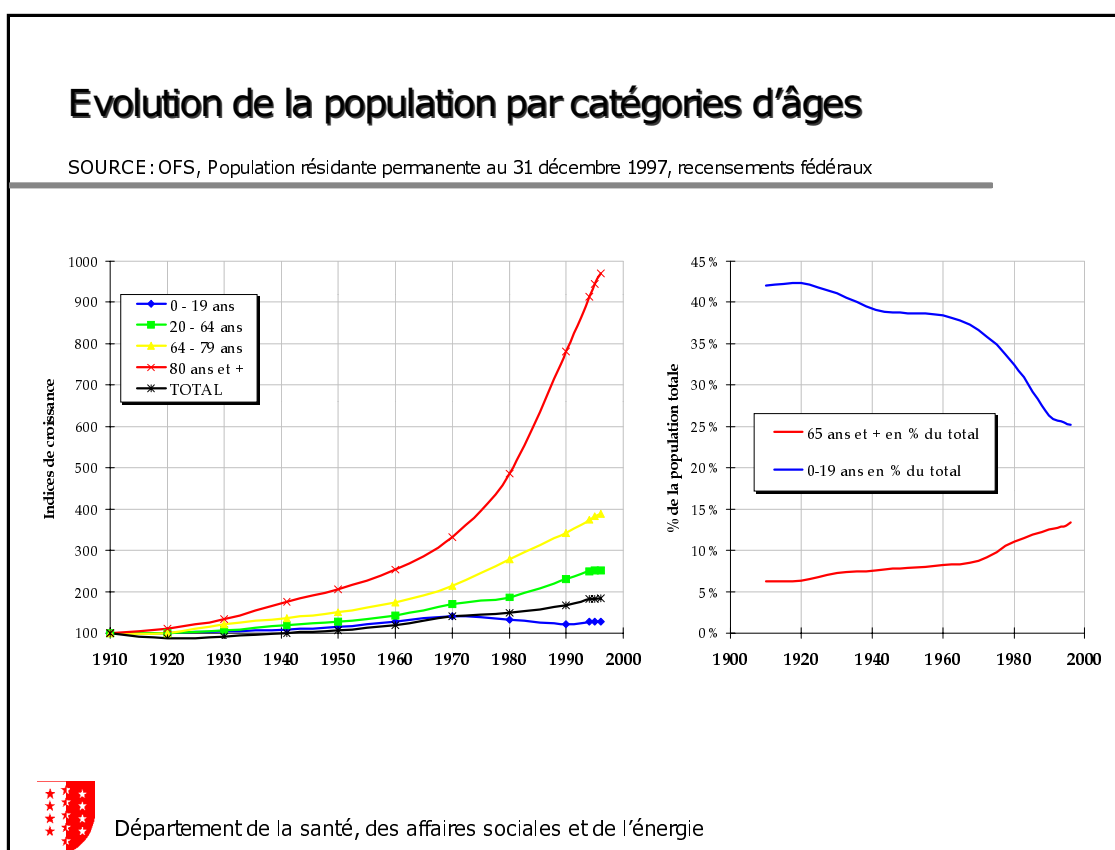
Le Conseil d'Etat a en outre chargé le Département de redéfinir, dès 1997, les besoins en lits pour malades chroniques, de gériatrie, de psychiatrie et de réadaptation.

Par ailleurs, à cette occasion, le Conseil d'Etat a chargé le Département d'examiner la possibilité de créer des hôpitaux multisites.

3.1.2 Evolution démographique

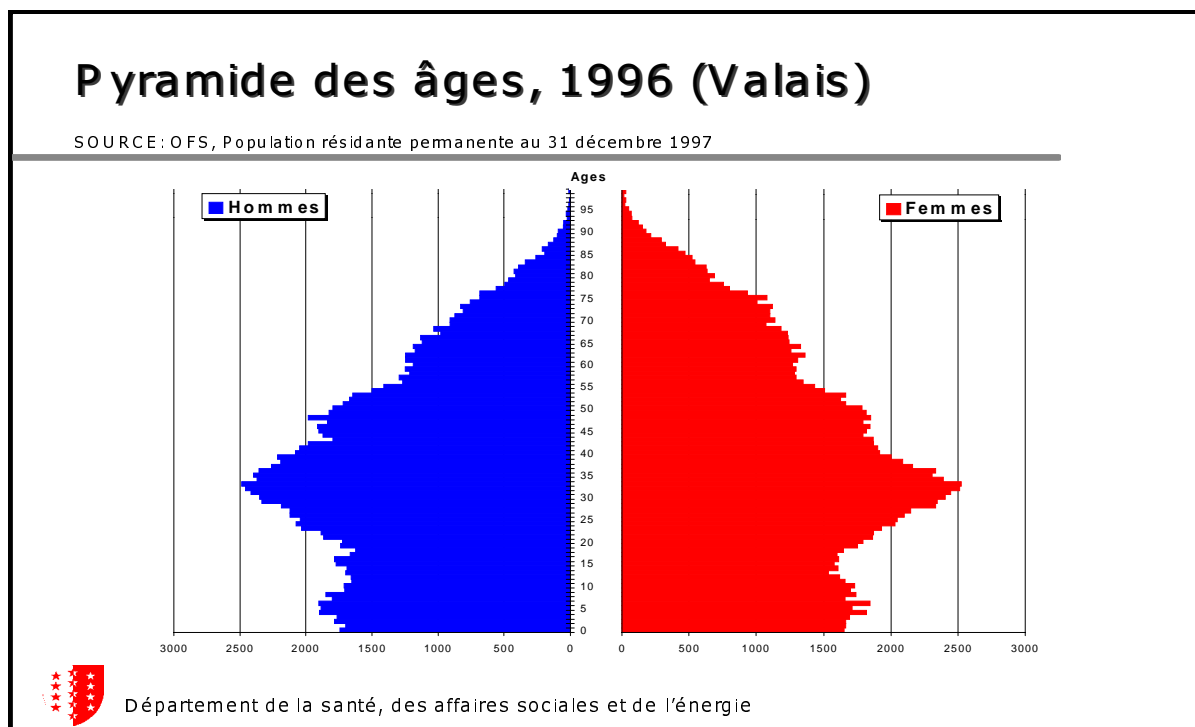
L'évolution démographique est un paramètre important dans l'élaboration d'une politique de santé et l'adaptation des structures de soins. Les quelques indicateurs présentés ci-après en soulignent l'importance croissante.

Le canton du Valais a connu un fort développement démographique au cours du 20^e siècle (+70% entre 1920 et 1990). Celui-ci s'est caractérisé, notamment depuis les années 70, par une augmentation importante de la population âgée de plus de 65 ans et une très forte croissance de la population âgée de plus de 80 ans. On assiste par ailleurs à une diminution de la population âgée de 0-19 ans, comme l'illustre le graphique « Evolution de la population par catégories d'âges ».

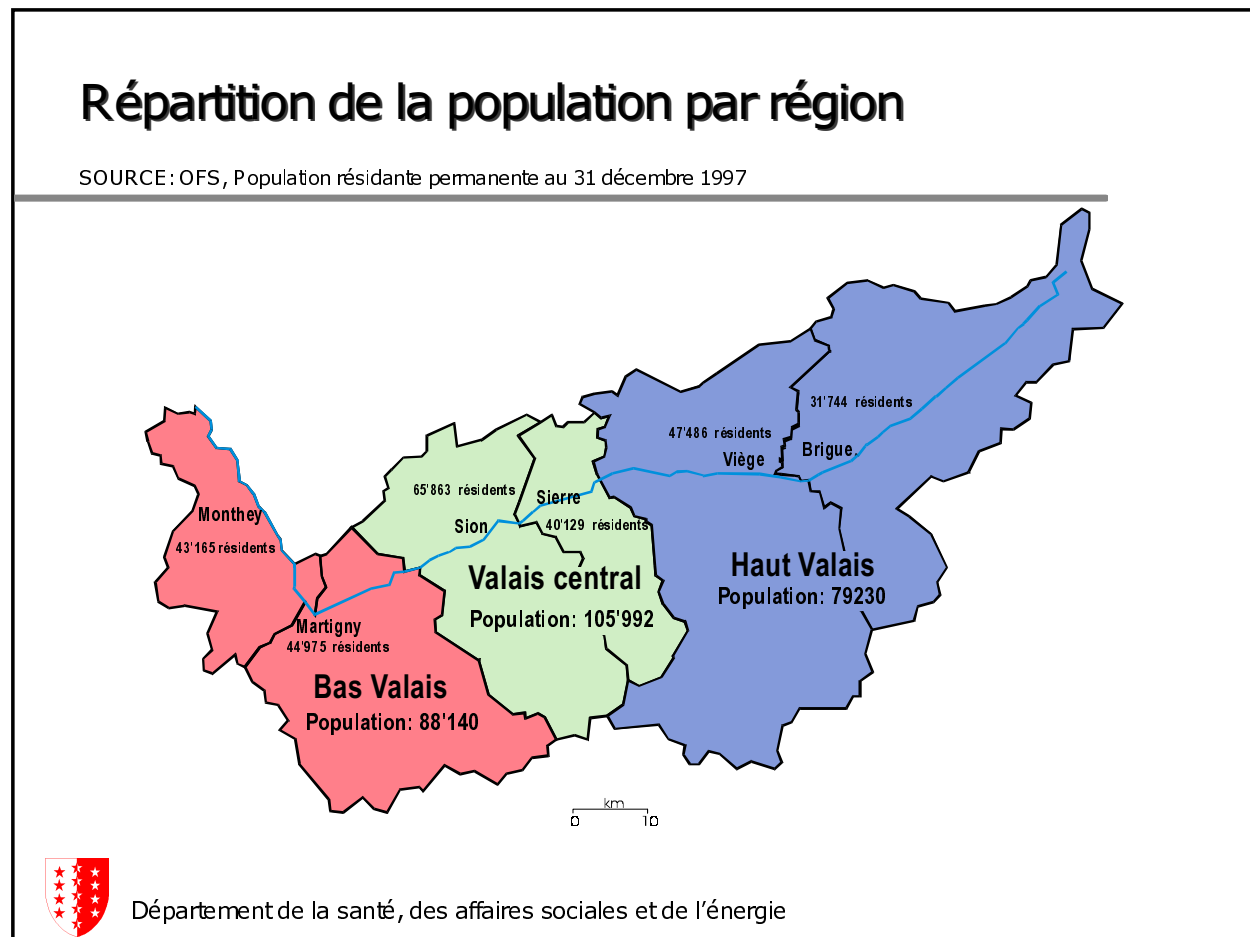


La pyramide des âges du canton du Valais présente les caractéristiques que l'on trouve généralement dans les pays développés, à savoir une **augmentation importante de la population**

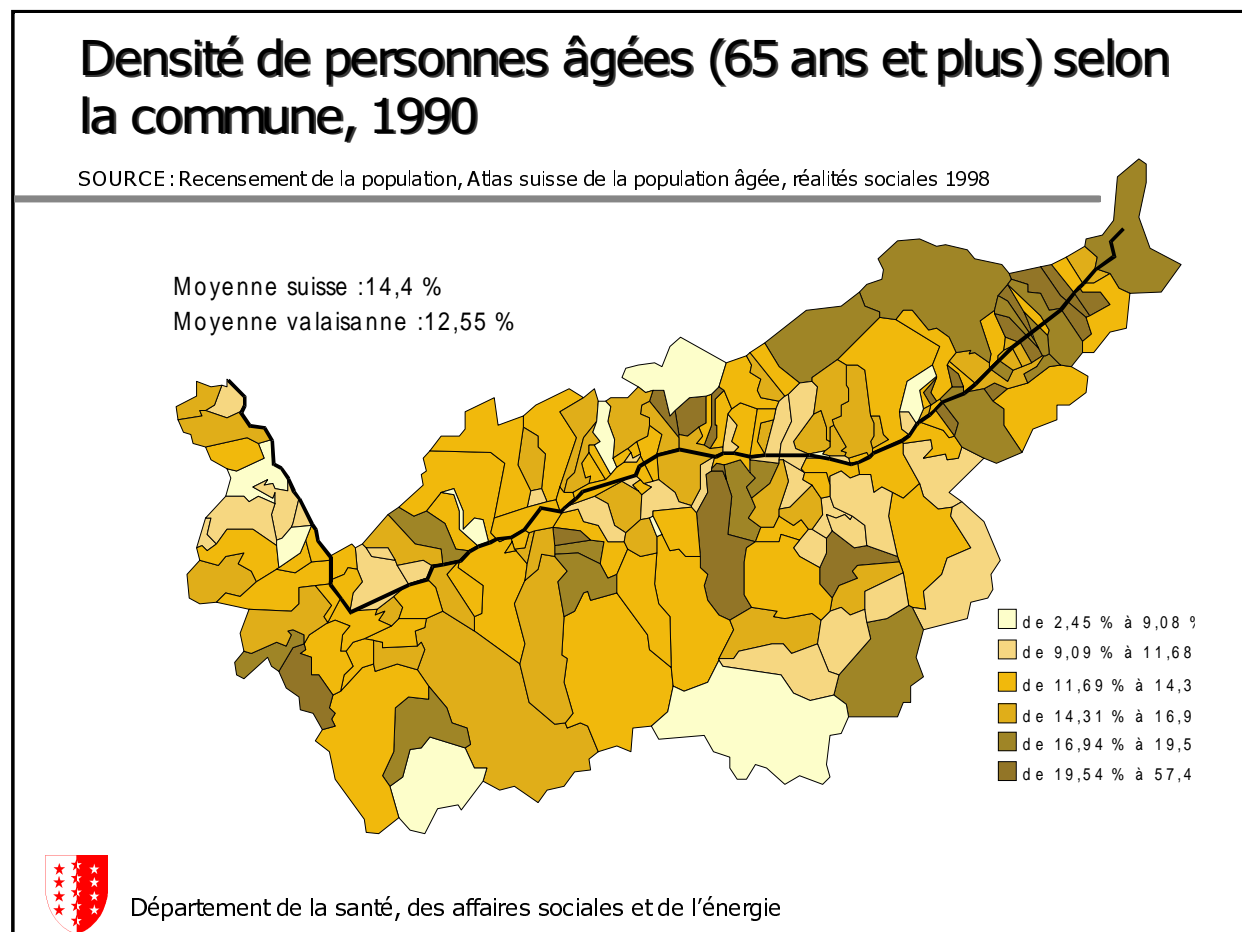
âgée et une diminution des naissances engendrant une **forte diminution de la population jeune**. Elle montre en outre que le nombre de femmes âgées de 70 ans et plus est plus important que le nombre d'hommes du même âge.



Au 31 décembre 1997, 273'362 personnes résident de manière permanente dans le canton du Valais. Le graphique ci-dessous illustre la répartition de la population dans notre canton.



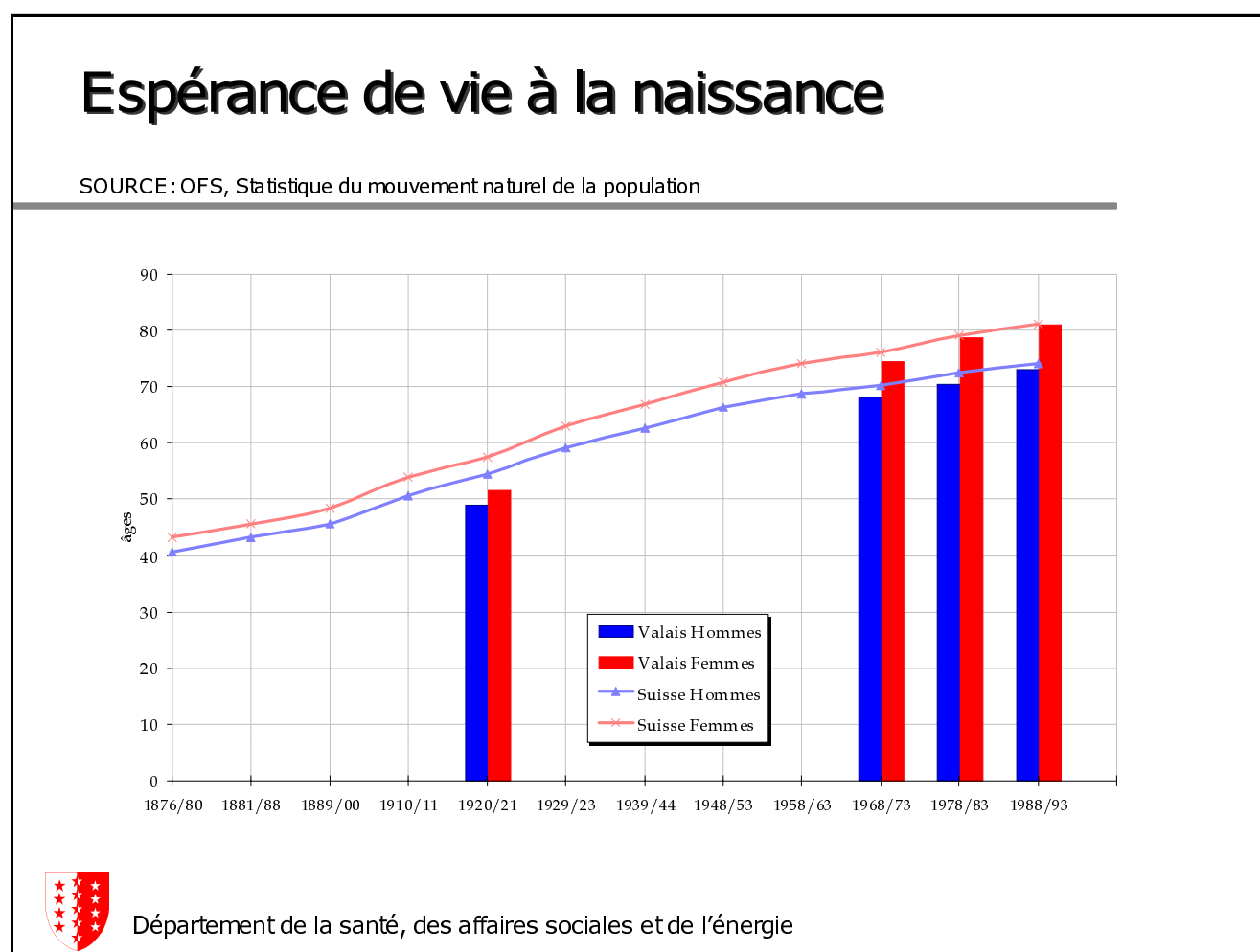
En moyenne, le canton du Valais a une population légèrement plus jeune que la Suisse, avec une densité moyenne de personnes âgées de 65 ans et plus de 12.55%, respectivement de 14.4% en moyenne suisse.



Espérance de vie à la naissance

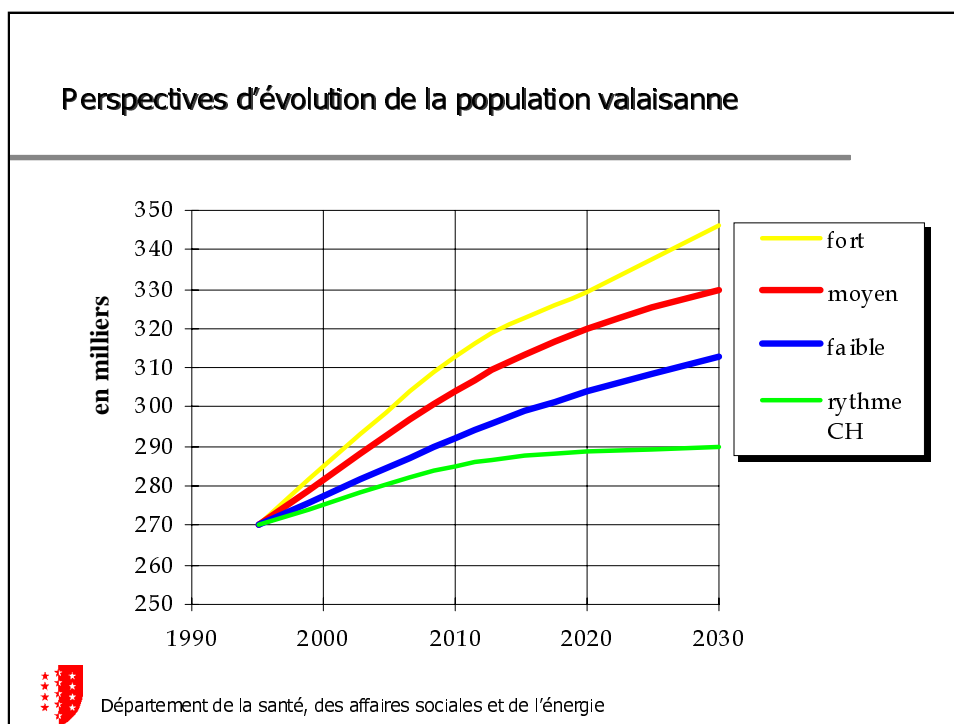
Depuis 1920, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé de croître en Valais. Si elle est toujours inférieure à l'espérance de vie au niveau suisse, l'écart s'est réduit de manière importante. Pour les hommes, l'écart n'est plus que de 1.2 ans et pour les femmes, la durée moyenne de vie est la même que pour l'ensemble de la Suisse.

Ainsi, les espérances de vie à la naissance en Suisse (autour de 1990) sont de 77.5 ans, respectivement de 74.2 (hommes) et 81 ans (femmes). Les espérances de vie calculées pour le canton du Valais sont légèrement plus basses pour le sexe masculin : 73 ans. Les espérances à d'autres âges y sont également un peu inférieures.

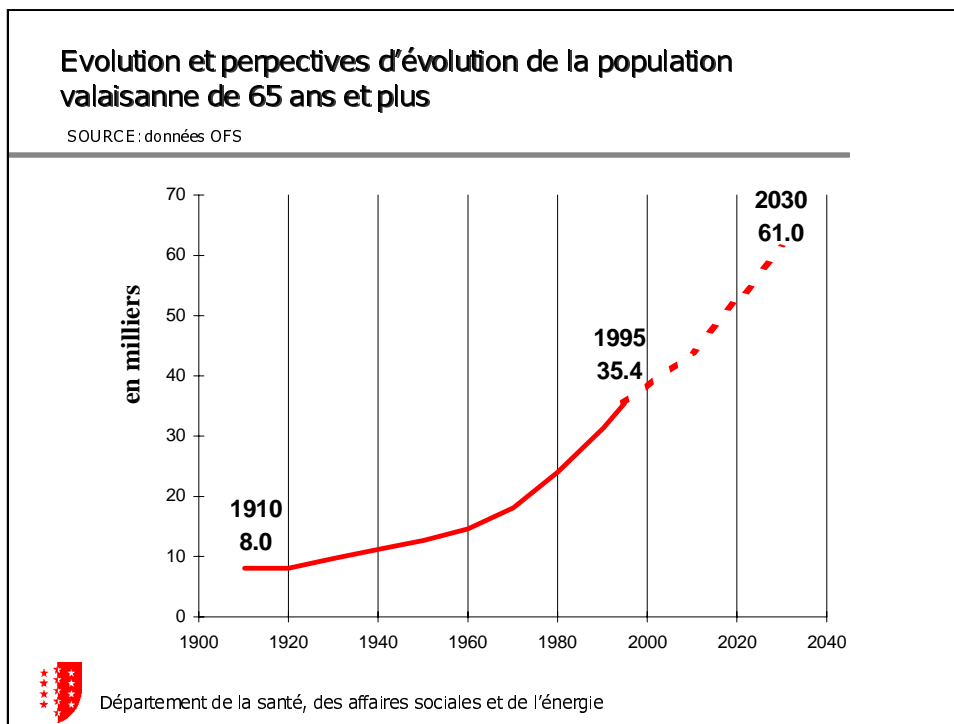


Perspectives démographiques

En Valais, la structure par âge est plus jeune qu'en Suisse et le taux naturel de croissance est pratiquement le double du rythme suisse ces dernières années. Par rapport à cela, 3 hypothèses valaisannes sont présentées. La variante « forte » est peu vraisemblable : elle postule une nette reprise de la fécondité et de l'immigration. Les variantes « faibles » et « moyennes » sont les plus plausibles. La variante « moyenne » tient compte d'une légère immigration possible.

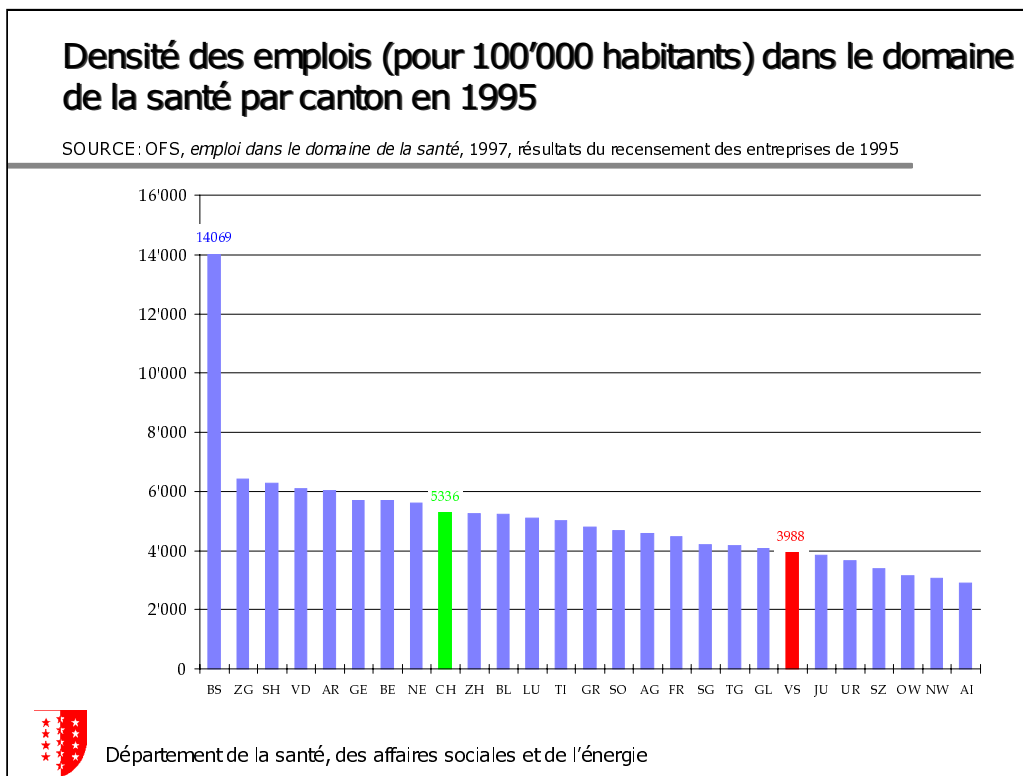


Concernant le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, l'on constate que celui-ci passe de 8'000 en 1910 à plus de 35'000 en 1995 pour atteindre 61'000 en l'an 2030 (prévisions). D'après ces prévisions, en seulement 30 ans, la population âgée de 65 ans et plus doublerait pratiquement, ce qui aura d'importantes conséquences sur le système sanitaire.

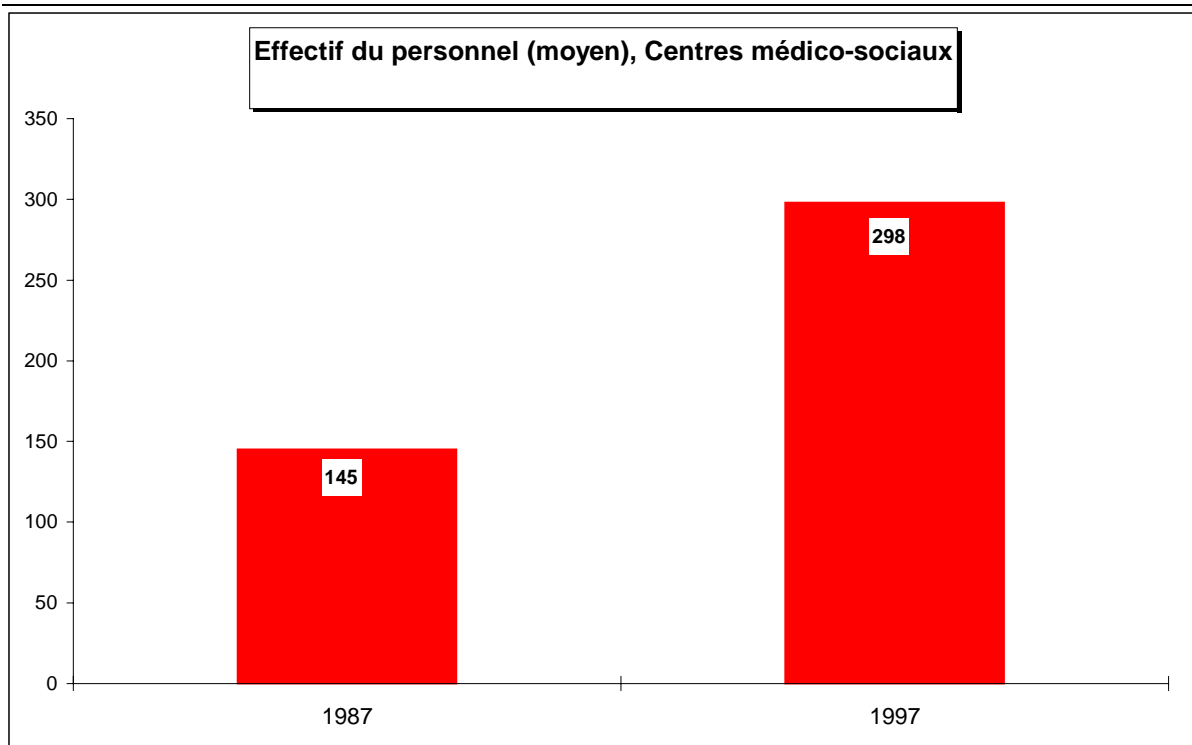
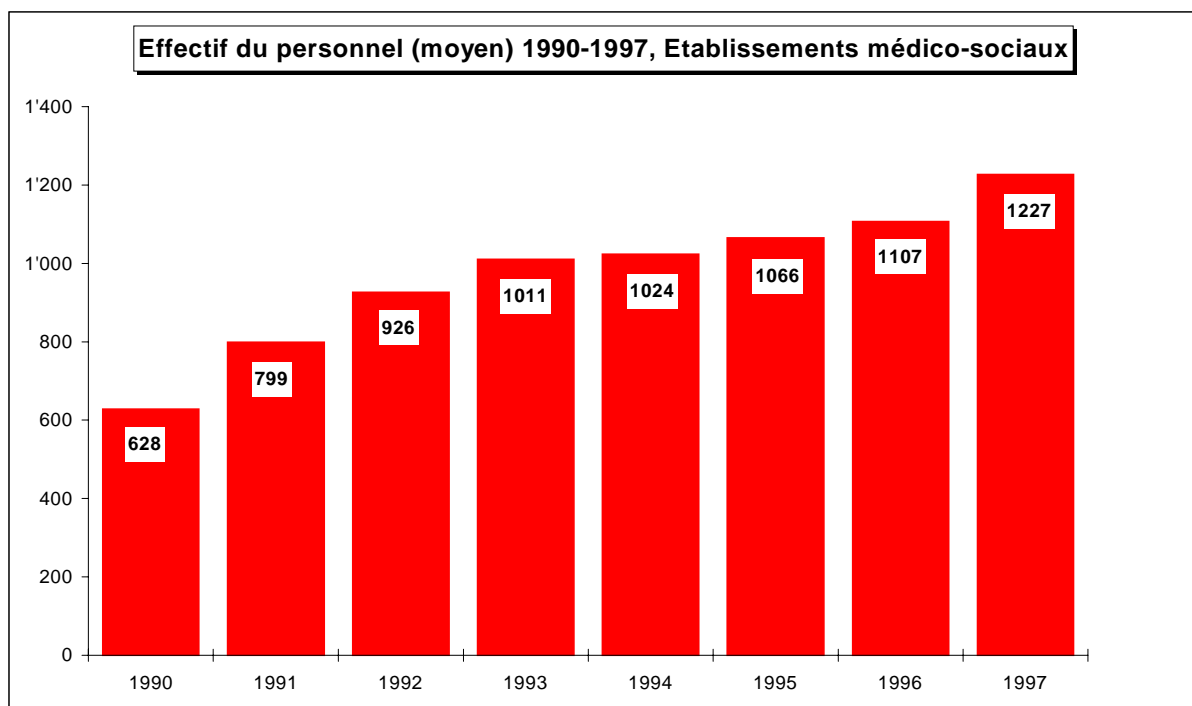


3.1.3 Densité de l'emploi dans le domaine de la santé

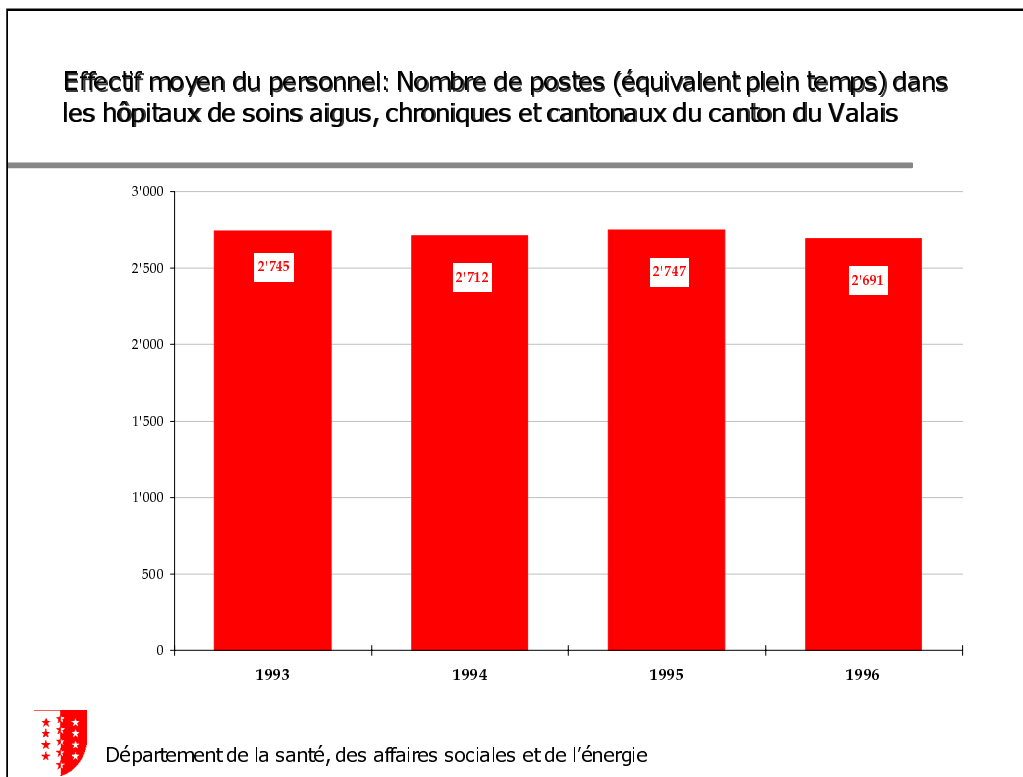
Environ 4% de la population valaisanne travaille dans le secteur de la santé, ce qui place notre canton largement en dessous de la moyenne suisse. Comme le tableau ci-dessous l'indique, le canton du Valais figure parmi les cantons où la densité de l'emploi dans le domaine de la santé est la plus faible (1995).



Toutefois, comme l'illustrent les deux graphiques ci-dessous, ces dix dernières années, l'effectif du personnel a augmenté plus particulièrement dans le domaine des établissements médico-sociaux et des Centres médico-sociaux.



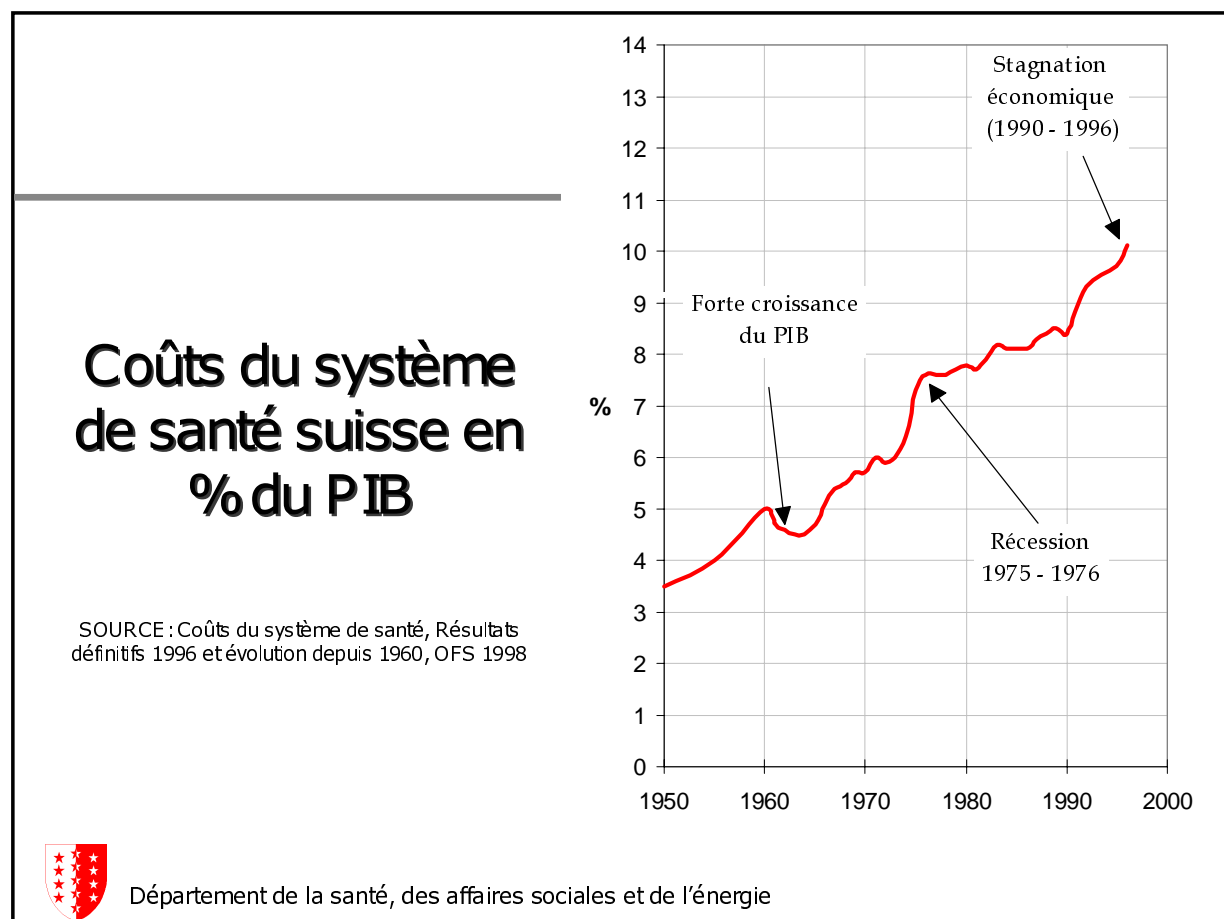
De même, dans les hôpitaux, l'effectif moyen des postes est resté stable ces dernières années (cf. graphique ci-dessous).



3.1.4 Les comptes de santé

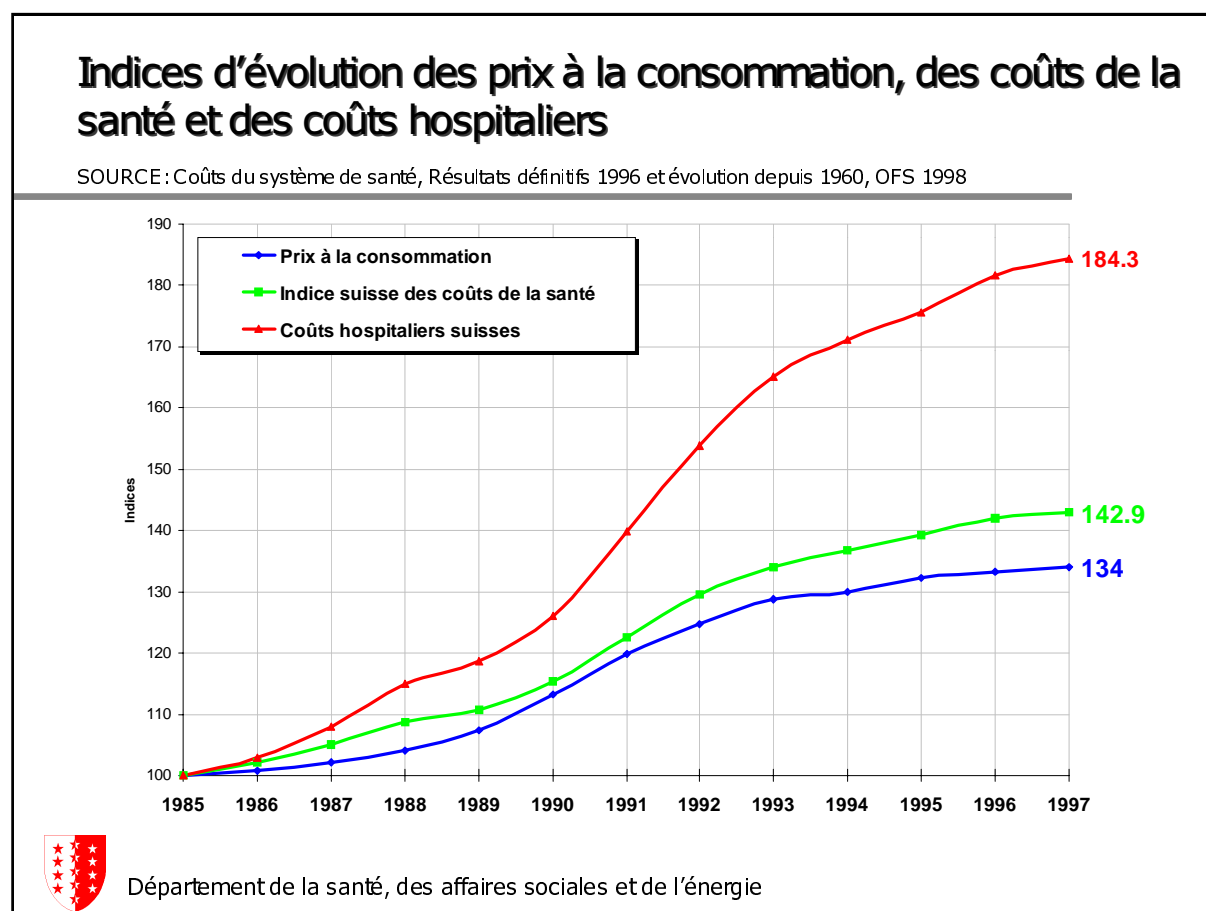
Coût du système de santé en % du PIB

Depuis 1965, la part du PIB consacrée à la santé n'a cessé de croître. La Suisse consacre, en 1996, 10.1 % de son produit intérieur brut au domaine de la santé. Elle figure, en compagnie des Etats-Unis (14%), de l'Allemagne (10.3%), du Canada (9.9%) et de la France (9.7%) parmi les pays de l'OCDE qui consacrent la part la plus élevée de leur PIB aux dépenses de santé.



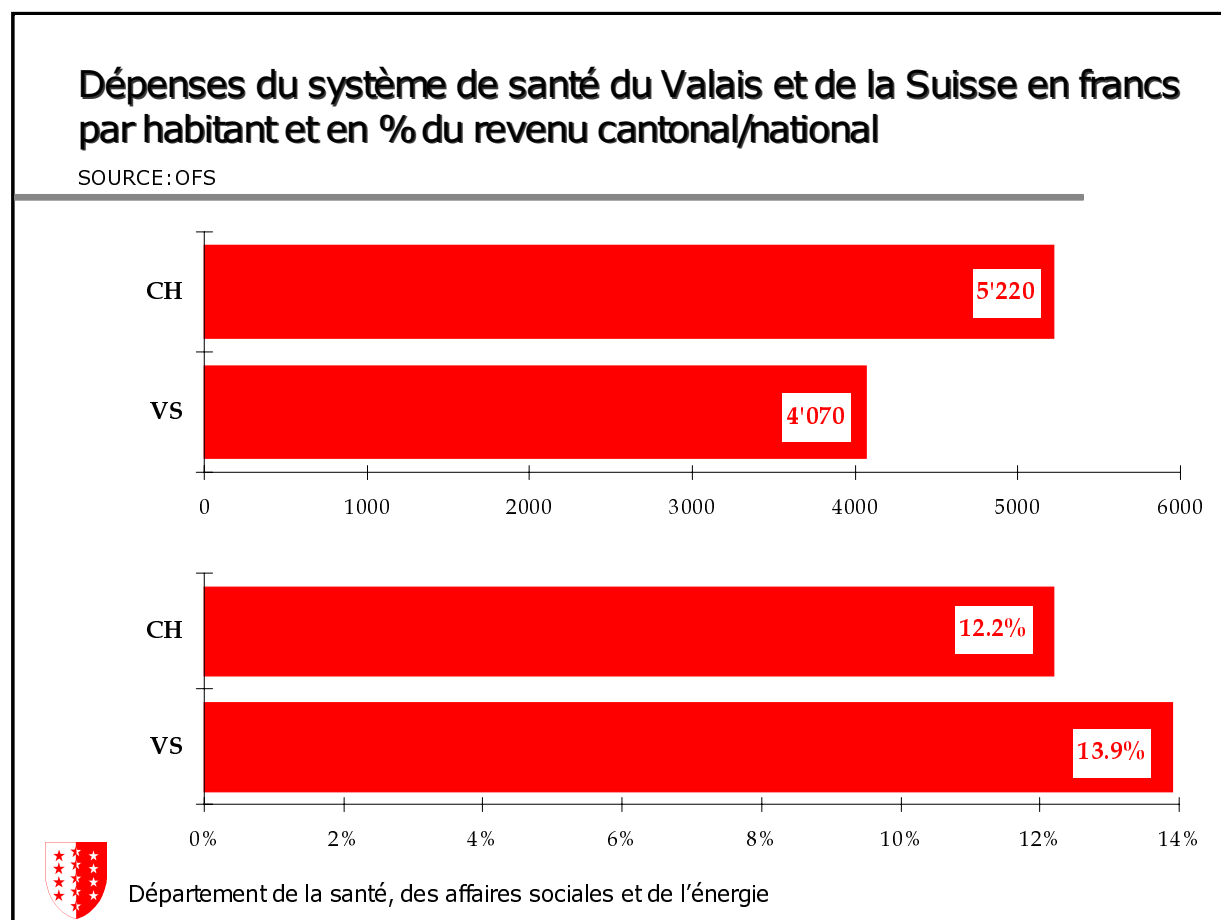
Indices d'évolution des prix suisses à la consommation, des coûts de la santé et des coûts hospitaliers

Depuis 1985, l'indice des prix à la consommation a progressé de 34%. Parallèlement, l'indice des coûts globaux de la santé a augmenté de 43%, alors que l'indice des coûts hospitaliers enregistre une hausse de 84% durant la même période.



Les comptes de la santé en Suisse et en Valais

Une récapitulation des coûts du système de santé a été effectuée pour la première fois au Service de la santé publique. Elle fournit des renseignements - même s'il s'agit d'ordre de grandeur - qui montrent l'effort valaisan dans le domaine de la santé, comparativement à la Suisse.



On trouve les résultats suivants (1996).

Le canton du Valais dénombre 3.8% de la population résidente permanente de la Suisse. Avec 1.1 milliard de Fr. consacrés au système de santé, le Valais attribue le 3% de l'ensemble des montants affectés au système de santé helvétique. Par habitant, le Valais investit Fr. 4'070.- pour la santé, soit 78% du montant moyen de la Suisse (Fr. 5'220.-). La quote-part valaisanne est plus élevée que celle de la Suisse, car le revenu cantonal valaisan par habitant est de 30% en dessous de la moyenne suisse. Cependant, le Valais est proche de la moyenne suisse si l'on ne prend pas en compte les 5 cantons avec des hôpitaux universitaires.

