

Loaded 100%

MAP NAVIGATION

DATA CENTRAL



Etude

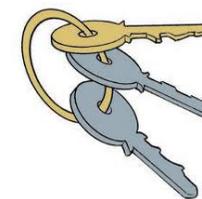
Opportunité sous l'angle financier de réaliser un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais (centre du cœur Valais ou CCVS)

Rapport

Préparé par
Olivier Girardin
– directeur et
partner

Mai 2016
Confidentiel

0. Résumé (abstract)



Sept points clefs de ce rapport

L'objet du mandat

L'objet du mandat a consisté à analyser la proposition de partenariat public/privé, à évaluer l'opportunité, **sous l'angle financier**, de réaliser un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais et, le cas échéant, à formuler une ou plusieurs variantes pour le développement de collaboration entre la Clinique de Valère et l'Hôpital de Sion avec indication de leurs incidences financières pour les différentes parties.

Les scénarios envisagés

5 scénarios sont envisagés. Les scénarios 1 et 2 sont orientés statu quo. Le scénario 3 prévoit l'ouverture de l'HVS aux cardiologues en pratique libérale. Quant aux scénarios 4 et 5, ils prévoient la création d'un PPP (sous forme de consortium ou création d'une SA) sur 1 ou 2 sites. Les avantages et inconvénients de ces scénarios sont ensuite commentés pour aboutir à la conclusion que dans une perspective à long terme, la meilleure option serait la réalisation du scénario 4 ou du scénario 5. Les obstacles opérationnels sont également discutés. Pour arriver à la conclusion que si ces obstacles ne pouvaient être levés, le scénario 1 devait alors s'imposer.

A propos de PPP

La collaboration ou alliance public-privé, tout en permettant le partage des ressources et des expertises entre secteur public et secteur privé, devrait permettre d'accéder à des avantages auxquels les deux entités ne pourraient prétendre individuellement. À cet égard, l'alliance permet donc à une organisation d'aller au-delà de l'utilisation de ses ressources internes propres et d'exploiter des facteurs externes pour atteindre ses propres objectifs. Nous constatons que le secteur hospitalier en Suisse recourt de plus en plus à cette forme de collaboration.

Arguments en faveur/défaveur

Des arguments très solides en faveur ou défaveur d'un PPP sont avancés.
(+) Le Canton du Valais aurait tout intérêt à disposer d'un pôle du cœur unique qui permettrait au final d'offrir de meilleures prestations, plus efficaces, en assurant ainsi la pérennité de cette activité.
(-) Réunir deux équipes avec des logiques entrepreneuriales différentes est très difficile et nécessite beaucoup d'énergie pour réaligner les pratiques et objectifs. De plus, pour qu'un service fonctionne bien, une alchimie minimale, est nécessaire entre ses membres. Ceci semble être très difficile à réaliser avec les équipes actuelles.

Facteurs clefs de succès

Les FCS sont énoncés au chapitre 5 (mission et vision partagées, une forte gouvernance, ...). Nous pensons que le CCVS a les moyens de satisfaire aux différents facteurs clefs de succès énoncés dans ce chapitre. Ceci impliquant au départ un grand travail de clarification et un engagement sans faille des partenaires.
Un facteur déterminant sera l'engagement des médecins et du Swiss Medical Network au service du CCVS.

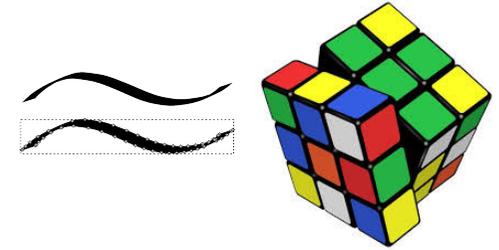
Impacts financiers

Le CCVS devrait atteindre dès le départ au moins CHF 36 millions de recettes et progressivement se rapprocher en T3 (ou 3^{ème} année après la création du partenariat) de CHF 40 millions, soit une progression de 10 % en 3 ans. Les taux d'EBITDA attendus (scénario 5 – PPP sous forme de société de capitaux) devraient se situer dans une fourchette de 8,2 à 9,2 %, soit moins qu'un taux de 15 % que nous estimons nécessaire. Nos premières estimations laissent à penser qu'un tel taux peut être réalisé à terme moyennant le développement des activités et l'optimisation de la structure des coûts.

Recommandations finales

A notre sens, la création d'un PPP est essentiellement une question d'ordre stratégique. Là où il y a une volonté, il y a un chemin. Mais très rapidement, des questions opérationnelles vont s'imposer et il convient de les clarifier rapidement de sorte à avancer de manière méthodique et coordonnée. Nous recommandons d'aborder la question de l'opportunité de créer un PPP par le biais d'une démarche en 3 phases qui est présentée et discutée au chapitre 6. Deux formes de PPP sont présentées, soit le consortium ou l'intégration au sein d'une société de capitaux.

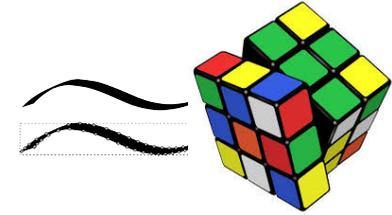
Table des matières



1. Mandat et organisation du projet - 4
2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes - 10
3. PPP – les scénarios envisageables - 20
4. Les scénarios et impacts financiers -30
5. Réalisation et facteurs de réussite 40
6. Conclusions - 43
7. Annexes - 56

Une table des acronymes
figure en page 57

Table des matières



1. Mandat et organisation du projet
2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes
3. PPP – les scénarios envisageables
4. Les scénarios et impacts financiers
5. Réalisation et facteurs de réussite
6. Conclusions
7. Annexes

- Le contexte de la mission
- L'objet de ce rapport
- Travaux réalisés et livrables
- Limites de ce rapport et remerciements



1. Introduction

Le contexte de la mission

- **Introduction et contexte de la mission**

Le Conseil d'Etat du Canton du Valais a revu sa planification hospitalière selon la nouvelle procédure et les nouveaux critères prévus par la loi fédérale sur l'assurance maladie pour le 1^{er} janvier 2015.

Sur mandat du Département de la santé et des affaires sociales en Valais (DSSC), une évaluation de la situation de la cardiologie interventionnelle dans le canton du Valais a été réalisée par le Professeur Yves Cottin du Service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) François Mitterrand à Dijon afin de confirmer qu'il existait une adéquation entre les critères de planification du Canton du Valais avec les critères retenus par les sociétés savantes en Suisse et en Europe. Il en ressort les éléments suivants :

- Les exigences formulées par le modèle de planification de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (CDS) sont en accord avec les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie. Seul le site de Sion de l'Hôpital du Valais remplit l'ensemble des exigences pour obtenir, en plus des activités ambulatoires, un mandat dans le domaine stationnaire. La Clinique de Valère ne répond pas à toutes ces exigences. Par contre, elle remplit les exigences pour un centre électif, donc pour pratiquer la cardiologie interventionnelle en milieu ambulatoire;
- Il est généralement reconnu une norme d'un centre de cardiologie interventionnelle pour un bassin de population de 350'000 habitants afin de couvrir les besoins de manière optimale en termes de sécurité des patients, de qualité et d'économicité des prestations, de compétences médicales, de possibilités de formation, ainsi que d'évolution des prises en charge, des techniques et des infrastructures. Ainsi, en Valais, avec une population de 320'000 habitants, un seul centre se justifie;
- Dans le cadre de la formation, seul le site de Sion de l'Hôpital du Valais dispose d'une reconnaissance FMH (catégorie B1) pour son service de cardiologie en particulier du fait de la présence d'un service d'urgences cardiologiques (24 heures sur 24) et d'une unité de soins intensifs pour les patients hospitalisés en stationnaire et en ambulatoire, mais également en raison de la présence d'une équipe médicale et d'une infrastructure répondant au programme de formation postgraduée;
- L'analyse du Pr Cottin conclut que le bassin de population, l'évolution des prises en charge, des techniques médicales et des infrastructures mais également la possibilité de formation **sont en faveur d'un regroupement de la cardiologie interventionnelle sur un seul site qui couvrirait l'ensemble des besoins des patients valaisans;**
- Sur cette base, le Conseil d'Etat a décidé en date du 5 novembre 2014 d'attribuer le mandat de prestations LAMal (prise en charge stationnaire) en cardiologie interventionnelle à l'Hôpital du Valais, établissement qui remplit l'intégralité des exigences. La Clinique de Valère répondant aux exigences pour un centre électif, peut continuer à offrir des prestations de cardiologie interventionnelle en milieu ambulatoire, comme par le passé.

1. Introduction

Le contexte de la mission

- **Les réflexions et recommandations**

Néanmoins, le canton estimait dans son rapport de planification qu'une collaboration conclue entre la Clinique de Valère et l'Hôpital de Sion pour une prise en charge de tous les cas stationnaires dans le domaine de la cardiologie interventionnelle sur le site de Sion de l'Hôpital du Valais serait souhaitable afin de favoriser et de développer les échanges et les formations entre les professionnels, de renforcer le service de garde, de fournir aux patients valaisans une prise en charge optimale, de garantir la qualité et la sécurité des patients ainsi que de maîtriser les coûts.

Par ailleurs, une commission d'enquête parlementaire (CEP-RSV) a été nommée en mars 2014 par le Grand Conseil suite aux affaires liées à la chirurgie viscérale hautement spécialisée pratiquée à l'Hôpital du Valais (HVS) et aux différents audits et expertises. Elle a reçu mandat d'enquêter sur l'organisation et la conduite de l'HVS, ainsi que sur la conduite des affaires du Département et du Service de la santé publique en tant qu'autorités de surveillance et de planification.

Dans son rapport final, la CEP-RSV relate que la Clinique de Valère et le Genolier Swiss Medical Network (Swiss Medical Network) ont proposé l'ouverture d'une réflexion sur la création d'un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais, dans le cadre d'un partenariat public/privé (centre du cœur). Par rapport à cette proposition, la CEP-RSV s'interroge quant à la décision du Conseil d'administration de l'HVS de mai 2014 de ne pas entrer en réflexion sur la création d'un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque.

Ainsi, la CEP-RSV recommande au Conseil d'Etat de mandater une expertise neutre et indépendante afin d'analyser les aspects financiers de la proposition de partenariat public/privé pour réaliser un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais.

C'est en réponse à ces réflexions et recommandations que le présent mandat nous a été attribué.

1. Introduction

L'objet de ce rapport

- **Objet du mandat**

L'objet du mandat consiste à analyser la proposition de partenariat public/privé, à évaluer l'opportunité, **sous l'angle financier**, de réaliser un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais et, le cas échéant, à formuler une ou plusieurs variantes pour le développement d'une collaboration entre la Clinique de Valère et l'Hôpital du Valais avec indication de leurs incidences financières pour les différentes parties;

- **Les analyses pour répondre notamment aux questions suivantes devront être menées :**

1. Qu'est-ce qu'il faut entendre concrètement par un partenariat public/privé dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque ?
2. Quels sont les avantages financiers respectifs d'un partenariat public/privé pour la Clinique de Valère, l'Hôpital du Valais, le canton et les patients ? Quel est son coût pour chacun des acteurs précités ?
3. Dans le cadre de partenariat public/privé, y a-t-il un potentiel d'amélioration de la prise en charge, en termes d'infrastructures, de personnel, de présence, d'organisation, de suivi du patient, etc. ;
4. Sur la base des questions ci-dessus, quelles sont les recommandations du mandataire ?

- **L'analyse devra tenir compte :**

- des exigences du concept de planification hospitalière ;
- des recommandations suisses de la société suisse de cardiologie ;
- des recommandations et normes internationales ;
- des indicateurs qualité ;
- des statistiques d'activité ;
- des situations financières de la Clinique de Valère et de l'Hôpital du Valais ;
- du financement LAMal et des tarifs hospitaliers et ambulatoires en vigueur.

1. Introduction

Travaux réalisés et livrables

- **Déroulement de la mission**

Notre intervention s'est déroulée de fin juillet 2015 à fin janvier 2016. Ce rapport a été remis en mars 2016. La conduite de cette étude a pu se faire en toute transparence et en bonne collaboration avec la Clinique de Valère à Sion, la direction du Swiss Medical Network*, l'Hôpital du Valais et les autres acteurs concernés et mentionnés en page 9.

- **Documents remis**

Différents documents (contrats, rapports, études, statistiques,...) nous ont été remis par les personnes rencontrées. Les principaux documents remis sont énumérés en annexe 8b;

- **Les travaux réalisés par Hpartner**

- Prise de connaissance des documents existants (notamment statuts, contrats et conventions, rapports et correspondances, statistiques d'activités, procédures et modèle des processus et autres documents liés au système de management de la qualité, états financiers ressortant des comptabilités financière et analytique,...);
- Rencontre avec le Pr Yves Cottin au CHU Dijon Bourgogne (désigné ci-après par CHU de Dijon);
- Différentes rencontres avec les personnes citées en page 9;
- Travail sur les chiffres avec MM Tavernier et Epiney, collaborateurs au sein de l'HVS et M Kuchler, directeur de la Clinique de Valère;
- Recherche sur les modèles de PPP mis en place en Suisse;
- Rédaction de rapports et kits de présentations.

- **Les livrables**

Ce rapport présente une synthèse de nos constats, réflexions, analyses et recommandations. Il est complété par un fichier excel qui synthétise nos analyses financières.

* Anciennement Genolier Swiss Medical Network

1. Introduction

Limites de ce rapport et remerciements

- **Limites à ce rapport**

Nous délivrons ce rapport en toute bonne foi et en toute indépendance sur la base de nos observations et des renseignements communiqués. Nous exprimons les réserves d'usage pour le cas où certains faits ou documents susceptibles de modifier notre analyse et nos appréciations n'auraient pas été portés à notre connaissance.

- **Remerciements**

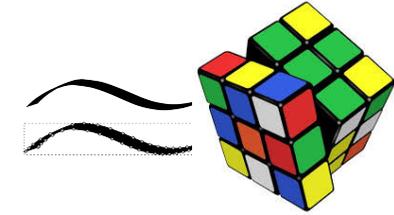
Cette mission n'aurait pas été possible sans l'appui de plusieurs personnes et la disponibilité des personnes interviewées et / ou ayant participé à la modélisation financière.

Nous tenons à adresser nos remerciements à toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce mandat, en particulier :

- Au niveau du département de la santé : Madame la Conseillère d'état Esther Waeber-Kalbermatten et Monsieur Victor Fournier, chef du service de la santé publique à Sion. Mme Eliane Fleury Troillet, cheffe de section hôpitaux, nous ont efficacement soutenus en nous fournissant une série de chiffres clefs en lien avec l'activité hors canton;
- Au niveau du Swiss Medical Network et de la Clinique de Valère : l'équipe de direction, soit en particulier Monsieur Raymond Loretan (Président du CA), M. Pierre-Olivier Haenni (managing director du groupe Aevis), M. Benoît Kuchler, directeur de la Clinique de Valère et Dr Patrick Hildbrand et Dr Christophe Imsand, médecins cardiologues FMH;
- Au niveau de l'Hôpital de Sion : Pr Eric Bonvin (directeur), M. Thomas Werlen (directeur des finances), Dr Grégoire Girod (médecin cardiologue) et Dr Dominique Delay (cardio-chirurgie) ainsi que MM. Julien Tavernier (chef de division CHVR, contrôle de gestion) et Dominique Epiney – service d'audit interne;
- Au niveau de l'Association de défense des patients hospitalisés en Valais (ADPVAL) : Me Michel Ducrot, avocat notaire et président de l'association et Monsieur Jean-Claude Pont (auteur du livre « le réseau Santé Valais dans la tourmente »);
- Autres partenaires consultés : Pr Pierre-Yves Leyvraz, directeur général du CHUV à Lausanne et Monsieur Pascal Rubin, directeur de l'Hôpital Riviera Chablais à Vevey, Dr Georges Dupuis, ancien chef du service de santé publique du Canton du Valais;
- Et un merci tout spécial à Pr Yves Cottin, chef du service de cardiologie du CHU de Dijon, à Pr Pierre Vogt, directeur du service de cardiologie au CHUV ainsi qu'à Pr Morcetti, directeur du Cardio Centro à Lugano, Dr Carlo Maggini, ancien directeur général et M. Georgio Pellanda directeur général actuel de l'Ente Ospedaliero Cantonale à Bellinzona.

Il nous plaît à relever que toutes les personnes rencontrées étaient toujours très bien préparées, disponibles pour des réunions qui se sont révélées être très constructives et instructives.

Table des matières



1. Mandat et organisation du projet

2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes

3. PPP – les scénarios envisageables

4. Les scénarios et impacts financiers

5. Réalisation et facteurs de réussite

6. Conclusions

7. Annexes

- Quelques chiffres clefs
- La cardiologie et la cardio-chirurgie à l'HVS
- La cardiologie à la Clinique de Valère
- A propos d'un partenariat
- Synthèse des arguments en faveur / en défaveur d'un partenariat de type PPP
- Opposition ou coopération



2. Le marché

Quelques chiffres clefs (voir aussi annexes 8 e pour détail de l'activité de l'HVS)

33 centres pratiquent des angiographies des coronaires et des PCI en Suisse. Les centres HVS et Valère occupent respectivement les 16^{ème} et 24^{ème} rangs.

Quant à la cardio-chirurgie, plus de 5'000 interventions ont lieu en Suisse chaque année.

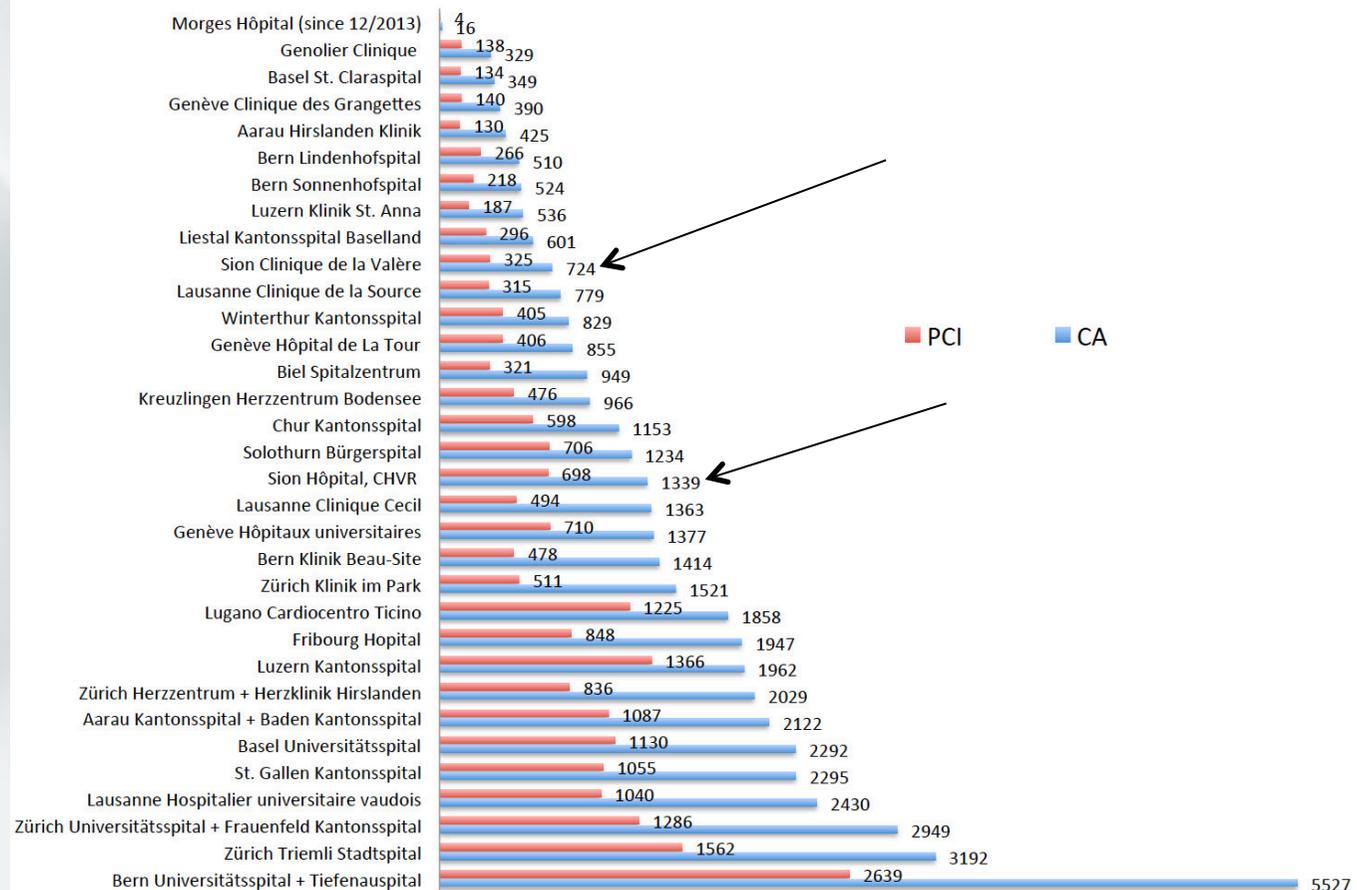
Quelques chiffres clefs relatifs aux pontages aorto-coronariens (PAC) à la Suisse romande et en Suisse allemande (2014) :

- CHUV : 350 + 50 à Morges
- HUG : env. 150
- La Tour Meyrin : env. 130
- Cecil Lausanne : env. 270
- Hôpital Sion : env. 230
- Universitätsspital Basel : 269
- Universitätsspital Zurich : 1'469
- Inselspital : env. 1'500

Même si rien n'est décidé à ce stade en Suisse, certains experts pensent qu'à terme il faudra, pour être reconnu comme centre de Médecine Hautement Spécialisée (MHS), atteindre un volume de 220 à 250 opérations du cœur par an et par centre. L'Hôpital du Valais devrait pouvoir satisfaire à cette exigence à condition de maintenir au moins sa part de marché actuelle.

