

Willy Oggier, dr oec.HSG

Gesundheitsökonomische Beratungen AG
<Consulting en matière d'économie de la santé SA>
Weinhaldenstrasse 22
CH-8700 Küsnacht

Tél.: 044/273 52 34

Fax: 044/273 52 35

Examen des structures hospitalières du Haut-Valais

-

Expertise établie sous l'angle de l'économie de la santé

Sur mandat du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture du
Canton du Valais

Küsnacht, le 2 octobre 2013

*TRADUIT DE L'ALLEMAND
LA VERSION ALLEMANDE FAIT FOI*

RESUME

Dans le cadre de la présente expertise, diverses variantes possibles en vue du développement futur des structures hospitalières du Haut-Valais ont été analysées. A cette fin, les points suivants ont été abordés en guise d'introduction : les défis de la santé en Suisse, les facteurs de succès pour le positionnement des hôpitaux dans une situation de concurrence, l'historique du développement de la planification hospitalière dans le canton du Valais à partir de l'année 2004, ainsi que l'importance socio-économique des structures hospitalières actuelles. Ensuite, les besoins en soins jusqu'en 2020 ont été analysés sur la base des données de planification les plus récentes.

Différentes variantes ont été évaluées par l'expert au moyen de 11 critères définis en collaboration avec le mandant et une délégation de l'Hôpital du Valais. Il s'avérait alors que deux variantes, soit le statu quo et la séparation encore plus rigoureuse entre les prestations stationnaires et ambulatoires selon les sites, ne représentent pas des alternatives promises à un avenir. Les trois autres scénarios analysés, soit un nouvel hôpital central implanté sur un nouveau site ou sur un des deux sites actuels, ou un hôpital disposant des deux sites de Brigue et de Viège (avec un portfolio apuré) aboutissent tous un résultat positif et sont presque équivalents pour autant que le même poids soit accordé aux 11 critères.

Du point de vue de l'expert, les éléments suivants revêtent une importance particulière en vue des travaux futurs:

- Avant d'entreprendre des projets de construction majeurs dans le Valais central ou dans le Haut-Valais, une vue d'ensemble des deux régions est nécessaire. Les données et informations utilisables remises à l'expert par les responsables de l'Hôpital du Valais ne suffisent de loin pas pour que le propriétaire des hôpitaux, c'est-à-dire le canton du Valais, puisse prendre des décisions fondées au niveau de l'économie d'entreprise dans le sens du nouveau financement hospitalier selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie.
- Une telle vue d'ensemble est également nécessaire pour réduire le risque que le Valais central dépense de manière précipitée beaucoup (trop) d'argent qui ne serait alors plus disponible pour le Haut-Valais. Cela doit être mis en relation avec le risque d'une augmentation des hospitalisations extra-cantoniales de patients haut-valaisans à charge des contribuables et des assurés valaisans en vertu de la nouvelle réglementation fédérale.
- La situation se présenterait différemment si, dans le cadre des prestations dites d'intérêt général, les instances politiques compétentes du canton du Valais devaient décider de concentrer les structures hospitalières du Haut-Valais conformément aux besoins sur un nouveau site. Il s'agirait là d'une décision de principe quant à la politique de couverture des besoins en soins, le pouvoir politique prescrivant alors à l'Hôpital du Valais ce qui est à faire. Dans ce cas, le canton ou le cas échéant d'autres tiers, mais pas les assureurs maladie, devraient être prêts à financer les prestations d'intérêt général correspondantes.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| 1. Mandat et problématique | 4 |
| 2. Méthodes et procédé | 4 |
| 3. Défis de la santé en Suisse | 5 |
| 3.1 Le défi du vieillissement | 5 |
| 3.2 Le défi de l'évolution de la médecine | 6 |
| 3.3 Le défi du développement des constructions | 6 |
| 3.4 Le défi du nouveau financement hospitalier | 7 |
| 3.4.1 Quelques répercussions sur la politique des finances au plan cantonal | 9 |
| 3.4.2 Les défis liés à la nouvelle base légale pour les hôpitaux | 10 |
| 3.4.3 Répercussions possibles sur le paysage hospitalier du canton du Valais | 11 |
| 4. Principes quant au positionnement d'hôpitaux dans la concurrence | 14 |
| 4.1 Facteurs de succès médicaux | 14 |
| 4.2 Facteurs de succès économiques | 15 |
| 4.3 Facteurs de succès liés au marché | 16 |
| 4.4 Facteurs de succès structurels | 16 |
| 5. Historique | 18 |
| 6. Aspects d'économie politique | 22 |
| 6.1 Valeur ajoutée (effets multiplicateurs) | 22 |
| 6.2 Attractivité du site | 24 |
| 6.3 Fonction d'innovation | 24 |
| 6.4 Fonction de compensation | 25 |
| 6.5 Fonction d'employeur | 25 |
| 7. Les besoins dans le Haut-Valais | 26 |
| 8. Variantes possibles pour la structure hospitalière du Haut-Valais | 29 |
| 8.1 Statu quo (scénario 0) | 29 |
| 8.2 Un nouvel hôpital central sur un nouveau site (scénario 1) | 29 |
| 8.3 Un nouvel hôpital central sur un des deux sites existants (scénario 2) | 30 |
| 8.4 Un hôpital sur les deux sites de Brigue et de Viège (portfolio épuré) (scénario 3) | 30 |
| 8.5 Un hôpital sur un des deux sites et un centre de santé sur l'autre (scénario 4) | 31 |
| 9. Appréciation des variantes | 33 |
| 9.1 Compatibilité avec le vieillissement | 33 |
| 9.2 Evolution de la médecine | 34 |
| 9.3 Garantie de la couverture des besoins en soins | 35 |
| 9.4 Développement des constructions | 36 |
| 9.5 Adaptation aux DRG | 38 |
| 9.6 Possibilités de financement | 39 |
| 9.7 Positionnement stratégique | 44 |
| 9.8 Optimisation des processus | 45 |
| 9.9 Conformité historique | 46 |
| 9.10 Effets socio-économiques | 47 |
| 9.11 Aspects de santé publique – Prestations d'intérêt général | 48 |
| 10. Résultat | 50 |

1. Mandat et problématique

Le mandataire a été approché par le mandant pour procéder à une analyse des structures hospitalières du Haut-Valais avec les deux sites de Brigue et de Viège et à montrer des variantes optimales possibles.

2. Méthodes et procédé

Dans une première phase, les défis prévisibles et possibles de la santé en Suisse sont présentés. C'est en fonction de ces défis qu'il y a finalement lieu de juger si une réorganisation du paysage hospitalier atteint le but. Le canton est responsable de la couverture des besoins en soins de sa population et doit donc être évalué selon ces défis, en particulier lorsqu'il possède encore ses propres hôpitaux. Dans une deuxième phase, le positionnement d'hôpitaux dans une situation de concurrence est abordé au moyen de critères de succès importants. Par la suite sont thématiques l'historique de la planification hospitalière dans le canton du Valais ainsi que les effets socio-économiques produits par les hôpitaux, en particulier leur valeur ajoutée. En partant de ces phases d'analyse, différentes variantes de nouvelles structures hospitalières pour le Haut-Valais sont brièvement décrites et évaluées sous l'angle de l'économie de la santé.

Les scénarios à traiter ainsi que les critères d'évaluation sur lesquels repose le présent travail ont été discutés en commun et acceptés le 11 juin 2013 par une délégation du conseil d'administration de l'Hôpital du Valais et en présence de Madame la Conseillère d'Etat Esther Waeber-Kalbermatten.

3. Défis de la santé en Suisse

Prendre des décisions stratégiques dans le domaine hospitalier au niveau cantonal ne saurait se faire de manière hermétique. Du point de vue de l'économie de la santé, il faut s'assurer, dans la mesure du possible, que les décisions prises soient orientées vers le futur, c'est-à-dire qu'elles puissent contribuer à un meilleur positionnement des hôpitaux dans le cadre des défis qui se dessinent. Pour cette raison, il y a lieu de présenter dans un premier temps quelques défis importants des années et décennies à venir. Ces présentations ne se veulent pas exhaustives, mais elles devraient tout de même décrire quelques éléments importants.

3.1 Le défi du vieillissement

Un des problèmes majeur en matière de politique et planification de la santé réside dans la détermination des besoins, puisque les prestataires de soins peuvent simultanément influencer eux-mêmes fortement la demande. L'offre mise à part, la demande est influencée en particulier par les modifications de la morbidité, la notion de la maladie, les facteurs de risque, le comportement dans le domaine de la santé, l'état de la formation, la structure et l'évolution de la population, le progrès médical et technique et les incitations financières prédominantes.

S'y ajoute le fait, sur la base d'expériences faites en Allemagne, qu'il est généralement prévu, pour les nouvelles constructions hospitalières, une période d'utilisation de 20 à 25 ans au cours de laquelle il est difficile de prévoir l'évolution de la médecine. Au regard de l'évolution démographique dans les pays industrialisés de l'Europe de l'ouest, on peut partir du fait que le domaine de la santé fera partie, en tout cas pour les années à venir, des branches dont la croissance dépasse la moyenne en raison de la demande à laquelle il faudra s'attendre, et parce qu'un nombre particulièrement élevé d'entreprises voudront entrer dans ce marché en raison des perspectives y relatives. Ces investissements et leurs répercussions sur la demande de la population en prestations de soins stationnaires et ambulatoires devraient également être considérés comme des facteurs d'insécurité supplémentaires.

Par ailleurs, il faudra également à l'avenir, en particulier dans une société vieillissante avec une mobilité réduite, s'attendre à une demande d'une couverture de base et si possible spécialisée à proximité du domicile. Plusieurs études démontrent que les personnes souhaitent finir leur vie et mourir auprès de leurs proches. Pour ces raisons, on ne peut pas retenir uniquement les deux facteurs que sont les coûts par cas (économité) ou les masses critiques dans un canton comme le Valais. Le droit à des soins de qualité représente souvent un "droit de l'homme", à l'instar de la formation scolaire de base ou de la mise à disposition d'infrastructures destinées aux transports.

Le processus du vieillissement démographique ira de pair avec l'augmentation de la multi-morbidité des patients qui souffriront de plusieurs maladies, souvent de nature chronique, dont l'aspect clinique peut changer en fonction des étapes de la maladie. Il faut en particulier tenir compte des interactions entre les différents traitements et les différents médicaments administrés.

3.2 Le défi de l'évolution de la médecine

La médecine doit s'adapter à l'évolution démographique qui a pour corollaire un accroissement de la fréquence des maladies liées à l'âge et des multi-morbidités. Un grand nombre de ces maladies se développe de manière chronique avec le vieillissement de la population. Les personnes âgées dépendent de plus en plus d'une prise en charge proche de leur domicile intégrée dans un réseau de soins. Cette prise en charge devrait se dérouler dans la région en raison de la mobilité généralement réduite des personnes âgées.

3.3 Le défi du développement des constructions

Compte tenu du fait que les nouvelles constructions d'hôpitaux sont généralement conçues pour une période de 20 à 25 ans en Allemagne et en partie jusqu'à 40 ans en Suisse, on ne peut pas exiger une planification détaillée avant la construction. Au regard du progrès médical et technique, il n'y a pas de sens non plus de planifier de manière fixe pour de telles périodes. Au contraire, on ne peut pas planifier comment se développera la médecine à travers des périodes comprenant deux à trois décennies, et comment cette dernière sera pratiquée. Ceci vaudra d'autant plus pour les autorités de planification cantonales dont on devrait pouvoir attendre, compte tenu de cette situation de départ, une flexibilité accrue et étendue envers les hôpitaux et autres fournisseurs de prestations en termes de marge de manœuvre à leur accorder.

Sous l'angle de l'économie de la santé et sur la base de visites régulières de l'expert dans différents hôpitaux allemands disposant d'expériences de construction sous le régime des DRG, les conclusions suivantes peuvent être retenues:

- Avant la construction, toutes les organisations se livrent à des réflexions intenses sur l'évolution de la médecine, sur l'évolution des besoins et sur leur positionnement stratégique dans un environnement marqué par le financement selon les DRG. La mise en réseau et l'interdisciplinarité s'avèrent des points essentiels dans la conception de nouvelles constructions. Il en découle un choix de constructions modulaires puisque personne ne sait, en l'état actuel des connaissances, de quelle manière se développera la médecine au cours des 20 années à venir.
- Ce procédé modulaire peut être constaté indépendamment du niveau de la couverture en soins et de la taille des hôpitaux en tant que principe de base qui peut alors être appliqué aux cas concrets.
- Le processus de soins des patients occupe désormais une position centrale. Il s'agit de mettre au centre de la réflexion les liaisons fonctionnelles entre disciplines pour obtenir une cohérence entre les activités dans une perspective de prise en charge globale du patient.
- Les standardisations abouties des différentes unités (et donc le renoncement explicite aux requêtes formulées par certains groupes de professionnels ou personnes), ainsi que la prise en considération des expériences faites lors de constructions dans d'autres cliniques constituent d'autres paramètres importants.

Dans le cadre des constructions hospitalières visitées personnellement par l'expert, la nouvelle construction de la clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf ou la clinique Helios de Berlin-Buch constituent des exemples typiques de standardisation.

- Dans le domaine des cliniques universitaires plus particulièrement, une tendance se dessine vers la séparation au niveau des constructions entre les fonctions médicales d'une part et la recherche et la formation universitaire d'autre part.
- L'organisation des traitements des patients induite par les DRG conduit également à une centralisation de certaines unités. La création d'urgences centralisées (avec pour corollaire le renforcement du poids des disciplines internistes), la formation d'unités centrales dans les domaines des salles d'opération et si possible des soins intensifs en donnent quelques exemples.
- D'autres projets de construction visent en première ligne des améliorations des processus. L'objectif est l'amélioration de la productivité au moyen de l'augmentation du nombre de cas.
- Un des éléments importants est la création d'unités de taille optimale en termes de nombre de lits. Cette tendance se manifeste lors de la rénovation des chambres et, de manière plus radicale, dans le contexte de nouvelles constructions.
- Lors de la construction, les facteurs de succès importants sont le développement d'une conception claire, un contrat détaillé conclu avec l'entreprise générale (p. ex. par rapport aux délais, au volume de construction ou aux définitions de standards qualité), ainsi que la volonté claire de s'en tenir au programme des locaux tel que défini; ceci signifierait à l'avenir de construire plus souvent de manière modulaire et standardisée afin d'aménager l'utilisation des espaces de la manière la plus flexible possible.

3.4 Le défi du nouveau financement hospitalier

Dans le cadre de la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le Parlement a décidé de passer d'un système basé sur les coûts à un système de prix reposant sur des structures tarifaires uniformes pour toute la Suisse.

- Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à la convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49, al. 1, LAMal).
- Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante

pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe (art. 49, al. 2, LAMal).

Pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, on applique les Diagnosis Related Groups (DRGs) développés à partir des German DRGs (appelés SwissDRGs).

On distingue désormais, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS), entre les hôpitaux listés et les hôpitaux conventionnés. Si un canton met un hôpital sur la liste des hôpitaux, les pouvoirs publics doivent cofinancer les prestations dans le cadre du mandat de prestations accordé. L'assureur maladie est alors soumis à l'obligation de contracter et doit payer sa part. Les hôpitaux qui n'ont pas été mis sur la liste des hôpitaux ou ne l'ont été que partiellement disposent de la possibilité de passer des conventions bilatéralement avec des assureurs. Dans ce cas, l'assureur paie le prix convenu et les pouvoirs publics n'y contribuent pas. Les assureurs ne peuvent alors, en vertu de l'article 49a, alinéa 4, LAMal, rembourser à charge de l'AOS qu'au maximum leur part de rémunération valable pour les habitants concernés du canton. La part qui incombe aux cantons dans les hôpitaux admis sur la liste doit dès lors être prise en charge par les assurés ou par une assurance complémentaire.

La part des cantons pour les hôpitaux admis sur une liste se monte à partir de l'année 2017, après une période transitoire, à 55 pour cent au moins du forfait. Cette part englobe désormais aussi les amortissements des investissements.

Les prestations d'intérêt général, en particulier la recherche et la formation universitaire de même que le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale doivent être financés par les pouvoirs publics.

L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) adoptée par le Conseil fédéral en octobre 2008 formule en son article 58a le principe selon lequel la planification en vue de couvrir les besoins en soins garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social. Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.

L'article 58b OAMal exige que les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons (al. 1). Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée. Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'article 58e OAMal afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'alinéa 1, déduction faite de l'offre déterminée selon alinéa 2 (alinéa 3).

Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte, selon article 58b, alinéa 4, OAMal, le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations, l'accès des patients au traitement dans un délai utile ainsi que la disponibilité et la capacité de

l'établissement à remplir le mandat de prestations selon article 58e OAMal. Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire et, dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

En vertu de l'article 58c OAMal, pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations. Elle est liée aux prestations ou aux capacités pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou pour le traitement psychiatrique à l'hôpital. Elle est liée aux capacités pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux.

Dans le cadre de l'obligation de coordonner au plan inter-cantonal les planifications visées à l'article 39, alinéa 2, LAMal, les cantons doivent notamment exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés et coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés au niveau de la couverture de leurs besoins.

Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'article 39, alinéa 2, LAMal les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'article 58b, alinéa 3, OAMal (art. 58e, al. 1, OAMal). Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations (al. 2).

Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'article 39, alinéa 1, lettre e, de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence (art. 58c, al. 3, OAMal).

3.4.1 Quelques répercussions sur la politique des finances au plan cantonal

La réalisation du nouveau financement hospitalier devrait entraîner entre autres les changements substantiels suivants:

- Le nouveau financement hospitalier vise la détermination d'un prix et non plus des négociations orientées sur les coûts. Les prix peuvent dès lors se situer en-dessus ou en-dessous des coûts effectifs, ou peuvent correspondre exactement aux coûts effectifs.
- En conséquence, les prix comprennent également une part correspondant à l'amortissement des investissements. Les hôpitaux publics en particulier seront confrontés à de nouveaux défis, les hôpitaux ou groupements d'hôpitaux déjà rendus indépendants étant en partie encore conçus comme sociétés d'exploitation exclusivement.
- Les cantons ne doivent plus seulement verser des contributions à des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics, mais également à des institutions privées si elles sont inscrites sur la liste des hôpitaux.
- Les cantons doivent verser leur contribution au traitement hospitalier non seulement aux bénéficiaires de l'assurance de base, mais également aux

titulaires d'une assurance complémentaire, pour les prestations relevant de l'assurance de base. Cette règle vaut désormais également pour les cliniques privées figurant sur la liste des hôpitaux.

- Le canton a donc l'obligation de verser des contributions à tous les établissements qui figurent sur la liste des hôpitaux et disposent d'un mandat de prestations (et non seulement, comme auparavant, aux seuls établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics).

En termes de planification hospitalière se pose non seulement la question de savoir comment il faut déterminer les besoins, mais également comment on peut encore planifier alors que les patients disposent désormais d'une plus grande liberté de choix. A cet égard, il faut partir de l'hypothèse, pour autant que les conditions-cadres ne changent pas, que les cantons où les tarifs sont supérieurs à la moyenne suisse devraient perdre des patients, alors que ceux qui, pour des prestations comparables, ont des tarifs inférieurs à la moyenne suisse pourraient en attirer.

Les parlements cantonaux se verront également imposer des contraintes. Ils devront apprendre à lâcher certaines compétences dans le cadre de l'approbation des budgets pour les hôpitaux publics. En effet, les clés de répartition prescrites par la LAMal, selon lesquelles les cantons devront prendre en charge à partir de 2017 au moins 55 pour cent des forfaits liés aux prestations des hôpitaux inscrits sur la liste, devraient représenter des dépenses liées. Si le Parlement devait plafonner les dépenses pour ses hôpitaux publics sous forme d'un budget global, cela ne saurait lui éviter le fait qu'il devra financer des prestations au niveau analogue à celui de ses propres hôpitaux pour les traitements dans des hôpitaux hors canton. Un plafonnement pour ses propres hôpitaux ne ferait ainsi qu'empêcher qu'en cas de croissance du marché la part correspondante de sa population puisse être traitée dans ses propres cliniques. Les patients concernés devraient dès lors se diriger vers des hôpitaux hors canton figurant sur la liste du canton où ils se situent.

3.4.2 Les défis liés à la nouvelle base légale pour les hôpitaux

Afin de pouvoir se positionner avec succès dans le cadre d'un financement par DRG, les facteurs suivants devraient jouer désormais un rôle prépondérant:

- Avec une rémunération par DRG incluant également, comme partout en Suisse, une part finançant l'amortissement des investissements, la réalisation d'un nombre minimum de cas joue un rôle essentiel en vue du renouvellement des investissements en temps opportun.
- Les DRG apportent plus de transparence mais peuvent entraîner pour les hôpitaux le risque d'un système de prix fixes. Dans un système de prix fixe, la concurrence se situe plutôt au niveau de la qualité. En règle générale, la qualité a un lien avec la quantité.
- Dans un système de DRG, le potentiel d'augmentation du rendement réside dans la majoration du nombre de cas stationnaires et de leur degré de complexité, avec un controlling médical efficient et des coûts les plus constants possibles.
- En matière de recrutement de patients, les mesures prises en amont, soit avant le traitement en milieu stationnaire, revêtent une importance particulière. Il s'agit par exemple de soigner les relations avec les pourvoyeurs de patients, de mettre sur

piéd de nouveaux programmes de prise en charge avec des assureurs-maladie ouverts aux innovations et de mettre en place des programmes de prévention auprès des personnes plus âgées surtout (probabilité d'hospitalisation plus élevée), et même des visites gériatriques à domicile entreprises à titre préventif dans une société vieillissante.

- Dans le cadre de la couverture en soins spécialisée et hautement spécialisée, la rapidité avec laquelle les institutions réagissent face à des innovations ou à de nouveaux défis en pouvant se procurer un avantage au niveau de la concurrence sera essentielle. Une importance particulière doit également être accordée à la distinction la plus systématique possible entre de véritables innovations et des préparations ou techniques analogues dont l'utilité est faible et qui devraient se solder pour les hôpitaux en milieu stationnaire avant tout par des coûts mais très peu de rendement.

Au vu du changement vers un système orienté sur les prix et en raison de leur caractère public et du principe de transparence qui va de pair, la stratégie de gestion des coûts notamment sera à l'avenir prioritaire pour un grand nombre d'hôpitaux.

Dans un système régi par les DRG, il ne s'agira pas en première ligne de prendre en considération la taille des hôpitaux, mais les spectres de prestations. Le directeur médical et président du conseil de la clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf depuis plusieurs années, M. le Professeur Dr Jörg F. Debatin (qui a travaillé auparavant pendant plusieurs années à l'hôpital universitaire de Zurich et obtenu un diplôme d'études postgrades à l'université de St-Gall), a, au printemps 2009, lors d'un séminaire pour directeurs d'hôpitaux suisses placé sous la modération de l'auteur de la présente expertise, exposé les défis soulevés par les DRG entre autres dans les termes suivants: "Sous les DRG, ce ne sont pas les grands qui engloutissent les petits, mais les rapides les lents."

3.4.3 Répercussions possibles sur le paysage hospitalier du canton du Valais

Au vu des développements présentés ci-devant, les rôles multiples joués par les cantons augmenteront encore. En effet, ils sont désormais aussi actionnaires de l'organisation constituée en commun avec les partenaires tarifaires dans le but d'élaborer les structures tarifaires uniformes pour toute la Suisse (SwissDRG SA). Ainsi, la pression vers la clarification des rôles multiples augmentera.

Avec l'introduction du financement lié aux prestations, ces rôles multiples suscitent un certain nombre de questions. Il s'agit en particulier des rôles futurs des cantons en leur qualité de planificateurs et exploitants d'hôpitaux.

Comme cela a été relevé ci-devant, en termes de planification hospitalière se pose non seulement la question de savoir comment il faut déterminer les besoins, mais également comment on peut encore planifier alors que les patients disposent désormais d'une plus grande liberté de choix. A cet égard, il faut partir de l'hypothèse, pour autant que les conditions-cadres ne changent pas, que les cantons dont les tarifs sont supérieurs à la moyenne suisse perdent des patients, alors que ceux qui, pour des prestations comparables, ont des tarifs inférieurs à la moyenne suisse pourraient en attirer.

Pour être en mesure de réagir de manière flexible face à de telles situations et disposer ainsi également de conditions de concurrence similaires à celles des prestataires privés, les hôpitaux publics doivent disposer de l'autonomie adéquate. L'indépendance obtenue sous forme de sociétés d'exploitation ne suffit toutefois pas. Comme la rémunération des prestations hospitalières inclut les charges d'investissements, les hôpitaux publics gérés en sociétés d'exploitation ne bénéficient d'une concurrence équitable face aux cliniques privées que s'ils peuvent décider librement de leurs investissements. Autrement, le processus de décision et de réalisation pourrait être bloqué dans les hôpitaux publics par le biais du Parlement, alors que la possibilité d'intervention du Parlement existe à peine ou pas du tout pour les cliniques privées qui sont inscrites sur la liste des hôpitaux. Il en résulterait des moyens égaux pour le financement, mais des conditions-cadres inégales au niveau de la marge de manœuvre entrepreneuriale, ce qui pourrait désavantager les hôpitaux publics au niveau structurel.

Les cantons doivent par contre renforcer leurs concepts concernant la garantie de la couverture des besoins en soins, qui est une compétence typiquement cantonale. Cette compétence devrait être dévolue en particulier au département de la santé et au gouvernement.

Les fermetures d'hôpitaux ne peuvent notamment jamais être réglées sans savoir où les patients à traiter seront soignés après la fermeture d'un hôpital. De plus, les patients disposent également dans l'assurance de base du libre choix dans le cadre des nouvelles bases légales fédérales.

Au vu du développement démographique auquel il faudra s'attendre dans le canton du Valais et dans les régions limitrophes, le nombre de patients en traitement stationnaire et ambulatoire présentant des maladies multiples devrait augmenter, comme cela a été exposé ci-devant. Face à cette évolution, les défis résident avant tout dans l'organisation de la prise en charge globale du patient et de la surveillance des interactions médicamenteuses.

S'il en découle que davantage de patients nécessitant une prise en charge plus lourde peuvent être traités, cela représente en général un avantage dans le système des DRG puisque le Case Mix Index est dès lors plus élevé. Selon le positionnement à l'égard des concurrents, cela peut mener vers une situation où plus de patients stationnaires peuvent être soignés dans l'hôpital concerné, et donc où moins de patients doivent être traités dans les cantons limitrophes ou auprès de la concurrence intra-cantonale, pour autant que les conditions-cadres ne changent pas.

Dans ce contexte, les coopérations devraient jouer un rôle important. En effet, sous le régime des DRG, les hôpitaux sont incités à faire surtout ce qu'ils savent mieux faire que les autres. Les prestations que d'autres pourraient mieux fournir devraient être réduites, voire plus du tout offertes. Dans ce sens, il est nécessaire de coopérer dans de tels domaines avec les hôpitaux qui sont meilleurs (et en échange offrir au partenaire sa coopération dans ce que l'on sait mieux faire que la concurrence). Un exemple d'une telle stratégie de coopération est la collaboration étroite entre l'Hôpital universitaire de Berne et la Clinique de Beau-Site à Berne qui fait partie du groupe privé de Hirslanden. La coopération se réfère uniquement à la chirurgie cardiaque.

On peut citer ici le directeur de l'Hôpital de l'Ile: "Par ailleurs, nous restons des concurrents"¹. Cet exemple montre que les coopérations offrent des pistes de succès intéressantes et peuvent engendrer de grandes innovations pour autant que cette collaboration entre partenaires soit volontaire (donc non instituée par l'Etat), de sorte qu'il soit possible de choisir un partenaire compatible au niveau de la stratégie et de la culture d'entreprise.

¹ "Der Bund" du 13 septembre 2011.

4. Principes quant au positionnement d'hôpitaux dans la concurrence

En s'appuyant sur des expériences faites en Allemagne, les facteurs de succès suivants peuvent servir de référence en vue du développement futur du Centre hospitalier du Haut-Valais:

Tableau no 1: facteurs de succès sur le marché hospitalier sous le régime des DRG

| Facteurs de succès sur le marché hospitalier sous le régime des DRG (d'après Nowak, Berlin, 2006) | |
|---|---|
| 1. Facteurs de succès médicaux | 2. Facteurs de succès économiques |
| <ul style="list-style-type: none"> • Know-how et excellence médicale • Collaborateurs médicaux excellents • Transparence et qualité • Capacité d'innovation | <ul style="list-style-type: none"> • Force d'investissement • Equipement (état des cliniques, ressources en appareils) • Organisation des processus et standardisation |
| Mise en réseau | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Relation avec les pourvoyeurs • Coopérations avec les assureurs maladie • Image de marque • Satisfaction des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Collaborations et synergies • Degré d'intégration • Part du marché régional • Know-how du management |
| 3. Facteurs de succès liés au marché | 4. Facteurs de succès structurels |

Source: Ilona Nowak: Die Einführung von DRGs in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Privatkliniken , le 4 novembre 2006, et la littérature y citée

Ces quatre catégories de facteurs de succès sont analysées brièvement ci-après.

4.1 Facteurs de succès médicaux

Les perspectives suivantes devraient être examinées de plus près au niveau de la gestion hospitalière en termes de succès médicaux:

- Recrutement de forces de travail de pointe au niveau des cadres médicaux, également pour les hôpitaux offrant une couverture en soins de base (élargie):

dans le cadre d'une planification à long terme, il faudrait tenter, lorsque des postes deviendront vacants, de recruter des médecins-chefs et médecins-chefs adjoints qui puissent faire progresser le Case Mix Index (CMI) par rapport à l'état actuel.

