



**CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS**

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

Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie  
Dienststelle für Gesundheitswesen

## **Planification hospitalière 2008**

### **Bilan des planifications hospitalières 2004 et 2006, perspectives et propositions d'adaptation**

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

**Juin 2008**

## Table des matières

<b>1.</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Evolution de la planification hospitalière valaisanne.....</b>	<b>4</b>
2.1.	Historique .....	4
2.2.	Mise en réseau des hôpitaux .....	5
2.3.	Nouvelle organisation hospitalière et répartition des disciplines médicales .....	6
2.4.	Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 12 octobre 2006.....	10
<b>3.</b>	<b>Bilan de la mise en réseau des hôpitaux .....</b>	<b>11</b>
3.1.	Qualité des soins et sécurité des patients .....	11
3.2.	Satisfaction des patients et du personnel.....	12
3.3.	Evolution de l'activité .....	13
3.3.1	<i>Ensemble du RSV.....</i>	<i>14</i>
3.3.2	<i>Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO).....</i>	<i>15</i>
3.3.3	<i>Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs).....</i>	<i>18</i>
3.4.	Evolution des emplois .....	23
3.5.	Evolution des dépenses et des résultats financiers du RSV.....	24
3.6.	Difficultés liés à la mise en réseau .....	26
<b>4.</b>	<b>Perspectives .....</b>	<b>26</b>
4.1.	Evolution technologique .....	26
4.2.	Evolution du contexte hospitalier helvétique.....	27
4.3.	Conséquences pour le RSV .....	28
<b>5.</b>	<b>Planification 2008 : propositions d'adaptation .....</b>	<b>29</b>
5.1.	Objectifs généraux.....	29
5.2.	Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO).....	30
5.2.1	<i>Chirurgie générale (y compris traumatologie).....</i>	<i>30</i>
5.2.2	<i>Orthopédie.....</i>	<i>30</i>
5.2.3	<i>Oto-rhino-laryngologie (ORL).....</i>	<i>31</i>
5.2.4	<i>Gériatrie – médecine interne.....</i>	<i>31</i>
5.2.5	<i>Lits d'attente .....</i>	<i>32</i>
5.3.	Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs).....	33
5.3.1	<i>Chirurgie générale, orthopédie, traumatologie orthopédique.....</i>	<i>33</i>
5.3.2	<i>Soins palliatifs.....</i>	<i>33</i>
5.3.3	<i>Gynécologie ambulatoire opératoire .....</i>	<i>33</i>
5.3.4	<i>Pédopsychiatrie .....</i>	<i>33</i>
5.3.5	<i>Gériatrie – médecine interne – lits d'attente .....</i>	<i>33</i>
5.3.6	<i>Pneumologie.....</i>	<i>33</i>
5.4.	Service de garde.....	33
<b>6.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>

## **Abréviations**

RSV	Réseau Santé Valais
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
JMA	Journées-malades
CVP	Centre valaisan de pneumologie
IPVR	Institutions psychiatriques du Valais romand
ICHV	Institut Central des Hôpitaux Valaisans
OCVS	Organisation Cantonale Valaisanne des Secours
SZO	Spitalzentrum Oberwallis
CHCVs	Centre Hospitalier du Centre du Valais
CHC	Centre Hospitalier du Chablais
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
EMS	Etablissement médico-social
CMS	Centre médico-social
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
EPT	Equivalent plein temps

## 1. Introduction

Le paysage hospitalier valaisan a connu une profonde mutation en 2004 avec la reprise de la gestion des hôpitaux par le Réseau Santé Valais (RSV) et l'introduction d'une nouvelle répartition des disciplines médicales. En 2006, le Conseil d'Etat a tiré un premier bilan de ces changements et a apporté quelques adaptations à la planification.

Au vu de l'évolution toujours plus rapide des technologies médicales et des modes de prise en charge, et dans la perspective de l'entrée en vigueur prochaine des futures dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) portant sur le financement hospitalier, de nouvelles adaptations de la planification hospitalière sont à entreprendre.

Après une présentation de l'évolution de la planification hospitalière dans notre canton et du bilan de la mise en réseau des hôpitaux, le présent rapport dresse les perspectives qui se dessinent pour les années à venir. Sur cette base, il propose un certain nombre d'adaptations à mettre en œuvre afin de permettre au RSV de faire face aux importants défis qui l'attendent.