Par habitant, le Valais engage des dépenses moindres que la moyenne suisse pour l'ensemble du système de santé. Par habitant, le coût hospitalier (soins aigus) est inférieur à la moyenne suisse de 42% ; le coût du secteur ambulatoire est inférieur de 13%.

Les comptes de santé sont subdivisés selon les agents payeurs et les agents de production. En pourcentage, des différences apparaissent entre la Suisse et le Valais.

Par agent de production:

Les hôpitaux représentent 36,5% de l'ensemble des dépenses helvétiques, 35,5% en Valais ; les proportions sont voisines (mais disparité des coûts par habitant).

Les établissements médico-sociaux ont une part moindre en Valais : 8,5% pour 11% en Suisse. Le Valais a une population plus jeune et le secteur est également moins développé.

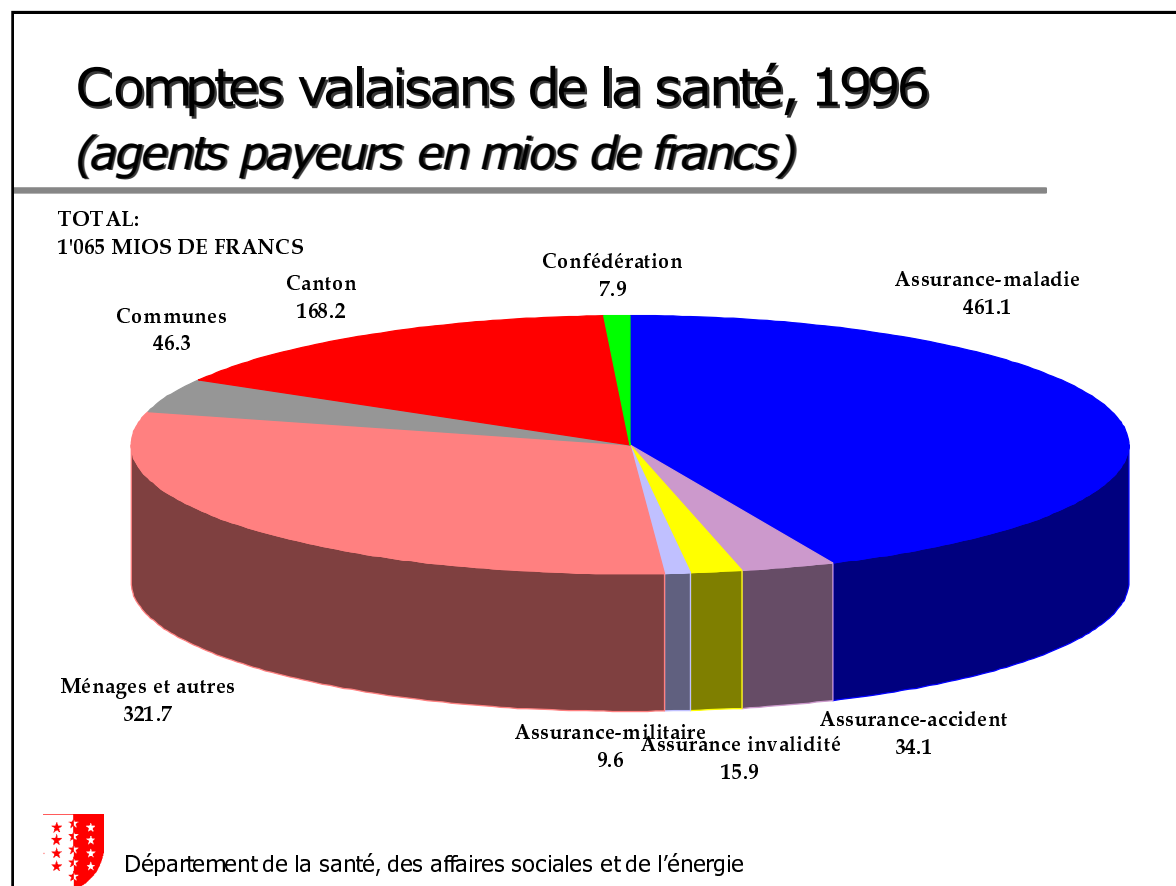
Pour l'ensemble des services ambulatoires, respectivement 44% environ en Valais et 40% en Suisse, etc.

Par agents payeurs:

50% en Valais pour les assurances et 58,5% en Suisse.

29% en Valais pour le financement direct des ménages et 24,5 % en Suisse.

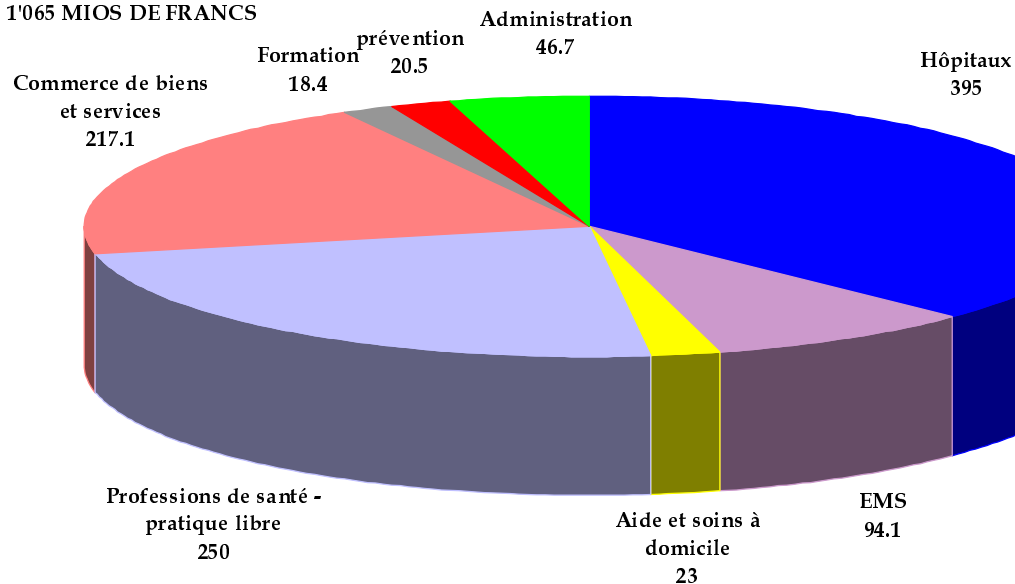
21% pour l'ensemble des pouvoirs publics (dont 16% pour le canton) et 15,5% en Suisse.



Comptes valaisans de la santé, 1996 (agents de production en mios de francs)

TOTAL:

1'065 MIOS DE FRANCS



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

3.2 Planification des établissements et institutions sanitaires

3.2.1 Hôpitaux

3.2.1.1 Les mesures de planification prises

Le Conseil d'Etat, avec l'aval du Grand Conseil, a déjà pris toute une série de mesures de planification qui doivent être rappelées. L'adoption de la législation sur le financement des hôpitaux en 1989 (révision partielle de la loi de 1961 sur la santé publique) qui chargeait déjà le Conseil d'Etat de définir, par la planification, sa politique sanitaire et hospitalière, a donné le coup d'envoi à une réforme par étapes et par secteurs du système de santé. Ces réformes se sont par la suite poursuivies dans le cadre de la nouvelle loi sur la santé de 1996 et de la LA-Mal. **Les principales étapes à mentionner pour bien saisir la situation actuelle sont les suivantes.**

A. HOPITAUX DE SOINS AIGUS

Décision du Conseil d'Etat du 21 octobre 1992 portant sur la réduction du nombre de lits de soins aigus

La décision du Conseil d'Etat du 21 octobre 1992 prévoit une réduction du nombre de lits de soins aigus des établissements hospitaliers reconnus sous l'angle du subventionnement cantonal de 200 unités sur une période de 3 ans, selon le schéma ci-après :

hôpital de	1992		1993		1994		1995			réd. 93-95
	norme	lits	lits	réd.	lits	réd.	norme	lits	réd.	
Brigue	6.10	178	157	-21	135	-22	3.75	114	-21	-64
Viège	4.70	180	171	-9	161	-10	3.75	149	-12	-31
Sierre	3.80	161	159	-2	157	-2	3.45	152	-5	-9
Sion	4.70	288	275	-13	259	-16	3.90	249	-10	-39
Martigny	4.40	184	173	-11	162	-11	3.65	157	-5	-27
St-Maurice	3.80	38	36	-2	34	-2	3.10	32	-2	-6
Monthey	4.30	130	121	-9	117	-4	3.65	113	-4	-17
CVP		47	45	-2	42	-3		40	-2	-7
TOTAUX	4.80	1206	1137	-69	1067	-70	3.80	1006	-61	-200

Tableau 1: Calendrier de réduction du nombre de lits de soins aigus conformément à la décision du Conseil d'Etat du 21 octobre 1992.

En prenant cette décision, le Conseil d'Etat s'est notamment fondé sur les conclusions d'un rapport de l'Institut Suisse des Hôpitaux (ISH) et sur le préavis de la Commission cantonale de planification sanitaire et hospitalière.

La toute **première priorité** reconnue par la commission pour l'avenir étant une **nouvelle définition des normes en lits**, le Département de la santé publique a confié à l'ISH le mandat d'analyser les besoins en lits du Valais dans le but de fournir des bases scientifiques pour planifier ce secteur.

L'ISH a émis une série de **recommandations** dont les **principales** sont les suivantes :

Les besoins en lits prévus dans la planification de 1982 doivent être revus à la baisse. Il semble raisonnable d'envisager les normes suivantes :

3.8 lits de soins aigus pour 1000 habitants (4.3 dans la planification de 1982)

L'objectif fixé pour 1995 a été d'atteindre 3.8 lits pour 1'000 habitants en moyenne en Valais. Le tableau montre que cette norme a été atteinte en supprimant 200 lits, mais il montre également qu'aucun hôpital n'atteindra exactement le chiffre de 3.8. Pourquoi ?

La zone hospitalière de Sion se voit accorder une norme de 3.9 parce qu'elle dispose de disciplines à caractère cantonal (radiothérapie, neurochirurgie et néonatalogie). Jusqu'alors, l'hôpital de Sion disposait de 15 % de lits supplémentaires à cause de ces disciplines. Cette nouvelle orientation ne les prend en compte que pour 7 %.

Comme la zone hospitalière de Sion dispose d'une norme (3.9) légèrement plus élevée que la norme moyenne fixée à 3.8, les normes des autres zones sont un peu plus basses que la norme moyenne. Les normes de Martigny et Monthey ont été fixées à 3.65. La norme de la zone de Sierre est également plus basse qu'ailleurs (3.45) parce qu'il a été tenu compte de l'activité de soins aigus du Centre valaisan de pneumologie (CVP) à Crans-Montana. Il y a lieu de préciser ici que seul le 24 % des patients du CVP provient de la région sierroise.

En termes de réduction comparative, seul l'hôpital d'arrondissement de Brigue doit produire un effort plus substantiel que les autres. Sa réduction se montre à 64 unités, soit 36 % de sa capacité actuelle alors que, partout ailleurs, la réduction se situe entre 13 et 17 %. Cette exception provient d'une surcapacité et d'un surdimensionnement important de cet hôpital pendant 15 ans. La nouvelle norme a permis de corriger ces inégalités historiques.

Décisions du Conseil d'Etat du 18 décembre 1996 en matière de planification hospitalière

Afin de vérifier si la norme adoptée en 1992 par le gouvernement restait valable ou s'il était possible de procéder à une nouvelle baisse de l'offre en lits de soins aigus, le Département de la santé publique a confié en 1996 un nouveau mandat d'étude à l'Institut de la santé publique (ISP). Les éléments principaux de l'étude conduite en 1992 ont été repris et reconsidérés en fonction des connaissances acquises depuis, en tenant compte des statistiques médicales nouvellement saisies dans le canton du Valais, ainsi que des effets potentiels des nouveaux mécanismes d'allocation des ressources financières.

Conclusions de l'étude de l'ISP d'octobre 1996

Taux de lits de soins aigus pour 1'000 habitants

Compte tenu des statistiques médicales de 1994 fournies par les six hôpitaux de soins aigus du canton du Valais, la norme qui semble la plus judicieuse est comprise entre 2.5 et 3.1 lits pour 1'000 habitants.

Le besoin en lits de soins aigus dépend bien entendu de l'offre globale et de l'organisation de l'ensemble du réseau sanitaire. Ce besoin est moindre si les patients peuvent être transférés sans délai vers leur domicile ou d'autres institutions sanitaires, dès que leur état ne nécessite plus de soins aigus.

Or, les revues d'hospitalisation conduites dans les hôpitaux de soins aigus du canton du Valais depuis 1995 ont mis en évidence que les journées dites inappropriées étaient fréquemment dues à la difficulté de faire admettre les patients dans un autre établissement (hôpital de soins chroniques, foyer pour personne âgée, etc.), même si les patients concernés étaient pleinement d'accord d'effectuer ce changement. Les revues d'hospitalisation ont aussi montré que certains patients restaient à l'hôpital sans critère médical. Une baisse des durées de séjour est donc réalisable. Il est d'ailleurs très probable que la plupart des hospitalisations de plus de 90 jours qui ont été enregistrées en 1994 auraient pu être sensiblement raccourcies par un placement des patients dans des établissements de soins de longue durée.

D'autre part, le taux d'hospitalisation du canton du Valais est relativement élevé. Une diminution de ce taux semble dès lors possible, compte tenu des valeurs observées dans d'autres cantons (cf graphique en page 62).

Un taux de 2.7 lits par 1'000 habitants paraît suffisant si des mesures sont prises afin de faciliter la sortie des patients hospitalisés dans les hôpitaux de soins aigus. A cet effet, le développement d'institutions similaires aux centres de traitements et de réadaptation (CTR) du canton de Vaud devrait être envisagé. Parmi les facteurs contribuant à l'abaissement des durées moyennes de séjour des hôpitaux régionaux vaudois, la présence des CTR en est certainement un.

Attribution des lits aux différentes zones sanitaires

Une fois le nombre total de lits déterminés en fonction du taux de référence, une répartition des lits entre les différentes zones hospitalières doit être effectuée. Quelques remarques à ce sujet.

Les statistiques sanitaires valaisannes des années 1990 à 1995 montrent une grande stabilité de ces flux, et il est très probable que cette stabilité se maintienne au cours des prochaines années. De même que les durées moyennes de séjour (DMS) observées ont été comparées à celles qui étaient attendues, les données à disposition permettraient de déterminer, en fonction des pathologies, le nombre attendu de journées d'hospitalisation dues à des patients provenant

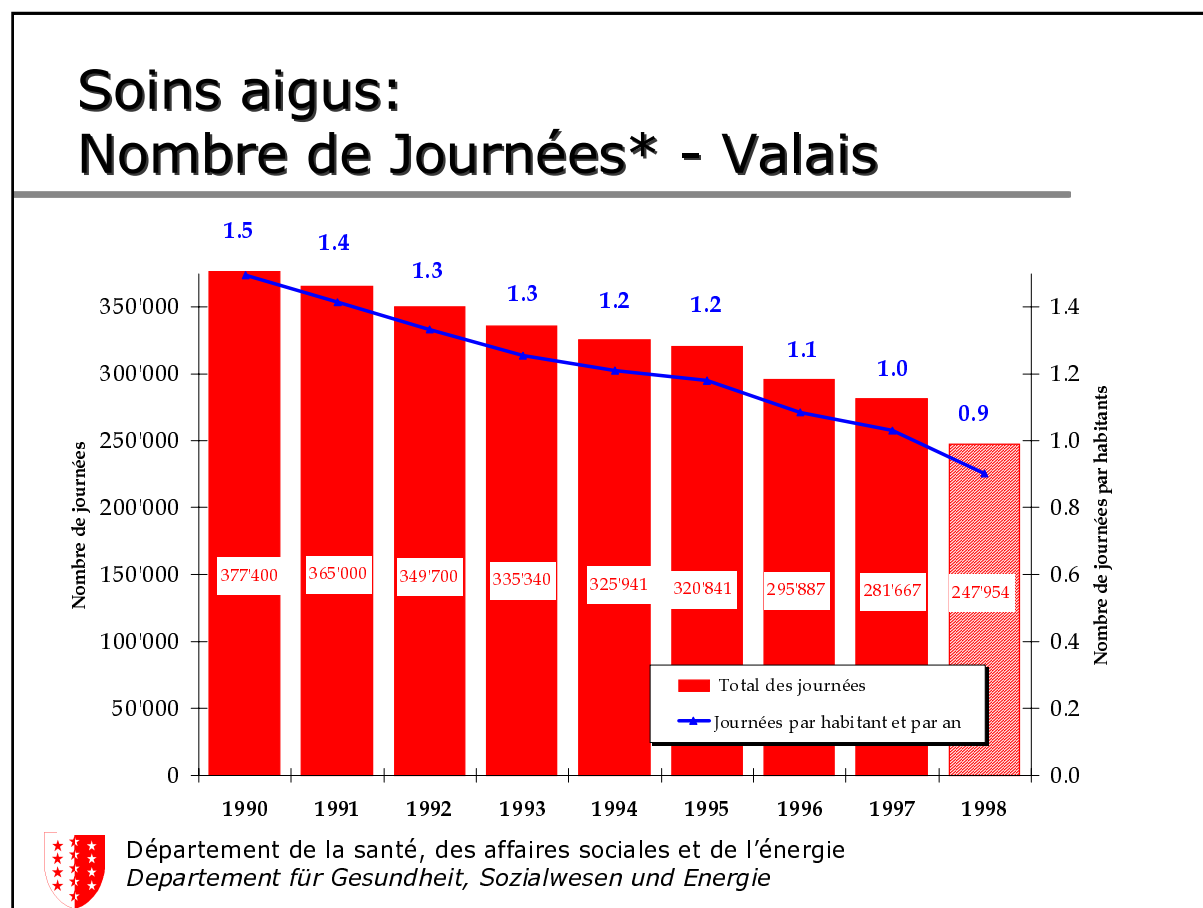
d'autres zones hospitalières. Ce nombre attendu pourrait ensuite être comparé à celui qui est observé.

D'autre part, une estimation du nombre de lits de soins aigus par zone hospitalière peut être faite en se basant sur les activités des hôpitaux et les durées moyennes de séjour attendues. Par exemple, si l'on adopte un taux de référence de 2.7 lits par 1'000 habitants et que la population est de 269'341 habitants, le nombre total de lits dans les hôpitaux de soins aigus s'élève à 781. La répartition de ces lits pourrait alors être déterminée, en partie du moins, en fonction des journées d'hospitalisation attendues lorsque les DMS de référence par DRG (Diagnoses related Groups) ou par GPH (Groupes de Patients Homogènes) seront appliquées.

Eléments complémentaires d'appréciation pour la détermination de la norme en lits de soins aigus

Plusieurs éléments complémentaires de ces recommandations doivent être mis en évidence.

Evolution de la durée moyenne de séjour et du nombre de journées-malades



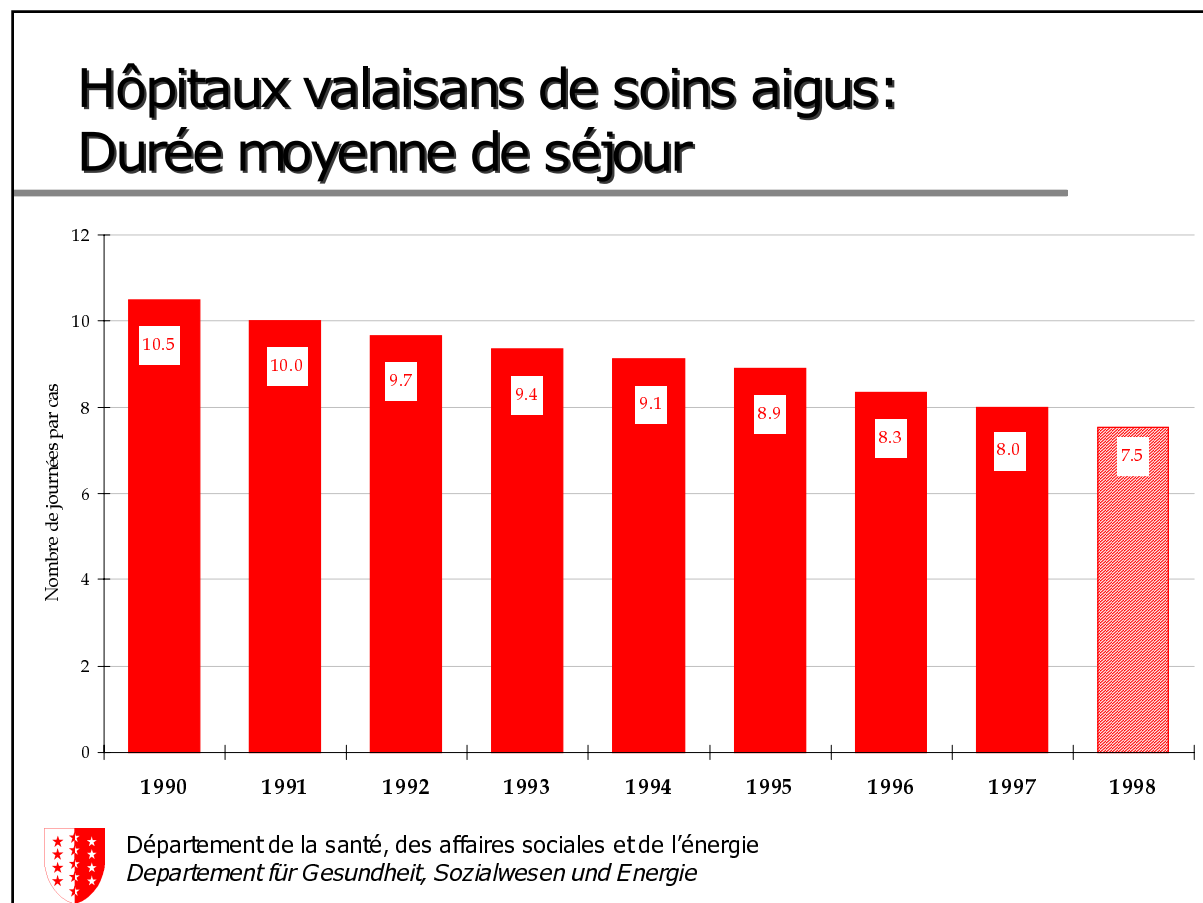
* Sans les séjours des nouveaux-nés

L'évolution de la durée moyenne de séjour ainsi que du nombre de journées-malades dans les hôpitaux de soins aigus et chroniques valaisans de 1990 à 1998 va dans le sens d'une diminution.

Ainsi, la première réduction du nombre de lits de soins aigus (1992-1995) accompagnée de l'introduction du budget global, les progrès médicaux ainsi que le développement de la chirurgie ambulatoire ont notamment permis de diminuer progressivement ces dernières années le nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans (graphique ci-dessus).

Le graphique ci-après illustre l'évolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus valaisans. Il convient de relever que cet indicateur, à l'instar du nombre de journées-malades, a évolué de 1990 à 1998 dans le sens d'une baisse non négligeable.

Dès lors, l'analyse au niveau valaisan des indicateurs d'activité des hôpitaux démontre le bien-fondé d'une nouvelle réduction du nombre de lits recommandée par l'Institut suisse de la santé publique.



Cette analyse est d'ailleurs partagée par le Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL), qui dans sa lettre adressée au Département de la santé publique du 26 septembre 1995 relève déjà:

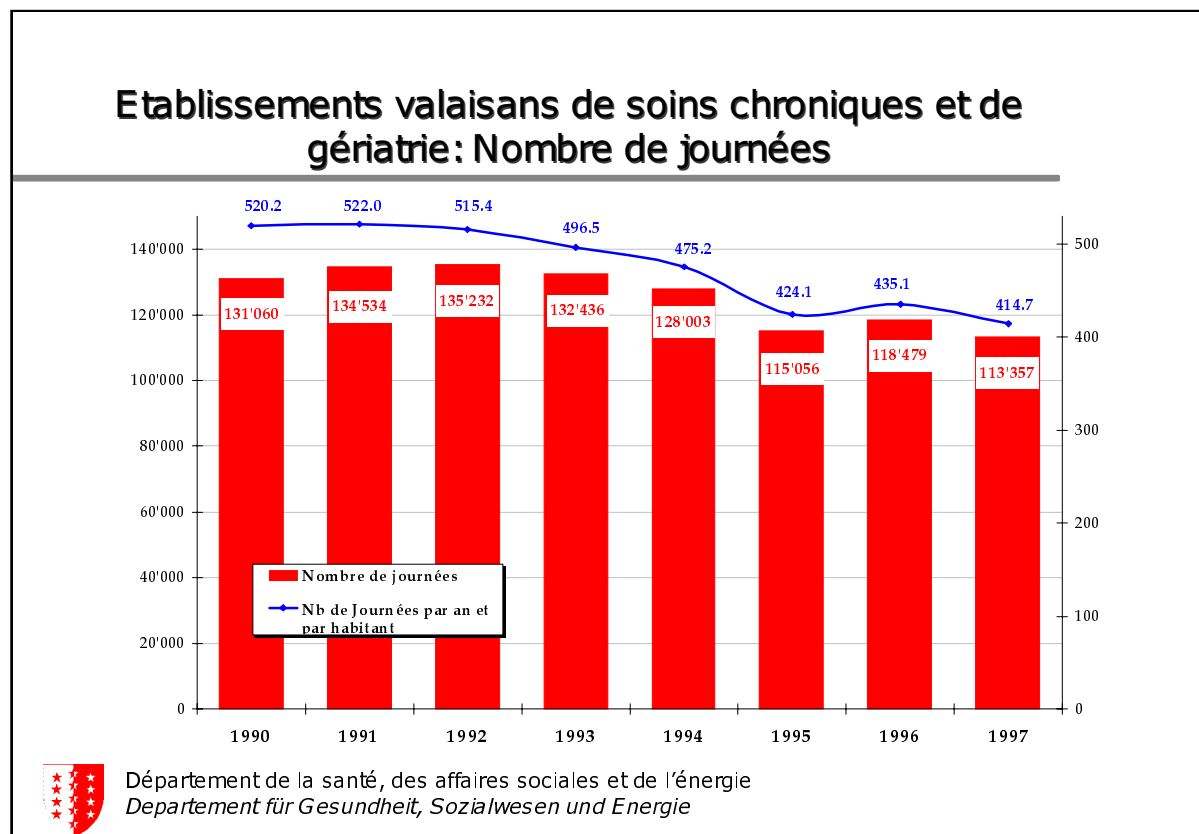
« La volonté du Concordat est de considérer comme surcapacité tout taux d'occupation, pondéré par le séjour moyen, n'atteignant pas la moyenne de 85%. Les taxes hospitalières seraient, le cas échéant, réduites proportionnellement à ce taux.

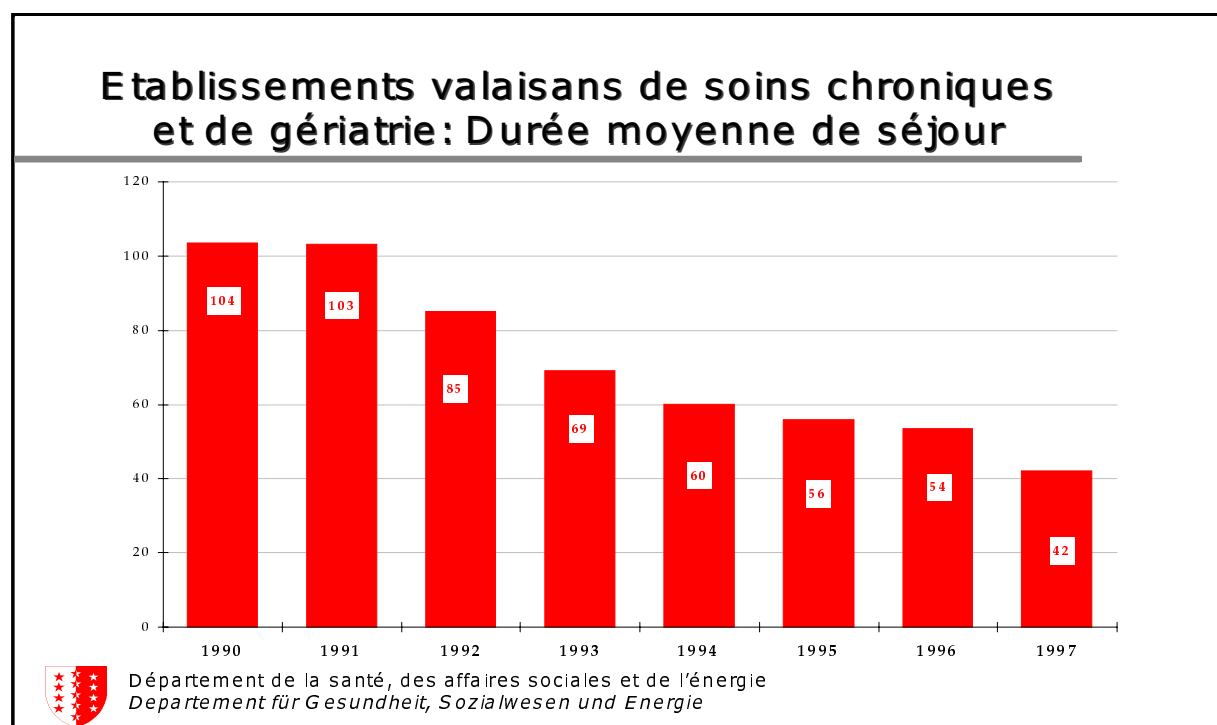
Or la volonté des professionnels de la santé est de réduire drastiquement les journées-malades par le développement des traitements ambulatoires et les hospitalisations de jour. Ceci signifie que les courts séjours hospitaliers diminueront, ce qui provoquera un allongement du séjour moyen.

Ces deux mesures obligeront les hôpitaux à avoir une dotation officielle en lits très basse pour ne pas risquer de ne pas atteindre ce 85% que nous jugeons, par ailleurs, bien trop élevé.

Nous estimons donc indispensable de revoir à la baisse les dotations en lits pour chaque établissement ».

Quant à l'évolution de ces mêmes indicateurs dans les hôpitaux valaisans de soins chroniques et de gériatrie, une stabilisation du nombre de journées-malades ainsi qu'une diminution de la durée moyenne de séjour peut être constatée ces dernières années (1990-1997) (cf. graphiques ci-dessous).





L'introduction d'un nouveau système d'allocation des ressources fondé sur le nombre de sorties et sur l'analyse de la nature des cas traités (case-mix) ainsi que la désignation de médecins gériatres formés en tant que responsables médicaux de ces établissements ont notamment entraîné cette évolution. Ces deux mesures ont favorisé la pratique d'une gériatrie active. Dès lors, les patients concernés peuvent atteindre un état de santé leur permettant d'être pris en charge de manière appropriée à domicile, dans un établissement médico-social ou dans une autre institution spécialisée.

Taux d'hospitalisation

Le taux d'hospitalisation dans les hôpitaux publics est relativement élevé dans notre canton par rapport à la moyenne suisse. La mise en oeuvre de mesures appropriées de promotion de la santé et de prévention, ainsi que l'introduction généralisée des revues d'hospitalisation devrait permettre à terme de réduire le taux d'hospitalisation.

Exigences de la LAMal

La LAMal donne la mission aux cantons d'établir une planification hospitalière répondant aux besoins de la population. Dans ce contexte, les frais imputables à une surcapacité ne peuvent pas être mis à la charge des assurés (art. 49, al. 1 LAMal). Cette disposition a déjà été appliquée par le « Service central des tarifs médicaux (CTM) » qui a fait diminuer le tarif du forfait journalier pour les hôpitaux dont le taux d'occupation est inférieur à 85%.

Revue d'hospitalisation

Les expériences-pilotes des revues d'hospitalisation effectuées dans plusieurs hôpitaux valaisans en 1995 ont mis en évidence un certain nombre d'hospitalisations dites inappropriées dans ces établissements. La revue d'hospitalisation, dont l'utilisation a été généralisée au 01.01.1997 dans tous les hôpitaux de soins aigus valaisans, constitue une mesure d'accompagnement essentielle à la gestion d'un programme de réduction du nombre de lits aigus.

Rôle des assureurs-maladie

D'autre part, en l'absence de mesures de définition de la norme maximale en lits de soins aigus, les assureurs pourraient se substituer aux cantons pour exclure des hôpitaux de leur liste de prestataires de soins pris en charge selon les assurances complémentaires.

Modalités pratiques de mise en oeuvre de la réduction du nombre de lits de soins aigus

Si, au vu des considérations citées ci-dessus, une réduction du nombre de lits de soins aigus s'avère judicieuse, les modalités pratiques de mise en oeuvre doivent tenir compte des éléments suivants.

L'attribution de la dotation en lits de soins aigus aux différentes zones hospitalières doit en outre tenir compte de l'incidence différenciée d'une région à l'autre du nombre de patients pris en charge annuellement en provenance d'autres cantons ou de l'étranger (touristes). Le nombre de patients valaisans d'une région hospitalisés hors canton doit également être pris en considération.

Au chapitre 5 paragraphe 1 de son rapport, l'ISP a également recommandé que des mesures soient prises en vue de faciliter la sortie des patients hospitalisées dans les hôpitaux de soins aigus, et plus particulièrement que soient développées dans le canton du Valais des institutions similaires aux centres de traitement et de réadaptation (CTR) vaudois. Dès lors, il y a lieu parallèlement aux mesures de réduction du nombre de lits de soins aigus de définir et de mettre en oeuvre un concept cantonal de réadaptation.

Sur la base des recommandations susmentionnées de l'ISP, **le Conseil d'Etat a décidé, en séance du 18 décembre 1996, de fixer la norme maximale admise à 3.2 lits de soins aigus pour 1'000 habitants de la population totale. Dès lors, l'évolution du nombre de lits de 1992 à l'an 2000 est la suivante (cf. tableau suivant):**

<i>Evolution du nombre de lits en Valais (aigus, gériatrie, psychiatrie, réadaptation)</i>							
Année	1992		1995		2000		1992 - 2000
Population	253'882		268'692		279'440		
	nb. lits	norme ‰	nb. lits	norme ‰	nb. lits	norme ‰	variations
Aigus 1)	1206	4.75	1006	3.74	894	3.20	-312
Gériatrie 2)	441	1.74	334	1.24	334	1.20	-107
Psychiatrie 3)	168	0.66	222	0.83	222	0.79	54
Réadaptation 4)	94	0.37	84	0.31	84	0.30	-10
Privés	55	0.22	50	0.19	40	0.14	-15
Total	1964	7.74	1696	6.31	1574	5.63	-390

1) y. c. Pneumologie et disciplines cantonalisées
 2) y. c. Chroniques
 3) y. c. Psychogériatrie dès 1995, 54 lits
 4) CVP, Rheumaklinik, Physiatrie (Gravelone)

Evolution du nombre de lits en Valais (1992-2000)

Sur la base de cette décision, le **Département de la santé publique a fixé** en mars 1997 sous l'angle du subventionnement cantonal **une dotation maximale en lits des hôpitaux régionaux**. Cette dotation sera périodiquement réévaluée en fonction notamment de la population de la zone hospitalière concernée et de l'activité de l'hôpital (cf graphique p. 62).

Définition de la liste des établissements admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie et attribution des mandats de prestations aux hôpitaux

Simultanément, conformément aux dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le Conseil d'Etat, dans sa décision du 16 décembre 1996 sur le concept hospitalier, a défini la liste des établissements admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins. De plus, en se fondant sur des rapports émanant d'experts largement reconnus, le Conseil d'Etat a décidé d'attribuer des mandats de prestations aux établissements hospitaliers.

Les **critères** suivants ont été retenus **lors de l'attribution des disciplines médicales**: la qualification professionnelle des médecins et du personnel soignant, la promotion et l'assurance de la qualité, la masse critique du nombre de cas, l'infrastructure, les exigences économiques, les synergies, l'accessibilité géographique, les intérêts objectifs du patient.

L'attribution des disciplines médicales spécialisées a tenu compte de la distinction entre d'une part les disciplines spécialisées à caractère cantonal et d'autre part, les disciplines spécialisées centralisées, qui peut être explicitée comme suit :

a) Les disciplines spécialisées à caractère cantonal

Selon l'article 2 de l'ordonnance sur la planification et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires, les disciplines spécialisées à caractère cantonal comprennent «... *les disciplines médicales offertes à toute la population du canton, mais qui, selon la planification sanitaire, doivent être localisées dans un nombre limité d'établissements hospitaliers ou d'instituts médico-techniques pour des raisons de qualité, de sécurité et d'économie des prestations* ».

De plus, l'article 110 al. 2 de la loi sur la santé prévoit les dispositions suivantes: «*Le Conseil d'Etat, dans le cadre de la planification sanitaire, peut reconnaître, de façon temporaire ou permanente, un caractère cantonal à certaines disciplines spécialisées des hôpitaux ou des instituts médico-techniques liés aux hôpitaux* ».

Quant au financement des dépenses d'investissements, l'article 110 al. 1 LS précise que « *les dépenses d'investissements relatifs aux disciplines à caractère cantonal sont prises en charge intégralement par le canton* » .

Concernant les dépenses d'exploitation, l'article 121 LS prévoit que « *la participation du canton aux dépenses d'exploitation relatives à une discipline à caractère cantonal s'élève à 50 pour cent des coûts imputables de la division commune conformément à la législation fédérale* ».

Dès lors, concernant la part des collectivités publiques, les communes ne sont pas appelées à financer les dépenses d'exploitation et d'investissements des disciplines à caractère cantonal.

Les disciplines cantonalisées sont localisées dans un, voire au maximum dans deux établissements ou institutions. Etant donné que le service cantonalisé offre des prestations en faveur des patients de tout le canton, il n'est pas équitable que les communes d'une seule zone hospitalière doivent contribuer au financement d'une discipline cantonalisée.

b) Les disciplines spécialisées centralisées

Les disciplines spécialisées centralisées comprennent celles localisées dans un nombre limité d'établissements hospitaliers ou d'institutions médico-techniques, pour des raisons de qualité, de sécurité et d'efficacité des prestations.

Les disciplines spécialisées centralisées doivent être distinguées de celles cantonalisées, notamment en ce qui concerne la participation des communes aux dépenses d'investissement et d'exploitation. Les dispositions de la loi sur la santé en la matière (art. 107 et 118) sont applicables aux disciplines spécialisées centralisées. La participation du canton aux dépenses d'investissements s'élève à 80% et celle des communes à 20%. Quant à la participation des collectivités publiques aux frais d'exploitation, la part du canton s'élève à 40% des dépenses et celle des communes, à 10%.

Dès lors, contrairement aux disciplines cantonalisées, les communes participent au financement des dépenses d'investissements et d'exploitation des disciplines spécialisées centralisées, qui peuvent être localisées dans plusieurs établissements et institutions.

Etant donné qu'une répartition interrégionale équilibrée des disciplines centralisées est effectuée et qu'en règle générale un service centralisé dessert la population d'un seul secteur hospitalier, il est équitable que les communes de la zone ou du secteur concerné participent au financement des dépenses y relatives.

c) *Bref historique*

Ces dernières années, plusieurs disciplines ont fait l'objet soit d'une cantonalisation, soit d'une centralisation:

1) Disciplines cantonalisées:

- prise en charge psychiatrique stationnaire

Ces prestations médicales sont réalisées à l'hôpital psychiatrique de Malévoz (Monthey) et au Centre psychiatrique du Haut-Valais (PZO), établissements d'Etat.

- pneumologie et chirurgie thoracique

Les prestations médicales spécialisées de pneumologie et de chirurgie thoracique sont effectuées au Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) de Montana, établissement d'Etat.

- cytologie-pathologie

Par décret du 16 septembre 1983, le Grand Conseil a reconnu un caractère cantonal au département de cytologie-pathologie de l'Institut Central des hôpitaux valaisans.

- radiothérapie

Par décret du 25 juin 1993, le Grand Conseil a reconnu un caractère cantonal au service de radiothérapie de l'hôpital régional de Sion-Hérens-Contthey.

- psychogériatrie

Selon la décision du Conseil d'Etat du 23 mars 1994, des unités psychogériatriques décentralisées ont été mises en place dans chacune des trois régions du canton (Haut-Valais, Valais Central, Bas-Valais) et placées sous la responsabilité médicale des Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR) et du Centre psychiatrique du Haut-Valais (PZO).

- cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque

La cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque ont été centralisées à l'hôpital de Sion depuis la convention intercantonale Vaud-Valais du 15 décembre 1993 prévoyant une collaboration avec le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Une convention de même nature a pu être signée en 1996, laquelle approfondit cette collaboration en l'étendant aux domaines de la cardiologie, de l'anesthésiologie et de la médecine intensive chirurgicale. Selon la décision du Conseil d'Etat du 18 décembre 1996, la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque ont été cantonalisées à l'hôpital de Sion.

2) Disciplines centralisées:

- urologie

Sur préavis de la commission cantonale de planification, le Conseil d'Etat a décidé le 14 octobre 1992 qu'une seule division hospitalière d'urologie était suffisante pour le secteur du Haut-Valais et que celle-ci était attribuée à l'hôpital d'arrondissement de Brigue.

- ophtalmologie

Sur préavis de la commission cantonale de planification, le Conseil d'Etat a décidé le 14 octobre 1992 qu'une seule division hospitalière d'ophtalmologie était suffisante pour le secteur du Haut-Valais et que celle-ci était attribuée à l'hôpital d'arrondissement de Viège.

- ophtalmologie/otoneurologie

A l'instar de sa décision portant sur l'attribution de l'urologie et de l'ophtalmologie, le Conseil d'Etat a décidé le 24 novembre 1993 pour le secteur du Valais Central d'attribuer l'otoneurologie à l'hôpital de Sierre-Loèche et l'ophtalmologie à l'hôpital de Sion.

- neurochirurgie

Enfin, en séance du 6 février 1991, la commission cantonale de planification a préavisé favorablement la centralisation de la neurochirurgie à l'hôpital de Sion. Actuellement, des discussions sont en cours avec le CHUV en vue de la cantonalisation de cette discipline.

d) Attribution des disciplines médicales spécialisées aux établissements hospitaliers ressortant de la décision du Conseil d'Etat du 18 décembre 1996

Le tableau suivant définit l'attribution des disciplines médicales spécialisées aux établissements hospitaliers, selon la décision du Conseil d'Etat du 18 décembre 1996.

Attribution des disciplines médicales spécialisées aux établissements hospitaliers valaisans

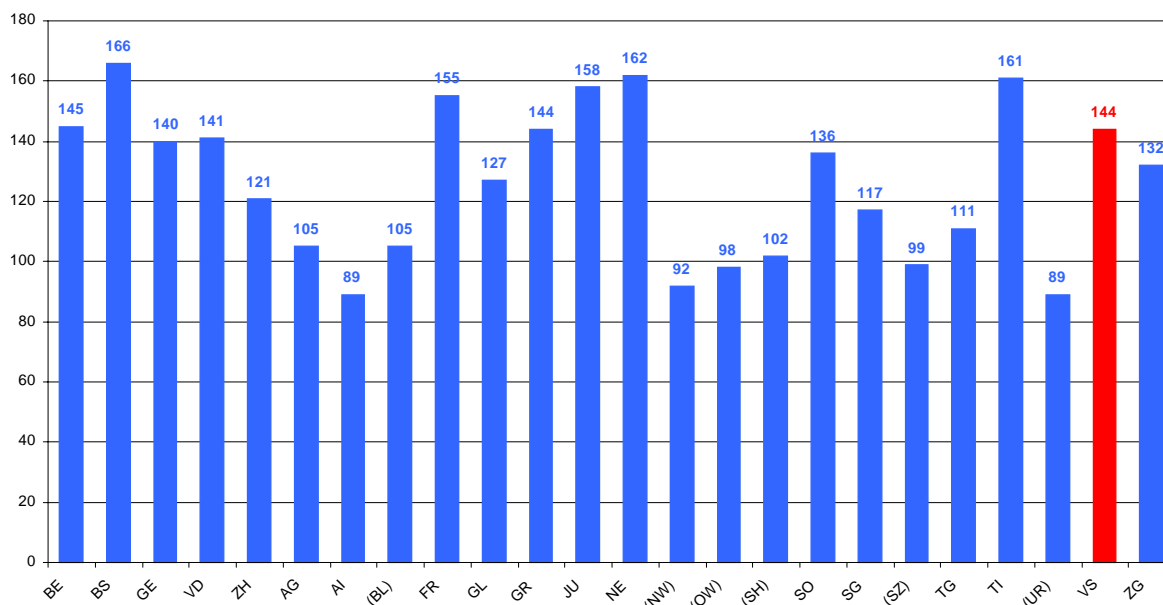
Spécialisations médicales	Dénomination de l'établissement						
	Secteur I: Haut-Valais		Secteur II: Valais Central		Secteur III: Bas-Valais		Etablissement cantonal
	Oberwalliser Kreisspital, Brig	Regionalspital Sta Maria, Visp	Hôpital régional de Sierre-Loèche	Hôpital régional de Sion - Hérens - Conthey	Hôpital régional de Martigny	Hôpital régional de Monthey	Centre valaisan de pneumologie
Cardiologie interventionnelle ¹⁾ Chirurgie cardiaque ¹⁾				Cant + Cant +			
Cardiologie non interventionnelle	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	
Pneumologie	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Cant + Cant +
Chirurgie thoracique ²⁾							
Chirurgie plastique et reconstructive	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Cen +	Spec (-)	Spec (-)	
Ophthalmologie ³⁾	Spec (-)	Cen +	Spec (-)	Cen +	Cen +	Spec (-)	
Urologie ³⁾	Cen (II) +	Spec (III) (-)	Cen (II) +	Spec (III) (-)	Cen (II) +	Spec (III) (-)	
Neurochirurgie				Cen +			
Orthopédie et traumatologie ⁴⁾	Spec +	Spec +	Spec +	Spec +	Spec +	Spec +	
Chirurgie pédiatrique	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	
Chirurgie maxillo-faciale			Cen (-)				
ORL	Spec +	Spec +	Spec +	Spec +	Spec +	Spec +	
Otoneurologie			Cen (-)				
Neurologie	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	
Radiothérapie				Cant +			
Oncologie ⁵⁾	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)
Dermatologie	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	
Médecine physique ⁶⁾				Spec +			
Gastroentérologie	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	
Endocrinologie	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	
Psychiatrie de liaison	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)	Spec (-)

A cette fin, les abréviations suivantes ont été utilisées:

- **cant.** : prise en charge **spécialisée cantonalisée** ;
- **cen.** : prise en charge **spécialisée centralisée** ;
- **spec.** : prise en charge **spécialisée** ;
- « + » : **avec service ou lits**, (-) : **sans service ou lits**.