- Augmentation de l'attractivité pour le personnel de grande valeur qualitative dans les domaines médical, des soins, des thérapies et de l'administration au moyen de centres de formation internes à l'hôpital: des expériences faites notamment par des cliniques universitaires allemandes en zone périphérique indiquent qu'il est possible pour l'hôpital de faire venir du personnel motivé au moyen d'offres de formation post-grade et continue les plus ciblées possibles. Une telle situation a par exemple permis à la clinique universitaire de Greifswald de devenir une des facultés les plus attractives d'Allemagne au moyen de formations ciblées et précoces offertes aux étudiants de médecine pendant leurs études dans le domaine de l'économie de la santé et de l'économie d'entreprise.

4.2 Facteurs de succès économiques

Les perspectives suivantes devraient être examinées au niveau de la gestion hospitalière en termes de succès économiques:

- Transfert de compétences d'investissement ou pour le moins octroi de droits de superficie à long terme ainsi que cession de la fonction de maître de l'œuvre aux hôpitaux et égalité de traitement entre eux et les cliniques privées en matière du droit des marchés publics : afin d'améliorer la capacité d'agir des hôpitaux publics à l'égard de la concurrence publique extra-cantonale et de la concurrence privée, les hôpitaux publics devraient pouvoir décider eux-mêmes de leurs investissements dès lors que la rémunération LAMal (prix) inclut les charges d'investissements.
- Débloquer les investissements dans les hôpitaux publics de soins somatiques aigus, respectivement octroyer un capital en dotation adapté pour les constructions hospitalières en suspens: au regard du nouveau financement hospitalier, le canton du Valais sera tenu de financer le traitement des patients valaisans dans tous les hôpitaux figurant sur une liste uniquement jusqu'à hauteur des prix valaisans. Les hôpitaux publics valaisans doivent donc se positionner de manière attrayante au niveau des constructions également, sinon davantage d'argent partira du canton du Valais vers les cantons limitrophes (dans le Haut-Valais en particulier vers le canton de Berne). Dans ce cas, le canton du Valais sera tenu de payer sa part aux hôpitaux figurant sur la liste d'autres cantons. Le déblocage rapide des investissements devrait diminuer les hospitalisations hors canton. Si ce n'était pas politiquement tenable, on devrait transférer les moyens nécessaires aux hôpitaux afin d'éviter qu'ils entrent dans la compétition avec un désavantage financier. Ainsi, le canton de Bâle-Ville a introduit ce principe pour le 1^{er} janvier 2012 avec l'octroi de l'autonomie aux hôpitaux.

4.3 Facteurs de succès liés au marché

Les perspectives suivantes en termes de marché devraient être envisagées au niveau de la gestion hospitalière:

- Différenciation claire entre les prestations de l'assurance de base et celles de l'assurance complémentaire: il faudrait examiner de plus près, dans ce contexte, l'opportunité d'installer de nouvelles divisions privées appartenant à l'hôpital, à l'instar de l'hôpital cantonal lucernois sur le site de Lucerne.
- Il serait aussi intéressant d'examiner la mise en place de centres de santé dans les hôpitaux, offrant un premier contact et une prise en charge globale pour les assurés en managed care. Le principe de la coopération avec les médecins de famille, tel qu'il est pratiqué depuis des années avec le cabinet des urgences à l'hôpital cantonal de Baden, est un exemple qui pourrait être encore davantage développé.

4.4 Facteurs de succès structurels

Au niveau de la gestion des hôpitaux et du contexte de renforcement de l'autonomie de ces derniers, les références suivantes mériteraient d'être examinées de plus près:

- Mise en place de centres de réadaptation au même endroit que les hôpitaux de soins somatiques aigus: la couverture en soins intégrée, qui devrait gagner en importance sous le régime des DRG, pourrait ainsi être favorisée. Cela ne signifie pas encore nécessairement que l'hôpital fournit ces prestations lui-même. Il est par exemple concevable que des divisions de réadaptation situées dans des hôpitaux de soins somatiques aigus soient gérées par des cliniques de réadaptation et que les médecins et les réadaptateurs déterminent les thérapies en commun. Actuellement, de telles offres sont par exemple exploitées par le groupe RehaClinic à l'hôpital cantonal de Baden (p.ex. dans le cadre de la stroke unit), à l'hôpital cantonal de Glaris, à l'hôpital du Zollikerberg et au Seespital. Un concept similaire existe également entre la Clinica Hildebrand et les hôpitaux publics du canton du Tessin sur les sites hospitaliers de Locarno et de Lugano. Un concept pour un projet de réadaptation pour le Haut-Valais semble près de son achèvement. Du point de vue de l'expert, il sera important de savoir, dans ce contexte, si le projet à réaliser sera mis en œuvre sur la base du modèle moins exigeant des CTR répandus en Suisse romande ou selon les critères de Swiss Reha qui sont désormais exigés par plusieurs cantons de la Suisse alémanique dans le cadre de l'élaboration de leur liste hospitalière.
- Dans le Haut-Valais, la couverture en soins psychiatriques stationnaires est fournie aujourd'hui déjà de manière intégrée à Brigue. Un tel aménagement peut également contribuer à la dé-stigmatisation, problème encore important en psychiatrie.
- Afin de favoriser l'intégration verticale, il faudrait également examiner l'augmentation de l'utilisation commune de la structure hospitalière par des médecins établis en cabinet. On pourrait examiner par exemple l'installation de cabinets médicaux, des bases opérationnelles pour les soins à domicile, une offre

en médecine complémentaire liée à la médecine conventionnelle ou encore les offres de thérapies ambulatoires sur le site hospitalier.

- L'exploitation de centres de santé dans les hôpitaux mériterait également une réflexion d'un point de vue du managed care et de la prise en charge globale de l'assuré. Il existe dans ce sens un potentiel de synergies intéressant, notamment pour l'utilisation commune des infrastructures et équipements.

5. Historique

Le fait qu'un hôpital se subdivise en sites, offre telles ou telles prestations, collabore avec tels ou tels partenaires et doit faire face à la concurrence n'est pas uniquement le résultat des flux de patients qui se concrétisent au fil du temps mais le résultat des évolutions historiques influencés par différents facteurs politiques, culturels, etc. Ceci est encore plus vrai pour un canton bilingue comme le Valais. Ainsi, il semble opportun de passer en revue l'historique des planifications hospitalières dans le canton du Valais.

Les éléments principaux de chaque planification hospitalière sont résumés ci-après:

- Dans le "Concept hospitalier 2004" du canton du Valais de janvier 2004, "l'intérêt prioritaire des patients" l'emporte "sur toute autre considération" parmi les motivations de la nouvelle planification hospitalière (page 4). Est également formulé le principe "de faire disparaître progressivement les surcapacités encore existantes" (page 4). En outre, la manière de procéder ainsi que les limites liées à cette réforme sont précisées: "Nous rappelons qu'il n'est pas question pour le Conseil d'Etat dans la planification actuelle de fermer des établissements hospitaliers ou d'en transformer l'un ou l'autre en hôpital exclusivement de soins aigus ou exclusivement de soins aux malades de psychiatrie et de gériatrie. En effet, le Conseil d'Etat s'engage à maintenir une activité sur l'ensemble des sites afin de garantir aussi des emplois dans toutes les régions du canton en s'assurant qu'il n'y ait ni gagnant ni perdant" (page 5). L'attribution des différents mandats de prestations aux établissements faisant partie du même centre hospitalier devrait s'opérer selon le schéma: "cas complexes – cas légers" (page 11). La planification hospitalière était conçue en tant que processus qui devait relever les défis suivants: le vieillissement de la population, l'évolution des technologies, les attentes nouvelles des patients, les transformations rapides des institutions de soins, le rôle accru des assureurs et les finances publiques (page 23). Parmi les motivations pour la répartition des activités médicales, les éléments suivants ont été relevés: atteindre une masse critique de patients dans chaque spécialité, répondre aux exigences posées à court terme par les sociétés faitières de spécialités, assurer au patient un accueil et une prise en charge humanisée, rapide et efficace, assurer l'attractivité de la profession pour les médecins spécialistes, le personnel médico-technique et soignant, garantir une formation continue, rationaliser le travail du personnel qualifié, regrouper et utiliser de manière optimale et économique les moyens techniques coûteux tant à l'investissement qu'à l'exploitation, acquérir de nouvelles technologies tout en évitant les doublons, et renforcer les urgences pré-hospitalières (pages 49/50).
- Dans la "Planification hospitalière 2006 et bilan de la mise en œuvre de la planification 2004" de mars 2006 figure notamment un résumé de la mise en œuvre de la planification hospitalière 2004 dans chaque centre hospitalier. Les mesures suivantes ont été mentionnées pour le centre hospitalier du Haut-Valais:
 - Regroupement de l'activité d'obstétrique et de pédiatrie sur le site de Viège
 - Urgences vitales ou majeures: Viège; urgences ambulatoires ou mineures: Brigue
 - Soins intensifs: regroupement de l'activité des soins intensifs sur le site de Viège, maintien des soins continus à Brigue

- Chirurgie: fermeture des blocs opératoires de Brigue pendant la nuit et les week-ends; chirurgie complexe à Viège, chirurgie légère à Brigue
- Regroupement de l'activité de traumatologie sur le site de Viège
- Regroupement de l'activité d'ophtalmologie et d'ORL (adultes) sur le site de Brigue
- Regroupement de l'activité d'urologie, de gynécologie et d'orthopédie sur le site de Brigue
- Fermeture de la psycho-gériatrie de l'ancien hôpital et intégration à l'hôpital de soins aigus de Brigue
- Fermeture de l'hôpital de jour à Viège. Ouverture à Brigue.
- Mise en place du SMUR à Viège.

L'analyse des données révèle que, suite à la modification des mandats de prestations, les concentrations de prestations se sont produites de manière différenciée. Ainsi, le recul de l'activité stationnaire dans le domaine de la chirurgie à Brigue a été largement compensé par l'augmentation des activités semi-stationnaires (page 32). Il est souligné que la planification de la gériatrie repose sur les mêmes principes que le reste de la planification, mais il est toutefois relevé qu'il n'est pas possible de tracer une limite exacte entre les soins gériatriques et les soins aigus de médecine interne (page 47). Dans le cadre de la synthèse des recommandations à l'intention du Conseil d'Etat, les mesures suivantes sont présentées pour le Centre hospitalier du Haut-Valais: fermeture de la gynécologie stationnaire de Brigue et intégration à Viège, création d'une nouvelle unité de soins palliatifs à Brigue, maintien de la gériatrie à Brigue et à Viège, fermeture progressive des lits d'attente à Viège et à Brigue, maintien de l'ophtalmologie à Brigue, développement d'une psychiatrie ambulatoire, déplacement de l'administration et des finances de Viège à Brigue (pages 59 à 61).

- La "Planification hospitalière 2008" de juin 2008 présente un bilan des planifications hospitalières 2004 et 2006, des perspectives et des propositions d'adaptation. Pour le Centre hospitalier du Haut-Valais, il est démontré que l'hôpital de Brigue a enregistré au cours des années 2004 et 2005 une baisse du nombre de sorties stationnaires et du nombre de journées d'hospitalisation comme conséquence de la restructuration dans le domaine des soins somatiques aigus. On constate une évolution contraire pour l'hôpital de Viège suite à la concentration des cas lourds et/ou non programmés sur ce site (page 15). Les activités ambulatoires ont accusé une hausse à Brigue depuis l'introduction de la nouvelle répartition des prestations, alors qu'elles ont baissé à Viège (page 18). Les difficultés liées à la nouvelle répartition des disciplines ont également été thématiques (page 26):
 - La pratique de certaines disciplines sur deux ou trois sites entraîne des transferts entre les hôpitaux.
 - Les transferts entre hôpitaux concernent également les médecins qui opèrent et traitent leurs patients parfois sur deux, voire trois sites, et dans certains cas le personnel des soins et médico-technique.
 - Les départements dont l'activité doit être répartie sur plusieurs sites se voient confrontés à des difficultés, notamment en matière de communication et de suivi des patients.
 - Le maintien ou le développement de certaines activités sur les autres sites (c'est l'hôpital de Brigue qui est mentionné pour le Centre hospitalier du

Haut-Valais) est parfois difficile, parce que toutes les disciplines ne sont pas représentées, ce qui réduit les échanges interdisciplinaires.

Selon les spécialistes, la taille optimale pour un établissement hospitalier est de 250 à 300 lits pour un bassin de population de 150'000 habitants. Avec une population de 298'900 habitants (état au 31 décembre 2007) le Valais offre donc selon ces normes un bassin de population pour deux établissements de 250 à 300 lits chacun; le paysage hospitalier valaisan est désormais composé de 3 centres hospitaliers offrant chacun l'ensemble des prestations de base, pour un total de 700 lits planifiés pour les patients valaisans (page 27). Conformément au nouveau financement hospitalier décidé au plan fédéral, notamment le libre choix au niveau suisse entre les hôpitaux figurant sur une liste, il est postulé que "des adaptations doivent être envisagées dès à présent, avec pour objectif l'amélioration de la qualité et de l'économicité des prestations" (page 28). "Pour ce faire, un regroupement des différentes disciplines médicales doit être réalisé" (page 29). L'importance de l'attractivité des sites hospitaliers en tant qu'employeurs est mentionnée à la même page. Le regroupement des différentes disciplines médicales permettra notamment (page 30): un meilleur entraînement des professionnels pour la réalisation d'actes médicaux spécifiques et complexes, une spécialisation accrue du personnel au vu de l'évolution rapide des progrès médico-techniques, le développement de centres de compétence, une plus grande facilité d'organisation pour les équipes opératoires et donc plus de disponibilité pour les patients, une utilisation plus rationnelle des salles d'opération, et une meilleure disponibilité des professionnels pour la garde médicale. Pour le Centre hospitalier du Haut-Valais, il est proposé de transférer toute la chirurgie générale, y compris la traumatologie, à Viège, d'engager un médecin orthopédiste supplémentaire avec une augmentation correspondante du nombre des lits et un développement de la chirurgie minimale invasive de la colonne vertébrale, de transférer les lits et les équipements de l'oto-rhino-laryngologie (ORL) à Viège, de concentrer toutes les activités de gériatrie à Brigue ainsi que de diminuer progressivement le nombre des lits d'attente (pages 30 à 33).

