

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 Valais central

-

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 21 novembre 2013

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

RESUME

Les données mises à disposition de l'auteur du présent travail indiquent que les réflexions portant sur le développement futur des sites hospitaliers sont nettement plus avancées pour le Valais central que pour le Haut-Valais. Compte tenu de cette situation de départ et des considérants émis dans le cadre du rapport concernant les structures hospitalières du Haut-Valais daté du 2 octobre 2013, le présent rapport recommande l'approche suivante:

- La construction de salles d'opération à l'hôpital de Sion est hautement prioritaire et devrait donc être réalisée le plus rapidement possible. En parallèle, les salles d'opération de Sierre et de Martigny doivent être fermées.
- En parallèle également, il importe de faire avancer les travaux d'analyse dans le Haut-Valais sur la base des scénarios esquissés dans le rapport concernant les structures hospitalières du Haut-Valais (concentration sur le site de Viège ou de Brigue, nouvelle construction sur un nouveau site). Ceci concerne avant tout les investigations au niveau des constructions ainsi que les variantes de financement.
- Le Conseil d'Etat (et le cas échéant le Parlement cantonal) doit clarifier dans quelle mesure il est disposé, pour des raisons d'intérêt général, à effectuer un nouvel investissement pour une nouvelle structure hospitalière. Ceci concerne non seulement l'éventualité d'un nouveau site hospitalier dans le Haut-Valais, mais également des concepts de prise en charge alternative pour les sites de Brigue ou de Viège, ainsi que de Martigny et de Sierre.
- Dans la phase qui suit, il faudrait poursuivre les travaux relatifs à l'hôpital de Sion (rénovation des locaux de soins et en particulier, grâce à cela, libération des espaces utilisés à raison de deux tiers par des activités externes) et à l'hôpital psychiatrique de Malévoz, et, en parallèle, ceux concernant le Haut-Valais. Parallèlement à ces démarches, il convient d'entamer la planification des transferts d'activité des autres sites et rechercher, dans la mesure du possible et du bon sens, une utilisation alternative des ressources en personnel et immobilières ainsi libérées.
- La concentration de l'ensemble des activités opératoires du centre hospitalier du Valais central sur le site de Sion mise à part, les points principaux suivants peuvent être définis pour les autres sites:
 - La psychiatrie stationnaire sera toujours offerte à Malévoz puisque la taille critique requise sera atteinte au vu des données issues de l'évaluation des besoins en soins. Il y a également lieu de tenir compte du fait que la psychiatrie stationnaire de Malévoz doit aussi couvrir les besoins de la région du Chablais.
 - Le site de Martigny offrira en milieu stationnaire des prestations de médecine interne, des suites de traitement consécutives à des opérations et interventions effectuées sur d'autres sites disposant du mandat de prestations correspondant selon la LAMal, ainsi que des prestations de réadaptation. Pour le surplus, un service d'urgence sera exploité pour la médecine interne.
 - Le site de Sierre offrira en milieu stationnaire des prestations de médecine interne, des suites de traitement consécutives à des opérations et

interventions effectuées sur d'autres sites disposant du mandat de prestations correspondant selon la LAMal, ainsi que des prestations de réadaptation. Compte tenu de la proximité du site de Sion, aucun service d'urgence ne sera exploité.

- La clinique St-Amé n'obtiendra plus de mandat de prestations en soins somatiques aigus. Sa transformation en établissement médico-social ou à d'autres fins devrait être examinée de plus près.
- Le Centre Valaisan de Pneumologie à Montana sera vraisemblablement maintenu en exploitation. Son champ d'activité futur doit être examiné de plus près dans la perspective de la fermeture de la clinique St-Amé.
- Cette approche devrait permettre de réaliser à moyen et à long terme des avancées importantes vers une vision caractérisée par "2 sites de soins somatiques aigus en Valais dont un en Haut-Valais et un autre en Valais central, ainsi qu'un site de soins somatiques aigus intercantonal Vaud/Valais". Des scénarios qui ne permettraient pas d'avancer dans cette direction n'auraient pas de sens, tant du point de vue des considérations médicales ou économiques liées à la taille critique, qu'au regard de la situation actuelle caractérisée par une dispersion des prestations sur plusieurs sites.

TABLE DES MATIERES

1. Mandat et problématique	5
2. Méthodes et procédé	5
3. Défis de la santé en Suisse	6
3.1 Le défi du vieillissement	6
3.2 Le défi de l'évolution de la médecine	7
3.3 Le défi du développement des constructions	7
3.4 Le défi du nouveau financement hospitalier	8
3.4.1 Quelques répercussions sur la politique des finances au plan cantonal	10
3.4.2 Les défis liés à la nouvelle base légale pour les hôpitaux	11
3.4.3 Répercussions possibles sur le paysage hospitalier du canton du Valais	12
4. Principes quant au positionnement d'hôpitaux dans la concurrence	15
4.1 Facteurs de succès médicaux	15
4.2 Facteurs de succès économiques	16
4.3 Facteurs de succès liés au marché	17
4.4 Facteurs de succès structurels	17
5. Historique	18
6. Aspects d'économie politique	25
6.1 Valeur ajoutée (effets multiplicateurs)	25
6.2 Attractivité du site	27
6.3 Fonction d'innovation	27
6.4 Fonction de compensation	28
6.5 Fonction d'employeur	28
7. Les besoins dans le Valais central	29
8. Variantes possibles pour la structure hospitalière du Valais central	31
8.1 Statu quo (scénario 0)	31
8.2 Un nouvel hôpital central "soins somatiques aigus et réadaptation" (scénario 1)	31
8.3 Un nouvel hôpital central "soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie" (2)	32
8.4 Un hôpital sur les sites de Sion, Sierre, Martigny et Malévoz (Monthey) et avec un portfolio apuré en conséquence (scénario 3)	32
8.5 Un hôpital pour les soins somatiques aigus, un pour la psychiatrie et un pour la réadaptation, ainsi qu'un Centre de santé à Sierre et St-Maurice (St-Amé) (scénario 4)	32
9. Appréciation des variantes	36
9.1 Compatibilité avec le vieillissement	37
9.2 Evolution de la médecine	38
9.3 Garantie de la couverture des besoins en soins	39
9.4 Développement des constructions	40
9.5 Adaptation aux DRG	42
9.6 Possibilités de financement	43
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 Valais central 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 Valais central sont brièvement décrites et évaluées sous l'angle de l'économie de la santé.

Le présent travail procède du point de vue méthodologique de manière analogue au rapport établi récemment par l'expert concernant structures hospitalières du Haut-Valais.