Taux d'hospitalisation en 1996

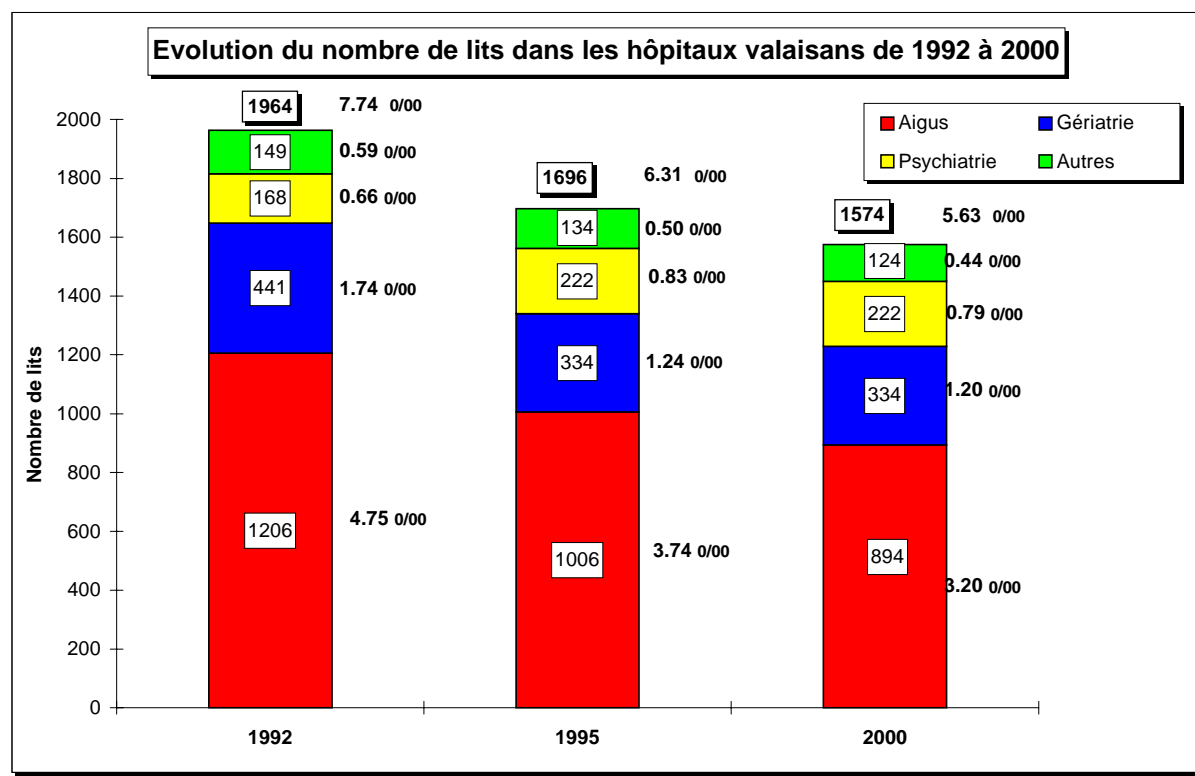
TAUX D'HOSPITALISATION : Résidents du canton traités dans et hors canton pour 1'000 habitants



Source : ISE, 1998

Définition : taux d'hospitalisation « ajusté » = somme des résidents d'un canton, soignés dans et hors canton, pour 1000 habitants du canton

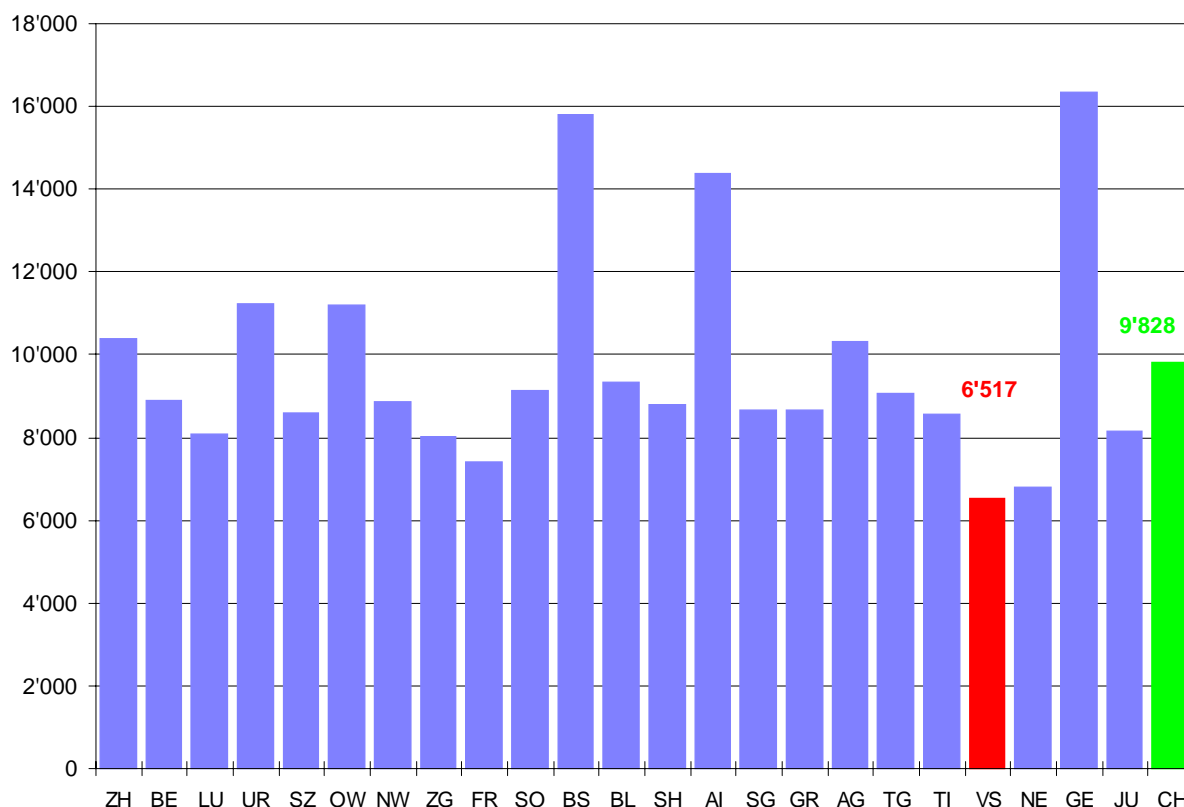
NB : La très grande difficulté à obtenir les données de provenance des patients des hôpitaux privés relativise le graphique ci-dessus.



Statistique hospitalière : OFS97

En introduction de sa publication, l'Office fédéral de la statistique (OFS) souligne « la valeur relative de ces résultats », étant donné que ces tableaux « contiennent tous les défauts de jeunesse d'un premier relevé ».

1. Coût par cas des hôpitaux de soins généraux

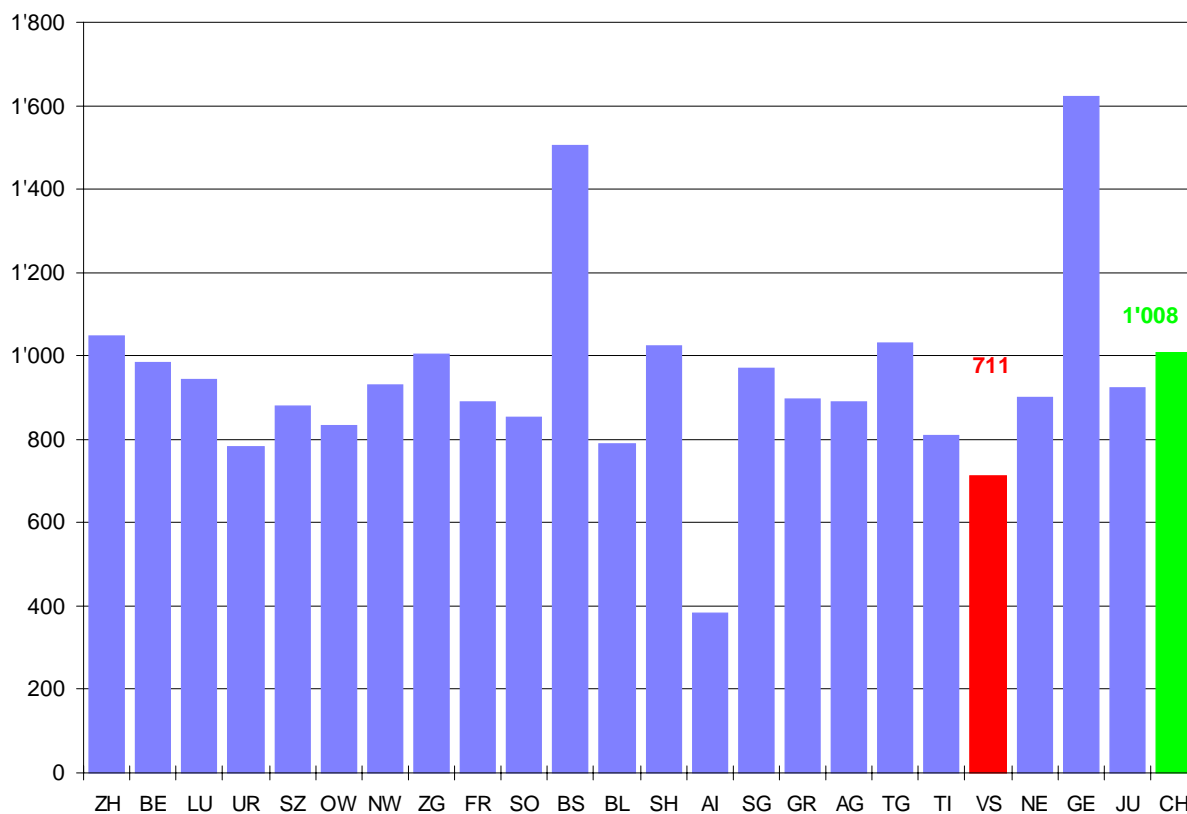


Le coût retenu correspond au total des charges d'exploitation (y.c. l'ambulatoire), sans les charges d'investissements et les intérêts. Les cas correspondent au total des hospitalisations et semi-hospitalisations. L'indicateur reflète le coût moyen d'hospitalisation d'un patient dans le canton et non le coût des patients du canton.

Dans ce type de calcul, le taux de participation au relevé statistique a moins d'importance que pour les calculs relatifs à la population. Il peut toutefois y avoir des imprécisions, lorsque les hôpitaux d'un canton ont des spécialisations très différentes.

Le canton du Valais a le coût par cas le plus bas de Suisse, comme l'indique le graphique ci-dessus.

2. Coût par jour de soins généraux



Le coût correspond au total des charges d'exploitation (y.c. l'ambulatoire), sans les charges d'investissements et les intérêts. Les jours correspondent au total des journées engendrées par les cas des hospitalisations et semi-hospitalisations.

Le canton du Valais a les coûts journaliers parmi les plus bas de Suisse.

B. HOPITAUX POUR MALADES CHRONIQUES

Décision du Conseil d'Etat du 23 mars 1994

Dans sa séance du 23 mars 1994, sur la proposition du Département de la santé publique et sur préavis de la Commission cantonale de la planification sanitaire et hospitalière, le Conseil d'Etat a décidé de fixer une norme ainsi que la répartition des lits de soins chroniques, gériatriques, et psychogériatriques.

L'extension des mesures prises dans le secteur aigu au secteur des soins chroniques, gériatriques et psychogériatriques représente une **étape** logique et indispensable dans le cadre de la construction d'un **réseau de soins coordonnés**.

La décision du Conseil d'Etat a pris en considération (en particulier concernant la répartition géographique des lits) les **principes** suivants:

- définition d'une seule norme pour les lits chroniques, gériatriques et psychogériatriques ;
- **répartition équitable** des lits entre les trois secteurs Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais ;
- utilisation des lits **existants** ;
- planification **permanente et dynamique** ;
- réalisation des objectifs en l'espace de **trois ans**.

Commentaire

1) Fixation de la norme de 1.4 lits chroniques et gériatriques pour 1'000 habitants de la population totale.

La forte diminution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins chroniques a été accompagnée, malgré l'augmentation continue du nombre de patients soignés, d'une **baisse du taux d'occupation**.

L'évolution la plus récente de ce secteur d'activité confirme le bien-fondé des mesures prises par le Conseil d'Etat en 1994. En effet, de 1993 à 1997, le nombre de journées-malades dans les hôpitaux valaisans de soins chroniques est demeuré stable, alors que la durée moyenne de séjour a encore diminué durant cette même période, passant de 85 jours en 1993 à 52 jours en 1997.

2) Intégration de 54 lits de psychogériatrie dans la norme de 1.4 lits chroniques et gériatriques pour 1'000 habitants de la population totale.

Comme la **Commission d'étude extraparlamentaire** l'a exigé dans son rapport d'avril 1993, l'intégration des 54 lits de psychogériatrie dans la norme de 1.4 lits pour 1'000 habitants n'implique **pas une ouverture de nouveaux lits, mais une nouvelle affectation des lits existants**. L'intégration de ces lits psychogériatriques semble d'autant plus justifiée que ces patients séjournent déjà aujourd'hui dans les établissements stationnaires existants. Le nombre de lits vides soutient également le caractère judicieux de la réaffectation des lits de soins chroniques et gériatriques en lits de soins psychogériatriques.

La mise en service de ces 54 lits psychogériatriques constitue une première étape dans la réalisation de l'objectif de la commission susmentionnée. Comme la Commission d'étude extraparlamentaire s'est déclarée en faveur d'unités de 16-18 lits (des raisons médicales et fonctionnelles poussent à ne pas descendre en dessous), il paraît judicieux de créer une unité par secteur (Valais Central, Haut et Bas-Valais), dans une première étape. Dans une deuxième étape seulement, après analyse approfondie des institutions psychiatriques existantes, les lits supplémentaires éventuellement nécessaires seront mis à disposition.

Comme le rapport de la Commission d'étude l'exige, les unités psychogériatriques seront confiées pour des raisons organisationnelles et médicales, à **la responsabilité des institutions psychiatriques existantes**, c'est-à-dire au médecin-directeur des Institutions Psychiatriques du Valais Romand (Valais Central et Bas-Valais), et au médecin-chef du **Centre psychiatrique du Haut-Valais** (Haut-Valais).

La décision du Conseil d'Etat du 23 mars 1994 prévoit la modification et la réorientation du nombre de lits pour soins chroniques, gériatriques et psychogériatriques des institutions subventionnées par le canton, conformément au programme et au calendrier prévus dans le tableau ci-après:

	Etablissements	1993			1995		1996		1997				mod. 95-97
		pop.	norme	lits	lits	mod.	lits	mod.	pop.	norme	lits	mod.	
lits de soins chroniques et gériatriques	Hôp. chr. de Brigue	29 511	1.69	50	47	-3	44	-3	31 080	1.35	42	-2	-8
	Hôp. de Viège*	40 791	0.76	31	36	5	40	4	42 960	1.02	44	4	13
	Clin. Ste-Claire	44 611	1.79	***80	72	-8	65	-7	46 983	1.24	58	-7	-22
	Hôp. de Gravelone	63 340	1.96	124	110	-14	96	-14	66 708	1.24	83	-13	-41
	Hôp. de Martigny*	43 551	1.10	48	40	-8	32	-8	45 867	0.52	24	-8	-24
	Clin. St-Amé*	10 387	5.78	60	59	-1	59	0	10 939	5.39	59	0	-1
	Hôp. de Monthey*	30 876	1.55	***48	40	-8	32	-8	32 518	0.74	24	-8	-24
lits de soins psychogériatriques	Foyer la Souste**	70 302		0	6	6	12	6	74 040	0.24	18	6	18
	Clin. Ste-Claire**	107 951		0	6	6	12	6	113 691	0.16	18	6	18
	Clin. St-Amé**	84 814		0	6	6	12	6	89 324	0.20	18	6	18
secteur I	Haut-Valais	70 302	1.15	81	89	8	96	7	74 040	1.40	104	8	23
secteur II	Valais Central	107 951	1.89	204	188	-16	173	-15	113 691	1.40	159	-14	-45
secteur III	Bas-Valais	84 814	1.84	156	145	-11	135	-10	89 324	1.40	125	-10	-31
TOTAL	VALAIS	263 067	1.68	441	422	-19	404	-18	277 055	1.40	388	-16	-53

Tableau 2: Evolution du nombre de lits (1993-1997) conformément à la décision du Conseil d'Etat du 23 mars 1994.

* section chronique et gériatrique

** section psychogériatrique

*** Ste-Claire: 67 lits ouverts; Monthey: 48 lits, dont 24 décrétés, mais non ouverts;

a) Haut-Valais

Au vu de la durée de séjour enregistrée par l'hôpital pour malades chroniques de Brigue nettement supérieure à la moyenne cantonale et sous la pression de la réduction du nombre de lits de soins aigus, l'établissement doit impérativement diminuer sa durée de séjour. Cependant, le taux d'occupation de 100 % des lits de homes pour personnes âgées de la zone hospitalière de Brigue, ne favorise pas une telle diminution. Un **supplément de 6 lits a donc été attribué à titre provisoire** à l'hôpital pour malades chroniques de Brigue, lui permettant de développer le secteur mi-stationnaire et ambulatoire, de réduire la durée de séjour et d'apporter une solution au problème du manque de capacités des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

b) Bas-Valais

L'application stricte des normes en lits de soins aigus et chroniques dans la zone hospitalière de St-Maurice (32 lits aigus et 14 lits chroniques et gériatriques) ne permet pas une gestion efficiente tant du point de vue médical qu'économique. La spécialisation de la clinique St-Amé dans son principal champ d'activité actuel favorise une prise en charge optimale des patients (personnel médical et paramédical spécialisé et expérimenté, infrastructure spécialisée,...).

Les lits de soins aigus revenant à la zone hospitalière de St-Maurice ont été répartis en fonction des flux de patients entre les zones de Monthey et de Martigny. Seuls certains lits de soins chroniques et gériatriques ont été maintenus dans les établissements de soins aigus de Monthey et Martigny, pour accélérer le transfert des patients en soins chroniques et ainsi libérer plus rapidement les lits de soins aigus.

Afin de répartir les 32 lits de soins aigus de la Clinique St-Amé qui ont été réorientés, le Conseil d'Etat s'est basé sur les chiffres effectifs quant aux flux de patients du district de St-Maurice vers les deux zones hospitalières mentionnées ci-dessus.

Enfin, les 24 lits du service de gériatrie de l'hôpital de Monthey seront transférés à la Clinique St-Amé de St-Maurice au printemps 1999.

C. ETABLISSEMENTS DE READAPTATION

Réadaptation

Par ses **décisions du 18 décembre 1996**, le **Conseil d'Etat** a chargé le Département de la santé d'examiner périodiquement l'attribution des disciplines médicales spécialisées, ainsi que de redéfinir les besoins en lits dans le domaine de la réadaptation. Sur cette base, le concept élaboré par le Service de la santé publique en 1998 procède à un examen détaillé du *domaine de la réadaptation stationnaire*. Pour l'évolution des lits de réadaptation, cf tableau page 57.

La réadaptation recouvre les mesures médicales, sociales, pédagogiques, professionnelles et techniques permettant d'améliorer les fonctions et l'autonomie quotidiennes. Dès lors, cette notion doit être distinguée clairement de celle de la convalescence (période de rétablissement suite à une intervention chirurgicale ou suite à une maladie).

Les indicateurs de la demande mettent en évidence une augmentation tendancielle des besoins de réadaptation. Cette tendance s'explique principalement par l'évolution démographique et technique.

Futur mandat de prestations du Centre Valaisan de Pneumologie à Montana (CVP)

Dans le cadre des travaux visant au renforcement de la collaboration entre les hôpitaux de Martigny, de Sion et de Sierre, il convient également de définir le futur mandat de prestations du Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana. Les premiers résultats des revues d'hospitalisation démontrent que moins du cinquième des cas sont attribuables au secteur aigu. A l'inverse, le domaine de la réadaptation utilise davantage que les 40 lits définis à ce jour.

Une concentration du futur mandat de prestations du CVP à Montana sur le domaine de la réadaptation est judicieuse. Si l'on y ajoute l'offre en lits des cliniques de Loèche-les-Bains, les besoins en lits de réadaptation devraient être couverts ces prochaines années dans notre canton. Considérant que l'évolution va dans le sens d'une augmentation de la demande, l'offre en prestations dans le domaine de la réadaptation devra être périodiquement réexaminée en prenant en considération les développements qu'enregistrent les hôpitaux de soins aigus.

Il convient par conséquent de réexaminer dans ce sens le mandat de prestations confié au Centre valaisan de Pneumologie.

Service de psychiatrie de l'hôpital de Gravelone

L'ouverture de la Clinique SUVA en septembre 1999, ainsi que la collaboration étroite prévue avec l'hôpital de Sion modifient fondamentalement la situation du service de psychiatrie de l'hôpital de Gravelone. Une partie des patients traités au sein de ce service seront pris en charge à l'avenir par la clinique SUVA. En outre, ces patients pourront être pris en charge partiellement au Centre Valaisan de Pneumologie à Montana et à Loèche-les-Bains. De plus,

il est prévu qu'une partie du personnel travaille à l'avenir, à l'instar du médecin-chef, dans la nouvelle clinique.

Pour toutes ces raisons, le maintien d'un service de réadaptation au sens habituel à Gravelone n'est pas judicieux. Par conséquent, le mandat de prestations dans le domaine de la réadaptation devient caduc. Cette constatation ne s'applique toutefois pas à la réadaptation gériatrique qui constitue avec la gériatrie aiguë et les soins palliatifs un élément important du mandat de prestations de l'hôpital de Sion dans le domaine de la gériatrie, des soins et des mesures médicales de réadaptation pour malades chroniques.

Prochainement, la question sera examinée de savoir si, le moment venu, le mandat de prestations de l'hôpital de Sion pour Gravelone devra être limité au domaine précité. De plus, le Département doit examiner dans quelle mesure les lits du service de psychiatrie ou une partie d'entre-eux doivent être maintenus en tant que lits de gériatrie et pour malades chroniques. Cet examen s'effectue idéalement dans le cadre d'une analyse de l'offre en lits du canton du Valais en prenant en considération l'évolution démographique et les modifications de la demande qui en résultent.

Planification d'un avenir commun des deux cliniques de Loèche-les-Bains (RRKL - NRL)

Les charges de plus en plus lourdes qui pèsent sur les cantons dans le domaine de la santé ont incité certains d'entre-eux à privatiser des établissements sanitaires afin de réaliser des économies. C'est notamment le cas des cantons de Berne, de Lucerne et de Zurich qui ont décidé de ne plus participer financièrement à la prise en charge du déficit de la Rheuma- und Rehabilitationsklinik (RRKL) dès 1999. Dès lors, le canton du Valais demeure le seul propriétaire qui finance cet établissement. Afin d'assurer l'avenir de cette institution qui revêt une importance économique (emplois) considérable au niveau de la région, le Grand Conseil a accordé le 1^{er} décembre 1998 une participation financière supplémentaire de Fr. 700'000.- à la RRKL pour couvrir les dépenses d'investissements et d'exploitation dépassant le montant de Fr. 1'260'000.- inscrit au budget annuel de l'Etat. Cette participation supplémentaire est dans un premier temps limitée au premier semestre de 1999. Elle est de plus liée au respect de plusieurs conditions dont notamment la réalisation d'une intensification de la collaboration avec la clinique de réadaptation neurologique de Loèche-les-Bains (NRL), afin d'exploiter au maximum les synergies, et la réalisation d'une étude en vue de l'intégration de la RRKL dans le réseau hospitalier valaisan conformément à la planification.

Dans la perspective de créer une structure commune pour les deux cliniques de Loèche-les-Bains et sur la base d'analyses détaillées effectuées à l'aide d'experts, le Département a arrêté un catalogue exhaustif de mesures définies en commun avec les autres propriétaires des institutions. La réalisation de chacune des mesures (business plan, direction opérationnelle commune, négociations avec les cantons propriétaires et les autres instances de financement etc.) est en cours grâce au soutien d'un groupe de travail stratégique.

L'offre en lits existants, actuellement de 126 lits à la Rheumaklinik et de 75 lits à la Fachklinik für Neurologische Rehabilitation, doit être réduite à une capacité correspondant aux besoins. Une définition concrète de l'offre en lits nécessaire à l'avenir pourra être précisée seu-

lement lorsque les positions des cantons propriétaires et l'évolution des autres facteurs d'influence seront connus.

La pérennité des deux cliniques susmentionnées passe par un renforcement de leur collaboration et de leur coordination. Plusieurs formes et niveaux de collaboration sont en principe possibles (par exemple, contrat de management, société d'exploitation commune, fusion). De plus, les mandats de prestations devront être examinés en conséquence et consolidés en fonction des formes d'associations retenues. De plus, ces mandats ne doivent pas être considérés indépendamment de la planification dans le domaine des soins aigus. Une vision globale suprarégionale englobant tous les niveaux du réseau de traitements est nécessaire.

D. PSYCHIATRIE

Le 9 juin 1993, le Conseil d'Etat a pris acte du rapport « Concept psychiatrique » d'avril 1993 de la Commission d'étude extraparlamentaire et a chargé le Département de la santé publique de lui faire des propositions de mise en oeuvre du nouveau concept psychiatrique cantonal.

Cette mesure de planification a révélé les besoins grandissants de la population et l'importance croissante des soins psychiatriques dans notre système de soins.

Pour mieux cerner les enjeux et l'évolution de la psychiatrie des années 90 et les perspectives de développement de ce secteur où l'information objective se heurte encore à des préjugés injustifiés, **il convient de se référer à un document annexé au présent rapport** et intitulé :

« **Evolution et perspectives pour la psychiatrie du Valais romand** ».

Ce document met notamment en évidence la diminution des hospitalisations psychiatriques, le développement des structures intermédiaires, des services ambulatoires et de la psychiatrie de liaison, l'évaluation de la qualité des prestations offertes ainsi que l'approche multidisciplinaire et de réseau avec les autres intervenants (hôpitaux de soins aigus, Ligue valaisanne contre les toxicomanies, Office médico-pédagogique etc.).

Le 8 avril 1997, le Département de la santé publique a conclu une convention avec l'hôpital d'arrondissement de Brigue-Glis concernant le Centre psychiatrique du Haut-Valais (PZO), qui remplace l'accord antérieur datant de 1980. Cette convention, qui figure également en annexe au présent rapport, définit la mission confiée au Centre psychiatrique du Haut-Valais, les prestations financières assurées par les patients et par l'Etat, ainsi que le statut du personnel de cet établissement.

3.2.1.2 La création d'hôpitaux multisites

POURQUOI DES HÔPITAUX MULTISITES ?

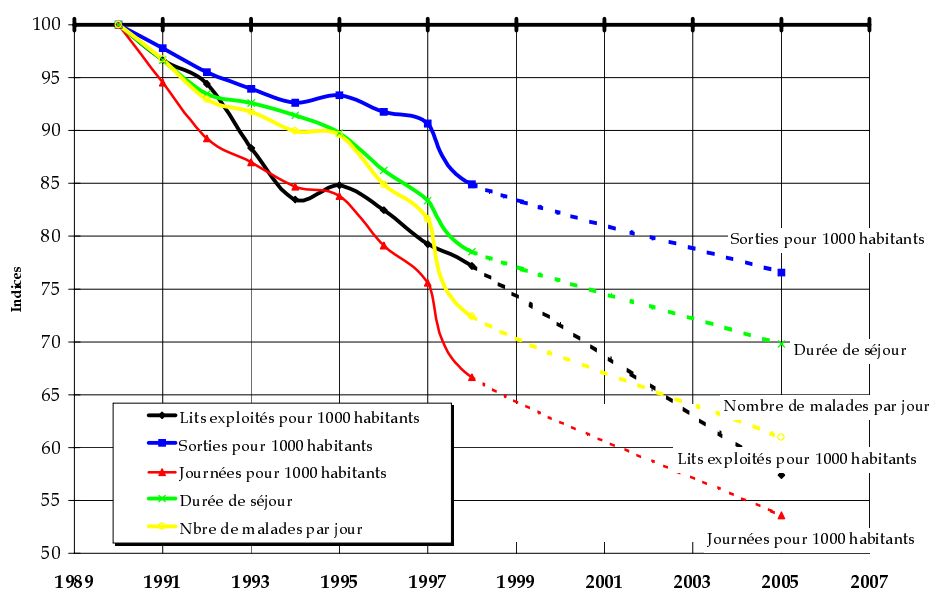
Les raisons de renforcer la collaboration entre hôpitaux en les mettant en réseau sous la forme d'une structure commune avec des activités sur plusieurs sites (hôpitaux multisites) sont valables de la même manière :

- pour l'hôpital du Chablais (fusion des hôpitaux d'Aigle et de Monthey) déjà créé ;
- pour le projet de Centre hospitalier rhodanien impliquant l'hôpital de Sierre-Loèche, l'hôpital de Sion-Hérens-Contthey et l'hôpital de Martigny-Entremont avec la collaboration du Centre valaisan de pneumologie et des Institutions psychiatriques du Valais romand ;
- pour la réorganisation des hôpitaux haut-valaisans (hôpitaux de Brigue et Viège et établissements de réadaptation).

Ces raisons sont les suivantes :

1. **La volonté d'améliorer la palette et la qualité des prestations offertes aux patients des régions concernées grâce aux synergies réalisées et sans reporter trop lourdement cette amélioration sur les primes d'assurance-maladie ou sur les collectivités publiques.**
2. **L'importante baisse du nombre de journées de malades, des durées moyennes de séjour et du nombre de cas avec pour conséquence des hôpitaux surdimensionnés et des coûts trop élevés par rapport aux prestations fournies ainsi qu'une baisse de la qualité liée à une activité trop faible comme le montre la présentation schématique ci-après :**

**Évolution de quelques indicateurs (1990 = 100)
de 1990 à 1997, 1998 selon l'observation des six premiers mois,
et selon le scénario tendance à l'horizon 2005**



Ainsi, par exemple, pour la période du 01.01.1998 au 30.12.1998, les hôpitaux valaisans enregistrent une diminution de l'ordre de 30'000 journées de malades. Simultanément, le nombre de sorties a diminué dans ces mêmes hôpitaux.

A l'avenir, cette évolution va se poursuivre, bien que dans une mesure moins prononcée. En effet, un potentiel non négligeable d'économies réside dans la **réduction du nombre d'hospitalisations dites « inappropriées »** (de l'ordre de 30 % des journées-malades) mises en évidence par les revues d'hospitalisation. On peut raisonnablement admettre que la moitié de ces journées-malades dites inappropriées peuvent être évitées.

L'évolution de ces indicateurs concernant le secteur stationnaire des hôpitaux doit toutefois être appréciée avec pondération puisque, dans le même temps, l'on constate une augmentation de l'activité des hôpitaux dans les secteurs semi-stationnaires et ambulatoires (cf. point 4.1.7. ci-après). Il s'agit donc de **raisonner en termes d'activités hospitalières et non seulement de lits.**

3. **Le nouveau mode de financement** des hôpitaux basé sur les prestations et non plus sur un forfait journalier qui était une incitation à prolonger inutilement les séjours hospitaliers (cf. point 4.1.4. ci-après). Ce nouveau mode de financement **fondé sur l'activité réelle des hôpitaux aura pour conséquence un manque important de recettes pour les hôpitaux dont l'activité est moindre ou en diminution.**
4. **Les exigences de la LAMal en matière de lutte contre les surcapacités hospitalières, le caractère non économique des prestations et la promotion de la qualité** poussent à un renforcement de la collaboration entre établissements. La LAMal donne à cet égard **un rôle et des compétences accrues aux assureurs.**

Les assureurs partagent cette analyse puisqu'ils ont adopté, par convention avec le GHEVAL, la disposition suivante :

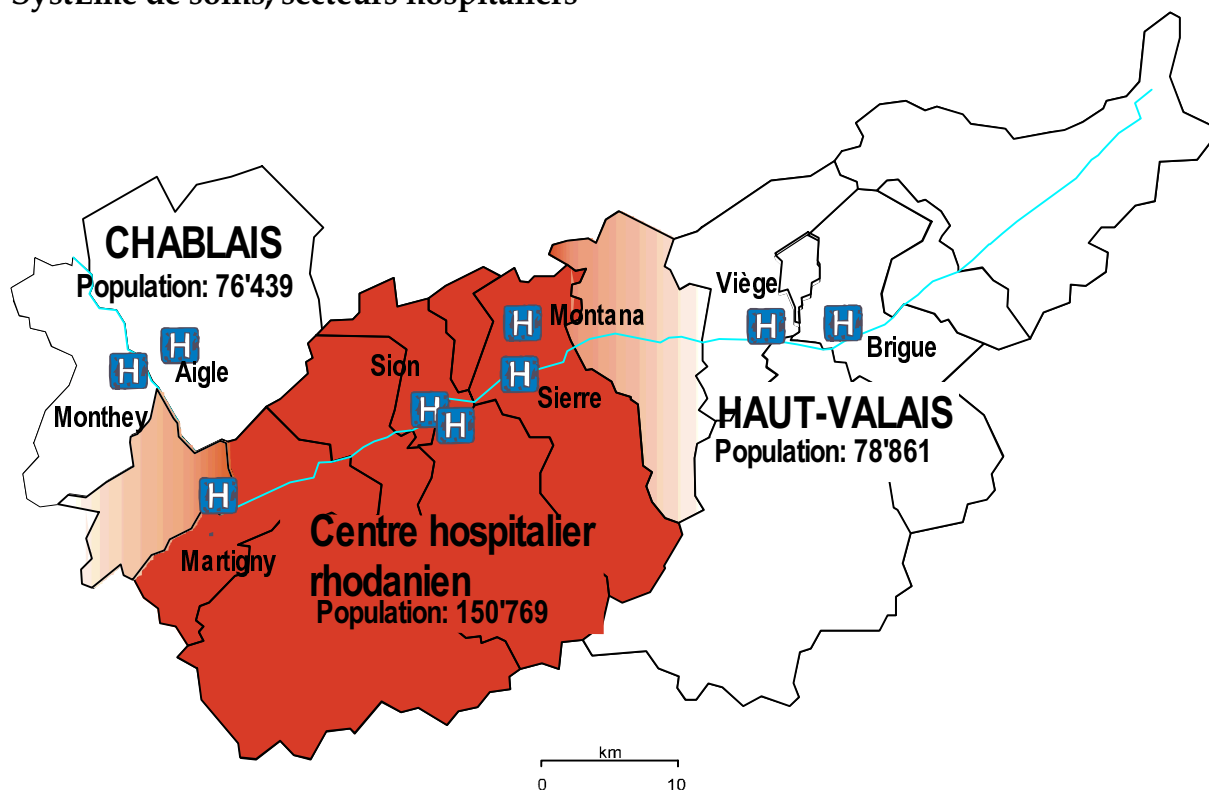
« En l'état actuel de la planification sanitaire et hospitalière, seules les SYNERGIES entre établissements hospitaliers sont à même d'engendrer des réductions supplémentaires de coûts ; les moyens ainsi dégagés serviront à répondre à des besoins nouveaux dans le domaine sanitaire. Dans ce contexte, les assureurs sont en droit de demander au Département une baisse des tarifs par établissement au 01.07.1999 (...) si les négociations interhospitalières en cours n'ont pas abouti d'ici au 30.06.1999. »

(Cf. article 10 de l'Avenant no 4 à la convention passée entre les assureurs et le GEHVAL approuvé par le Conseil d'Etat le 27.01.1999)

LES OBJECTIS ESSENTIELS DES HOPITAUX MULTISITES

Avec des hôpitaux multisites la carte hospitalière du Valais se présenterait sous la forme de **trois grands secteurs** :

Carte hospitalière du Valais Système de soins, secteurs hospitaliers



Dans chacun de ces secteurs, un réseau serait constitué avec les établissements existants, doté d'une **structure commune**, avec des **activités médicales réparties** de façon rationnelle et équitable **sur les différents sites**.

Chacun des trois ensembles hospitaliers ainsi créés devrait :

- être capable d'assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population ;
- devenir un centre d'excellence, performant, attractif et compétitif prenant en compte les intérêts sociaux, économiques et de santé publique de chacune des régions concernées ;
- être structuré et géré de façon optimale pour pouvoir tirer profit des **SYNERGIES** obtenues.

Les moyens dégagés par la création de l'hôpital multisites doivent permettre, à terme, de financer des prestations nouvelles dans le secteur hospitalier et dans les secteurs annexes, notamment :

- développement des disciplines médicales
- amélioration de l'infrastructure hospitalière
- développement des activités des établissements impliqués
- soins palliatifs, traitement de la douleur, médecines complémentaires
- conseils diabétiques et diététiques
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychogériatrie
- gériatrie
- système d'assurance de qualité
- établissements médico-sociaux et soins à domicile
- amélioration de l'organisation des urgences pré-hospitalières
- promotion de la santé et prévention

DES SECTEURS NON CLOISONNES

Pour le Conseil d'Etat, ces trois grands secteurs ne doivent toutefois pas aboutir à la création de trois « forteresses » excluant toute forme de collaboration, voire de réorganisation entre elles. Une attention particulière doit être portée à la perméabilité entre ces trois secteurs. Par exemple, la zone de Loèche est desservie par les hôpitaux de Sierre et de Viège. Autre exemple : le projet de Centre Hospitalier Rhodanien ne doit pas empêcher des collaborations de l'hôpital de Martigny par exemple avec l'hôpital du Chablais ou la clinique de St-Amé.

LES GARANTIES OFFERTES

Pour prendre en compte les intérêts sociaux, économiques et de santé publique des régions concernées et répondre à toutes les craintes émises, par les institutions, les partenaires et les personnes concernées, lors des travaux de conception des projets d'hôpitaux multisites, le Conseil d'Etat, avec le soutien des assureurs-maladie, a offert les garanties suivantes sur les préalables à toute forme de mise en réseau :

- **maintien d'activités hospitalières de soins aigus sur chacun des sites ;**
- **intégration des établissements de réadaptation et des institutions psychiatriques dans le réseau ;**
- **maintien de l'enveloppe budgétaire globale octroyée actuellement à chacun des sites pour le secteur sanitaire ;**
- **maintien de l'effectif global des postes de travail pour le secteur sanitaire de chacun des sites ;**

- **mécanismes de protection des parties les plus faibles à ancrer dans les statuts de la structure commune ;**
- **contrôle du Conseil d'Etat sur la restructuration et le processus de mise en réseau dans le cadre de ses compétences en matière de planification sanitaire et hospitalière.**

Au vu de l'évolution extrêmement dynamique du système sanitaire, **le statu quo ne permet plus aujourd'hui d'assurer la pérennité à certains établissements dont l'activité est moindre. La création d'hôpitaux multisites paraît la meilleure façon de garantir cette pérennité.**

A. L'HOPITAL DU CHABLAIS

Généralités

C'est le Bas-Valais, avec l'hôpital de Monthey, qui a été le premier à mettre en pratique le principe de la coopération sur le plan hospitalier.

Conditions-cadre et objectifs

Dans la région du Chablais valaisan et vaudois, les conditions-cadre et objectifs suivants ont été pris en considération s'agissant des hôpitaux d'Aigle et de Monthey.


Hôpital du Chablais - Conditions-cadre et objectifs

Conditions-cadre

- ◆ une dimension insuffisante des hôpitaux d'Aigle et de Monthey pris séparément
- ◆ un éloignement faible
- ◆ une région géographiquement bien délimitée
- ◆ un bassin de population moyen (75'000 habitants, 100'000 en période touristique)
- ◆ une région charnière entre la Riviera et le Valais Central
- ◆ la nécessité de maintenir un hôpital de proximité dans le Chablais.

Objectifs de la coopération

- ◆ création d'un Centre médico-hospitalier d'excellence, entre Lausanne et le Valais Central
- ◆ institution modernisée, adaptée aux évolutions médicales, technologiques socio-culturelles et asséculo-logiques
- ◆ dans l'immédiat, maintien en exploitation des sites hospitaliers d'Aigle et de Monthey
- ◆ à terme, construction d'un établissement unique sur un site unique
- ◆ accessibilité optimale de l'hôpital multisites pour la population du Chablais

 Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie

Convention pour l'hôpital du Chablais

Sur la base de ce constat, des discussions et négociations ont eu lieu pendant les années 1996 et 1997 avec l'hôpital voisin du Chablais vaudois, celui d'Aigle afin d'intensifier leur collaboration.

Une convention pour l'hôpital du Chablais (HDC) et la libre circulation des patients vaudois et valaisans a été signée le 07.10.1997 par les Chefs de Départements des cantons de Vaud et du Valais ainsi que par les directions des hôpitaux d'Aigle et de Monthey.

Cette convention prévoit les trois axes suivants

- 1) dès le 01.01.1998, libre circulation des patients vaudois et valaisans, ainsi que du personnel soignant dans les hôpitaux d'Aigle et de Monthey et, dans un deuxième temps, dans d'autres établissements ;
- 2) mise en place au 01.01.1998, par fusion juridique, d'un hôpital unique sur les deux sites d'Aigle et de Monthey (hôpital unique multisites). L'HDC dessert un bassin de population de 70'000 habitants ;
- 3) création à terme d'un hôpital sur un site unique.

Cette fusion doit permettre de garantir la qualité des soins, faciliter la libre circulation des patients, maîtriser les coûts et garantir l'emploi dans la région.

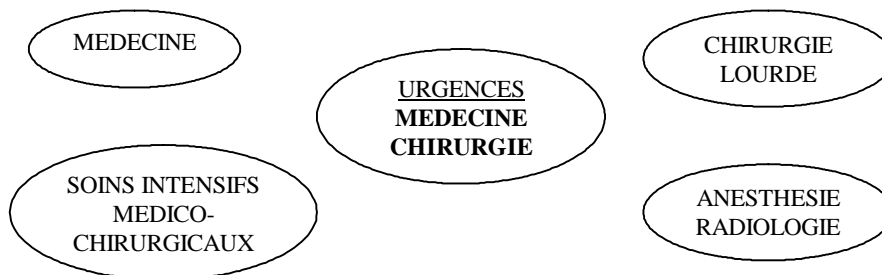
Déroulement des travaux

Pendant l'exercice 1998, les autorités, la direction et le corps médical des deux établissements ont poursuivi leurs démarches afin de consolider les termes de la convention. Les principaux objets traités peuvent se résumer ainsi :

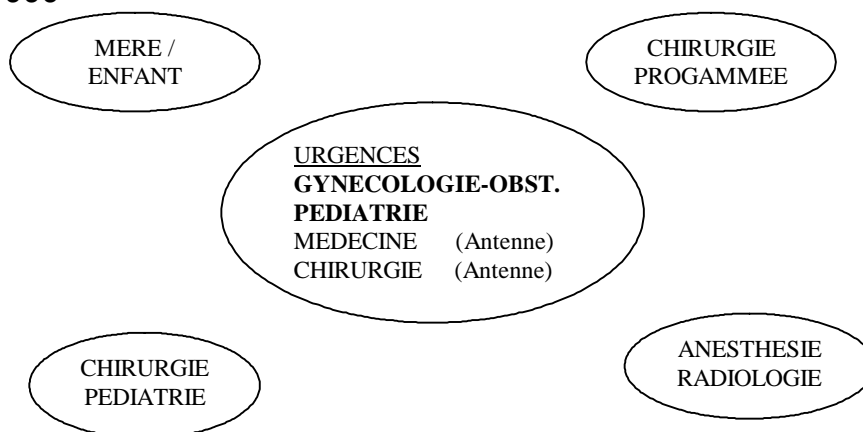
- choix de répartition des disciplines médicales et des activités entre les deux sites selon le tableau présenté ci-après :

REPARTITION DES ACTIVITES

MONTHEY dès 1999



AIGLE dès 1999



- définition d'un programme d'investissements permettant de réaliser dans les meilleurs délais le transfert des activités selon le programme établi ;
- étude, analyse et décision en matière de conditions et statut du personnel et du corps médical ;
- relations avec les assureurs. Dès le 01.01.1999, un tarif unique de facturation pour les patients hospitalisés est mis en place. Le système des forfaits par cas/spécialité, en vigueur dans les hôpitaux valaisans, sera adopté. Une convention avec les assureurs va être signée prochainement ;
- élaboration et adoption des statuts de l'association de l'HDC.

A partir du printemps 1999, les lits de la section de gériatrie du site de Monthey seront transférés à la Clinique St-Amé de St.-Maurice.

Le processus de fusion va se poursuivre durant l'année à venir avec comme principal objectif le transfert physique des activités selon les décisions prises . Des discussions auront également lieu afin d'ouvrir les termes de la convention en ce qui concerne la libre circulation des patients aux établissements psychiatriques et de gériatrie du Chablais.

Les Départements de la santé des deux cantons vont également examiner dans le cadre d'une étude confiée à un expert les besoins en investissements hospitaliers pour le Chablais valaisan et vaudois ainsi que la Riviera vaudoise. Cette étude devra notamment prendre en compte les activités développées au CHUV et à l'hôpital de Sion (ou du futur Centre Hospitalier Rhodanien).

Par ailleurs, les négociations avec les assureurs vont se poursuivre afin d'harmoniser à terme les tarifs des activités semi-hospitalières et ambulatoires.

B. DÉCISION DU DÉPARTEMENT DU 16 DÉCEMBRE 1997 PORTANT SUR LA CRÉATION DES COMMISSIONS HOSPITALIÈRES RÉGIONALES DE SIERRE-SION-MARTIGNY AINSI QUE DE VIÈGE-BRIGUE

Le concept hospitalier valaisan de 1996 mentionne déjà l'opportunité d'examiner la possibilité de créer des hôpitaux multisites par secteur. Le Conseil d'Etat a, sur la base du concept hospitalier, par décision du 18 décembre 1996, chargé le Département de ce mandat.

Dès lors, pour aller plus loin dans cette direction, le Département a créé deux commissions hospitalières régionales afin d'étudier les possibilités de développement harmonisé et complémentaire, d'une part, des hôpitaux de Martigny, de Sion et de Sierre en prenant en compte l'offre hospitalière du Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana, et d'autre part, des hôpitaux de Viège et de Brigue.

Mandat et objectifs des commissions hospitalières régionales

Les commissions hospitalières régionales de Sierre-Sion-Martigny et de Viège-Brigue ont été chargées, dans leurs régions respectives, notamment:

- **d'examiner tous les modèles possibles d'une collaboration future entre les hôpitaux et de présenter dans un rapport, un concept d'hôpital multisites** intégrant les établissements concernés. Ce rapport contiendra des propositions portant en particulier sur le regroupement des établissements, les structures organisationnelles, la direction etc. ;
- **de redéfinir la répartition de l'offre en prestations entre les centres hospitaliers concernés ;**
- **d'examiner la possibilité d'intégrer les trois associations hospitalières des établissements concernés dans une seule entité juridique.**

L'objectif principal est de garantir la prise en charge hospitalière au niveau régional, en tenant compte des exigences futures du système sanitaire. Par une collaboration intensifiée entre les hôpitaux concernés, le Département vise les objectifs suivants:

- **garantir une prise en charge médicale structurée de manière optimale au niveau régional, répondant aux besoins de la population ;**
- **mettre à profit des synergies dans les domaines les plus divers, comme la médecine, les soins, l'infrastructure, l'utilisation du matériel, le personnel etc. ;**
- **améliorer la qualité et la sécurité des prestations fournies et la prise en charge des patients ;**
- **améliorer l'efficacité en vue d'optimiser les prestations actuelles ;**

- offrir de nouvelles prestations grâce aux moyens devenus disponibles ;
- attribuer un budget global pour la région ;
- maintenir l'emploi dans le secteur sanitaire.

La composition de chacune des commissions est paritaire, en ce sens que chaque établissement désigne un nombre identique de représentants, conformément à la décision du Département du 16 décembre 1997.

Méthode d'approche

La commission a adopté une démarche participative et transparente. Toutes les possibilités d'organisation future ont ainsi été envisagées dans le cadre des deux objets d'étude principaux suivants :

- les structures médico-hospitalières
- les structures de direction stratégique et opérationnelle

Travaux de la sous-commission médicale

Dans chacune des deux régions concernées (Sierre-Sion-Martigny et Viège-Brigue), les experts médicaux membres de la commission ont conduit leur démarche en associant une délégation médicale de chacun des établissements. Différents modèles de structure médico-hospitalière ont ainsi pu être élaborés. En parallèle, des groupes de travail ont été constitués par disciplines médicales afin de permettre d'engager un même processus de réflexion au niveau des futurs Départements.

Divers modèles de répartition des activités médicales ont été envisagés; plus précisément, différentes variantes ont été discutées à la fois pour la région de Sierre-Sion-Martigny et de Viège-Brigue.

Travaux de la commission plénière

En discussion plénière, les commissions interhospitalières régionales ont examiné en détail les différents modèles définis au sein de la sous-commission médicale.

Déroulement et état des travaux en cours

Le processus étant actuellement en cours, le présent rapport ne peut donner que quelques indications générales. **Il convient de se référer pour plus de détails aux documents annexés au présent rapport.**

RÉGION DE SIERRE-SION-MARTIGNY

Pendant l'année 1998, la commission hospitalière régionale paritaire de Sierre-Sion-Martigny a siégé six fois. Dans la perspective de mettre en place une organisation hospitalière optimale au niveau de la région de Sierre-Sion-Martigny, **la commission a préavisé favorablement les options futures suivantes.**

Structures médico-hospitalières

La commission a considéré que ni le statu quo, à savoir le maintien de trois hôpitaux juxtaposés dotés des mêmes structures, ni la création d'un hôpital unisite ne sont judicieux à l'heure actuelle. Par conséquent, est retenue l'option de créer un hôpital multisites avec la mise en place d'une seule structure et d'une seule organisation.