- Dans les "Résumés des études HLP 2007 – 2011" du 30 juin 2011 figurent les éléments suivants concernant le Centre hospitalier du Haut-Valais et qui dépassent la planification hospitalière:
 - Les mesures les plus importantes pour l'hôpital de Brigue: clinique de jour oncologique; ANI; transformation de l'anesthésie; IMC; salle de réveil; rénovation des salles d'opération 1 et 2; assainissement des étages de soins; assainissement et agrandissement de la physiothérapie.
 - Les mesures les plus importantes pour l'hôpital de Viège: transformation des salles d'examen et de traitement de la médecine; transformation des urgences, y compris un nouveau cabinet des urgences; assainissement des étages de soins;
 - Centralisation de l'activité des opérations à Viège: principaux résultats: la centralisation est possible au niveau des surfaces, mais tout juste; de nouveaux investissements importants sont nécessaires, des chantiers coûteux; pas une solution tournée vers l'avenir; des coûts élevés pour une solution transitoire; le besoin en rénovation met en péril les investissements entrepris dans le cadre du projet; les projets en cours éliminent les défauts les plus graves, on a donc le temps pour une solution fondamentale: à examiner: un seul site hospitalier pour le Haut-Valais?

- Centre de psychiatrie du Haut-Valais, services ambulatoires: résultats principaux: la répartition des sites d'exploitation gêne une gestion rationnelle; problème qualitatif par rapport aux locaux; la fondation Saltina offre des espaces supplémentaires au troisième étage, donc: saisir l'occasion de l'utilisation d'autres locaux situés dans l'immeuble.

Pour souligner l'importance de l'histoire, relevons encore que, dans les remarques finales de la planification hospitalière 2008, il est précisé que les propositions d'adaptation de la planification hospitalière s'inscrivent "dans la continuité des décisions prises en 2004 et 2006" (page 38).

6. Aspects d'économie politique

L'hôpital est une unité économique qui réalise des recettes et des dépenses, qui crée des places de travail et offre des prestations de service. Les recettes de l'hôpital et les éventuelles participations financières (couverture du déficit) versées par le canton et/ou les communes sont également utilisées pour l'acquisition de biens et de services. Ces achats sont partiellement effectués dans la région ou dans le canton. Cela crée des places de travail supplémentaires et génère des recettes fiscales supplémentaires pour le canton et les communes. En théorie économique, ce phénomène s'appelle "effet multiplicateur".

6.1 Valeur ajoutée (effets multiplicateurs)

Des études consacrées aux effets multiplicateurs d'hôpitaux existent tout autant en Suisse qu'à l'étranger. En Suisse, plusieurs études portant sur des effets économiques possibles ou sur l'effet multiplicateur ont été effectuées. On a tenté de l'analyser par exemple pour les hôpitaux de Meiringen, de Saint-Imier et de Schwarzenburg sous la direction du professeur genevois Antoine Bailly². L'effet multiplicateur pour le district se monte à 1.26 à Meiringen, 1.23 à St-Imier et Schwarzenburg. L'effet multiplicateur pour le canton se monte à 1.50 à Meiringen, 1.37 à St-Imier et 1.66 à Schwarzenburg. Ces chiffres signifient que pour un franc dépensé par l'hôpital pour l'achat de biens et de services, un montant situé entre 1.23 et 1.66 franc retombe dans l'économie du district ou du canton. Dans des régions plus petites, les effets multiplicateurs sont réduits parce que les achats sont effectués souvent en dehors de la région.

Une étude du même institut portant sur les effets multiplicateurs de l'hôpital de Porrentruy parvenait aux valeurs suivantes:³ "Ainsi, par l'effet multiplicateur, pour chaque franc dépensé pour l'hôpital, deux francs tombent dans l'escarcelle de l'économie locale. Et un emploi créé à l'hôpital engendre un demi-emploi supplémentaire dans la région (services, construction ...)". L'existence d'un hôpital devrait aussi constituer un facteur non négligeable dans le choix d'un site d'implantation pour de nouvelles entreprises dans une concurrence entre sites qui se durcit toujours plus.⁴

Sur la base des rapports annuels pour l'année 2012, l'auteur a effectué des calculs approximatifs analogues aux résultats des analyses présentés ci-dessus afin de connaître l'importance économique des deux hôpitaux du Haut-Valais.

Deux variantes sont à distinguer, l'une qui présente l'effet multiplicateur le plus bas figurant dans plusieurs études pour le district (1.23 pour St-Imier) et le plus grand pour l'économie locale (2.0 pour Porrentruy). On en obtient les valeurs suivantes:

² Laboratoire d'économie appliquée, Der sozio-ökonomische Effekt der Krankenhäuser Meiringen, St-Imier, Schwarzenburg, Genève, septembre 1994, p. 2 ss.

³ La Gruyère du 1^{er} mai 1990, citée d'après: Politique de la santé: Informations, no 3 du mois d'octobre 1990, p. 41.

⁴ Voir à ce sujet l'étude précitée effectuée par le Laboratoire d'économie appliquée.

Tableau no 1: Effets multiplicateurs pour les deux hôpitaux haut-valaisans de Brigue et de Viège, d'après divers scénarii pour l'année 2012

| | Effet multiplicateur analogue à St-Imier (1.23) | Effet multiplicateur analogue à Porrentruy (2.0) |
|--|---|--|
| Charges d'exploitation 2012: mio. SFr.134'696'525.45 | Mio. SFr. 165'676'726.30 | Mio. SFr. 269'3933'050.90 |

Source: Compte de profits et pertes du Centre hospitalier du Haut-Valais, 2010 – 2012, selon courriel du chef du Service de la santé publique du 11 avril 2013

Compte tenu de la taille du canton, a priori l'effet multiplicateur se situera plus près de la variante "St-Imier" que de celle de "Porrentruy". Même avec l'effet multiplicateur de St-Imier, il y a lieu de relever que les effets économiques annuels se montent à plus que 165 millions de francs.

Même s'il n'est pas possible, dans le cadre de la présente expertise, d'aborder toutes les études effectuées et publiées en Suisse qui traitent des effets multiplicateurs et qui conduisent aussi à des résultats divergents, les chiffres présentés ci-dessus fournissent certaines indications quant aux effets économiques potentiels de la fermeture de différentes unités de tel ou tel hôpital pour la région si les autres conditions-cadres demeurent inchangées.

On oppose en partie à un engagement fort l'argument que la part de la santé financée par les assurances sociales et les ressources fiscales devient ainsi relativement élevée, ce qui pourrait avoir des répercussions négatives sur la charge fiscale et/ou les frais salariaux annexes.

Cet argument lié à l'augmentation des impôts et/ou des charges sociales peut être contré par le fait que les dépenses de santé revêtent souvent un caractère d'investissement en atténuant ou en évitant même totalement la survenance de coûts indirects (par exemple sous forme de pertes de plus-values à cause d'une morbidité plus longue ou d'une mortalité plus précoce). En outre, la question de savoir si le canton doit payer pour les traitements stationnaires réalisés dans les hôpitaux figurant sur une liste ne se pose même pas dans le cadre du nouveau financement hospitalier selon la LAMal. Du point de vue économique, la question décisive est de savoir si les hôpitaux sont préparés à faire face à la concurrence de façon à perdre le moins possible de patients intra-cantonaux ou à attirer le plus possible de patients pour un séjour stationnaire dans le canton du Valais. Ce phénomène est dû au libre choix de l'hôpital entre les établissements admis à l'assurance maladie introduit avec le nouveau financement hospitalier. Après un délai de transition, le canton devra à partir de 2017 financer au moins 55% des forfaits basés sur les prestations également dans le cas des hôpitaux extra-cantonaux admis – mais au maximum jusqu'à la valeur du traitement pratiqué auprès des hôpitaux intra-cantonaux comparables. Du point de vue économique, la question est de savoir si d'autres cantons doivent payer pour le traitement de leurs patients en milieu stationnaire en Valais ou si le canton du Valais doit cofinancer des traitements dans d'autres cantons pour ses propres patients.

Ceci pourrait être une des raisons pour lesquelles des constructions hospitalières dans différents cantons sont en cours de discussion ou ont déjà été décidées. C'est ainsi que, par exemple, l'hôpital "Limmattal" à Urdorf a opté en faveur d'une nouvelle construction et a procédé à une adjudication dans le cadre d'une procédure de soumission. Le canton de Soleure a accepté en votation populaire la nouvelle construction de l'Hôpital bourgeois. Dans le canton de Bâle-Campagne, des projets de construction sont en cours, en particulier pour l'hôpital cantonal de Liestal. Dans le canton de Bâle-Ville, tant les hôpitaux privés (St. Claraspital, Merian Iselin et Bethesda) que l'hôpital universitaire ont entrepris activement depuis des années des constructions ou s'occupent de constructions nouvelles ou complémentaires. Dans le canton de Lucerne, des discussions sont en cours quant à la construction d'un nouvel hôpital à Wolhusen. Dans le canton d'Argovie, le gouvernement a débattu de l'avenir des deux hôpitaux cantonaux d'Aarau et de Baden, et il a déposé récemment un projet pour un hôpital central contre la volonté initiale de la directrice de la santé compétente. Dans le canton de Berne, l'hôpital universitaire de l'Ile a développé un Master Plan, et plusieurs centres hospitaliers régionaux planifient des constructions nouvelles ou complémentaires.

6.2 Attractivité du site

La fonction importante de valeur ajoutée mise à part, il convient de rappeler que les hôpitaux assument à juste titre d'autres fonctions économiquement importantes. On peut relever, par exemple, qu'à côté de la formation et de l'éducation, l'offre sanitaire joue un rôle important pour des cadres dirigeants venant de l'extérieur dans le sens de l'attractivité du site, que ce soit dans la concurrence interrégionale ou internationale.

Dans le cadre du positionnement d'un pôle "économie de la santé", la lutte dans la concurrence autour des meilleurs talents se joue en général non seulement au plan interrégional, mais aussi au plan international. Les médecins spécialistes cherchent souvent des hôpitaux positionnés de manière optimale. Ainsi, il importe que l'hôpital dispose de soignants qualifiés, d'appareils médico-techniques modernes, d'un management compétent et, au vu de la taille des hôpitaux du Haut-Valais, en général aussi d'une ouverture à la collaboration avec des instances supérieures et inférieures.

6.3 Fonction d'innovation

La présence d'un hôpital peut revêtir une importance significative en termes d'implantation de la région dans la branche de la santé, le rôle de l'innovation joué par les hôpitaux étant en règle générale plus fort que les développements dans le domaine ambulatoire, par exemple au niveau de la technique médicale. En effet, certains produits ne peuvent trouver une application que dans le domaine hospitalier.

6.4 Fonction de compensation

Les hôpitaux assument aussi une fonction de compensation. Par exemple, les conséquences négatives du monde du travail marqué par le stress, de la nourriture malsaine, du manque de mouvement, de mauvaises conditions sociales pourront être atténuées ou guéries, de même qu'à l'avenir aussi davantage de prédispositions génétiques.

6.5 Fonction d'employeur

Le secteur de la santé assume une fonction d'employeur. Les hôpitaux requièrent bien plus de personnel que beaucoup d'autres domaines et offrent également des places de travail pour les employés à temps partiel (souvent des femmes). Du point de vue de l'économie de la santé, la fonction d'employeur n'est pas un but en soi, mais une stratégie.

Dans des pays pauvres en matière première comme la Suisse, l'investissement dans le capital humain occupe une place particulièrement importante.

7. Les besoins dans le Haut-Valais

Avant de se prononcer sur une structure hospitalière, il convient d'estimer les besoins des années à venir qui se dessinent pour le bassin de population du Haut-Valais. En vertu de la LAMal, les cantons sont de toute manière tenus de le faire.

Le canton du Valais a recours – comme cela a été recommandé par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé – à la méthode de la détermination des besoins en soins développée par la direction de la santé du canton de Zurich qui s'avère être pertinente et source de perspectives. La méthodologie rencontre en particulier une large acceptation dans le domaine médical puisqu'elle a été développée en collaboration avec des médecins et puisque les points sur lesquels les avis divergeaient ont fait l'objet de recherches de consensus sous l'égide de modérateurs professionnels.

A l'instar d'autres cantons, le canton du Valais a déterminé les besoins en soins selon la méthodologie et avec le soutien de la direction de la santé du canton de Zurich. Les explications qui figurent par la suite dans le présent rapport reposent sur l'état actuel des travaux (journée déterminante: 1^{er} juillet 2013) et sur un entretien réalisé le même jour avec Monsieur lic.oec.publ. Simon Stahel de la division de la couverture des besoins en soins et Monsieur Dr Hansjörg Lehmann, soit le directeur de la division précitée de la direction de la santé du canton de Zurich. A cette occasion, les hypothèses adoptées dans le rapport provisoire sur la planification hospitalière du canton du Valais ont été soumises à un réexamen critique, et le calcul correspondant portant sur le besoin en lits a été refait ensemble avec Monsieur Stahel. Il en résulte dans quelques domaines des hypothèses légèrement modifiées par rapport à la durée moyenne du séjour (voir ci-après).

Si on analyse les données mises en consultation pour les besoins en soins du Haut-Valais en 2020 en tenant compte de la situation de départ partiellement différente par rapport à l'évolution des durées de séjour, en particulier dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, on peut en déduire les ordres de grandeur suivants en ce qui concerne les besoins en infrastructure:

- Pour le domaine des soins somatiques aigus, on peut se référer au nombre de journées d'hospitalisation prévu pour la population du Haut-Valais en 2020 afin de calculer les besoins en lits. Même si le calcul de lits sous le régime des DRG ne paraît plus très pertinent, il n'existe guère d'autres données permettant d'évaluer la dimension requise pour la structure hospitalière du Haut-Valais. Des journées d'hospitalisation déterminées pour l'année 2020, il y a lieu de soustraire celles correspondant aux hospitalisations hors canton. Pour ce faire, on suppose que la part des hospitalisations hors canton est semblable à celle de l'année 2010. En tenant compte des prestations d'intérêt général liées aux urgences et de la durée moyenne de séjour attendue pour l'année 2020, on peut déterminer une valeur approximative d'environ 200 lits pour les soins somatiques aigus dans le Haut-Valais. Cet ordre de grandeur justifie, du point de vue de l'économie de la santé, au moins un hôpital géré efficacement dans une "région périphérique" comme le Haut-Valais.