L'Essentiel

Coronary Angiographies (CA) and Percutaneous Coronary Interventions (PCI) in all centers during the year 2013 in Switzerland



2. Le marché

La cardiologie et la cardio-chirurgie à l'hôpital de Sion

- Depuis 1993, la planification hospitalière a centralisé la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle à l'hôpital de Sion pour l'ensemble du canton. Dès cette date, l'hôpital dispose d'une salle de cathétérisme cardiaque et garantit une garde 24h/24 pour la prise en charge des infarctus. Le pôle est renforcé en 1996 par la signature de la convention Vaud/Valais pour les disciplines cantonalisées (cardiologie et chirurgie cardiaque) prévoyant une collaboration étroite entre le CHUV et l'hôpital de Sion. Les buts de cette collaboration étant de trois ordres : renforcer l'ancrage universitaire, importer de nouvelles techniques éprouvées en milieu universitaire et faciliter le recrutement ainsi que la formation des médecins;
- Le service obtient ensuite la reconnaissance B1 (2 ans) pour la spécialisation en cardiologie par la FMH. Avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, des mandats de prestations ont été établis sur la base du Concept hospitalier valaisan de 1996, attribuant ces disciplines exclusivement à l'hôpital de Sion;
- Cette décision de centraliser la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle a été confirmée dans le cadre du Concept hospitalier 2004, lorsque l'hôpital de Sion a été intégré dans le Réseau Santé Valais (établissement autonome de droit public), né de la fusion des 10 hôpitaux publics du canton. Elle n'a pas été remise en cause par les planifications suivantes;
- Par la suite, l'hôpital du Valais a développé, dans le cadre de son mandat de prestations, notamment le traitement de maladies structurales cardiaques, la mise en place d'une consultation ambulatoire des troubles du rythme cardiaque (collaboration avec le CHUV) ainsi qu'un nouveau programme de réadaptation cardiaque ambulatoire en collaboration avec la Clinique Romande de Réadaptation (capacité : 160 patients/an);
- L'année 2011 a été marquée par l'ouverture d'une salle d'électrophysiologie invasive, le début de l'activité en IRM cardiaque et la reconnaissance B1 par la FMH du service de cardiologie. Cette même année a eu lieu la 1^{ère} fermeture d'auricule gauche percutanée suivie en 2012 par les 1^{ères} dénervations des artères rénales en Valais (traitement de l'HTA). Le développement s'est poursuivi par la première fermeture de fuite paravalvulaire et le premier remplacement valvulaire transcutané en Valais (TAVI) en 2013.

2. Le marché

La cardiologie à la Clinique de Valère à Sion

- La Clinique de Valère est un établissement privé à but lucratif (société anonyme au sens des articles 620 et suivants du Code des obligations), ayant son siège à Sion. Le but de la société est l'accueil, l'hospitalisation, le diagnostic et le traitement des patients dans des établissements hospitaliers, la participation à d'autres sociétés ou leur acquisition, la cession de know-how, la vulgarisation des nouvelles techniques chirurgicales et l'achat et la vente d'appareils médicaux. Le 1^{er} janvier 2013, le groupe Genolier Swiss Medical Network (maintenant Swiss Medical Network) a repris l'exploitation de la Clinique de Valère;
- La clinique figure sur la liste hospitalière du canton du Valais depuis 1996, lors de l'entrée en vigueur de la LAMal. Le mandat de prestations porte sur la prise en charge médicale de base dans les domaines de la médecine interne (y compris radiologie), la chirurgie légère (y compris orthopédie et anesthésiologie) et la gynécologie. La planification hospitalière 2004 a confirmé ce mandat en rappelant que la clinique n'ayant pas de soins intensifs, elle ne peut pas opérer des cas complexes tels que la chirurgie thoracique, cardiaque, etc. pour des raisons de sécurité. En automne 2011, dans le cadre du nouveau système tarifaire (SwissDRG), le canton a constaté que la clinique codait des cas ne relevant pas de son mandat de prestations, notamment des hospitalisations en milieu stationnaire de cas de cardiologie interventionnelle. Sur la base de ce constat, le Conseil d'Etat a décidé de préciser le mandat de prestations de la clinique. Ainsi la liste hospitalière 2012 indiquait que la clinique n'a pas de mandat de prestations pour les soins intensifs et que, en conséquence, la cardiologie interventionnelle en milieu stationnaire et les cas complexes de chirurgie et de gynécologie sont exclus du mandat de prestations. Cette décision a fait l'objet d'un recours de la Clinique de Valère. Le tribunal administratif fédéral a rendu sa décision en date du 5 juillet 2013 en admettant le recours de la clinique pour des raisons de procédure, car le canton n'avait pas appliqué la nouvelle procédure prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie pour la planification hospitalière (évaluation des besoins, appel d'offres, transparence, droit d'être entendu, etc.). Le tribunal n'a toutefois pas statué sur le fond et a renvoyé la cause au Conseil d'Etat. Le Conseil d'Etat a alors décidé de reprendre la formulation du mandat de prestations précédent pour la clinique en attendant d'avoir terminé la procédure de planification pour 2015 selon la nouvelle procédure en la matière et les nouveaux critères y relatifs. La clinique a également fait recours contre cette décision. Toutefois, suite à la décision du Conseil d'Etat pour la planification hospitalière 2015, une convention a été signée entre l'Etat et la clinique qui règle le litige juridique relatif aux listes hospitalières 2012 et 2014. La Clinique de Valère a donc retiré son recours auprès du tribunal;
- Tous les médecins/chirurgiens agréés à la Clinique de Valère ont un statut d'indépendants. Les seuls médecins salariés sont les médecins assistants. La Clinique de Valère pratique des interventions programmées ambulatoires et stationnaires avec des blocs opératoires ouverts de 7h à 19h. La clinique ne dispose ni de services d'urgences ni de soins intensifs. Suite à la décision de planification hospitalière 2015, la clinique et l'Hôpital du Valais (anciennement Réseau Santé Valais) ont conclu des conventions de collaboration dans trois domaines, à savoir les maladies infectieuses, la pharmacie et la radiologie. D'autres conventions sont en cours d'élaboration.

2. Le marché

A propos d'un partenariat - la position de l'Hôpital Valais

- Le conseil d'administration (CA) est ouvert pour discuter d'une manière constructive d'un partenariat dans le domaine de la cardiologie avec la Clinique de Valère. Il est d'ailleurs relevé que d'autres collaborations ont déjà été mises en place en décembre 2014 (par ex. dans les domaines des maladies infectieuses, de la pharmacie et de la radiologie – médecine nucléaire);
- Mais le CA a deux préoccupations majeures dans un contexte où l'Hôpital du Valais aura toujours plus de peine à équilibrer ses comptes. L'HVS ne dispose plus de marge de manœuvre pour abandonner tout ou partie des marges dégagées sur la cardiologie et la cardio-chirurgie. Puis, un autre souci quant à la faisabilité d'un partenariat qui butera sur des problèmes opérationnels concrets. En effet, il est patent que les cardiologues travaillant au sein des deux institutions ne s'apprécient guère. En outre, il sera très difficile de faire cohabiter deux systèmes de rémunération différents;
- La direction a une vision proche de celle du CA, mais aussi du chef du département de la cardiologie du CHUV. Elle ne voit pas le bénéfice que pourrait retirer le réseau de cardiologie d'un partenariat privé public. Au contraire, l'élargissement de l'équipe actuelle pourrait créer un effet de dilution, en particulier au niveau du nombre d'angioplasties primaires pratiquées par les cardiologues (urgences), d'autant que le futur Hôpital Riviera Chablais (HRC) situé à Rennaz (VD) représentera une concurrence certaine pour la cardiologie sédunoise qui risque de voir son activité diminuer;
- Par ailleurs, même si les cardiologues de la Clinique de Valère sont très expérimentés, le département de cardiologie du CHUV estime qu'ils ne sont plus à même d'assurer avec sécurité un service de garde, sans des stages de remise à niveau;
- L'Hôpital du Valais, le CHUV et les Cantons de Vaud et Valais ont signé une convention de collaboration dans le domaine de la cardiologie. Cette collaboration permet à l'Hôpital du Valais d'assurer une continuité de prestations, de compétences et de qualité en cardiologie et cardio-chirurgie;
- Au plan financier, les comptes du HVS seraient impactés négativement (en 2013 on estimait que le transfert de l'activité hors de l'hôpital diminuerait le résultat global de près de CHF 2,5 millions et des charges indirectes de CHF 6,2 millions ne seraient plus « absorbées »). Ceci ferait passer l'établissement d'un résultat bénéficiaire à un résultat largement déficitaire. En outre, la capacité d'investissements annuels se verrait diminuer de l'ordre de CHF 1,45 million;
- **En conclusion, le CA reste ouvert et disposé à envisager un partenariat, tandis que la direction est réticente, car elle voit plus les problèmes opérationnels et concrets liés à la mise en place d'un tel partenariat. Par ailleurs, alors que l'HVS rencontre des difficultés financières, la direction ne veut pas amputer un secteur stratégique qui apporte une contribution significative à la marge économique de l'établissement. Enfin, la proposition initiale du Swiss Medical Network de créer un partenariat paritaire (50 % / 50 %) a semblé peu réaliste alors que les apports de l'HVS exprimés en activités, recettes et infrastructures étaient et restent nettement plus importants.**

2. Le marché

A propos d'un partenariat - la position de la Clinique de Valère

(discussion avec la direction de l'établissement et la direction du Swiss Medical Network)

- **La position des médecins et de la direction de la Clinique**
 - Contrairement à la majorité des cantons suisses, la part de marché de la médecine privée dans le domaine des soins aigus en Valais est très faible;
 - Vu l'évolution de la médecine, « la concurrence dans la collaboration apporte plus de qualité, plus de sécurité et plus d'économicité »;
 - Par ailleurs, tant les patients que les médecins et la Clinique de Valère ont besoin d'un système hospitalier public fort et fonctionnant bien. La création d'un pôle du cœur permet de renforcer une activité phare des partenaires tout en allant dans le sens de l'histoire. Le fait d'augmenter l'activité de la chirurgie cardiaque permettra également d'obtenir puis de conserver la reconnaissance de centre MHS et ainsi d'assurer l'avenir de cette activité sur le long terme;
 - La vision est même plus large. Ainsi, un projet global public-privé intégrant notamment le nouveau campus HES Soins infirmiers et physiothérapie, un nouveau plateau technique, un centre du cœur, l'ICHV ainsi que de centres de recherche pourrait ainsi voir le jour sur le site de l'Hôpital du Valais.
- **En conséquence, la Clinique de Valère (équipe médicale et la direction) ainsi que Swiss Medical Network soutiennent vivement la création d'un partenariat privé public adossé à un hopital public fort.**

2. Le marché

A propos d'un partenariat - la position du département de cardiologie du CHUV

- **Rappel**

Il existe une convention-cadre de collaboration dans les domaines hospitalier et de la santé publique entre l'Etat de Vaud, l'Université de Lausanne d'une part et l'Etat du Valais et le Réseau Santé Valais (1996 puis 2008) d'autre part. Une annexe à cette convention « projet de collaboration et accords particuliers d'application au domaine de la chirurgie cardiaque » règle la collaboration entre les institutions. Cette convention permet à l'Hôpital du Valais d'assurer des services de cardiologie et de cardio-chirurgie à un niveau universitaire.

- **Situation actuelle**

Un cardiologue parmi l'équipe de la Division de cardiologie du CHUV assume le poste de médecin-chef du service de cardiologie de l'Hôpital de Sion tout en gardant un taux de 40 % d'activité au sein du CHUV. Il en va de même au niveau de la chirurgie cardiaque, sauf que le chirurgien ne travaille qu'à hauteur de 20 % au CHUV. De plus, au plan de la cardio-chirurgie, en cas de forte activité ou pour certaines interventions plus délicates, d'autres chirurgiens du CHUV interviennent à Sion.

- **La position du département de cardiologie du CHUV**

- La vision du CHUV est de développer un réseau de cardiologie fort qui s'articule autour des centres du CHUV, de l'Hôpital de Sion et du futur centre qui s'ouvrira en 2018 au sein du centre de cardiologie à Rennaz;
- Le CHUV ne voit a priori pas le bénéfice que pourrait retirer le réseau de cardiologie susmentionné en intégrant, même au sein d'un partenariat privé public, le service de cardiologie de la Clinique de Valère;
- Les deux cardiologues de la Clinique de Valère ont travaillé au CHUV et à l'Hôpital de Sion avant de s'installer en pratique libérale. Il en est résulté des relations entre les équipes ne sont pas très bonnes. Il n'existe notamment pas de confiance réciproque, de sorte qu'il est difficile d'exiger que les deux équipes collaborent étroitement. Le CHUV craint qu'un tel mariage ne crée des tensions pour aboutir rapidement à un divorce, avec pour conséquence probable une démission des cardiologues et cardio-chirurgiens de l'Hôpital de Sion qui n'auront aucune peine à se replacer dans d'autres structures en Suisse romande;
- **En conséquence, le département de cardiologie du CHUV ne cautionne pas le rapprochement envisagé. S'il devait malgré tout se faire, le CHUV pourrait décider, en fonction de l'évolution de la situation, de se retirer des conventions signées avec le Canton du Valais et se focaliser sur le binôme CHUV et Hôpital Riviera-Chablais.**

2. Le marché

Synthèse des arguments en faveur de la réalisation d'un PPP

De nos divers entretiens il ressort des arguments très solides en faveur d'un PPP. Le Canton du Valais aurait tout intérêt à disposer d'un pôle du cœur unique qui permettrait au final d'offrir de meilleures prestations et d'une manière plus efficiente.

Il est intéressant de rapprocher ces arguments des propos de Pr Yves Cottin qui indiquait dans les conclusions de son rapport daté du 2 février 2016 « le renforcement du site actuel stationnaire de cardiologie interventionnelle (au sein de l'HVS) est indispensable pour lui permettre de répondre aux attentes de la population pour l'ensemble de l'offre cardiologique moderne dont l'interventionnel n'est qu'une partie.

De plus, le renforcement devrait permettre de répondre aux contraintes médico-économiques, aux évolutions techniques mais également aux nouvelles prises en charge, en particulier l'AVC.

L'Essentiel

- Pour le bien commun de la population valaisanne, le Canton a tout intérêt à disposer d'un centre du cœur fort, ce qui pérenniserait ce pôle en le rendant plus attractif notamment de par un plateau technique qui arriverait plus facilement à se renouveler et à se situer à la fine pointe de la technologie. Ceci milite pour un regroupement des forces;
- Le partenariat permettrait d'augmenter les "masses critiques". De plus, le Swiss Medical Network s'engagerait à référer entre 50 et 100 cas de cardio-chirurgie à l'HVS, ce qui en ferait le 2ème centre le plus important en Suisse romande, derrière le CHUV;
- Le partenariat permettrait également de renforcer l'équipe de garde et par là même d'assurer une meilleure sécurité;
- Les patients traités à la Clinique de Valère bénéficieraient d'une sécurité accrue sur le site de l'HVS de par l'existence d'un "stand by" chirurgical et la proximité de soins intensifs;
- Tous les médecins bénéficieraient de la collaboration étroite avec le CHUV* (formation, recherche, soutien en cas de manque de médecins) et pourraient ainsi maintenir un niveau d'expertise élevé et renouvelé;
- Au plan financier, le regroupement des forces permettra de créer des synergies au niveau des équipes et des infrastructures, ainsi qu'au niveau du service hôtelier. Ce pôle qui réunira l'ensemble des prestations sous un toit permettra d'être plus attractif pour les patients, d'augmenter le niveau d'activités et de dégager des marges plus importantes. De par un partage équitable, en prenant en compte les apports et contributions des deux partenaires, l'HVS réussira à générer une marge plus conséquente qu'actuellement, d'autant qu'il existe un potentiel de gain de productivité au sein des deux établissements.

Au-delà des clivages idéologiques à dépasser pour le bien commun, il existe une réelle opportunité de travailler ensemble et de réunir les forces pour offrir aux patients valaisans un pôle du cœur performant (y c. au niveau de la prise en charge des urgences).

Un tel partenariat représente certes un défi qui n'est pas facile à réaliser d'un point de vue technique. Mais en faisant montre d'audace, de volonté et d'innovation, toutes les parties sortiraient gagnantes d'un modèle de PPP, à commencer par l'essentiel : la population valaisanne.

* Pour autant que le CHUV maintienne les collaborations

2. Le marché

Synthèse des arguments en défaveur de la réalisation d'un PPP

Le CHUV est un acteur très important pour l'HVS en sa qualité de membre fondateur des services de cardiologie et cardio-chirurgie, puis au niveau du soutien élevé apporté au bon fonctionnement de ces services.

Nous avons eu l'occasion de discuter des modèles de collaboration envisagés dans ce rapport avec Pr Pierre-François Leyvraz (directeur général), Pr. Pierre Vogt (chef du service de cardiologie) ainsi qu'au sein de l'HVS (Pr Eric Bonvin – directeur) et Dr Grégoire Girod (chef du service de cardiologie).

De ces divers entretiens, il ressort des arguments forts en défaveur d'une collaboration étroite qui pourrait se matérialiser par exemple par un partenariat privé-public.

Un médecin de l'HVS déclarait d'ailleurs « les médecins et soignants ne demandent qu'une chose : poursuivre leur mission dans la sérénité, la tranquillité et sans que viennent interférer des enjeux politiques ou des intérêts particuliers ».

L'Essentiel

- Il n'y a pas de nécessité médicale pour collaborer. L'HVS peut poursuivre ses activités de manière autonome en Valais en assurant un haut niveau de qualité, notamment par le fait que des masses critiques sont bien atteintes en cardiologie interventionnelle et en cardio-chirurgie, et de par le partenariat avec le CHUV;
- La vision poursuivie est de créer une collaboration forte sur l'axe rhodanien en intégrant l'HVS, le futur Hôpital Riviera-Chablais et le CHUV. Ces différents partenaires ne voyent a priori pas la valeur ajoutée qui découlerait d'un partenariat avec un établissement privé;
- Une collaboration étroite voire un mariage est très difficile à réaliser alors que les centres privés et publics ne pratiquent pas la même médecine. Le secteur public a un devoir régalien de prendre en charge tous les patients, contrairement au secteur privé. Et même si la qualité des prestations fournies par le secteur privé est bonne, il existe une forte propension de ce secteur à « pousser » les indications*, en particulier les actes les plus « rentables ». Ceci se traduisant par des interventions plus nombreuses et discutables au sens des bonnes pratiques médicales (par ex. taux de césariennes, poses de stents ou coronographies,...);
- Réunir deux équipes avec des logiques entrepreneuriales différentes et très difficile et nécessite beaucoup d'énergie pour réaligner les pratiques et objectifs sur la vision du centre. De plus, pour qu'un service fonctionne bien, une alchimie minimale, une grande confiance et une vision commune sont nécessaires entre ses membres. Ceci semble être très difficile à réaliser avec les équipes actuelles;
- Dans le cas du Valais, le risque est élevé que certains médecins ne veuillent pas cohabiter, avec le grand risque de mettre en danger la pérennité du pôle de cardiologie / cardio-chirurgie. Cas échéant ceci aura des conséquences graves pour l'HVS qui s'en trouverait fortement affaibli;
- Les apports des deux parties (nombre de cas, savoir-faire,...) seraient très inégaux, donc en défaveur de l'HVS. De plus, il en résulterait un impact financier négatif pour l'HVS qui lutte déjà pour équilibrer ses comptes;
- Les modes et niveaux de rémunération (salaires et honoraires) sont très différents et difficilement conciliables. De même, un tel partenariat pénaliserait très fortement l'HVS au plan financier;
- L'HVS prend déjà en charge les complications inévitables de l'activité de cardiologie de Valère;
- Enfin, en « forçant » des équipes soignantes à travailler ensemble, on prend des risques pour les patients.

L'HVS est un bel établissement pratiquant une très bonne médecine. Si sa gouvernance est vraiment responsable, elle ne devrait pas prendre ce risque en entrant en matière sur un modèle de type PPP. La vision libérale, même si elle répond à une certaine logique est ici une utopie qui pénalisera l'HVS et les patients !