Structures de direction stratégique et opérationnelle

Une seule entité juridique

Dans la perspective de créer un hôpital multisites, la commission s'est prononcée à l'unanimité en faveur de la constitution d'une seule entité juridique. C'est également la voie qui a été choisie pour les hôpitaux d'Aigle et de Monthey dans le cadre de la réalisation de l'hôpital du Chablais (HDC).

Concernant le statut juridique du futur établissement, la forme de l'association de communes de droit privé paraît la plus appropriée, d'autant plus qu'elle est prévue par les dispositions de la loi sur la santé. Sur cette base, un avant-projet de statuts de l'hôpital multisites a été élaboré, qui prend notamment en considération ceux des trois associations hospitalières actuelles.

Assemblée générale

S'agissant de la composition de l'Assemblée générale, la commission a souhaité que toutes les communes y soient représentées. En outre, une représentation proportionnelle au nombre d'habitants a été admise, à savoir un membre pour chaque tranche de 2'750 habitants. Au total, l'Assemblée générale du futur Centre hospitalier Rhodanien pourrait être constituée d'une centaine de membres.

Conseil d'Administration

La composition du futur Conseil d'Administration pourrait être la suivante :

- sept membres avec voix délibérative ; au moins deux domiciliés sur le territoire de chacune des zones, le septième ne relevant pas d'un choix selon un critère géographique ;

- sept membres avec voix consultative, dont quatre membres représentants respectivement l'Etat, les assureurs, les médecins hospitaliers et les syndicats, ainsi que les trois directeurs de chacun des sites de Sierre, Sion et Martigny.

Direction générale

La plupart des membres de la commission sont d'avis que, pendant une période transitoire, une Présidence de la Direction générale par tournus ne serait pas appropriée en vue de garantir, pour les différents partenaires, une certaine constance de l'interlocuteur représentant l'hôpital.

Etat des négociations

Suite à des divergences apparues au sein de la commission interhospitalière, **le Département, d'entente avec la commission, a invité les conseils d'administration des trois hôpitaux à se prononcer sur des propositions qui figurent en annexe au présent rapport auxquelles il convient de se référer.**

Les trois conseils d'administration ont répondu par écrit et dans le délai imparti qu'ils adhéraient au projet de Centre Hospitalier Rhodanien et aux objectifs visés mais en soulevant des questions et en formulant des propositions à examiner encore et à discuter. Pour éliminer les divergences restantes et préciser l'appellation (« Centre » Hospitalier Rhodanien, « Réseau » Hospitalier Rhodanien, etc.) et mettre en forme juridique le projet à présenter aux trois assemblées générales, un groupe de travail restreint a été constitué. Ce groupe est composé des trois présidents des Conseils d'administration, des trois directeurs et des trois médecins-chefs de la Commission interhospitalière ainsi que du médecin cantonal. Il rendra son rapport pour le 1^{er} mai 1999.

Quant au Centre valaisan de pneumologie et aux Institutions psychiatriques des contrats de même nature que celui prévu avec la « structure » rhodanienne seront passés avec les autres secteurs (Chablais et Haut-Valais).

RÉGION DE VIÈGE-BRIGUE

Le déroulement des travaux est contenu dans un rapport intitulé « *Reorganisation der Oberwalliser Spitäler - Expertenbericht* » du 10.12.1998 ci-après résumé.

La commission hospitalière régionale paritaire de Viège-Brigue, qui s'est réunie à huit reprises pendant l'année 1998, a notamment examiné les modèles possibles de coopération médicale.

Modèles de coopération médicale

- **Modèle statu quo +**

Le modèle statu quo + postule un maintien de la répartition actuelle des activités en prévoyant des améliorations ponctuelles. Etant donné que ce modèle ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés, cette approche n'a pas été retenue dans le cadre de l'analyse approfondie.

- **Modèle prévoyant une répartition des activités par disciplines médicales**

Le modèle prévoyant une répartition des activités par disciplines médicales est fondé sur une répartition des spécialités médicales entre les deux sites. La commission a décidé de renoncer à examiner de plus près ce modèle, étant donné qu'il n'est pas judicieux de procéder à une séparation dans l'espace de certaines disciplines.

- **Modèle « soins aigus - soins chroniques » (un hôpital de soins aigus et un hôpital pour des traitements de longue durée)**

Dans la perspective de la répartition des activités, le modèle dit « aigu-chronique » prévoit la mise en place, d'un hôpital de soins aigus sur l'un des sites et d'un hôpital gériatrique et psychiatrique sur l'autre site.

- **Modèle différencié**

Le modèle « différencié », qui, dans le cadre des travaux de la commission fut également désigné « modèle t-z » (« t » signifiant hôpital traditionnel et « z » hôpital du futur), vise le **maintien de deux hôpitaux de soins aigus avec une offre différenciée : l'un des sites est destiné aux cas lourds et par conséquent aux séjours hospitaliers d'une durée plus longue, alors que le deuxième site assure les traitements semi-stationnaires de même que les hospitalisations de courts séjours.**

Parmi ces quatre modèles, l'analyse s'est concentrée dans une première étape sur les deux derniers. Une deuxième étape aura permis de préciser les résultats de l'analyse précitée et de poursuivre l'analyse d'un seul modèle, à savoir le « **modèle différencié modifié** » ou

« **modèle t-z-plus** ». Par rapport au modèle « t-z », des indications plus précises ont été données en ce qui concerne les urgences, les cas dits « subaigus », la psychiatrie et la gériatrie. La concrétisation de ce modèle permet de satisfaire à l'exigence du maintien de deux hôpitaux de soins aigus. Aussi, les deux sites seraient dotés chacun de domaines d'activités distincts mais équivalents, dans la mesure où des soins aigus interviennent également à l'hôpital « z » (en particulier des hospitalisations de courte durée planifiables et des hospitalisations semi-stationnaires). Dans ce contexte, la possibilité de procéder à un transfert de l'espace mère-enfant de l'hôpital « t » vers l'hôpital « z » a également été discutée. Les avis des responsables hospitaliers ainsi que des médecins à ce sujet étaient très partagés. Dès lors, en lieu et place de ce transfert contesté, le Département a proposé à la commission d'augmenter l'attractivité de l'hôpital « z » par d'autres moyens et en particulier dans le cadre de la mise à profit des potentiels de synergie.

Incidences économiques des modèles étudiés

Différents documents ont été conçus portant sur les deux modèles examinés en détail. Ainsi, les incidences économiques de ces modèles ont été estimés. Ces calculations démontrent un potentiel de synergie d'au moins 70 postes qui permettrait d'améliorer et de développer davantage l'offre actuelle en prestations.

Au vu de l'évolution mise en évidence pendant l'année 1998, la mise à profit, à moyen terme, d'un potentiel de synergie de 8 millions de Fr. représente un objectif réaliste.

Mise à profit des synergies dans le cadre d'un budget global

La réalisation du potentiel de synergie devrait intervenir par étapes et en prenant notamment en considération la situation du personnel. Dans les domaines suivants, des améliorations nécessaires pourraient être réalisées en faveur de la population haut-valaisanne dans le secteur hospitalier et les autres secteurs, à savoir:

- Introduction ou développement supplémentaire des disciplines offertes
- Renouvellement ou amélioration de l'infrastructure hospitalière
- Traitements de la douleur
- Développement des conseils diabétiques et diététiques
- Soins palliatifs
- Médecine complémentaire
- Psychiatrie, psychogériatrie et gériatrie
- Prévention (par exemple : mammographie, pédiatrie)
- Système d'assurance de qualité
- Optimisation de la chaîne sanitaire
- Implication plus importante des hôpitaux dans le domaine des secours
- Etablissements médico-sociaux et soins à domicile

Afin de pouvoir réaliser ces améliorations nécessaires de prise en charge médicale et des soins en faveur de la population haut-valaisanne, l'octroi d'un budget global en concertation avec les assureurs-maladie s'avérerait judicieux. Dans la perspective d'une telle démarche, certaines exigences mentionnées ci-dessous portant sur le modèle et sur le mode de collaboration entre les deux hôpitaux de Viège et de Brigue devraient toutefois être remplies.

L'objectif de collaboration entre les hôpitaux de Viège et de Brigue n'occasionnerait pas de dépenses supplémentaires pour le canton. Au contraire, dans le cadre du budget global précité, des moyens financiers devraient pouvoir être affectés à des domaines dont l'importance est croissante au vu de la réduction des durées moyennes de séjour dans les établissements de soins aigus et de l'évolution démographique. Il s'agit notamment des domaines des établissements médico-sociaux et des soins à domicile.

Structures juridiques et organisationnelles

L'analyse des structures juridiques et organisationnelles possibles a permis d'évaluer plusieurs catégories de modèles différents. Au vu des expériences faites dans d'autres régions et notamment dans le Chablais, une fusion représenterait la meilleure solution dans la perspective de la réalisation d'un centre hospitalier englobant les deux hôpitaux. Par conséquent, les instances de direction des deux hôpitaux devraient être communes. Dès lors, il conviendrait de prévoir une direction médicale, un collège des médecins, une direction des soins infirmiers, une équipe de personnel soignant et une direction administrative unique.

Propositions à l'intention de la commission

Après présentation et discussion de cet objet au Conseil d'Etat, le Département a formulé des propositions concrètes à l'intention de la commission pour sa dernière séance du 18 novembre 1998. Ces propositions portaient sur l'objectif de collaboration ainsi que sur les conditions-cadre du modèle retenu dans la perspective de la création d'un centre hospitalier du Haut-Valais et sur l'octroi d'un budget global pour la région.

Comme mentionné ci-dessus, les experts ont examiné différents modèles possibles de répartition des missions entre les sites de Viège de Brigue. L'analyse s'est concentrée sur la réalisation du modèle t-z-Plus. A ce sujet, deux réserves portant sur la répartition des activités entre les deux sites doivent être prises en considération :

- Actuellement, une évaluation est effectuée concernant les dépenses relatives aux mesures de sécurité qui seraient, le cas échéant, nécessaires pour faire face à des secousses sismiques puisqu'il s'agit d'une région à risque à cet égard.
- Avant de procéder à la réalisation du modèle retenu, une commission examinera sur place les modèles étrangers semblables et effectuera le cas échéant les adaptations nécessaires.

Partant du modèle « t-z-Plus », une répartition des activités entre les sites de Brigue et Viège a été proposée.

En ce qui concerne l'Association hospitalière résultant de la fusion des hôpitaux existants, le Département a émis la proposition suivante portant sur la composition de l'assemblée générale et du Conseil d'Administration :

Assemblée générale : Chaque commune disposerait d'une voix. Les communes de plus de 1'000 habitants disposeraient d'une voix supplémentaire pour chaque millier entamé d'habitants. Il en résulterait 60 membres pour la région de Brigue-Conches-Rarogne Oriental et 74 pour la région de Viège-Rarogne Occidental-Loèche.

Conseil d'Administration : Composition paritaire prévoyant trois représentants pour chacune des deux régions ainsi qu'un septième membre en sus.

L'octroi d'un budget global de 62.5 millions de Fr. par les assureurs et le canton dès 1999 pour le secteur des soins aigus des sites de Viège et de Brigue serait judicieux, mais soumis à certaines conditions :

- Les effets synergiques devraient s'élever en l'espace de quatre ans à au moins 70 postes ou 8 millions de Fr. 20 postes seraient réaffectés au domaine de la gériatrie. Les 50 autres postes permettraient de réaliser, par étapes, de nouveaux projets dans les domaines précédemment mis en évidence.
- Le système de forfait par cas continuera d'être applicable au secteur stationnaire. A ce sujet, une réduction du nombre de cas stationnaires et une diminution du montant de ces forfaits par cas constituent une hypothèse plausible.
- Les associations hospitalières de Viège et de Brigue fusionneraient en été 1999 en une association commune avec un seul Conseil d'Administration. Par conséquent, la création d'une structure de direction commune s'avérerait nécessaire, à savoir que le Centre Hospitalier du Haut-Valais disposerait d'une seule direction médicale, d'un seul collège des médecins, d'une seule direction des soins infirmiers, ainsi que d'une seule direction administrative.

En résumé, la répartition de l'offre en prestations entre les sites de Brigue et de Viège interviendrait avec les réserves précitées et l'octroi du budget global serait lié aux conditions précitées.

Etat des négociations

La dernière séance de la commission hospitalière régionale s'est déroulée le 18 novembre 1998. Les représentants à la fois des assureurs et des syndicats se sont prononcés en faveur de la proposition précitée. Les responsables de l'hôpital de Brigue se sont pour leur part déclarés prêts à réexaminer cette proposition. Les représentants de l'hôpital de Viège n'ont pas pu se prononcer en faveur de la proposition du Département en raison du fait que notamment la répartition des activités pédiatriques sur deux sites n'était pas indiquée d'un point de vue qualitatif et économique.

Dans le but de trouver néanmoins une solution concertée, les Conseils d'Administration des hôpitaux de Viège et de Brigue ont décidé, en séance du 18 janvier 1999, de déléguer chacun quatre membres au sein d'une commission chargée, dans le cadre des options prises (choix du modèle « t » - « z ») et avec le soutien du Département, d'éliminer les divergences restantes.

Pour plus de détail sur le déroulement de ce processus en cours et l'état des négociations, il convient de se référer aux documents annexés au présent rapport.

Information de la commission cantonale de planification sanitaire sur le déroulement des travaux

En séance du 28 octobre 1998, la commission cantonale de planification sanitaire et hospitalière a pris connaissance du déroulement des travaux en cours.

3.2.1.3 Les hospitalisations hors canton

Avant l'entrée en vigueur de la LAMal au 01.01.1996, le financement des hospitalisations hors canton était réglé entre les assureurs et leurs assurés. Les pouvoirs publics n'intervenaient pas dans ces règlements de prestations.

Pour les patients hospitalisés hors canton, l'assureur remboursait, au titre de l'assurance de base, l'équivalent de la division commune de l'hôpital de référence du canton de domicile du patient. Le solde pouvait être pris en charge par une éventuelle assurance complémentaire.

Les journées de malades hors canton s'élevaient à cette époque à environ 30'000. Elles ont subi, dès l'entrée en vigueur de la LAMal, une diminution très importante, pour passer en 1997 à environ 12'000.

A. LA PRATIQUE VALAISANNE (1996 à 1998)

L'article 41 al. 3 de la LAMal traite des hospitalisations hors du canton de domicile. Lorsqu'un patient recourt à un hôpital public ou subventionné d'un autre canton pour des raisons médicales, les pouvoirs publics de son canton de résidence doivent prendre « en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. »

La loi concerne l'assurance obligatoire de base. Aussi les cantons ont-ils à payer une contribution au financement des hospitalisations en division générale (chambre commune) dans les établissements situés hors de leur territoire. Ils se sont montrés restrictifs à cet égard, afin d'éviter des abus et bien sûr en raison du coût élevé à leur charge. A cet effet, le canton du Valais a dû s'acquitter d'un montant de l'ordre de 10 millions de Fr. en 1997, soit environ Fr. 37.- par habitant.

Bases légales

Les dispositions fédérales de la LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, définissent la prise en charge financière cantonale des hospitalisations hors canton. L'article 41 al. 3 de la LAMal prévoit "Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton". Les dispositions cantonales d'exécution pour les années 1996 et 1997 sont réglées dans les directives du Conseil d'Etat du 13 décembre 1995 fixant les modalités de la participation financière du canton aux hospitalisations hors canton. Ces directives ont été modifiées le 17 décembre 1997. Le principal changement a consisté à fixer la durée maximale de séjour à 15 jours, sauf autorisation particulière des médecins-conseils.

Organisation

Le Département a pris, dès l'entrée en vigueur de ces dispositions légales, toutes les mesures nécessaires afin que les procédures et directives en la matière puissent être appliquées. Le Département, après avoir consulté la Société médicale du Valais, a nommé trois médecins-conseils : un pour le Haut-Valais, un pour le Valais Central et un pour le Bas-Valais. Ces médecins-conseils ont notamment pour tâches :

- d'examiner les requêtes pour les hospitalisations hors canton et de se prononcer sur la participation financière du canton ;
- de notifier au patient ou à son représentant légal la décision d'acceptation ou de refus de la participation financière du canton et d'en informer les médecins traitants ou hospitaliers, les assureurs et le Service de la santé publique (SSP).

Lorsqu'une hospitalisation hors canton paraît médicalement justifiée, une requête préalable doit être adressée par le médecin traitant ou hospitalier au médecin-conseil, sur une formule officielle contenant notamment :

- le nom du patient et de l'assureur
- le diagnostic et une description du traitement médical nécessaire
- la durée prévisible de l'hospitalisation hors canton.

Les cas d'urgence doivent faire l'objet d'une requête de participation financière auprès du médecin-conseil dans les meilleurs délais, selon la même procédure.

Demandes d'hospitalisations hors canton

Durant les années 1996 à 1998, le SSP a reçu, par l'intermédiaire des trois médecins-conseils, des demandes d'hospitalisations hors canton selon les tableaux ci-après.

Ces demandes sont réparties entre les trois médecins-conseils de la manière suivante :

<u>ANNEE 1996</u>		Demandes autorisées		Demandes refusées		TOTAL
- Haut-Valais		575	73 %	208	27 %	783
- Valais Central		351	77 %	104	23 %	455
- Bas-Valais		426	64 %	239	36 %	665
TOTAL	1996	1'352	71 %	551	29 %	1'903
<hr/>						
<u>ANNEE 1997</u>		Demandes autorisées		Demandes refusées		TOTAL
- Haut-Valais		502	71 %	208	29 %	710

- Valais Central	404	78 %	117	22 %	521
- Bas-Valais	488	63 %	284	37 %	772

TOTAL	1997	1'394	70 %	609	30 %	2'003
--------------	-------------	--------------	-------------	------------	-------------	--------------

<u>ANNEE 1998</u> (provisoire)	Demandes autorisées		Demandes refusées		TOTAL
- Haut-Valais	520	72 %	203	28 %	723
- Valais Central	466	73 %	174	27 %	640
- Bas-Valais	461	65 %	252	35 %	713

TOTAL	1998	1'447	70%	629	30%	2'076
--------------	-------------	--------------	------------	------------	------------	--------------

Statistiques

Hospitalisations par rapport à la population et par région

Sur la base des demandes d'hospitalisations, nous avons établi des statistiques pour les hospitalisations hors canton (demandes autorisées) par rapport à la population et par région.

HOSPITALISATION HORS CANTON

Autorisations 1998 par rapport à la population

	POPULATION	POPULATION EN %	AUTORISATIONS	AUTORISATIONS EN %	TAUX HHC POUR 1000 HABITANTS
Bas-Valais	87'585	32%	461	32%	5.26%
Valais Central	105'869	39%	466	32%	4.40%
Haut-Valais	78'861	29%	520	36%	6.59%
TOTAL / MOYENNE	272'315	100%	1'447	100%	5.31%

Classification selon les codes diagnostics

En collaboration avec les trois médecins-conseils, le Service de la santé publique a également établi des statistiques selon **les codes CIM** (classification internationale des maladies), pour

chaque domaine de maladie, afin de pouvoir analyser les causes d'hospitalisations hors canton et en tirer des conclusions éventuelles.

Concept d'hospitalisation hors canton

Hôpitaux retenus

Selon la décision du Conseil d'Etat du 18 décembre 1996, il a été arrêté le principe que seuls les cinq hôpitaux universitaires (Inselspital Bern, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich, CHUV Lausanne, et HUG Genève) soient retenus pour les hospitalisations hors canton (urgences exceptées).

De plus, par décision du Conseil d'Etat du 10 décembre 1997, les hôpitaux suivants ont été admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins au sens de l'article 39 LAMal :

- le Centre Romand pour paraplégiques des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) ;
- le Centre suisse pour paraplégiques de la REHAB de Bâle ;
- le Centre suisse pour paraplégiques de la clinique universitaire de Balgrist ;
- le Centre suisse pour paraplégiques de Nottwil ;
- l'hôpital de zone d'Aigle.

Conventions

Le Service de la santé publique a pu conclure, à ce jour, après plusieurs discussions, des conventions avec les établissements suivants :

- Inselspital, Bern et Universitätsfrauenklinik, Bern (renouvelée au 01.01.1998)
- Universitätsspital, Basel
- CHUV, Lausanne (convention romande) (renouvelée au 01.01.1998)
- HUG, Genève (convention romande) (renouvelée au 01.01.1998)
- Universitätsklinik Balgrist, Zürich

Finances

Le Département de la santé publique a budgétisé pour les hospitalisations hors canton pour les années 1998 et 1999 un montant de l'ordre de 10 millions de Fr.

Conclusions

Grâce aux dispositions prises par le Département, un système efficace de gestion des hospitalisations hors canton a pu être mis en place dès la date d'entrée en vigueur des dispositions fixées par la LAMal.

Après trois années d'expériences (1996, 1997 et 1998) le SSP, en collaboration avec les médecins-conseils, a établi des statistiques sur les hospitalisations hors canton selon les codes médicaux CIM pour en fixer des conclusions dans les domaines médicaux les plus importants. Il s'agira notamment d'examiner dans quelles mesures des interventions ou des prestations médicales pourraient, à l'avenir, se faire en Valais.

La procédure relative aux hospitalisations hors canton a compliqué à l'extrême les relations intercantionales. Ces réglementations devraient être revues par le Conseil fédéral.

B. LA JURISPRUDENCE DU TRIBUNAL FEDERAL DES ASSURANCES ET SES CONSEQUENCES

Les arrêts du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 16 décembre 1997

Dans un arrêt du 16 décembre 1997, le TFA a étendu l'obligation du financement par les cantons de domicile lorsque - pour des raisons justifiées sur le plan médical - l'hospitalisation a lieu dans une division privée ou semi-privée d'un établissement public ou subventionné d'un autre canton. Dès lors, la notion de division commune concerne le volume des prestations pour le séjour dans un hôpital. Ces prestations ne sont pas liées à un critère de lieu, c'est-à-dire que l'obligation de prestations existe aussi pour un séjour en division privée ou semi-privée. Les dispositions de la LAMal sont déterminantes pour toutes les prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins.

Incidences de l'arrêt du TFA pour les cantons romands

Dans le cadre d'un mandat, le Groupement Romand des Services de santé publique (GRSP) a étudié, en 1998, les incidences économiques résultant de cet arrêt pour les cantons romands :

A. Incidences de l'Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 16 décembre 1997

Par année En mios fr.	Total	BE	FR	GE	JU	NE	TI	VD	VS
1. Δ total des contributions cantonales	305	142	24	20	10	21	42	40	7
1.1. Hosp. extracant. div. priv. hôp. publ. ou subv.	19	1.7	2.4	0.7	1.9	2.3	7.6	1.5	0.7
1.2. Hosp. intracant. div. priv. hôp. publ. ou subv.	287	140	21	20	9	18	34	39	6
2. Δ montants à charge de l'assurance obligatoire	300	60	19	79	1	5	66	65	5

1. Transferts de charges de l'assurance complémentaire vers les contributions cantonales.
 2. Pour les prest. LAMal des cliniques privées, report de la part actuellement prise en charge par l'ass. complémentaire sur l'ass. obligatoire.
 1.1/1.2 Hospitalisations en divisions privées et semi-privées d'hôpitaux publics ou subventionnés. JU: hospitalisations extracantonales sans psychiatrie.
 1.1. Source: chiffres CDS du 11 août 1998, sauf JU (sans psychiatrie) et GE (source Service de l'assurance-maladie).

Projet GRSP - Incidences ATFA/ 1.11.1998/déf/ 2

A. Incidences de l'Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 16 décembre 1997

Par année Fr./habitant	Total	BE	FR	GE	JU	NE	TI	VD	VS
1. Δ total des contributions cantonales	102	151	104	52	151	124	137	66	25
1.1. Hosp. extracant. div. priv. hôp. publ. ou subv.	6	2	10	2	28	14	25	2	3
1.2. Hosp. intracant. div. priv. hôp. publ. ou subv.	96	149	94	50	123	110	112	64	22
2. Δ montants à charge de l'assurance obligatoire	101	64	85	200	11	30	217	108	18
Habitants au 31.12.96 (OFS)	2'981'178	940'928	227'866	394'588	68'948	165'232	304'830	606'471	272'315

1. Transferts de charges de l'assurance complémentaire vers les contributions cantonales.
 2. Pour les prest. LAMal des cliniques privées, report de la part actuellement prise en charge par l'ass. complémentaire sur l'ass. obligatoire.
 1.1/1.2 Hospitalisations en divisions privées et semi-privées d'hôpitaux publics ou subventionnés. JU: hosp. extracantonales sans psychiatrie.

Projet GRSP - Incidences ATFA/ 1.11.1998/déf/ 3

Pour 1998, l'estimation pour le Valais est de l'ordre de 1 million - environ Fr. 3.- par habitant. Pour les cantons romands, de Berne et du Tessin, à titre comparatif, l'évaluation du supplément est d'environ 19 millions, soit Fr. 6.- par habitant.

Dès lors, dès le 1^{er} janvier 1998, il faut s'attendre, pour les hospitalisations hors canton médicalement nécessaires en division privée, à une dépense supplémentaire annuelle de l'ordre de 0.6 à 0.8 millions de Fr. pour notre canton.

Un deuxième arrêt du TFA, à la même date, précise qu'une telle participation ne s'applique pas aux établissements privés, non subventionnés.

L'accord conclu le 7 juillet 1998 entre la CDS et le CAMS, sous la médiation du Département fédéral de l'Intérieur, entré en vigueur en septembre a instauré un moratoire pour la contribution potentielle des cantons aux séjours intracantonaux en divisions privées et semi-privées d'hôpitaux publics ou subventionnés. La durée de validité de l'accord s'étend au 31 décembre 2000. Il peut être prolongé tout au plus d'une année.

En l'absence de ce moratoire, on estime la participation financière du Valais aux hospitalisations intracantonales en division privée et semi-privée des hôpitaux publics ou subventionnés à environ 6 millions de Fr., soit Fr. 22.- par habitant environ (base 1998).

Après la décision du Tribunal fédéral des assurances et selon l'accord passé entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et le Concordat des assureurs maladie suisses (CAMS), les cantons devront s'acquitter, rétroactivement, pour les années 1996 et 1997, d'un montant forfaitaire de 60 millions de Fr. (pour le canton du Valais Fr. 722'000.-).

C. PROPOSITIONS DE L'OFAS EN MATIÈRE DE RÉVISION DU SYSTÈME DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Un groupe de travail de l'Office fédéral des assurances sociales a élaboré un certain nombre de propositions - qui n'ont pas encore fait l'objet d'une procédure de consultation - en matière de révision du financement hospitalier. Il s'agit des propositions suivantes:

- *l'obligation de subventionner tous les hôpitaux admis selon l'article 39, c'est-à-dire aussi bien les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics que les hôpitaux non subventionnés jusque là (hôpitaux privés).*
- *l'obligation de subventionner toutes les prestations hospitalières au titre de l'assurance de base (stationnaires et semi-hospitalières), indépendamment de la catégorie d'hospitalisation et de la catégorie d'assurance des patients.*
- *le passage de la couverture des coûts à la fixation de prix qui met en évidence «les forfaits liés aux prestations déterminés selon un système unifié au niveau national» (la définition et l'élimination des surcapacités deviennent ainsi obsolètes).*

- *l'inclusion des charges d'investissement dans la réglementation du financement (prise en compte des coûts totaux).*
- *l'introduction d'un système de répartition fixe des coûts entre les assureurs-maladie et les pouvoirs publics pour la rémunération des traitements hospitaliers (stationnaires et semi-hospitaliers).*
- *l'égalité de traitement entre les hospitalisations intracantonales et extracantonales en matière de tarification et de subventionnement.*
- *l'inclusion des traitements semi-hospitaliers aigus dans la réglementation du financement.*

Une évaluation des incidences financières de ces propositions sur d'une part les contributions publiques, d'autre part les montants à charge de l'assurance-maladie doit impérativement être réalisée avant que ces propositions ne figurent dans la révision de la LAMal. Les tableaux ci-dessous montrent les incidences de ces mesures pour les cantons romands, de Berne et du Tessin. Celles-ci ont été évaluées par les services de santé publique des cantons (GRSP) susmentionnés.

Incidences des propositions de l'OFAS de mai 1998 pour la révision du financement des hôpitaux

Par année En mios fr.	Total	BE	FR*	GE*	JU*	NE*	TI*	VD	VS
1. Δ total des contributions cantonales	330	167	33	-48	6	17	74	84	-2
+ 1.1. Contribut. div. & clin. privées	606	202	43	99	11	25	108	106	12
+ 1.2. Semi-hosp. (50 %) *	96	45	4	11	2	5	7	19	3
- 1.3. Invest. hôp. subv. (50 %) *	-204	-75	-6	-29	-4	-6	-27	-42	-16
- 1.4. % contr. actuel/ % OFAS (50 %)	-167	-5	-8	-129	-4	-8	-14	0	0
2. Δ montants à charge ass. obligatoire *	275	35	10	147	5	9	34	22	13

= 1.2.+1.3.+1.4.

* Semi-hosp. FR, GE, JU, NE, TI: pas de définition. Estimé sur base recettes ambulatoires * 25 %. Investissements: sans cliniques privées.

Projet GRSP - Incidences prop. OFAS/ 1.11.1998/déf/ 2

Incidences des propositions de l'OFAS de mai 1998 pour la révision du financement des hôpitaux

Fr./habit.	Total	BE	FR*	GE*	JU*	NE*	TI*	VD	VS
1. Δ total des contributions cantonales	111	178	144	-121	83	100	242	138	-6
+ 1.1. Contribut. div. & clin. privées	203	214	189	252	162	154	353	174	42
+ 1.2. Semi-hosp. (50 %) *	32	48	17	28	29	29	23	32	11
- 1.3. Invest. hôp. subv. (50 %) *	-69	-80	-28	-73	-55	-35	-88	-69	-59
- 1.4. % contr. actuel/ % OFAS (50 %)	-56	-5	-34	-327	-53	-47	-46	0	0

= 1.2.+1.3.+1.4.

* Semi-hosp. FR, GE, JU, NE, TI: pas de définition. Estimé sur base recettes ambulatoires * 25 %. Investissements: sans cliniques privées.

Habitants au 31.12.96 (OFS)	2'981'178	940'928	227'866	394'588	68'948	165'232	304'830	606'471	272'315
-----------------------------	-----------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	---------

Le Département fédéral de l'intérieur doit en principe mettre en consultation les propositions pour la révision du financement hospitalier dans la LAMal ce printemps. En effet, le débat aux Chambres sur le sujet doit prendre place au plus tard à la session de l'automne 1999 compte tenu du fait que l'accord CDS-CAMS est échu au 01.01.2001.

3.2.2 Etablissements médico-sociaux

3.2.2.1 Mesures de planification prises

Ce secteur d'activité a connu un développement important ces dernières années. En effet, une douzaine d'établissements médico-sociaux publics ont été construits entre la fin des années 80 et le début des années 90. **A ce jour, 31 établissements médico-sociaux publics et 9 établissements médico-sociaux privés offrent une capacité globale de 2'156 lits.**

Décision du Conseil d'Etat de décembre 1994

En collaboration avec l'Institut suisse de la santé publique (ISP), le Département de la santé publique a procédé en été 1994 à une analyse détaillée des besoins en soins des pensionnaires des foyers pour personnes âgées.

Sur la base des résultats de cette étude, **le Conseil d'Etat a décidé en décembre 1994 de fixer sous l'angle du subventionnement la norme en lits des établissements médico-sociaux à 4,6 lits par 100 personnes âgées de plus de 65 ans.** Cette norme relativement peu élevée se réfère exclusivement aux établissements subventionnés. **En corollaire à cette décision, le Conseil d'Etat a exprimé clairement sa volonté de développer les services de maintien et de soins à domicile.**

Etant donné que le subventionnement des sections d'infirmierie des établissements médico-sociaux était fondé, selon les anciennes dispositions légales, sur les lits d'infirmierie reconnus, une norme en la matière a également été définie. Sur la base des résultats du relevé MAC 11 (système de classification des patients des longs séjours en fonction de leur indépendance et de leur mobilité) de l'année 1994, les lits d'infirmierie ont été fixés à 40% de la norme. Cette proportion correspondait à l'époque à la part des cas nécessitant des soins importants en fonction des indications du relevé MAC 11.

D'autre part, le relevé MAC-11 a été reconduit en 1996 et effectué à la fois dans les établissements médico-sociaux publics et privés valaisans. Les résultats obtenus ont révélé que la part des résidents nécessitant des soins importants a passé de 40% environ à 55%.

Aux termes de l'article 20 de l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 20 novembre 1996, les dépenses retenues pour le subventionnement sont définies sur la base d'un décompte analytique. Dès lors, il n'y a plus lieu de définir un certain pourcentage de lits d'infirmierie et la norme correspondante ne doit donc plus être adaptée à l'évolution la plus récente.

Définition de la liste des établissements médico-sociaux (1997)

En décembre 1997, le Conseil d'Etat a établi, sur proposition du Département de la santé, la liste des établissements admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins au sens des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La liste des établissements médico-sociaux a été subdivisée en deux catégories :

- les établissements médico-sociaux publics et subventionnés ;
- les établissements médico-sociaux privés.

3.2.2.2 Concept cantonal des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées (1998)

En 1998, le Service de la santé publique a élaboré un concept cantonal des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins pour personnes âgées. Ce concept qui définit la planification couvrant les besoins d'une population marquée par un vieillissement croissant permettra également au canton d'exercer une meilleure surveillance de ces institutions. Pour l'essentiel, les conclusions contenues de ce concept sont les suivantes :

Indicateurs relevant de la demande

La demande en place dans les établissements médico-sociaux s'établit sur la base de différents indicateurs des besoins:

- a) l'évolution démographique
- b) la demande en prestations de soins en fonction de l'âge
- c) l'état de santé de la population âgée actuelle ainsi que de la prochaine génération de personnes âgées de plus de 65 ans
- d) les mesures de promotion de la santé et de prévention
- e) les besoins en soins et en soutien des résidents
- f) les décisions de planification sanitaire prises dans d'autres domaines partiels
- g) les revues d'hospitalisations
- h) le flux des patients et la prise en charge adéquate des patients
- i) les modifications des structures familiales et du réseau social
- j) les listes d'attente dans les établissements médico-sociaux
- k) le nombre de patients dans les hôpitaux gériatriques qui sont dans l'attente d'une place en établissement médico-social.

Le nombre, l'âge et les besoins en soins des personnes âgées qui requièrent une place en établissement médico-social augmentent continuellement. Au vu des indicateurs figurant ci-dessus, cette évolution va s'accélérer et plus particulièrement ces prochaines décennies.

Offre en lits

Le canton du Valais dispose actuellement de 2'304 lits pour les soins de longue durée, dont 2'156 lits peuvent être attribuées aux 40 établissements médico-sociaux. Les autres lits de soins de longue durée sont répartis entre les sept hôpitaux de soins chroniques et gériatriques et dans les trois unités psychogériatriques (48 lits).

A l'heure actuelle, pour la population âgée de plus de 80 ans, une capacité disponible de 25-30% de places en établissements stationnaires est propre à couvrir les besoins. Pour le canton du Valais, le rapport entre le nombre de places disponibles en établissement stationnaire et l'effectif de cette catégorie de la population indique au 31.12.1996 une valeur de 27.4%. Les prévisions démographiques pour l'année 2000 indiquent une valeur de 24.3%.

L'offre actuelle en lits d'établissements médico-sociaux dans le canton du Valais est inférieure à la plupart des autres cantons suisses. Cette offre permet cependant de couvrir plus ou moins les besoins si l'on y inclut les lits des établissements privés. **Des différences régionales importantes sont tout de même constatées.** Ainsi, en premier lieu, la région sanitaire de Brigue présente une offre insuffisante en lits. Les responsables de cette région sont invités, en sus des solutions prévues (à savoir, la création de lits d'attente en vue d'une place en établissement médico-social et d'appartement intégrés avec encadrement médico-social à Mörel, etc.), à renforcer l'aide et les soins à domicile.

Malgré la polyvalence des établissements médico-sociaux, l'augmentation future de la demande en places pour des personnes fortement dépendantes dans ces établissements induit que des personnes âgées peu dépendantes sont destinées à être prises en charge plutôt par les Centres médico-sociaux que par les établissements médico-sociaux, ou encore par d'autres offres en prestations tels que des appartements avec un encadrement médico-social, des foyers de jour etc. Le soutien réciproque des proches et des Centres médico-sociaux permet de prodiguer des soins à domicile en partie aussi à des personnes nécessitant des soins importants. **Cette possibilité de prise en charge nécessite un renforcement qualitatif et quantitatif de l'aide et des soins à domicile, en particulier des effectifs en personnel des Centres médico-sociaux.**

Le tableau suivant résume l'offre existante en lits d'établissements médico-sociaux. Le nombre de lits de chacun des établissements médico-sociaux est indiqué avec une distinction entre les établissements médico-sociaux publics-subventionnés et privés.

Etablissement médico-social	Lieu	Nombre maximal de lits en établissement médico-social
<i>A) Etablissements d'intérêt public et subventionnés</i>		
St. Theodul	Fiesch	73

Englischgruss	Brig	51
Sta-Maria	Naters	47
St. Antonius	Saas-Grund	33
St. Martin	Visp	64
St. Nikolaus	St. Niklaus	37
St. Mauritius	Zermatt	45
St. Anna	Steg	53
St. Barbara	Kippel	23
St. Josef	Susten	46
Ringacker	Leuk-Stadt	22
Le Christ-Roi	Lens	80
St-Joseph	Sierre	138
Beaulieu	Sierre	45
Home les Jasmins	Chalais	31
Le Carillon	St. Léonard	43
St. Sylve	Vex	60
Les Glariers	Sion	40
St. François	Sion	80
Les Crêtes	Grimisuat	57
Zambotte	Savièse	54
Haut-de-Cry	Vétroz	74
Pierre-Olivier	Chamoson	54
Ma Vallée	Nendaz	24
La Providence	Bagnes	103
Louise-Bron	Fully	49
Castel Notre-Dame	Martigny	124
St-Jacques	St. Maurice	58
Les Tilleuls	Monthey	132
Les Trois Sapins	Troistorrents	47
Riond-Vert	Vouvry	80
B) Etablissements privés		
Paulusheim	Visp	50
Kloster zur lieben Frau vom Berge	Unterems	15
La Résidence St.Pierre	Sion	71
La Résidence Jean-Paul	Riddes	45
Les Floralies	Saxon	17
Les Collombeyres	Saillon	18
Les Marronniers	Martigny	40
Les Tourelles	Martigny	19
Place du Pas	Vernayaz	14

Planification cantonale des besoins

La planification sanitaire dans le domaine des établissements médico-sociaux se réfère au territoire cantonal. Etant donné que les personnes âgées doivent en principe pouvoir rester dans

leur environnement habituel, l'offre et la demande ont été analysées en fonction des secteurs (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais) et des régions sanitaires.

Généralités

La décision du Conseil d'Etat du 21 décembre 1994 prévoyait qu'une évaluation des normes et des critères retenus à l'époque intervienne à fin 1997. La nouvelle LAMal a nécessité aussi une adaptation de la planification. Il s'agit en l'occurrence d'une planification à court et non pas à moyen terme, qui devra être réexaminée au début du siècle prochain dans le sens d'une planification évolutive.

Les établissements médico-sociaux s'intègrent dans un système sanitaire empreint d'une grande complexité et ils doivent remplir des exigences les plus diverses. **Plusieurs indicateurs révèlent que la demande en places, de même que l'âge et les besoins en soins des résidents en établissement médico-social, vont augmenter ces prochaines années.** L'augmentation de la demande attendue ces prochaines années devra être satisfaite par un renforcement de l'aide et des soins à domicile ainsi que par de nouvelles formes d'hébergements (appartements avec encadrement médico-social etc.).

Situation cantonale

Une enquête effectuée auprès des établissements médico-sociaux valaisans le 31.12.1997 a montré que les **lits disponibles étaient occupés à 98%**. Dans la plupart des cas, des listes d'attente existent. Seul un petit nombre d'établissements médico-sociaux disposent encore de places disponibles.

Le relevé BESA (système de facturation et d'évaluation des résidents) effectué en 1997 a montré que **seul le 5.5% des lits était occupé par des personnes ne nécessitant peu ou pas de soins**. Cette évolution va se poursuivre. Ainsi, les lits à disposition dans les EMS seront occupés davantage par des personnes âgées nécessitant des soins moyens à importants. Celles qui ont besoin de peu ou pas de soins seront prises en charge plutôt par les CMS ou dans des appartements avec encadrement médico-social ou dans des foyers de jour. Parmi les résidents des EMS, la part de ceux souffrant d'affections psychiques va augmenter. Ces résidents exigent des prestations de prise en charge à un degré élevé qui prennent beaucoup de temps et requièrent de bonnes qualifications professionnelles du personnel. Il est bien souvent judicieux de prendre en charge de telles personnes dans des petits établissements médico-sociaux. La situation valaisanne est à cet égard favorable, en ce sens que notre canton dispose essentiellement d'EMS de petite à moyenne dimension.

Les durées moyennes de séjour encore plus courtes dans les domaines des soins aigus et des soins de gériatrie vont renforcer ces prochaines années l'évolution précitée. **Les personnes âgées nécessitant des soins éprouveront dans bien des régions probablement de plus en plus de peine à trouver une place en établissement médico-social.** Cependant, si l'on inclut les lits des établissements privés, l'offre existante dans le canton du Valais devrait suffire ces prochaines années grâce à une utilisation plus importante de l'offre des Centres médico-sociaux dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

De nombreux établissements médico-sociaux publics et subventionnés confèrent certains avantages aux résidants-contribuables de leurs communes propriétaires pour la raison suivante : certaines communes ont repris dans leur comptabilité les frais d'investissements des établissements médico-sociaux. Les établissements médico-sociaux devant supporter les frais d'investissements (intérêts et amortissements) dans le cadre de leur compte d'exploitation, sont souvent contraints à demander un prix de pension plus élevé. Les différences ont été constatées dans le cadre d'une étude effectuée par le Service de la santé publique.

Or, il semble judicieux que, dans le cadre des critères d'admission, les établissements médico-sociaux prennent en considération non seulement des conditions locales et spécifiques aux établissements médico-sociaux (résidants des communes propriétaires etc.) , mais encore l'urgence des admissions (par exemple, sortie nécessaire de l'hôpital, nécessité sociale et les besoins en soins et de prise en charge des personnes âgées). En effet, les EMS doivent prendre en charge, de manière équivalente, des résidants nécessitant des soins importants.

Au vu des besoins en soins plus importants des résidants, les établissements médico-sociaux ne remplissant que partiellement les exigences découlant de ces soins devraient améliorer progressivement leur offre (infrastructure, personnel).

Le taux de prise en charge en établissement médico-social correspond au nombre de résidants par 1'000 habitants de la population totale cantonale. Les différents facteurs qui influencent cet indicateur de façon déterminante ont été démontrés ci-dessus. Le nombre de lits occupés permet de déduire un nombre de référence en lits s'élevant à 7.5 unités par 1'000 habitants de la population totale.

La durée moyenne de séjour dans ce domaine d'activité, qui s'élevait à 3.7 années en 1996, ne devrait pas enregistrer de modifications ces prochaines années. Le calcul des besoins en lits pour une année doit dès lors être établi sur une base de 365 jours.

Le concept est fondé sur la population résidente, distincte de la population moyenne annuelle. Cette population résidente s'élevait au 31.12.1996 à 272'315 personnes. L'augmentation de la population totale peut être estimée à 4% d'ici à l'an 2000.

Se basant sur le taux actuel d'occupation des lits très élevé, l'hypothèse admise en la matière est celle d'un taux d'occupation moyen de 96% et plus.

Sur la base de ces valeurs, les besoins en lits d'établissements médico-sociaux pour l'an 2000 peuvent être évalués à environ 2'200 unités. Si l'on ne tient pas compte des lits actuellement occupés par des personnes ne nécessitant pas de soins, il en résulte une capacité d'environ 2'100 lits pour les résidants nécessitant des soins légers à importants, ce qui correspond à l'offre actuelle.

La norme de 4.5 lits d'établissements médico-sociaux publics et subventionnés pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans définie, par la décision du Conseil d'Etat de 1994, est toujours valable et sera atteinte, sur la base de l'évolution démographique dès le début du prochain millénaire, soit en l'an 2001. Dès lors, au vu de cette évolution, il paraît judicieux, dans le sens d'une solution transitoire, d'intégrer dans la planification actuelle l'offre existante en lits.

Comme nous l'avons démontré ci-dessus, l'offre globale existante en lits, comparé aux prévisions démographiques concernant les personnes âgées de plus de 65 ans au delà de l'an 2000, indique une norme de 5.3 lits. A ce jour, cette norme s'élève encore à 5.9 lits pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans. Dès lors, une diminution sensible va se produire ces prochaines années par rapport à la population prise en charge :

« Les besoins en lits de long séjour en EMS sont devenus importants, ainsi que les coûts qui en sont résultés. Cependant, les cantons qui ont développé les services d'aide et de soins à domicile et créé des services de gériatrie ont pu diminuer le rapport « lits/habitants de plus de 65 ans ». C'est le cas du Valais. A l'avenir, les améliorations matérielles du niveau de vie et la volonté de rester chez soi - malgré les handicaps, et lorsque les personnes le souhaitent et quand les conditions le permettent (entourage notamment) - amèneront à abaisser la norme actuelle. Mais le taux de placement institutionnel a l'allure d'une courbe exponentielle : plus l'âge avance, plus la probabilité d'être malade et d'être en institution médico-sociale s'accroît.

Même si les taux diminuent - ce qui est probable - des constructions d'établissements médico-sociaux s'avéreront nécessaires d'ici quelques années, en raison de la forte augmentation du nombre de vieillards. Des « tableaux de bord statistiques » sont à mettre en place, tels des avertisseurs des besoins. Cependant, le recours s'accroîtra vraiment après 2015. »¹

A l'évidence, il faut se préparer à temps à cette évolution. Cependant, des nouvelles constructions d'établissements médico-sociaux ne devront vraisemblablement pas être nécessaires ces prochaines années. En effet, la plupart des besoins croissants devront être couverts, dans la mesure du possible, par un renforcement qualitatif et quantitatif des soins à domicile, ainsi que par de nouvelles formes d'hébergement. Pour cette raison, le Département envisage, en complément des exigences déjà émises (Directives du 13 janvier 1997, mandats de prestations), de concrétiser davantage l'offre en prestations des Centres médico-sociaux, de définir des normes minimales en personnel et de délimiter le cadre applicable aux concepts régionaux de prise en charge des Centres médico-sociaux.

Situation régionale

Une comparaison établie entre les trois secteurs (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais) démontre que **le Haut-Valais dispose de la dotation en lits la moins élevée par rapport à la moyenne cantonale**. Alors que le nombre de lits enregistré dans le Valais Central correspond à la moyenne cantonale, la dotation en lits du Bas-Valais est supérieure à la moyenne. Partant du principe de besoins égaux sur l'ensemble du territoire cantonal, des solutions alternatives doivent donc être particulièrement favorisées pour le Haut-Valais.

C'est plus particulièrement la région sanitaire de Brigue qui enregistre une offre insuffisante en lits. Un transfert de résidents vers la région adjacente de Viège, en sus des barrières naturelles est pratiquement impossible, étant donné que, dans cette région, presque tous les lits sont occupés. **Dès lors, les responsables de la région sanitaire de Brigue-Rarogne Orien-**

¹ Le Centre Hospitalier Rhodanien - vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny.

tal-Conches, les communes respectives et, en particulier leur commission de santé, doivent renforcer le développement de l'aide et des soins à domicile et chercher des solutions en vue de faire face à cette situation. Des approches possibles résident dans le développement de nouvelles formes d'hébergement tels des appartements avec encadrement médico-social et dans l'aménagement, prévu au 01.01.1999, au sein des locaux devenus disponibles de l'hôpital de Brigue, d'un service doté de lits destinés à des patients qui sont dans l'attente d'une place en établissement médico-social.