- Se pose ensuite la question de savoir quels sont les besoins à déterminer pour les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie afin de clarifier définitivement si un ou deux sites hospitaliers paraissent avoir un sens à moyen et à long terme.
- Afin de déterminer les besoins en réadaptation, il est procédé d'une manière analogue aux soins somatiques aigus. La durée de séjour étant plus basse que dans Valais central, il a été tenu compte d'une réduction en pour-cent de la durée moyenne de séjour plus faible que dans l'ensemble du canton pour l'année 2020, soit une durée moyenne de 19.0 journées (au lieu de 18.1), et on a supposé un taux d'occupation moyen des lits de 95 pour cent. Il ressort de cette évaluation un besoin légèrement inférieur à 40 lits (36 lits). Ce chiffre est largement inférieur aux 100 lits préconisés au minimum pour un établissement uniquement dédié à la réadaptation. Il correspond toutefois assez précisément à la taille optimale généralement admise dans des cliniques de réadaptation suisses pour la gestion d'une division de réadaptation dans un hôpital de soins somatiques aigus (voir par exemple l'hôpital Zollikerberg et la Reha Clinic Zurzach, ou le projet planifié par la clinique de réadaptation Zihlschlacht en collaboration avec la Herz-Klinik am Bodensee et l'hôpital cantonal Münsterlingen). Les besoins en capacités propres qui reste à fixer définitivement dépend encore en partie de la mise en œuvre concrète du concept de réadaptation du Centre hospitalier du Haut-Valais qui sera achevé d'ici peu. Finalement, la question de l'opportunité de deux sites hospitaliers pour le Haut-Valais dépendra également des besoins qui restent à déterminer dans le domaine de la psychiatrie.
- Afin de déterminer les besoins dans le domaine de la psychiatrie, on a choisi un procédé analogue à celui de la réadaptation. Contrairement à la réadaptation, il a été renoncé à la prise en considération des hospitalisations extra-cantoniales en raison de leur trop faible nombre. Les soins psychiatriques stationnaires sont actuellement dispensés au sein de l'hôpital de soins aigus à Brigue. On a supposé un taux d'occupation des lits de 100 pour cent et une durée moyenne de séjour de 26 journées, ce qui est plus que la valeur moyenne de 24.2 journées déterminée pour le Haut-Valais, puisque cette durée de séjour est même déjà aujourd'hui inférieure à celle pour l'ensemble du canton, et parce que l'hypothèse adoptée lors de la planification selon laquelle le recul en pour cent sera identique à celui de l'ensemble du canton paraît donc plutôt osée. Sur la base de ces hypothèses, il en résulte pour la psychiatrie également un besoin en lits légèrement inférieur à 40 lits pour l'année 2020. Ce chiffre ne justifie pas non plus la présence d'un établissement uniquement dédié à la psychiatrie, mais bien la gestion des divisions correspondantes.

Globalement, on aboutit donc à un besoin d'environ 280 lits pour l'ensemble des domaines des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie. Se pose alors la question de savoir si ce besoin doit être assuré sur un site ou sur deux sites. Ceci sera analysé de plus près par la suite dans le cadre de différents scénarios et en se référant à des critères choisis.

Les besoins en lits déterminés ci-dessus correspondent aux besoins pour tous les patients à charge de la LAMal, donc non seulement les personnes avec une assurance de base, mais aussi celles avec une ou plusieurs assurances complémentaires, et celles qui doivent se faire assurer dans le cadre de la LAMal à titre subsidiaire contre les accidents. Dès lors, afin de tenir compte des besoins liés aux traitements stationnaires à charge de l'assurance-accidents et ceux concernant

les touristes, un supplément de 10 pour cent est ajouté aux besoins en lits déterminés pour le Haut-Valais. Ce supplément ne représente qu'une valeur approximative pour tout le spectre des prestations en soins somatiques aigus, en psychiatrie et en réadaptation. Les répercussions sur les différentes disciplines peuvent par contre être très divergentes. Les besoins totaux en lits ainsi déterminés se montent donc à 310 lits environ.

8. Variantes possibles pour la structure hospitalière du Haut-Valais

Au regard de la situation de départ présentée, on peut envisager les variantes suivantes pour la structure hospitalière future dans le Haut-Valais:

- Statu quo (pas de modifications par rapport à l'état actuel)
- Un nouvel hôpital central sur un nouveau site
- Un nouvel hôpital central sur un des deux sites actuels
- Un hôpital avec les deux sites de Brigue et de Viège et avec un portfolio apuré
- Un hôpital sur un des deux sites qui offre toutes les prestations stationnaires (donc aussi de la psychiatrie et de la réadaptation) et un centre de santé sur l'autre site actuel qui n'offre que des prestations ambulatoires et semi-stationnaires (psychiatrie)

Ces variantes seront par la suite décrites de manière plus détaillée et évaluées dans le chapitre suivant sous l'angle de l'économie de la santé et en regard des critères choisis.

8.1 Statu quo (scénario 0)

Les étapes principales menant de la planification hospitalière de 2004 à la situation actuelle (statu quo) pour le Haut-Valais ont été décrites précédemment. On peut ainsi renoncer à une description plus détaillée de ce scénario.

Du point de vue méthodologique, le statu quo sert aussi de point de référence pour représenter les changements induits par d'autres scénarios.

8.2 Un nouvel hôpital central sur un nouveau site (scénario 1)

Face au besoin en constructions évoqué ci-devant pour les deux sites hospitaliers, le bureau de planification hospitalière Limacher mandaté (Résumé des études HLP, Synthèse des études pour l'hôpital du Valais du 30 juin, feuille no 7) avait soulevé la question de savoir si on n'aura à l'avenir besoin que d'un seul hôpital dans le Haut-Valais. Cette réflexion devrait également tenir compte des données issues de l'évaluation des besoins. Un tel dispositif peut fondamentalement s'envisager au moins de deux manières:

- Le nouvel hôpital central est érigé sur un nouveau site (éventuellement même dans une nouvelle localité).
- Le nouvel hôpital central est construit sur un des deux sites actuels.

Dans le cadre du scénario 1, le choix du site pourrait être déterminé sur la base d'une modélisation des voies de circulation et des flux des patients, de manière semblable au procédé choisi à l'époque pour le projet inter-cantonal avec le canton de Vaud dans le Bas-Valais. Une fois le site choisi, on peut se mettre à la recherche de terrains appropriés.

Après la construction du nouvel hôpital central, les deux sites hospitaliers existants seront totalement supprimés, et les collaborateurs seront engagés dans la mesure du possible sur le nouveau site. L'hôpital central englobe non seulement les prestations stationnaires en soins somatiques aigus, mais aussi la psychiatrie et la réadaptation.

Les locaux actuels peuvent être affectés à d'autres utilisations. On pourrait envisager, par exemple, la mise en place d'une haute école spécialisée pour les professions de la santé ou la démolition des bâtiments concernés avec la vente ou la cession en droit de superficie des parcelles de terrain afin de les mettre à disposition pour la construction de logements en faveur de la population de la région qui est en augmentation.

8.3 Un nouvel hôpital central sur un des deux sites existants (scénario 2)

A la différence du scénario 1, le nouvel hôpital central est érigé sur un des deux sites actuels, donc à Brigue ou à Viège.

Au regard de l'historique des planifications hospitalières, le site de Viège devrait être favorisé. Le site de Brigue perdrait alors le statut d'hôpital. Ceci vaut également pour la psychiatrie et la réadaptation qui seront intégrées à Viège dans le cadre d'un tel concept.

Par analogie au scénario 1, les locaux qui se libèrent peuvent être affectés à une autre utilisation.

8.4 Un hôpital sur les deux sites de Brigue et de Viège (portfolio apuré) (scénario 3)

Dans le cadre du scénario 3, les deux sites hospitaliers de Brigue et de Viège sont conservés, mais les portfolios des prestations seront encore optimisés dans le cadre de la continuité des décisions déjà prises dans les planifications hospitalières précédentes.

Le point de départ de ces réflexions réside dans les difficultés du concept actuel révélées dans le cadre de la planification hospitalière 2008. A titre d'exemple, on partira de l'apurement suivant du portfolio des prestations:

- La séparation entre le mode ambulatoire et le mode stationnaire des prestations ainsi qu'entre cas "légers" et cas "lourds" est supprimée.
- Dans la mesure du possible, pour des raisons de qualité et d'économicité, des prises en charges ambulatoires précédant ou suivant le traitement stationnaire sont mises à disposition sur les deux sites dans le cadre d'un centre de santé. Les deux centres de santé sont placés sur les plans médical, soignant, thérapeutique et organisationnel sous la conduite du centre principal qui fournit les prestations stationnaires. On peut s'imaginer aussi que les deux centres de santé collaboreront en partie avec les médecins généralistes établis sur place, compte tenu de la menace d'un manque de prestataires pour

la couverture des besoins en soins de base. Les centres de santé seront mis en réseau avec les structures stationnaires par voie de télémédecine.

- La médecine et la chirurgie seront réunies sur le même site.
- L'obstétrique et la gynécologie seront réunies sur le même site.
- Des concentrations analogues s'appliqueront aussi à la psychiatrie.
- Une division de réadaptation est constituée afin d'assurer l'intégration verticale. Pour les raisons de capacités décrites par les planificateurs hospitaliers en 2011, celle-ci devrait s'implanter sur le même site hospitalier que la psychiatrie.
- Les prestations relevant de la gériatrie aiguë, de la réadaptation gériatrique et des suites de traitement seront fournies sur le même site et en collaboration avec l'offre en réadaptation.
- Il résulte de l'historique de la planification hospitalière que ce serait le site de Brigue qui fournirait les prestations stationnaires en psychiatrie, réadaptation et gériatrie, et le site de Viège les prestations en soins somatiques aigus.

8.5 Un hôpital sur un des deux sites et un centre de santé sur l'autre (scénario 4)

Le scénario 4 maintient, dans le sens des orientations prises jusqu'ici, la séparation entre les prestations stationnaires et ambulatoires, mais il l'applique de manière plus poussée.

Toutes les prestations stationnaires en soins somatiques aigus, en réadaptation et en psychiatrie sont fournies sur un seul site hospitalier.

Le second site perd son statut d'hôpital. Il concentre ses activités entièrement sur le domaine ambulatoire et reprend également dans le cadre d'un grand centre de santé les prestations ambulatoires fournies jusqu'ici sur l'autre site.

La notion d' "ambulatoire" comprend également les prestations qui seraient à désigner par le terme de "semi-stationnaires", en particulier les prestations psychiatriques fournies en hôpital de jour.

Le centre de santé ne doit pas forcément comprendre tous les locaux hospitaliers utilisés jusqu'ici et peut être réalisé selon le concept "Shop-in-the-Shop". On pourrait envisager une "maison de la santé" qui réunirait sous un même toit des acteurs et organisations provenant des soins somatiques aigus, de la réadaptation, de la psychiatrie, de la technique médicale et de la pharmacie, de professions comme les médecins, soignants et thérapeutes, des domaines de la prévention, des soins, du traitement de la douleur, des cures, respectivement des domaines de la santé et du social (pour ce dernier, on peut mentionner par exemple un service de repas et/ou un service de consultation parentale), et qui leur permettrait d'utiliser l'infrastructure commune. Un tel concept pourrait être complété par des logements protégés et/ou des logements avec un encadrement médico-social. Si besoin en était, le concept du centre de santé pourrait encore être précisé. Un tel centre de santé peut avoir le canton du Valais comme propriétaire unique ou être construit dans le cadre d'une coopération avec d'autres prestataires de soins. Un tel centre pourrait disposer de structures similaires à des cabinets du type "walk-in" et servir au recrutement de

patients, comme on a pu le constater en Allemagne après l'introduction des DRG, et comme cela s'est partiellement mis en place depuis en Suisse (p. ex. Hôpital de Thurgovie SA dans le canton de Schaffhouse, Hôpital universitaire de Bâle avec le centre de couverture en soins en Allemagne de sud).

Le bref descriptif des différentes variantes est sciemment rudimentaire. Il s'agit d'abord d'exposer les idées de base qui devront ensuite être soumises à une première évaluation au regard de divers critères. Cette évaluation devrait permettre de fixer des priorités dans le cadre du processus de décision politique. Sur cette base, des réflexions plus détaillées pourront être menées par la suite.

9. Appréciation des variantes

Au vu des défis évoqués, les variantes pour la structure hospitalière future du Haut-Valais décrites ci-devant doivent être analysées de plus près sur la base des critères suivants, établis en collaboration avec les représentants du département de la santé du canton du Valais et les représentants de l'Hôpital du Valais en séance du 11 juin 2013:

- Compatibilité avec le vieillissement
- Evolution de la médecine
- Garantie de la couverture des besoins en soins
- Développement des constructions
- Adaptation aux DRG
- Possibilités de financement
- Positionnement stratégique
- Optimisation des processus
- Conformité historique
- Effets socio-économiques
- Aspects de santé publique / prestations d'intérêt général

L'évaluation des différents critères s'opère au moyen d'une échelle à quatre paliers (++, +, -, --). On a renoncé à dessein à une évaluation neutre (0). Pour les raisons exposées ci-devant, le statu quo est utilisé comme scénario de référence. En raison des difficultés évoquées ci-dessus, ce scénario est appelé à évoluer. Les évaluations sont tout d'abord présentées dans un tableau et ensuite justifiées.

9.1 Compatibilité avec le vieillissement

Tableau no 2: Evaluation de la compatibilité avec le vieillissement

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Compatibilité avec le vieillissement | - | + | + | + | - |

Du point de vue la compatibilité avec le vieillissement, qui implique une prise en charge croissante des multi-morbidités, le scénario 0 doit être considéré comme peu prometteur pour l'avenir, parce qu'il présente les difficultés suivantes (cf. Planification hospitalière 2008, page 26):

- La pratique de certaines disciplines sur deux ou trois sites entraîne des transferts entre les hôpitaux.
- Les transferts entre hôpitaux concernent également les médecins qui opèrent et traitent leurs patients parfois sur deux, voire trois sites, et dans certains cas le personnel des soins.

- Les départements dont l'activité doit être répartie sur plusieurs sites se voient confrontés à des difficultés, notamment en matière de communication et de suivi des patients.
- Le maintien ou le développement de certaines activités sur les autres sites (c'est l'hôpital de Brigue qui est mentionné pour le Centre hospitalier du Haut-Valais) est parfois difficile, parce que toutes les disciplines ne sont pas représentées, ce qui réduit les échanges interdisciplinaires.

L'évaluation du scénario 3 dépend dans une large mesure de la répartition des disciplines qui sera mise en place entre les deux sites et de son adéquation. La répartition proposée à titre d'exemple pourrait s'avérer conforme avec l'objectif, compte tenu des multi-morbidités, parce que la combinaison des différents tableaux cliniques somatiques peut se manifester différemment chez les personnes âgées. Des maladies psychiatriques associées qui se manifestent souvent peuvent être prises en charge en grande partie en ambulatoire par le centre de santé. Ainsi, on devrait éviter le risque que de plus en plus de patients doivent faire la navette entre les deux sites et se mettent dès lors à lorgner du côté des concurrents extra-cantonaux qui offrent la possibilité d'une prise en charge globale. Ce risque est bien réel, comme le montre l'exemple des hôpitaux valaisans qui a été rapporté dans la presse⁵.