Ces adaptations concernent le Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO) et le Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs). Le Centre hospitalier du Chablais (CHC) n'est pas concerné par ces modifications. Le projet de création de l'hôpital intercantonal Riviera-Chablais, actuellement en cours d'élaboration, fera l'objet d'une procédure distincte qui sera soumise aux parlements vaudois et valaisan. Quant aux autres établissements composant le CHC, ils ne nécessitent à l'heure actuelle aucun changement. Les Institutions psychiatriques du Valais Romand (IPVR) fonctionnent à satisfaction, de même que la prise en charge gériatrique à la clinique de St-Amé de St-Maurice, qui s'exerce en collaboration avec l'hôpital de Martigny et les IPVR.

## 2. Evolution de la planification hospitalière valaisanne

### 2.1. Historique

Les bases légales en matière de planification hospitalière ont été élaborées progressivement, d'abord au niveau cantonal, puis au niveau fédéral. Suite à la mise en place des hôpitaux modernes dans la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle, la loi cantonale sur la santé de 1961 a renforcé la participation financière du canton aux établissements hospitaliers. **La loi cantonale de 1988** sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissements et d'exploitation des établissements sanitaires publics a introduit la première base légale solide de planification en conditionnant le subventionnement au respect de la planification sanitaire arrêtée par le Conseil d'Etat. Parallèlement, la dette des hôpitaux a été entièrement reprise par le canton en 1991, pour un montant de 550 millions de francs dont l'amortissement s'étale jusqu'en 2018.

Le canton a dès lors obtenu les compétences et la légitimité nécessaires pour réduire le nombre de lits hospitaliers devenus trop nombreux en raison de la diminution des durées de séjour. Cette dernière est la conséquence des progrès de la médecine et de la chirurgie qui

permettent aux malades de sortir plus rapidement de l'hôpital ou de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire, ainsi que par le développement du secteur extra-hospitalier. Sur la base d'un rapport de l'Institut suisse des hôpitaux (ISH) et sur proposition de sa commission de planification, le Conseil d'Etat a ainsi pris la décision, en 1992, de supprimer 200 lits de soins aigus.

L'année 1996 a été marquée par l'entrée en vigueur de la **nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)** et par l'adoption de la **nouvelle loi cantonale sur la santé de 1996**. Le rôle de la planification cantonale s'est vu considérablement renforcé. En vertu de la LAMal, seuls les établissements figurant sur la liste hospitalière du canton peuvent exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La loi cantonale sur la santé de 1996 précise quant à elle que le Conseil d'Etat définit, par la planification sanitaire, la politique cantonale en matière de santé. Le subventionnement reste conditionné au respect de la planification sanitaire et est réservé aux établissements reconnus d'intérêt public. Dans la foulée, le Conseil d'Etat a décidé, en 1996, l'adoption d'une norme maximale de 3.2 lits de soins aigus pour 1'000 habitants, norme justifiée par le taux d'hospitalisation encore élevé en Valais et la poursuite de la réduction des durées des séjours.

**Les décisions du Conseil d'Etat de 1992 et 1996 ont permis la suppression de plus de 400 lits de soins aigus en Valais entre 1992 et 2003.**

## **2.2. Mise en réseau des hôpitaux**

Malgré ces mesures, les capacités, tant en lits qu'en salles d'opération, étaient encore trop élevées à l'entrée du 21<sup>e</sup> siècle. Le développement toujours plus rapide de nouvelles techniques de prise en charge et de traitement a permis de réduire encore davantage les durées de séjour et de transférer plus de cas du stationnaire vers l'ambulatoire. Les hôpitaux rencontraient des difficultés croissantes de financement. De surcroît, le faible nombre de patients dans certains services spécialisés d'hôpitaux distants de moins de 10 km ne permettait plus de garantir le respect des normes de qualité et de sécurité, car les gestes techniques n'étaient plus réalisés suffisamment fréquemment. Une réforme en profondeur de l'organisation hospitalière cantonale s'avérait donc indispensable.

En 1997, une convention a été signée avec le canton de Vaud pour créer l'hôpital du Chablais et répartir les disciplines médicales entre les sites d'Aigle et de Monthey. La chirurgie, la médecine et les soins intensifs ont été attribués à Monthey, alors qu'Aigle s'est vu attribuer la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la chirurgie programmée.