Adaptation de la planification

La planification propre à couvrir les besoins de la population constitue un processus permanent qui doit être adaptée aux changements d'ordre démographique et médical. Il s'agira, ces prochaines années, de vouer une attention particulière aux conséquences des facteurs démographiques et médicaux. En cas de modifications de ces paramètres fondamentaux, il conviendra, le cas échéant, d'adapter la planification sanitaire concernant les établissements médico-sociaux.

Une adaptation ultérieure de la planification dès l'an 2001 doit englober un examen des points suivants :

- Exigence d'une norme globale de lits d'établissements médico-sociaux pour le canton du Valais (aujourd'hui, cette norme n'existe que pour les établissements médico-sociaux publics) ;
- Référence au nombre de personnes âgées de plus de 80 ans (aujourd'hui, les normes se réfèrent aux personnes âgées de plus de 65 ans) ;
- Prise en considération des autres institutions de soins pour personnes âgées dans le cadre de la planification.

S'agissant du financement des établissements médico-sociaux, les prix de pension versés et la rémunération des prestations de soins fournies constituent la majeure partie des recettes. Il y a lieu d'établir une distinction entre les établissements médico-sociaux reconnus d'intérêt public et les établissements médico-sociaux privés. Afin de répondre à **l'augmentation des besoins (en personnel etc.) dans le domaine des établissements médico-sociaux, un engagement plus grand à la fois des assureurs-maladie et des collectivités publiques s'avère nécessaire.** Ainsi, le Grand Conseil Valaisan a prévu ces prochaines années des moyens financiers supplémentaires affectés aux dépenses des soins prodigués aux personnes âgées.

3.2.2.3 Surveillance / Renouvellement des autorisations d'exploiter délivrées aux établissements médico-sociaux (1998)

Suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire, le Département a défini, par voie de directives du 20 avril 1998, les conditions à remplir par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter. Ces conditions portent en particulier sur une définition des responsabilités et des exigences en matière de formation, sur la prise en charge médicale, le nombre et la qualification du personnel et enfin, sur les équipements et locaux propres à garantir l'hygiène, la qualité et la sécurité.

Sur la base des inspections effectuées par le Service de la santé publique en été 1998 dans l'ensemble des établissements médico-sociaux du canton, le Département a pu procéder au renouvellement des autorisations d'exploiter délivrées aux établissements médico-sociaux valaisans, publics et privés.

3.2.3 Centres médico-sociaux

3.2.3.1 Les mesures de planification prises

Décision du Conseil d'Etat du 29 novembre 1995

La décision du Conseil d'Etat concernant l'aide et les soins à domicile prise en novembre 1995 s'appuie notamment sur les recommandations de la commission de planification et sur une étude élaborée par un groupe de travail composé en particulier de professionnels des centres médico-sociaux (CMS), de la Société médicale du Valais et d'un expert extérieur.

Cette décision a été prise dans le but de:

- renforcer le rôle d'un partenaire efficace, complémentaire, et répondant aux besoins de la population ;
- renforcer la coordination et la collaboration entre les CMS ;
- mettre à profit les synergies ;
- pallier au manque actuel de certaines prestations et adapter l'offre en prestations aux exigences futures.

En approuvant, le 29 novembre 1995, le rapport « Aide et soins à domicile - réseaux régionaux de santé - nouvelle orientation des ligues de santé » le Conseil d'Etat a décidé de fixer les principes d'organisation et de fonctionnement suivants:

Mandat de prestations

Les CMS doivent assurer:

- une prise en charge médico-sociale **s'étendant à tout le territoire cantonal**, les Centres médico-sociaux régionaux (CMSR) étant responsables de l'accessibilité de l'offre ;
- une **fourniture de prestations 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24** (planification des soins, coordination régionale) ;
- une extension ciblée fondée sur un **concept global de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention** ;
- un **service de repas à domicile** et de **prêt de matériel**, en collaboration avec les autres partenaires de la santé ;
- le **service médico-scolaire**, en collaboration avec les médecins scolaires ;
- les mesures en faveur des **soins palliatifs à domicile**, en collaboration avec les autres partenaires de la santé ;
- une extension sur tout le territoire cantonal de **systèmes d'alarme** en vue de garantir la sécurité à domicile.

Le **mandat de prestations** des CMS doit être adapté régulièrement par le Département aux changements de besoins en prestations (liés à l'évolution démographique et médico-technique etc.).

Concernant la fourniture de prestations 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, il s'agit de préciser qu'elle ne doit pas être confondue avec le service médical d'urgences ou le service d'urgences d'un hôpital. Il s'agit uniquement d'assurer une **planification** de l'aide et des soins à domicile aux personnes nécessitant de l'aide et des soins, même en dehors des heures de bureau et durant les week-ends, afin d'éviter des hospitalisations.

Structure

Une amélioration de la **coordination et de la collaboration** entre les CMS d'une même région sanitaire doit être réalisée à l'aide de **conventions de collaboration** entre les Centres subrégionaux qui ont été maintenus et les Centres médico-sociaux régionaux.

Il s'agit de garantir au sein d'une même région sanitaire, par des **conventions de collaboration** entre les Centres subrégionaux et les Centres régionaux:

- un même concept de prise en charge
- un même concept de promotion de la santé et de prévention
- une même politique du personnel
- un même concept de formation complémentaire et continue
- la permanence
- l'échange de personnel, etc.

En tant que partenaires de référence du Département, les CMSR déterminent dans un **convention de collaboration** le degré de délégation aux Centres subrégionaux concernant les **tâches**, les **compétences**, et les **responsabilités**, dans le but d'obtenir une économicité, une efficacité et une efficacité maximales des prestations fournies, et de les mettre en oeuvre en répondant aux besoins et aux exigences de proximité de l'utilisateur.

La couverture des besoins médico-sociaux du canton est assurée par 6 centres médico-sociaux régionaux qui sont les suivants :

- Brigue - Rarogne oriental - Conches
- Viège - Rarogne occidental - Loèche
- Sierre
- Sion - Hérens - Conthey
- Martigny - Entremont
- Monthey - St-Maurice

Les conventions de collaboration sont soumises à l'approbation du Département de la santé.

Les CMSR sont responsables dans chaque région sanitaire, du respect des exigences suivantes:

- la garantie d'une offre en prestations s'étendant à tout le territoire (offre en prestations répondant aux besoins, selon le mandat de prestations) ;
- le respect des conditions d'engagement ;
- l'établissement et le respect d'un budget unique et commun ;
- la tenue d'une seule comptabilité commune ;
- l'acquisition et la gestion communes des moyens auxiliaires et du matériel ;
- la mise en oeuvre d'une politique d'information commune ;
- l'établissement de statistiques médico-sociales communes ;
- une représentation au sein de la commission régionale de santé.

La nouvelle structure mise en oeuvre conformément à la décision du Conseil d'Etat de novembre 1995 vise à renforcer la coordination dans le domaine de la gestion et de la prise de décision (budget, comptabilité, statistiques, échange de personnel, formation continue et complémentaire etc.) tout en conservant une offre en prestations décentralisée, afin que soit garantie l'intégration des prestataires au sein de la région desservie.

Il s'agit de garantir la représentation des Centres subrégionaux et des communes dans les CMSR, ainsi que le statut privé des associations.

Pour renforcer l'aide et les soins à domicile et améliorer la collaboration et la coordination entre les Centres médico-sociaux, le Conseil d'Etat a tout d'abord fixé de nouvelles règles de planification et de subventionnement pour les Centres médico-sociaux. Les nouveautés principales sont, sous l'angle de la planification, la couverture des besoins du canton à travers six centres médico-sociaux régionaux et, sous l'angle du subventionnement, l'octroi de la participation cantonale sous forme d'un budget global calculé sur la base de la population desservie par chacun des six centres régionaux. L'introduction du budget global s'est effectuée de la manière suivante :

1996 : Année de transition : répartition du budget par CMS selon le système actuel.

1997 : Budget global par centre régional calculé à raison de 50% selon le système actuel et, à raison de 50%, en fonction d'un montant égal par habitant.

1998 : Budget global par centre régional, calculé à raison de 100% en fonction d'un montant égal par habitant pour tous les Centres médico-sociaux régionaux.

Les subventions cantonales sont désormais versées aux Centres médico-sociaux régionaux lesquels veillent à leur répartition équitable au sein de la région et à l'accomplissement de leur mandat de prestations.

Suite à la réorganisation des Centres médico-sociaux qui a pu être ainsi réalisée dans les six régions du canton, le Département a pu délivrer, à fin 1997, à chacune des associations régionales concernées un mandat de prestations conformément aux dispositions de la LAMal.

3.2.3.2 Développement quantitatif et qualitatif de l'aide et des soins à domicile

Le Service de la santé publique a élaboré, fin 1998 - début 1999, un projet de concept intitulé « **Pour un développement quantitatif et qualitatif de l'aide et des soins à domicile** » soumis à consultation puis au Conseil d'Etat en 1999.

Pour l'essentiel, les éléments principaux de ce concept sont :

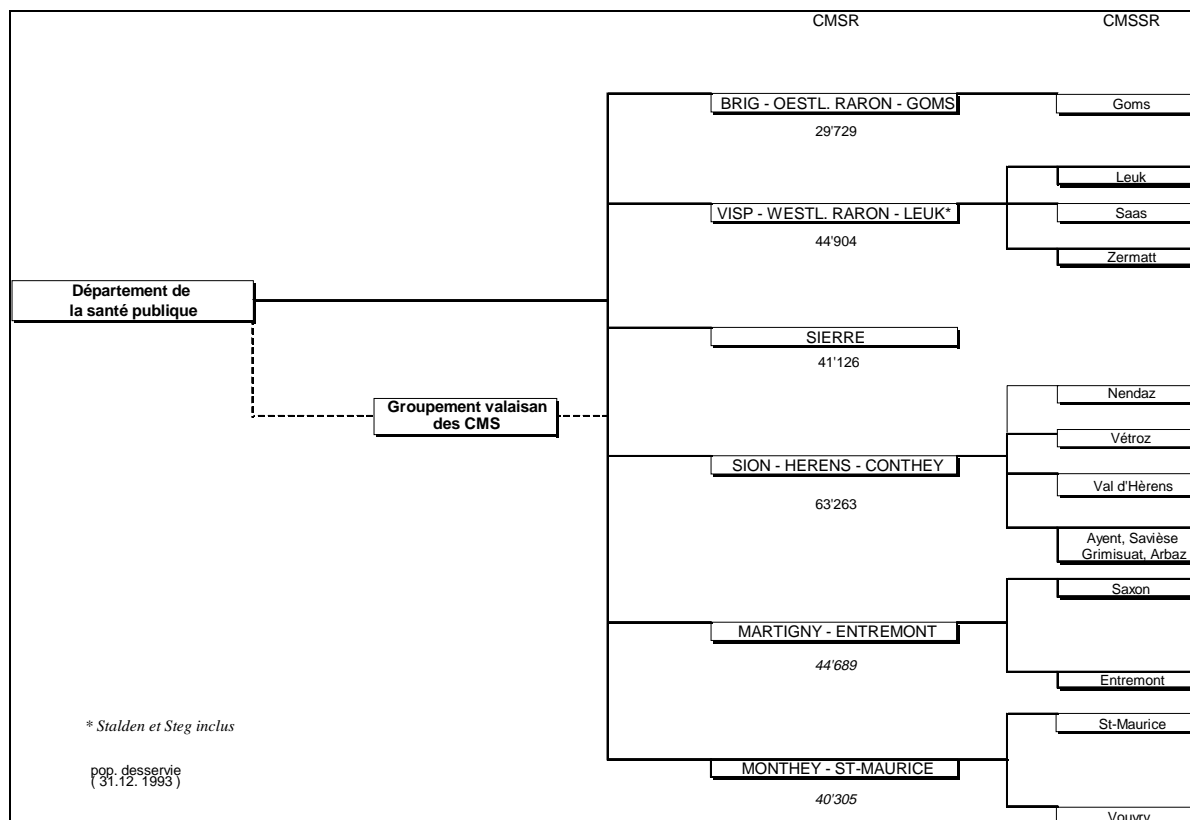
L'expérience montre qu'aujourd'hui les Centres médico-sociaux régionaux se développent de manière diverse et que des variations sont constatées à l'intérieur d'une même région. En effet, bien que le mandat de prestations soit semblable d'une région à l'autre, des prestations différentes y sont fournies, selon des modalités diverses, par un personnel plus ou moins nombreux et disposant de qualifications inégales. Le fait de compléter et de préciser davantage les exigences actuelles doit permettre de combler ces disparités.

Même si la demande pour une prestation isolée peut être différenciée d'une région à l'autre, l'on peut admettre que ces différences ne sont pas si importantes (à l'exception de l'aide à domicile). Les variations significatives mises en évidence s'expliquent en outre par des différences en ce qui concerne la fourniture de prestations, les modalités de production et le personnel. Le fait que les communes des régions doivent prendre en charge également le déficit à raison de 50% peut jouer un rôle. En dépit de la nécessité de cet engagement financier, quelques communes semblent encore considérer le développement de l'aide et des soins à domicile comme un objectif non prioritaire. Cependant, l'évolution inéluctable de ces prochaines années (vieillesse de la population etc.) appelle un engagement accru de tous les partenaires (assurances sociales, canton et communes, familles, bénévoles) dans ce domaine.

Outre la réduction des disparités existantes, il s'agit de préparer les Centres médico-sociaux en premier lieu à l'augmentation de la demande et au rôle important qu'ils sont appelés à jouer ces prochaines années et décennies en tant que maillon de la chaîne sanitaire. Ainsi, les durées moyennes de séjour dans les hôpitaux de soins aigus diminuent sans cesse, les établissements médico-sociaux enregistrent une utilisation quasi intégrale de leurs capacités, les structures familiales et sociales sont soumises à des changements, de nouvelles formes d'hébergement comme des appartements intégrés avec encadrement médico-social se développent judicieusement en collaboration avec les Centres médico-sociaux. Ces éléments mettent en évidence combien la **poursuite du développement de l'aide et des soins à domicile revêt une importance considérable.**

Afin de développer d'un point de vue quantitatif et qualitatif l'aide et les soins à domicile fournis par les Centres médico-sociaux, il est prévu de définir, par voie de directives, plus précisément les domaines suivants :

- l'offre de prestations ;
- des normes en matière d'effectif et de qualification du personnel ;
- le cadre à respecter dans le contexte d'un concept régional de prise en charge harmonisé.



3.2.4 Réseaux régionaux de santé

En Valais, comme dans d'autres cantons, il est aujourd'hui beaucoup question de **réseaux de soins**.

Cette « nouvelle » approche pour organiser et gérer le système de santé met l'accent sur les besoins de la personne par opposition aux besoins des intervenants et des institutions. L'objectif est d'orienter le patient de manière adéquate à travers les différentes composantes du système de santé et de lui garantir la continuité des soins en veillant à une coordination optimale des différents intervenants et institutions.

Cette nouvelle culture du réseau est à la base des projets d'hôpitaux multisites présentés ci-devant. Mais les efforts d'intégration administrative et clinique des hôpitaux, de restructuration, de concentration des plateaux techniques ne représentent pas le seul moyen de maîtriser les coûts et de pouvoir offrir des prestations de qualité. Le fonctionnement en réseau **doit s'étendre à l'ensemble des intervenants et des institutions qui constituent notre système de santé.**

Cette approche n'est pas nouvelle en Valais, puisque, **en novembre 1995 déjà, le Conseil d'Etat**, en se fondant sur les recommandations de la commission de planification sanitaire et hospitalière et du Département de la santé publique, **a décidé la mise en place de réseaux régionaux de santé.**

Au vu de l'évolution actuelle, il est intéressant de revenir sur les objectifs, l'organisation et le fonctionnement des réseaux régionaux de santé tels que voulus par le Conseil d'Etat en 1995 qui devront être repris et développés à l'avenir.

Par rapport aux craintes de fonctionnarisation et d'étatisation du système de santé émises à propos des hôpitaux multisites, il importe de relever en préambule que le **réseau va au contraire dans la direction des régions.**

Au moyen des réseaux régionaux de santé, **le Conseil d'Etat délègue une partie de ses tâches de coordination à une commission régionale de santé.** Cette délégation permet, dans la mise en oeuvre de la planification sanitaire, de réaliser **des solutions spécifiques à la région** et d'utiliser la dynamique et la créativité régionales.

LES OBJECTIFS DES RESEAUX REGIONAUX DE SANTE

Le modèle arrêté en 1995 par le Conseil d'Etat, fondé sur une liaison en un réseau des prestataires de santé au sein de chaque région sanitaire, vise à atteindre les objectifs suivants :

- la garantie d'une prise en charge répondant aux besoins (entre autres un **placement adéquat du patient**) ;

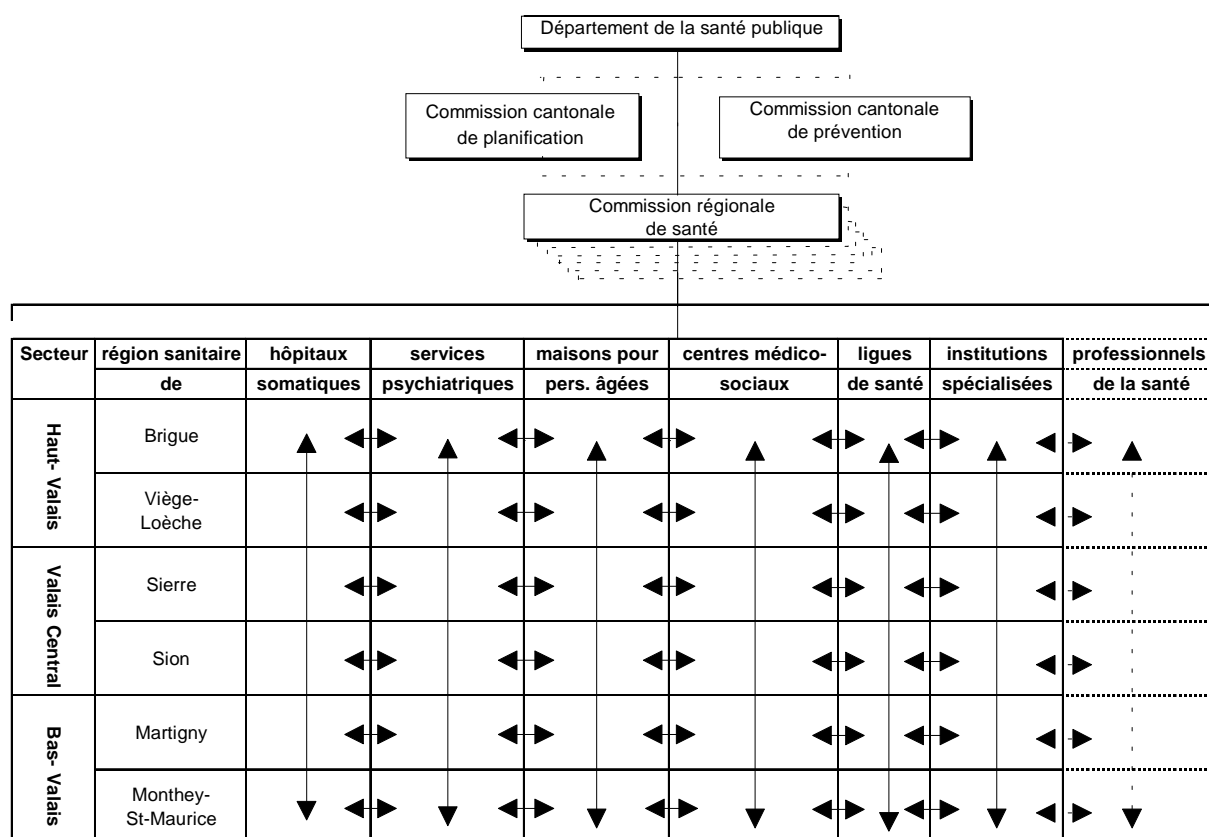
- la garantie d'une **continuité des traitements et des soins** (une meilleure planification des sorties et des transferts, en particulier de cas complexes) ;
- une meilleure **adéquation de l'offre** en prestations par rapport aux besoins ;
- une amélioration de la **coordination et de la collaboration** des intervenants et des institutions et ainsi une suppression des doubles emplois ;
- l'encouragement à un **recours plus réfléchi** aux prestations de santé par une information ciblée des usagers ;
- une augmentation de la **qualité** de l'offre en prestations ;

L'ORGANISATION DU RESEAU REGIONAL DE SANTE

- ↳ Le réseau offre à la population concernée l'ensemble des prestations et garantit leur accessibilité et leur continuité.
- ↳ Le réseau se **compose** d'un hôpital de soins aigus, d'un hôpital ou d'une section de soins chroniques et gériatriques, de foyers pour personnes âgées, de centres médico-sociaux, de services d'ambulances, de ligues de santé, de services spécialisés, de professionnels de la santé exerçant librement leur activité désireux de collaborer étroitement avec ces institutions et d'organismes responsables du financement (canton, communes, caisses-maladie).
- ↳ Les services **psychiatriques et psychogériatriques** (Bas-Valais, Valais central, Haut-Valais) ainsi que les disciplines médicales centralisées complètent les réseaux régionaux, en ce sens qu'ils offrent des prestations spécifiques pour la population du canton tout entier ou pour plusieurs zones sanitaires.
- ↳ Les institutions et les intervenants du réseau développent des formes de collaboration, qui mettent à profit la **complémentarité** de leur(s) mission(s).
- ↳ Le réseau garantit une **prise en charge globale**, en particulier pour des patients dont la situation complexe exige une coordination et une planification des différents services.
- ↳ Les modalités de la collaboration sont fixées par des **conventions**.

LE FONCTIONNEMENT DES RESEAUX REGIONAUX

Le schéma de fonctionnement des réseaux de santé régionaux se présente comme suit :



Concernant la coordination des prestataires, deux niveaux doivent être distingués: d'une part, la **coordination horizontale** des prestataires de différents niveaux de desserte **au sein** de chacun des réseaux de santé, et d'autre part la **coordination verticale** entre les prestataires du même niveau de desserte faisant partie de réseaux de santé différents, ainsi qu'entre les différents réseaux de santé.

LES COMMISSION REGIONALES DE SANTE

Statut

Dans chaque zone sanitaire une commission sanitaire régionale est constituée pour permettre la participation des communes, des représentants et des responsables de la gestion des établissements sanitaires d'intérêt public, des foyers pour personnes âgées, des centres médico-sociaux, des ligues de santé, des institutions spécialisées, des médecins exerçant à titre

indépendant et des autres professionnels de la santé se vouant aux tâches de coordination des activités sanitaires et médico-sociales, ainsi qu'aux activités de prévention.

Composition

Les commissions régionales de santé sont composées de membres représentant les institutions et organisations intégrées au sein des réseaux et, au besoin, de consultants.

Il convient de tenir compte de manière adéquate de l'équivalence des partenaires et de leur représentation équilibrée, qui sont essentielles à l'efficacité, à la confiance et à la continuité des réseaux régionaux de santé. La composition de chaque commission est soumise à l'approbation du Département.

Tâches / compétences / responsabilités

Les commissions régionales de santé sont en premier lieu des instances de **consultation et de coordination**. Elles n'interviennent pas dans la direction des institutions et organisations qui en font partie intégrante. Elles s'engagent pour un développement approprié du secteur de la santé et pour la réalisation des objectifs des réseaux de santé régionaux.

Les commissions régionales de santé interviennent dans les domaines suivants :

- évaluation des **besoins de santé** régionaux ;
- définition **d'objectifs sanitaires** régionaux ;
- détermination de **priorités d'action** régionales ;
- avec le concours des institutions et intervenants intégrés au réseau développement et application **d'instruments « de pilotage »** régionaux ;
- **coordination** de l'activité sanitaire (définition d'une politique commune d'hospitalisation et de transfert ainsi que des soins à domicile) ;
- **contribution à la mise en place et au développement** de structures de santé régionales (développement de modèles alternatifs concernant la prise en charge des personnes âgées, foyers de jour, appartements avec encadrement médico-social etc.) ;
- **prises de position** suite aux procédures de consultation de l'Etat dans le domaine de la santé ;
- **préavis** concernant les **projets de coordination** devant être financés par le canton.

Pour remplir leurs tâches, les commissions régionales de santé se fondent sur la planification sanitaire et bénéficient du soutien du Département.

LE FINANCEMENT

Les **commissions régionales de santé** procèdent à une **sélection** parmi les projets soumis émanant de leur zone sanitaire selon des priorités régionales.

Le **financement par projet** permet de mettre à disposition des réseaux régionaux de santé un système d'incitation en vue de favoriser la coordination et la collaboration et en vue d'utiliser leur énorme potentiel de créativité et d'innovation. La supervision par un groupe de travail de la commission cantonale de planification est judicieuse, afin d'assurer une coordination cantonale des projets prioritaires à l'échelle régionale.

Le financement des projets/programmes régionaux susmentionnés est effectué par l'affectation à cette fin de 1 % à 5 % des subventions cantonales prévues en faveur des institutions et des organisations intégrées dans les réseaux régionaux de santé.

LA REALISATION

En 1995, le Conseil d'Etat a arrêté le calendrier suivant pour la réalisation des réseaux régionaux de santé

1996 : Constitution des commissions régionales de santé, constitution du groupe de travail « réseaux régionaux de santé », définition d'objectifs régionaux de santé, identification de points faibles / de problèmes dans la desserte régionale sanitaire, définition de priorités d'action.

1997 : Financement des premiers projets régionaux.

Les premiers résultats sont encore mitigés et de valeur inégale d'une région à l'autre. Ils montrent qu'**une importante délégation de compétences aux régions ne va pas forcément de soi lorsqu'il s'agit essentiellement de coordination**, mais la direction donnée est bonne.

Le Département de la santé, avec la commission cantonale de planification sanitaire, va remettre l'ouvrage sur le métier dans le prolongement des réflexions et des travaux en cours sur les hôpitaux multisites.

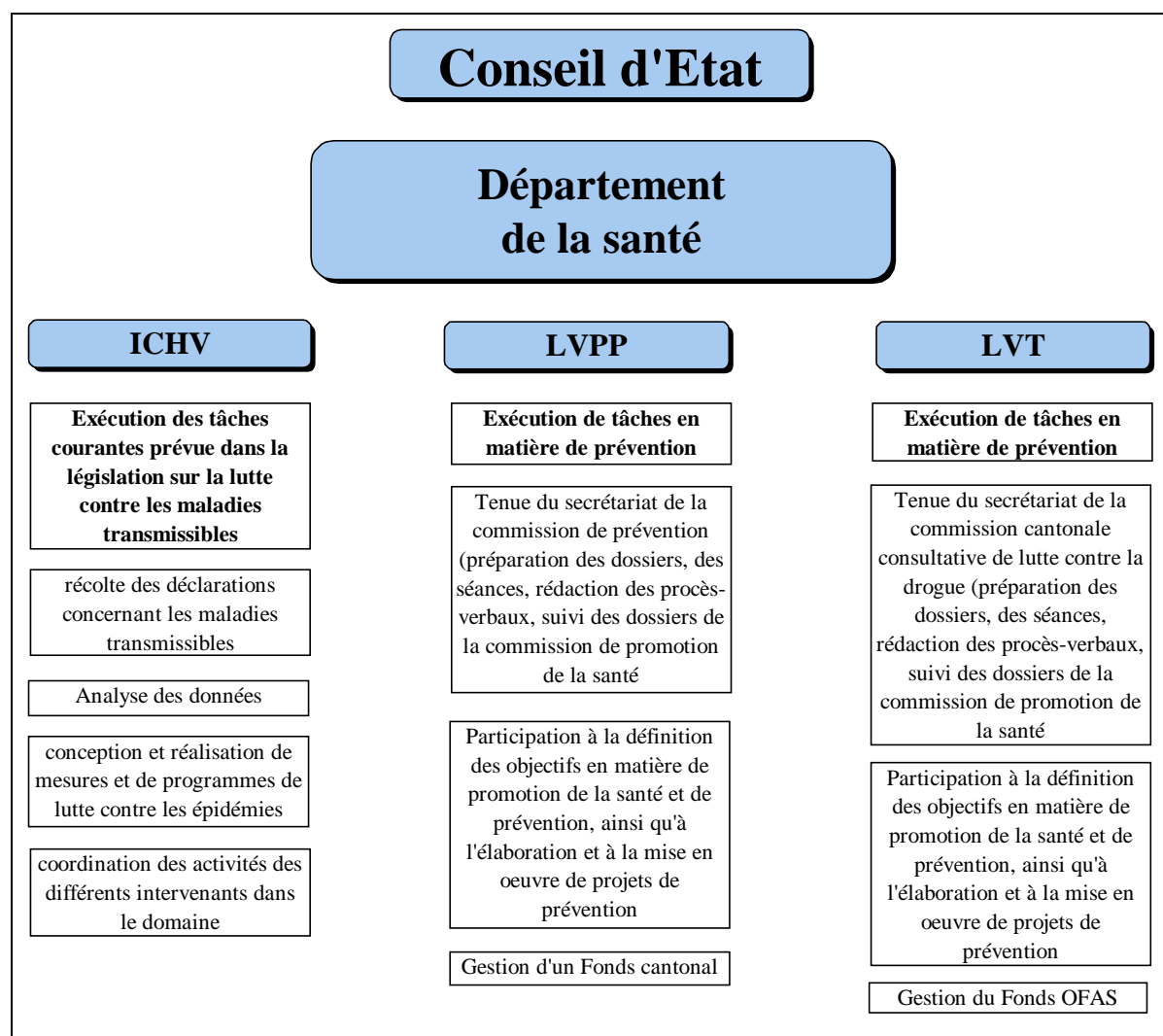
3.2.5 Prévention des maladies et accidents et promotion de la santé

3.2.5.1 Nouvelle orientation des institutions et ligues de santé

Au moyen de trois conventions, approuvées par le Conseil d'Etat en novembre 1995, le Département de la santé a confié des tâches nouvelles aux institutions et ligues de santé suivantes:

- la ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT),
- la ligue valaisanne contre les maladies pulmonaires et pour la prévention (LVPP),
- L'institut central des hôpitaux valaisans (ICHV).

Ces conventions, comme l'indique le graphique ci-dessous, portent sur une réorientation de leur activité centrée davantage sur la prévention :

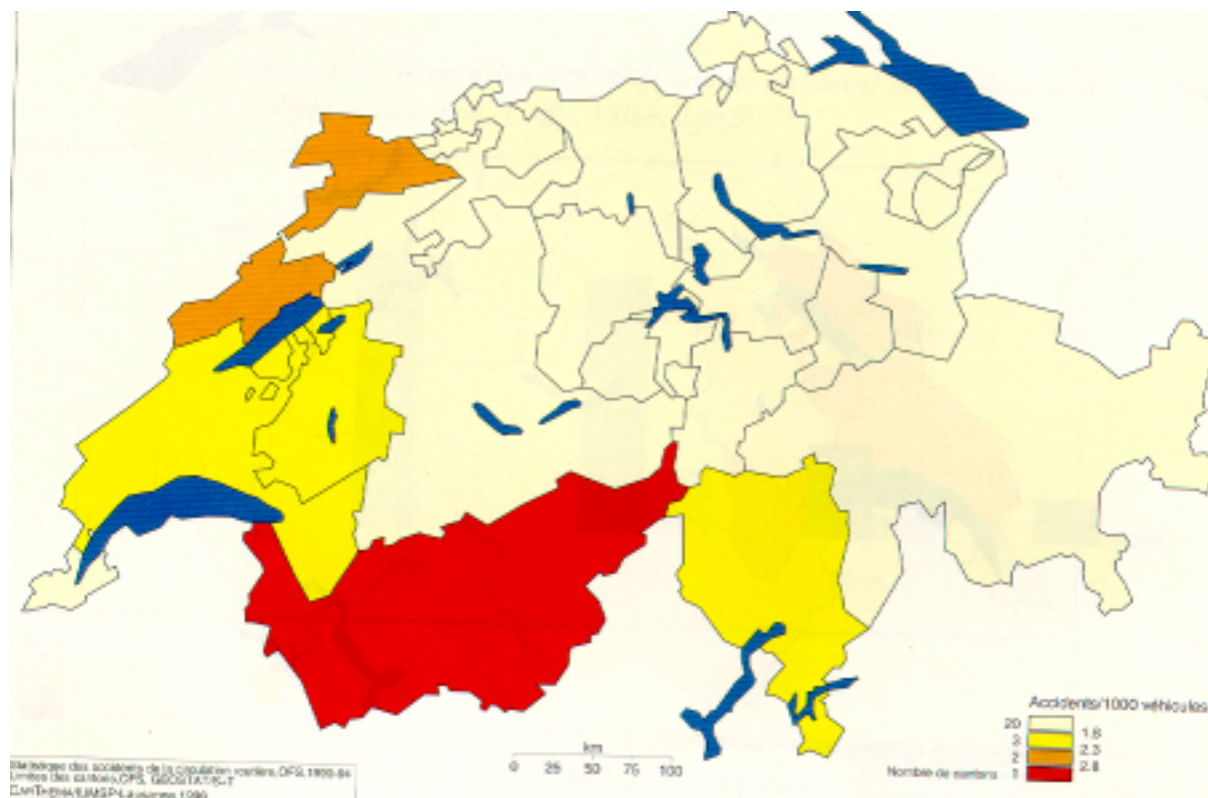


Ces mesures permettent notamment de décharger le canton de fonctions administratives afin que ce dernier puisse se vouer à des tâches de conception, de coordination et de surveillance. D'autre part, cette délégation rend possible un engagement plus grand et mieux coordonné des ligues dans le domaine de la prévention et une mise à profit de leurs centres de desserte répartis de manière optimale et de leurs employés spécialisés pour les tâches de prévention en partie intégrés dans les Centres médico-sociaux. Les projets de prévention financés par les fonds des deux ligues seront soumis à une évaluation continue dont les résultats conditionnent le maintien de l'engagement financier.

3.2.5.2 Démarche adoptée en politique de prévention

Généralement, dans les pays industrialisés, les trois quarts des décès sont dûs aux maladies cardio-vasculaires, aux tumeurs malignes, aux accidents et autres morts violentes, y compris les suicides. Malgré les progrès considérables de la science biomédicale, l'action curative ne peut à elle seule combattre la mortalité due à ces maladies. Pour lutter contre ces affections il convient dès lors de renforcer les stratégies de prévention et de promotion de la santé qui, comme les activités curatives, conditionnent l'état de santé actuel et futur de la population.

Accidents de la circulation routière attribués à l'alcool (pour 1000 véhicules immatriculés), par canton, 1990-94



Dans le cadre de la politique sanitaire, le but poursuivi par les autorités est notamment d'améliorer l'état de santé de la population. Ce but peut être atteint entre autre grâce à une planification judicieuse des moyens disponibles pour soigner et même éviter les troubles de santé. Une étude telle que l'enquête suisse sur la santé donne des renseignements sur les modes et conditions de vie qui ont une influence positive ou négative sur la santé et le bien-être. Elle fournit des indications précieuses sur ce qui peut être fait pour prévenir la maladie, l'incapacité et la mort précoce, ainsi que pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.

Dans ce but, **le canton du Valais a participé à l'enquête Suisse sur la santé**, étude comparative réalisée dans environ la moitié des cantons suisses. **L'analyse des données valaisannes dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé constitue une des bases de la planification des activités de prévention.** Elle permet de déceler les caractéristiques de l'état de santé de la population valaisanne, de cibler davantage les problèmes prioritaires, de comparer les données obtenues avec celles d'autres cantons, d'établir des stratégies de promotion de la santé et de prévention. **Elle fournit en outre des indications importantes pour l'évaluation des besoins en soins et d'une manière générale, elle facilite les décisions en matière de politique de santé.** Une exploitation systématique des données permet en outre de suivre leur évolution dans le temps et d'évaluer l'efficacité des mesures prises. Elle constitue par ailleurs un instrument indispensable pour coordonner les activités de prévention.

Selon cette enquête suisse sur la santé, la population valaisanne se sent en bonne, voire en très bonne santé (83 %) et à peine 3% de la population juge son état de santé mauvais ou très mauvais. Grâce à l'élimination de nombreuses maladies et d'accidents, la mortalité précoce est faible et l'état de santé continue à s'améliorer, en particulier chez les personnes âgées. La majorité des personnes vivent ainsi longtemps en bonne santé et sont capables d'autonomie dans la plupart de leurs activités jusqu'à un âge avancé. Cette **situation favorable** résulte d'un **effort constant** depuis la fin du siècle passé. Ce sont l'amélioration de l'environnement physique et social qui y ont contribué considérablement. D'autre part, il faut affronter les **nouveaux défis** que pose une **population vieillissante** dont l'état de santé est menacé par les maladies dégénératives, alors que les **plus jeunes**, en particulier les hommes, connaissent les taux élevés de morts violentes. La promotion de la santé et la prévention des maladies ont alors un rôle majeur à jouer. Le rapport sur l'état de santé de la population suggère ainsi de **concentrer l'attention** spécialement sur les **domaines** suivants parmi les problèmes généraux de santé :

Diminuer la fréquence des accidents de la route : une partie considérable de la surmortalité valaisanne leur est attribuable.

Diminuer la fréquence du tabagisme : comme partout en Suisse la consommation de cigarettes est la principale cause évitable de maladie et de décès prématurés. La dernière enquête suisse démontre un accroissement considérable de la fraction des jeunes de 15 à 24 ans qui fument (1992 : 31 %, 1997 : 43 %).

Diminuer la consommation moyenne d'alcool : si le problème relatif à l'alcool concerne son interaction funeste avec la conduite automobile (voire avec d'autres activités dangereuse dans

le travail ou le sport) le niveau moyen de consommation en Valais doit être diminué pour combattre la mortalité et la morbidité par cancer et d'autres maladies dégénératives.

Améliorer l'alimentation : l'alimentation est caractérisée en Valais par sa qualité, sa variété et sa régularité. Mais en général, le principal risque lié à l'alimentation en Valais est le même qu'ailleurs en Suisse : on y mange trop, trop gras et trop sucré. Il faudrait adapter l'alimentation à l'exercice physique et promouvoir ce dernier.

Améliorer l'environnement social : bien que bénéficiant de conditions de vie encore enviables, d'importantes disparités entre les groupes sociaux subsistent. Les moyens doivent s'orienter vers le maintien de conditions socio-économiques acceptables pour tous et vers des actions spécifiquement dirigées vers les couches de la population ayant le moins de revenus.

Développer le dépistage précoce des maladies : les perspectives dans ce domaine sont nombreuses, à cause des progrès actuels, mais aussi avec le remboursement des prestations dans la LAMal.

Développer le système d'information : intervenir dans une population exige suffisamment d'information pour choisir le domaine, puis surveiller l'impact de l'intervention. Beaucoup de données sont disponibles. Il faut continuer à compléter ce système d'information.

Suite à cette enquête sur la santé, **le Département de la santé publique a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne le mandat de réaliser une analyse de l'état de santé de la population valaisanne**, ainsi que de proposer des stratégies prioritaires en matière de promotion de la santé et de prévention. Ce document fait l'objet d'une autre publication parue également dans le courant de l'année 1996.

C'est par **mandat** du 13 mai 1996 que **l'Institut Universitaire de médecine Sociale et préventive** a été chargé d'exécuter les **tâches suivantes** par la déléguée à la prévention et à la promotion de la santé:

- évaluer périodiquement les besoins de la population valaisanne en matière de promotion de la santé et de prévention ;
- proposer aux instances valaisannes compétentes les objectifs ;
- formuler les appels d'offre pour l'attribution des ressources ;
- analyser les offres et proposer les décisions d'attribution aux instances valaisannes ;
- superviser la réalisation des projets choisis, par l'analyse du suivi et de la conformité des plans établis ;
- évaluer ou faire évaluer, en termes qualitatifs et quantitatifs, le déroulement et les résultats des interventions ;
- soutenir le développement de la promotion de la santé dans la réalisation et l'évaluation des projets.

Le même mandat à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne porte notamment sur l'analyse des projets soumis aux appels d'offres et d'autres, puis sur l'évaluation des projets en route. Au besoin d'évaluations extérieures, des mandats spécifiques seront octroyés pour garantir la qualité et l'impact d'une action. Cette démarche sera adoptée en particulier pour l'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein et pour la couverture vaccinale et l'activité de la médecine scolaire.

3.2.5.3 Rôle de la commission cantonale de promotion de la santé

Dans le cadre de la planification sanitaire, le Conseil d'Etat définit la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents. L'article 75 de la loi cantonale sur la santé du 9 février 1996 prévoit la mise en place d'une **commission cantonale de la promotion de la santé** qui joue un rôle important dans ce contexte à la fois comme **organe consultatif du Conseil d'Etat** et comme **instance de concertation**.

- 1 Le Conseil d'Etat nomme une commission de promotion de la santé.*
- 2 La commission de promotion de la santé est l'organe consultatif du Conseil d'Etat pour l'élaboration de la politique de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents. Elle veille à la mise en oeuvre de cette politique et peut également proposer les mesures qui lui paraissent nécessaires dans ces domaines.*
- 3 La commission de promotion de la santé est composée de représentants des différents partenaires en la matière. Le Conseil d'Etat définit les tâches, la composition et le mode de fonctionnement de cette commission.*

La Commission cantonale de promotion de la santé, par la connaissance des projets soumis lors des appels d'offre, par les conditions de soutien, et la déléguée, par une communication régulière sur la situation, oeuvrent en permanence pour une coordination et pour la libération de synergies. Les objectifs de la promotion de la santé et de la prévention, le financement par plusieurs sources et par interventions, le regard sous différents points de vue porté sur un problème de santé sont des notions nouvelles. Elles nécessitent une connaissance du réseau et une collaboration en pluridisciplinarité dont les avantages pour tous doivent être continuellement mis en évidence.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat a décidé, en octobre 1997, de réaliser des programmes ciblés de prévention qui répondent aux axes prioritaires suivants : diminuer les accidents de la circulation, diminuer le tabagisme, diminuer la consommation moyenne d'alcool, mise en place d'un programme de dépistage du cancer du sein par mammographie. Dans ce contexte, la procédure d'appel d'offres mise en place permet de sélectionner les projets les plus adéquats. Désormais, l'Etat participe financièrement à des projets bien précis plutôt que de subventionner des structures.

3.2.5.4 Dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes entre 50 et 70 ans

L'état de santé de la population valaisanne a notamment abouti au constat suivant : mis à part les accidents de la circulation et les suicides, le cancer du sein est à l'origine de la plupart des **morts prématurées** chez les femmes. Pour le cancer du sein, seul un dépistage systématique auprès de la majorité des femmes peut abaisser la mortalité et ainsi diminuer le nombre de décès prématurés chez les femmes à partir de 50 ans.

Sur la base de ce constat et de l'étude de faisabilité du 15 juin 1998, le Conseil d'Etat a décidé le 8 juillet 1998 d'introduire un programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 70 ans dans le canton du Valais.

Ce **programme de dépistage** englobe des activités entourant une action systématique de dépistage selon un protocole standardisé et de haute qualité. Il procure une information à la population générale et à la population cible, en l'occurrence les femmes de 50 à 70 ans qui sont invitées individuellement. La campagne sera suivie et l'évaluation scientifique des résultats en fait partie intégrante.

Les femmes, après avoir reçu une invitation individuelle, iront pour la mammographie chez les radiologues des hôpitaux ou chez les privés. Les mammographies seront faites et appréciées par les radiologues sur place et ensuite envoyées au centre pour le contrôle, l'enregistrement et la diffusion du résultat à la femme et à son médecin traitant. Si aucune anomalie n'a été détectée chez la femme elle sera réinvitée après deux ans. Par contre, si une anomalie est décelée, elle est encouragée sous la conduite de son médecin traitant à se soumettre à des examens diagnostics pour établir la nature de l'anomalie et définir le traitement consécutif.

Les **critères de qualité** établis sur le plan suisse par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) comme conditions de prise en charge seront strictement adoptés.

Les mammographies et leurs lectures seront prises en charge à un tarif forfaitaire par les assureurs-maladie conformément à la convention du 30 septembre 1998 entre prestataires et payeurs. Le programme valaisan est **financé** en partie par le Fonds de timbre du droit spécial. Cette participation est décidée annuellement par la commission de gestion du fonds, sur préavis de la commission cantonale de promotion de la santé.

3.2.5.5 Médecine scolaire

En 1996, le Département de la santé a confié à la Ligue Valaisanne contre les maladies pulmonaires et pour la prévention les tâches de coordination de la médecine scolaire et de vaccination dans le cadre de la scolarité obligatoire. La médecine scolaire est complémentaire à la prise en charge par les pédiatres et les médecins traitants en matière de prévention, de promotion de la santé et de dépistage des troubles physiques, psychiques et sociaux des enfants.

Les médecins scolaires sont nommés par le Conseil d'Etat sur préavis de la chambre médicale scolaire, alors que le financement est assuré par les assureurs-maladie et le Service de la santé publique pour la prise en charge des groupes d'âge et des activités définies par les Directives du Département de la santé, des Affaires sociales et de l'Energie et par le Département de l'Education, de la Culture et des Sports.

Dans ce cadre, dès septembre 1998, un programme de vaccinations contre l'hépatite B a été mis en place en Valais auprès des élèves du cycle d'orientation et des écoles secondaires du deuxième degré et des Centres professionnels.

S'agissant des statistiques d'activité, le nombre d'élèves examinés pendant l'année scolaire 1997-1998 s'élève à 11'000 environ. Enfin, à ce jour, 82 médecins scolaires nommés par le Conseil d'Etat exercent leur activité en Valais.

3.2.5.6 Objectifs 1999-2000 dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention

Parmi les d'objectifs à atteindre on pourrait citer :

- couvrir le domaines prioritaires avec des projets de prévention
- suivre les projets en voie de réalisation
- mettre en place le nouveau fonctionnement de la CCPS sur proposition de changement de structures par l'IUMSP
- mandater les institutions actives dans les domaines pour effectuer des projets de prévention selon les besoins identifiés
- décrire les modalités de financement
- analyser les données livrées par l'enquête suisse sur la santé 1997/1998
- identifier les nouveaux besoins ou les modifications de besoins selon les données livrées de l'ESS 1997/1998
- orienter les priorités d'action selon les nouveaux besoins identifiés
- évaluer la réalisation et l'impact des actions.

Une évaluation périodique de l'ensemble des activités sera effectuée afin de mesurer le degré de cohérence de l'avancement avec les objectifs fixés.

Le graphique ci-après résume l'organisation de la prévention dans le canton du Valais et relève le rôle important en tant qu'instance de préavis joué par la commission cantonale de promotion de la santé.

Pour leur part, l'Institut de médecine Sociale et préventive et la Ligue valaisanne contre les maladies pulmonaires et pour la prévention assurent des tâches de coordination et de soutien technique et scientifique dans le domaine de la prévention.



3.2.5.7 Toxicomanies

Epidémiologie

Selon les données fournies par l'Enquête suisse sur la santé concernant le Valais, en mars 1996, notre canton est en dessous des moyennes suisses en ce qui concerne la consommation de drogues illégales. Ainsi 10,7% de la population valaisanne entre 15 et 39 ans a consommé des drogues illégales au moins une fois dans sa vie (Suisse 16,7%). De même, pour la consommation actuelle, le canton du Valais se situe en dessous de la moyenne. En Valais, 2,9% des personnes consultées ont déclaré consommer actuellement des dérivés du cannabis (Suisse 4,4%). On observe une stabilisation du nombre de toxicomanes gravement dépendants. Par contre, on peut parler tant en Suisse qu'en Valais, d'une augmentation du nombre d'usagers récréatifs (cannabis, drogues de synthèse, notamment ecstasy). Le nombre d'overdoses mortelles figure parmi les indicateurs permettant d'évaluer l'évolution du phénomène des toxicomanies. Là aussi, le Valais s'est constamment situé en dessous des moyennes suisses. En 1998, notre canton a enregistré quatre overdoses mortelles (209 pour l'ensemble de la Suisse). Ce chiffre est le plus bas depuis 1989. Le nombre le plus élevé a été enregistré en 1992 avec 13 décès suite à des overdoses.