Le regroupement de tous les services médicaux en un endroit central parle en faveur des scénarios 1 et 2. Une bonne collaboration entre les diverses disciplines permet mieux que toutes les autres variantes de faire face au défi de la multi-morbidité. Par ailleurs, le regroupement des disciplines sur un seul site rallonge le chemin vers l'hôpital pour une partie de la population. Puisque les distances entre les sites hospitaliers du Haut-Valais ne sont pas aussi grandes que dans d'autres cantons qui discutent de variantes comparables, ces deux scénarios peuvent être évalués globalement de manière positive. Le scénario 4 doit par contre être apprécié de manière critique puisqu'il rend plus difficile une prise en charge et un traitement global du fait de la répartition des prestations ambulatoires et stationnaires sur deux sites.

9.2 Evolution de la médecine

Tableau no 3: Evaluation de l'évolution de la médecine

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Evolution de la médecine | - | ++ | ++ | ++ | - |

Comme indiqué précédemment, l'évolution de la médecine devra davantage tenir compte de l'évolution démographique pour couvrir intégralement les tableaux cliniques ainsi que les maladies multiples qui vont de pair et qui se présentent souvent comme conséquence de l'âge. Beaucoup de maladies de ce genre évoluent de manière chronique parce qu'elles vieillissent avec les personnes qui prennent de

⁵ Walliser Bote, no 79 du 4 avril 2012.

l'âge. Les personnes âgées nécessitent de plus en plus une prise en charge intégrée, c'est-à-dire en réseau, située à proximité de leur domicile. Le critère de la proximité est prépondérant en raison de la mobilité généralement réduite de ces personnes.

Le scénario 0 doit être considéré comme peu prometteur pour l'avenir en raison des mêmes difficultés que celles évoquées pour le critère de la compatibilité avec le vieillissement.

Ceci vaut par analogie également pour le scénario 4, l'évolution médico-technique devant permettre dans les 20 prochaines années une substitution plus fréquente des prestations stationnaires par des prestations ambulatoires. Des transferts coûteux entre les deux sites en seraient la conséquence et devraient engendrer des difficultés analogues à celles décrites pour le statu quo dans la planification hospitalière 2008.

Les scénarios 1 et 2 présentent l'avantage de pouvoir offrir sur un même site l'ensemble des prestations, tant stationnaires qu'ambulatoires. Une prise en charge intégrale peut dès lors être réalisée sur un même lieu. La substitution de prestations stationnaires par des prestations ambulatoires consécutive aux développements médico-techniques n'occasionne pas de transferts entre sites dans ces scénarios.

Le scénario 3 permet également de réaliser les avantages découlant des scénarios 1 et 2, à condition qu'un apurement sensé du portfolio des prestations soit mis en place et, qu'en complément, une couverture régionale plus forte soit assurée, les prestations ambulatoires précédant ou suivant un traitement hospitalier continuant à être offertes de manière décentralisée.

9.3 Garantie de la couverture des besoins en soins

Tableau no 4: Evaluation de la garantie de la couverture des besoins en soins

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Couverture des besoins | + | ++ | ++ | + | - |

La garantie de la couverture des besoins en soins peut être qualifiée de bonne en ce qui concerne l'accessibilité (scénario 0). Se pose toutefois la question de savoir si la garantie de la couverture des besoins en soins peut être placée au même rang que l'accessibilité. Il est de plus en plus couramment admis que, dans plusieurs disciplines, une distance plus longue peut être acceptée si le centre traitant dispose d'une plus grande expérience et pour cette raison pose avec plus de probabilité un diagnostic correct, procède au triage indiqué et entreprend la thérapie adéquate. De tels centres peuvent, grâce à leur expérience plus étendue, non seulement fournir une meilleure qualité, mais également mieux traiter les complications en raison d'une plus grande expérience des diverses situations. Il importe dans un tel système que les services d'urgences et de sauvetage soient bien formés et disposent d'une infrastructure hautement efficace et efficiente (ambulances, hélicoptères, etc.).

Si l'on considère l'accessibilité et l'expérience avec une pondération à peu près égale, les scénarios 1, 2 et 3 s'en sortent mieux que le statu quo (scénario 0), alors que le scénario 4 est moins bien placé, le patient devant toujours réfléchir d'abord, dans ce scénario, s'il doit se rendre aux urgences ambulatoires ou aux urgences stationnaires. Au vu des développements démographiques et médicaux déjà décrits, le scénario 1 devrait permettre d'atteindre une amélioration nette de la garantie de la couverture des besoins en soins (toutes les disciplines sous un seul toit, neuf de surcroît). Le scénario 2 parviendrait à un niveau similaire, alors que le scénario 3 ne devrait apporter que peu de changement par rapport au statu quo.

9.4 Développement des constructions

Tableau no 5: Evaluation du développement des constructions

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Développement des constructions | -- | + | + | + | -- |

De manière générale, on peut partir du constat que les horizons temporels liés à l'utilisation de constructions hospitalières se raccourcissent au vu des aspects liés aux DRG et des critères de positionnement stratégique. Les expériences faites en particulier en Allemagne avec les DRG indiquent, comme cela a été exposé ci-dessus, qu'on devrait partir au maximum d'une durée d'utilisation de 25 ou mieux de 20 ans.

Dans le cadre de la transparence accrue générée par la structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse, on devrait partir de l'idée que non seulement le personnel médical et thérapeutique bien formé, mais également les infrastructures medico-techniques et immobilières deviendront de plus en plus des facteurs de concurrence. De plus, les effets de synergie liés à des constructions adéquates revêtiront une plus grande importance sous le régime DRG.

Si des constructions devaient être érigées sur un site actuel, la flexibilité de la structure de l'offre devrait s'en trouver réduite, en particulier si la planification des capacités admise est conçue de manière peu modulaire, non standardisée (et donc souvent comptée trop juste) et pour une trop longue durée. Des sous-estimations du potentiel de croissance ont pu être observées régulièrement tant en Allemagne sous le régime DRG qu'auprès de constructions hospitalières suisses. S'y ajoute le fait que les effets de synergie ne devraient se réaliser qu'à long terme.

Le statu quo présente non seulement les difficultés décrites ci-dessus liées à la répartition de certaines disciplines sur deux sites, mais également, d'après les travaux de planification hospitalière du Bureau Limacher (Résumé des études HLP pour l'hôpital du Valais du 30 juin 2011, en particulier les feuilles 3 à 7), un besoin de renouvellement et d'agrandissement sur les deux sites. Par conséquent, cette variante ne promet pas beaucoup pour l'avenir.

La construction d'un hôpital central sur un nouveau site ou sur un des deux sites actuels pourrait être qualifiée d'optimale si les exigences décrites précédemment peuvent être satisfaites pour la construction d'un nouvel hôpital (voir en particulier point 3.3). Il importe également de tenir compte non seulement du fait que les coûts de construction qui en découlent devront être réduits de manière significative étant entendu que le régime d'amortissement des investissements selon les DRG ne permet pas de financement supérieur, mais également des conséquences d'une durée d'utilisation de 20 à 25 ans sur les coûts d'exploitation. Dans le cadre d'une nouvelle construction, une conception fonctionnelle s'avère primordiale compte tenu des conditions évoquées concernant le financement lié aux prestations. Il pourrait être sensé, selon les circonstances, de procéder, au vu des coûts d'exploitation, à un amortissement unique afin de pouvoir mettre sur pied le plus vite possible un hôpital efficient qui permettrait également de perdre moins de patients en faveur des hôpitaux hors canton.

Afin de réduire la durée de construction et de respecter le budget (qui reste à définir), on peut envisager des partenariats public-privé dans lesquels la construction de l'infrastructure est effectuée par un acteur privé, alors que le bâtiment est loué par l'exploitant de l'hôpital. Il convient d'examiner de plus près la possibilité de renoncer à des concours et travaux d'architecture coûteux et de reprendre les plans existants d'un hôpital comparable déjà construit en Suisse ou dans un pays voisin. Cela constitue encore une nouveauté dans le contexte suisse, mais cette pratique n'est pas rare à l'étranger (par exemple en Allemagne).

Selon les renseignements fournis par le Service de la santé publique du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture, il n'est pas possible de mettre en œuvre ces réflexions dans le cadre de la législation valaisanne actuelle. Dès lors, le développement des constructions devrait se réaliser selon la devise "aussi peu que possible, autant que nécessaire".

Sous l'angle d'une mise au concours fonctionnelle, la variante 4 s'en sort le moins bien à côté du statu quo. Puisque le scénario 1 exige plus de constructions que les scénarios 2 et 3, le scénario 1 ne s'en sort pas tout à fait aussi bien.

On pourrait objecter à cette évaluation que les Résumés des études HLP 2007 – 2011 avaient montré que la centralisation des activités opératoires est possible à Viège, mais tout juste. On peut relever à l'encontre de cet argument qu'il s'agit sous le régime DRG plutôt de faire un usage parcimonieux des ressources. Tant que les salles d'opération ne sont pas ouvertes le samedi et partiellement aussi en soirée - comme cela est devenu réalité dans les hôpitaux publics allemands après l'introduction des DRG - on ne peut en tout cas pas parler de goulets d'étranglement. A cela s'ajoute le fait que le maintien d'un centre de traitement ambulatoire à Brigue permet également la substitution entre les activités stationnaires et ambulatoires dans le scénario 3.

D'autre part, si le terrain est bien choisi, le scénario 1 offre le plus de possibilités de développement sur la durée réduite de 20 ans, puisqu'il permet un plus grand nombre d'options qui ne sont guère possibles sur les deux sites actuels. Pour ces raisons, les scénarios 1, 2 et 3 sont évalués positivement.

9.5 Adaptation aux DRG

Tableau no 6: Evaluation de l'adaptation aux DRG

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Adaptation aux DRG | - | ++ | ++ | + | - |

Dans le cadre du système DRG, les hôpitaux pourront à l'avenir générer leurs recettes en premier lieu par le nombre de cas et le degré de complexité de ces cas. Pour cela, on devrait faire un usage accru des instruments d'intégration verticale, en l'occurrence une collaboration plus étroite entre les prestataires de soins en amont et en aval. C'est précisément dans le contexte du développement des DRG que les hôpitaux devraient non seulement avoir un intérêt plus fort à soigner les relations avec leurs pourvoyeurs, mais également et avant tout à favoriser la prise en charge structurée et intégrée, les ré-hospitalisations dans les 18 jours n'est pas financées.

Avec la plus grande transparence que devrait apporter le régime DRG au niveau suisse, la réalisation d'un nombre minimal de cas devrait revêtir une plus grande importance, comme cela a été relevé ci-devant.

Simultanément, une plus grande flexibilité entrepreneuriale sera exigée sur les sites afin de rendre possible, par exemple, la substitution de prestations stationnaires par des prestations ambulatoires en fonction des incitations financières liées aux tarifs. Ceci devrait aider, par exemple dans le domaine des courts séjours, à minimiser les risques financiers liés à l'utilisation de médicaments et implants médicalement justifiés mais insuffisamment rémunérés par la structure tarifaire. En effet, la couverture "automatique" du déficit des hôpitaux publics est tombée avec le nouveau financement des hôpitaux.

S'agissant des réflexions sur le nombre critique de cas, les scénarios 1 à 4 s'en sortent tous mieux que le statu quo. Les différents scénarios présentent toutefois des avantages et désavantages divergents par rapport à leur flexibilité entrepreneuriale sur le site et par rapport aux traitements en amont et en aval dans les régions. Le scénario 3 devrait pouvoir être mis en œuvre plus rapidement que les autres, l'apurement du portfolio allant de pair avec de plus petites modifications des constructions. De plus, le centre de santé pour les prestations ambulatoires sur l'autre site devrait contribuer au recrutement de patients (supplémentaires) aux premiers stades de la prise en charge et donc au bon moment – par analogie aux centres de soins médicaux en Allemagne. Les scénarios 1 et 2 devraient s'en sortir très bien par rapport à l'intégration verticale parce que, contrairement au scénario 3, ils intègrent également sur le même site les suites de traitement en milieu stationnaire, par exemple le domaine de la réadaptation. Le scénario 4 sépare strictement les prestations ambulatoires et stationnaires, ce qui péjore la prise en charge intégrée, rendant ainsi les traitements pré- et postopératoires moins efficaces.

9.6 Possibilités de financement

Tableau no 7: Evaluation des possibilités de financement

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Possibilités de financement | - | + | + | ++ | -- |

Par rapport aux possibilités de financement, il y a lieu de distinguer deux variantes:

- L'Hôpital du Valais doit assumer seul la totalité du financement des investissements.
- En complément au financement des investissements par l'Hôpital du Valais, le canton est prêt, afin de garantir la couverture des besoins en soins ou pour d'autres raisons d'intérêt général, à mettre à disposition des moyens supplémentaires. Contrairement à la première variante, il ne s'agit pas, de par le droit fédéral, de dépenses liées. Le Parlement cantonal devrait donc prendre cette décision de principe et décider du montant des moyens accordés.

Sous le régime des DRG et à l'avenir avec les structures tarifaires liées aux prestations prévues pour la réadaptation et la psychiatrie, il faut non seulement maintenir les coûts au niveau le plus bas possible, mais également prendre en considération les recettes.

Les données de l'Hôpital du Valais mises à disposition de l'auteur de ce travail ne peuvent pas être citées dans leur intégralité. Le document signé sous le nom "Hôpital du Valais (RSV) – Direction générale" qui a été envoyé le 11 juillet 2013 au Chef du Service de la santé publique du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture par l'Hôpital du Valais, transmis le jour même à l'auteur de la présente expertise, répond aux questions posées par l'expert de manière incomplète. Il contient le passage suivant (page 3 sur 18): "Les explications qui suivent constituent pour le moment encore un document de travail interne qui ne saurait être utilisé pour une publication. Ce rapport n'a été validé définitivement ni par le Conseil d'administration ni par la Direction générale de l'Hôpital du Valais."

Les données existantes utilisables donnent l'impression d'une vue d'ensemble sur les divers projets en cours insuffisante pour permettre une mise en œuvre rapide des projets d'investissement pour le long terme. C'est pourtant précisément cela qui sera exigé dans un système DRG, dans lequel les rapides prennent généralement l'avantage sur les lents.