* Pour d'autres raisons, cette propension s'observe également dans le secteur public

2. Le marché

Opposition ou coopération – situation actuelle



- Cette « matrice d'accord » permet de représenter la situation telle que nous la percevons à ce stade;
- Clairement les parties ont des opinions très opposées sur la nécessité, mais aussi sur la volonté de réaliser / soutenir un PPP;
- Globalement, le secteur public est plutôt opposé tandis que le secteur privé ainsi que les médecins proche de Valère sont favorables à l'idée d'étudier l'opportunité de réaliser un PPP;
- Le CA de l'Hôpital Valais était opposé à l'origine alors que l'on parlait d'un partenariat 50 % / 50 %. Il est plus nuancé alors que cette répartition notamment a été revue. Il est plutôt d'avis qu'une collaboration n'est pas indispensable, mais il reste ouvert à discuter d'une telle collaboration, dans l'attente des résultats découlant de cette expertise;
- Il est très intéressant de mettre ces considérations en perspective avec une tendance en Suisse qui va nettement en direction de collaborations étroites, y compris entre le privé et le secteur public (voir annexe 8 g pour quelques exemples récents);
- Quant aux stratégies permettant de faire évoluer la situation, quelques pistes sont brièvement évoquées à l'annexe 8 c;
- Nous discuterons en conclusion du prochain chapitre la proposition du Swiss Medical Network figurant en page 21.

Niveau d'accord des parties de réaliser / soutenir le PPP ↴

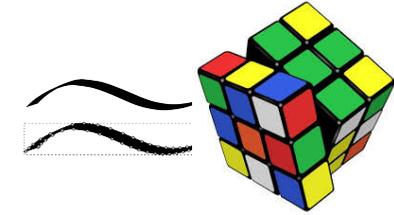
Matrice d'accord – * Hpartner 2015

Large consensus	<ul style="list-style-type: none"> • Le CA de l'Hôpital du Valais 	<ul style="list-style-type: none"> • Swiss Medical Network • Clinique de Valère
	Orientation «ouvert sans conviction»	Orientation « coopération étroite »
Pas / peu de consensus	<ul style="list-style-type: none"> • HVS • CHUV • Hôpital Riviera-Chablais (HRC) • Majorité des médecins du secteur cardio de l'HVS 	
	Orientation « chacun pour soi »	Orientation « conviction de principe »
	Pas de consensus	Large consensus

Niveau d'accord des parties sur la vision, la nécessité et les avantages d'un PPP ↴

* Adapté de Pr Clayton M. Christensen
– Harvard Business School

Table des matières



1. Mandat et organisation du projet
2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes
3. PPP – les scénarios envisageables
4. Les scénarios et impacts financiers
5. Réalisation et facteurs de réussite
6. Conclusions
7. Annexes

- Proposition du Swiss Medical Network
- Définition d'un PPP
- Les cinq scénarios envisagés
- Les avantages et inconvénients des scénarios retenus
- L'évaluation finale des scénarios proposés
- Conclusions



3. Les scénarios envisageables

Proposition du Swiss Medical Network (document daté du 19 mai 2014 et remis au canton)

- Le Swiss Medical Network rappelle que le groupe est composé de 14 établissements privés et une clinique affiliée, soit plus de 850 lits, 2'700 employés et plus de 1'250 médecins agréés, alors que la Clinique de Valère à Sion comprend 40 lits stationnaires et 25 lits ambulatoires, 180 employés et 50 médecins agréés;
- Le Swiss Medical Network relève que le secteur de la santé en Valais a grand besoin d'un projet global intégrant les diverses composantes publiques et privées. Sa vision serait un projet global public-privé intégrant notamment le nouveau campus HES Soins infirmiers et physiothérapie, un nouveau plateau technique, un centre du cœur;
- Dans le domaine de la cardiologie, le Swiss Medical Network propose la création d'un PPP pour la création d'un centre du cœur unique intégrant la cardiologie et la cardio-chirurgie. Le mandat devrait comprendre les urgences cardiaques, la cardiologie préventive et réhabilitation, la cardiologie interventionnelle, l'électrophysiologie, la chirurgie cardiaque à l'exception des transplantations et interventions très complexes). Par ailleurs, le centre pourrait développer et gérer un réseau de défibrillateurs automatiques sur l'ensemble du Canton du Valais ce qui permettrait de réduire les temps de prise en charge pour les urgences et augmenter le taux de survie tout en réduisant les coûts de traitements;
- Un tel centre devrait permettre de pérenniser ce pôle médical en Valais dans un contexte où le nombre global d'interventions est trop faible pour souhaiter une concurrence sur le long terme;
- Pour accueillir un tel pôle, le Swiss Medical Network voit la création d'un bâtiment d'une surface de 7'000 m² sur le site de l'Hôpital de Sion comprenant 40 lits dont 10 lits de soins intensifs, 30 cabinets de consultation et bureaux divers, 2 salles d'opération chirurgie, 3 salles de cathétérisme, 1 salle hybride (cardiologie et chirurgie), 1 CT cardio, 1 IRM 3 Tesla, 2 échocardiographes,....;
- Le Swiss Medical Network propose une première estimation des recettes annuelles de ce pôle, soit CHF 68 millions. Quant aux investissements, le Swiss Medical Network les estime à hauteur de CHF 51 millions (hors terrain);
- Un tel pôle géré conjointement par l'Hôpital Valais et le Swiss Medical Network sur mandat cantonal devrait permettre de créer des synergies entre les deux centres (clinique et hôpital) ce qui devrait se traduire par une augmentation de l'activité générale, une amélioration de la qualité des soins tout en réduisant les coûts. Ceci permettant d'actualiser plus rapidement le plateau technique;
- Un tel projet pourra servir d'exemple concret et majeur du développement de PPP en Suisse. Le Swiss Medical Network relève aussi que le groupe a signé en décembre 2013 un accord similaire avec l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) au Tessin pour un partenariat entre l'Ospedale Civico et la clinique St-Anne à Lugano (dans le domaine de l'obstétrique);
- Au final, le Swiss Medical Network précise ses attentes envers le canton, soit le fait que le PPP ou l'entité juridique dispose d'un contrat de mandat pour le centre du cœur, d'un droit de superficie de 75 ans pour la réalisation d'un bâtiment et qu'il puisse participer à hauteur de 50 % de la société qui sera créée * (par ex. une société anonyme).

3. Les scénarios envisageables

Définition d'un partenariat public – privé (PPP)

- Les modèles PPP sont nés dans les années 90 en Grande-Bretagne. Ils représentaient soit un mécanisme de financement de projets ou une solution de transfert ou partage de risques. Ces modèles se sont rapidement répandus aux USA et Australie. Par exemple le New Royal Adelaide Hospital (Australie du Sud) a été réalisé en 2011 en collaboration avec un groupement privé (SAPH);
- Les PPP sont depuis en vogue en Suisse. Cette approche a été évoquée pour réaliser une 3^{ème} voie CFF entre Genève et Lausanne. Le CHUV a recouru assez récemment à une telle approche pour réaliser un centre de chirurgie ambulatoire. Concrètement, on peut résumer la notion de PPP de la façon suivante : une entité publique, soumise à la nécessité de réaliser une infrastructure d'importance, choisit de déléguer cette tâche à une société ou un consortium privé plutôt que de la financer par des recettes publiques;
- De manière générique un partenariat privé-public peut se définir au sens de deux acceptation (mémoire Dmitry Ivanov – Ecole Nationale d'Administration en France – 2007) :
 - dans une acceptation large, le PPP peut se définir comme toutes les formes de collaboration entre les pouvoirs publics d'une part, et les entreprises privées d'autre part. Cette définition exclu la fonction de réglementation de l'Etat et les fonctions de production et de commercialisation habituelle des entreprises dès lors que les biens et services sont destinés à des opérateurs privés;
 - dans une acceptation étroite, le PPP se traduit comme la collaboration de l'Etat ou de ses démembrements d'une part et des entreprises privées d'autre part autour des projets spéciaux communs. Par contre, les cas dans lesquels l'Etat supporte et encourage les entreprises par différents formes de soutien ou d'initiatives ne sont pas pris en compte dans cette définition. Ce type de partenariats est essentiellement mis en oeuvre par le biais d'instruments de nature contractuelle;
- Dans le secteur de la santé, un PPP est souvent une approche qui permet de combiner des expertises et des ressources en vue de créer des synergies et ainsi d'assurer une meilleure prise en charge des patients, tout en améliorant la formation et la recherche avec au final de meilleures performances opérationnelles et financières. C'est la définition qui s'applique au modèle discuté dans ce rapport;
- La collaboration ou alliance public-privé, tout en permettant le partage des ressources et des expertises entre secteur public et secteur privé, devrait permettre d'accéder à des avantages auxquels les deux entités ne pourraient prétendre individuellement. À cet égard, l'alliance permet donc à une organisation d'aller au-delà de l'utilisation de ses ressources internes propres et d'exploiter des facteurs externes pour atteindre ses propres objectifs (Anderson, 1988 ; Benghozi et al. 1999). D'ailleurs l'engouement de nos gouvernements pour cette formule laisse penser que la solution à une partie des défis qui attendent le secteur public ne repose plus aujourd'hui sur l'opposition séculaire public/privé, mais plutôt sur une complémentarité et une interpénétration accrues des deux. En effet, les secteurs public et privé ont chacun leurs points forts et leurs points faibles, et il est impossible de conclure à la supériorité systématique de l'un par rapport à l'autre;
- Il est intéressant de mentionner l'étude réalisée par un groupe de travail de la CDS « planification hospitalière » qui constatait en 2014 que 16 cantons avaient des projets de type PPP dans le secteur hospitalier, dont tous les cantons romands;
- Dans nos analyses, nous nous sommes focalisés sur des modèles classiques où les deux parties font des apports de savoir-faire, de capitaux et de clientèles. Nous avons exclu les formes particulières de PPP, soit en particulier les concessions et les apports uniquement financiers que l'on retrouve dans de nombreux pays (surtout constructions d'aéroports, de ports, de réseaux ferroviaires, d'autoroutes,...).

3. Les scénarios envisageables

Les cinq scénarios envisagés

Brève description

1. Statu quo

- Ce scénario consiste à maintenir la situation actuelle, les acteurs estimant que le statu quo est la meilleure solution pour les deux institutions, d'autant qu'ils atteignent déjà en l'état un niveau de masses critiques suffisant;

2. Statu quo plus

- Tout en préservant le statu quo, les acteurs voient l'intérêt de collaborer de manière ponctuelle, par exemple au niveau de la formation, de la recherche, du service de garde ou plus simplement au niveau de la cardio-chirurgie. Peut représenter un premier pas vers une intégration ultérieure;

3. Ouverture

- Le statu quo prévaut mais l'HVS ouvre ses portes aux cardiologues installés en privé. Peut être intéressant pour les cas les plus risqués où une infrastructure comprenant des soins intensifs et un "stand by" chirurgical sont nécessaires. C'est le modèle adopté au sein du CHU de Dijon ou du cardiocentro à Lugano;

4. PPP sous forme de consortium

- Les deux entreprises souhaitent unir leurs efforts pour réaliser un centre du cœur tout en gardant une relative indépendance et la possibilité de dissoudre facilement la structure. Elles constituent à cette fin un PPP sous forme de «consortium» dans le cadre par exemple d'une société simple. Une caractéristique essentielle de ce type de « groupement » est la collaboration dite horizontale, c'est-à-dire dans laquelle aucun membre n'exerce hiérarchiquement un pouvoir de contrôle (direction unique) sur l'autre (voir détails en annexe 8g);

5. PPP sous forme de SA

- Les parties veulent unir plus étroitement leurs efforts en créant un centre du cœur sous forme d'un PPP au sein d'une société de capitaux (société anonyme (SA) ou société à responsabilité limitée (Sàrl)).

Là où il y a une volonté, il y a toujours un chemin (Lénine). En l'espèce le choix dépendra des acteurs sur le terrain. Nous ne croyons pas en une solution imposée par le Politique.

Plusieurs niveaux doivent "jouer", notamment :

- Volonté des médecins de travailler ensemble;
- Acceptation des parties d'harmoniser leurs pratiques médicales;
- Acceptation des parties de trouver un consensus sur des questions telles que les rémunérations, les gardes,...
- Accord entre l'HVS et la Clinique de Valère sur un modèle de PPP équilibré (accords, gouvernance, éléments financiers,...)

3. Les scénarios envisageables

Les cinq scénarios envisagés –

matrice des niveaux de coordination, d'intégration et/ou d'impact

- Cinq scénarios génériques ont été retenus dans le cadre de cette étude. Chaque scénario présente un profil d'intégration avec des impacts sur le fonctionnement de l'activité médicale et administrative qui sont différents;
- Nous partons du statu quo (scénario 1 qui reste une option si les parties ne souhaitent finalement pas collaborer, jusqu'à une intégration complète par le biais de la création d'une société commune (scénario 5 ou « joint venture » sous forme d'une société de capitaux);
- Le scénario 4 – consortium – représente une forme intéressante de compromis en laissant une grande flexibilité aux parties de régler leur collaboration au travers d'une convention de collaboration. Ce scénario a aussi l'avantage de permettre de préserver la gouvernance médicale et administrative unique de l'HVS. **C'est à ce stade le scénario qui nous semble avoir le plus de chance d'être accepté par les parties;**
- Les forces et faiblesses de ces cinq scénarios ressortent des pages suivantes.

Critères retenus		Les cinq scénarios envisagés				
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5
		Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS à Valère + autres cardio	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
Stratégie et gouvernance	Stratégie et développements	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Gouvernance médicale	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Gouvernance administrative	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Flexibilité / marge de manœuvre / dissolution éventuelle	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
Finance et productivité	Investissements et partage des risques et bénéfices	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Intégration des processus et synergies opérationnelles	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
Développement et promotion	Développement de l'activité et promotion	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Force de l'image (brand)	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
Gestion RH	Recrutement et intégration des équipes médicales	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Recrutement et intégration des autres collaborateurs	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
	Harmonisation des rémunérations	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA
Niveau de coordination, d'intégration et/ou d'impact des activités des deux centres		Inexistant (chacun pour soi)	Faible	Moyen*	Elevé *	Très élevé *

Source : Hpartner 2016

* dépend des accords passés au sein du consortium

3. Les scénarios envisageables

Les avantages et inconvénients des scénarios retenus

		Les cinq scénarios envisageables					
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5 A	Scénario 5 B
		Statu quo	Statu quo plus (ouverture partielle)	Ouverture HVS à Valère (+ autres cardiologues)	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA Intégration partielle	PPP sous forme de SA Intégration complète
Description	Nature du modèle de collaboration et de fonctionnement	Le modèle actuel est maintenu Le mot d'ordre "chacun pour soi" On reste dans la logique actuelle. C'est la concurrence qui prévaut à terme le risque que l'un des acteurs disparaisse	Concurrence mais avec des collaborations ponctuelles (par ex. au niveau de la formation, recherche et études ou plus simplement au niveau de la cardio-chirurgie)	L'HVS accorde des vacances aux autres opérateurs qui peuvent venir traiter leurs patients. Ceci ne changeant rien pour la Clinique de Valère qui pourrait simplement voir une partie de son activité lui échapper	Création d'un centre du cœur en PPP sous forme d'un consortium intégré au sein d'une société simple ou d'une société en commandite.	Création d'un centre du cœur en PPP mais avec le seul regroupement sur un site de la cardiologie interventionnelle (équipes et équipements). Les médecins restant autonomes au niveau des consultations	Création d'un centre du cœur en PPP mais avec le regroupement sur un site de toutes les activités (y c. les consultations)
Avantages		> Le patient a le choix entre deux centres en concurrence > Chaque équipe médicale peut préserver son modèle de fonctionnement - pas de risque de conflits		Pour l'essentiel les mêmes avantages que les scénarios 1 et 2. Ici les médecins du privés on le choix, notamment pour prendre en charge des patients plus sévères dans un environnement plus "sécurisé". Peut représenter un premier pas en direction d'une collaboration plus étroite	> Permet l'optimisation des plateaux techniques et des opérateurs en conservant la gouvernance médicale et administrative au sein de l'HVS > Minimise fortement le risque de perte de l'axe de coordination CHUV-HVS-HRC > Laisse une grande souplesse aux acteurs (par ex. vs rémunérations)	> Excellente chance d'atteindre les masses critiques (en cardiologie et cardiologie), y c. via réduction de la "fuite" des patients > La performance financière du CCVS est meilleure que celle des deux centres actuels > Le système de garde se trouve renforcé > Permet de disposer d'une gouvernance stratégique et médicale unique	
Inconvénients		> Perte d'opportunités et risque à long terme pour l'HVS et Valère de ne pas atteindre les masses critiques (en cardiologie et cardiologie) > La "fuite" de patients hors du canton est facilitée, aussi avec la concurrence de l'Hôpital Riviera Chablais > Le système de garde de l'HVS repose sur une petite équipe		Pour l'essentiel les mêmes inconvénients que les scénarios 1 et 2.	> Risques de conflits entre les équipes médicales (sauf si les équipes devaient travailler de manière séparée) > Risques éventuels liés au choix d'une structure juridique de type "société simple" - voir annexe 8g	> Risques de conflits entre les équipes médicales et/ou au niveau de la gouvernance du CCVS > La création d'une entité séparée ne permet plus de conserver une gouvernance médicale et administrative unique > Risque de perte de soutien du CHUV et mise en danger de la collaboration. Par ailleurs, risque de perte de collaboration sur l'axe CHUV /HRC/HVS avec risque de fuite de patients sur HRC et CHUV > En fonction des options prises, investissements conséquents à réaliser	
Opinions dominantes	Médecins HVS						
	Gouvernance HVS						
	Médecins Valère						
	Gouvernance Valère						
	CHUV et HRC						
Synthèse	Conclusions	Scénario le plus facile mais qui peu se révéler être défavorable à long terme pour les deux partenaires, vu la taille exigüe du marché et une concurrence accrue	Scénario de petit compromis qui n'amène pas grand chose, même s'il marque peut être un premier rapprochement	Scénario de compromis qui est peu probable alors que le modèle financier proposé aux médecins par l'HVS est moins favorable que celui proposé par la Clinique de Valère. Par ailleurs, ce scénario ne présente aucun intérêt pour Valère	Peut être la solution optimale qui permet de rapprocher les partenaires tout en leur laissant une certaine flexibilité dans les rapports internes et externes. Peu représenter un premier pas vers la réalisation d'un scénario 5	C'est une très bonne solution qui permettrait d'offrir une prise en charge optimale pour la population valaisanne tout en assurant la meilleure garantie de pérennité pour le CCVS	C'est la solution "optimale" qui permettrait d'offrir une prise en charge intégrée pour la population valaisanne tout en assurant la meilleure garantie de pérennité du pôle du cœur

Source : Hpartner 2015

Défavorable

Neutre

Favorable

3. Les scénarios envisageables

L'évaluation finale des modèles proposés

* **Expérience patient** : cette expression est utilisée pour désigner l'ensemble des perceptions, des interactions et des faits vécus par les patients et leurs proches tout au long de la trajectoire de soins et de services. L'expérience patient se distingue de la notion de satisfaction de plusieurs manières. Par définition, la satisfaction renvoie à l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il désire, ou encore, le bien-être qui résulte de cette action. Alors que la satisfaction des patients par rapport aux soins ou services reçus repose sur une évaluation subjective, car elle dépend des attentes personnelles du patient, l'évaluation de l'expérience patient fait appel à l'évaluation de dimensions objectives de leur prise en charge.

Ce tableau propose une autre vision des avantages et inconvénients des différents scénarios. Il permet de comparer différentes variantes pour faire ressortir que les scénarios 4 et 5 sont ceux qui permettent de satisfaire au mieux les divers critères énoncés. **A noter que la pondération des critères retenus est surtout une question de nature politico-stratégique.**

Cette étude est avant tout orientée vers le volet financier. Nous voulions cependant faire ressortir avec les critères 1 à 4 l'impact au plan médical et expérience des patients *, les scénarios retenus.

Les seuls critères qui militent en défaveur de la réalisation des scénarios 4 et 5 sont les risques de conflits (13) et l'acceptation (scénario 5) du modèle par le CHUV (14);

Au final, les seuls scénarios qui méritent véritablement d'être approfondis sont les scénarios 4 et 5. L'analyse financière proposée au chapitre 4 se focalise sur le 5ème scénario. Les chiffres à disposition nous permettront de facilement faire une simulation du scénario 4, s'il venait à être défini.

L'évaluation figurant sur cette matrice est commentée aux pages suivantes.