Toujours selon l'Enquête suisse sur la santé, les hommes valaisans grands consommateurs d'alcool sont nettement au dessus de la moyenne suisse (11,7% en Valais contre 8% pour l'ensemble de la Suisse). Les principales conséquences en sont les problèmes de mortalité précoce ainsi que les accidents et autres morts violentes. Les Valaisans se caractérisent aussi par une forte consommation de médicaments. Par contre, au niveau du tabagisme, il n'existe pas de différences marquantes entre notre canton et l'ensemble de la Suisse.

Bases légales et organigramme

Conformément à la Loi sur la santé du 9 février 1996, le Conseil d'Etat a adopté l'ordonnance sur les toxicomanies, le 20 novembre 1996. Ce document abroge le décret du 11 mai 1977 et l'application de la Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants ainsi que le règlement du 16 avril 1980 et la lutte contre l'alcoolisme. Dans le cadre de cette nouvelle base légale, le Conseil d'Etat a confirmé et élargi le mandat de la Commission cantonale consultative de lutte contre les toxicomanies (Cocatox) constituée en 1978 déjà. Il a aussi clairement renforcé le statut et le mandat de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT) appelée, notamment, à développer des actions aux trois niveaux de la prévention des toxicomanies. Ses différentes attributions et tâches ont été précisées dans la convention de collaboration dans le domaine des toxicomanies du 17 mars 1997.

Politique toxicomanies en Valais

Le Conseil d'Etat a pris connaissance, en septembre 1997, du rapport de la Cocatox comportant des propositions de **lignes directrices en matière de politique des toxicomanies** en Valais. Il a chargé le DSSE d'y donner suite. Ce dernier a invité la Cocatox à poursuivre ses acti-

vités et réflexions dans le sens des propositions émises au Conseil d'Etat. Ce document de référence a été salué par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui a apporté ses félicitations aux membres de la Cocatox pour la qualité du travail produit.

Le Conseil d'Etat soutient ainsi le programme de mesures ayant pour objectif de réduire les problèmes de drogue, programme défini par la Confédération comme « **modèle des quatre piliers** » (prévention, thérapie, réduction des risques et répression). Il affirme que cette stratégie est applicable à l'ensemble des toxicomanies et non pas aux seules drogues illégales.

En matière de **prévention**, chaque région sanitaire devrait compter sur l'un ou l'autre groupe interdisciplinaire appelé à renforcer le dialogue au sein de la communauté et à dynamiser des projets et actions de type communautaire (voir expérience-pilote menée dans trois communes bas-valaisannes de 1992 à 1996). Fort des résultats de l'Enquête suisse sur la santé, le Conseil d'Etat a retenu quatre axes prioritaires d'engagement préventif, dont l'un porte sur la diminution de la consommation moyenne d'alcool dans le canton (décision du 15 octobre 1997).

Concernant la **thérapie**, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il faut optimaliser la chaîne thérapeutique existante plutôt que de créer de nouvelles ressources et structures. La gestion des sevrages devrait cependant être reconsidérée en vue d'en augmenter l'efficacité et le suivi (post-cure). Face aux multiples besoins, les réponses doivent être envisagées dans une perspective globale valorisant la **diversité et la complémentarité des réponses**. La LVT s'est par ailleurs engagée dans un important travail d'évaluation. Un instrument de mesure de gravité d'une toxicomanie (IGT) reconnu sur le plan international sera introduit dans le courant de 1999, en vue de procéder à des études portant sur la catamnèse des toxicomanes (évaluation des résultats d'une thérapie plusieurs mois, voire années, après la fin d'un traitement). Les institutions valaisannes spécialisées participent également à la définition de normes de qualité en matière de prise en charge des problèmes de toxicomanies. Le canton du Valais poursuit et développe les **traitements substitutifs à la méthadone**. Pour l'heure, il ne souhaite pas, en l'état actuel, s'engager sur la voie de la prescription médicale d'héroïne.

Longtemps apparue comme le parent pauvre de la politique valaisanne dans le domaine des toxicomanies, la **réduction des risques** est considérée, aujourd'hui, comme un pilier important, tant en Valais que dans les différentes zones périphériques suisses. En effet, les études nationales et étrangères ont montré que l'offre de prestations de soins et de prévention à « seuil bas », destinées aux consommateurs de substances psycho-actives, sans qu'un projet de cure de sevrage n'en soit une condition d'entrée, avait des conséquences positives sur l'état de santé des usagers en termes de status sérologique, d'insertion sociale et de consommation. Une priorité sera accordée, dès 1999, à une amélioration de l'accès au **matériel d'injection** (prévention de la transmission des maladies infectieuses, principalement sida et hépatites) ainsi qu'à la **prévention des situations pouvant entraîner une overdose** (campagne de réduction des risques menée par la Société valaisanne des pharmaciens et la LVT). La situation des toxicomanes incarcérés doit également être abordée du point de vue de la réduction des risques.

Le pilier de la **répression** occupe le devant de la scène dans les débats sur les toxicomanies. Il est de plus en plus question d'une révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants (voir rapport de la Commission d'experts pour la révision de la LStup). A l'occasion de la consultation des

cantons lancée en juillet 1996, le Conseil d'Etat valaisan s'est dit très sceptique quant à la dépenalisation de la consommation de toutes les drogues et de ses actes préparatoires. La Confédération devrait à nouveau solliciter l'avis des cantons, en 1999, à propos d'un projet de modification de la LStup.

Il faut signaler qu'en Valais, la majorité des dénonciations policières a trait à des consommateurs et acquéreurs de produits dérivés du cannabis. Pour confirmer l'actualité de ce thème, la Confédération annonce un rapport sur le cannabis à paraître dans le premier trimestre 1999. Notre canton participe activement aux travaux, notamment, de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT). Plusieurs représentants valaisans sont par ailleurs membres de commissions et groupes de travail nationaux sur les questions de dépendance.

3.2.6 Organisation des secours

3.2.6.1 L'évaluation de la nouvelle organisation

La loi valaisanne sur l'organisation des secours du 27 mars 1996 a été adoptée dans un contexte fortement conflictuel : conflits entre entreprises d'ambulances comme dans la plupart des autres cantons, conflits entre compagnies aériennes constituant une spécificité valaisanne puisque les autres cantons sont desservis par la REGA, conflits sur le sort de la section secours et recherches de la Police cantonale et le rôle de la Police dans ce domaine, conflit idéologique sur "l'étatisation" ou la "privatisation" de l'organisation des secours, conflit politique sur l'opportunité d'avoir une seule centrale de secours en Valais ou au contraire de doter le canton de deux centrales distinctes, l'une pour le Haut-Valais et l'autre pour le Valais romand etc.

C'est dire toutes les attentes placées dans cette loi et dans la très large délégation de compétences à l'organisation faîtière, l'OCVS, chargée en premier lieu de son application et donc censée résoudre ou prévenir tous les conflits, notamment en créant une centrale 144 unique et très performante, en réalisant des fusions d'entreprises aujourd'hui trop nombreuses dans un marché très restreint, en proposant à l'Etat des critères de sécurité et de qualité (médicalisation et autres) clairs, incontestables et respectant la législation sur la protection des travailleurs, en élaborant des dossiers solides à l'intention de l'Etat pour les entreprises ne remplissant pas ces critères, en trouvant des ressources financières privées pour l'OCVS égales à celles octroyées par l'Etat pour que l'on puisse réellement parler d'un système mixte « Etat-secteur privé », en proposant au Conseil d'Etat une planification toute faite « clé en mains », en mettant sur pied un système de statistiques, d'instruments de mesures et de gestion et d'évaluation de la qualité permettant de piloter la nouvelle organisation etc.

Une loi aussi ambitieuse ne pouvait toutefois être adoptée sans quelques réserves qui avaient été émises lors des discussions au Grand Conseil.

L'évaluation de l'OCVS, décidée par le Département, dans sa décision du 20 janvier 1998, montre que ces réserves n'étaient pas complètement sans fondement. Le rapport d'évaluation d'octobre 1998 a montré, en résumé, que malgré toutes ses compétences et son expérience dans le domaine opérationnel, l'OCVS a rapidement atteint des limites naturelles dans des domaines qui nécessitent l'intervention d'un arbitre neutre.

D'une manière générale, la commission d'évaluation constate que la loi est très novatrice s'agissant par exemple de la mise sur pied d'une seule centrale 144 pour l'ensemble du canton et les différents types d'interventions.

Mais la loi est peut-être aussi trop novatrice à certains égards comme la très large délégation de tâches d'intérêt public à une association regroupant les intervenants privés, partenaires mais aussi concurrents. Le comité de l'OCVS lui-même l'admet et reconnaît que dans certains do-

maines l'OCVS a atteint des limites « naturelles » qui appellent une intervention plus forte de l'Etat.

L'introduction de la taxe "d'utilisateur payeur" constitue également un précédent et une « première » suisse discutable. Elle pose en outre aujourd'hui des problèmes de financement imprévus puisque les assureurs ne souhaitent plus l'assumer contrairement à ce qui avait été annoncé initialement.

En résumé, la commission s'est en fait posée un peu les mêmes questions générales que celles soulevées au Grand Conseil lors des deuxièmes débats, à savoir :

- la capacité de l'OCVS à représenter tous les partenaires ?
- la capacité de l'OCVS à être à la fois « juge et partie », comme le veut la loi, dans un domaine déjà marqué par une offre trop grande de prestations pour un marché très limité et non extensible ?
- la viabilité ou la pérennité d'une organisation comme l'OCVS ?
- les responsabilités respectives de l'Etat et de l'OCVS ?

Le Conseil d'Etat estime qu'il était très important et conforme à l'esprit de la loi, en raison du contexte historique qui a vu la naissance de l'OCVS, de laisser l'OCVS aller le plus loin possible dans la direction de la « privatisation » et de lui déléguer un maximum de compétences comme elle le souhaitait. Avant d'intervenir de manière plus marquée, l'Etat se devait de laisser à l'OCVS le temps de faire ses expériences et d'atteindre des limites naturelles et prévisibles. Aujourd'hui encore, même dans des domaines difficiles comme la planification, la coordination voire la fusion d'entreprises, il importe de ne pas casser les amorces de solutions, de négociations et d'améliorations en cours et de tout tenter pour qu'elles aboutissent.

Le Conseil d'Etat considère avec le Département qu'il serait prématuré, sur la base de ce premier bilan provisoire, de faire en sorte que le balancier revienne du presque « tout au privé » (comme l'avaient imaginé ou souhaité certains) au « tout à l'Etat ».

Outre ses deux grands mérites d'avoir fait bouger les choses dans une situation qui était bloquée et d'avoir mis sur pied une centrale 144 unique, l'OCVS a démontré son utilité sur toute une série d'aspects.

Les points relevés par la commission d'évaluation concernent surtout des aspects dont on perçoit aujourd'hui beaucoup mieux le caractère d'intérêt public et la nature étatique.

3.2.6.2 Création d'un comité de pilotage

Pour aller dans la direction proposée par la commission d'évaluation et acceptée par l'OCVS, le Département a mis sur pied, en décembre 1998, un comité de pilotage de l'organisation cantonale des secours composé des principaux partenaires et assisté d'experts et consultants.

Le mandat de ce comité de pilotage est conçu de manière très large de façon à pouvoir reprendre et approfondir tous les points soulevés par la commission d'évaluation. Il porte sur :

- toutes les questions concernant, l'interprétation, l'application et la révision de la législation cantonale sur l'organisation des secours en élaborant, au besoin, une nouvelle structure ;
- la conduite des tâches incombant à l'OCVS et à l'Etat en matière de planification, surveillance, subventionnement et financement ;
- les suites à donner à tous les points soulevés dans le rapport final d'évaluation de l'OCVS notamment :
 - la redéfinition des rôles de l'OCVS et de l'Etat
 - les critères et normes de qualité et de sécurité à retenir pour la surveillance, la planification, la médicalisation etc.
 - l'évaluation permanente de la structure et du fonctionnement de l'organisation
 - l'évaluation de la qualité des prestations des intervenants et de la centrale 144
 - les statistiques et autres instruments de mesure et de gestion
 - le financement et la gestion de l'organisation (subventions, tarifs...)
 - les aspects techniques et scientifiques de l'organisation et des décisions relevant de l'autorité cantonale notamment en matière de télécommunications
 - la coordination avec les autres centrales d'appels d'urgence
 - la protection des travailleurs
 - la révision de la législation et des statuts de l'OCVS
 - ainsi que toute autre question qui lui est soumise ou que le comité de pilotage estime pertinente.

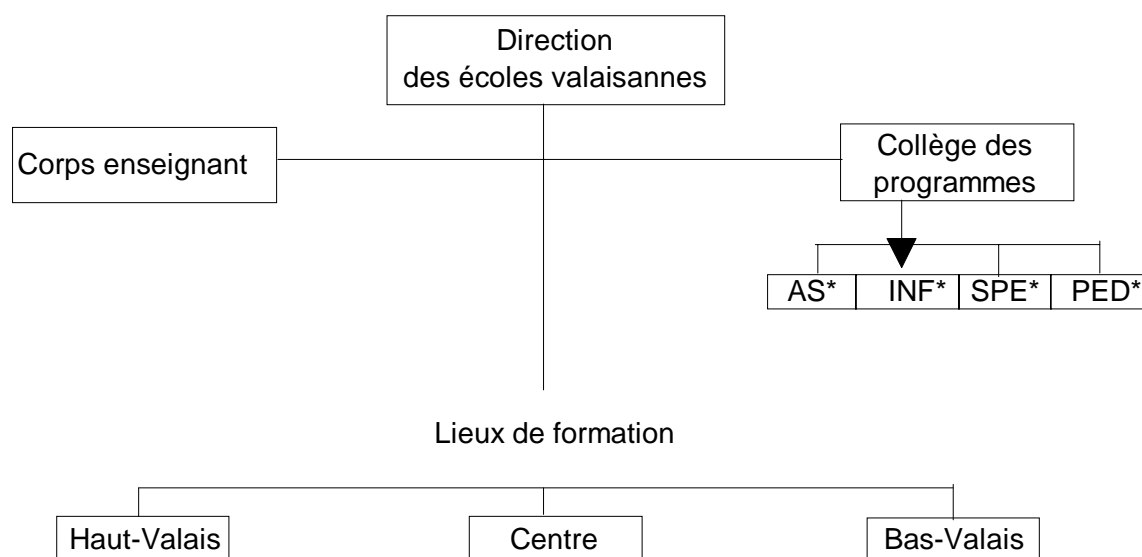
3.2.7 La formation en soins infirmiers

En septembre 1993, afin d'harmoniser et de mieux coordonner la formation en soins infirmiers dans le canton, le Conseil d'Etat a décidé la restructuration des 6 Ecoles valaisannes de soins infirmiers. Une restructuration délicate, située dans un environnement en pleine mouvance, un contexte de récession et un avenir incertain. Une restructuration pionnière au niveau suisse qui regroupera 6 entités relativement différentes.

Cette restructuration s'effectue en même temps qu'une refonte complète des directives de la Croix-Rouge suisse (CRS) et des programmes de formation sur la base d'une nouvelle conception des soins et de la formation (5 fonctions et qualifications clés (aptitudes + attitudes); organisation systémique de l'apprentissage, orientation généraliste, ouverture et flexibilité professionnelle, patient perçu dans sa globalité, harmonisation au niveau européen).

Pour garantir l'homogénéité de la formation, la nouvelle structure décidée par le conseil d'Etat prévoit une direction unique, un collège des programmes, un seul corps professoral ainsi que la décentralisation des cours dans les 3 régions du Haut-Valais, du Centre et du Bas-Valais (cf. le graphique suivant).

La structure d'organisation de l'Ecole valaisanne de soins infirmiers



- * AS = formation d'aide soignante
- * INF = formation d'infirmière
- * SPE = formation spécialisée
- * PED = pédagogie

Le comité, nommé lors de l'Assemblée générale constitutive du 16 décembre 1994, est composé de toutes les associations faitières des structures sanitaires, le Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL), l'Association valaisanne des foyers pour personnes âgées (AVAFOPA), le groupement des centres médico-sociaux valaisans et les établissements sanitaires cantonaux, ainsi que la section valaisanne de l'association suisse des infirmières, de même que l'Etat du Valais. L'Ecole valaisanne de soins infirmiers (EVSI) est une association de droit privé inscrite au registre du commerce.

Le processus de décision pour le choix des 3 lieux de formation a également nécessité un rapport d'expert sur la base de critères à dominante objective dans un contexte d'intérêts régionaux souvent divergents.

Les nouvelles nominations et la fermeture des écoles de Brigue, de Sierre et de Malévoz, ont engendré quelques remous qui n'ont cependant pas remis en cause le processus d'intégration des 6 écoles.

La décision d'arrêter les formations d'aide-hospitalière, d'infirmière assistante et d'infirmière en psychiatrie ont nécessité la mise en place d'un programme de formation dite "passerelle" permettant l'accès aux nouveaux diplômes décidés par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et la CRS.

Rapidement, il s'est avéré nécessaire de prévoir une deuxième phase de réflexion permettant de faire le point sur l'ensemble des étapes franchies et de bien cerner les opportunités de développement.

Centrée sur l'accompagnement au changement et intégrant les collaborateurs dans un processus de consultation, cette analyse de fonctionnement a permis de mieux prendre en compte les craintes et les frustrations des collaborateurs favorisant l'adhésion et l'identification à la nouvelle structure après une première phase souvent décrite en termes de rupture et de perte.

Une adaptation de l'organigramme et des descriptions de fonction ainsi que l'ajustement des procédures a également permis de mieux prendre en compte les spécificités culturelles, régionales et linguistique des 3 régions du canton

Dès 1994, conformément à sa mission et conjointement à la restructuration, l'essentiel de l'effort de l'EVSI s'est concentré sur

- la poursuite et la fin des anciennes formations : infirmières assistantes, infirmières soins généraux, infirmières en psychiatrie ;
- la construction et le développement des nouveaux programmes : aide-soignante ; passerelle; infirmière généraliste niveau I et niveau II ; post-diplôme en santé communautaire et soins d'urgence.

Chaque nouveau programme a fait l'objet d'un dossier de candidature déposé à la Croix-Rouge suisse pour approbation et reconnaissance. Compte tenu des spécificités régionales et linguistiques des dossiers différents ont dû être réalisés pour chacune des 2 régions linguistiques du canton.

Par décision du Conseil d'Etat, la formation *d'infirmière de santé publique* a été transférée à l'EVSI. Un dossier de reconnaissance du nouveau programme dit de "*santé communautaire*" et conforme aux nouvelles prescriptions de la CRS a donc également été élaboré pour cette formation.

Les 2 tableaux ci-après permettent de donner une représentation plus chiffrée de l'évolution de l'EVSI de 1994 à 1998.

FORMATIONS	1994		1995		1996		1997		1998	
	effectif	diplô-	effectif	diplô-	effectif	diplômés	effectif	diplômés	effectif	diplômés
Aide-hospitalière		26								
Aide soignante			72	33	28	-	74	24	87	42
Inf.-Assistante		30	20	38	14	14				
Soins généraux		63	200	54	136	66	63	62	3	
Inf. en psychiatrie		7	25	11	14	13	1	1		
Passerelle IA-NI					34		79	33	52	13
Diplôme NI			85	19	151	-	222		301	34
Diplôme NII									55	12
Gérontologie + Cycle interdisc. ²		-	58	31	27	-	51	25	24	-
Soins intensifs		5	17	5	12	4	19	8	16	4
Santé communautaire ³										
TOTAL		131	477	191	416	97	509	153	538	105

¹ Nombre d'étudiants ayant bénéficié de la formation à l'EVSI

² Chaque 2 ans

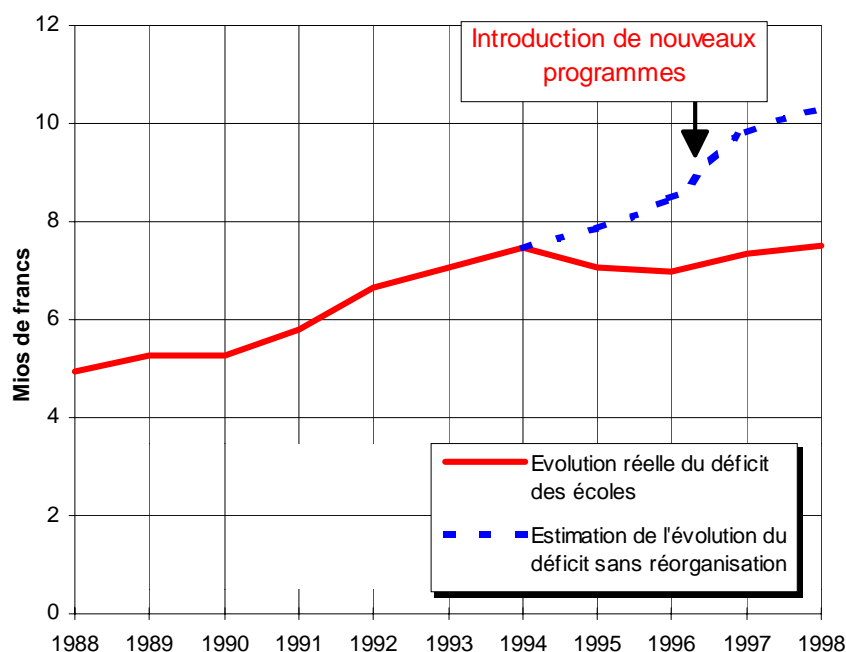
³ Démarre en janvier 1999

Environ 220 certificats et diplômes EVSI seront remis en 1999.

	1994	1995	1996	1997	1998
Personnel		78 personnes 61,67 postes	89 personnes 65,4 postes	97 personnes 69,10 postes	99 personnes 72,6 postes
Etudiants		477	416	509	538
Nombre de volée		21			
Progr. de form. de base	4	7	5	6	5
Progr. de form. post-diplôme	1	2	7	2	3
Compte d'exploitation		6'245'000.--	6'960'000.-- ¹⁾	7'348'000.--	7'500'000.-- (budget ordinaire)

¹⁾ y. c. reprise école de psychiatrie

Il faut relever la situation particulière du Haut-Valais : toute la gamme des formations précitées n'est pas offerte dans le Haut-Valais ; certaines formations spécialisées doivent se faire hors canton.



Dès 1995, les déficits diminuent. Ceci démontre bien que le regroupement des écoles a bel et bien apporté au niveau financier des résultats intéressants; d'autant plus qu'avec ces moyens, des programmes de formation nouveaux ont été mis en place.

Ainsi, avec les moyens financiers alloués, l'EVSI a pu absorber les conséquences des nouvelles directives de la Croix-Rouge Suisse, notamment la mise sur pied d'une quatrième année pour la formation d'infirmière de niveau 2. De plus, des formations complémentaires telles que passerelle d'infirmières-assistantes à infirmières de niveau 1 et 2 ont pu être offertes. Comme on le voit ci-dessus, le nombre d'élèves a fortement augmenté ces dernières années et atteindra près de 700 en 1999.

En 1993, lors de la décision du Conseil d'Etat de restructurer les écoles en soins infirmiers, un des arguments était la « maîtrise, voir même réduction des coûts de formation par la séparation claire de l'enseignement et de la gestion financière et administrative, par l'introduction d'une gestion plus efficace, mais également sur la transformation de 5 postes de direction existants ». Les résultats montrent que ces objectifs ont été atteints.

La restructuration des écoles en soins infirmiers a en outre permis le renforcement de la coordination et la collaboration entre les différents lieux de formation. Les mêmes programmes de formation sont développés une seule fois pour tout le canton, dans un esprit de collaboration et non plus de concurrence entre établissements. La mise en place d'un collège des programmes a favorisé l'harmonisation de la philosophie, des méthodes d'enseignement, le contenu de programmes, ainsi que de la coordination des relations avec les établissements de soins. Les conditions d'admission et les règlements d'examens sont les mêmes dans tous les lieux de

formation. Tous les élèves et étudiants du canton bénéficient des mêmes conditions de formation.

Différentes tâches de représentation ont également été déléguées par l'Etat à l'EVSI; représentation au Conseil du CFPS, à la commission de surveillance de l'Ecole de physiothérapie de Loèche-les-Bains, à la commission d'admission des écoles de physiothérapie de Genève et de Lausanne, à la commission de formation de la CDS, au comité du Centre d'information des professions de la santé (CIPS).

PLACES DE STAGE

Par convention intercantonale du 4 mars 1996 le canton du Valais a décidé d'adopter le statut d'étudiant pour l'ensemble des étudiants de l'EVSI. Ce choix a occasionné des résistances notamment pour les lieux de pratique et le centre de formation du Haut-Valais. Les cantons germanophones et le canton limitrophe de Berne en particulier n'ont en effet pas adopté le statut d'étudiant et des tensions sont apparues liées à la disparité des allocations de stage versées : Fr. 4'800.- par année pendant les 4 ans de formation à l'EVSI et Fr. 11'000.-, (1^{ère} année) Fr. 14'000.- (2^{ème} année) , Fr. 18'500.- (3^{ème} année) et Fr. 22'500.- (3^{ème} année) d'allocations de stage pour les élèves du canton de Berne. A la disparité des allocations s'ajoute la problématique de la disponibilité des stagiaires comme forces de travail. De plus, suite aux dernières décisions de la LAMAL, à la restructuration en cours dans les hôpitaux et aux exigences posées par les nouvelles prescriptions de la CRS, d'importantes difficultés sont exprimées par les lieux de pratique et il s'avère de plus en plus difficile de trouver des places de stages en suffisance alors même que l'on note une importante pénurie de personnel formé.

A la suite du dépôt d'un postulat (2.10.96) et à la dénonciation par le GEHVAL (22.04.98) des conventions réglementant les allocations de stage, le service d'appui et développement de l'EVSI a élaboré un rapport sur le "*Système d'indemnisation de stage des formations en soins infirmiers : Analyse de la situation valaisanne et propositions de scénarios*" afin de parvenir à la mise en place d'un système incitatif et conforme à la mission des différents partenaires de la formation.

HES

A partir de 1995, les réflexions sur le système de formation et les perspectives HES ont nécessité la mise en place d'une série de commissions et groupes de travail avec, en toile de fond, les différences voir divergences de vue entre les différentes régions du pays.

Une "conférence romande" a été mise en place avec la constitution d'un comité stratégique, d'un groupe de pilotage et d'un chargé de mission.

Au niveau cantonal un groupe de travail a été constitué (8 juillet 1998) composé de représentants du Centre de Management Public, du Service de l'action sociale, du Service de l'enseignement, du CFPS, de l'ORDP et de l'EVSI.

Les premières phases de réflexion ont conduit, pour l'EVSI, à des options pour les filières de base en *soins infirmiers* et en *physiothérapie*, les formations post-diplôme en *soins intensifs*,

gérontologie, santé communautaire et psychiatrie et les domaines de compétence en lien avec la *santé communautaire, la réhabilitation et réinsertion bio-psycho-sociale*, la *gestion des systèmes de santé et l'art-thérapie*, ces domaines intégrant les "forces" spécifiques du canton (*réseau de santé, clinique de la CNA, sanatorium, centres de thermalisme, ESIS et ESCEA*) et permettant le développement de tronc communs et de formations d'inter et de transdisciplinarité avec la mise en réseau des domaines de la santé (EVSI), de la pédagogie (HEP), du social (CFPS) et des arts s'appuyant par ailleurs sur les ressources et compétences spécifiques apportées par le *bilinguisme* cantonal et les centres de *formation à distance* (ZUF + CRED).

Une collaboration accrue du DSSE et du DECS s'avère, à ce stade, indispensable afin de mettre en commun les ressources des deux départements sur un marché de la formation de plus en plus concurrentiel et pour permettre le développement d'unités de recherche et développement et de prestations de services dans un marché essentiellement publique : écoles, communes, régions, homes, CMS, hôpitaux, Etat.

BILAN ET PERSPECTIVES

Dans un contexte de multiples changements et au vu de l'évolution en cours dans l'ensemble des cantons, la nouvelle structure de l'EVSI favorise la mise en commun des ressources et des énergies complémentaires. Les diversités régionales et linguistiques, sources de richesses s'avèrent pourtant également des éléments générateurs de résistances qui opèrent et réduisent parfois les gains organisationnels résultant de la mise en commun d'unités diverses.

Dans une perspective HES et de mise en réseaux, voire de regroupement des écoles de la santé, du social, de la pédagogie et des arts, le management du changement et la prise en compte des exigences propres à chaque profession, ainsi que des spécificités culturelles, linguistiques et régionales devront faire l'objet d'une attention particulière. Des décisions claires doivent également être prises concernant le positionnement de l'EVSI au niveau tertiaire accompagné des moyens financiers et de l'attribution de mandats de recherche associant aussi souvent que possible l'EVSI aux différents centres de compétences déjà en place du type IKB, Université, ISE, etc.

4. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

4.1 Hôpitaux de soins aigus

4.1.1 Allocation budgétaire jusqu'en 1997

Au début des années 1990, le système de financement des établissements sanitaires s'est peu à peu éloigné d'une allocation des budgets aux hôpitaux définie sur une base « historique » qui consistait à négocier chaque année seulement l'indexation de ce budget sans en réexaminer le contenu déterminé par les « acquis » des années précédentes.

La décision du Conseil d'Etat du 21.10.1992 de procéder à l'allocation des ressources sur la base de la population desservie a orienté le système sanitaire valaisan vers un financement sur la base des prestations fournies et vers l'octroi d'un budget global prospectif. Cette décision a en outre donné une plus grande liberté d'entreprise aux directions hospitalières.

4.1.2 Financement des séjours hospitaliers stationnaires par le forfait journalier jusqu'en 1997

La rémunération des hôpitaux valaisans par les assureurs était fondée depuis de nombreuses années sur les forfaits journaliers. Cela signifiait que le remboursement à l'hôpital des différentes prestations aux patients s'effectuait, à l'exception de celles qui se rapportent aux patients pris en charge en division privée, sur la base d'un montant unique par jour, sans qu'un décompte soit établi de façon détaillée en fonction de chacune des prestations effectuées.

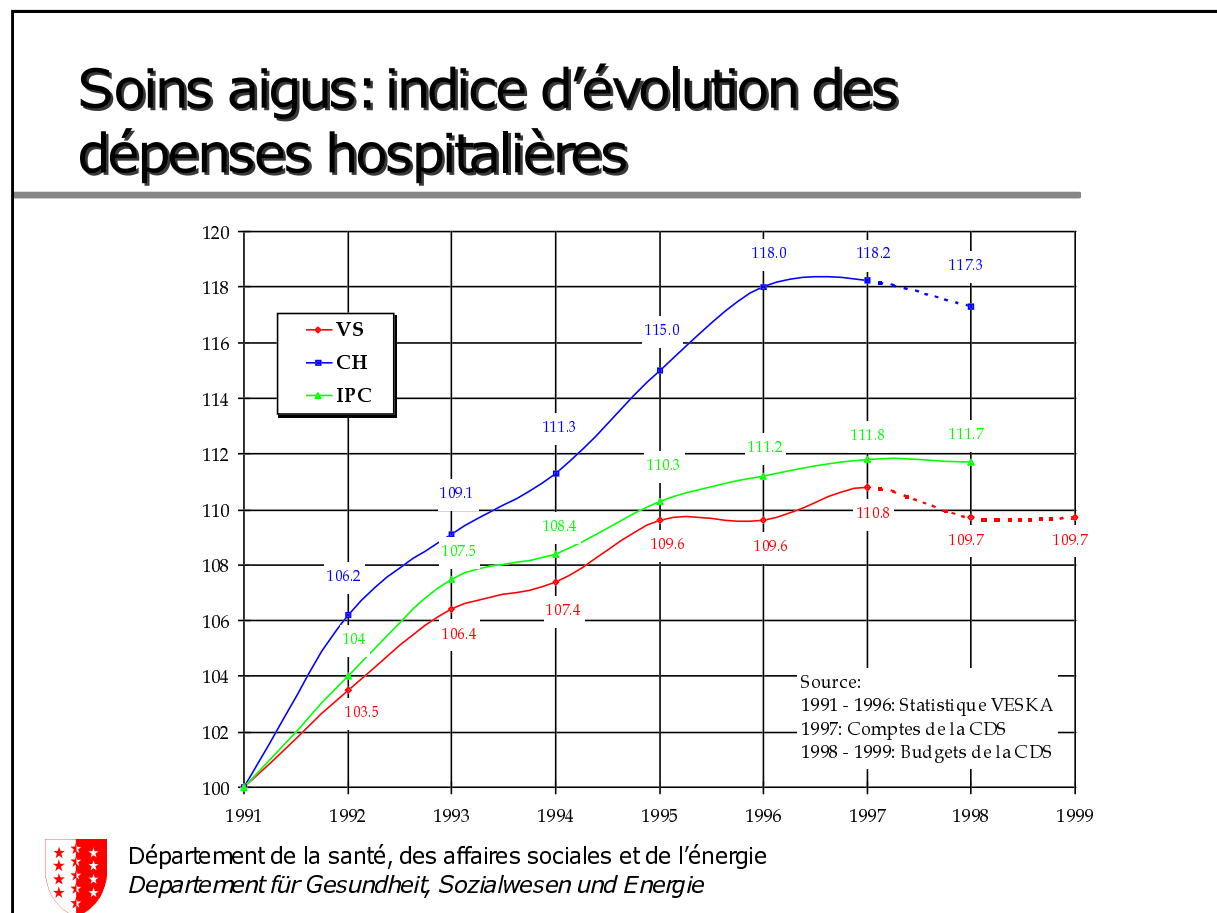
Le système du forfait journalier prévoyait une rétribution d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation fixé par convention, entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, soumise à l'approbation du Conseil d'Etat. Le principal avantage du forfait journalier résidait dans la simplicité du décompte de facturation.

Le financement des hôpitaux en fonction du nombre de journées ne favorisait en aucune façon la réduction des journées et du nombre de lits. Il incitait au contraire les hôpitaux, pour se procurer des recettes, à prolonger certaines hospitalisations.

La diminution annuelle des journées-malades, ainsi que la mise en vigueur de l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1992 concernant les mesures urgentes destinées à limiter le renchérisse-

ment de l'assurance-maladie, ont eu pour effet que les établissements ont enregistré d'importantes diminutions de recettes et ont remis en question le système de financement des hôpitaux fondé sur les forfaits journaliers.

Ci-après figure un graphique comparant l'évolution des dépenses hospitalières dans le canton du Valais avec celle enregistrée en Suisse pendant les années 90:



4.1.3 Allocation budgétaire dès le 01.01.1998

Au 1^{er} janvier 1998, un nouveau système d'allocation des ressources a été introduit. L'allocation des ressources s'effectue au moyen des forfaits par cas/service et sous la forme d'un budget global, dont les principales caractéristiques figurent ci-après. Des informations plus complètes à ce sujet sont contenues dans différents documents disponibles auprès du Service de la santé publique.

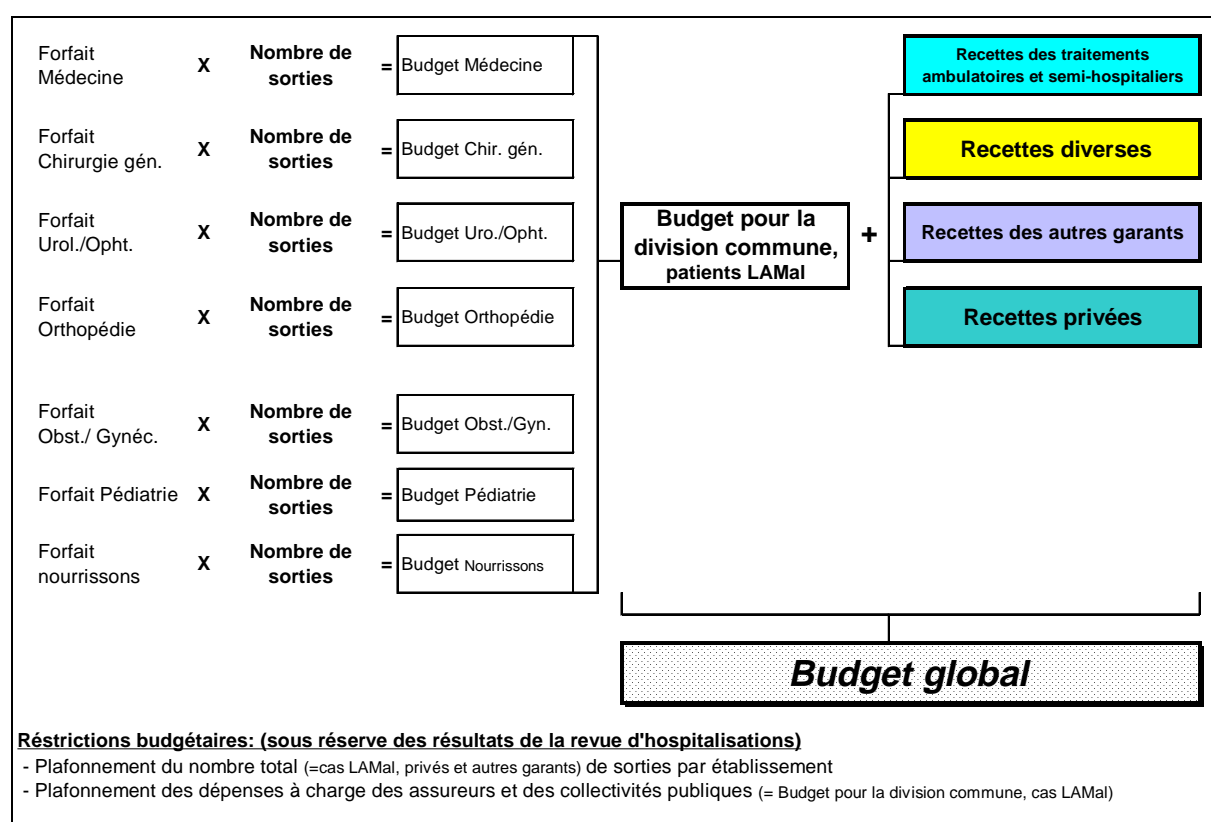
Le Département approuve le budget d'exploitation de l'année suivante au plus tard au 31.12. de chaque année.

En vue de définir le budget global attribué à chaque hôpital, il convient de distinguer entre deux budgets partiels (cf. graphique ci-après) :

Budget partiel 1: Il comprend les recettes de traitements des patients valaisans en division commune (cas LAMal). Ce montant du budget est établi en multipliant les forfaits par cas/service par le nombre de sorties correspondant.

Budget partiel 2: Il comprend toutes les autres activités hospitalières (patients privés, autres garants, prestations ambulatoires et prestations annexes) sont prises en compte pour la calculation de ce budget.

Le budget global résulte de l'ensemble des recettes concernant les budgets partiels 1 et 2.



En fin d'exercice annuel, le montant subventionnable est corrigé sur la base du nombre de forfaits par cas/service réellement facturés et reconnus. Le nombre de sorties ainsi que les dépenses subventionnables en vertu de la LAMal considérés par établissement ne pourront pas dépasser les valeurs approuvées dans le cadre du budget, sous réserve des résultats des revues d'hospitalisations.

En 1998, le montant du budget global des frais d'exploitation des hôpitaux de soins aigus représente 242.5 millions de Fr.

4.1.4 Introduction d'un nouveau mode de financement au 01.01.1998

4.1.4.1 Objectifs

Le nouveau mode de financement des hôpitaux vise notamment les objectifs suivants :

- répartir plus objectivement les ressources entre les hôpitaux en fonction de leur activité réelle et des spécificités des cas traités dans chaque hôpital ;
- éviter que le nombre de journées et les durées de séjour augmentent dans les hôpitaux ;
- éviter des hospitalisations dites inappropriées ;
- éviter des dépenses supplémentaires à la charge des collectivités publiques et des assureurs ;
- maintenir les bons résultats en ce qui concerne les primes d'assurance-maladie.

Le nouveau système prévoit les mesures et les mécanismes nécessaires pour corriger une application qui tendrait à s'écarter des objectifs visés. Il s'agit en particulier d'éviter une multiplication du nombre de cas par l'application systématique des revues d'hospitalisation (instrument permettant d'évaluer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisations). Le nombre total des sorties et les participations financières sont définis en début d'exercice par le Département et ne peuvent être dépassés, sous réserve des résultats de la revue d'hospitalisation.

4.1.4.2 Modalités d'application

Sous l'égide du Département, les partenaires conventionnels, à savoir : d'une part, la Fédération des Assureurs-Maladie et Accidents du Valais et la Conférence des Assureurs-Maladie et Accidents du Valais, et d'autre part, le Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL) ont défini, par signature de la convention du 17 octobre 1997, les modalités du nouveau système de financement pour les six hôpitaux valaisans fondé sur les prestations fournies.

Dès le 01.01.1998, les hôpitaux de soins aigus reçoivent des collectivités publiques et des assureurs un montant par patient hospitalisé dans le secteur stationnaire indépendamment de la durée de séjour de celui-ci. Le montant de la participation forfaitaire est différent en fonction du service hospitalier afin de tenir compte de la nature des cas traités.

Conformément aux dispositions de la LAMal et de la loi cantonale sur la santé, la répartition de la couverture des frais d'exploitation s'effectue à raison de 50% par les assureurs et à rai-

son de 50% par les collectivités publiques. Il s'ensuit que le financement des forfaits convenus sera réparti à raison de 50% aux assureurs et de 50% aux pouvoirs publics.

Les forfaits par service pour l'année 1998 ont été les suivants:

			<u>ASSUREURS</u> <u>(50%)</u>		<u>POUVOIRS</u> <u>PUBLICS (50%)</u>
Médecine	Fr.	5'800.--	Fr.	2'900.--	Fr. 2'900.--
Chirurgie	Fr.	5'550.--	Fr.	2'775.--	Fr. 2'775.--
Gynécologie et Obstétrique	Fr.	4'600.--	Fr.	2'300.--	Fr. 2'300.--
Pédiatrie	Fr.	3'750.--	Fr.	1'875.--	Fr. 1'875.--
Nourrissons	Fr.	1'000.--	Fr.	500.--	Fr. 500.--

L'hôpital de Sion a reçu les forfaits différenciés suivants concernant les disciplines spécialisées plus coûteuses:

			<u>ASSUREURS</u> <u>(50%)</u>		<u>POUVOIRS</u> <u>PUBLICS (50%)</u>
Cardiologie	Fr.	5'800.--	Fr.	2'900.--	Fr. 2'900.--
Radiothérapie	Fr.	10'000.--	Fr.	5'000.--	Fr. 5'000.--
Chirurgie cardiaque	Fr.	25'500.--	Fr.	12'750.--	Fr. 12'750.--
Neurochirurgie(cas spécialisés)	Fr.	25'000.--	Fr.	12'500.--	Fr. 12'500.--
Néonatalogie	Fr.	23'000.--	Fr.	11'500.--	Fr. 11'500.--

Lors de l'introduction de ce nouveau mode de financement, le montant du forfait n'a pas été différencié en fonction des différents hôpitaux régionaux. L'objectif est, d'une part, de faire jouer la concurrence entre les différents hôpitaux conformément aux dispositions de la LA-Mal, et, d'autre part, de tenir compte du fait que les frais de traitement des patients pris en charge sont à peu près identiques dans les différents hôpitaux.

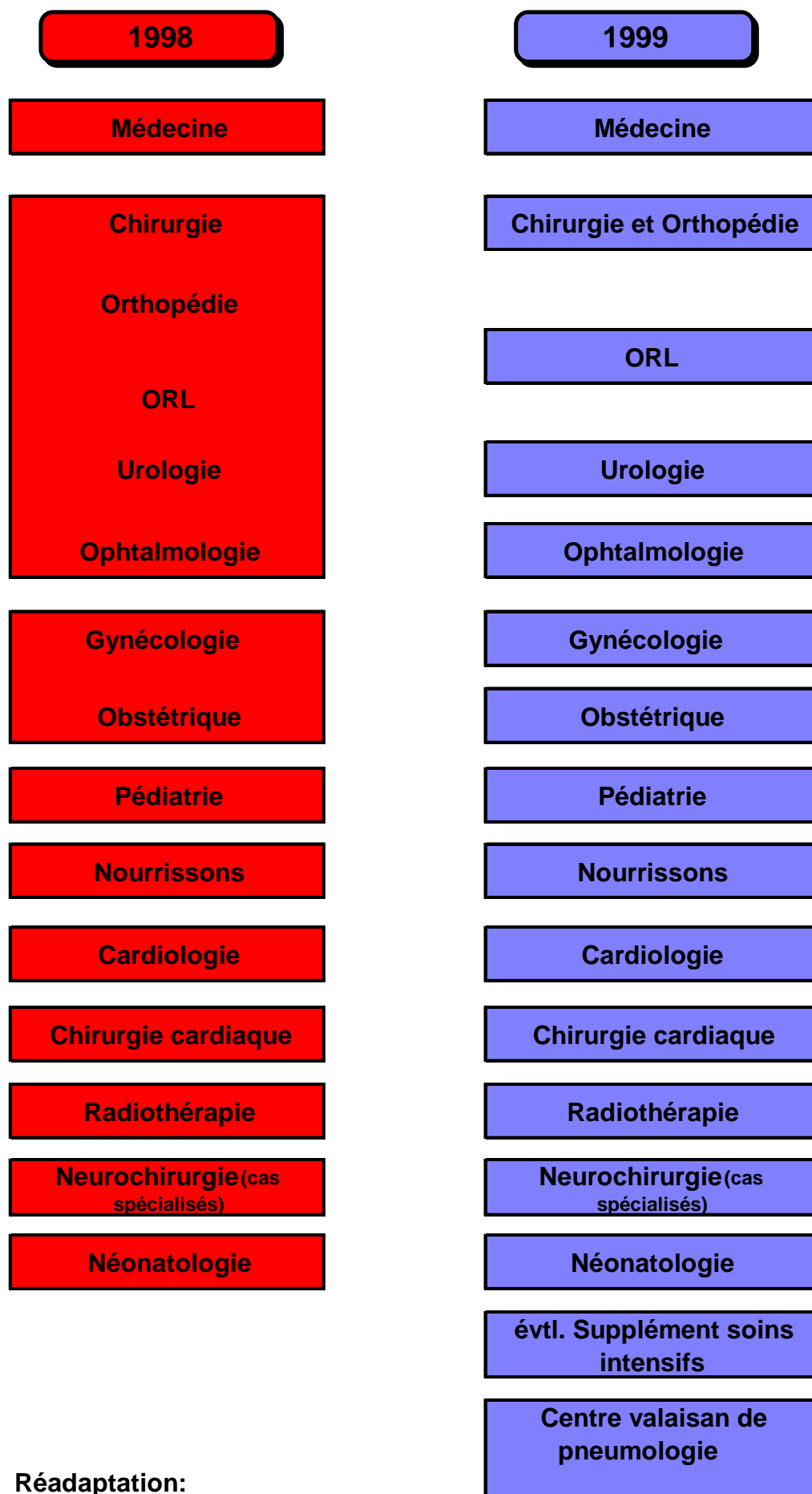
Ce nouveau mode de financement présente l'avantage de rémunérer les hôpitaux en fonction des prestations réellement fournies. Les hôpitaux qui s'engagent en faveur de durées de séjour plus courtes ne seront plus pénalisés financièrement.

4.1.5 Forfaits par cas/spécialité au 01.01.1999 dans les hôpitaux de soins aigus valaisans

Les expériences faites et les résultats dégagés pendant l'année 1998 ont démontré que le passage nécessaire du forfait journalier au forfait par cas s'est bien déroulé. Grâce aux forfaits par service, les journées-malades dites inappropriées diminuent dans les hôpitaux. La réduction du nombre de journées-malades entre 1997 et 1998 va atteindre environ 34'000 journées, ce qui représente environ l'équivalent des journées-malades d'un hôpital. Ces baisses de journées sont également dues à de nouvelles règles de prise en compte dans la statistique et du transfert de certaines activités dans le semi-stationnaire ou l'ambulatoire.