Les quelques données disponibles laissent plutôt l'impression que la possibilité de financement par les DRG semble pour le moins douteuse, notamment en regard du montant de 50 millions de francs, évoqué publiquement à de multiples reprises, pour l'hôpital de soins somatiques aigus dans le Haut-Valais (et bien évidemment aussi au regard des investissements plus élevés prévus pour le Valais central). Cela nécessite

de plus amples investigations et approfondissements. Cet avis repose sur les constats et informations suivants:

- L'expert n'a pas obtenu un calcul clair de la contribution de couverture par site. La question de savoir combien de subventions transversales s'opèrent d'un site à l'autre reste donc ouverte. Ceci ne doit pas être interprété comme une position de principe contre de telles subventions transversales. Il s'agit plutôt de créer de la transparence à ce sujet et de prendre les décisions y relatives en toute clarté. La répartition ou la distribution de subventions transversales ne doit pas relever exclusivement du conseil d'administration. Au contraire, dans un dossier aussi sensible que celui de la question des sites hospitaliers, elle devrait être éclaircie dans le cadre de la stratégie du propriétaire.
- L'auteur de la présente expertise a été informé par la direction générale de l'Hôpital du Valais dans la partie des réponses pouvant être citée que "Non, l'Hôpital du Valais ne tient pas de comptabilité par activité" (pages 1 à 18). Il conviendrait d'y remédier le plus vite possible.
- La durée de vie des investissements immobiliers tend à être surévaluée. Au regard de l'importance grandissante de l'infrastructure et en particulier de l'état des constructions en tant que facteurs de concurrence ainsi que de l'obsolescence liée aux développements de la médecine, on devrait retenir une durée d'utilisation moyenne de 20 ans, compte tenu des expériences faites à l'étranger sous le régime des DRG.
- En ce qui concerne le supplément des coûts d'investissement, il faudrait, dans le cadre des processus décisionnels relevant de la politique de la santé, envisager un scénario dans lequel ce supplément se monte à moyen et à long terme à 0 pour cent. Il en résulte pour les hôpitaux la tâche d'optimiser leurs processus d'exploitation de telle manière que les recettes issues des DRG permettent d'amortir les investissements correspondants. Il ne ressort pas de l'ensemble des documents mis à disposition qu'on aurait calculé un tel scénario worst-case qui est devenu la réalité en Allemagne dans plusieurs Länder sous le régime des DRG.
- A long terme, les hôpitaux gagneront leur argent dans un système de DRG moins par l'augmentation du Base Rate et plus par l'augmentation du Case Mix Index et par le nombre des patients pris en charge. Une telle évolution parle d'une part en faveur de la centralisation de prestations afin d'atteindre les masses critiques du point de vue qualitatif et économique, mais d'autre part aussi en faveur de la prise en considération particulière du positionnement médical. Il est plus simple de faciliter celui-ci dans un nouvel hôpital central que dans un ou deux hôpitaux avec des investissements complémentaires.
- Une réalisation plus tardive des investissements dans le Haut-Valais comparativement au projet de renouvellement conçu par le conseil d'administration de l'Hôpital du Valais pour l'Hôpital de Sion, comporte le risque, que, en raison de l'état relativement moins bon des constructions à Brigue et à Viège, des patients du Haut-Valais partent davantage vers l'Hôpital universitaire de l'Ille à Berne (attractivité du centre hautement spécialisé), et non seulement vers Sion, si on y réalise – comme cela est conçu – une offre en langue allemande. Il ne ressort pas des documents mis à disposition à ce sujet que de telles réflexions auraient été intégrées dans un scénario.

Il faut souligner encore une fois qu'il n'est pas possible, compte tenu des informations et données à disposition, qui s'avèrent incomplètes et pas entièrement utilisables, d'évaluer définitivement ce critère extrêmement important pour le canton propriétaire. Aux yeux de l'expert, on peut affirmer avec certitude qu'il n'existe aucune raison, compte tenu des données mises à disposition par l'Hôpital du Valais, de faire avancer hâtivement les travaux de construction sur l'un ou l'autre site hospitalier dans le Valais central et le Haut-Valais. Il importe bien davantage de transmettre les données au propriétaire de l'Hôpital du Valais dans le cadre d'une vue d'ensemble. Ce qui a été remis à l'expert ne suffit de loin pas. Il ne devrait pas être pris de décision sur cette base. Autrement, le Haut-Valais pourrait encourir le risque de ne pas obtenir suffisamment de moyens pour ses investissements parce que trop d'investissements non amortissables auraient été décidés à la hâte dans le Valais central.

La situation serait à apprécier différemment si le processus de décision politique conclurait à la nécessité de construire un nouvel hôpital dans le Haut-Valais par l'octroi de moyens dans le cadre des prestations d'intérêt général. Dans ce cas, le politique pourrait fixer des directives claires aux responsables de l'hôpital. Il faudrait toutefois veiller aussi dans ce cas à ce que le Haut-Valais soit traité en terme de délai de réalisation au moins de manière égale au Valais central, en raison de la proportion plus élevée de patients de cette région hospitalisés hors canton.

S'il est décidé de mettre des moyens supplémentaires à disposition, se pose la question de savoir quel montant le canton du Valais veut attribuer à la couverture des besoins en soins dans le Haut-Valais au titre des "prestations d'intérêt général".

En vertu de l'article 49, alinéa 3, LAMal, les **prestations d'intérêt général** (en particulier la recherche et la formation universitaire ainsi que le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale) doivent être financées par les pouvoirs publics.

A ce sujet, les cantons sont libres dans la définition de la notion des "prestations d'intérêt général" étant donné que les éléments mentionnés de la recherche et la formation universitaire ainsi que du maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ne constituent pas une énumération exhaustive. Des comparaisons au-delà des frontières cantonales sont dès lors difficiles parce qu'elles expriment également des jugements de valeur différents des parlements cantonaux par rapport aux prestations d'intérêt général.

Fondamentalement, une prestation d'intérêt général devrait toutefois se rapporter au financement des prestations ou situations extraordinaires clairement définies. Dans un tel concept, on devrait définir clairement quels sont les investissements d'exploitation "normaux" effectués par des hôpitaux comparables pour le "daily business" et quels éléments devraient être financés par le canton à titre complémentaire.

On devrait s'assurer que le financement par les prestations d'intérêt général ne constitue pas une couverture de déficit déguisée. Les prestations d'intérêt général ne doivent financer que ce qui a été commandé par un mandant. Au plan cantonal et au

regard des sommes du budget qui sont en discussion, cela devrait être en général le Parlement ou le Peuple, ce qui nécessite de la part des hôpitaux d'obtenir une légitimation accrue.

De plus, l'octroi de prestations d'intérêt général ne devrait pas servir au maintien de structures coûte que coûte, mais si possible à soutenir des adaptations susceptibles d'améliorer la garantie de la couverture des besoins en soins et la qualité de la médecine.

Plusieurs cantons ont entamé des réflexions au sujet des prestations d'intérêt général. Les motifs sont en partie de nature très différente. Ce sont en majorité des arguments liés à l'économie (p. ex. région touristique, places de travail), des aspects de la sécurité de la couverture des besoins en soins dans les régions périphériques et des réflexions par rapport à la formation continue qui ont été exprimés.

Dans le cadre des prestations d'intérêt général dites "de moindre importance", le Conseil d'Etat du canton de Bâle-Ville indique par exemple les éléments suivants:

Tableau no 8: Liste des prestations d'intérêt général (PIG) "de moindre importance"

| D'autres prestations d'intérêt général en 2010 | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|----------------------------|----------------------------|
| D'autres prestations d'intérêt général (explications) | Estimation du volume en milliers de CHF | | | | |
| | USB | FPS | UPK | UKBB (BS seul.) | Autres hôpitaux |
| Prestations du service social (examen de la situation du logement, de prétentions envers les assurances sociales et conseils financiers, accompagnement de personnes à l'administration ou dans des homes) | 675 | 826 | 3000 | 300 | - |
| Traitement de longue durée de patients à l'AI avec multi-morbidité | - | 1100 | - | - | - |
| Aumônerie d'hôpital | 392 | 237 | 165 | | - |
| D'autres prestations en psychosomatique, Neuropsychologie | 700 | - | - | - | - |
| Enseignement scolaire (pour des enfants et adolescents tenus de suivre l'école obligatoire pendant le séjour stationnaire) | - | - | 426 | 250 | - |
| Système conduite par le médecin des urgences pour Bâle-Ville (mise en place de médecins des urgences spécialement formés pour diriger et coordonner l'intervention sur les lieux d'événements extraordinaires) | 500 | - | - | - | - |
| Prestations de soutien aux Services de sauvetage (accompagnement des sanitaires par des médecins des urgences) | 500 | - | - | - | - |
| Parties spéciales de la médecine préventive (examens spéciaux, mesures de vaccination, radioscopies, mesures d'investigation) | - | - | - | 250 | - |
| Tenue du registre cantonal des cancers | 205 | - | - | - | - |
| Espaces protégés de l'hôpital | 110 | | | | 50 |
| Coordinateur des transplantations (selon la loi sur les transplantations) | 120 | - | - | 10 | - |
| Central d'appel des urgences médicales (triage adapté au niveau) | 80 | - | - | - | - |
| Consultation anonyme de grossesse | 65 | - | - | - | - |
| Entreposage de médicaments et de produits médicaux (médicaments et matériel de pandémie) | 5 | - | - | 31 | - |
| Prestations spéciales dans le cadre de la protection des enfants et de la jeunesse, loi sur les victimes d'infraction, protection des femmes notamment (tests de sang, tests d'ADN, etc.) | - | - | 20 | - | - |
| Consultations ADN avec diagnostic anonyme | 20 | - | - | - | - |
| Total des autres prestations d'intérêt général selon l'hôpital | 3372 | 2163 | 3611 | 841 | 50 |
| Total des autres prestations d'intérêt général | 10'037 | | | | |

Source: Message du Conseil d'Etat du canton de Bâle-Ville concernant l'autorisation de la dépense-cadre pour le financement des prestations d'intérêt général et non couvertes dans les hôpitaux de Bâle-Ville pour les années 2012 et 2013 du 30 septembre 2011, page 17

Les prestations d'intérêt général pourraient être envisagées dans le Haut-Valais pour construire un nouvel hôpital central. Les utiliser pour financer des rénovations sur les deux sites actuels de Brigue et de Viège contredirait par contre le critère de situation extraordinaire et reviendraient à financer le maintien de structures existantes.

Considéré dans son ensemble, le scénario 4 n'est pas favorable du point de vue du critère des possibilités de financement puisque le processus de prise en charge globale est plus difficile en raison de la séparation entre prestations ambulatoires et stationnaires. Les synergies liées à l'utilisation des mêmes appareils pour des patients ambulatoires et stationnaires ne sont pas réalisables étant donné que les offres sont réparties sur deux sites ou impliquent des coûts de transport plus élevés. Le scénario 1 présente par rapport au scénario 2 un plus grand potentiel par rapport au refinancement (voir les explications au sujet de l'optimisation des processus). Par contre, la construction d'un nouvel hôpital central sur un nouveau site (voir les explications au sujet du développement des constructions) pourrait coûter à court terme plus cher que les travaux correspondants dans les scénarios 2 et en particulier 3. Par rapport au scénario 3, le scénario 2 devrait présenter à long terme des avantages parce qu'il ne sera pas nécessaire de maintenir en état des constructions hospitalières sur deux sites. En dernier lieu, il s'agit ici d'une dimension politique: si le canton est prêt à assumer, dans le cadre des prestations d'intérêt général, un montant supplémentaire à définir pour des raisons de politique régionale, la question des possibilités de financement est résolue pour l'Hôpital du Valais. Un financement exclusivement obtenu par le biais des DRG devrait s'avérer illusoire, en tout cas au regard des informations mises à disposition de l'expert jusqu'à ce jour. Le politique doit toutefois être conscient du fait qu'en favorisant le scénario 1 (un nouvel hôpital central pour le Haut-Valais sur un nouveau site), il appartiendra aux finances cantonales de mettre à disposition les moyens correspondants par le biais des prestations d'intérêt général.

9.7 Positionnement stratégique

Tableau no 9: Evaluation du positionnement stratégique

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Positionnement stratégique | - | ++ | + | ++ | - |

En partant des quatre facteurs de succès stratégiques, on peut relever les éléments suivants sous l'angle de l'économie de la santé à titre d'exemples afin de motiver l'évaluation des différents scénarios:

- Facteurs de succès médicaux: La perspective d'un nouvel hôpital central devrait à long terme exercer un certain attrait positif pour les médecins et les soignants. En général, c'est plutôt la convergence judicieuse des spectres de prestations qui est décisive et moins la taille de l'hôpital central. Puisque les prestations de soins somatiques aigus, de psychiatrie et de réadaptation exigent des conditions de traitement divergentes, il n'est pas absolument nécessaire de les réunir dans un hôpital central. Les scénarios 1, 2 et 3 peuvent donc être évalués au même niveau et à une valeur supérieure par

rapport au scénario 4 et au statu quo. Le scénario 4 et le statu quo devraient perdre en attractivité au regard du développement démographique auquel il faut s'attendre et qui rendra plus important le traitement de patients multi-morbides, parce que l'éclatement des disciplines sur deux sites conduira soit à plus de migrations et de transports de patients, soit à davantage de déplacements pour les médecins (en raison du plus grand nombre de consultations rendues nécessaires). Cela contribuerait à accroître encore davantage les activités non liées directement à la prise en charge des patients, activités que les médecins considèrent généralement comme peu attractives.

- En ce qui concerne les facteurs de succès économiques, le statu quo et le scénario 4 présentent les moins bons résultats au niveau de l'organisation des processus, au vu de l'augmentation du nombre de patients multi-morbides. S'il est mis en œuvre systématiquement, le scénario 1 présente quant à lui des avantages.
- Quant aux facteurs de succès liés au marché, on peut renvoyer ici aux explications données au sujet de l'évolution de la médecine et de l'état des constructions. Ici également, si les autres conditions-cadres demeurent inchangées, une construction entièrement nouvelle (scénario 1) exercera une attraction particulière.
- Les facteurs de succès structurels: à la suite d'un positionnement moins bon sur le marché, la part de marché régionale devrait reculer, entre autres parce que plus de patients et donc également plus de flux financiers se dirigeraient vers des cliniques extra-cantoniales. S'y ajoute le fait que des effets de liaison risquent de se perdre dans d'autres domaines comme par exemple celui de la formation. Dans la situation actuelle avec deux sites, les deux hôpitaux peuvent mettre à disposition une part élevée de places de formation. En cas de réduction des spectres des prestations ou de la concentration sur un site, il faut s'attendre à un recul du nombre des places de formation.

9.8. Optimisation des processus

Tableau no 10: Evaluation de l'optimisation des processus

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Optimisation des processus | - | ++ | ++ | + | -- |

En soins somatiques aigus, l'optimisation des processus porte en particulier sur les domaines dans lesquels la majeure partie des ressources personnelles et financières est affectée. Ce sont en règle générale les urgences, les salles d'opération et les soins intensifs. Dans le cadre des réflexions concernant les soins intégrés et l'évolution médico-technique qui devrait conduire à une substitution croissante des prestations stationnaires par des prestations ambulatoires, il faudra également veiller à ce que les processus ambulatoires et stationnaires soient dans la mesure du possible systématiquement séparés, mais qu'ils puissent malgré cela être offerts sous le même toit afin de conserver des trajectoires courtes pour les patients et le personnel soignant et d'utiliser efficacement les infrastructures existantes. Ainsi,

l'Hôpital cantonal de Sursee (aujourd'hui partie de l'Hôpital cantonal lucernois) a veillé, lors de sa nouvelle construction, à ce que les appareils médico-techniques présents puissent être utilisés tant pour les patients ambulatoires que pour les patients stationnaires, et à ce que les processus soient conçus de telle manière que les patients ambulatoires et stationnaires ne se croisent pas. L'Hôpital cantonal de Zoug est conçu de manière similaire.