Fort de cette première mise en réseau d'établissements hospitaliers, le Conseil d'Etat décidait, en avril 2000, de créer un réseau hospitalier dans le Haut-Valais et un autre dans le Valais Central. Il était prévu de procéder à une répartition des tâches entre les établissements, en maintenant des soins aigus dans chaque hôpital, mais avec une offre de prestations différenciées et complémentaires, et non plus concurrentes. La mise en œuvre de ces décisions s'est heurtée à la résistance des associations hospitalières alors propriétaires des hôpitaux qui les ont refusées.

La mise en réseau des hôpitaux du canton a finalement été réalisée par le biais de deux décrets votés par le Grand Conseil valaisan.

Le décret du 2 février 2002 a créé le Réseau Santé Valais (RSV) avec pour mission notamment de gérer les budgets des hôpitaux publics et des hôpitaux subventionnés, de négocier les tarifs et de participer à l'élaboration de la planification sanitaire. Les hôpitaux conservaient leur pouvoir de direction et de gestion.

Le 4 septembre 2003, le Grand Conseil valaisan a adopté un nouveau décret qui a permis de transférer au RSV les compétences et responsabilités des associations hospitalières propriétaires. Le nouveau décret a confié au RSV la tâche de diriger et gérer les établissements hospitaliers et les instituts médico-techniques liés aux hôpitaux reconnus d'intérêt public et subventionnés, à savoir :

- les hôpitaux de Brigue, Viège, Sierre y compris la Clinique Ste-Claire, Sion, Martigny, du Chablais et la Clinique de St-Amé à St-Maurice,
- l'Institut central des hôpitaux valaisans (ICHV),

ainsi que les établissements sanitaires cantonaux, à savoir :

- le Centre valaisan de pneumologie (CVP) et les Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR).

En contrepartie, la participation financière des communes aux dépenses d'exploitation des hôpitaux a été supprimée. Les communes ont ainsi été libérées d'une participation annuelle de plus de 30 millions de francs (32.2 millions de francs en 2003).

Les conditions ont dès lors été réunies pour restructurer les hôpitaux valaisans et introduire une répartition des disciplines entre les établissements.

### **2.3. Nouvelle organisation hospitalière et répartition des disciplines médicales**

Les dix établissements hospitaliers et instituts médico-techniques valaisans ont été restructurés de manière à former **une entreprise composée de trois centres hospitaliers offrant chacun un éventail complet de prestations**, à savoir :

- le **SZO** – Centre hospitalier du Haut-Valais, regroupant les hôpitaux de Brigue et de Viège ;
- le **CHCVs** – Centre hospitalier du Centre du Valais, regroupant les hôpitaux de Sierre (y compris Ste-Claire), Sion, Martigny et le Centre valaisan de pneumologie (CVP) ;
- le **CHC** – Centre hospitalier du Chablais, regroupant la partie valaisanne de l'Hôpital du Chablais (hôpital composé des sites d'Aigle et de Monthey), les Institutions psychiatriques du Valais Romand (IPVR) et la clinique de St-Amé.

L'ICHV a également été rattaché au Réseau Santé Valais.

Le concept hospitalier de 2004 a introduit une répartition des disciplines médicales entre les divers sites de chaque centre hospitalier, sur la base des principes suivants :

- **répartition des disciplines par différenciation des cas complexes et/ou non programmés et des cas légers et/ou programmés ;**
- **centralisation de certaines disciplines médicales sur un seul site pour l'ensemble du canton ;**
- **maintien des blocs opératoires et d'un service d'urgences ambulatoires 24h/24 et 7j/7 dans les six établissements aigus, un seul établissement par centre hospitalier conservant ses blocs opératoires ouverts la nuit et le week-end ;**
- **maintien des soins intensifs sur un seul établissement par centre hospitalier.**

Les hôpitaux de Viège et de Sion se sont vus attribuer le traitement des cas complexes et/ou non programmés. Ils disposent d'un service de soins intensifs et leurs blocs opératoires sont ouverts en permanence. L'hôpital de Sion accueille également les disciplines aiguës à caractère cantonal (chirurgie cardiaque, neurochirurgie spécialisée, chirurgie thoracique, cardiologie invasive, radio-oncologie).

Les hôpitaux de Brigue, Sierre et Martigny assurent la prise en charge des cas légers et/ou programmés. Ces établissements ne sont plus dotés de soins intensifs, mais disposent de soins continus et leurs blocs opératoires sont fermés la nuit et le week-end.

La situation est différente dans le Chablais, au vu de la répartition établie précédemment en accord avec le canton de Vaud. Les blocs opératoires sont ouverts en permanence sur les deux sites en raison de la présence du service d'obstétrique à Aigle. La chirurgie complexe et les soins intensifs sont localisés sur le site de Monthey.