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 du patient 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 de 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'opérations 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 une 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. 58e, 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

ped 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 apportée 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 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 la 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 de 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 aux tarifs 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 au niveau du 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 abandonnées. 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 Valais central:

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"> • Relations 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 des 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 face à 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 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 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.
- 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 en encore les offres de thérapies ambulatoires sur le site hospitalier.
- L'exploitation de centre 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 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). Il est fait référence ici à plusieurs études qui étaient actuelles lors de l'élaboration du concept hospitalier et selon lesquelles la taille optimale de la population desservie par un centre hospitalier de qualité se situe dans l'ordre de grandeur de 150'000 à 200'000 habitants (page 49).
- 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 Valais central:
 - Gynécologie:

- Regroupement de l'activité de gynécologie sur les sites de Sierre et de Martigny
- Pédiatrie:
 - Fermeture de l'unité de pédiatrie de Sierre et intégration dans l'unité de Sion
- Regroupement de l'activité de chirurgie plastique et reconstructive sur le site de Sierre
- Urgences
 - Urgences vitales ou majeures: Sion
 - Urgences ambulatoires ou mineures: Sierre et Martigny
- Soins intensifs:
 - Fermeture des soins intensifs de Sierre et intégration dans l'unité de Sion
 - Maintien des soins continus à Sierre
 - Fermeture des soins intensifs de Martigny et intégration dans l'unité de soins de Sion
 - Maintien des soins continus à Martigny
- Chirurgie générale élective
 - Fermeture des blocs opératoires la nuit et les week-ends à Sierre et à Martigny
 - Chirurgie complexe: Sion
 - Chirurgie programmée: Sierre et Martigny
- Regroupement de l'activité d'orthopédie sur le site de Martigny
- Regroupement de la traumatologie sur le site de Sion
- Regroupement de l'activité d'urologie sur le site de Sierre
- Obstétrique:
 - Fermeture de l'unité d'obstétrique de Sierre et intégration dans l'unité de Sion
 - Fermeture de l'unité d'obstétrique de Martigny et intégration dans l'unité de Sion
- Mise en place du SMUR à Martigny
- Signature d'une convention dans le domaine de la neurochirurgie entre les cantons de Vaud et du Valais
- Ouverture d'un centre de chirurgie ambulatoire à Sierre
- Mise en place de l'unité d'évaluation préparatoire
- Signature d'une convention dans le domaine de la chirurgie générale entre les cantons de Genève et du Valais.

L'analyse des données révèle que, suite à la modification des mandats de prestations, les concentrations de prestations se sont produites de manière différenciée. Par analogie au Centre hospitalier du Haut-Valais, le concept hospitalier de janvier 2004 faisait une distinction entre les cas légers et/ou programmés qui devaient être amenés à Sierre ou Martigny, cependant que les cas complexes et/ou non programmés sont traités à Sion. Les sorties ont diminué à Sierre et à Sion. Seul Martigny présente un nombre plus élevé, ce qui devrait être imputé à une meilleure répartition des cas légers et/ou programmés. Le recul du nombre de journées d'hospitalisation à Sierre s'explique probablement par l'ouverture du centre de chirurgie ambulatoire et par l'augmentation du nombre de cas ambulatoires (pages 33/34). Sur la base de réflexions liées à la masse critique, un certain nombre de disciplines ont été

centralisées. La planification de 2004 prévoyait que des disciplines chirurgicales revêtant un caractère cantonal – exception faite de la chirurgie thoracique – ne seront offertes que sur un seul site (à Sion). Font partie des disciplines centralisées sur l'ensemble du canton la cardiologie invasive et interventionnelle et la radio-oncologie de la division valaisanne d'oncologie. La planification prévoyait en outre pour le domaine de la médecine interne différents mandats de prestations selon le principe de la différenciation entre des cas complexes et des cas légers. D'après cette répartition, les sites de Viège, Sion et Monthey étaient compétents pour les cas complexes, et les sites de Brigue, Sierre et Martigny étaient compétents pour les cas légers (pages 39/40). Il est souligné que la planification de la gériatrie repose sur les mêmes principes que le reste de la planification hospitalière, 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 Valais central: fermeture de la gériatrie de Gravelone, transfert d'une partie de ces lits de gériatrie à Sierre et à Martigny, création d'une nouvelle unité de soins palliatifs à l'hôpital de Martigny (8 lits) et création d'une nouvelle unité de soins palliatifs à l'hôpital de Sierre (4 lits), intégration de la traumatologie différée dans l'unité d'orthopédie à Martigny, regroupement de l'activité de chirurgie thoracique sur le site de Sion, regroupement de l'activité de gynécologie sur le site de Sion, maintien de la gynécologie ambulatoire à Sierre et à Martigny, fermeture progressive des lits d'attente à Sierre, Sion et Martigny, maintien de l'ophtalmologie à Martigny (convention avec le CHUV et/ou les HUG?), maintien provisoire de l'ORL à Sierre et à Martigny (réorganisation avec le CHUV et/ou l'HUG, à prévoir), psychiatrie ambulatoire à développer par les IPVR, prise en charge de la réadaptation de patients brûlés par la SUVA (pages 60 – 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 Valais central, il est démontré qu'à la suite de la restructuration dans le domaine des soins somatiques aigus, le nombre de sorties a augmenté, mais que le nombre de journées d'hospitalisation est resté relativement stable (page 18). Après avoir enregistré en 2005 une diminution qui peut s'expliquer notamment par le déplacement de la pédiatrie vers Sion, l'activité ambulatoire à Sierre a de nouveau augmenté, avant tout sur la base de l'évolution dans le domaine de la chirurgie plastique (page 23). Les difficultés inhérentes au nouveau schéma sont également 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 (ce sont les sites de Martigny et de Sierre qui sont mentionnés pour le Centre hospitalier du Valais central) 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 Valais central sont notamment proposés: le regroupement de la chirurgie générale sur Sion et Sierre, la spécialisation des hôpitaux de Sion et de Sierre dans le domaine de la chirurgie viscérale, le développement d'un centre de compétence pour l'orthopédie et la traumatologie orthopédique à Martigny (avec un spectre de prestations comprenant l'orthopédie, la traumatologie différée, la rhumatologie et la réadaptation de l'appareil moteur (en collaboration avec le CVP)) (pages 33-34).

- Dans les "Résumés des études HLP 2007 – 2011" du 30 juin 2011 figurent les éléments suivants concernant Centre hospitalier du Valais central et qui dépassent la planification hospitalière:
 - *Hôpital de Sion , Centralisation soins aigus (pages 10 – 22): Etages de soins: Déplacement des utilisations non adéquates/ uniformisation, agrandissement IPS de 14 à 16 lits, nouveau service de soins continus: chirurgie – médecine 12 lits – cardiologie 8 lits; Examens et traitements: 2 unités centralisées: chirurgie et médecine interne, nouveau bâtiment ambulatoire, agrandissement des urgences, bâtiment neuf pour bloc opératoire en combinaison avec la stérilisation centrale pour tout le Valais; Hôtellerie: Réduction surface buanderie et lingerie, fusion restaurant du personnel et cafétéria.*
La comparaison des variantes, 8 ou 10 salles d'opération, met en évidence la nécessité de prolonger le nouveau bâtiment du bloc opératoire en direction de l'ouest par un axe. La surface du terrain à disposition permet cette réalisation.
Le programme des surfaces avec centralisation des soins aigus prévoit 12 salles d'opération. On peut réaliser ces 12 salles sur la même surface que celle prévue pour 10 salles si on aménage une préparation centrale avec 6 -7 salles.