Un nouvel hôpital central sur un nouveau site (scénario 1) possède a priori les chances les plus grandes d'être construit de manière totalement axée sur les processus. Les expériences faites en Suisse avec les constructions hospitalières renvoient toutefois au fait que cette optimisation des processus n'est pas mise en œuvre de manière assez systématique, soit parce que ces aspects ne sont pas assez ou trop tardivement mis en avant par l'hôpital, soit parce que les architectes chargés de la construction ont peu d'expérience en matière de constructions hospitalières, veulent se réaliser comme architectes et/ou ne se sont pas intéressés aux incitations financières visant une construction axée sur les processus, fonctionnelle et efficace au niveau des coûts. Pour ces raisons, le scénario 2 est également évalué avec ++ parce qu'il n'est pas rare que les expériences déjà faites avec de tels scénarios permettent d'obtenir des améliorations pragmatiques qui sont en réalité proches du scénario 1 qui est en soi supérieur.

Le scénario 3 permet certes une optimisation des processus. Mais il n'est toutefois pas aussi explicite que le scénario 1 par rapport à l'intégration verticale et ne permet pas – tout comme le scénario 2 – de traiter durablement des co-morbidités psychiques ou des mesures de réadaptation de manière intégrale sur le même site. Le scénario 4 s'en sort sans équivoque le moins bien parce qu'il sépare systématiquement les prises en charge ambulatoires et stationnaires. Comparativement, le statu quo doit toujours être évalué négativement mais un peu moins.

9.9 Conformité historique

Tableau no 11: Evaluation de la conformité historique

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Conformité historique | + | - | - | + | - |

Tous les scénarios esquissés comportent pour le moins un élément de la continuité historique par rapport à l'évolution des planifications hospitalières depuis l'année 2004.

Comparée au statu quo, c'est la variante 3 qui présente la plus grande continuité. C'est le scénario 1 qui est le plus éloigné du statu quo, puisque non seulement il centralise toutes les prestations comme le scénario 2, mais en plus il le fait sur un nouveau site. Le scénario 4 implique également la perte d'un site hospitalier. D'autre part, le scénario 1, puisqu'il prévoit une construction sur un nouveau site, présente l'avantage comparativement aux scénarios 2, 3 et 4 qu'aucune des deux communes avec un site hospitalier ne doit se considérer comme perdante par rapport à l'autre.

Le scénario 0 est certes conforme par rapport à l'évolution actuelle, mais il ne tient pas compte du besoin futur de développement compte tenu des difficultés évoquées.

9.10 Effets socio-économiques

Tableau no 12: Evaluation des effets socio-économiques

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Effets socio-économiques | - | + | + | + | - |

Dans l'optique socio-économique cantonale, les flux de patients vers d'autres hôpitaux publics et privés du canton du Valais doivent être appréciés a priori de manière neutre pour autant que les deux sites du Centre Hospitalier du Haut-Valais respectent les critères de qualité et d'économicité exigés par la LAMal pour le moins de façon équivalente.

La situation est tout autre en ce qui concerne les flux de patients vers des hôpitaux extra-cantonaux publics et privés. D'une part, des moyens financiers provenant des primes d'assurance-maladie et des impôts payés dans le canton du Valais partent vers d'autres cantons. D'autre part, différentes fonctions économiquement importantes qui ont été décrites ci-devant risquent d'être amoindries, par exemple la fonction de formation ou la fonction d'employeur. Dans ce cas, on réaliserait donc pour ainsi dire du développement économique en faveur d'autres cantons au détriment des structures hospitalières cantonales.

Ce sont en particulier les scénarios 0 et 4 qui sont exposés au risque de départs plus importants de patients des deux hôpitaux dans le Haut-Valais vers des hôpitaux extra-cantonaux.

Compte tenu de l'attractivité du site, de la fonction d'innovation et de la fonction d'employeur, les scénarios 1, 2 et 3 peuvent être qualifiés d'équivalents. Il est renoncé à une évaluation plus approfondie non pas pour des raisons qualitatives, mais pour des raisons quantitatives. En effet, dans les trois scénarios, l'attractivité de site et la sécurité de l'emploi devraient augmenter, mais il faut compter sur un certain recul du nombre des places de travail et de formation en raison de synergies plus importantes liées aux regroupements, étant entendu qu'une attention adéquate est apportée à l'objectif d'économicité.

9.11 Aspects de santé publique – Prestations d'intérêt général

Tableau no 13: Evaluation des aspects de santé publique – prestations d'intérêt général

| | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Aspects de santé publique – prestations d'intérêt général | - | ++ | ++ | ++ | -- |

En matière de **santé publique**, les questions fondamentales suivantes se posent:⁶

- Comment sont traités les cas représentant un coût élevé?
- Comment sont traitées les personnes âgées?
- Comment sont traités les patientes et patients provenant de milieux sociaux défavorisés?

Si ces groupes de la population sont bien soignés, il est hautement probable que la couverture en soins soit bonne dans son ensemble.

Par analogie à l'argumentation au sujet des critères de la compatibilité avec la vieillesse et de l'évolution de la médecine, le statu quo et le scénario 4 ne semblent pas promis à un grand avenir.

Les scénarios 1 et 2 concentrent les prestations ambulatoires et stationnaires sur un seul site. Ainsi, ils rendent plus difficile l'accès au site hospitalier pour une partie de la population. Cela devrait représenter un désavantage en particulier en regard des personnes âgées. Ceci vaut non seulement pour les prestations stationnaires, mais aussi pour les prises en charge ambulatoires précédant et suivant le traitement stationnaire à dispenser au centre de santé. Qu'il soit médicalement justifié ou non, le principe vaut souvent auprès des personnes âgées selon lequel plus les patients sont éloignés de l'hôpital, moins ils se sentent sûrs en raison du manque d'accessibilité en cas d'urgence.

Sur ce point, le scénario 3 s'en sort le mieux. Il combine les avantages de qualité et d'économicité liés à la concentration des cas stationnaires avec une prise en charge ambulatoire précédant et suivant le traitement stationnaire offerte de manière décentralisée et donc plus accessible. De plus, on peut relever en faveur des scénarios 1 et 2 qu'avec une optimisation adéquate des processus et des conditions-cadres pour le surplus inchangées, il est possible que davantage de ressources restent à disposition pour traiter des patients à coût élevé. Par ailleurs, les réductions d'accessibilité en question dans le Haut-Valais sont relativement faibles – comme cela a été relevé ci-devant – si on les compare à la situation actuelle et à divers autres cantons.

⁶ Kühn Hagen, "Wettbewerb bringt Qualität" – aber welche?, in: Der Artikulator, no 52, 1995, p. 8 ss.

Les données concernant le traitement des patients provenant de milieux défavorisés présentent d'importants déficits, et ce non seulement en Valais. Par conséquent, des chiffres fiables font largement défaut, si bien que l'évaluation de cette dimension de santé publique doit être laissée de côté.

Comme cela a été évoqué ci-devant, l'approche des "**prestations d'intérêt général**" dans le Haut-Valais pourrait être utilisée pour justifier la construction d'un nouvel hôpital. Une telle approche ne pourrait cependant pas justifier une augmentation des investissements de renouvellement sur les deux sites actuels de Brigue et de Viège, car cela s'avèrerait en contradiction avec le critère de la situation extraordinaire et ne servirait qu'au maintien de structures.

10. Résultat

Dans l'ensemble, les différents scénarios peuvent être résumés avec leur évaluation de la manière suivante, les arguments principaux pour chaque critère étant indiqués par des mots-clés entre parenthèses:

Tableau no 14: Evaluation de tous les critères

| Critères | Scénario 0 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Compatibilité avec le vieillissement (toutes les disciplines sous un même toit, soins à proximité du domicile) | - | + | + | + | - |
| Evolution de la médecine (management intégré de maladies chroniques, soins à proximité du domicile) | - | ++ | ++ | ++ | - |
| Garantie de la couverture des besoins en soins (la qualité supérieure grâce au nombre de cas plus élevé compte plus que l'accessibilité en cas d'urgence) | + | ++ | ++ | + | - |
| Développement des constructions (constructions flexibles, durées plus courtes, constructions rapides) | -- | + | + | + | -- |
| Adaptation aux DRG (potentiel d'augmentation Cost-Weight, nombres de cas plus élevés) | - | ++ | ++ | + | - |
| Possibilités de financement (plus grande attractivité pour les patients, conséquences pour les coûts) | - | + | + | ++ | -- |
| Positionnement stratégique (attractivité des facteurs de succès médecine, économie, marché, structure) | - | ++ | + | ++ | - |
| Optimisation des processus (processus d'exploitation plus efficaces, notamment dans les SOP, SSI, Urgences, utilisation des mêmes infrastructures pour les processus ambulatoires et stationnaires) | - | ++ | ++ | + | -- |
| Conformité historique (convergence avec les décisions déjà prises dans la planification hospitalière) | + | - | - | + | - |
| Effets socio-économiques (répercussions sur les places de travail et de formation, autres fonctions de santé publique) | - | + | + | + | - |
| Aspects de santé publique – prestations d'intérêt général (soins pour les patients à coût élevé, plus âgés et socialement plus faibles) | - | ++ | ++ | ++ | -- |
| Résultat | 2 + 10 - | 16 + 1 - | 15 + 1 - | 15 + 0 - | 0 + 15 - |

Partant de l'hypothèse que tous les critères ont le même poids, le tableau montre que les scénarios 1 et 3 s'en sortent le mieux et le scénario 4 le moins bien. Les scénarios 1, 2 et 3 présentent des résultats relativement proches. Au vu des critères retenus, le statu quo ne constitue pas une alternative pour l'avenir, comme le démontre l'évaluation du scénario 0.

Il restera à clarifier, dans le cadre du processus politique, la pondération de chaque critère. Selon le résultat de ces appréciations, le classement des scénarios 1, 2 et 3 peut encore changer. Les critères de la continuité historique, du positionnement stratégique, de l'adaptation aux DRG et de l'optimisation des processus sont sensibles à cet égard. Ces trois scénarios sont relativement proches les uns des autres. Le résultat est par contre clair par rapport au statu quo et au scénario 4.

Pour terminer, il est encore une fois souligné que les données utilisables existantes laissent avant tout l'impression que la vue d'ensemble nécessaire sur tous les projets en cours n'est pas suffisamment fondée pour mettre en route rapidement un projet d'investissement à long terme dans l'Hôpital du Valais. C'est toutefois précisément cela qui sera exigé dans un système DRG dans lequel les rapides prennent l'avantage sur les lents. Les quelques rares indications disponibles donnent plutôt l'impression que la possibilité de financement par le biais des DRG paraît pour le moins douteuse, notamment les 50 millions de francs qui ont systématiquement été évoqués publiquement pour un hôpital de soins somatiques aigus dans le Haut-Valais (et certes aussi pour les investissements plus élevés planifiés pour le Valais central), ce qui nécessite des clarifications plus poussées et approfondies.

L'évaluation serait tout à fait différente si le processus de décision politique devait aboutir à la conclusion qu'un hôpital neuf doit être construit dans le Haut-Valais, par l'octroi de moyens financiers dans le cadre des prestations d'intérêt général. Dans ce cas, le politique pourrait donner des indications claires aux responsables de l'Hôpital.

Aux yeux de l'expert, compte tenu des explications fournies et au vu des différentes variantes de financement, l'alternative prioritaire suivante peut être formulée:

- Si un montant d'investissement d'environ 50 millions de francs est à disposition pour l'hôpital de soins somatique aigus – comme cela a été affirmé publiquement à de multiples reprises –, la variante "un hôpital avec deux sites à Brigue et à Viège" devrait se situer au premier plan. Dans ce cas, la médecine somatique aiguë devrait être concentrée à Viège sur le terrain actuel avec des investissements complémentaires, et la psychiatrie ainsi que la réadaptation resteraient à Brigue. Les travaux complémentaires devraient débuter le plus vite possible afin que le flux de patients vers le canton de Berne puisse le plus rapidement possible être réduit à son minimum (ainsi que le versement hors du canton du Valais des moyens financiers y relatifs issus des assurances et des impôts). De même, les travaux devraient se réaliser rapidement pour être terminés en même temps que ceux concernant le renouvellement de l'hôpital de Sion. Sans quoi le canton du Valais et les assureurs maladie risquent, en tant qu'agents payeurs, de devoir supporter des coûts plus élevés. En effet, cette situation pourrait générer un flux de patients vers Sion, non justifié médicalement. Il en découlerait un risque

d'accroissement des montants facturés en raison d'une offre plus étoffée en médecine (DRG complétés par des phénomènes d'Up-Coding).

- Une nouvelle construction devrait pouvoir être réalisée pour la médecine somatique aiguë, sur un nouveau site centré et bien desservi, à condition que le canton soit prêt à mettre à disposition 100 à 150 millions de francs supplémentaires, en tant que prestations d'intérêt général visant à assurer la couverture des besoins en soins. Cela devrait se faire dans le cadre d'un mandat de prestations comportant des obligations claires, afin d'optimiser la garantie de la couverture des besoins en soins dans le Haut-Valais. Le coût total avoisinerait les 250 millions de francs pour environ 310 lits (y compris 40 lits pour la réadaptation et 40 lits pour la psychiatrie). Ce cadre budgétaire pourra être respecté à condition de réaliser rapidement le projet en renonçant dans la mesure du possible aux concours d'architecture, aux procédures de soumission, aux débats d'esthétique architecturale (comme il est actuellement mené dans le canton de Bâle-Ville), et à condition d'appliquer le plus systématiquement possible les concepts d'optimisation des processus. On devrait examiner de plus près la possibilité de reprendre des plans de nouvelles constructions hospitalières comparables, ainsi que la réalisation avec une entreprise générale sur la base d'un contrat "très strict", notamment par rapport au budget et aux garanties, comme cela a été le cas par exemple pour l'hôpital cantonal de Zoug. Pour une construction efficiente du point de vue des coûts, une importance particulière est également à accorder à une large standardisation des salles d'opération, des salles de réunion et d'autres infrastructures. Il s'agit non seulement de tenir les coûts de construction à un bas niveau, mais également d'assurer la flexibilité permettant une autre utilisation à l'avenir. Compte tenu des travaux d'évaluation des besoins en soins actuellement en cours dans le cadre de la planification hospitalière valaisanne, un tel hôpital de soins somatiques aigus pour le Haut-Valais pourrait comporter environ 200 lits. Dans l'idéal, les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation (avec environ 40 lits chacun) seraient intégrés à titre complémentaire sur le même site. Globalement, un tel hôpital, s'il est réalisé de manière conséquente, pourrait générer des avantages importants en termes d'optimisation des processus et de qualité des traitements médicaux.

Küsnacht, le 2 octobre 2013

Dr W. Oggier