L'Essentiel

Critères retenus	Les cinq scénarios envisagés					Commentaires
	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5	
	Statu quo	Statu quo plus	Ouverture HVS à Valère + autres cardio	PPP sous forme de consortium	PPP sous forme de SA	
1 Qualité médicale	0	0	+	++	+ / ++	Toute palette y c. FFR, UVIS, CT cardio,..... + back up médical de proximité
2 Continuité des soins	- / 0	- / 0	+	++	+	Surtout un avantage pour les patients de Valère / existe déjà au sein de l'HVS
3 Expérience patient *	0	0	+	++	++	Le fait de pouvoir bénéficier de toutes les prestations en un endroit est un plus
4 Image / réputation	0	0	+	++	++	
5 Potentiel développement	-	-	0 / +	++	++	Par ex. rythmologie / intégration Traitements en neurologie
6 Potentiel renouvellement équip.	-	-	0 / +	++	++	Plus de volumes = plus d'usage = taux de renouvellement plus rapide
7 Potentiel recrutement patients	-	-	+	++	+	Compte tenu concurrence qui va augmenter (par ex. Riviera Chablais)
8 Coûts globaux / productivité	-	-	- / 0	+	++	Les synergies pourraient être plus difficiles à réaliser sur le scénario 4
9 Capacité d'atteindre masses critiques	-	-	0 / +	++	++	Alors que les seuils vont augmenter et les cas diminuer avec imagerie et FFR
10 Rémunération des médecins	0	0	0	0	-	Les revenus des médecins devraient augmenter / l'HVS pourrait devoir revoir son modèle avec ses équipes médicales, péjorant ainsi ses comptes
11 Rentabilité globale	0	0	0 / +	+	++	
12 Formation et enseignement	0	0	+	++	++	
13 Acceptation par acteurs valaisans	0	0	-	+	--	Risque que la "paix sociale" puisse être perturbée au niveau des équipes
14 Acceptation par le CHUV	0	0	0	0	-	Le CHUV formule des doutes quant à la cohabitation possible des équipes
15 Pérennité du pôle pour Valère	-	-	-	++	++	Les deux établissements pourront se profiler en Suisse romande et assurer un volume d'activités suffisant en regard de critères de masses critiques
16 Pérennité du pôle pour HVS	0	0	0	++	++	
Source : Hpartner 2016	++ Une force, très bien	+ Assez bien	0= acceptable, plutôt neutre	- Une faiblesse, plutôt négatif	-- Très négatif	

3. Les scénarios envisageables

L'évaluation finale des modèles proposés en regard du scénario 5

1. Qualité médicale

- Considérant les scénarios 4 et 5, les synergies qui pourraient être créées au sein du CCVS, y c. unification des pratiques ainsi que l'augmentation des volumes devraient permettre d'améliorer la qualité médicale

2. Continuité des soins

- La fragmentation des prises en soins est un problème répandu en Suisse. La création du CCVS devrait permettre de remédier à ce problème et assurer de meilleures transitions en matière de soins. A noter que cette continuité est déjà assurée au sein de l'HVS

3. Expérience du patient

- Le CCVS disposera de plus de moyens pour assurer une meilleure expérience au patient. Le fait de regrouper la cardiologie et la cardio-chirurgie sous un toit facilitera la vie du patient qui aura moins à se déplacer. La communication s'en trouvera également améliorée

4. Image / réputation

- Le CCVS sera un acteur important en Suisse romande et il pourra se profiler comme un solide pôle de compétence. La répartition actuelle de l'activité sur deux centres est moins favorable à un tel positionnement

5. Potentiel de développement

- Le potentiel de développement est important, aussi grâce à la collaboration étroite avec le CHUV. Le fait de concentrer les moyens (y c. aux plans de la formation, recherche, développement de nouvelles prestations) offre un potentiel accru au CCVS

6. Potentiel de renouvellement équipements

- L'augmentation de l'activité renforcera la capacité d'investissements et le renouvellement des équipements ainsi que l'acquisition de nouvelles technologies

7. Potentiel recrutement pat.

- Le positionnement du CCVS augmentera son attractivité et devrait permettre d'augmenter le recrutement de patients. Le savoir-faire du Swiss Medical Network, notamment aux plans « marketing » et hôtelier pourraient être des atouts pour le centre

8. Coûts globaux

- Les coûts globaux devraient diminuer de par une meilleure utilisation des moyens (voir aussi point 9 ci-après). Des synergies au niveau des investissements et des achats devraient également pouvoir être réalisées. Les coûts pourraient être un peu plus élevés sur le scénario 4 de par un effet de structure lié au maintien de l'activité à l'HVS

3. Les scénarios envisageables

L'évaluation finale des modèles proposés (en regard des scénarios 4 et 5)

9. Masses critiques

- Avec des standards qui iront en augmentant, rien n'est moins sûr que les deux centres isolés réussissent à continuer d'atteindre à moyen/long terme des niveaux de masses critiques suffisants. A noter que le même problème se pose pour le CHUV et les HUG, notamment dans le domaine de la cardio-chirurgie

10. Rémunération des médecins

- Le scénario 4 permettrait de préserver et de faire cohabiter les modèles de rémunération pratiqués par Valère et l'HVS. Le scénario 5 obligerait à trouver des compromis entre les systèmes avec de fortes résistances à attendre du corps médical de Valère ainsi que des autres médecins de l'HVS non concernés par le nouveau modèle

11. Rentabilité globale

- Comme le démontrent les chiffres présentés au chapitre 4, la rentabilité globale est meilleure, même si les taux d'EBITDA anticipés restent en deçà de ce qui devrait être atteint. Rien n'interdit cependant de penser que le CCVS identifie des pistes de développements et d'amélioration de ses marges

12. Formation et recherche

- De par la mutualisation des moyens, le CCVS devrait disposer de moyens accrus pour la recherche et la formation, ce qui assurera une plus grande attractivité pour les médecins et autres professionnels de santé

13. Acceptation par les acteurs valaisans

- C'est un grand enjeu qui pourrait plaider pour le maintien d'un statu quo (scénarios 1 ou 2). Nous pensons cependant qu'il existe des moyens d'y remédier, quitte à accepter le départ de quelques médecins. A noter qu'un risque de conflit est à notre sens moindre dans le cadre du scénario 4

14. Acceptation par le CHUV

- C'est une inconnue et ce point devra être clarifié rapidement en fonction du scénario qui pourra être adopté, sachant que d'autres CHU pourraient cas échéant être intéressés, comme le démontrent des alliances récentes en Suisse allemande

15. Pérennité pour Valère

- L'environnement toujours plus concurrentiel et des pratiques et standards médicaux qui évoluent rapidement, le statu quo n'est pas une bonne solution à long terme pour Valère. La création du CCVS représente une solution pérenne pour la clinique sur un domaine médical qui n'est pas aussi stratégique que pour l'HVS

16. Pérennité pour l'HVS

- Même si l'HVS est mieux positionné que Valère, la concurrence d'autres centres ira en augmentant. Le CCVS serait une garantie supplémentaire de pérennité. Ce n'est pas par hasard si on assiste à une forte vague de consolidation et de partenariats en Suisse, en particulier dans les domaines de la cardiologie et de la cardiologie

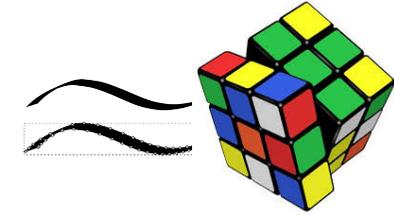
3. Les scénarios envisageables

Conclusions



- Les cinq modèles présentés dans ce chapitre peuvent être évalués en regard de divers critères liés à la qualité, l'efficacité et les coûts. Ces scénarios présentés représentent en fait trois options distinctes, soit le maintien du statu quo (scénarios 1 et 2), une ouverture de l'HVS aux médecins en pratique libérale (scénario 3) ou un PPP sous forme soit d'un consortium (scénario 4) ou une fusion étroite des activités au travers de la création d'une entité juridique commune, par exemple une société anonyme (scénario 5);
- En l'état, le scénario 3 aurait de bonnes chances d'être accepté par l'équipe médicale de l'HVS. Il ne représente cependant à notre sens qu'une option théorique, alors que la Clinique de Valère et ses médecins n'y ont un réel intérêt. Si ces médecins devaient cependant trouver un intérêt, ce scénario présenterait d'indéniables avantages par rapport aux scénarios 1 et 2 (voir en particulier page 26) ;
- Les avantages et inconvénients perçus pour le statu quo vs un PPP sont discutés au chapitre 2. Le tableau de synthèse de la page 26 répertoriant 16 critères peut conduire à la conclusion que **le scénario 4**, le PPP sous forme de consortium, est le meilleur scénario. C'est en effet probablement le scénario qui pose le moins de problème d'acceptation et qui présente le moins de risques tout en se comparant favorablement au scénario 5 (à l'exception des critères 8 et 11 – le fait de maintenir l'activité intégrée au sein de l'HVS aura en particulier pour conséquence que ce pôle se verra imputer des charges de structures qui auraient pu être réduites dans le cas d'une entité juridique séparée). La Clinique de Valère pourrait l'envisager, tout en appelant de ses vœux qu'il ne représente qu'une étape vers la réalisation à terme d'un scénario 5;
- Comme discuté dans ce rapport, les scénarios 4 et 5 présentent d'indéniables avantages et doivent être considérés dans une perspective de pérennité à long terme de la cardiologie et cardio-chirurgie en Valais. Il existe cependant des barrières et des freins que nous n'ignorons pas et qui sont soulignés dans ce rapport, en particulier au chapitre 6;
- Au final, chaque scénario présente des avantages et des inconvénients. Comme vu en conclusion du chapitre précédent, leur évaluation et leur pondération changent selon que l'on soit favorable ou défavorable au principe d'une collaboration étroite et en fonction de l'importance qui est accordée aux critères considérés;
- **A noter que d'autres scénarios auraient pu être envisagés dans cette étude. Par exemple :**
 - ❑ le rachat de toute l'activité de cardiologie de Valère par l'HVS. C'est une stratégie souvent suivie entre des entités privées. Nous avons cependant estimé que dans le contexte valaisan, une telle approche avait peu de chance d'être retenue;
 - ❑ Une autre alternative pouvant être de rediscuter les contrats de prestations et d'échanger certaines activités ou spécialités médicales entre les institutions. C'est une voie suivie notamment au Tessin par l'Ente Ospedaliero avec certaines cliniques privées (par exemple en orthopédie dans le Soto Ceneri);
- Le prochain chapitre analyse l'impact du scénario 5 sous l'angle financier. Nous n'avons pas effectué d'analyse financière du scénario 4, alors que les modalités financières peuvent grandement varier en fonction du contrat qui pourrait être conclu.

Table des matières



1. Mandat et organisation du projet
2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes
3. PPP – les scénarios envisageables
4. Les scénarios et impacts financiers
5. Réalisation et facteurs de réussite
6. Conclusions
7. Annexes

- Introduction – le modèle d'évaluation utilisé
- Technicalités
- Estimation des volumes
- Impact financier pour le CCVS
- Activités hors canton
- Conclusions



4. Les scénarios et impacts financiers

Introduction –

le modèle d'évaluation utilisé pour valoriser le scénario 5 – PPP sous forme de SA ou Sàrl

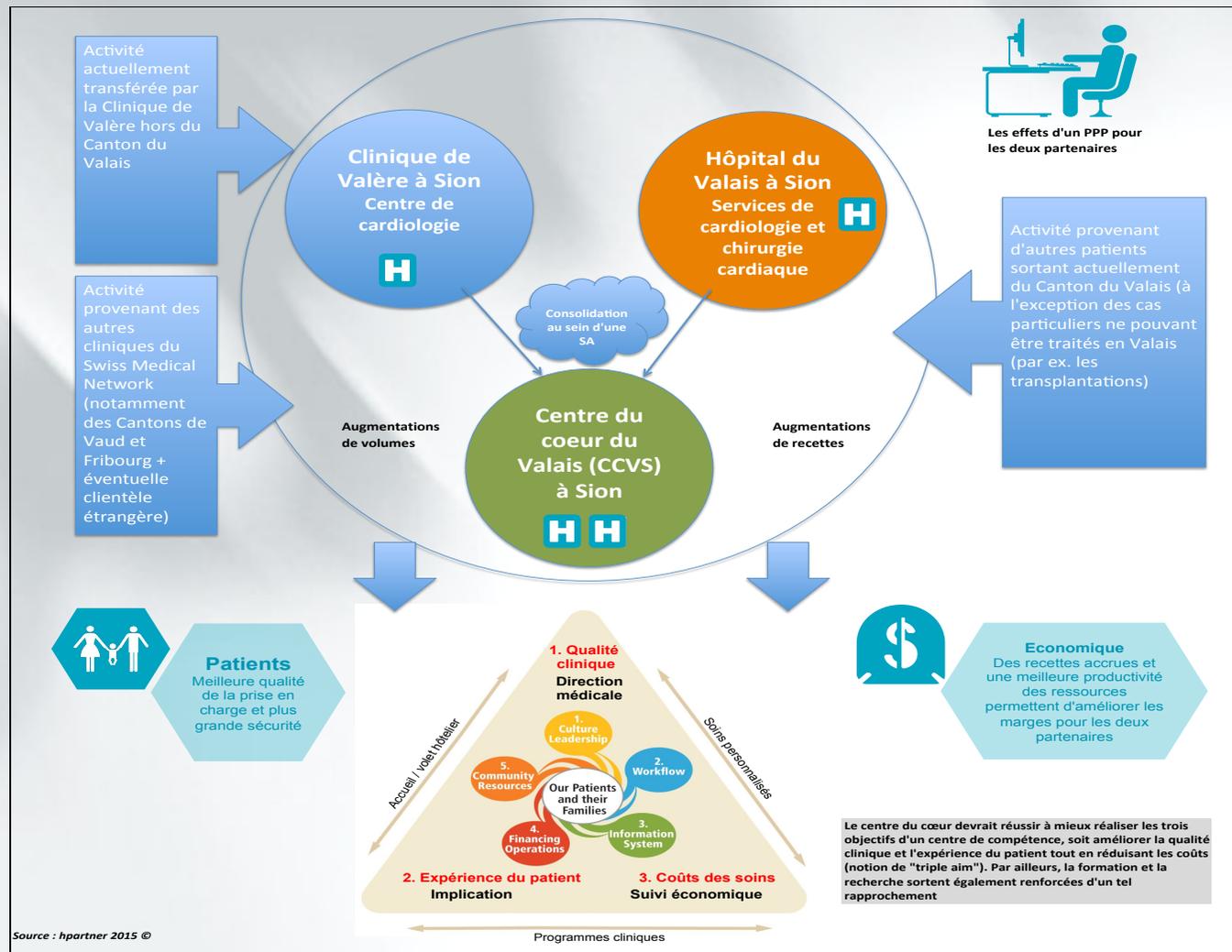
Le CCV aurait le potentiel de générer plus d'activités, notamment d'attirer des patients qui vont maintenant se faire soigner hors du canton.

Par ailleurs, le Swiss Medical Network estime entre 50 et 100 interventions chirurgicales qui pourraient être référées par son réseau en Suisse romande. A noter que l'équipe de Valère réfère près de 30 cas de chirurgie cardiaque par an (pour l'essentiel hors canton).

Des équipes plus solides (y c. au niveau des gardes et de la sécurité médicale) disposant d'un plateau technique à la pointe du progrès devraient se traduire par des prestations de grande qualité et des résultats économiques supérieurs à ce que chaque partenaire réalise actuellement.

Par ailleurs, un tel modèle, s'il est bien mis en place et géré, devrait assurer une meilleure pérennité à ce centre du cœur et représenter un pilier fort sur lequel l'Hôpital du Valais pourra continuer à développer ses autres missions d'intérêt public et ainsi offrir à la population valaisanne des prestations de proximité d'un standard très élevé.

L'Essentiel



4. Les scénarios et impacts financiers

Technicalités ou détails techniques à la base de nos projections financières pour la période T1 à T3

1. Point de départ (baseline)

A partir de leurs états financiers et comptabilités analytiques 2014 / 2015, nous avons repris les volumes moyens 2014 et 2015 de l'HVS et de Valère. Nous avons ensuite projeté les recettes et charges comme si cette activité regroupée avait été réalisée au sein du CCVS. Ceci voulant dire que les prestations fournies par Valère sont valorisées en fonction des structures de recettes et de coûts de l'HVS. La TVA a également été prise en compte sur les prestations rendues par les partenaires et qui ne ressortent pas des prestations exclues du champ de l'impôt (art. 21, al. 2 LTVA) .

2. Projection des volumes, tarifs et coûts

Le modèle de la page suivante permet de visualiser les volumes retenus. Nous avons été très prudent dans l'estimation de ces volumes. Quant aux tarifs, par souci de simplification et afin de faciliter les comparaisons, nous avons estimé qu'ils restaient stables durant la période considérée. Autrement formulé, nous n'avons pas pris en compte l'inflation ni les ajustements annuels de salaires.

3. Les dotations en personnels

Les dotations s'élèveront au départ à environ 52 - 54 EPT, dont 12 - 14 EPT de médecins (y c. les médecins en pratique libérale) et 40 EPT de soignants et techniciens.

4. Evolution des charges d'exploitation

Par souci de simplification et afin de faciliter les comparaisons, nous avons estimé que les charges fixes restaient stables durant la période considérée. Nous avons également considéré que l'activité supplémentaire pourrait être prise en charge par l'HVS, sans structures supplémentaires, à l'exception du transfert de Valère à l'HVS de la salle de cathétérisme.

5. Investissements et loyers

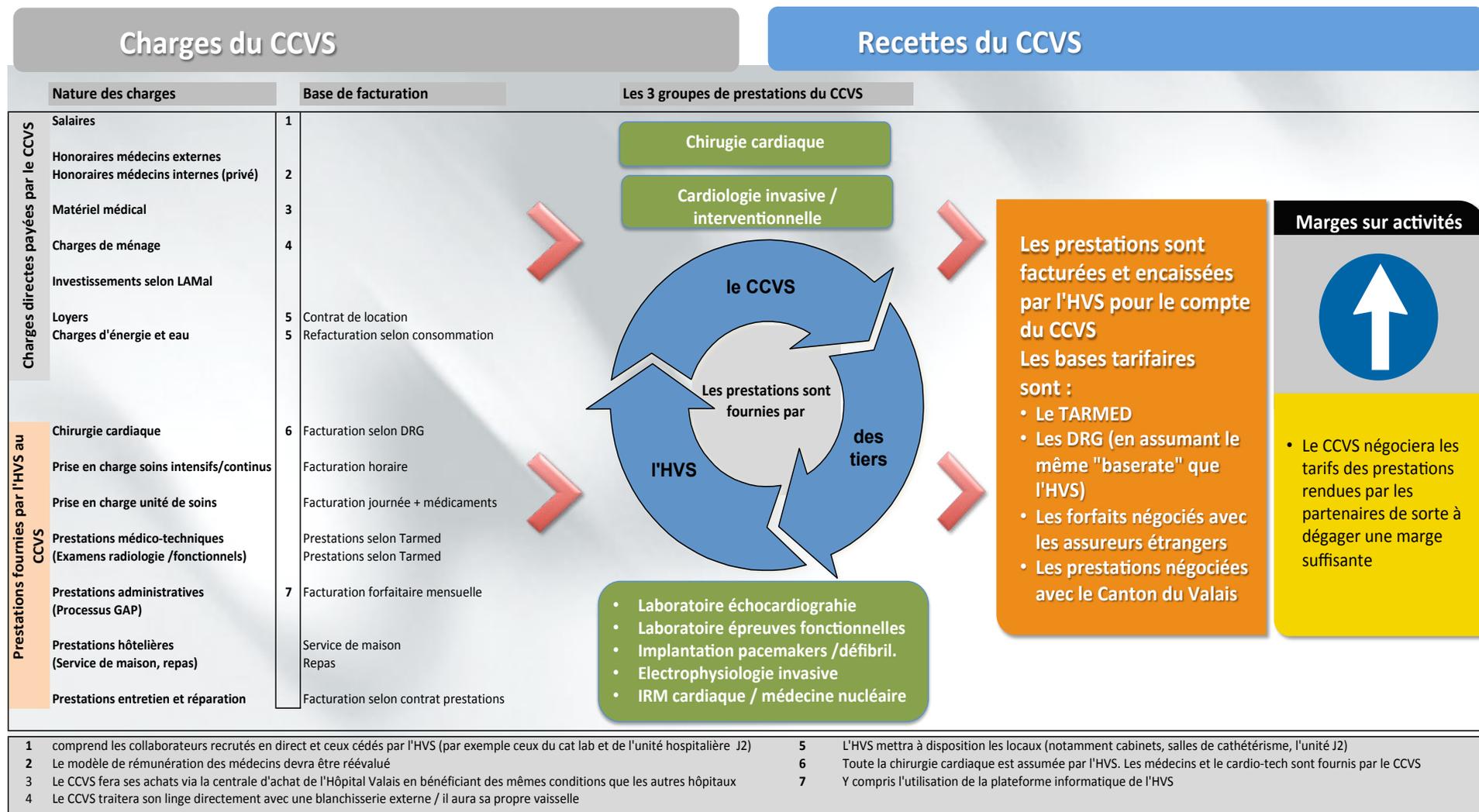
Nous nous arrêtons au niveau de l'EBITDA ou résultat économique. Les amortissements, intérêts, impôts ne sont donc pas pris en compte.

6. Résultats et conclusions

Les éléments ci-dessus ont été traités avec le modèle financier appliqué au sein de l'HVS (modèle Rekole qui a d'ailleurs été certifié). Les résultats et conclusions sont commentés aux prochaines pages. Même si certains partis pris dans nos évaluations peuvent être discutés, l'important à ce stade était d'effectuer une première estimation raisonnable des montants en jeu. A noter cependant que nous sommes rentrés dans le détail des comptes de l'HVS afin de bien identifier les charges fixes et variables tout en effectuant un tri pertinent des charges de structures qui sont refacturées.

4. Les scénarios et impacts financiers

Introduction – le modèle d'évaluation utilisé



Source : Hpartner et les services de contrôle de gestion / audit interne du CHVR / direction clinique de Valère

Tableau résumé de l'allocation des charges au CCVS en fonction des coûts réels tels que ressortant de la comptabilité de l'HVS.