Soins infirmiers: La centralisation des services de chirurgie et d'une grande partie de la médecine interne nécessite une augmentation des lits à l'Hôpital de Sion, passage de 247 à 359 lits.

Pour pouvoir placer ces 359 lits dans l'hôpital il est nécessaire:

- de déménager les lits de gynécologie-obstétrique ainsi que les lits de pédiatrie en créant un nouveau centre mère-enfant
- les étages D à J des tours seront utilisés uniquement comme étages de soins avec des services clairement définis. Ils seront libérés des locaux d'examens et traitements.

L'annexe prévue dans la planification 2008-2009 sera agrandie de deux étages pour la création d'un centre mère-enfant comprenant les services de

- pédiatrie (hôpital de jour, ambulatoires, urgences, unités de soins de pédiatrie / chirurgie pédiatrique (10 lits) et néonatalogie / soins continus (10 lits))
- gynécologie-obstétrique avec des unités de soins de gynécologie (9 lits), d'obstétrique (29 lits) et de prénatal (4 lits).

Il est à relever que la réserve de 45 lits doit permettre la rénovation progressive des étages de soins existants, sans construction de surfaces provisoires onéreuses.

Les changements principaux – en comparaison avec la planification 2008-2009 – sont

- agrandissement du bloc obstétrical avec création d'une unité d'urgence césarienne de 40 m²
- augmentation des lits de soins continus de 18 à 32
- augmentation des lits privés de 13 à 20, ce qui nécessite le déménagement des bureaux de l'anesthésie dans la nouvelle annexe
- augmentation des lits de l'hôpital de jour de 12 à 14 en intégrant le projet existant

Salles d'opération: la centralisation des soins aigus à Sion entraîne également une augmentation des salles d'opération de 8 à 12 (y.c. une salle de réserve pour le développement futur) en comparaison avec la planification générale des années 2008-2009.

- le bloc opératoire sera 226 m² plus grand.

En contrepartie, on pourra, grâce à cette centralisation, économiser 8 salles d'opération qui étaient prévues dans les planifications générales de Sierre et de Martigny. Le total des salles d'opération nécessaires diminue ainsi de 16 à 12 ou de 25%.

Ambulatoires: dans la planification générale de 2008-2009, il était prévu de réunir les ambulatoires de médecine interne et de chirurgie dans un centre de consultations et traitements centralisé.

En raison des prestations supplémentaires qui résulteront de la centralisation à Sion des services de chirurgie et de médecine interne, ce centre devra être légèrement agrandi :

- légère augmentation de la surface pour les examens et traitements centralisés du département de médecine interne de 220 à 250 m²
 - augmentation de 226 m² de la surface du département de chirurgie (106 m² pour l'élargissement des locaux examens et traitements centralisés)
- Hôpital de Sierre (page 23): étages de soins: élimination des utilisations non adéquates/uniformisation; examens et traitements: création d'un Centre

Consultations Ambulantes Interdisciplinaires Centralisé CCAIC, réorganisation et déplacement des différentes unités .

- Hôpital de Martigny (page 24): étages des soins: élimination des utilisations non adéquates/uniformisation; examens et traitements: 1 unité centralisée chirurgie et médecine interne, réorganisation et agrandissement des urgences, réduction des salles d'opération de 6 à 4; hôtellerie: nouvelle organisation de la livraison et de l'évacuation de la cuisine des déchets et de la lingerie; proposition: construction des nouveaux bâtiments en raison de
 - état et possibilités insuffisantes d'utilisations des bâtiments actuels
 - différent niveaux entre les bâtiments 2, 3 et 4.
- CHC à St-Amé (page 26): conclusions: déménagement du service psychogériatrie à Malévoz, restructuration du bâtiment pour les services gériatriques, lier les deux ailes et création de 3 unités gériatriques modernes, utilisation des espaces actuellement occupés par les sœurs.
- IPVR Sierre (pages 28 – 29): conclusions: l'utilisation du bâtiment Ste-Claire pour la psychiatrie adulte n'est pas possible. Les IPVR ont besoin de 20 lits pour la psychogériatrie avec 757 m², 16 lits pour la gériatrie adulte avec 673 m², 10 lits pour la pédopsychiatrie avec 360 m². Le bâtiment de Ste-Claire n'est pas du tout idéal pour la gériatrie (gérée par le CHVC). L'hôpital de Sierre ne peut pas héberger les soins des IPVR et en même temps la gériatrie du Valais central. Décision du groupe de pilotage du 15 mars 2011: l'unification des services stationnaires des IPVR en un lieu est souhaitable du point de vue de la qualité des services ainsi d'une gestion rationnelle apte aux exigences du futur. La Clinique Ste-Claire ne peut pas héberger ces services. L'architecture ouverte et inflexible et le manque d'accès au jardin en sont les raisons principales. La même chose peut se dire pour l'hôpital de Sierre moins pour la structure ouverte, plus pour l'accès plein air. Conclusions: Les services stationnaires des IPVR à Sierre sont à transférer à Malévoz. Les services ambulatoires restent à Sierre.
- IPVR Malévoz (incl. ex Sierre) (pages 30 – 39):
 - Problèmes principaux: état des bâtiments nécessitant des investissements lourds, utilisation des locaux insatisfaisante maintien coûteux de bâtiments mal ou même non utilisés, organisation des stations inflexibles, confort manquant à cause de l'infrastructure démodé, chambres partiellement très petites, aspects de sécurité (patients et personnel), organisation non rationnelle/flexible des travaux à cause des problèmes de construction, d'architecture et fractionnement des services en différents bâtiments, défauts de l'infrastructure technique.
 - Répartition des unités d'exploitation dans les bâtiments existants: les bâtiments ne sont plus aptes aux exigences ni d'une psychiatrie d'aujourd'hui ni d'une psychiatrie de l'avenir
 - Bâtiments neufs et répartition des services:
 - Pour les unités des soins: création des bâtiments neufs (1. 4 stations pour la psychiatrie adulte, 2 stations avec utilisation commune des locaux pour la psychiatrie de la personne âgée, 1 station de la psychiatrie de la personne âgée ou 7 stations multifonctionnelles. 2. 1 station pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence (SPPEA))
 - Pour les autres services: utilisation des bâtiments existants: utilisation des bâtiments: Direction/Caféteria, Le Laurier, Le

Roche, La Forêt; Démolition des bâtiments: Le Châtaigner, Le Muguex, Le Torrent; Utilisation partielle des petits bâtiments

- *Comparaison des coûts:*
 - *Estimations très générales: 2 variantes: 1. Construction de 8 unités des soins neuves à Malévoz et réorganisation des services médicaux, psychosociales etc. 2. Utilisation des bâtiments existants pour 4 unités des soins et construction de deux unités neuves (sans possibilité de réorganisation des services médicaux, psychosociales etc.), réorganisation et restaurations des bâtiments à Sierre.*
 - *Construction des 8 unités des soins neuves, restructuration des 3 bâtiments existants et démolition des 3 bâtiments existants: 69.0 Mio Fr.*
 - *Restructuration des bâtiments existants pour 4 unités, construction des 2 unités neuves: 47.2 Mio Fr.*
 - *Sans frais de réorganisation à Sierre.*
- *Monthey CTR +:*
 - *Conclusions (page 40):*
 - *Les synergies possibles d'un CTR à St-Amé sont limitées, minimales.*
 - *Les coûts d'un CTR à Monthey montent à 28 Millions.*
 - *Les coûts d'un CTR à St-Amé montent à 38.5 Millions.*

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" (cf. 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 Valais romand.