**Les disciplines médicales ont été réparties entre les sites de façon à atteindre, pour chaque spécialité, une masse critique de patients suffisante.** Cela a permis de **garantir la qualité des soins et des prestations**, les gestes techniques devant être exercés régulièrement pour que le personnel médical reste performant. La nouvelle répartition visait également une occupation optimale des collaborateurs, en particulier du personnel spécialisé, et une utilisation rationnelle des installations. Il a ainsi été possible de corriger la situation antérieure où chaque établissement offrait toutes les prestations, avec des services hospitaliers concurrents, trop petits et par conséquent trop peu performants, et ayant provoqué une surhospitalisation.

La création de services dotés d'une masse critique de patients suffisante a grandement contribué à **améliorer l'attractivité de la profession pour les médecins et le personnel des soins et médico-technique**. L'augmentation de la taille des services et du nombre de cas traités par ceux-ci a eu pour conséquence de hausser le niveau de la médecine pratiquée, mais aussi d'assurer la reconnaissance par la FMH des postes pour la formation post-graduée, ce qui est indispensable pour le recrutement de médecins-assistants. Une masse critique de patients suffisante permet d'envisager la création de **centres de compétences** et offre des possibilités de **spécialisation** pour le personnel.

De plus, les gardes, le service de piquet et de nuit, ainsi que les remplacements en cas de congé ou de maladie, ont pu être partagés entre un nombre plus grand de praticiens. Il s'agit aujourd'hui d'une nécessité, non seulement pour le personnel infirmier, mais aussi pour les médecins, puisqu'on ne trouve plus de médecins chefs qui acceptent d'être de garde une semaine sur deux, voire une semaine sur trois, durant toute leur carrière.

En 2006, le Conseil d'Etat a établi un bilan de la mise en œuvre du concept hospitalier 2004. Ce bilan constate que la quasi-totalité des mesures de planification prises en 2004 ont été réalisées par le RSV. Il confirme également le bien-fondé des décisions prises.

La planification est un processus continu ; elle doit être adaptée régulièrement, surtout en matière sanitaire où les technologies et les modes de prises en charge évoluent rapidement. Ainsi, le bilan établi en 2006 s'est accompagné de quelques adaptations de la planification, dans les domaines suivants :