4. Les scénarios et impacts financiers

Estimation de volumes du CCVS – période T1 à T3

Principales activités et volumes	"baseline"					Projections					
	Patients traités en Valais			Patients traités HC	Activité totale	Activité raisonnable	Activité SMN HC	Activité envisageable	Patients traités en Valais		
	HVS	Valère	Total						Année 1	Année 2	Année 3
Cardiologie stationnaire	900	10	910	80	990	940		940	910	925	940
Cardiologie interv. ambu.	600	600	1 200	90	1 290	1 250		1 250	1 200	1 225	1 250
Electrophysiologie ambulatoire	45	120	165	34	199	180		180	165	170	180
Chirurgie cardiaque stationnaire	205	0	205	80	285	220	65	285	205	250	285
Chirurgie cardiaque "universitaire"	0	0	0	26	26	0		0	0	0	0
Pacemakers / défibrillateurs	150	45	195	16	211	205	20	225	195	210	225
Consultations liées chir. yc UEP	205		205	106	311	220	65	285	205	250	285

A ce stade, nous avons considéré que les activités de types consultations, laboratoire d'épreuves fonctionnelles, laboratoire d'échographie ne figuraient pas dans le périmètre des activités du futur centre du cœur.

HC = hors canton

UEP = unité évaluation préopératoire

Activité actuellement réalisée par l'HVS et Valère. Avons repris la classification adoptée par l'HVS dans son modèle de comptabilité analytique pour ventiler les volumes de ce modèle

Activité réalisée hors canton (HC) et total des cas traités. Les chiffres HC se réfèrent à l'exercice 2013

Nous estimons un niveau d'activité "raisonnable" pour le futur centre du cœur et que nous majorons des cas que le Swiss Medical Network pourrait référer en cardiochirurgie (patients non domiciliés en Valais)

Par prudence, nous n'imaginons pas une augmentation globale de la casuistique, mais nous partons d'un niveau d'activité envisageable et faisons une estimation sur 3 années en lien avec le développement du futur centre du cœur qui devrait pouvoir traiter une partie des patients qui vont actuellement se faire soigner hors du Canton du Valais (notamment dans les cantons de Vaud et Berne). L'activité envisageable correspond donc à l'activité "raisonnable" majorée des activités HC générées par le Swiss Medical Network

Source : Hpartner 2016 © avec le soutien de l'HVS (MM Tavernier et Epiney) et le SSP du Canton du Valais - données OFS / HVS et Clinique de Valère + estimations du SMN quant à l'activité potentielle du groupe

Les projections années 1 à 3 ont servi de base aux comptes de profits et pertes pro forma présentés aux pages suivantes. Nous avons estimé une activité raisonnable à partir des patients déjà traités en Valais et ceux pris en charge hors canton. Cette base a été majorée des cas que le Swiss Medical Network estime pouvoir référer au CCVS. Nous avons également joué la prudence. En effet, le Swiss Medical Network réfère environ 30 patients par an pour de la chirurgie cardiaque hors canton. Il pense de plus pouvoir recruter 70 patients dans son réseau romand, soit une centaine de cas par an. Par prudence, nous n'avons retenu dans notre modèle que 65 cas de chirurgie cardiaque.

4. Les scénarios et impacts financiers

Impact financier pour les partenaires

Les recettes du pôle de cardiologie et cardio-chirurgie de la Clinique de Valère ont fluctué entre CHF 6,5 et 6,8 millions / an avec un taux d'EBITDA que nous estimons être de l'ordre de 20 %, soit une marge d'environ CHF 1,3 – 1,4 mio.

Le tableau ci-après reprend les volumes moyens de Valère (voir page 34) et propose une simulation du compte de profits et pertes en tenant compte des tarifs et structures de coûts de l'HVS (y c. la refacturation de charges variables comme le matériel et les médicaments).

Autrement formulé, l'activité spécifique de Valère, intégrée au sein de l'HVS, aurait conduit à un taux d'EBITDA estimé à 25 %, soit à une marge économique un peu supérieure aux résultats susmentionnés et atteints par la clinique.

En consolidant l'activité des deux centres, nous obtenons un EBITDA de l'ordre de CHF 3 millions ou un taux de 8,2 %. Le modèle de la page suivante reprend ces chiffres pour l'année T1, en imaginant que les augmentations prévues se produiront en années T2 et T3

L'Essentiel

	"Baseline" 2015 (estimation)		HVS		Valère		Total	
	Montants en CHF		En CHF	En %	En CHF	En %	En CHF	En %
Recettes cardiologie	18'470'000.0	61.9%	4'467'000.0	70.1%	22'937'000.0	63.3%	11'235'000.0	35.9%
Recettes chirurgie	11'235'000.0	37.6%	1'758'000.0	27.6%	12'993'000.0	35.9%	150'000.0	0.8%
Recettes autres	150'000.0	0.5%	150'000.0	2.4%	300'000.0	0.8%	-	-
Total recettes	29'855'000.0	100.0%	6'375'000.0	100.0%	36'230'000.0	100.0%		
Charges du personnel	6'898'000.0	23.1%	291'000.0	4.6%	7'189'000.0	19.8%		
Honoraires	-	0.0%	1'148'000.0	18.0%	1'148'000.0	3.2%		
Marge I	22'957'000.0	76.9%	4'936'000.0	77.4%	27'893'000.0	77.0%		
Médicaments	410'000.0	1.4%	-	0.0%	410'000.0	1.1%		
Matériel médical	7'045'000.0	23.6%	-	0.0%	7'045'000.0	19.4%		
Examens	1'596'000.0	5.3%	-	0.0%	1'596'000.0	4.4%		
Frais d'investissement	30'000.0	0.1%	-	0.0%	30'000.0	0.1%		
Autres frais	169'000.0	0.6%	1'975'000.0	31.0%	2'144'000.0	5.9%		
Total charges d'exploitation	9'250'000.0	31.0%	1'975'000.0	31.0%	11'225'000.0	31.0%		
Marge II	13'707'000.0	45.9%	2'961'000.0	46.4%	16'668'000.0	46.0%		
Frais matériel	2'669'000.0	8.9%	-	0.0%	2'669'000.0	7.4%		
Soins intensifs	3'715'000.0	12.4%	-	0.0%	3'715'000.0	10.3%		
Bloc opératoire	1'777'000.0	6.0%	-	0.0%	1'777'000.0	4.9%		
Autres frais	4'178'000.0	14.0%	1'357'105.5	21.3%	5'535'105.5	15.3%		
Total frais refacturés	12'339'000.0	41.3%	1'357'105.5	21.3%	13'696'105.5	37.8%		
Marge III - EBITDA	1'368'000.0	4.6%	1'603'894.5	25.2%	2'971'894.5	8.2%		

Source : hpartner 2016 avec le soutien de l'HVS - MM Tavernier et Epiney et le soutien de M. Kuchler, directeur de la Clinique de Valère

4. Les scénarios et impacts financiers

Impact financier pour les partenaires

Ce tableau reprend les chiffres de l'HVS (« baseline »).

L'année T1 reprend simplement l'activité et les chiffres consolidés (HVS+Valère) de la page précédente.

Les augmentations de volumes telles que décrites en page 34 sont reflétées par les chiffres des années T2 et T3.

Autrement dit, d'une base de recettes de l'HVS d'environ CHF 30 millions, le CCVS passerait à près de CHF 40 millions en 3 ans, avec des taux de croissance des recettes estimés dans l'ordre T1 à T3 de 21,4 %, 10 % et 10,5 %.

Nous observons que les taux d'EBITDA passent sur cette même période de 4,6 % (base HVS) à 8,2 %, 9,1 % et 9,2 % pour le CCVS.

A noter que les charges du personnel correspondent dans notre modèle aux charges directes imputées. Les frais refacturés comprennent également pour une large part des charges de personnels, de sorte que le taux de 23,1 % indiqué dans la colonne « baseline » au titre de charges du personnel doit être relativisé.

L'Essentiel

Projections financière pour la période T1 à T3									
	Montants en CHF	Baseline HVS		CCVS Année T1		CCVS Année T2		CCVS Année T3	
		En CHF	En %	En CHF	En %	En CHF	En %	En CHF	En %
Consolidation des comptes recettes et coûts directs	Recettes cardiologie	18'470'000.0	61.9%	22'937'000.0	63.3%	25'497'000.0	66.8%	26'075'000.0	65.2%
	Recettes chirurgie	11'235'000.0	37.6%	12'993'000.0	35.9%	12'116'325.0	31.7%	13'004'800.0	32.5%
	Recettes autres	150'000.0	0.5%	300'000.0	0.8%	550'000.0	1.4%	900'000.0	2.3%
	Total recettes	29'855'000.0	100.0%	36'230'000.0	100.0%	38'163'325.0	100.0%	39'979'800.0	100.0%
	Charges du personnel	6'898'000.0	23.1%	7'189'000.0	19.8%	7'189'000.0	18.8%	7'277'000.0	18.2%
	Honoraires	-	0.0%	1'148'000.0	3.2%	1'478'000.0	3.9%	1'805'000.0	4.5%
	Marge I	22'957'000.0	76.9%	27'893'000.0	77.0%	29'496'325.0	77.3%	30'897'800.0	77.3%
	Médicaments	410'000.0	1.4%	410'000.0	1.1%	522'349.0	1.4%	547'211.4	1.4%
	Matériel médical	7'045'000.0	23.6%	7'045'000.0	19.4%	8'975'484.0	23.5%	9'402'693.7	23.5%
	Examens	1'596'000.0	5.3%	1'596'000.0	4.4%	1'722'477.6	4.5%	1'804'463.0	4.5%
Frais d'investissement	30'000.0	0.1%	30'000.0	0.1%	30'000.0	0.1%	40'039.9	0.1%	
Autres frais	169'000.0	0.6%	2'144'000.0	5.9%	534'391.7	1.4%	551'215.4	1.4%	
Total charges directes d'exploitation	9'250'000.0	31.0%	11'225'000.0	31.0%	11'784'702.2	30.9%	12'345'623.4	30.9%	
Marge II - après charges directes	13'707'000.0	45.9%	16'668'000.0	46.0%	17'711'622.8	46.4%	18'552'176.6	46.4%	
Frais refacturés	Frais matériel	2'669'000.0	8.9%	2'669'000.0	7.4%	3'400'364.4	8.9%	3'562'212.9	8.9%
	Soins intensifs	3'715'000.0	12.4%	3'715'000.0	10.3%	3'924'000.0	10.3%	4'087'000.0	10.2%
	Bloc opératoire	1'777'000.0	6.0%	1'777'000.0	4.9%	1'827'000.0	4.8%	1'877'000.0	4.7%
	Autres frais	4'178'000.0	14.0%	5'535'105.5	15.3%	5'094'219.6	13.3%	5'345'315.2	13.4%
	Total frais refacturés	12'339'000.0	41.3%	13'696'105.5	37.8%	14'245'584.0	37.3%	14'871'528.1	37.2%
Marge III - EBITDA	1'368'000.0	4.6%	2'971'894.5	8.2%	3'466'038.8	9.1%	3'680'648.5	9.2%	

Source : hpartner 2016 avec le soutien de l'HVS - MM Tavernier et Epiney et le soutien de M. Kuchler, directeur de la Clinique de Valère

4. Les scénarios et impacts financiers

Impact financier du scénario 5 pour les partenaires

- Rappelons que T1 se réfère à la première année d'exploitation du CCVS, T2 à la seconde et T3 à la troisième année, étant entendu que le processus de décision puis de mise en place d'un tel centre prendra certainement du temps;
- Même si nos chiffres sont construits sur des hypothèses très prudentes, ils fournissent des indications quant à la performance potentielle que le CCVS peut espérer réaliser dans le cadre d'un scénario 5 et sur une période de 3 à 4 ans dès sa création;
- Sur la base de nos projections, les constats qui peuvent être faits sont :
 - ❑ Le CCVS devrait atteindre dès le départ au moins CHF 36 millions de recettes et progressivement se rapprocher en T3 de CHF 40 millions, soit une progression de 10 % en 3 ans. Cette progression représentant approximativement CHF 3 millions de recettes liées à des patients valaisans actuellement traités hors canton et CHF 1 million généré par le Swiss Medical Network avec des patients provenant d'autres cantons, voire de l'étranger. Ce sera déjà un réel défi que d'atteindre ces chiffres, sans exclure que le développement des activités du centre puisse continuer de se poursuivre par la suite;
 - ❑ Les salaires, charges sociales ainsi que les honoraires sont liés à l'activité et représentent environ 22 à 23 % des recettes. Cette proportion se retrouve d'ailleurs dans les comptes de Valère et de l'HVS sur ce pôle d'activités. Une inconnue à ce stade réside dans l'arrangement qui pourra être trouvé entre les partenaires au niveau des politiques de rémunération, en particulier concernant les honoraires versés. Nous sommes partis de l'hypothèse que l'enveloppe globale ne changeait pas mais qu'une nouvelle répartition serait convenue entre les parties;
 - ❑ Concernant les autres dépenses, nous avons considéré que les charges variables actuelles de l'HVS continueraient à se situer dans les mêmes proportions qu'actuellement. Quant aux charges refacturées comprenant notamment le bloc opératoire, les soins intensifs, l'hôpital de jour, le service des urgences, les tâches déléguées administratives, l'informatique et la TVA, nous avons revu ces charges pour les adapter aux niveaux d'activités projetés par le CCVS;
 - ❑ Nous atteignons ainsi des taux d'EBITDA qui s'améliorent progressivement, passant de 8,2 % à 9,2 % durant la période sous revue. Comme indiqué, ces taux sont modestes et des mesures devront être envisagées afin d'atteindre un taux d'EBITDA d'au moins 15 %. En développant plus les activités, en rationalisant les processus logistiques et cliniques tout en améliorant encore la productivité des collaborateurs, le CCVS devrait selon nos premières estimations pouvoir atteindre cet objectif;
 - ❑ En consolidant les activités des parties au sein d'une entité séparée, dans des locaux situés au sein de l'HVS, et en adoptant une hypothèse de répartition du capital de la société de 75 % (HVS) et 25 % (Valère)* la performance globale exprimée en francs par rapport aux EBITDA projetés s'améliorerait pour l'HVS (CHF 2,8 millions en T3 contre CHF 1,4 million au départ) et se péjorerait pour Valère (CHF 920 K en T3 contre CHF 1,3 million au départ). Avec un taux d'EBITDA de 15 %, la répartition théorique entre l'HVS et Valère serait alors de respectivement CHF 4,5 millions et CHF 1,5 millions. Nous n'avons à ce stade pas effectué de simulation au niveau des résultats nets et dividendes projetés;
- Un facteur clef de succès de ce modèle sera d'arriver à convaincre les médecins à référer leurs cas au CCVS.

* Hypothèse basés sur l'estimation de recettes amenées par chaque partie, étant entendu que ce point devrait faire l'objet d'une négociation

4. Les scénarios et impacts financiers

Impact financier pour les partenaires – activités hors canton (chiffres 2013)

Près de CHF 7,8 millions ont été dépensés dans les domaines de la cardiologie et de la cardio-chirurgie hors canton par les résidents valaisans en 2013.

Si l'on estime a priori qu'il sera difficile de faire venir les patients du Haut Valais qui vont se faire soigner à Berne et les opérations plus délicates du cœur (notamment les malformations congénitales et les TAVI) qui nécessitent l'expertise et les infrastructures d'un CHU (soit des dépenses estimées à CHF 4 millions) nous arrivons à un montant « récupérable » par le Canton du Valais que nous pouvons évaluer à CHF 3,8 millions (base 2013).

L'Essentiel

Coûts calculés (théoriques et non facturés)

2013	Baserate	Nombre de cas	ICM Cœur	Part cantonale	Part assureur de base	Part patient ou assurance complémentaire	Chiffre d'affaires théorique que pourrait être récupéré *
CHVR	9 700	1 036	2.85	15 184 422	13 465 430		
SZO	9 700	67	1.99	684 935	607 396		
HDC	9 676	68	2.27	791 837	702 195		
Clinique de Valère	8 550	79	0.94	335 385	297 417		
Inselspital	11 200	114	3.71				
dont patients planifiés et hors HER1.1.2*	11200	87	3.22	1 431 143	1 269 127	437 299	3 137 568
CHUV	10 400	123	5.50				
dont patients planifiés et hors HER1.1.2*	10400	76	4.04	1 567 468	1 390 018	233 494	3 190 980
HUG	10 600	40	2.09				
dont patients planifiés et hors HER1.1.2*	10600	34	2.05	355 742	315 470	66 919	738 131
Cecil	9 756	18	3.16				
dont patients planifiés et hors HER1.1.2*	9756	17	2.95	256 215	227 210	5 868	489 293
Tarif de référence hors canton sur les 4 hôpitaux	9 639	214	3.30	3 610 568	3 201 824	743 579	
Total cœur				3 610 568	3 201 824	743 579	7 555 972

* hypothèse que tous ces traitements n'ont pas reçu de garanties de paiement du canton et que l'HVS pourrait les prendre en charge (basé seulement sur tarif LAMal)

Détail par type d'intervention

Interventions planifiés dans tous les hôpitaux HHC 2013	Nombre de cas HHC planifiés	ICM HHC	ICM CHVR planifiés	Cas planifiés CHVR	Chiffre d'affaires théorique que pourrait être récupéré *
HER1 Chirurgie cardiaque simple	1	10.13	3.83	1	
HER1.1 Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	41	5.78	4.97	82	
HER1.1.1 Chirurgie coronarienne	17	4.94	6.31	70	
Total chirurgie cardiaque sans HER1.1.2	59	5.61	5.57	153	3 211 350
KAR1 Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	4	2.30	2.45	39	
KAR1.2 Electrophysiologie (ablations)	29	1.42	0.81	5	
KAR1.3 Défibrillateur implantable / Pacemaker biventriculaire	15	3.87	3.58	11	
Autre cardiologie	48	2.26	2.53	55	1 213 363
KAR1.1 Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	64	1.11	1.06	144	
KAR1.1.1 Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	61	3.68	4.43	15	
Total cardiologie interventionnelle	125	2.36	1.38	159	3 072 202
Total cœur	232	3.17	3.30	367	7 788 954

* hypothèse que tous ces traitements n'ont pas reçu de garanties de paiement du canton et que l'HVS pourrait les prendre en charge (basé seulement sur tarif LAMal)

Source : SSP du Canton du Valais et adapté par Hpartner

Un écart de CHF 232'983 provient d'une activité assurée par d'autres établissements que ceux mentionnés ci-dessus !

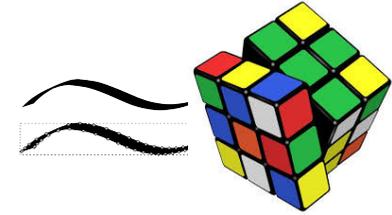
4. Les scénarios et impacts financiers

Conclusions



- Les volumes projetés et utilisés dans ce chapitre ont été revus et validés avec l'HVS et Valère. Des hypothèses prudentes réalistes ont ensuite été utilisées pour établir les projections financières discutées en relation avec le scénario 5;
- Ces projections démontrent la viabilité financière du CCVS, même si les taux d'EBITDA (8,2 % à 9,2 %) calculés sont inférieurs à un taux minimal nécessaire que l'on peut situer à 15 %. Rappelons que le taux d'EBITDA de 4,6 % estimé pour l'HVS (2015) est nettement inférieur au taux qui ressortirait d'une consolidation des activités;
- Nos premières estimations indiquent cependant qu'un taux d'EBITDA de 15 % est réalisable, moyennant le développement des prestations et une bonne optimisation des coûts;
- Un facteur essentiel sera l'engagement de l'équipe médicale et du Swiss Medical Network au service du CCVS;
- Concernant les patients hors canton, près de CHF 7,8 millions ont été dépensés en 2013 dans les domaines de la cardiologie et de la cardio-chirurgie hors canton par les résidents valaisans;
- Si l'on estime a priori qu'il sera difficile de faire venir les patients du Haut Valais qui vont se faire soigner en particulier à Berne et les opérations plus délicates du cœur (notamment les malformations congénitales et les TAVI) qui nécessitent pour l'instant l'expertise et les infrastructures d'un CHU (soit des dépenses estimées à CHF 4 millions) nous arrivons à un montant « récupérable » par le Canton du Valais que nous pouvons situer à CHF 3,8 millions. Dans nos projections, nous avons estimé qu'un montant de CHF 3 millions serait récupéré par le CCVS;
- Le modèle développé dans ce chapitre part d'une « baseline » ou d'une simulation de l'existant. Les projections nous amènent à des estimations en lien avec le scénario 5. Nous pensons que le scénario 4 pourrait générer des niveaux de recettes similaires mais les charges devraient être un peu plus élevées, donc les marges s'en ressentiront;
- En conclusion, le seul critère financier ne saurait justifier la logique de création d'un CCVS. C'est bel et bien au plan de la qualité des prestations et du confort des patients que le bénéfice principe d'une telle alliance pourra être recherché.

Table des matières



1. Mandat et organisation du projet
2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes
3. PPP – les scénarios envisageables
4. Les scénarios et impacts financiers
5. Réalisation et facteurs de réussite
6. Conclusions
7. Annexes

- Notre analyse
- Modèle de succès



5. Réalisation et facteurs clés de succès

Notre analyse

Les facteurs clés de succès (FCS) sont les paramètres stratégiques dont la maîtrise conditionnera le succès du CCVS par rapport à ses concurrents. Autrement formulé, les FCS caractérisent à un moment donné les « règles du jeu » d'un secteur qu'il faut maîtriser pour avoir du succès. Il est essentiel de bien identifier les FCS qui régissent le fonctionnement et le positionnement d'un centre de compétence tel que le CCVS de sorte à bien comprendre sur quels leviers le management devra agir en priorité pour être performant.