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 le Centre hospitalier du Chablais (Institutions Psychiatriques du Valais Romand et Clinique St-Amé) et pour le Centre hospitalier du Centre du Valais (Sion sans ICHV, Sierre y compris Ste-Claire, Martigny, Centre Valaisan de Pneumologie Montana), 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: 430,4 Mio. SFr.	529,4 Mio. SFr.	860,8 Mio. SFr.

Source: Compte de profits et pertes des centres hospitaliers, 2010 – 2012, selon courriel du chef du Service de la santé publique du 16 septembre 2013

Compte tenu des données régionales, 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 530 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 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 par 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 du Bürgerspitals. 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'île 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 est important 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 Valais romand, 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 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 Valais central

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 Valais central. 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.

Les explications qui figurent par la suite dans le présent rapport reposent – par analogie au rapport portant sur les structures hospitalières du Haut-Valais – 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 par l'auteur en utilisant par analogie le procédé du rapport concernant les structures hospitalières du Haut-Valais. 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 Valais central en 2020, on remarque que la croissance prévue est nettement plus élevée comparativement au Haut-Valais en raison de la démographie. 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 Valais central en 2020 afin de calculer le besoin 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 Valais central. 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, en utilisant un procédé analogue à la planification hospitalière zurichoise, une valeur approximative d'environ 450 lits pour les soins somatiques aigus dans le Valais central.
- 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 déterminer les besoins en réadaptation, il est procédé d'une manière analogue aux soins somatiques aigus. La durée de séjour étant plus élevée que dans le Haut-Valais, il a été tenu compte d'une réduction en pour-cent de la durée moyenne de séjour plus importante que dans l'ensemble du canton pour l'année 2020, soit – comme dans le rapport au sujet du Haut-Valais – une durée moyenne de 19.0 journées (au lieu de 21.9), et on a supposé un taux d'occupation moyen des lits de 95 pour cent. Il paraît en effet, en tout cas a priori, difficilement justifiable de supposer des durées de séjour plus élevées dans le Valais central que dans le Haut-Valais, et ceci d'autant plus que la notion de la réadaptation est utilisée "plus facilement" en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, certaines prestations offertes en Suisse romande par des institutions de type CTR relevant davantage des soins de transition que de la réadaptation. Il ressort de cette évaluation un besoin d'environ 170 lits. Ce chiffre est plus élevé que les 100 lits préconisés au minimum pour un établissement de réadaptation.
- 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. On a supposé un taux d'occupation des lits de 100 pour cent et une durée moyenne de séjour de 26 à 28 journées. La première valeur correspond à l'hypothèse figurant dans l'expertise pour le Haut-Valais, et la deuxième valeur part du principe que le rapprochement avec les valeurs du Haut-Valais ne se fera pas si vite, mais toujours plus vite que dans la variante de la planification hospitalière mise en consultation. A partir de ces hypothèses, il en résulte pour la psychiatrie un besoin en lits légèrement inférieur à 100 lits pour l'année 2020.

Globalement, on aboutit donc à un besoin légèrement supérieur à 700 lits pour l'ensemble des domaines des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie. Se pose alors la question de savoir comment ce besoin du Valais central doit être réparti au niveau des 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 Valais central. 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 un peu moins de 800 lits.

Du point de vue de l'économie de la santé, il y a finalement lieu de relever que ces besoins en lits se réfèrent à la population entière du Valais central et non pas à l'offre des prestations de l'Hôpital du Valais. Cet élément revêt une importance particulière dans le Valais central – contrairement au Haut-Valais – parce qu'il existe dans cette région des prestataires privés de soins stationnaires.

8. Variantes possibles pour la structure hospitalière du Valais central

Au regard de la situation de départ présentée, on peut envisager les variantes suivantes pour la structure hospitalière future du Valais central:

- Statu quo (pas de modifications par rapport à l'état actuel)
- Un nouvel hôpital central "soins somatiques aigus et réadaptation"
- Un nouvel hôpital central "soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie"
- Un hôpital avec les sites de Sion, Sierre, Martigny et Malévoz (Monthey) et avec un portfolio apuré en conséquence
- Un hôpital pour les soins somatiques aigus, un pour la psychiatrie et un pour la réadaptation, ainsi qu'un Centre de santé à Sierre et à Saint-Maurice (St-Amé)

Au regard de sa position particulière, le Centre Valaisan de Pneumologie à Montana n'est pas touché par ces considérations et est considéré comme tel. 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 Valais central 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 "soins somatiques aigus et réadaptation" (scénario 1)

Face au besoin en constructions évoqué ci-devant pour les sites hospitaliers et compte tenu du spectre des prestations spécialisées ainsi que d'un procédé analogue à celui de l'expertise liée à la situation dans le Haut-Valais, la question peut être soulevée de savoir si la couverture des besoins en soins pourra également être assurée à l'avenir dans le Valais central avec un seul hôpital central. En partant du principe que c'est le site de Sion qui serait retenu, un tel dispositif peut fondamentalement s'envisager au moins de deux manières différentes:

- Le nouvel hôpital central à Sion comprend les prestations stationnaires en soins somatiques aigus et en réadaptation. Les prestations psychiatriques stationnaires seront fournies de manière centralisée à Monthey (Malévoz).
- Le nouvel hôpital central comprend les prestations stationnaires en soins somatiques aigus, en réadaptation et en psychiatrie (voir scénario 2).

La variante 1 décrit la première des variantes énoncées du nouvel hôpital central qui offre des prestations stationnaires en soins somatiques aigus et en réadaptation.

Après la construction du nouvel hôpital central, les deux sites hospitaliers actuels de Sierre et de Martigny seront totalement supprimés ou si nécessaire transformés en EMS, et les collaborateurs seront, dans la mesure du possible, engagés sur le nouveau site.

Les locaux actuels peuvent être affectés à d'autres utilisations. On pourrait envisager, par exemple, la mise sur pied d'autres institutions dans le domaine de la formation ou de la santé, ou alors la démolition des bâtiments correspondants 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 dans la région qui est en augmentation.

8.3 Un nouvel hôpital central "soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie" (scénario 2)

Contrairement au scénario 1, le scénario 2 comprend non seulement des prestations en soins somatiques aigus et en réadaptation dans le nouvel hôpital central, mais également des prestations psychiatriques pour le Valais central.