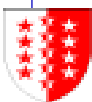
	Journées totales			Journées LAMal		
	1997	Exercice 1998	Différence	1997	Exercice 1998	Différence
Monthey	36'679	30'608	-6'071	30'618	26'603	-4'015
Martigny	49'985	41'109	-8'876	44'645	36'307	-8'338
Sion	90'861	86'698	-4'163	77'051	73'424	-3'627
Sierre	42'578	35'762	-6'816	35'557	30'496	-5'061
Viège	44'256	41'892	-2'364	35'460	33'677	-1'783
Brigue	36'254	29'960	-6'294	28'969	23'939	-5'030
Total	300'613	266'029	-34'584	252'300	224'446	-27'854

Afin que le financement soit encore davantage fondé sur les prestations fournies, les forfaits 1999 par service ont été affinés. Des forfaits par spécialité ont été introduits, en particulier en chirurgie.



Réadaptation:

Ainsi, les partenaires conventionnels ont signé le 15.12.1998 un accord fixant les tarifs hospitaliers pour l'exercice 1999. Cet accord prévoit notamment une clause de réexamen des tarifs au 30.06.1999 au cas où les négociations entre les hôpitaux dans le cadre de la mise en place des établissements multisites n'aboutiraient pas. L'avenant no 4 à la convention hospitalière détermine pour l'année 1999 les forfaits par cas/spécialité comme suit:

		<u>1999</u>	<u>1998</u>	<u>Part des Assureurs (50%)</u>	<u>Part des collectiv. publiques (50%)</u>
					
Forfaits par cas/spécialité dans les hôpitaux de soins aigus valaisans au 1.1.1999					
Médecine	Fr.	5'300	5'800	2'650	2'650
Chirurgie et orthopédie	Fr.	6'000	5'550	3'000	3'000
Urologie	Fr.	5'300	5'550	2'650	2'650
ORL	Fr.	3'800	5'550	1'900	1'900
Ophthalmologie	Fr.	4'000	5'550	2'000	2'000
Gynécologie	Fr.	4'600	4'600	2'300	2'300
Obstétrique	Fr.	5'000	4'600	2'500	2'500
Pédiatrie	Fr.	3'100	3'750	1'550	1'550
Nourrissons	Fr.	1'500	1'000	750	750
Cardiologie	Fr.	7'200	5'800	3'600	3'600
Radiothérapie	Fr.	10'000	10'000	5'000	5'000
Chirurgie cardiaque	Fr.	25'500	25'500	12'750	12'750
Neurochirurgie **	Fr.	25'000	25'000	12'500	12'500
Néonatalogie	Fr.	23'000	23'000	11'500	11'500
** Cas spécialisés					

La détermination des forfaits par cas est fondée sur les résultats de la comptabilité analytique des hôpitaux de soins aigus 1997.

Dès que le codage des prestations médicales, condition nécessaire à la classification des patients, et une évaluation des coûts par patients pourront être effectués, des forfaits par cas/spécialité établis sur la base des diagnostics pourront être introduits. Dans le domaine de l'orthopédie, des forfaits par cas pourront être définis en l'an 2000 pour les 5 à 10 opérations les plus fréquentes. De plus, l'introduction d'une rémunération supplémentaire pour les cas traités dans les services de soins intensifs devra être examinée.

4.1.6 Validation de l'introduction des forfaits par cas et suites du projet

En vue de procéder à une première évaluation du système des forfaits par cas mis en place et d'examiner les modalités d'application ultérieures, le Service de la santé publique a confié en janvier 1999 un mandat à l'Institut suisse de Santé et d'Economie (ISE).

Il s'agit plus particulièrement d'examiner les éléments suivants :

- incidences des forfaits par cas en fonction d'une part de la taille des hôpitaux et, d'autre part, de la lourdeur des cas traités ;
- prise en considération des séjours de soins intensifs dans le cadre du système de facturation ;
- développement du système des forfaits par cas dans l'attente de la mise en place au niveau suisse de forfaits par pathologie.

Les conclusions de ce rapport doivent permettre de fixer les axes de réflexion en vue d'affiner le système de financement dès le 01.01.2000.

4.1.7 Financement des prestations semi-hospitalières

La mise en vigueur de la LAMal a engendré une modification de la participation des collectivités publiques aux prestations hospitalières ambulatoires et semi-hospitalières.

Ces dernières années, le canton du Valais a pris de nombreuses mesures en matière de planification notamment en réduisant l'offre en lits. Le nombre de journées-malades a considérablement diminué, de même que la durée moyenne de séjour. Par ailleurs, la mise en place des réseaux régionaux de santé a comme objectif d'aboutir à ce que le patient soit placé dans l'établissement (hôpital de soins aigus, pour malades chroniques, établissement médico-social, soins à domicile) le plus à même de fournir les soins requis par le patient.

Certaines interventions chirurgicales qui nécessitaient deux à trois semaines d'hospitalisation il y a quelques années peuvent se faire aujourd'hui avec des méthodes beaucoup moins invasives et lors d'un séjour de moins de 24 heures à l'hôpital avec les avantages que l'on peut imaginer : confort accru pour le patient, diminution des coûts et même souvent amélioration de la qualité et de la sécurité.

Ces progrès médico-techniques conjugués avec les effets des décisions du Conseil d'Etat prises ces dernières années en matière de planification hospitalière, en particulier la réduction des lits de soins aigus excédentaires ont provoqué, depuis le début des années 90, une réduction importante et constante des journées de malades dans les hôpitaux, ainsi qu'une forte baisse des durées moyennes de séjour.

Ainsi, dans le sens d'une cohérence des actions entreprises, les collectivités publiques financent les soins semi-hospitaliers au même titre que l'hospitalisation traditionnelle. Finalement, le fait de développer la semi-hospitalisation a également pour but de diminuer les coûts de l'hospitalisation.

Les hôpitaux et les assureurs valaisans, dans la convention qu'ils ont passée, et le Conseil d'Etat, dans une ordonnance qu'il a adoptée en date du 10.12.1997, ont voulu non seulement s'adapter à cette évolution mais l'accélérer en incitant les hôpitaux à développer, par un subventionnement et un financement adéquat, les activités semi-hospitalières qui nécessitent l'utilisation de l'infrastructure hospitalière (salles d'opérations) mais qui peuvent être faites en moins de 24 heures.

Les pouvoirs publics participent en 1998 pour environ 3.0 millions de Fr. à ce financement.

4.1.8 Financement des prestations ambulatoires hospitalières

Toutes les prestations hospitalières effectuées en ambulatoire font l'objet d'une rémunération sur la base du nombre de points défini par le Catalogue des Prestations Hospitalières (CPH). Les collectivités publiques ne participent plus dès le 01.01.1998 au financement de ces activités.

Les partenaires tarifaires ont convenu de la rémunération du traitement ambulatoire à l'hôpital dès l'année 1998 en prévoyant le „tiers payant“.

Nouvelle nomenclature suisse (GRAT/INFRA)

En application de l'article 43 LAMal, les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention sur le plan suisse. Les partenaires conventionnels ont élaboré, après plusieurs années de négociations, une structure tarifaire uniforme qui a été présentée en janvier 1999 sous le nom de GRAT/INFRA (Gesamtrevision Arzttarif und Gesamtrevision Spitalleistung Katalog).

La mise en vigueur de cette nouvelle nomenclature est prévue pour l'an 2000 et les négociations conventionnelles à l'intérieur des cantons devront avoir lieu durant le courant de l'année 1999 aussi bien pour le secteur des cabinets en ville que de l'ambulatoire hospitalier.

Le Département a pris différentes mesures avec les partenaires intéressés afin de disposer, lors de ces négociations, de données comparatives et de chiffres validés.

4.1.9 Affectation des résultats annuels dès l'année 2000 - années 1998/1999

Le système de financement fondé sur le forfait journalier prévoyait que le résultat annuel (bénéfice ou perte) était attribué à un compte de compensation des forfaits. Le solde de ce compte était pris en considération lors des négociations tarifaires avec les assureurs-maladie.

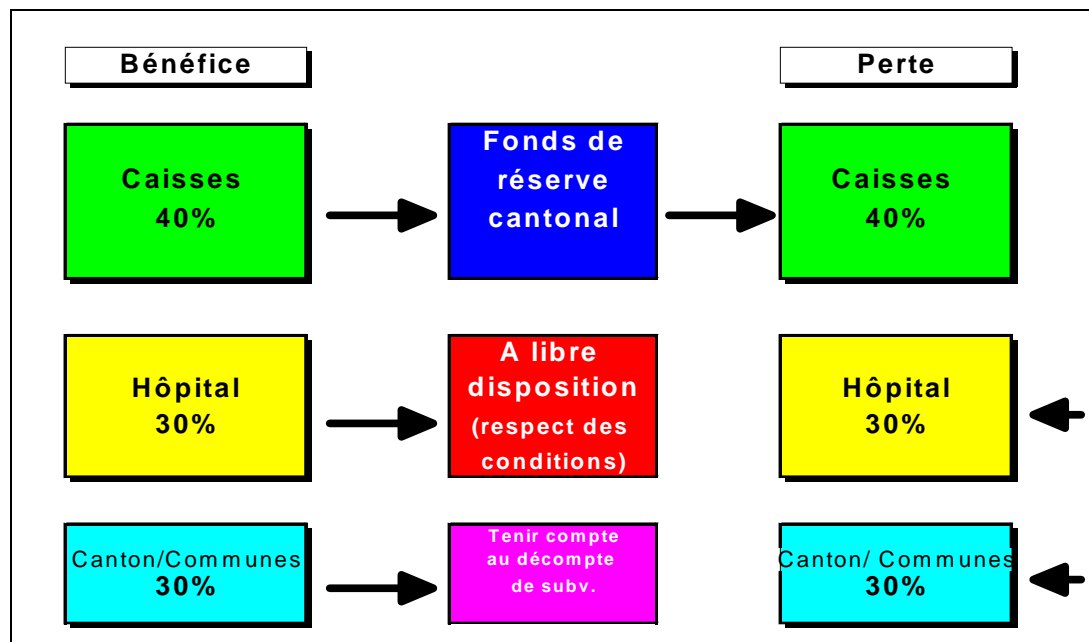
Etant donné que selon le nouveau mode de financement la participation des collectivités publiques est définie à titre prospectif et non pas en fonction des dépenses réelles, le résultat d'exploitation ne sera plus affecté au fonds de réserve.

Le bénéfice d'exploitation reviendra aux hôpitaux. Il en ira de même pour une éventuelle perte. Cette nouvelle disposition portant sur les compétences financières permet d'accorder aux hôpitaux une plus grande autonomie de gestion et de les inciter, dans leur propre intérêt, à maîtriser les coûts.

Situation transitoire 1998/1999

La mise en place du nouveau système de financement peut avoir des conséquences importantes sur les résultats financiers des hôpitaux. Afin de tenir compte de ces changements, le Conseil d'Etat a édicté des directives concernant l'affectation des résultats annuels des hôpitaux pour les années 1998 et 1999 permettant de garantir une certaine solidarité entre les hôpitaux pendant une période transitoire de 2 ans.

Années 1998 - 1999



Dès l'année 2000, les hôpitaux seront responsables de leurs résultats, sous réserve d'une modification de leur activité. Une directive du Conseil d'Etat devra en fixer les modalités.

4.2 Hôpitaux de soins aux malades chroniques et gériatriques

4.2.1 Allocation budgétaire

En date du 30.11.1994, le Conseil d'Etat a décidé que, dès le 01.01.1995, l'allocation budgétaire serait allouée aux hôpitaux gériatriques à raison de 50% en fonction de l'analyse des cas traités et à raison de 50% en fonction du nombre de patients de l'établissement. Dès le 01.01.1999, la répartition s'effectue sur la base de l'activité, c'est-à-dire selon les journées malades.

4.2.2 Financement par les assureurs

Le financement par les assureurs se base sur les forfaits journaliers.

Un changement éventuel du système de facturation doit faire l'objet de négociations entre le GEHVAL et les assureurs.

4.2.3 Résultats d'exploitation

Le résultat d'exploitation de ces établissements ou service est affecté au fonds de stabilisation des forfaits.

4.3 Etablissements cantonaux (IPVR, PZO et CVP)

4.3.1 Allocation budgétaire

Dès le 01.01.1998, ces budgets sont inclus dans le budget global du Service de la santé publique. Dès le 01.01.1999, le centre valaisan de pneumologie a introduit 4 forfaits par cas (réhabilitation cardiaque, réhabilitation diverse, pneumologie et chirurgie thoracique).

4.3.2 Financement par les assureurs

Le financement se base sur les forfaits journaliers pour les hôpitaux de psychiatrie et sur les forfaits par cas pour le CVP.

4.3.3 Résultats d'exploitation

Le résultat d'exploitation de ces établissements est affecté à un fonds de stabilisation des forfaits.

4.4 Etablissements médico-sociaux (EMS)

Introduction

En Valais, en 1998, 31 EMS à caractère public bénéficient d'une aide financière à l'exploitation de la part de l'Etat.

Bases légales

L'art. 125 de la loi sur la santé du 9 février 1996 précise :

« La participation du canton aux dépenses d'exploitation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées s'élève au maximum à 30 % des dépenses retenues, sur la base d'enquêtes périodiques et conformément à la planification ».

L'art. 20 de l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 20 novembre 1996 indique :

«Sont retenues au subventionnement les dépenses pour les soins aux personnes âgées résidant dans un établissement médico-social. Ces dépenses sont définies sur la base d'un décompte analytique présenté annuellement pour chaque établissement conformément aux directives du Département ».

Les dépenses retenues d'un EMS comprennent toutes les dépenses d'exploitation du secteur soin c'est-à-dire :

- salaires et charges sociales du personnel en secteur soin et
- matériel médical et
- un pourcentage de charges indirectes.

Système de subventionnement

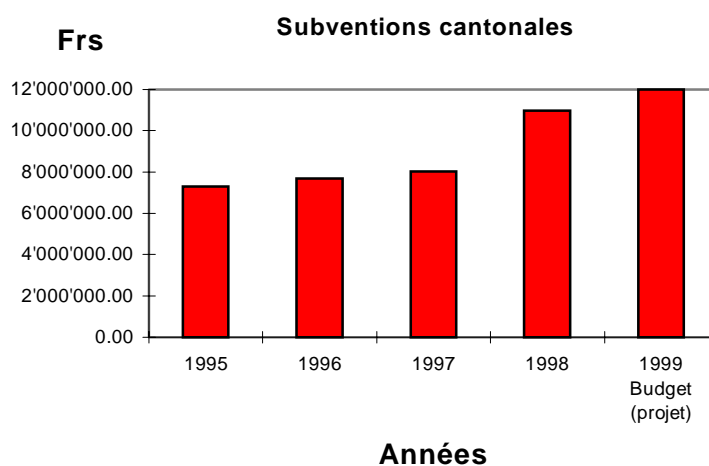
Le service de la santé publique regroupe le montant des dépenses retenues relatives à chaque EMS pour former un seul total dont le pourcentage de subventionnement peut aller jusqu'à 30 % des dépenses d'exploitation. En 1998, en fonction du nombre de lits reconnus, ce montant a été réparti, entre les 31 EMS subventionnés.

En ce qui concerne le subventionnement des investissements d'un EMS, la particularité est qu'un investissement supérieur à Fr. 500'000.- doit faire l'objet d'une demande au Service de

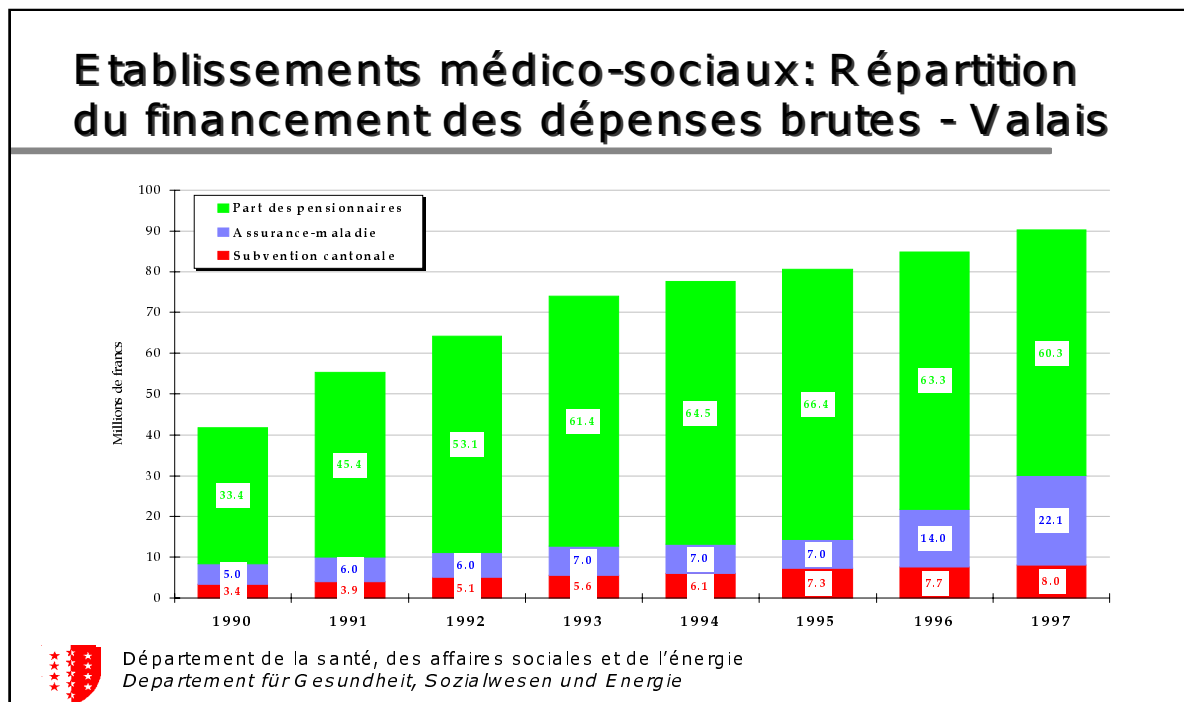
la santé publique qui propose d'accorder ou de refuser la subvention au même taux de 30 %. Le solde de ces dépenses, ainsi que les charges financières sur des projets inférieurs à Fr. 500'000.- font partie des dépenses d'exploitation, à moins qu'elles ne soient prises en charge par des tiers (fondation, communes, etc.).

Evolution des montants des subventions cantonales aux frais d'exploitation

<u>Année</u>	<u>Dépenses totales d'exploitation</u>	<u>Subventions cantonales</u>
1995	80'752'000.00	7'309'600.00
1996	84'994'000.00	7'681'600.00
1997	90'544'000.00	8'031'100.00
1998	95'000'000.00 estimation	10'984'000.00
1999 Budget (projet)	100'000'000.00 estimation	12'000'000.00



Le graphique ci-dessous résume l'évolution de la répartition du financement des établissements médico-sociaux valaisans pendant les années 1990 :



4.5 Centres médico-sociaux (CMS)

Introduction

Les centres médico-sociaux (CMS), dont la mission est de développer l'aide et les soins à domicile, sont animés par des professionnels de la santé et du social afin de pouvoir offrir des prestations à toute la population quel que soit son statut social ou son lieu de résidence.

Bases légales

L'art. 126 de la loi sur la santé du 9 février 1996 précise :

« La participation du canton aux dépenses d'exploitation des centres médico-sociaux s'élève à 50 % de l'excédent des dépenses retenues, le solde étant pris à la charge des communes ».

L'art. 21 de l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 20 novembre 1996 indique :

« Les centres médico-sociaux reçoivent une enveloppe budgétaire globale couvrant le 50 % de l'excédent des dépenses d'exploitation retenues. La participation cantonale définitive est établie après acceptation des comptes ».

Système de subventionnement

Selon la décision du Conseil d'Etat du 29.11.1995, de nouvelles règles de planification et de subventionnement des centres médico-sociaux ont été fixées.

Ainsi dès 1997, le subventionnement cantonal est octroyé sous la forme d'un budget global calculé sur la base de la population desservie de chacun des 6 centres régionaux.

Montant alloué (participation cantonale aux déficits)

Les montants globaux alloués aux six centres médico-sociaux régionaux (CMSR) s'élèvent à :

<u>Année</u>	<u>Montants en Fr.</u>
1998	6'613'000.00
1999 (provisoire)	7'000'000.00

Dans les cas où le montant du budget demandé par un CMSR et approuvé par le service de la santé était inférieur au montant effectivement disponible, cette différence « non demandée » est affectée aux centres médico-sociaux qui dépassent le cadre prévu.

Le graphique suivant indique les différences entre les six Centres médico-sociaux régionaux concernant le degré d'utilisation du budget mis à disposition par le canton en 1998. Alors que les régions de Monthey et de Sion épuisent les subventions cantonales disponibles, les autres Centres régionaux n'utilisent pas intégralement ces subventions.

Erreur! Liaison incorrecte.

Evolution des montants

<u>Année</u>	<u>Résultat arrondi</u> (déficit) Fr.		<u>Subventions cantonales</u> (arrondies) Fr.
1996	9'977'000.00	cpte 1996	4'770'700.00
1997	10'653'000.00	cpte 1997	5'326'400.00
1998	13'397'000.00	budget 1998	6'613'000.00
1999	14'000'000.00	budget 1999	7'000'000.00 (prov.)

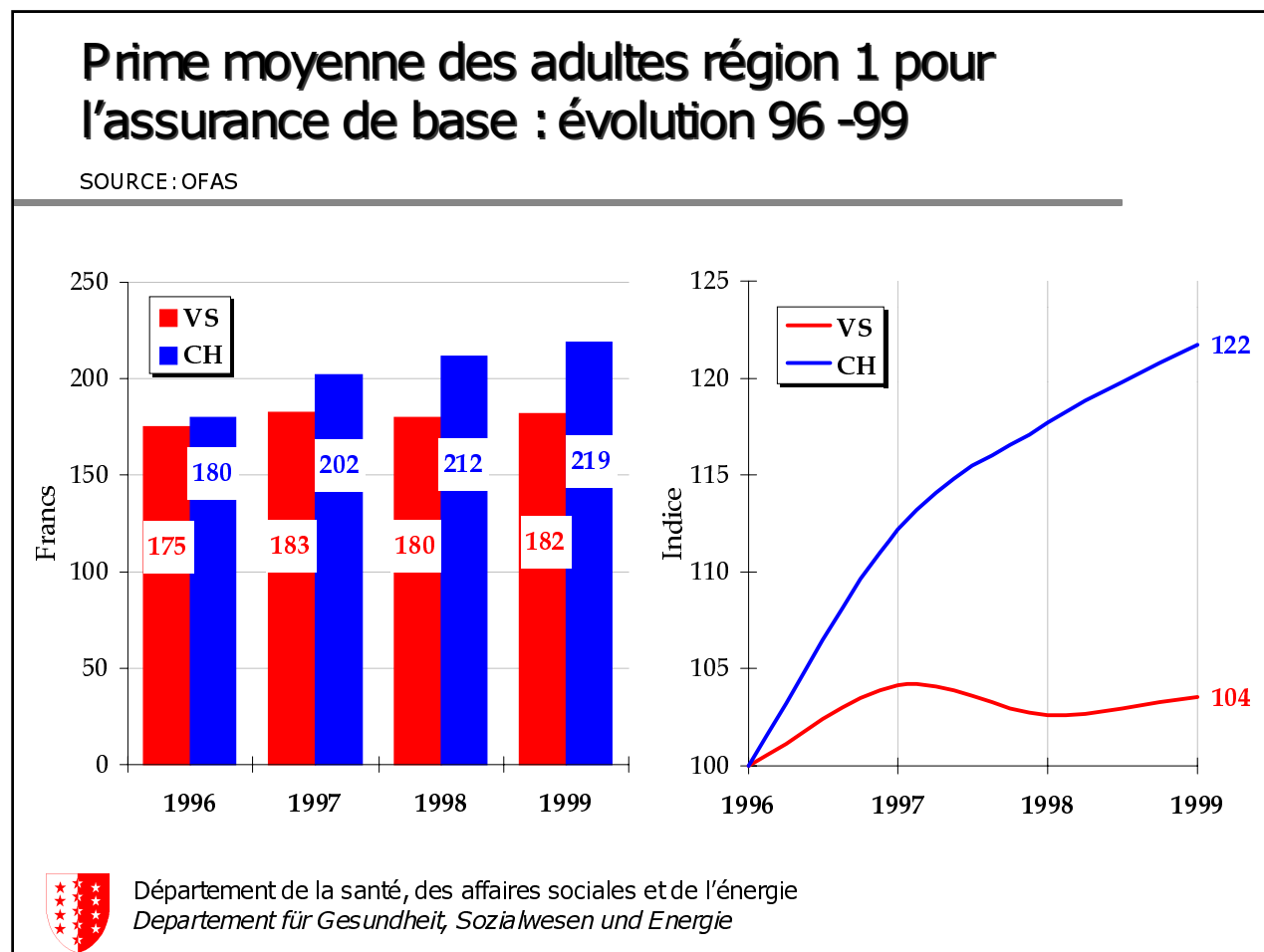
5. ASSURANCE-MALADIE

5.1 Evolution et contrôle des primes d'assurance-maladie

Evolution des primes d'assurance-maladie 1996-1999

Depuis le 1^{er} janvier 1996, les primes sont fixées par assureurs et par région. 1998 est la troisième année d'application de la nouvelle loi d'assurance-maladie. Les primes sont fort différentes selon les cantons; elles sont le reflet des coûts cantonaux et révèlent des comportements de consommation médicale et d'organisation médico-hospitalière.

La comparaison des primes moyennes 1996-1999 valaisannes et suisses pour la région 1 (la plus chère) montre que les primes augmentent moins en Valais (+4%) qu'en moyenne suisse (+22%).

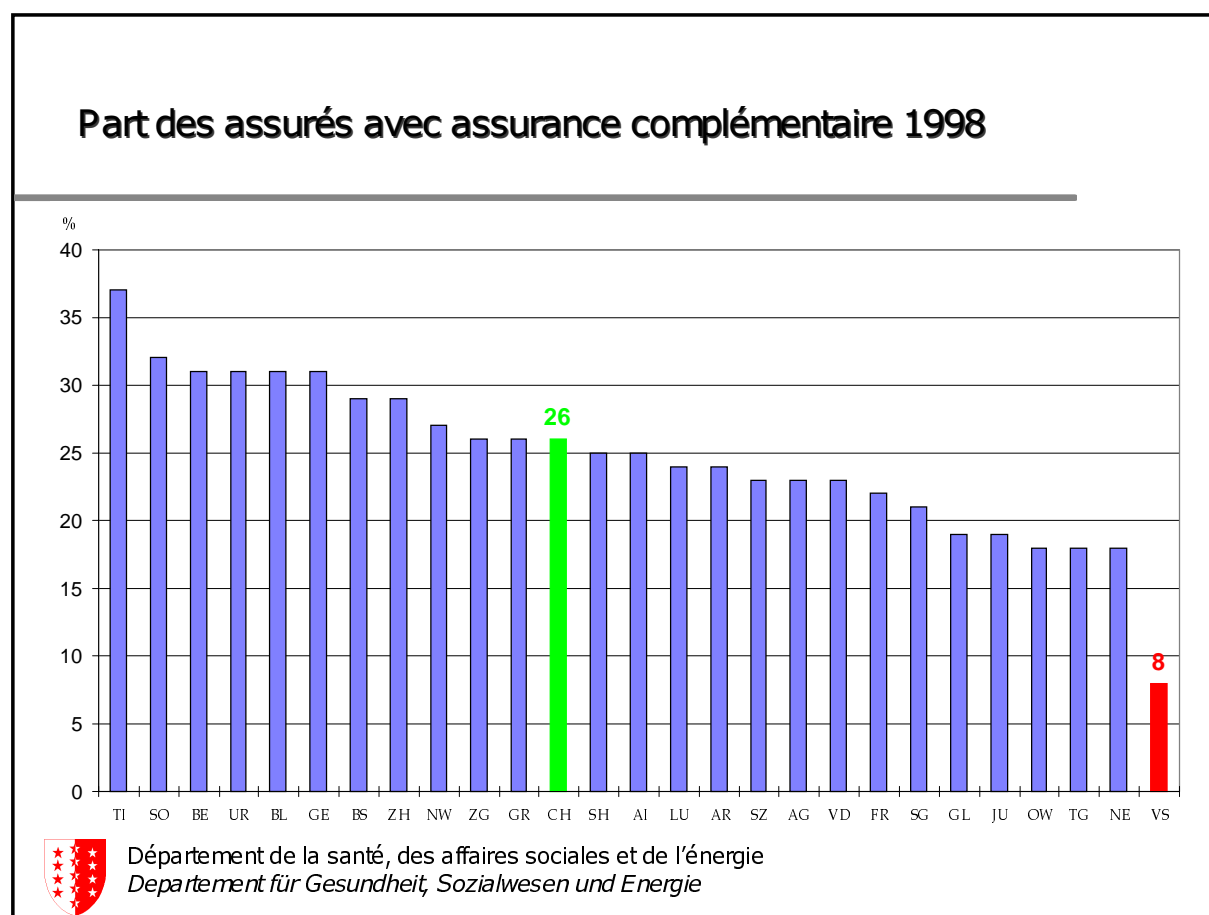


Primes d'assurance-maladie 1999

En 1999, les primes moyennes valaisannes (toutes régions confondues) se situent nettement en-dessous de la moyenne suisse, soit, pour la région 1, à Fr. 182.-, respectivement pour la Suisse à Fr. 219.-, pour la région 2, à Fr. 166.-, respectivement à Fr. 201.-, pour la région 3, à Fr. 165.-, respectivement à Fr. 195.-. De même, la variation des primes moyennes valaisannes des adultes entre 1998 et 1999, toutes régions confondues restent très faibles dans notre canton, entre 0.60% (région 2) et 0.94% (région 1).

Part des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation en 1998

Dans notre canton, en 1998, 8% des assurés sont au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation, alors qu'en moyenne suisse, ce pourcentage s'élève à 26% comme l'indique le graphique ci-dessous.



Evolution des coûts à charge de l'assurance-maladie

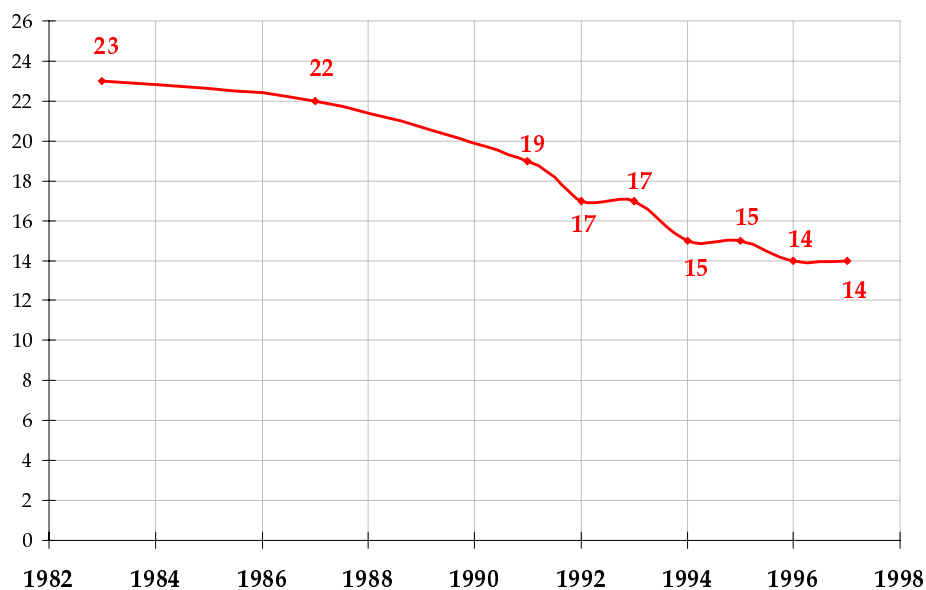
En Valais, les coûts par assuré de l'assurance de base s'élève à Fr. 789.- en 1983 et à Fr. 1'610.- en 1997. L'augmentation des coûts globaux entre 1996 et 1997 dans notre canton est de 6%. Cette croissance est essentiellement attribuable à l'évolution des frais ambulatoires (médicaments inclus) et dans une moindre mesure à l'évolution des frais des EMS et des services d'aide et de soins à domicile.

En moyenne suisse, en 1997, les coûts par assuré de l'assurance de base s'élève à Fr. 1'826.--.

L'analyse du coût moyen des prestations de l'assurance de base par assuré montre que le Valais a clairement amélioré sa position parmi les cantons suisses au cours des dernières années passant du 23^e rang en 1983 au 14^e rang en 1997. Ceci constitue un excellent résultat dans la mesure où seuls 7 cantons ont amélioré leur position durant la même période.

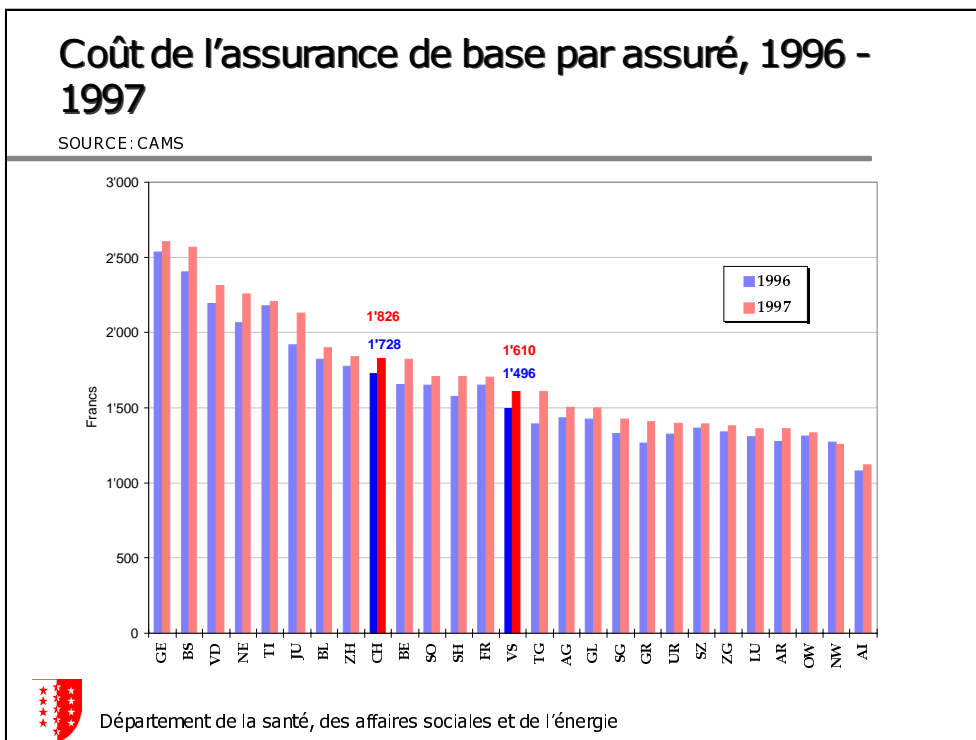
Assurance maladie: Coût de l'assurance de base par assuré, rang du canton du Valais

SOURCE: CAMS, Helvetia

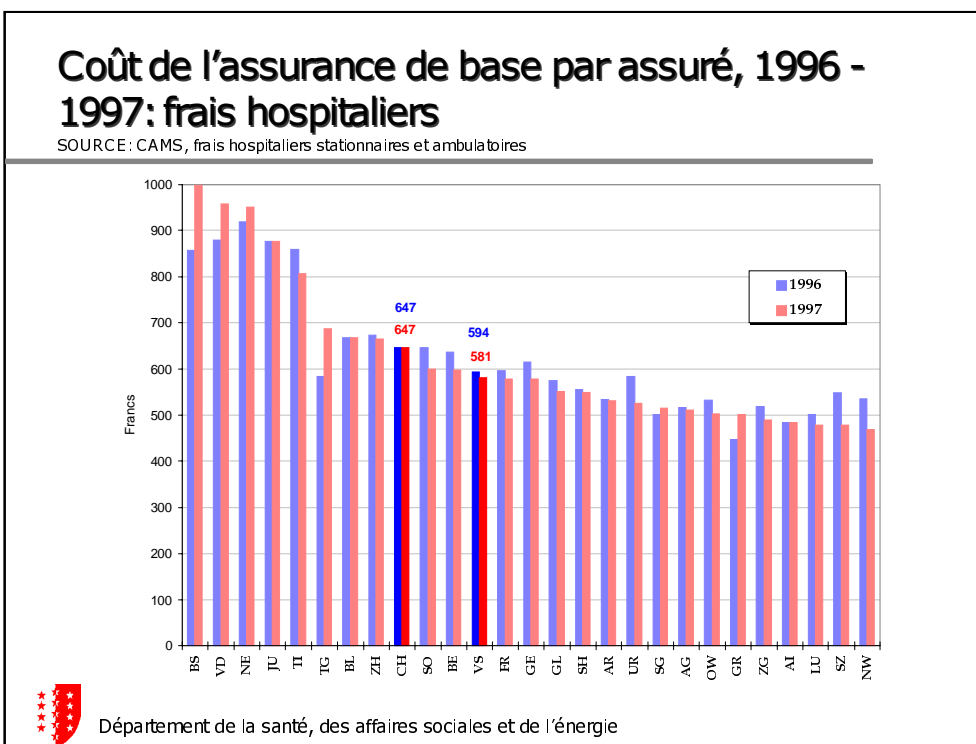


Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie

Les graphiques ci-dessous mettent en évidence une comparaison entre les coûts par assuré en Valais et en Suisse.

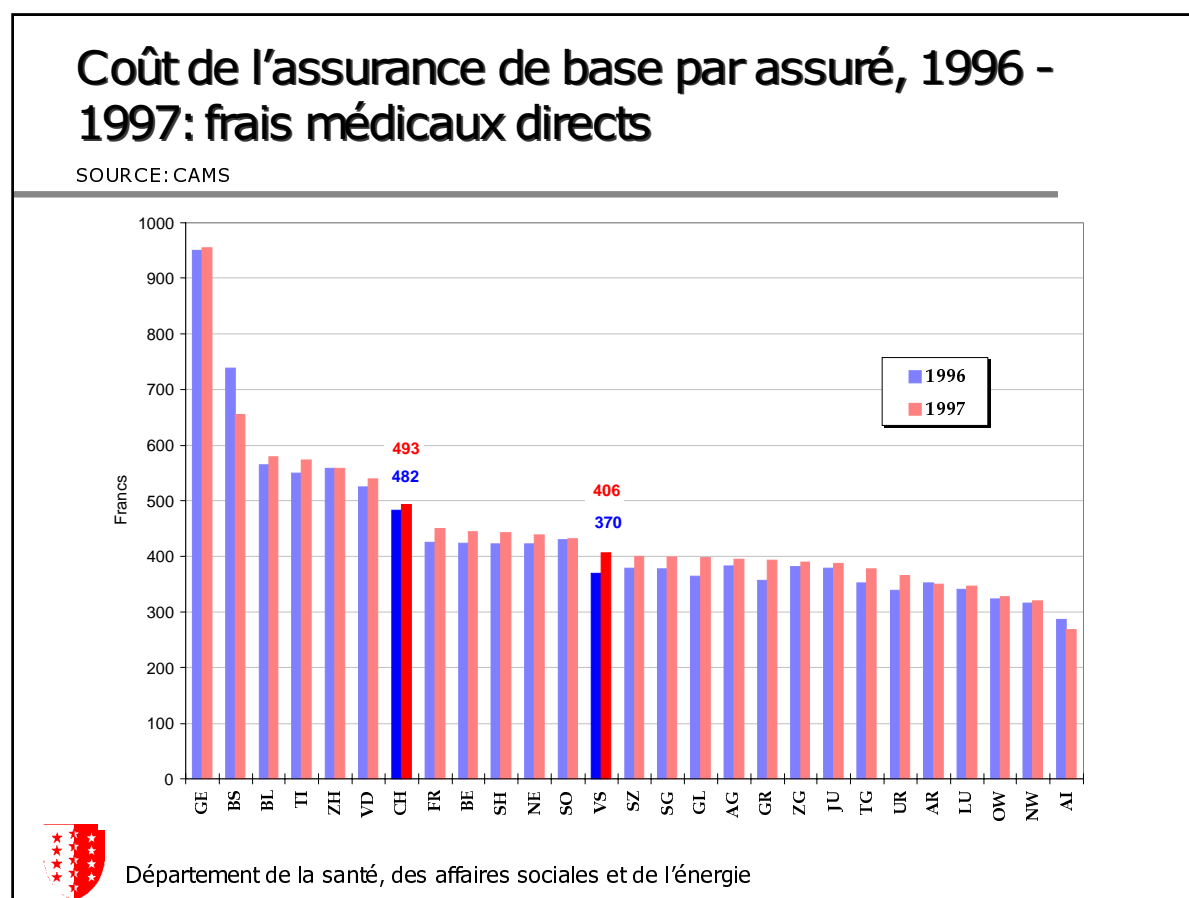


Les coûts par assuré, en Suisse, pour l'ensemble des prestations de base varient considérablement en 1997. **Le coût total par assuré dans notre canton, soit Fr. 1'610.--, est inférieur de 12 % à la moyenne suisse. Parmi les cantons romands, le Valais enregistre les coûts totaux par assuré les plus bas.**



A travers l'évolution des coûts hospitaliers par assuré, apparaissent clairement les efforts d'économie entrepris par le canton du Valais ces dernières années dans ce secteur.

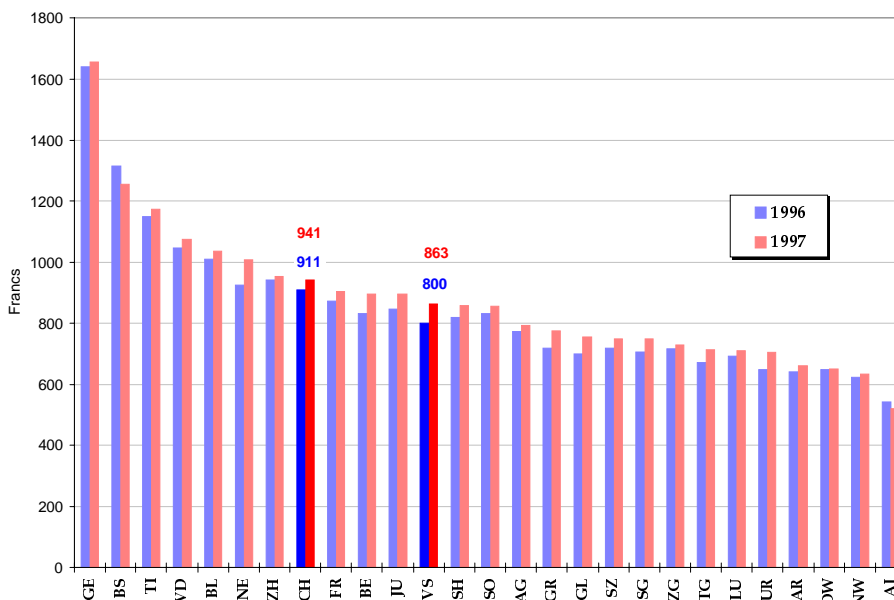
Les coûts hospitaliers par assuré en Valais ont diminué entre 1996 et 1997 passant de Fr. 594.- à Fr. 581.- et ils se situent à un niveau inférieur de la moyenne suisse (8% en 1997). En moyenne suisse, ces coûts sont restés stables, soit Fr. 647.- par assuré. Les coûts hospitaliers par assuré dans le canton de Bâle-ville - les plus élevés de Suisse - se situent à plus de 70 % au-dessus des coûts du canton du Valais, alors que les coûts hospitaliers par assuré dans le canton de Nidwald - les plus bas - se situent à seulement 20 % en dessous de ceux du Valais (1997).



En 1997, le secteur ambulatoire induit plus de la moitié des coûts par assuré de l'assurance de base. Les médecins représentent la part la plus importante du secteur ambulatoire. Dans notre canton, en 1997, les coûts des médecins par assuré se situent à Fr. 406.-, alors qu'en moyenne suisse, ils atteignent Fr. 493.-.

Coût de l'assurance de base par assuré, 1996 - 1997: frais médicaux ordonnés

SOURCE: CAMS, frais médicaux directs, de médicaments, de laboratoire, de physiothérapie

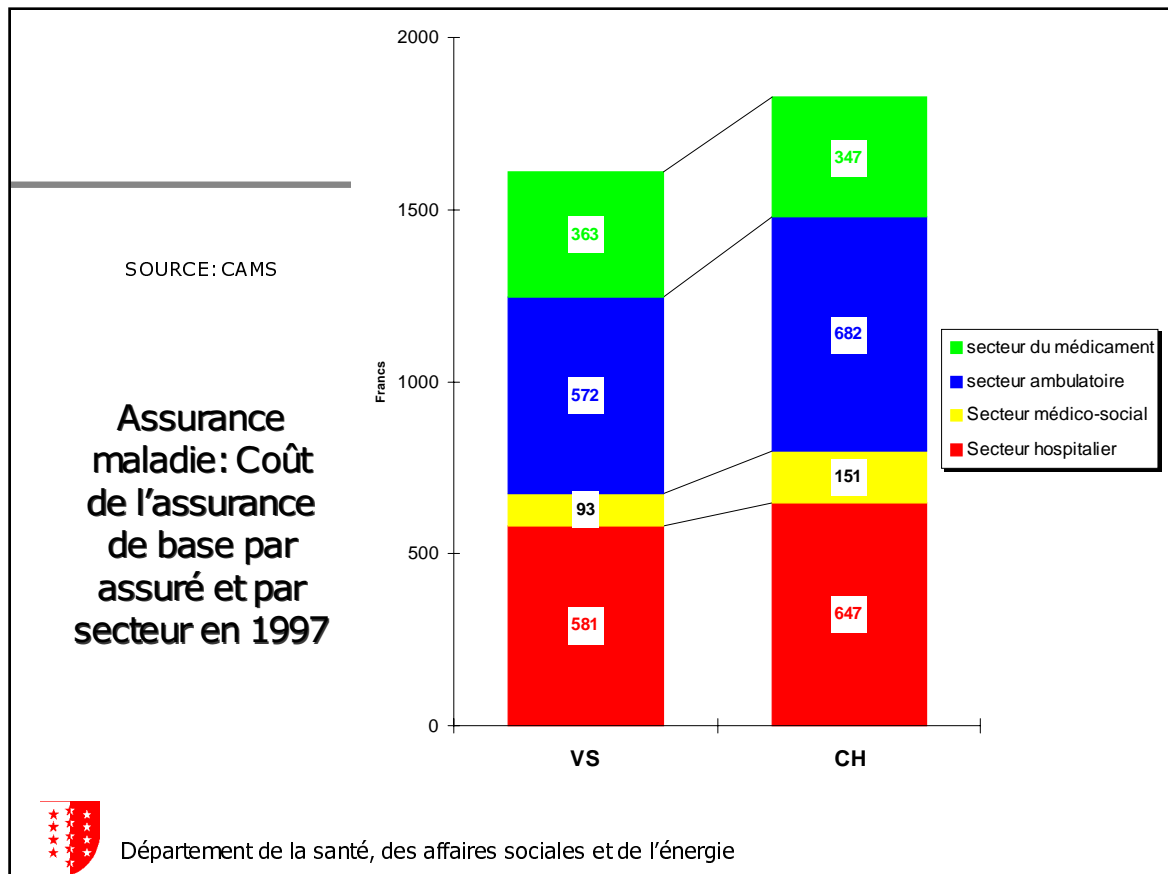


Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

Concernant les frais ordonnés par les médecins (frais médicaux directs, médicaments, laboratoire et physiothérapie), avec Fr. 863.- par assuré en 1997, les coûts dans notre canton se situent également à un niveau inférieur de la moyenne suisse.