Les dix facteurs clés de succès du CCVS sont les suivants :

1. Une mission et une vision partagées ainsi que des valeurs compatibles avec les orientations de l'HVS et du Swiss Medical Network. Le tout prenant appui sur une solide volonté des conseils d'administration des parties;
2. Une gouvernance compétente et équilibrée qui assure la cohérence de la stratégie avec le contrat de prestations reçu du Canton du Valais;
3. Une culture qui privilégie l'excellence clinique, le service à la clientèle, l'innovation et l'agilité;
4. Un positionnement clair et un concept de plateforme bien défini;
5. Des caisses maladie et des autorités, mais aussi la communauté médicale convaincues par la qualité élevée des prestations fournies (et démontrée...) → atteinte de masses critiques (aussi pour la reconnaissance de centre MHS);
6. Des équipes médicales, soignantes et autres collaborateurs compétents et motivés;
7. Un modèle économique adapté au marché et différencié avec au final un bon retour sur investissement ;
8. Une grande maîtrise des processus clés (soins, administratifs,...);
9. Des partenariats de qualité fonctionnant d'une manière optimale dans un réseau intégré;
10. Un plateau technique performant et à jour ainsi qu'un cadre très accueillant.

Il en découle un modèle que l'on peut représenter avec le schéma de la page suivante...

5. Réalisation et facteurs clés de succès

Modèle de succès

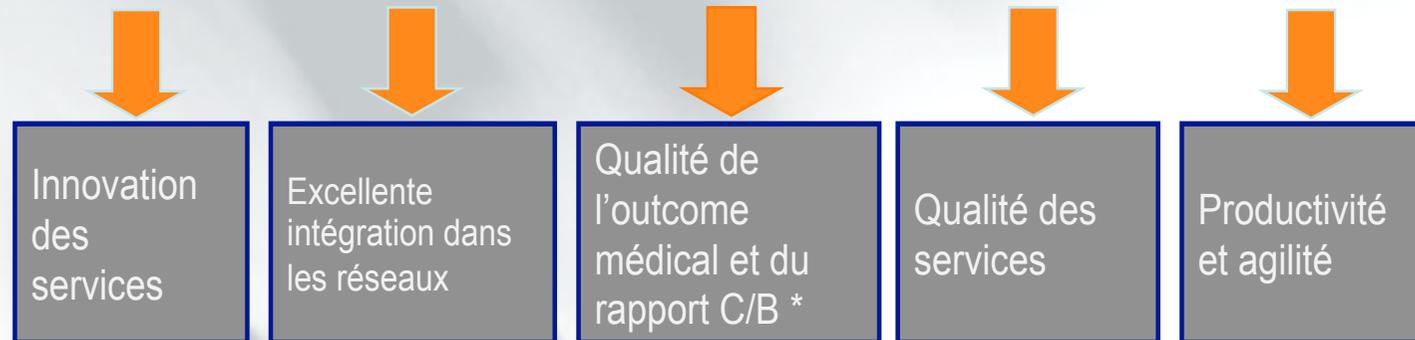


Nous pensons que le CCVS aurait les moyens de satisfaire aux différents facteurs clés de succès énoncés à la page précédente.

La logique de réalisation et les conséquences sont reflétées par ce tableau.

Même si à ce stade, cette vision peut sembler être très théorique, elle est à la base des centres de compétences qui réussissent à s'imposer dans leur marché.

Viser l'excellence médicale et opérationnelle pour être un pôle de compétence reconnu en Suisse



En tirant le meilleur parti du savoir-faire du CCVS et de ses autres ressources



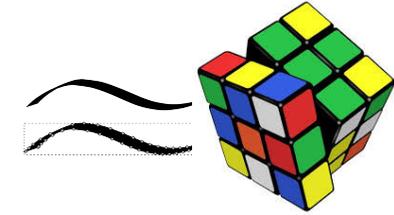
Optimisation de la création de valeur pour tous les partenaires du CCVS

L'Essentiel

*C/B = coûts / bénéfices

Etude d'opportunité sous l'angle financier de réaliser un centre commun du cœur en Valais (CCVS)
Mai 2016 – mandat réalisé par Olivier Girardin – Hpartner

Table des matières



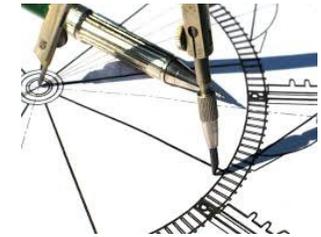
1. Mandat et organisation du projet
2. Le marché, les partenaires, leurs activités et leurs attentes
3. PPP – les scénarios envisageables
4. Les scénarios et impacts financiers
5. Réalisation et facteurs de réussite
6. Conclusions
7. Annexes

- Réflexions
- Nos constats
- Réponses aux questions posées
- Recommandations
- Processus de décision
- Et quel scénario choisirions-nous ?



7. Conclusions

Nos constats

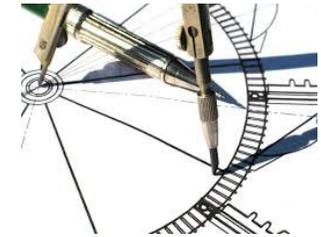


Au terme de cette analyse visant à évaluer l'opportunité, sous l'angle financier, de réaliser un centre commun du cœur en Valais, nous aimerions conclure en rappelant l'importance stratégique des décisions à prendre avant de présenter sous forme synthétique une série de constats, puis de conclure avec quelques recommandations :

- **De l'importance stratégique de cette décision** : les enjeux associés à cette décision sont très importants, en particulier pour l'avenir de l'Hôpital du Valais. En effet, ce pôle d'activité représente près de CHF 30 mio ou 7 % des recettes 2014 de l'HVS. La présence de ce pôle assure des prestations de proximité de grande qualité, mais permet de disposer d'une unité de soins intensifs financièrement viable et indispensable à d'autres spécialités médicales (par ex. neuro-chirurgie, chirurgie thoracique,...). Elle permet également d'attirer et de garder des professionnels de haut niveau (notamment au niveau des soins et de l'anesthésie). Un autre enjeu est celui du partenariat existant avec le CHUV à Lausanne. En cas de refus de cet établissement de soutenir la création d'un centre du cœur, le partenariats avec le CHUV pourrait disparaître, affaiblissant ainsi sérieusement l'Hôpital du Valais. Il est vrai que d'autres CHU pourraient entrer en lice, mais une telle transition ne serait pas facile à réaliser;
- **De l'opportunité de réaliser un centre du cœur** : comme déjà mis en évidence dans ce rapport, nous partageons l'analyse du Pr Cottin qui conclut que le bassin de population, l'évolution des prises en charge, des techniques médicales et des infrastructures mais également la possibilité de formation **sont en faveur d'un regroupement de la cardiologie interventionnelle sur un seul site qui couvrirait l'ensemble des besoins des patients valaisans**. Nous partageons également cette vision et les recommandations suivantes (extrait du 2^{ème} rapport du 2 février 2016) :
 - Les positions stratégiques à court, moyen et long terme doivent faire abstraction complète de l'histoire cardiologique de Sion et en particulier des cardiologues entre eux. Le renforcement du site actuel stationnaire de cardiologie interventionnelle est indispensable pour lui permettre de répondre aux attentes de la population pour l'ensemble de l'offre cardiologique moderne dont l'interventionnel n'est qu'une partie;
 - répondre aux contraintes médico-économiques, aux évolutions techniques mais également aux nouvelles prises en charge en particulier l'accident vasculaire cérébral (AVC) ;
 - regrouper les deux salles sur un seul site géographique offrant toute la filière de soins et de prestations complémentaires (notamment suivi postopératoire) sous une gouvernance médicale et administrative unique ;
 - Pour conclure : « à ce jour, l'objectif de stabilité sur le long terme de l'offre stationnaire de cardiologie interventionnelle mais également de l'offre globale cardiologique doit être la seule priorité ».

7. Conclusions

Nos constats



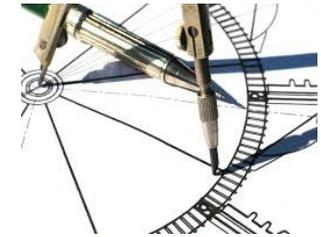
- **De la nécessité médicale de réaliser un centre du cœur** : force est d'admettre qu'il n'y a pas de nécessité pour l'HVS, du moins à court terme, de collaborer étroitement avec la Clinique de Valère. Outre des volumes « suffisants » en regard des normes admises, l'HVS dispose d'un spectre de prestations bien plus étendu que celui de la clinique. Au niveau de la cardio-chirurgie, l'HVS peut satisfaire aux critères pour être reconnu comme centre de Médecine Hautement Spécialisé (MHS). Rappelons que ces normes devraient entrer en vigueur en 2016 et exigeront un minimum d'environ 220 à 250 opérations par an. En tant que MHS, le centre aura à assurer diverses prestations nécessaires telles que cathétérisme cardiaque, IRM, échographie, EEP, et le fonctionnement au sein d'un « heart team » constitué d'un chirurgien cardiaque, d'un cardiologue, d'un anesthésiste et d'intensivistes. Prestations et fonctionnements déjà assurés par l'HVS. Nous notons cependant qu'avec environ 230 interventions par an, l'HVS se situe à la limite inférieure des volumes qui seront exigés. Un fléchissement d'activité ces prochaines années ne pouvant être exclu avec des conséquences lourdes. Il en résulte que les équipes de direction des deux institutions doivent interroger la pérennité de leur modèle actuel.

Si l'on considère les aspects opérationnels et financiers, nous observons :

- **De la proposition du Swiss Medical Network** : le groupe avait proposé en mai 2014 la création d'un centre du cœur commun accueilli au sein d'un bâtiment de 7'000 m² dont le coût hors terrain a été estimé à CHF 51 millions. Trois conclusions peuvent être tirées de notre étude.
 - Moyennant certains aménagements et réorganisation, toute l'activité des deux centres pourrait déjà être accueillie au sein de l'HVS actuel, sans mentionner le processus d'agrandissement en cours qui pourrait offrir des opportunités d'aménagements. Il n'y a donc pas à ce stade de nécessité médicale ou hôtelière pour réaliser un tel bâtiment;
 - Les processus actuels (urgence, bloc, soins intensifs, imagerie,...) sont proches, bien intégrés et le fonctionnement au sein d'une structure indépendante telle que préconisée par le Swiss Medical Network sera plus compliqué à réaliser et probablement plus onéreux, notamment de par la perte de proximités et de certaines mutualisations. Ceci étant, il vaudrait la peine d'étudier de manière plus approfondie un tel scénario;
 - Enfin, si des investissements conséquents étaient envisagés, se poserait la question de la viabilité à long terme de leur financement, compte tenu des résultats projetés. Les taux d'intérêt sont remarquablement faibles depuis plusieurs années, mais cette situation favorable pourrait se péjorer et mettre le centre en difficulté financière. Il en irait de même si le financement était par exemple assuré par le Swiss Medical Network et refacturé sous forme de loyer, moyen usuellement plus onéreux;

7. Conclusions

Nos constats



- **De la performance financière et retour sur investissement** : si l'on considère les projections financières et les résultats prévisibles pour le futur centre, la question « le jeu en vaut-il la chandelle » est fondée. Considérant que le taux d'EBITDA projeté serait de l'ordre de 9 %, la tentation est grande, en regard des problèmes et des risques perçus, de considérer qu'un projet de création d'un PPP dans ce secteur n'est pas raisonnable et devrait être abandonné. C'est d'ailleurs la posture que nous recommanderions si le risque d'échec devait être considéré comme étant trop élevé. Ceci précisé, le volet financier est important, mais il ne peut être le seul critère. La décision à prendre le dépasse au profit d'une vision plus large incluant le positionnement stratégique de la cardiologie et de la cardio-chirurgie, deux disciplines qui vont fortement évoluer ces prochaines années, en se rapprochant notamment de la neurologie, comme le souligne le Pr Cottin qui est cité à la page précédente;
- **De la pertinence des cinq scénarios proposés** : ces scénarios présentés au chapitre 4 représentent en fait trois options distinctes, soit le maintien du statu quo (scénarios 1 et 2), une ouverture de l'HVS aux médecins en pratique libérale (scénario 3) ou un rapprochement ou fusion au travers de la création d'un consortium ou d'une entité juridique commune et représentant un partenariat privé public (scénarios 4 et 5). En l'état, le scénario 3 ne représente à notre sens qu'une option théorique, alors que ni les médecins, ni la Clinique de Valère n'y ont un réel intérêt. Les avantages et inconvénients perçus pour le statu quo vs un PPP sont discutés au chapitre 2. Le tableau de synthèse de la page 26 répertoriant 16 critères peut laisser à penser que le scénario 4 est le meilleur scénario. Comme discuté dans ce rapport, ce dernier scénario présente d'indéniables avantages et doit être considéré, ce dans une perspective de pérennité à long terme de la cardiologie et cardio-chirurgie en Valais. Il existe cependant des barrières et des freins que nous n'ignorons pas et qui sont soulignés dans ce rapport. Deux postures de la part du conseil d'administration et de la direction peuvent en découler :
 - ❑ **Une posture défensive** : elle conduit à pérenniser les scénarios 1 ou 2. Elle part du principe que les objectifs, les pratiques, les valeurs des deux parties sont trop différents pour être intégrés efficacement au sein d'un PPP. Les aspects humains et de rémunération sont également considérés comme rédhibitoires;
 - ❑ **Une posture offensive ou proactive** : elle conduit à adopter les scénarios 4 ou 5. Elle ne nie pas les difficultés opérationnelles souvent citées. Mais elle postule qu'il existe un chemin pour les résoudre, le bien commun et la pérennité d'une solide activité de cardiologie en Valais devant primer sur les obstacles. C'est le rôle des conseils d'administration et des directions de faire le nécessaire pour y arriver, en plaçant notamment la communauté médicale concernée devant ses responsabilités.

7. Conclusions

Réponses aux questions posées (1/6)

Rappel de l'objet du mandat

L'objet du mandat a consisté à :

- analyser la proposition de partenariat public/privé;
- évaluer l'opportunité, **sous l'angle financier**, de réaliser un centre commun de cardiologie et de chirurgie cardiaque en Valais;
- formuler une ou plusieurs variantes pour le développement de collaboration entre la Clinique de Valère et l'Hôpital du Valais avec indication de leurs incidences financières pour les différentes parties.

Les analyses pour répondre notamment aux questions suivantes devront être menées :

1. Qu'est-ce qu'il faut entendre concrètement par un partenariat public/privé dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque ?
2. Quels sont les avantages financiers respectifs d'un partenariat public/privé pour la Clinique de Valère, l'Hôpital du Valais, le canton et les patients ? Quel est son coût pour chacun des acteurs précités ?
3. Dans le cadre de partenariat public/privé, y a-t-il un potentiel d'amélioration de la prise en charge, en termes d'infrastructures, de personnel, de présence, d'organisation, de suivi du patient, etc. ;
4. Sur la base des questions ci-dessus, quelles sont les recommandations du mandataire ?

7. Conclusions

Réponses aux questions posées (2/6)

Nos réponses synthétiques à ces quatre questions :

1. Qu'est-ce qu'il faut entendre concrètement par un partenariat public/privé dans le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque ?

La collaboration ou alliance public-privé, tout en permettant le partage des ressources et des expertises entre secteur public et secteur privé, devrait permettre d'accéder à des avantages auxquels les deux entités ne pourraient prétendre individuellement. À cet égard, l'alliance permet donc à une organisation d'aller au-delà de l'utilisation de ses ressources internes propres et d'exploiter des facteurs externes pour atteindre ses propres objectifs. En l'espèce, l'idée de regrouper des masses critiques, d'exploiter des synergies, d'améliorer la qualité des prestations et de renforcer le positionnement du pôle du cœur sont des bénéfices recherchés.

2. Quels sont les avantages financiers respectifs d'un partenariat public/privé pour la Clinique de Valère, l'Hôpital du Valais, le canton et les patients ? Quel est son coût pour chacun des acteurs précités ?

Notre analyse indique que la cardiologie et la cardio-chirurgie de l'HVS (hors consultations et autres examens médico-techniques) réalisent actuellement des recettes de l'ordre de CHF 30 millions pour un taux d'EBITDA de 4,6 %. En réalisant cette activité au sein d'un PPP (scénario 5) et en ajustant les charges refacturées, nous arrivons à un taux d'EBITDA de 8,2 % en T1.

Valère est en moyenne proche de CHF 6,5 millions de recettes (CHF 6,8 millions estimés en 2015) pour un taux d'EBITDA d'environ 25 %. On retrouve un taux similaire lorsqu'on simule cette activité au sein de l'HVS, sur la base de sa structure de recettes et de coûts tels que transposés au sein d'un PPP.

En consolidant les activités des parties au sein d'une entité séparée, dans des locaux situés au sein de l'HVS, et en adoptant une hypothèse de répartition de 75 % (HVS) et 25 % (Valère) dans le cadre d'un scénario 5, la performance globale exprimée en francs par rapport aux EBITDA projetés s'améliorerait pour l'HVS (CHF 2,8 millions en T3 contre CHF 1,4 million au départ) et se péjorerait pour Valère (CHF 920 K en T3 contre CHF 1,7 million au départ). Ceci pouvant s'améliorer par la suite.

7. Conclusions

Réponses aux questions posées (3/6)

Sous l'angle financier, le gain de performance financière est donc négatif pour Valère. Par contre, le transfert de son activité de cardiologie hors de ses murs libérerait une partie d'un étage, ce qui pourra représenter une opportunité intéressante de développer d'autres activités avec au final des marges supérieures ;

A terme, soit après 2 ou 3 ans d'activité et pour autant que les partenaires tiennent leurs engagements, notamment par rapport aux volumes de traitements proposés, les recettes du CCVS devraient passer à CHF 40 millions (+ 10,3 % par rapport à T1) pour un taux d'EBITDA de l'ordre de 9 à 10 % dans l'hypothèse d'un scénario 5. Ceci représenterait un progrès pour le CCVS par rapport à la situation actuelle, tout en restant en deçà d'un taux d'EBITDA cible qui devrait être égal ou supérieur à 15 %.

Ces constats soulèvent plusieurs questions. L'une d'entre elle est la pérennité du centre hors d'un soutien financier du canton. L'autre est la marge de manœuvre limitée pour réaliser des investissements tels que proposés par le Swiss Medical Network et estimés à CHF 51 millions (hors terrain).

A noter aussi que par rapport aux premières estimations de recettes faites par le Swiss Medical Network pour le CCVS (environ CHF 68 millions), on se situe selon nos projections (T1 à T3) à près de 40 % en dessous de cette cible.

Relevons enfin que nous sommes restés très prudents au niveau de nos estimations et projections. Nous avons le sentiment qu'un potentiel d'amélioration de la structure de revenus et coûts existe, avec au final la possibilité de s'approcher d'un taux d'EBITDA de 15 %, permettant ainsi à Valère d'être à parité avec sa performance financière actuelle. Ceci dans le cadre de la réalisation d'un scénario 5. Nous sommes a priori plus réservés qu'un tel objectif soit atteignable dans le cadre de la réalisation d'un scénario 4 (consortium).

3. Dans le cadre de partenariat public/privé, y a-t-il un potentiel d'amélioration de la prise en charge, en termes d'infrastructures, de personnel, de présence, d'organisation, de suivi du patient, etc. ;

Oui. La prise en charge, en particulier pour les patients traités à Valère sera meilleure (y c. en cas d'urgence alors que le dossier médical sera déjà disponible au sein du CCVS). Par ailleurs, des moyens accrus permettront de faire de la prévention et de la promotion de la santé. La présence de soins intensifs et d'un standby médical sera également un très grand avantage pour tous les patients. Sans mentionner la possibilité de s'adapter plus rapidement aux évolutions technologiques en pouvant renouveler plus fréquemment les installations et équipements.