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

8.4 Un hôpital avec les sites de Sion, Sierre, Martigny et Malévoz (Monthey) et avec un portfolio apuré en conséquence (scénario 3)

Dans le cadre du scénario 3, les sites hospitaliers de Sion, Sierre et Martigny sont maintenus pour les soins somatiques aigus et la réadaptation, mais les portfolios des prestations seront encore optimisés dans le cadre de la continuité des décisions déjà prises dans les planifications hospitalières précédentes. Dans le domaine de la psychiatrie, l'épure du portfolio se fera de telle manière que le statut de clinique psychiatrique (dans le sens de la notion d'hôpital selon la LAMal) reviendra au site de Malévoz (Monthey), cependant que les sites de Sierre et de St-Amé seront positionnés comme hôpitaux gériatriques et le site de Ste-Claire comme EMS (psychogériatrique).

Quant à la médecine somatique aiguë, une distinction a été opérée entre une construction entièrement nouvelle de l'hôpital à Sion (scénario 3^{bis}) et une rénovation de l'hôpital de Sion (scénario 3). Dans les deux cas, la médecine somatique aiguë est concentrée sur Sion.

8.5 Un hôpital pour les soins somatiques aigus, un pour la psychiatrie et un pour la réadaptation, ainsi qu'un Centre de santé à Sierre et à Saint-Maurice (St-Amé) (scénario 4)

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

Toutes les prestations stationnaires de soins somatiques aigus, de réadaptation et de psychiatrie sont offertes pour chaque secteur sur un site hospitalier spécifique. Les prestations de soins somatiques aigus seraient ainsi offertes à Sion, celles de réadaptation et de gériatrie à Martigny et celles de psychiatrie à Malévoz (Monthey). Le site de Sierre perdrait son statut d'hôpital au sens de la LAMal, serait transformé en Centre de santé et concentrerait ses activités entièrement sur le secteur ambulatoire.

Les prestations des cliniques de jour, en particulier en psychiatrie, qui devraient en principe être qualifiées de "semi-stationnaires", tombent également sous la notion "ambulatoire". Par conséquent, les sites de St-Amé (Saint-Maurice) et de Sierre deviendraient également des centres de santé ambulatoires, le statut d'EMS psychogériatrique pouvant éventuellement être maintenu.

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 ces derniers, 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 groupes de 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 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).

Par analogie au scénario 3, on travaille également pour ce scénario avec deux sous-variantes. Dans un cas, l'hôpital prévu à Sion pour la médecine somatique aiguë serait rénové (scénario 4), dans l'autre cas construit à neuf (scénario 4^{bis}).

Contrairement au rapport concernant le Haut-Valais, il est renoncé à proposer une séparation stricte entre prestations ambulatoires et stationnaires, cette variante ayant obtenu le moins bon résultat. Les sites hospitaliers qui subsisteraient continueraient alors d'offrir également des prestations ambulatoires, alors que le Centre de santé n'offrirait par contre pas de prestations stationnaires. Les sites hospitaliers collaboreraient toutefois dans le domaine des prestations ambulatoires avec le Centre de santé afin d'assurer une couverture en soins de proximité allant jusqu'à la frontière linguistique et tenant compte des trajectoires de soins.

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 des 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.

Les différentes variantes se présentent comme suit dans le tableau dressé ci-après:

Tableau no 1 : Variantes possibles pour la structure hospitalière future pour la région hospitalière du Valais central

Sites du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR)							
Variantes	Hôpital de Sierre	Clinique Ste-Claire (Sierre)	Centre valaisan de pneumologie (Montana)	Hôpital de Sion	Hôpital de Martigny	Clinique St-Amé (St-Maurice)	Hôpital de Malévoz (Monthey)
Statu quo	Soins aigus Gériatrie Pédopsychiatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Réadaptation Psychiatrie	Soins aigus	Soins aigus Gériatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie
Scénario 1	(fermeture)	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Hôpital neuf Soins aigus Réadaptation Gériatrie	(fermeture)	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie
Scénario 2	(fermeture)	EMS	(fermeture)	Hôpital neuf Soins aigus Réadaptation Gériatrie Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie	(fermeture)	EMS	(fermeture)
Scénario 3	Suites Traitement Gériatrie	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Rénovation Soins aigus centralisés	Médecine interne Suites traitement Gériatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie
Scénario 3^{bis}	Suites Traitement Gériatrie	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Hôpital neuf Soins aigus centralisés	Médecine interne Suites traitement Gériatrie	Gériatrie Psychogériatrie	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie
Scénario 4	Centre de santé	EMS	Réadaptation Psychiatrie	Rénovation Soins aigus centralisés	Réadaptation Gériatrie	Centre de santé	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie
Scénario 4^{bis}	Centre de santé	EMS	(fermeture)	Hôpital neuf Soins aigus centralisés	Réadaptation Gériatrie	Centre de santé	Psychiatrie Psychogériatrie Pédopsychiatrie

Légende:

- Gériatrie = médecine interne de la personne âgée et réadaptation gériatrique
- Psychogériatrie = psychiatrie de la personne âgée en milieu stationnaire (≠ EMS psychogériatrique)
- Centre valaisan de pneumologie à Montana : possibilité de formuler des propositions (autres missions ou fermeture)
- Médecine = médecine interne qui n'a pas besoin de salle d'opérations ni de soins intensifs
- Suites traitement = suites de traitement s aigus (après l'opération à l'hôpital de Sion ou dans un autre hôpital)

9. Appréciation des variantes

Au vu des défis évoqués, les variantes pour la structure hospitalière future du Valais central décrites ci-devant doivent être analysées de plus près sur la base des critères suivants, établis pour le Haut-Valais 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. Ainsi, il devrait être possible d'évaluer tous les sites de l'Hôpital du Valais, dans le Valais central et dans le Haut-Valais, selon les mêmes critères. Il s'agit plus précisément des éléments suivants:

- 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.

Pour des raisons de présentation, les deux sous-variantes des scénarios 3 et 4 décrites ci-devant sont évaluées dans le cadre des scénarios principaux. Cependant, il faut s'attendre à ce que les évaluations de ces sous-variantes soient divergentes en particulier dans les domaines de l'évolution des constructions et de la possibilité de financement.

Afin d'établir les évaluations liés aux critères du développement des constructions et de l'optimisation des processus, l'expert s'est entretenu en date du 2 octobre 2013 avec le planificateur hospitalier Heinrich Limacher, directeur, et avec Madame Gabriela Devigus Minder, spécialiste diplômée en matière hospitalière et directrice adjointe de la société Limacher Partner AG à Zurich. Le même jour, l'auteur du présent travail a reçu après l'entretien un courriel de la part de Madame Devigus Minder comprenant différents documents portant sur le développement des prestations et l'évolution des besoins, l'évaluation des blocs opératoires en soins somatiques aigus et le développement des prestations en psychiatrie. L'entretien et les informations fournies ont également permis d'obtenir des informations précieuses en vue de l'évaluation d'autres critères.