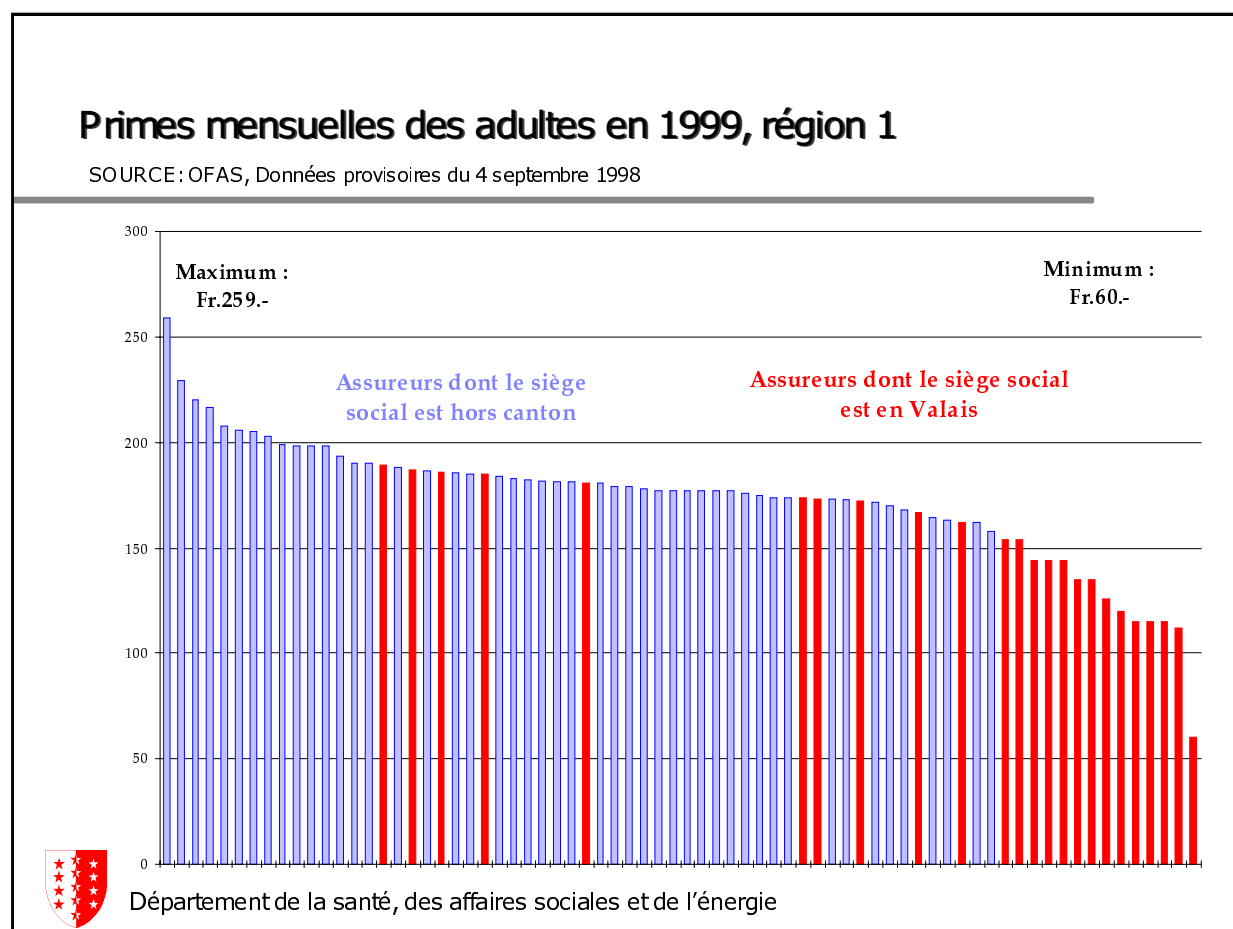
Ainsi, comme indiqué dans le graphique ci-dessous, la situation de notre canton par rapport à la moyenne suisse dans le domaine des coûts à charge de l'assurance-maladie est très favorable.

Dans l'ensemble des secteurs, à l'exception de celui des médicaments, les coûts par assuré valaisan se situent à un niveau inférieur à la moyenne suisse. Dans certains cas, les coûts par assuré dans notre canton se situent également à un niveau inférieur des coûts des autres cantons romands.



Contrôle des primes

Le canton du Valais est celui où exerce le plus grand nombre de caisses-maladie (75) et où les primes appliquées montrent le plus grand degré de dispersion. Les primes des assureurs dont le siège social se trouve hors canton sont généralement plus élevées que celles des caisses valaisannes, comme l'indique le graphique ci-dessous.



Procédure d'approbation des primes 1998

Sur demande des cantons, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) les a associés pour la première fois à la procédure d'approbation des primes 1998 en consacrant du temps aux représentants des cantons pour leur fournir des éléments d'analyse pour quelques assureurs.

Suites aux différentes analyses effectuées par le canton et en accord avec le Département, l'OFAS a décidé de revoir certaines primes à la baisse et a annoncé qu'après de nouvelles négociations avec les assureurs, la prime moyenne valaisanne adulte (région 1) a enregistré une diminution d'environ 1.5% par rapport à 1997 (les assureurs prévoient de leur côté une hausse de 0.16%).

Le canton du Valais obtient le meilleur résultat de Suisse avec les réductions moyennes des primes adultes suivantes : de -1.95% (région 3) à -1.51% (région 1).

En Suisse, l'augmentation moyenne des primes se situe autour de 5%.

Variation des primes moyennes cantonales des adultes 1997-1998

Var. 97/98 Canton	Région 1 (plus chère)	Région 2 (moyenne)	Région 3 (moins chère)
VS	-1.51 %	-1.74 %	-1.95 %
CH	4.85 %	4.79 %	4.27 %

Ce résultat est satisfaisant dans la mesure où il s'agit du meilleur résultat enregistré en Suisse et où l'on constate pour la première fois une diminution moyenne des primes au niveau cantonal après de nombreuses années de croissance.

Les primes moyennes valaisannes 1998, toutes régions confondues, se situent à un niveau inférieur à la moyenne suisse. Par exemple, en 1998, la prime moyenne adulte, région 1 s'élève dans notre canton à Fr. 179.95, au niveau suisse, celle-ci s'élève à Fr. 211.66.

***Primes moyennes cantonales des adultes dans l'assurance de base des soins
(avec risque accident) en 1998***

Canton	Région 1 (plus chère)	Région 2 (moyenne)	Région 3 (moins chère)
VS	Fr. 179.95	Fr. 164.57	Fr. 164.11
CH	Fr. 211.66	Fr. 196.35	Fr. 191.06

Procédure d'approbation des primes 1999

Pour la deuxième année consécutive, le canton du Valais a participé à la procédure d'approbation des primes d'assurance-maladie.

Par rapport à 1997, les documents remis par les assureurs-maladie à l'OFAS et auxquels les collaborateurs du service de la santé ont eu accès ont été améliorés, notamment en ce qui concerne le détail des coûts des prestations à charge de l'assurance-maladie.

Après analyse des données transmises par 23 assureurs, la délégation du canton du Valais ayant constaté notamment une tendance à la surestimation par les assureurs des coûts pour

1998 et 1999 ainsi que du volume des réserves et des provisions disponibles chez certains assureurs a proposé à l'OFAS de réexaminer à la baisse les primes de 9 assureurs-maladie.

Les résultats montrent que les primes moyennes valaisannes (toutes régions confondues) se situent, pour 1999, nettement en-dessous de la moyenne suisse.

**Primes moyennes cantonales des adultes dans l'assurance de base des soins
(avec risque accident) en 1999**

Canton	Région 1 (plus chère)	Région 2 (moyenne)	Région 3 (moins chère)
VS	Fr. 181.68	Fr. 165.56	Fr. 165.33
CH	Fr. 218.85	Fr. 201.32	Fr. 195.43

De même, les variations de primes entre 1998 et 1999 restent très faible dans notre canton , entre 0.60% (région 2) et 0.96% (région 1).

Variation des primes moyennes cantonales des adultes 1998-1999

Var. 98/99 Canton	Région 1 (plus chère)	Région 2 (moyenne)	Région 3 (moins chère)
VS	0.96 %	0.60 %	0.74 %
CH	3.40 %	2.53 %	2.29 %

5.2 Subventionnement des primes d'assurance-maladie des assurés de condition économique modeste

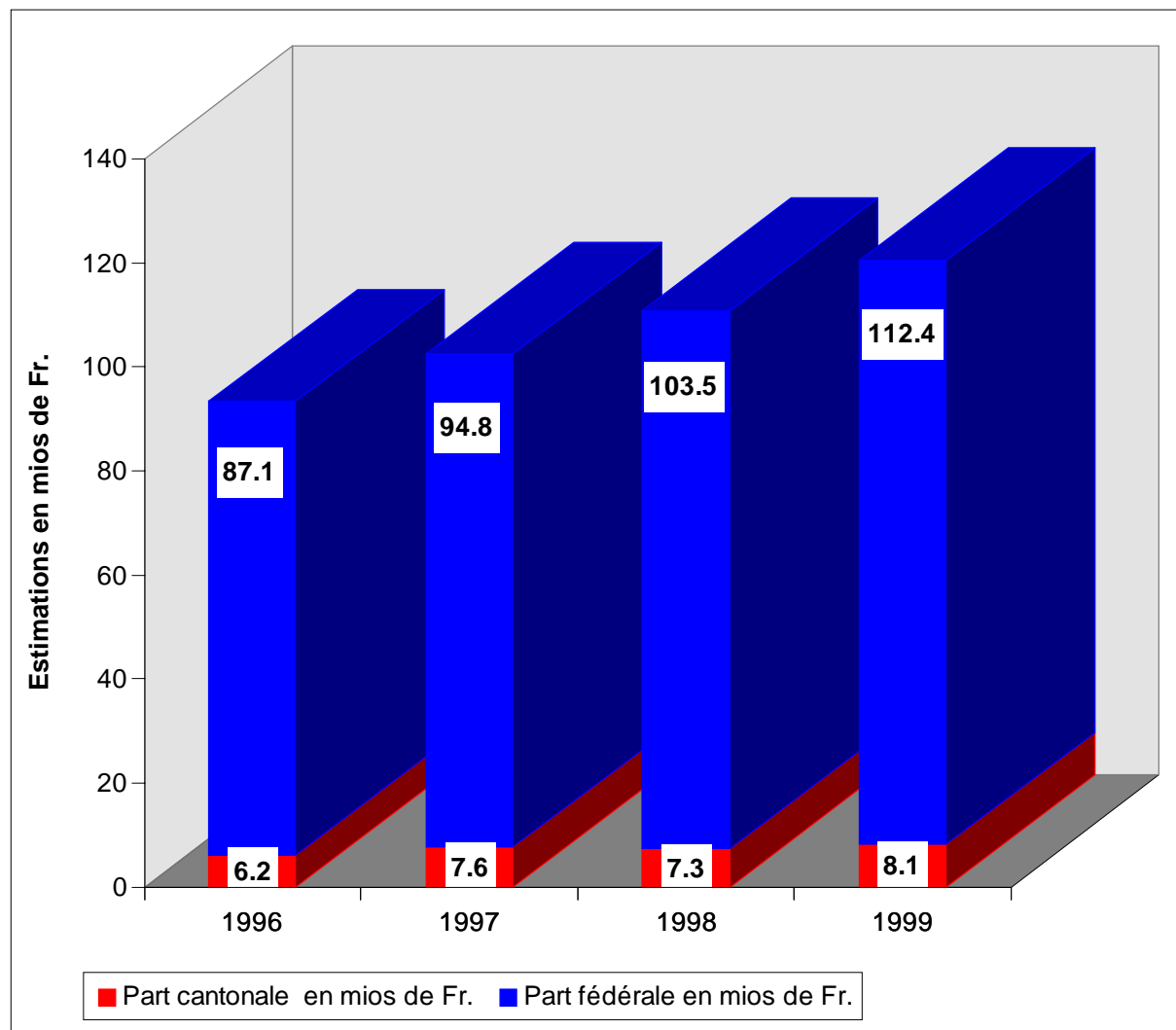
Financement

En 1995, la participation de la Confédération s'élevait à 26.1 millions (AFU).

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie - LAMal - le 1^{er} janvier 1996, les montants à disposition du canton du Valais pour la réduction des primes n'ont cessé de croître : entre 1996 et 1999, l'augmentation se situe autour de 30% : de 93.3 millions en 1996, les subsides aux cotisations d'assurance-maladie atteindront, au total, 120.5 millions en 1999.

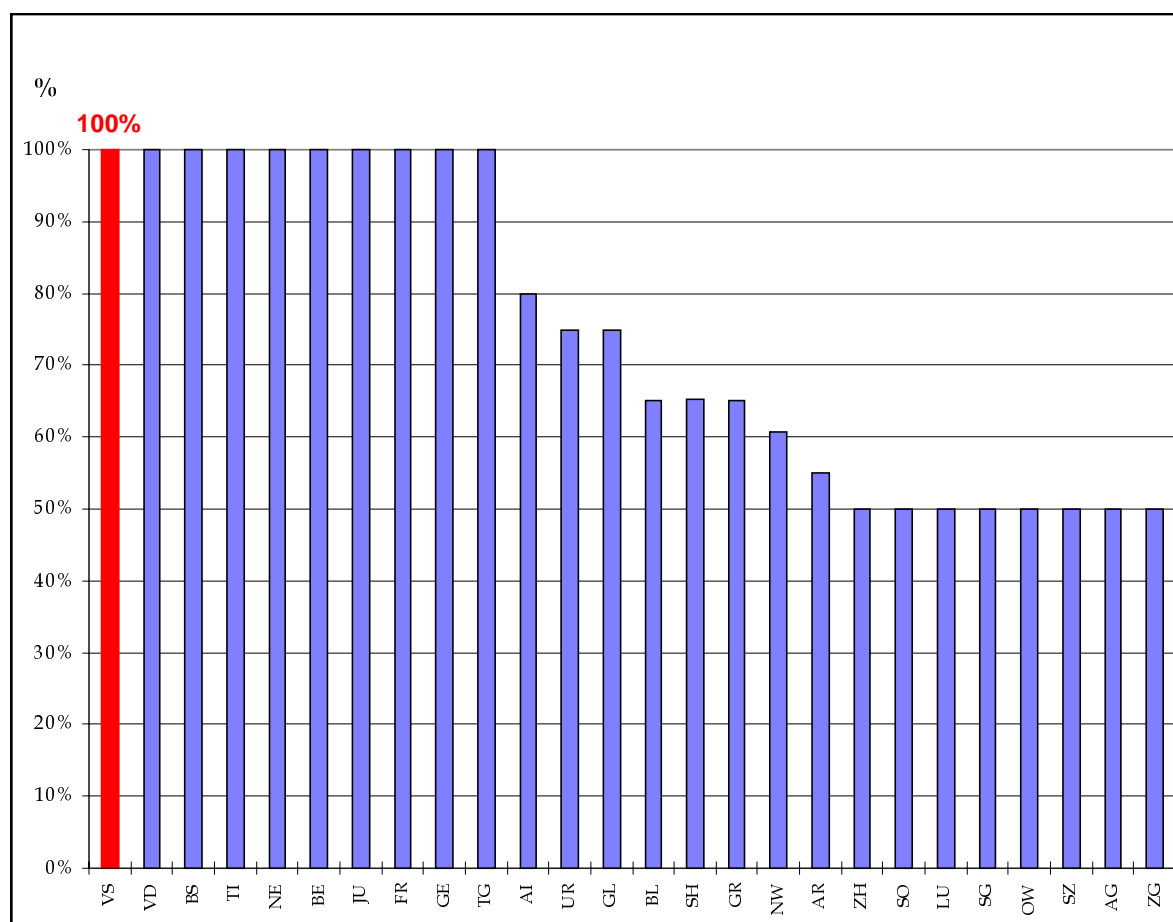
Pour l'année 1998, dans le canton du Valais, les montants à disposition pour la réduction des primes des assurés de condition économique modeste s'élevaient au total, à 110.8 millions de Fr., soit: Confédération:103.5 millions/ Canton: 7.3 millions.

Montants disponibles pour la réduction des primes (1996-1999)



Le canton du Valais a utilisé la totalité des montants à sa disposition entre 1996 et 1998. Sous réserves de décision prise par le Grand Conseil, la part cantonale du subventionnement sera adaptée automatiquement en fonction de la part décidée par la Confédération.

Mise à contribution de la subvention fédérale en % (1998)



Source: CAMS

Nombre de bénéficiaires

Le nombre de personnes bénéficiaires de subvention est lui aussi en constante augmentation.

En 1995, près de 45'000 personnes ont reçu des subventions. Entre 1996 et 1999, le nombre de bénéficiaires passerait de 69'000 à 97'000, soit une augmentation de l'ordre de 40%.

Pour l'année 1998, près de 80'000 personnes ont bénéficié de subvention à l'assurance maladie, soit environ le 30% de la population valaisanne (prévisions).

Limites de revenu

Pour 1999, les limites de revenus suivantes ont été fixées par le Conseil d'Etat:

	<u>1999</u>	<u>1998</u>
Personne seule, sans enfant	Fr. 29'000	Fr. 27'000
Personne seule, avec un enfant	Fr. 49'650	Fr. 46'450
Couple, sans enfant	Fr. 43'500	Fr. 40'500
Couple, avec un enfant	Fr. 54'000	Fr. 50'500
Couple, avec deux enfants	Fr. 64'500	Fr. 60'500
Couple, avec trois enfants	Fr. 75'000	Fr. 70'500

Le complément linéaire par enfant supplémentaire est de Fr. 10'500 Les limites de revenus retenues par le Conseil d'Etat tiennent particulièrement compte du nombre d'enfants à charge.

Taux de subventionnement

Pour 1999, le Conseil d'Etat a fixé les classes de l'échelle dégressive de subventionnement. Comme en 1998, 4 classes de bénéficiaires ont été définies:

Classe	Taux de subvention
Classe 1	100%
Classe 2	80%
Classe 3	60%
Classe 4	40%

Les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS /AI obtiennent le subventionnement de 100% de la prime de référence.

Primes moyennes régionales retenues

Les primes moyennes régionales retenues pour le subventionnement 1999 ont été fixées par le Conseil d'Etat.

Catégorie	Haut-Valais	Bas Valais
Adultes	Fr. 1800.-	Fr. 2100.-
Enfants	Fr. 630.-	Fr. 735.-

Anciens bénéficiaires de subventions : Simplification de la procédure

Les assurés pour lesquels une subvention 1998 a été versée qui sont restés affiliés auprès du même assureur au premier janvier 1999 et qui auraient droit à une subvention en 1999 ont reçu une notification confirmant leur droit à la subvention 1999. Ils n'auront donc pas de démarches particulières à entreprendre.

Cette simplification administrative a permis d'accélérer le processus d'octroi des subventions.

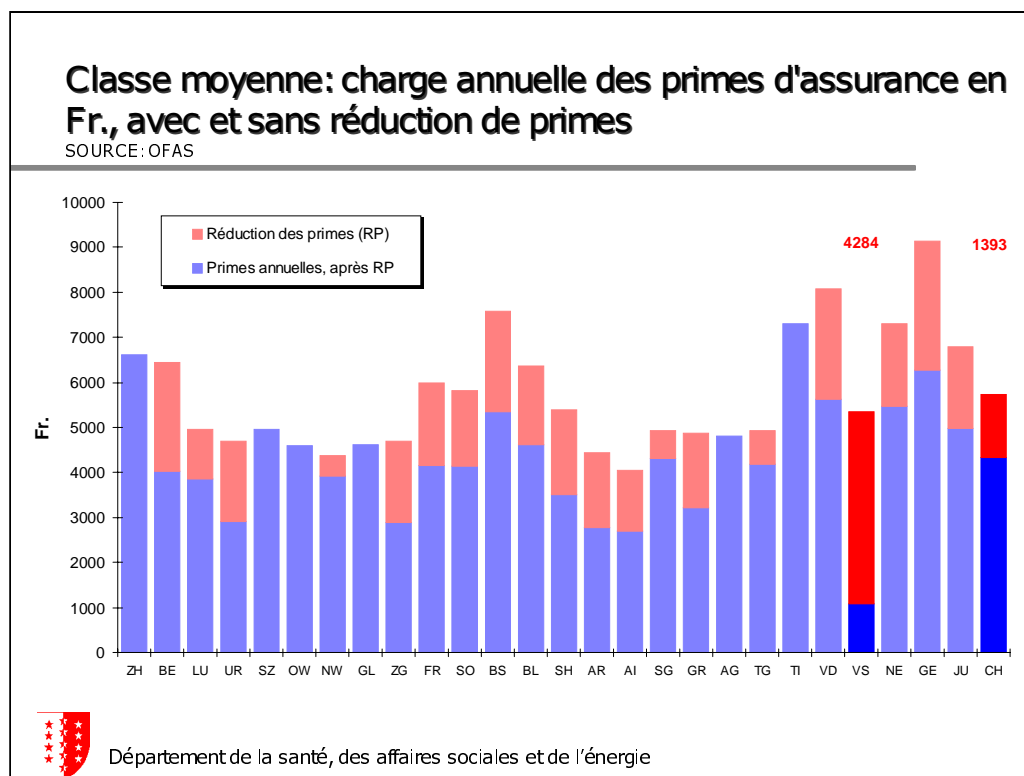
Révision de la loi sur l'assurance maladie et de l'arrêté sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

2 projets de révision sont actuellement en discussion :

- L'arrêté fédéral sur la fixation des subsides fédéraux destinés à la réduction des primes pour la période de 2000 à 2003.
- La révision partielle de la LAMal : les cantons devront notamment veiller, lors de l'examen des conditions d'octroi, à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération.

Efficacité socio-politique de la réduction des primes dans les cantons

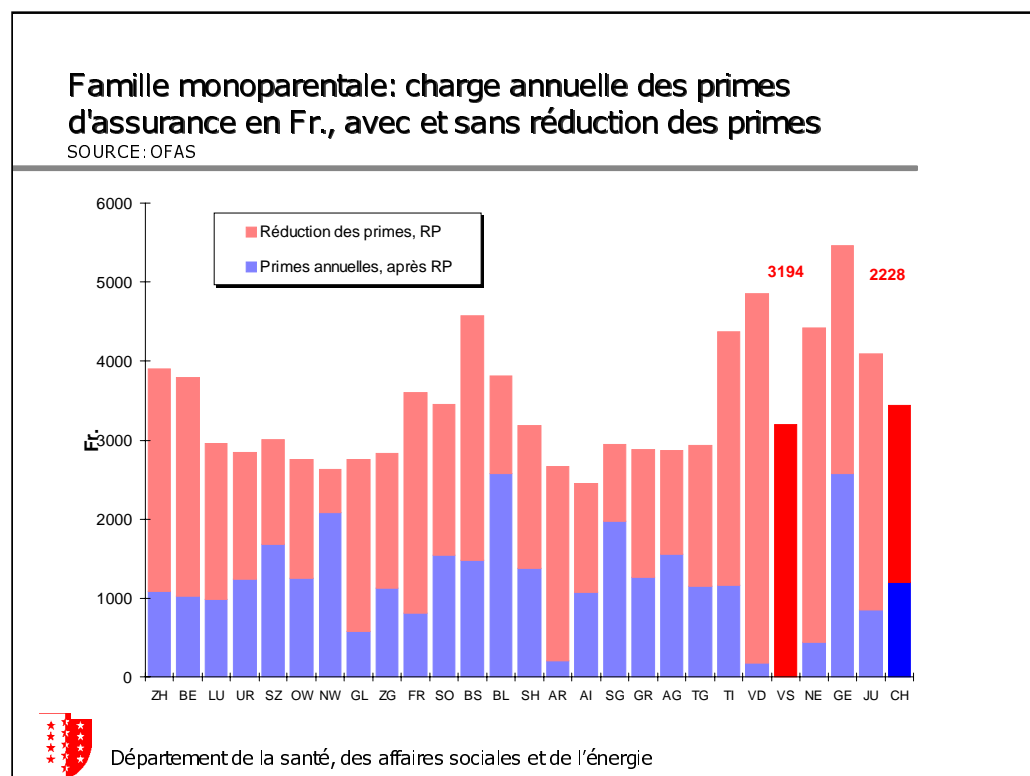
Dans un récent rapport publié par l'Office fédéral des assurances sociales (1998), le thème de l'efficacité socio-politique de la réduction des primes dans les cantons a été abordé. On y trouve notamment les résultats suivants pour notre canton.



Le tableau ci-dessus indique ce que coûte l'assurance obligatoire des soins pour une famille type (2 adultes, 2 enfants, revenu brut : Fr. 70'000.--, fortune Fr. 100'000.--) avant et après la réduction des primes pour les différents cantons.

Dans le canton du Valais, on observe un effet d'allègement très marqué (réduction de primes de l'ordre de Fr. 4'300.--). Ainsi, avec Fr. 1'070.-- par an pour toute la famille, la charge des primes d'assurance dans le canton du Valais est la plus basse de Suisse.

L'allègement moyen, tous cantons confondus, s'établit à environ Fr. 1'400.--. La prime annuelle moyenne pour la famille passe de Fr. 5'700.-- à Fr. 4'300.--



Le tableau ci-dessus représente pour une famille monoparentale (un adulte, 2 enfants, revenu brut : Fr. 40'000.--) la charge que présente l'assurance obligatoire des soins avant et après la réduction des primes.

Tous les cantons accordent une réduction des primes aux personnes qui élèvent seules 2 enfants et qui ont un revenu assez bas.

Le canton du Valais est le seul à prendre en charge l'intégralité des primes d'assurance-maladie de ce type de ménage.

En moyenne suisse, la réduction des primes permet tout de même d'alléger de manière importante la charge incombant aux familles monoparentales, celle-ci passant de Fr. 3'400.-- à Fr. 1'200.--.

6. COLLABORATION INTERCANTONALE

6.1 Généralités

Tant pour des raisons liées à la qualité des prestations (en tant que canton non universitaire) que pour des raisons financières (coûts des hospitalisations hors canton), le Valais a, dans le domaine de la santé, depuis longtemps cherché à développer la collaboration intercantonale notamment en passant une série de conventions avec ses cantons voisins. Par exemple, une convention sera prochainement signée avec l'Inselspital à Berne dans le domaine de l'oncologie.

Le Département participe en outre à une quantité de travaux menés sur le plan intercantonnel, que ce soit dans le domaine de la statistique sanitaire, des systèmes de classification des patients, des solutions de mesure de la charge en soins, de la dotation en personnel, de l'assurance-maladie, de l'hospitalisation hors canton, permettant ainsi d'y apporter son expérience, ses résultats et ses acquis et d'y prendre connaissance de solutions alternatives développées ailleurs. La Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) est d'ailleurs actuellement présidée par le chef du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais.

6.2 Convention de collaboration dans le domaine de la chirurgie cardiaque, de la cardiologie, de l'anesthésiologie et de la médecine intensive chirurgicale

Une première convention dans le domaine de la chirurgie cardiaque prévoyant une collaboration entre le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et l'hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey a pu être conclue en 1993 déjà. Dès lors, des prestations de pointe dans le domaine de la chirurgie cardiaque pourront être fournies à la population valaisanne sous la forme de chirurgie déléguée du CHUV par l'hôpital régional de Sion. Cette collaboration entre les deux établissements précités a pu être étendue et intensifiée, étant donné qu'une nouvelle convention-cadre de collaboration dans le domaine hospitalier a pu être signée en juin 1996. Cet accord recouvre en sus les domaines de la cardiologie, de l'anesthésiologie et de la médecine intensive chirurgicale. De cette façon, les relations et engagements permanents des parties contractantes, à savoir le Département de la santé publique, la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, le Service des Hospices cantonaux pour le canton de Vaud, le Département de la santé publique et l'hôpital régional de Sion-Hérens-Conthey pour celui du Valais sont bien définies en vue de mettre en oeuvre des projets de collaboration correspondant aux intérêts mutuels.

Ainsi, le CHUV sera en mesure de coordonner des activités spécialisées avec des hôpitaux ayant un équipement adéquat, tout en améliorant la masse critique de patients et en augmentant les capacités de recherche et d'enseignement. Pour sa part, l'hôpital de Sion dispose de compétences et d'un environnement clinique très développé. C'est donc un lieu privilégié pour mettre en oeuvre une telle coordination.

6.3 Convention-cadre de collaboration dans les domaines de la pneumologie et de la chirurgie thoracique

En février 1997, les cantons de Genève et du Valais ont conclu une convention de collaboration dans ce domaine. Cette convention s'inscrit dans le cadre de la mise en oeuvre des mesures de planification hospitalière décidées par le Conseil d'Etat en décembre 1996, en ce qui concerne notamment l'attribution de la chirurgie thoracique au Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana. Il s'agit en effet de garantir une qualité appropriée des prestations et d'assurer des possibilités de collaboration avec les chirurgiens valaisans ayant la formation et l'expérience requises dans cette spécialité.

6.4 Conventions-cadre de collaboration dans le domaine de la santé publique

6.4.1 Convention-cadre de collaboration dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé

Quant à la convention-cadre de collaboration dans le domaine de la santé publique du 13 juin 1996, son objet est de mettre à disposition de notre canton, les études réalisées et les nouvelles méthodes d'analyse expérimentées dans le domaine de la prévention par les instituts universitaires vaudois. Le canton du Valais dispose d'une terre féconde à une telle coopération, en ce sens que de nombreuses institutions oeuvrent déjà dans les domaines de la prévention primaire des maladies et de la promotion de la santé. Il s'agit pour les partenaires des deux cantons d'accroître la comparabilité des données concernant les études réalisées en matière de prévention et d'obtenir par une augmentation de la taille des échantillons une fiabilité maximale des résultats obtenus.

6.4.2 Convention de collaboration dans le domaine de la santé au travail

La convention de collaboration dans le domaine de la santé au travail du 15 juillet 1998 vise les objectifs sont notamment les suivants :

- évaluer périodiquement, en collaboration avec le Service social de la protection des travailleurs et des relations du travail, les besoins de la population valaisanne en matière de santé au travail.
- proposer aux instances valaisannes compétentes les objectifs de promotion de la santé au travail et de prévention en fonction des besoins de la population.
- offrir une assistance directe à l'inspection cantonale du travail pour l'exécution de ses missions dans le domaine de la médecine, de l'hygiène et de la sécurité du travail. Cette assistance s'étend de la mise à disposition de documentation à l'action concrète sur le terrain.
- Elaborer, en collaboration avec le Service de protection des travailleurs et des relations du travail, des actions ou des campagnes spécifiques visant à promouvoir la santé au travail.
- Offrir aux hôpitaux valaisans une consultation spécialisée pour le diagnostic des maladies professionnelles et pour d'autres problèmes de santé liés au travail observés chez des patients.
- Elaborer un projet de pour la mise en place d'une structure de santé au travail pour le personnel pénitentiaire du canton du Valais.
- Evaluer ou faire évaluer, en termes quantitatifs et qualitatifs, le déroulement et le résultat des interventions.

6.5 Convention de collaboration dans le domaine de la médecine d'urgence préhospitalière

La convention de collaboration dans le domaine de la médecine d'urgence préhospitalière, conclue le 17.9.1997 entre l'Etat de Vaud, par les Hospices cantonaux et le CHUV, et l'Etat du Valais, par le Service de la santé publique et l'Organisation Cantonale Valaisanne des secours (OCVS) porte sur la formation des professionnels et sur la qualité des prestations. Elle a notamment pour objectifs de contribuer à la formation spécifique des médecins, à la médicalisation de l'urgence pré-hospitalière et à la médecine de catastrophes. Elle permet d'offrir des possibilités de formation continue en médecine d'urgence sous forme de cours et de stages de perfectionnement. Elle vise enfin à développer un programme d'assurance de qualité des prestations de secours fournies phase pré-hospitalière.

6.6 Convention de collaboration dans le domaine de la médecine légale

Quant à la convention de collaboration dans le domaine de la médecine légale, conclue entre l'Etat de Vaud et l'Etat du Valais le 30.09.1998 elle permet une amélioration de la qualité des prestations fournies dans ce domaine notamment par la mise à disposition d'un médecin-délégué de l'Institut universitaire de médecine légale à Lausanne.

7. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La politique de santé du canton du Valais, à l'aube du 21^e siècle, doit, comme dans les autres cantons et les pays industrialisés, s'adapter à un environnement très dynamique, complexe et anticiper des changements importants et rapides.

Il y a urgence à agir, ou plutôt, à poursuivre dans le sens des actions menées depuis une décennie pour **pouvoir continuer à offrir à la population et aux patients valaisans des prestations de qualité et économiquement supportables.**

En comparaison intercantonale on peut affirmer que **ces deux objectifs fondamentaux ont été atteints** et que **les résultats obtenus par la politique de santé menée en Valais ces dernières années sont excellents.**

La conduite de la politique de la santé au siècle prochain ne pourra toutefois se satisfaire d'une simple gestion des « acquis » pour deux raisons principales :

- les profondes et rapides mutations du système de soins qui, pour une bonne part, échappent au contrôle des cantons (évolution technologique, révision de la LAMal etc.) et
- le temps relativement long qui s'écoule entre le moment où une autorité politique donne une impulsion pour réorienter le système de soins, lourd et complexe, et le moment où les premiers résultats concrets se font sentir.

Les conclusions et les perspectives que le Conseil d'Etat peut tirer au terme de ce rapport ne sont dès lors que provisoires et relatives.

Plutôt que de revenir sur tous les points traités dans les différents chapitres, le Conseil d'Etat estime important de donner au Grand Conseil sa position sur **trois aspects essentiels** de sa politique de la santé, à savoir :

- **Les défis à relever et les objectifs à réaliser dans le cadre d'une vision claire et partagée de la politique de la santé.**
- **Les instruments à disposition pour mener cette politique.**
- **La manière de conduire la politique de la santé.**

7.1 Les défis, les objectifs et la vision de la politique de la santé

7.1.1 Les défis

Les principaux défis à relever méritent d'être rappelés brièvement :

- **Le vieillissement de la population**

Les indicateurs démographiques présentés montrent l'énorme effort d'adaptation des structures de soins qui devra être fait pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante.

- **L'évolution fascinante des technologies**

Les avancées des technologies actuelles dans le domaine de la santé (techniques opératoires, de diagnostic, médicaments, bio-technologies, transplantations d'organes, procréation médicalement assistée, génie génétique etc.) sont réellement fascinantes et vont bouleverser les concepts et la pratique des soins.

- **Les attentes nouvelles des patients**

L'évolution technologique, une meilleure information, la promotion des droits des patients ainsi que l'apparition de nouvelles « maladies de civilisation » (toxicomanies, suicides, dépression, maladies dues à la pollution, au stress etc.) engendrent des attentes nouvelles très fortes des patients auxquelles le système de soins ne peut toujours répondre.

- **Les transformations rapides des institutions de soins**

Sous la pression des besoins qui augmentent, des nouvelles technologies et des coûts, les établissements et institutions sanitaires vont devoir se transformer et s'adapter en permanence.

- **Le rôle accru des assureurs et la révision de la LAMAL**

Les retombées pour les cantons des discussions en cours sur la révision de la LAMal sont loin d'être négligeables comme on l'a vu, par exemple, pour les hospitalisations hors canton, pour le financement des hôpitaux et des autres établissements sanitaires, pour tout le secteur ambulatoire et pour l'évolution des primes. Le canton du Valais doit participer activement au processus législatif au niveau fédéral.

- **La crise des finances publiques**

La santé représente aujourd'hui le deuxième poste des dépenses de l'Etat cantonal après l'enseignement et la formation. **Les moyens financiers à trouver pour répondre à des besoins potentiellement illimités restent une préoccupation majeure pour le Conseil d'Etat.**

7.1.2 Les objectifs

Les objectifs essentiels de la politique de la santé sont connus depuis quelques années déjà. Il s'agit de :

- **la qualité des prestations** à préserver et à développer
- **la maîtrise des coûts**

sans laquelle

- **l'accès de tous à des soins de qualité** n'est plus garantie.

A ces objectifs traditionnels, s'ajoute aujourd'hui :

- **la maîtrise des aspects socio-économiques de la santé.**

La politique de santé doit s'intéresser aujourd'hui non seulement à des individus malades mais aussi à une société qui devient « malade ». L'émergence de « maladies de civilisation » a déjà été évoquée plus haut. La plus grave d'entre-elles est aujourd'hui le chômage qui exclut du monde du travail un nombre important d'individus avec des coûts sociaux et de santé qui se reportent lourdement sur l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage, l'AVS et l'aide sociale.

Le maintien des emplois ne coûte pas plus à la société que de réparer les dégâts du chômage. L'Etat doit donc s'engager pour préserver ou créer des emplois en particulier dans le secteur tertiaire qui comprend la santé, l'un des rares domaines créateur d'emplois.

7.1.3 La vision

La santé est un état de bien-être physique et psychique permettant l'épanouissement de chaque individu au sein de la société .

Encourager la responsabilité individuelle et la solidarité collective.

Contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé humaine, dans le respect de la liberté, de la dignité, de l'intégrité et de l'égalité des personnes.

Atteindre les objectifs précités à un coût supportable.

C'est en ces termes que la loi du 9 février 1996 sur la santé, dans ses trois premiers articles, pose les grands principes directeurs de la politique de la santé du canton du Valais.

Dans le contexte économique et social actuel, ces principes directeurs, adoptés à l'unanimité par le Grand Conseil, prennent une résonance particulière. Ils constituent des repères à ne pas perdre de vue dans le large et permanent débat sur la vision de la politique de la santé.

Jamais notre population n'a été en meilleure santé comme l'indique, par exemple, l'espérance de vie qui s'est notablement améliorée. La croissance économique a permis de développer un système de soins performant et d'excellentes prestations mais très onéreuses. La participation financière des collectivités publiques et notre système d'assurances sociales garantissent à tous l'accès aux soins.

Ce qui a changé depuis quelques années c'est que notre pays ne connaît plus cette croissance économique et que les moyens financiers des collectivités publiques ont diminué en conséquence. Par ailleurs, de nombreuses études ont montré que la santé des individus et de la population en général ne dépend pas uniquement des services de soins. D'autres facteurs biologiques, génétiques, liés à l'environnement et aux comportements ont une influence déterminante. Il faut donc agir, de façon globale, sur l'ensemble de ces facteurs et non seulement sur les structures hospitalières ou extra-hospitalières qui focalisent l'attention.

En particulier, des mesures renforcées doivent être prises :

- pour la promotion de la santé et la prévention des accidents et des maladies ;
- le développement des services de soins communautaires (soins à domicile, médecin de famille etc.) ;
- l'amélioration de l'environnement au sens large (air, eau, logement, emplois, domaine social).

Ce dernier axe d'intervention devient prioritaire en particulier dans le domaine de l'emploi, si l'on vise réellement l'épanouissement de l'individu dans la société et si l'on veut diminuer les coûts sociaux et de santé du chômage. L'Etat doit s'engager de manière forte et claire avec les partenaires publics et privés de l'économie pour préserver ou créer des emplois. Cet engagement n'est pas incompatible avec la planification sanitaire et hospitalière.

7.2 Les instruments de la politique de la santé

Toute une série d'instruments nécessaires à la conduite de la politique de la santé ont été présentés à travers ce rapport. Ces instruments existent et le Département de la santé travaille en permanence pour les développer et les affiner. Il s'agit en particulier :

- **de la loi sur la santé jugée très novatrice** notamment par la Fédération des médecins suisses (FMH) et par le Conseil de l'Europe dans un récent rapport portant sur les relations entre patients et professionnels de la santé fondées sur la qualité de cette relation, le respect mutuel, la confiance et le dialogue ;
- **de la nouvelle gestion publique** appliquée avec pragmatisme et discernement dans la santé publique ;

- **des comptes de santé** : l'analyse des flux monétaires engendrés par la consommation des biens et services de santé révèle les excellents résultats obtenus en Valais où, par exemple, le coût hospitalier par habitant et le coût du secteur ambulatoire sont inférieures à la moyenne suisse ;
- **de toute une série d'outils d'analyse et de pilotage du système de santé** à commencer par différents indicateurs sur les besoins des patients, sur les prestations offertes, sur les destinataires, sur le coût, l'efficacité, l'adéquation et la qualité de ces prestations. Là aussi le Département entend, avec les partenaires, faire preuve de discernement. L'accumulation d'analyses statistiques ne doit pas faire oublier la personne humaine présente derrière chaque chiffre comme patient(e) ou comme soignant(e) ;
- **l'allocation des ressources** fondée désormais sur deux grands principes :
 - a) l'octroi de ressources sur la base des prestations réellement fournies pour encourager une bonne gestion et rémunérer équitablement le travail que représentent ces prestations ;
 - b) une délégation, à différents niveaux, de la compétence de répartir équitablement et judicieusement les ressources, l'Etat accordant des « enveloppes » globales ;
- **la planification** qui représente aujourd'hui encore

LA PRINCIPALE POSSIBILITE DE TROUVER UN CHEMIN ENTRE DES BESOINS QUI AUGMENTENT ET DES MOYENS QUI DIMINUENT.

La planification vise à améliorer les performances.

EN AMELIORANT LA COORDINATION ENTRE LES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS, ON UTILISE LES RESSOURCES DE MANIERE OPTIMALE, ON REDUIT LES COÛTS ET ON AMELIORE LA QUALITE.

Au terme de ce rapport et du long chapitre sur la planification dont la lecture peut paraître fastidieuse en raison de l'abondance de la matière et des mesures prises, le Conseil d'Etat souhaite mettre en évidence une nouvelle fois :

- ◆ tous les **différents volets** de la planification (de la promotion de la santé jusqu'aux hôpitaux universitaires) ;
- ◆ **l'approche par secteurs** qui a été faite et les paquets de mesures de planification déjà prises par le Conseil d'Etat pour chacun de ces secteurs ;
- ◆ le caractère **permanent et évolutif** de ce travail de planification, complexe, délicat et qui doit s'inscrire **dans la durée** ;

- ◆ l'idée fondamentale de **mise en réseau** qui doit être développée à **tous les niveaux**, les hôpitaux multisites déjà créés (hôpital du Chablais) ou en projet ne constituant qu'un épisode particulier du vaste réseau de soins coordonnés à mettre en place sur l'ensemble du canton.

7.3 La manière de conduire la politique de la santé

Une bonne vision de la politique de la santé et des outils performants ne suffisent pas à faire passer dans les faits cette politique.

Les excellents résultats obtenus en Valais, en termes de qualité des prestations et de maîtrise des coûts, s'expliquent en grande partie par la manière de conduire la politique de la santé qui repose sur deux piliers ancrés dans la loi sur la santé, à savoir :

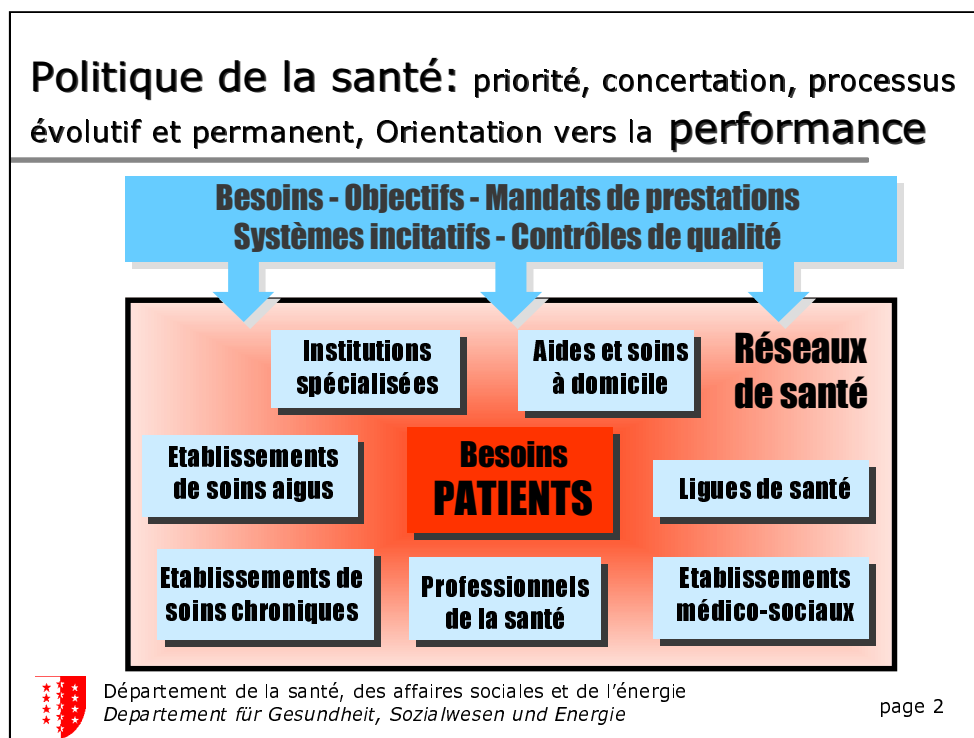
- **la priorité donnée au patient et**
- **la concertation à tous les niveaux.**

7.3.1 Le patient au coeur du système de soins

La place du patient avec ses besoins, ses attentes, sa dignité et ses droits fondamentaux est au coeur de toute la politique de la santé. Cette évidence mérite d'être rappelée.

Le système de santé est construit autour du patient et de ses besoins avec une définition du rôle des différents intervenants et une coordination optimale entre eux.

Le schéma présenté ci-après résume ce souci de donner la priorité aux besoins des personnes et non aux institutions en tant que telles, d'orienter le patient dans un réseau de soins, en recherchant la filière la mieux adaptée, la meilleure option thérapeutique et l'économicité de la prise en charge.



7.3.2 La concertation à tous les niveaux

L'expérience a montré qu'il serait illusoire pour l'Etat de vouloir imposer unilatéralement telle ou telle mesure de santé publique si tous les partenaires concernés ne prennent pas d'abord conscience du bien-fondé de cette mesure et s'ils n'y adhèrent ensuite pas pleinement.

Tous les partenaires sont et doivent se sentir responsables vis-à-vis de la politique de la santé. Cela vaut :

- pour les dirigeants des hôpitaux (responsables de la moitié des coûts du secteur de la santé mais aussi responsables d'importantes potentialités d'économie qui peuvent être dégagées dans leurs établissements) ;
- pour les patients (avec une meilleure information, ceux-ci peuvent adopter des comportements plus raisonnables et plus responsables) ;
- pour les assureurs (responsables de la maîtrise des primes et de leurs frais administratifs) ;
- pour l'industrie et le commerce des médicaments (la Suisse a les médicaments les plus chers au monde) ;
- pour les médecins (dont le rôle est déterminant pour induire des prestations) ;
- et pour tous les autres acteurs.

La concertation doit permettre à tous ces responsables de faire valoir leur point de vue et de trouver un chemin commun. Elle doit aussi s'exercer à tous les niveaux :

- entre la Confédération et les cantons : dans le cadre de la LAMal et des autres assurances sociales ;
- entre le canton et les communes pour une répartition équitable et judicieuse des compétences et des charges ;
- entre les communes elles-mêmes : les travaux actuels pour inciter à une plus grande collaboration intercommunale, voire à des fusions de communes, vont dans ce sens et s'appliquent également au domaine de la santé par exemple à un développement concerté des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ;
- entre le secteur public et le secteur privé de la santé dont les moyens doivent être mieux coordonnés, le marché ayant montré ses limites à réguler l'offre et la demande ;
- et surtout entre les différents établissements, institutions et intervenants de la santé publique.

Partant d'une vision globale de la politique de la santé et du souci de l'harmoniser avec d'autres politiques sectorielles : politique économique, politique de l'emploi, politique sociale, politique de l'environnement, politique de l'éducation etc., la concertation pratiquée par le Département de la santé a été élargie à d'autres partenaires que ceux expressément prévus par la loi. Par exemple, les représentants du personnel soignant ont été associés logiquement à l'élaboration des projets d'hôpitaux multisites puisque le maintien des emplois et de la masse salariale est l'un des enjeux importants de ces projets.

Cette approche largement participative, plus longue, plus difficile, plus délicate, peut seule conduire à une politique de la santé voulue et partagée par le plus grand nombre, même dans les cas où des mesures doivent ou devront être prises sans délai.

Malgré les difficultés actuelles et les changements à venir, le Conseil d'Etat est confiant dans la capacité de chacun des partenaires d'appréhender l'avenir et les enjeux de la santé publique au 21^e siècle ainsi que dans la volonté de chacun d'assumer ses responsabilités.

* * *