7. Conclusions

Réponses aux questions posées (4/6)

4. Sur la base des questions ci-dessus, quelles sont les recommandations du mandataire ?

Ce rapport avait vocation de traiter de l'opportunité de créer un centre du cœur en Valais au moyen d'un modèle de type PPP, ce sous l'angle financier. Nous y avons répondu (voir chapitre 4 et nos commentaires à la question 3 ci-dessus) ;
Le problème est à l'évidence bien plus complexe pour le ramener au seul critère financier, si important soit-il pour les deux partenaires ;

Concernant divers scénarios à envisager, nous en avons présenté 5 pour conclure que seuls les scénarios 1 et 2 (statu quo) ou les scénarios 4 et 5 (création d'un pôle commun au sein d'un PPP) sont à considérer, alors que les parties prenantes (notamment les médecins) semblent assez d'accord pour relever que le scénario 3 présente peu d'intérêt dans le contexte valaisan constitué d'un petit bassin de population et compte tenu du modèle de rémunération des médecins pratiquant en cliniques privées;

En retenant les perspectives clefs que les autorités politiques, les conseils d'administration et les directions des deux parties devraient considérer avant de prendre une décision qui va engager le futur des deux établissements, nos constats et remarques sont les suivants :

- **Au plan du bien commun**, considérant une amélioration continue de la qualité des prestations et de la pérennité de la cardiologie et cardio-chirurgie en Valais, les arguments parlent clairement en faveur de la fusion des activités au travers d'un centre du cœur valaisan. Il est utile de rappeler (voir page 62) que les principaux centres de Suisse (y c. le CHUV, l'USZ et les cliniques du groupe Hirslanden) suivent ce type de stratégie d'alliances ;
- **Au plan de la mission et de la stratégie des deux établissements**, l'activité liée à la cardiologie et la cardio-chirurgie est très importante, aussi pour soutenir la présence d'infrastructures de qualité (par ex. les soins intensifs). Ceci s'inscrivant dans un paysage toujours plus concurrentiel, où les CHU notamment gagnent régulièrement des parts de marché alors que les normes liées aux masses critiques deviennent toujours plus exigeantes. Même si le CHUV et les HUG ont été fortement concurrencés ces dernières années au plan de la cardio-chirurgie, ils redeviendront certainement plus concurrentiels. Dès lors, un tel modèle PPP doit être bien évalué et peut représenter une réelle chance pour les parties de développer un pôle valaisan pérenne capable de faire face à une forte concurrence ;

7. Conclusions

Réponses aux questions posées (5/6)

- **Au plan financier**, la performance financière globale s'améliore, même si avec un taux d'EBITDA projeté de 9,2 % en T3, (scénario 5) le CCVS se situera en deçà d'un taux cible d'au moins 15 %. D'un point de vue strictement financier, l'opportunité de créer un PPP peut se discuter. Nous relevons cependant qu'il existe un potentiel probable d'amélioration de l'efficacité avec à la clef la possibilité de s'approcher d'un taux d'EBITDA de 15 %. Ceci permettant à l'HVS de dégager une meilleure marge qu'actuellement tandis que Valère pourrait être proche de sa performance actuelle, ce sur la base d'un critère de répartition que nous proposons à 75 % HVS et 25 % Valère;
- **Au plan opérationnel**, nous constatons que le CCVS pourrait se déployer à l'intérieur des infrastructures actuelles. Avec le programme d'extension de l'HVS, il devrait être possible de revisiter le programme des locaux et de l'adapter de sorte à pouvoir mieux répondre encore aux besoins des patients et du CCVS. Alors que la médecine vit une phase de transition, d'une approche pragmatique vers une approche plus scientifique, une gouvernance médicale unique pour une activité combinée de cardiologie et cardio-chirurgie au sein d'un « heart team » représentera un avantage certain;
- **Au plan du partenariat avec le CHUV** et éventuellement avec l'HRC : cette question est très délicate et mérite d'être clarifiée rapidement. A ce stade, les réponses reçues sont réservées et traduisent le scepticisme du CHUV pour un tel partenariat. Celui-ci devrait pouvoir être levé, si les partenaires du CCVS sont convaincus par ce projet de PPP et retiennent un modèle de fonctionnement réaliste (en particulier le scénario 4). Nous rappelons au passage que le CHUV n'a pas d'hostilité de principe à cette forme de collaboration qu'il pratique également (par ex. site MV Santé Beaumont) ;
- **Au plan des équipes médicales et soignantes** : deux questions clefs se posent à ce stade : celle de la volonté de collaborer des équipes médicales et les questions de rémunération et autres avantages sociaux. Nous y répondons ainsi :
 - ❑ un CCVS serait plutôt un atout pour les collaborateurs (qualité, sécurité,...), pour autant que les questions liées aux honoraires, salaires et autres avantages sociaux puissent être harmonisés. La question très délicate à régler sera le modèle salarial pratiqué au sein du CCVS par rapport au modèle salarial de l'HVS (notamment celui des médecins) et au modèle d'honoraires tel que proposé par Valère, ce dans le cadre du scénario 5. Cette question ne devrait pas se poser dans le cadre d'un scénario 4. A noter que d'autres établissements en Suisse sont confrontés à ce type de problème et ont trouvé une solution équitable basé sur des compromis. Nous pensons que ceci pourrait également être le cas en Valais ;
 - ❑ Quant à la volonté de collaborer des équipes médicales, celle-ci semble être présente au sein de l'équipe de Valère. A une ou deux exceptions, elle ne l'est pas au sein de l'HVS. Ce sera une tâche des gouvernances des deux partenaires pour trouver une solution, quitte à accepter le départ de quelques médecins non intéressés par cette démarche.

7. Conclusions

Réponses aux questions posées (6/6)

Au final, nos recommandations sont les suivantes :

- A notre sens, la création d'un PPP est essentiellement une question d'ordre stratégique. Mais très rapidement, des questions opérationnelles vont s'imposer et il convient de les clarifier rapidement de sorte à avancer de manière méthodique et coordonnée
- Dès lors nous aborderions la question de l'opportunité de créer un PPP (scénarios 4 ou 5) par le biais d'une démarche en 3 phases, soit :
 - **Phase 1 : « due diligence et validation »** : le projet est-il compatible avec la vision stratégique de l'HVS, en particulier son partenariat avec le CHUV. Idem pour Valère alors que leur centre repose sur des médecins en pratique libérale. Par ailleurs, sur des questions essentielles (vision du centre, modèle économique, conditions du partenariat, modèle d'intégration et de fonctionnement des équipes médicales et question des rémunérations,...) les parties sont-elles en accord ? Si oui, quel est le scénario qui est choisi ? De même, dans l'éventualité du choix d'un scénario 5, en cas de retrait du Swiss Medical Network de la clinique de Valère ou départs des cardiologues rattachés à Valère, de s'entendre sur les conditions de reprise des actions du SMN par l'HVS. Si les voyants sont au vert sur ces questions, la phase 2 peut être déclenchée ;
 - **Phase 2 : plan d'intégration et de développement** : il s'agira ici de développer un solide business plan et d'articuler une mission et une vision communes pour le centre. Les questions liées à l'organisation, à son fonctionnement, l'achat de prestations à l'HVS notamment, les négociations avec l'Etat du Valais et les caisses (subventions, base rate,...) devront être prises en compte. Dans la mesure où les parties seront convaincues par les constats et conclusions de ce plan, elles pourront décider d'aller de l'avant en créant un consortium ou une société commune (de préférence une SA qui offre une grande souplesse d'adaptation) ;
 - **Phase 3 : phase de concrétisation** : il sera alors temps de concrétiser une feuille de route. Ce plan comprenant notamment une revue du programme des locaux de l'extension de l'HVS. Elle se terminera avec l'ouverture du CCVS;
- Ces différents points sont développés dans le tableau de la page suivante. Nous aimerions encore relever qu'un tel processus nécessite un bon management du changement....

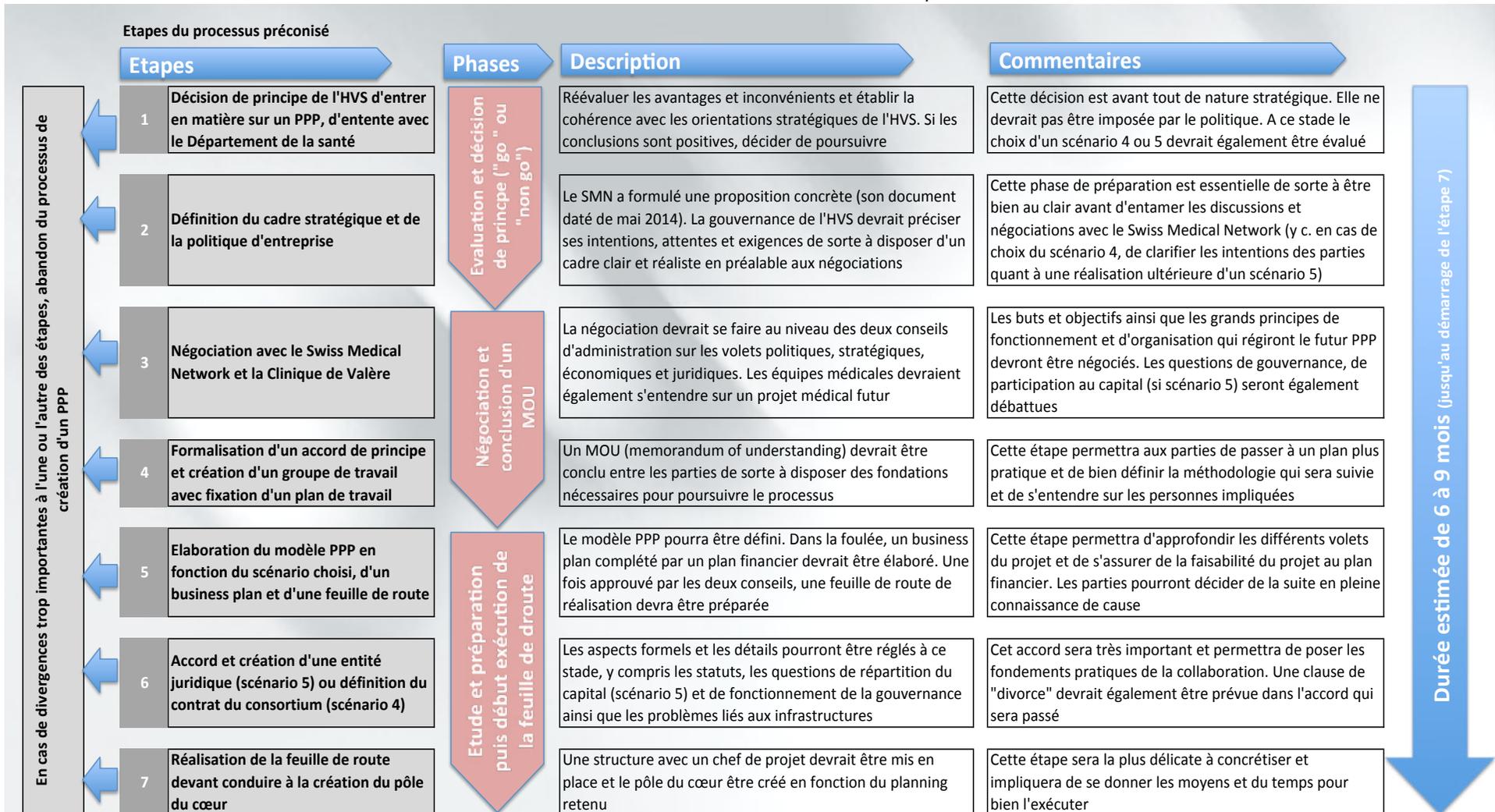
7. Recommandations

Processus de décision au sein de l'HVS



CONCLUSION

Poser des priorités est une tâche politique aussi ancienne que la mémoire humaine...



Durée estimée de 6 à 9 mois (jusqu'au démarrage de l'étape 7)

Source : hpartner 2016 ©

7. Conclusions

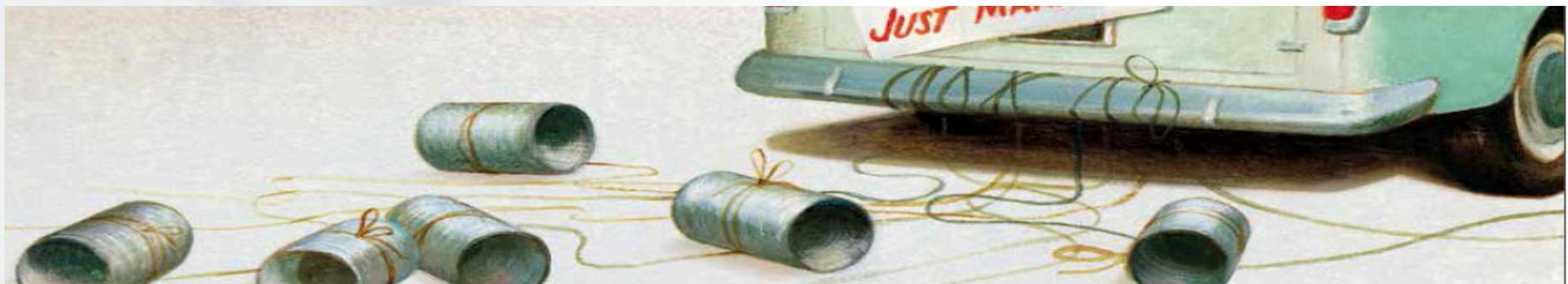
Et quel scénario choisirions-nous ?

Un constat s'impose et de nombreuses études le confirme, 40 à 60 % de tous les joint-ventures (coentreprise) échouent, ou du moins ne permettent pas d'atteindre les objectifs visés. Objectifs irréalistes, différences de cultures, divergences sur la vision et les stratégies, manque de discipline et de rigueur dans la mise en place de la nouvelle société figurent parmi les facteurs les plus souvent cités pour expliquer les échecs rencontrés.

A l'instar de la création d'une nouvelle société, en particulier dans le cas d'une fusion d'activités, une vigilance particulière doit être exercée. L'HVS en est bien conscient. Dans notre cas, des différences au niveau de la vision, des objectifs, de la culture ou plus simplement au niveau de l'organisation et du fonctionnement peuvent représenter rapidement des écueils entravant la bonne collaboration. De nombreux partenariats se sont créés ces dernières décennies et la littérature se fait régulièrement l'écho d'échecs et de difficultés, en particulier de par des attentes déraisonnables dès le départ.

Est-ce une raison pour ne pas se lancer ? Certainement pas. L'avenir de notre système de santé va passer de plus en plus par des partenariats, des consolidations, des alliances de type PPP afin d'améliorer la qualité des prestations, réduire les coûts en améliorant le continuum de soins. Cette dynamique va dans le sens de l'histoire. Dès lors, nous procéderions ainsi :

- Nous ne connaissons que très imparfaitement les plans stratégiques de l'HVS et ne pouvons répondre avec pertinence à la question de la compatibilité de la création d'un PPP avec ses autres plans. En imaginant que cette compatibilité est grande, nous serions partisan d'entrer en matière et de réaliser le plan en trois phases tel que décrit aux pages 52 et 53;



7. Conclusions

Et quel scénario choisirions-nous ?

- Dans ce processus, un point retiendrait particulièrement notre attention, soit le modèle de fonctionnement du futur centre. Nous suivrions l'approche préconisée notamment par l'Ente Ospedaliero Cantonale, soit :
 - Le leadership médical serait clairement assumé par l'HVS, avec un directeur médical émanant de ses rangs (par ex. un directeur médical étant professeur associé au CHUV);
 - Les processus cliniques (y c. prise en charge des urgences, piquets et gardes, formations,...) seraient en ligne avec les processus de l'HVS;
 - Les nominations et accréditations respecteraient pour l'essentiel les principes et critères appliqués au sein de l'HVS;
 - La gouvernance de la société serait paritaire. Dans le cadre du choix d'un scénario 5, la répartition du capital suivrait la règle des apports des deux partenaires. Un modèle devra être défini, mais nous pourrions imaginer un partage de type 75 % HVS et 25 % Valère;
 - La convention de collaboration devrait définir clairement les règles du jeu concernant la structure, l'organisation, le fonctionnement du CCVS, le controlling, les aspects financiers, y compris la politique d'investissements. Les situations de litiges devraient également être prévues et réglées;
 - Par ailleurs, la convention devrait prévoir les situations où la collaboration ne pourrait se poursuivre (par exemple changement de stratégie de l'un des partenaires, désaccords et conflits majeurs, difficultés financières,...). Une clause de "divorce" devrait être développée avec un droit d'emption sur les actions et définition de la valeur de reprise (par ex. basée sur un multiple d'EBITDA);
- **Au final** : l'époque des rivalités tranchées entre le secteur public et le secteur privé est révolue. Les PPP qui sont monnaie courante, notamment dans les pays anglo-saxons, commencent à se répandre avec succès dans les pays francophones et en Suisse. Même si le niveau d'activité actuel est satisfaisant pour les deux partenaires, l'avenir pourrait être moins rose et mettre à mal cette activité. Il existe une belle opportunité de consolider cette activité en Valais, de la profiler plus nettement comme un centre de compétence en Suisse romande, avec la possibilité d'assurer un meilleur développement de ses compétences et de son plateau technique.
- Nous terminerons en citant à nouveau cette maxime : là où il y a une volonté, il y a toujours un chemin. En l'espèce le choix devrait à notre sens dépendre des acteurs sur le terrain. Nous ne croyons pas en une solution imposée par le Politique.



8. Annexes

8a. Acronymes utilisés et quelques définitions

ADPVAL :	Association de défense des patients hospitalisés en Valais	GSMN:	Genolier Swiss Medical Network : groupe de cliniques privées en Suisse (actuellement Swiss Medical Network)
Angioplastie :	L'angioplastie percutanée est indiquée pour traiter les occlusions ou les sténoses artérielles. Elle utilise pour cela de petits ballonnets gonflables. Voir définition sous « stent »	HRC :	Hôpital Riviera Chablais
ASE :	Principe visant à pratiquer des soins adéquats, simples et économiques	HTA :	Health technology assessment
ATF :	Arrêt du Tribunal Fédéral en Suisse et formant la base de la jurisprudence	HVS :	Hôpital Valais
AVC :	Accidents vasculaires cérébraux	IRM :	Technique d'imagerie par résonance magnétique
AVS :	Assurance-vieillesse et survivants	K :	Kilo ou milliers
CA :	Conseil d'administration	LAA :	Loi sur l'assurance-accident obligatoire de 1981
CCVS :	Centre valaisan de cardiologie	LAMal :	Loi suisse assurance maladie de 1994 (assurance maladie sociale obligatoire)
CDC :	Chef de clinique	LCA :	Loi sur les contrats d'assurances
CDS :	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires	MA :	Médecin assistant
CEP-RSV	Commission extra parlementaire en lien avec le Réseau Santé Valais	MHS :	Médecine Hautement Spécialisée
CHF :	Abréviation de francs suisses	OFAS :	Office fédéral des assurances sociales
CHU :	Centre hospitalier universitaire	PMU :	Polyclinique médicale universitaire à Lausanne
CHUV :	Centre hospitalier universitaire vaudois	PPP :	Partenariat Privé Public
CHVR :	Centre Hospitalier Valais Romand	Pr :	Professeur
Coronographie :	L'état des artères coronaires est évalué par la coronarographie. Le cathétérisme cardiaque permet d'évaluer la fonction du muscle cardiaque et de ses valves. Ces examens s'effectuent sous anesthésie locale, la plupart par voie radiale (poignet) et une minorité par voie fémorale (pli de l'aîne). Ils peuvent également s'effectuer en ambulatoire.	SMN :	Swiss Medical Network (anciennement GSMN)
CT scan :	Technique d'imagerie – tomographie axiale calculée par ordinateur	Stent :	Lors d'un rétrécissement des artères coronaires, deux types d'interventions sont possibles : le traitement par cathéter avec une dilatation par ballonnet du rétrécissement suivie de la pose d'un stent (petit tuyau métallique) ou l'intervention chirurgicale (opération de pontage, réservée dans des cas de stade avancé de la maladie). Pour ce qui concerne le traitement par cathéter, l'utilisation de stents actifs (enrobés d'un médicament) permet de réduire considérablement le taux de nouveaux rétrécissements au même endroit
Dr :	Docteur en médecine	SUVA :	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents qui est le principal assureur-accidents de Suisse
DSAS :	Département de la santé et de l'action sociale	TAVI :	Le rétrécissement de la valve aortique, appelé « sténose aortique », est une maladie associée à un mauvais pronostic en l'absence de traitement suite à l'apparition de symptômes. La prise en charge traditionnelle est chirurgicale. Cependant, les chirurgiens proposent plus souvent un remplacement valvulaire aortique par cathéter (TAVI), par voie fémorale (en passant par le pli de l'aîne, par voie sous-clavière (par l'artère sous la clavicule), par voie directe aortique avec mini-sternotomie ou transapicale avec mini-thoractomie
DSSC:	Département de la santé et des affaires sociales en Valais	VD :	Vaud
EBITDA :	Earnings before interests taxes, depreciation and amortization (bénéfice économique)	VS :	Valais
EEP :	Une étude électrophysiologique (EEP) est un test qui aide à déterminer de quel type d'arythmie (battements cardiaques irréguliers) souffre un patient ainsi que ce qui peut être fait pour la contrôler		
EPFL	Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne		
FCS :	Facteurs clés de succès		
FMH :	Fédération des médecins suisses		
FOP :	Fermeture du foramen ovale perméable. La prise en charge de ces pathologies peut se faire désormais sans chirurgie, avec la pose d'un système de fermeture de la communication. Ces interventions se font souvent en anesthésie locale (FOP) ou générale (CIA)		