Un entretien a eu lieu le même jour avec le président du conseil d'administration de l'Hôpital du Valais, Monsieur Prof. Dr. Charles Kleiber et le chef de service de la santé publique au Département de la santé, des affaires sociales et de la culture du

canton du Valais, Monsieur Victor Fournier. Il s'agissait là surtout d'explicitier les attentes politiques du Conseil d'Etat envers l'Hôpital du Valais avant le lancement des travaux relatifs aux projets stratégiques et de pouvoir comprendre les réflexions stratégiques de l'Hôpital du Valais dans ce contexte.

9.1 Compatibilité avec le vieillissement

Tableau no 2: Evaluation de la compatibilité avec le vieillissement

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
Compatibilité avec le vieillissement	-	+	+	++ (++)	-- (--)

Du point de vue de 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 (ce sont les hôpitaux de Martigny et de Sierre qui sont mentionnés pour le Centre hospitalier du Valais romand) 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 sites et de son adéquation. La répartition proposée à titre d'exemple pourrait – si on examine de plus près une telle variante – s'avérer la plus conforme à l'objectif, compte tenu des multi-morbidités, car compte tenu des volumes de patients et du type de prestations concernées, une offre décentralisée s'avère tout à fait appropriée. Dans notre société vieillissante, il s'agit avant tout de prestations relevant de la médecine interne, de la gériatrie et de l'hôpital psychiatrique du jour. Ainsi, les maladies psychiatriques associées, qui surgissent fréquemment, pourront être prises en charge de manière ambulatoire ou en semi-stationnaire sur les sites de Sion, Martigny, Sierre et Monthey. Cela devrait contribuer à éviter les transferts de patients entre sites hospitaliers

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 de toutes les disciplines sur un site rallonge le chemin vers l'hôpital pour une partie de la population. Puisque la population à desservir est nettement plus grande dans le Valais central que dans le Haut-Valais, les scénarios 1 et 2 ne doivent certes pas être évalués négativement, mais de manière plus critique que dans le Haut-Valais où ils ont été évalués positivement. Le scénario 4 doit être évalué de manière encore plus critique parce qu'il rend une prise en charge et une thérapie intégrale plus difficile pour la population plus âgée, en particulier en raison des déplacements qu'il implique du fait de la répartition des prestations stationnaires de soins somatiques aigus et de réadaptation 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 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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 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 qui ont été décrites pour le statu quo dans la planification hospitalière 2008. De plus, s'agissant de l'unité indépendante envisagée dans le domaine de la réadaptation, se posent, sous l'angle médical, des questions liées à la couverture stationnaire intégrée à proximité du domicile, et, du point de vue économique, des questions liées à la possibilité d'atteindre la taille critique nécessaire sur un site de réadaptation uniquement dédié à l'offre stationnaire (voir à ce sujet par exemple les critères de la Swiss Reha par rapport aux tailles critiques qui ont été utilisés par différents cantons comme moyen d'orientation dans le cadre de leur planification hospitalière, www.swiss-reha.com).

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. Au regard des prévisions concernant les besoins en soins stationnaires, les prestations de la psychiatrie devraient pouvoir être fournies sur le site actuel à condition que les prestations en hôpital psychiatrique de jour soient toujours offertes (et à l'avenir même davantage) sur les sites de Sion, Martigny, Sierre et Monthey.

Le scénario 3 permet une meilleure réalisation des avantages découlant des scénarios 1 et 2, à condition qu'un apurement sensé du portfolio des prestations soit pour ces raisons mis en place et, qu'en complément, une couverture régionale forte soit assurée.

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 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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 le cadre de ce scénario, s'il doit se rendre aux urgences ambulatoires ou aux urgences stationnaires. En médecine, les délimitations sont souvent fluctuantes, notamment pour une population vieillissante avec une probabilité plus élevée de souffrir de multi-morbidités

Dans l'ensemble, le scénario 3 devrait présenter des avantages parce qu'il permet, au niveau de l'accessibilité, d'obtenir une couverture décentralisée meilleure que les autres scénarios alternatifs sans pour autant abandonner les spécialisations

nécessaires qui peuvent être réalisées relativement facilement à moyen terme par des concentrations.

9.4 Développement des constructions

Tableau no 5: Evaluation du développement des constructions

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
Développement des constructions	--	+	+	++ (-)	- (--)

De manière générale, on peut partir du constat que les horizons temps 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.

En ce qui concerne la situation des constructions dans le Valais central, les travaux importants et, comparés à la situation dans le Haut-Valais, nettement plus avancés montrent à l'évidence le fait qu'il existe un besoin d'agir important et urgent à l'hôpital de Sion lié à la situation du bloc opératoire. Du point de vue de l'économie de la santé et dans le sens du management des risques, il faut notamment relever les risques de poursuites juridiques plus élevés qui peuvent surgir lorsque des salles d'opération jugées vétustes sont mises en relation avec des erreurs de traitement ou avec des défauts de qualité. La situation actuelle doit être taxée de haut risque sur la base des documents montrés à l'expert, et elle devrait conduire le plus rapidement et le plus judicieusement possible à des adaptations structurelles de l'offre en soins somatiques aigus stationnaires dans le Valais central.

Une centralisation des capacités opératoires au moyen de la réalisation d'une unité comprenant 14 salles d'opération – comme elle a été esquissée et concrétisée dans

le détail par le bureau de planification hospitalière H. Limacher AG – paraît pertinente. Ce projet permet regrouper toute l'activité opératoire du Valais central à Sion. Dans le cadre d'un tel concept, les hôpitaux de Martigny et de Sierre devraient se concentrer sur la médecine de la personne âgée, à offrir de manière décentralisée. Dans le cadre du scénario 3, il est important, du point de vue de l'expert, non seulement de supprimer totalement les activités opératoires à Sierre et à Martigny, mais de démanteler entièrement l'infrastructure concernée afin d'éviter qu'elle puisse encore être utilisée sur la base d'arguments fictifs (urgences) même après la construction du bloc opératoire de Sion.

Le regroupement de la stérilisation centrale à Martigny tel que planifié par l'Hôpital du Valais paraît critique du point de vue de l'économie de la santé (mais toutefois justifié par des raisons de politique régionale). S'il faut réaliser une stérilisation centrale, elle devrait logiquement être positionnée à Sion, parce que cela permet de réduire les transports et donc aussi les coûts.

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 des procédures de mise au concours, la variante 4 s'en sort le moins bien à côté du statu quo. Puisque les scénarios 1 et 2 exigent plus de constructions que le scénario 3, les scénarios 1 et 2 ne s'en sortent pas tout à fait aussi bien que le scénario 3.

Pour les mêmes raisons, les variantes 3bis et 4bis s'en sortent moins bien que leurs variantes principales respectives. Le scénario 3 présente également l'avantage de pouvoir être réalisé rapidement compte tenu de la nécessité de moderniser urgemment les salles d'opération de Sion.

9.5 Adaptation aux DRG

Tableau no 6: Evaluation de l'adaptation aux DRG

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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 des 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, 2 et 3 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 concret 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, il pourrait, avec la médecine de la personne âgée à Martigny et à Sierre, avec les centres de santé, et avec les prestations ambulatoires et en hôpital de jour des sites de Sion, Martigny, Sierre et Monthey, 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. Au vu du nombre de patients en Valais central, les scénarios 1 et 2

devraient présenter moins d'avantages par rapport à l'intégration verticale, contrairement à la situation dans le Haut-Valais. Le scénario 4 devrait par contre être évalué de manière encore plus critique que le statu quo aussi longtemps au moins que les nouvelles structures tarifaires uniformes au plan suisse ne sont pas encore entièrement connues en ce qui concerne les prestations stationnaires de la psychiatrie et de la réadaptation. Il en résulte dans un tel scénario un risque économique cumulé pour les sites hospitaliers de la psychiatrie et de la réadaptation.

9.6 Possibilités de financement

Tableau no 7: Evaluation des possibilités de financement

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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 du bureau de planification hospitalière H. Limacher AG à Zurich, qui a assumé plusieurs mandats pour l'Hôpital du Valais, ont été mises à disposition de l'auteur de la présente expertise. Elles montrent que les réflexions au sujet du développement futur des sites hospitaliers dans le Valais central sont nettement plus avancées que dans le Haut-Valais. En vue de l'intensité plus élevée de la concurrence à laquelle il faut s'attendre comme conséquence de la transparence accrue due à la structure tarifaire liée aux prestations uniforme dans toute la Suisse, il y a lieu de distinguer entre les mesures importantes et les mesures urgentes. La priorisation des mesures semble indispensable au regard de l'importance des facteurs de la rapidité et de la possibilité de financement.

En complément aux réflexions au sujet du management des risques qui doivent être qualifiés non seulement d'importants, mais aussi de hautement urgents, et face à la situation des constructions mentionnée ci-devant, la nécessité s'impose, pour des

raisons liées à la spécialisation et aux frais d'exploitation, de parvenir le plus vite possible à un projet financièrement supportable en vue du regroupement de l'activité opératoire sur un seul site. Le scénario 3 est le plus approprié à cet effet. S'y ajoute le fait qu'il est possible, dans un tel scénario – comme cela a été démontré par le bureau de planification hospitalière H. Limacher AG – d'assainir dans un deuxième temps et après un examen financier approfondi également les unités de soins, contribuant ainsi à l'augmentation de l'attractivité. Ce scénario 3 permet ainsi d'augmenter l'attractivité par étapes dont les premières au moins se suivront à un rythme accéléré, raison pour laquelle le scénario 3 s'en sort mieux, non seulement par rapport à la sous-variante 3^{bis}, mais aussi par rapport aux variantes 1, 2 et 4.

La situation serait à apprécier différemment si le processus de décision politique concluait qu'il faut construire un nouvel hôpital dans le Valais central par le biais de l'octroi de moyens au titre de prestations d'intérêt général. Dans ce cas, le politique pourrait fixer des directives claires aux responsables de l'hôpital.

En cas de moyens supplémentaires disponibles se pose la question de savoir combien le canton du Valais veut mettre à disposition pour la couverture en soins dans le Valais central au titre des "prestations d'intérêt général". Du point de vue de l'économie de la santé, il pourrait sembler plus que douteux qu'une telle interprétation de la notion des prestations d'intérêt général puisse s'inscrire dans l'esprit de la LAMal si l'on considère le bassin de recrutement relativement grand (et comparativement au Haut-Valais nettement plus grand), raison pour laquelle l'expert ne suit pas plus loin cette variante dans le cadre de la présente étude.

9.7 Positionnement stratégique

Tableau no 9: Evaluation du positionnement stratégique

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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, ceci pour des raisons liées au plus grand éclatement des spectres de traitement (soins somatiques aigus – psychiatrie - réadaptation, et stationnaire – hôpital de jour – ambulatoire). Par

rapport à l'attractivité dans le domaine médical et compte tenu de l'état des constructions mis en évidence, il devrait aussi s'agir d'améliorer la situation rapidement, en particulier dans le domaine des salles d'opération. Ici, le scénario 3 s'en sort le mieux.

- 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'ils sont mis en œuvre systématiquement, les scénarios 1, 2 et 3 présentent des avantages. Les effets d'amélioration peuvent être atteints à nouveau dans le scénario 3, en particulier dans le domaine coûteux des salles d'opération.
- 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, le scénario 3 présente des avantages face à l'état des salles d'opération à Sion.
- 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 trois sites hospitaliers de soins somatiques aigus, les 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 de places de formation. Contrairement à la situation dans le Haut-Valais, cet argument a été reconnu par les autorités politiques et contré par la création d'un nouveau centre de formation à Sion (Pôle Santé) avec l'accord du Parlement. En cas d'une mise en œuvre couronnée de succès, le centre fournira une contribution (importante) à l'augmentation de l'attractivité des hôpitaux valaisans dans la "war for talents" et donc à l'amélioration des facteurs structurels et médicaux. Car pour fournir leurs prestations, les médecins de pointe doivent pouvoir compter sur du personnel en soins et thérapeutique qualifié.

9.8. Optimisation des processus

Tableau no 10: Evaluation de l'optimisation des processus

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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.

Un nouvel hôpital central "soins somatiques aigus et réadaptation" 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.

En faveur du scénario 3, il faut relever qu'il n'est pas rare dans ce genre de situation qu'on puisse obtenir des améliorations pragmatiques sur la base des expériences faites par le passé qui, dans les faits, apportent des résultats proches de ceux prévus pour le scénario 1. De plus, avec son procédé par étapes, le scénario 3 permet de réaliser plus rapidement des gains d'efficacité et d'efficience dans un des domaines les plus intenses en coûts, à savoir celui des salles d'opération. Du point de vue de l'économie de la santé, il faut relever que la concentration des salles d'opération doit être totale et que les infrastructures opératoires situées à Martigny et à Sierre doivent être démontées en parallèle.

Le scénario 2 permet encore une optimisation des processus. Il ne parvient toutefois pas à réaliser des avantages liés à la taille, compte tenu du calcul des besoins en lits hospitaliers pour la couverture en soins dans le Valais central. En effet, il est généralement admis pour les hôpitaux de soins somatiques aigus une dimension de l'ordre de 500 à 600 lits en principe comme taille optimale, mais aussi maximale, ceci selon le planificateur hospitalier H. Limacher qui a été consulté à ce sujet. Le scénario 4 s'en sort mal, car c'est celui qui sépare le plus les différents domaines (soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation), et cela au niveau des sites. Le statu quo doit également être évalué négativement en raison des tailles sous-optimales et de l'état déjà évoqué des constructions.

9.9 Conformité historique

Tableau no 11: Evaluation de la conformité historique

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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. Les scénarios 1, 2, 3^{bis} et 4 devraient être moins bien classés, non seulement parce que toutes les prestations seront liées de manière centralisée comme dans le scénario 3, mais en plus à partir d'un nouveau site. Les scénarios 1 et 2 impliquent la perte de sites hospitaliers.

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

9.10 Effets socio-économiques

Tableau no 12: Evaluation des effets socio-économiques

	Scénario 0	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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 sites du Centre Hospitalier du Valais Romand 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.