8b. Liste des principaux documents remis

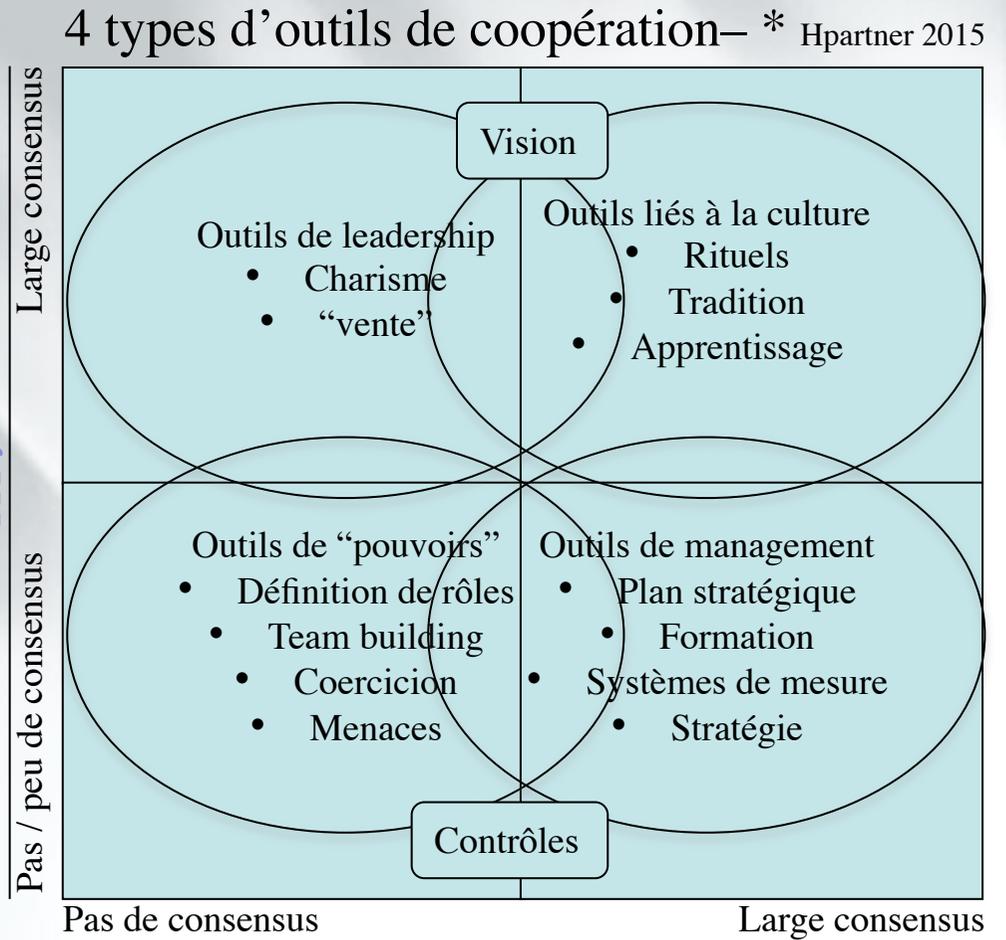
- Planification hospitalière 2015 – soins somatiques aigus – service de la santé publique, octobre 2014;
- Convention-cadre de collaboration dans les domaines hospitalier et de la santé publique - entre l'Etat de Vaud représenté par le CHUV et l'Université de Lausanne et l'Etat du Valais et le RSV, septembre 2008;
- Annexe 1 à la Convention-cadre de collaboration Vaud-Valais dans les domaines hospitalier et de la santé publique – convention de collaboration dans le domaine de la chirurgie cardiaque, mai 2011;
- Annexe à la convention-cadre : projets de collaboration et accords particuliers d'application dans le domaine de la chirurgie cardiaque, juin 1996;
- Convention relative à la cardiologie interventionnelle entre l'Etat du Valais, par le Département de la santé et la Clinique médico-chirurgicale de Valère SA, janvier 2015;
- Contrat de prestations entre la Clinique médico-chirurgicale de Valère SA et l'Hôpital du Valais pour le service des maladies infectieuses de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV), décembre 2014;
- Contrat de prestations entre la Clinique médico-chirurgicale de Valère SA et l'Hôpital du Valais par la pharmacie de l'ICHV, décembre 2014;
- Contrat de prestations entre la Clinique médico-chirurgicale de Valère SA et l'Hôpital du Valais par le service de radiologie du Centre hospitalier du Valais romand, décembre 2014;
- Rapport du Swiss Medical Network : partenariat public / privé : collaborations hôpital du Valais et Clinique de Valère, mai 2014;
- Convention-cadre de collaboration entre l'Etat de Vaud représenté par le CHUV et l'Université de Lausanne et l'Hôpital Riviera- Chablais, avril 2015;
- Rapports annuels du service de cardiologie CHCVs – période 2012 à 2014;
- Informations sur les collaborations établies entre l'Hôpital du Valais et le secteur privé – commission thématique de la santé (SAI), mai 2014;
- Situation actuelle et enjeux du pôle cardiovasculaire, service de cardiologie de l'Hôpital du Valais, mai 2014;
- Recommandations pour la cardiologie interventionnelle dans le Canton du Valais – 2 rapports rédigés par le Pr Yves Cottin, service de cardiologie du CHU du Bocage à Dijon (France), août 2014 et février 2016);
- Etude groupe de travail « planification hospitalière » CDS-GDK sur les PPP dans le secteur hospitalier en Suisse, mai 2014;
- Livre « Le réseau Santé Valais dans la tourmente » – M. Jean-Claude Pont, mai 2011;
- Divers articles scientifiques dont « interventional cardiology in Switzerland 2004 » publié dans Kardiovaskuläre Medizin 2006;9:213-226;
- Diverses statistiques publiées par le « swiss working group interventional cardiology – années 2011 à 2013.

8c. Le marché

Opposition ou coopération – stratégie (complément au tableau de la page 19)

- Cette matrice d'accord permet de représenter la situation telle que nous la percevons à ce stade;
- Clairement les parties ont des opinions très opposées sur la nécessité mais aussi la volonté de réaliser / soutenir un PPP;
- Les outils ou approches cités donnent une indication des moyens permettant de faire évoluer les groupes positionnés dans chaque cadran;
- Loin de nous l'idée de suggérer d'utiliser des moyens de menaces ou de coercion. C'est par des moyens positifs, en impliquant les acteurs, également au niveau des règles du jeu et des objectifs, que des solutions peuvent être construites avec une bonne chance de réussite d'un projet tel que les formes de PPP discutées dans ce rapport.

Niveau d'Accord des parties de réaliser / soutenir le PPP ↴



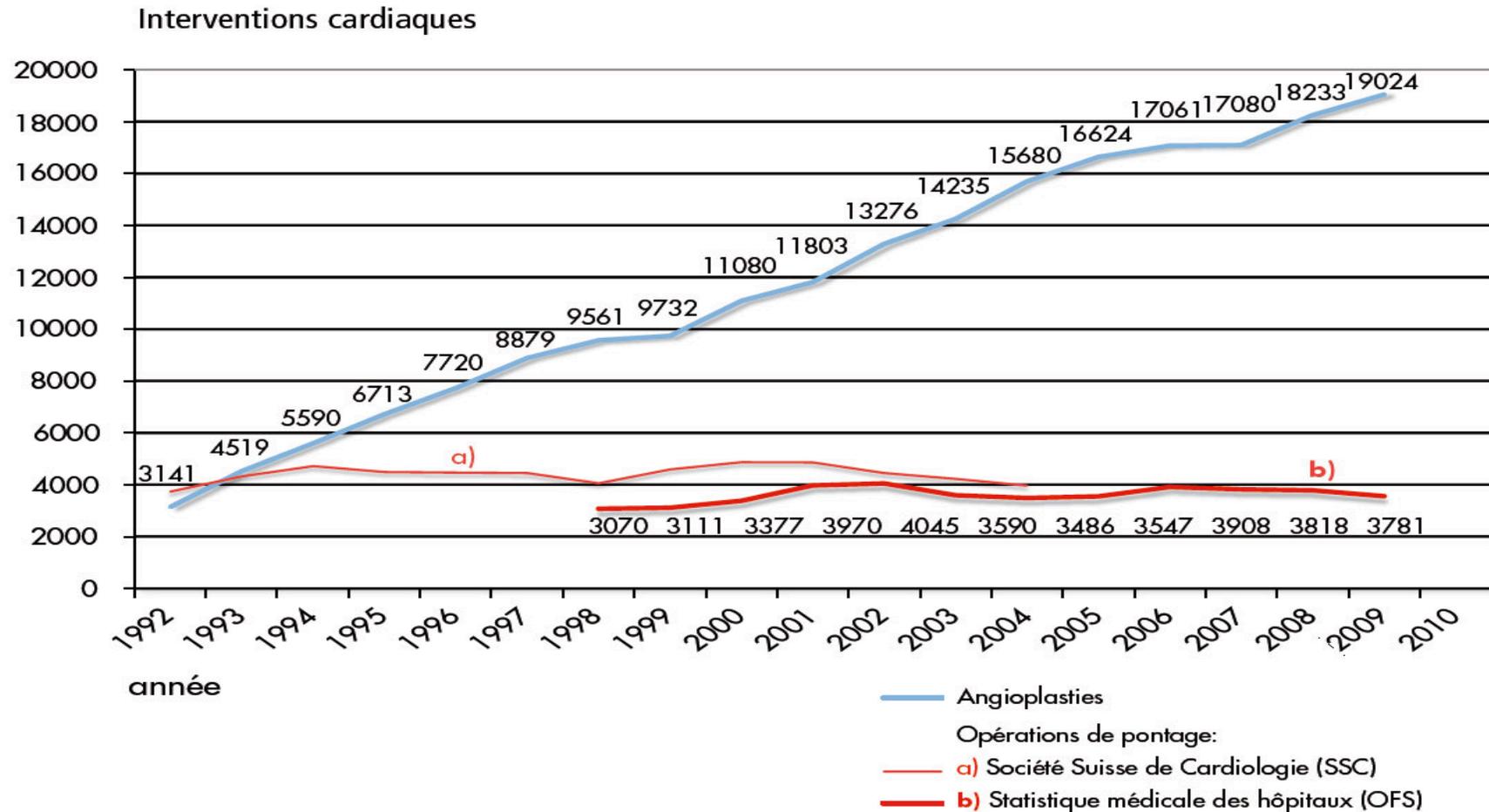
Niveau d'accord des parties sur la vision, la nécessité et les avantages d'un PPP ↴

* Adapté de Pr Clayton M. Christensen – Harvard Business School

8d. Statistiques

Angioplasties et pontages en Suisse – de 1992 à 2010

Angioplasties et opérations de pontage en Suisse de 1992 à 2009/10



8e. Statistiques

Le service de cardiologie du HVS – période 2010 - 2014

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Patients hospitalisés :	1074	1000	1038	940	1055
Patients ambulatoires :	680	852	1090	1177	1347
Laboratoire de cathétérisme cardiaque :					
Coronarographies :	1106	1075	1178	1334	1458
Angioplasties et pose de stents :	610	609	620	730	784
Fermeture de foramen ovale perméable	12	8	12	10	10
TAVI				1	0
Dénervation rénale				3	0
Fermeture de fuite paravalvulaire				1	1
Laboratoire d'échocardiographie : (Sion, Sierre et Martigny)					
Echocardiographies transthoraciques et transoesophagiennes :	2067	2143	2313	2109	1982
Laboratoire d'épreuves fonctionnelles (CHCVs) :					
Ergométries :	586	650	650	619	724
Holters :	588	531	691	615	554
R-Tests :	33	36	50	66	41
Remlers :	97	113	175	187	140
Contrôles de pacemakers et défibrillateurs :	367	356	497	479	459
Implantation de pacemakers et défibrillateurs définitifs : (activité conjointes chirurgie-cardiologie)					
Pacemakers :	78	75	106	89	101
Défibrillateurs :	18	22	38	30	47
dont resynchronisation (défi + PM)				8	16
Electrophysiologie invasive :					
Ablations par radiofréquence	0	22	46	31	32
Consultations spécialisées des troubles du rythme cardiaque :					
Nombre de consultations :	34	82	68		109
IRM cardiaque	0	32	120	142	176
Médecine nucléaire :					
Scintigraphies myocardiques :	65	97	143	181	189

8f. Collaborations dans le domaine du cœur en Suisse

Quelques exemples récents – tout s'accélère !

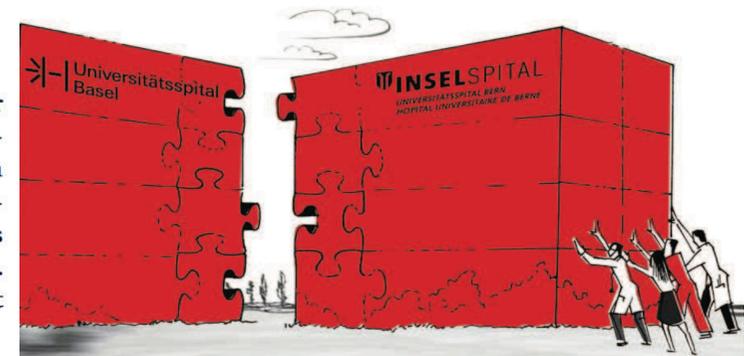
- D'autres projets de collaboration existent en Suisse dans le domaine de centres du cœur. Le plus connu est le cardio-centro à Lugano qui devrait évoluer d'ici un à deux ans vers un modèle de partenariat privé entre la fondation Cardiocentro Ticino et l'Ente Ospedaliero Cantonale;
- Les hôpitaux universitaires de Bâle et Berne (UniversitätsSpital Basel et Inselspital Berne) ont créé en 2008 une alliance au niveau de la cardio-chirurgie. Une alliance existe également depuis début 2012 entre le Inselspital et la Klinik Beausite (Hirslanden) à Berne;
- Le « Kantonspital Aarau » et la Hirslanden Klinik Aarau ont créé ensemble le « Herzzentrum Aargau » en mai 2014;
- Le CHUV et les HUG créent en mai 2015 le Centre universitaire romand de cardiologie et de chirurgie cardiaque romand;
- L'Hôpital Universitaire de Zürich et le Triemli à Zürich (Klinik für Herz- und Gefässchirurgie am UniversitätsSpital Zürich und die Klinik für Herzchirurgie am Stadtspital Triemli) ont créé en août 2015 la Allianz Herzchirurgie, soit le plus grand pôle de chirurgie cardiaque de Suisse.



Ce que disent les protagonistes de ces alliances...

Was eine Allianz ist

Eine Allianz ist eine strategische Vereinigung zwischen mindestens zwei oder mehreren Institutionen, die eine partnerschaftliche Zusammenarbeit anstreben. Ziel einer Allianz sind u.a. Wissensaustausch, Regulierung eines gesunden Konkurrenzverhaltens sowie Rechte, Dienstleistungen und Produkte gemeinsam zu nutzen und/oder gemeinsam einzukaufen. Durch ein effektives Abstimmen können Kosten gesenkt und Redundanzen vermieden werden. Durch eine Koordination der Allianz kann die Positionierung auf dem Markt verbessert werden.



8g. A propos de consortium*

Quelques notions clefs

Adapté de Prof. Henry Peter – «formes et conséquences juridiques des groupes d'entreprises » - page 33 et ss JDC 2005

- L'hypothèse, très courante, est la suivante: plusieurs entreprises (ou personnes) souhaitent unir leurs efforts pour réaliser tout ou partie d'un projet. Elles constituent à cette fin un «consortium». Une caractéristique essentielle de ce « groupement » est la collaboration dite horizontale, c'est-à-dire dans laquelle aucun membre n'exerce hiérarchiquement un pouvoir de contrôle (direction unique) sur l'autre;
- En général, mais pas nécessairement, le but de cette collaboration est la réalisation d'un ouvrage pour le compte d'un tiers, le maître de l'ouvrage au sens de l'article 363 du code des obligations (CO), qui régit le contrat d'entreprise. En l'espèce, le consortium aura pour mission de prendre en charge d'une manière optimale des patients souffrant de maladies du cœur;
- Il convient de préciser que le terme «consortium» ne peut être qualifié juridiquement de façon univoque. Il est cependant opportun de distinguer entre les consortiums dont la nature est principalement contractuelle et ceux jouissant de la personnalité morale. En d'autres termes, certains consortiums sont en réalité des contrats, tandis que d'autres sont des corporations;
- En parlant de consortium dans ce rapport, nous retiendrons la forme contractuelle. Ce « contrat » peut prendre la forme de trois types de « sociétés », soit la société simple, la société en nom collectif et la société en commandite. Nous présentons brièvement ces trois types de sociétés, étant entendu que la société en nom collectif ne pourrait être retenue :
 - **La société simple** : conformément à l'article 530 alinéa 1 CO, la société simple est un «contrat par lequel deux ou plusieurs personnes conviennent d'unir leurs efforts ou leurs ressources en vue d'atteindre un but commun». L'article 530 alinéa 2 CO précise que «la société est une société simple lorsqu'elle n'offre pas les caractères distinctifs d'une des autres sociétés réglées par la loi ». C'est une forme « souple » liée à aucune forme;
 - **La société en nom collectif** : «.... celle que contracte deux ou plusieurs personnes physiques, sous une raison sociale et sans restreindre leur responsabilité envers les créanciers, pour faire le commerce, exploiter une fabrique ou exercer en la forme commerciale quelque autre industrie» (art. 552 CO). D'une manière caricaturale on peut dire qu'il s'agit d'une société simple que ses membres ont décidé de profiler en lui donnant une enseigne commerciale – un nom collectif – sous lequel elle apparaît et intervient dans ses rapports avec les tiers;
 - **La société en commandite** : il s'agit en fait d'une société en nom collectif dans laquelle la responsabilité d'un ou plusieurs associés est limitée à un montant prédéterminé, dénommé «commandite» (art 594 al. 1 et 608 al. 1 CO). Une telle faculté peut être particulièrement intéressante, par exemple pour un associé qui ne souhaiterait participer au projet que sur le plan financier. La société en commandite offre tous les avantages de la société en nom collectif; elle permet de surcroît d'accueillir en son sein des personnes morales dans la mesure où celles-ci sont membres commanditaires. Selon la loi (art. 594 al. 2 CO), les commanditaires ne doivent en effet pas nécessairement être des personnes physiques.

8g. A propos de consortium

Quelques notions clefs

- En vertu de la loi et de la jurisprudence, le fait pour un consortium d'être une société simple a ainsi en particulier les conséquences suivantes:
 - **apports**: chaque associé doit faire un apport d'une importance égale, qui dépend du but de la société (art. 531 al. 1 et 2 CO);
 - **décisions**: elles sont prises à l'unanimité (art. 534 al. 1 CO);
 - **administration**: elle est du ressort de chaque associé (art. 535 al. 1 CO);
 - **représentation**: chaque associé est présumé pouvoir valablement représenter la société (ou plus exactement ses associés dans la mesure où la société, comme telle, n'a pas d'existence juridique autonome). Il s'agit d'une présomption dont peut se prévaloir le tiers de bonne foi, sauf s'il savait, ou devait savoir, que les associés en ont convenu autrement (art. 543 al. 3 CO);
 - **répartition des bénéfices et des pertes**: chaque associé a droit à un part égale du bénéfice et supporte une part égale des pertes, quelle que soit la valeur de son apport (art. 533 al. 1 CO). Si seule la répartition des bénéfices a été prévue, la même clef de répartition vaut s'agissant des pertes (art. 533 al. 2 CO). On rappellera que cette règle a un effet essentiellement interne, dans le sens qu'elle ne prévaut pas sur la responsabilité de chaque membre du consortium à l'égard des tiers;
 - **responsabilité**: chaque associé est responsable à l'égard des tiers directement, de façon illimitée et solidairement avec chacun de ses co-associés (art. 544 al. 3 CO). En d'autres termes, un tiers peut demander à n'importe lequel des membres du consortium d'assumer les obligations contractées "par la société" et, le cas échéant, de couvrir la totalité des pertes générées par l'activité du consortium;
 - **prohibition de concurrence**: chaque associé est tenu par un devoir de fidélité; les membres ne peuvent donc faire pour leur compte personnel «des affaires qui seraient contraires ou préjudiciables au but de la société» (art. 536 CO);
 - **légitimation active nécessaire**: la société simple n'ayant ni la personnalité, ni même la quasi-personnalité juridique, toute action judiciaire doit nécessairement être entamée par tous les membres du consortium agissant conjointement;
- Pour remédier, dans toute la mesure du possible et si nécessaire aux normes légales dont on estimerait qu'elles sont inadaptées, il convient de prévoir contractuellement des solutions différentes. L'exercice peut s'avérer assez complexe, en particulier si l'on choisit la « société simple ». Comme le disait, il y a déjà quelques années, le Juge fédéral Patry: «la société simple, d'abord, n'est pas une société; et au surplus, elle n'est pas simple du tout »;
- Ces rappels sont d'une importance fondamentale. Il convient en effet que les acteurs connaissent les problèmes et les risques qui sont inhérents au fait d'agir conjointement à l'égard de tiers dans le cadre d'un consortium et, dans toute la mesure du possible, de neutraliser ces risques en choisissant de donner à leur groupement la forme la plus opportune, et en formalisant leur accord au travers d'un contrat solide permettant de remodeler la forme choisie pour l'adapter à leurs intentions et aux circonstances;
- En d'autres termes, que le consortium soit de nature contractuelle ou corporative, formalisé ou non, explicite ou tacite, conscient ou inconscient, il aura des conséquences juridiques, d'autant plus problématiques qu'elles n'ont pas été prévues par les parties. Il s'agit par conséquent de bien choisir ou, à défaut, de risquer de subir.



Patients
Health Care
Hospital
Physician
Clinical Research
Service Providers

Pour plus d'informations :

Olivier Girardin – Hpartner Sàrl

Olivier.girardin@hpartner.com

Tweeter : [@hpartnerolivier](https://twitter.com/hpartnerolivier)

Borex, mai 2016