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. En raison de la plus grande disparité du spectre de prestations, le scénario 4 doit être considéré comme plus fragile économiquement. S'y ajoute encore dans le scénario 3 (contrairement aux scénarios 1, 2, et 3^{bis}) qu'on peut aussi partir de l'idée que le signal important pour la formation

de la coopération avec le Pôle Santé prévu à Sion puisse être utilisé mieux et plus vite (p.ex. personnel pour les OPS ou les IPS).

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 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
Aspects de santé publique – prestations d'intérêt général	-	-	-	+ (+)	-- (--)

En matière de **santé publique**, les questions fondamentales suivantes se posent:⁵

- 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 plus 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 développée 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. Contrairement à la situation dans le Haut-Valais, on ne peut pas avancer à la décharge des scénarios 1 et 2 qu'en cas d'optimisation adéquate et de conditions-cadres pour le surplus inchangées, qu'il

⁵ Kühn Hagen, "Wettbewerb bringt Qualität" – aber welche?, in: Der Artikulator, no 52, 1995, p. 8 ss.

restera plus de ressources pour traiter des patients à coût élevé. En effet, comme cela a été relevé ci-devant, les données sur l'évaluation des besoins en soins somatiques aigus, en réadaptation et en psychiatrie mènent à la conclusion que c'est plutôt le scénario 3 qui offre le meilleur potentiel d'optimisation des coûts. S'y ajoute le fait que, compte tenu de la vétusté des salles d'opération, grâce à une rénovation rapide, les personnes plus faibles et âgées représentant un coût élevé pourront également être soignées plus vite avec moins de risques. De plus, comparativement à d'autres cantons, les pertes en matière d'accessibilité qui en découlent dans le Valais central sont relativement faibles.

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.

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 (3 ^{bis})	Scénario 4 (4 ^{bis})
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 bienfaisance de la 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 + 11 -	9 + 2 -	8 + 3 -	19 + 0 - (11 +) (5 -)	0 + 15 - (0 + (20 -)

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

Il restera à clarifier, dans le cadre du processus de décision politique, la pondération de chaque critère. Selon le résultat de ces appréciations, le classement des scénarios 1, 2 et 3^{bis} peut encore changer. Ceci ne modifie en rien le fait que le scénario 3 s'en sort le mieux : pour chaque critère, il est aussi bien ou mieux classé que les autres scénarios. Par rapport au statu quo et au scénario 4, le résultat est clair. Contrairement au Haut-Valais, malgré l'application des mêmes critères, il existe dans le Valais central un scénario qui doit être clairement favorisé. Cela s'explique notamment par une situation différente en matière de bassin de population.

En complément, il faut relever encore une fois que les données utilisables transmises à l'expert sont nettement mieux fondées que celles remises pour le Haut-Valais, ce qui facilite une prise de décision rapide. Malgré cela, il est toutefois indispensable, selon l'expert, d'établir la vue d'ensemble nécessaire sur tous les projets en cours, donc aussi sur ceux du Haut-Valais, afin de remettre sur les rails rapidement le projet d'investissement à long terme de l'Hôpital du Valais.

Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, il est possible de formuler, du point de vue de l'expert, les recommandations d'actions prioritaires suivantes:

- La construction des salles d'opération à l'hôpital de Sion est hautement prioritaire et devrait donc être réalisée le plus vite possible. En parallèle, il y a lieu de fermer les salles d'opération de Sierre et de Martigny et de démonter entièrement les infrastructures y relatives.
- En parallèle également, il importe de faire avancer les travaux d'analyse dans le Haut-Valais sur la base des scénarios esquissés dans le rapport au sujet des structures hospitalières du Haut-Valais (concentration sur le site de Viège ou Brigue, nouvelle construction sur un nouveau site). Ceci concerne surtout les investigations au niveau des constructions ainsi que les variantes de financement.
- Le Conseil d'Etat (et le cas échéant le Parlement cantonal) doit clarifier dans quelle mesure il est disposé, pour des raisons d'intérêt général, à effectuer des investissements pour une nouvelle structure hospitalière. Ceci concerne non seulement l'éventualité d'un nouveau site hospitalier dans le Haut-Valais, mais également des concepts de prise en charge alternative pour les sites de Brigue ou Viège, ainsi que de Martigny et de Sierre.
- Dans la phase suivante, il faudrait poursuivre les travaux relatifs à l'hôpital de Sion (rénovation des unités de soins et en particulier, grâce à cela, libération des espaces utilisés à raison de deux tiers pour des activités externes) et à l'hôpital psychiatrique de Malévoz, et, en parallèle, ceux concernant le Haut-Valais. Parallèlement à ces démarches, il convient d'entamer la planification des transferts d'activité des autres sites et rechercher, dans la mesure du possible et du bon sens, une utilisation alternative des ressources en personnel et en constructions ainsi libérées.

- La concentration de l'ensemble des activités opératoires du centre hospitalier du Valais central sur le site de Sion mise à part, les points principaux suivants peuvent être définis pour les autres sites:
 - La psychiatrie stationnaire sera toujours offerte à Malévoz puisque la taille critique requise sera atteinte au vu des données issues de l'évaluation des besoins en soins. Il y a également lieu de tenir compte du fait que la psychiatrie stationnaire de Malévoz doit aussi couvrir les besoins de la région du Chablais.
 - Le site de Martigny offrira en milieu stationnaire des prestations de médecine interne, des suites de traitement consécutives à des opérations et interventions effectuées sur d'autres sites disposant du mandat de prestations correspondant selon la LAMal, ainsi que des prestations de réadaptation. Pour le surplus, un service d'urgence sera exploité pour la médecine interne.
 - Le site de Sierre offrira en milieu stationnaire des prestations de médecine interne, des suites de traitement consécutives à des opérations et interventions effectuées sur d'autres sites disposant du mandat de prestations correspondant selon la LAMal, ainsi que des prestations de réadaptation. Compte tenu de la proximité du site de Sion, aucun service d'urgence ne sera exploité.
 - La clinique St-Amé n'obtiendra plus de mandat de prestations en soins somatiques aigus. Sa transformation en établissement médico-social ou à d'autres fins devrait être examinée de plus près.
 - Le Centre Valaisan de Pneumologie à Montana sera vraisemblablement maintenu en exploitation. Son champ d'activité futur doit être examiné de plus près dans la perspective de la fermeture de la clinique St-Amé.
- Cette approche devrait permettre de réaliser à moyen et long terme des avancées importantes vers une vision caractérisée par "2 sites de soins somatiques aigus en Valais dont un dans le Haut-Valais et l'autre dans le Valais central, et un site de soins somatiques aigus intercantonal Vaud/Valais". Des scénarios qui ne permettraient pas d'avancer dans cette direction n'auraient pas de sens, tant du point de vue des considérations médicales ou économiques liées à la taille critique, qu'au regard de la situation actuelle caractérisée par une dispersion des prestations sur plusieurs sites.

Küsnacht, le 21 novembre 2013

Dr W. Oggier