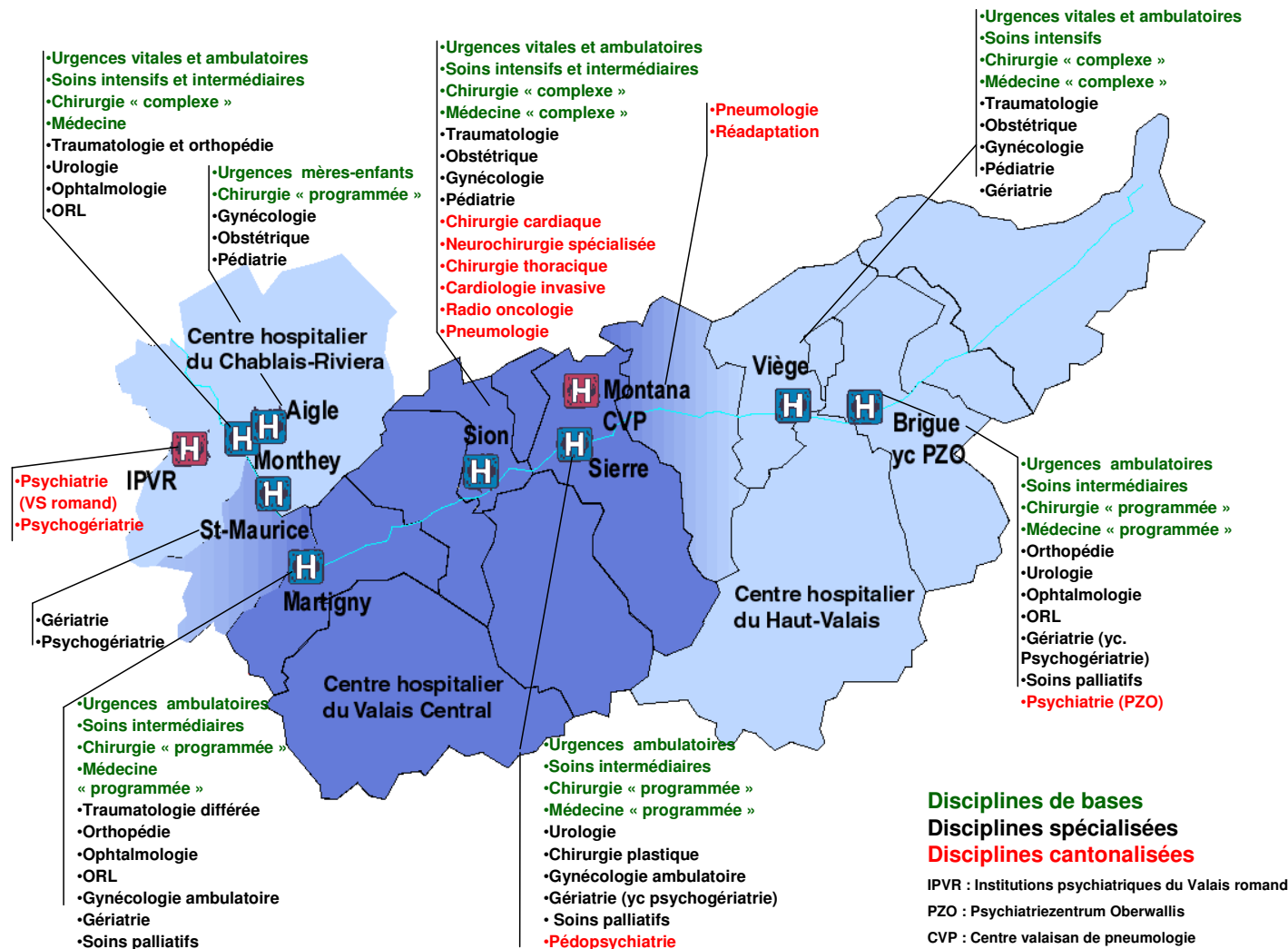
- **gériatrie : fermeture de l'hôpital de Gravelone** (83 lits de gériatrie) et transformation en EMS ; transfert de 70 lits de gériatrie sur Sierre et Martigny ;
- **traumatologie différée** : transfert vers l'unité d'orthopédie de Martigny ;
- **chirurgie thoracique** : regroupement sur Sion ;

- **gynécologie stationnaire** : regroupement sur Viège et Sion ;
- **soins palliatifs** : mise sur pied de trois unités de soins palliatifs, à Brigue (6 lits), Sierre (4 lits) et Martigny (8 lits).

Ces adaptations s'inscrivent dans la continuité des principes arrêtés en 2004. Elles ont été mises en œuvre dans le courant de l'année 2006, à l'exception du transfert de la traumatologie différée de Sion vers Martigny et de la création de l'unité de soins palliatifs à Sierre. Ces questions sont reprises au chapitre 5 du présent rapport.



Répartition des disciplines médicales selon le concept hospitalier de 2004, y compris adaptations de la planification hospitalière de 2006



## **2.4. Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 12 octobre 2006**

La voie de la mise en réseau des hôpitaux a été confirmée par la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) adoptée le 12 octobre 2006 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2007. Les établissements et instituts médico-techniques dont la direction et la gestion avaient été confiées au RSV par le décret du 4 septembre 2003 entrent désormais dans la **composition du RSV** (y compris le CVP et les IPVR qui perdent leur statut juridique d'établissements sanitaires cantonaux). La composition du RSV fait l'objet d'une ordonnance du Conseil d'Etat soumise à l'approbation du Grand Conseil lors de chaque modification.

Les objectifs de la planification sanitaire sont reformulés. **La garantie de soins de qualité figure désormais dans la loi en tant qu'objectif prioritaire.** Ce n'est que dans la mesure compatible avec la maîtrise des coûts que des activités sanitaires doivent être offertes sur tous les sites et que les ressources doivent être réparties équitablement.

**La propriété des terrains et des constructions** nécessaires à l'exercice des activités relevant de la planification hospitalière **est transférée au canton** qui les met gratuitement à disposition du RSV. Les dépenses d'entretien et de transformation de ces biens sont à la charge du canton. La propriété des équipements est transférée au RSV. La mise en application de ces dispositions a fait l'objet de négociations avec les associations de communes et congrégations religieuses propriétaires. Les accords sont conclus ou en cours de conclusion. Le recours déposé par l'Oberwalliser Kreisspital Brig contre la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) et l'ordonnance sur le transfert des infrastructures hospitalières concernant l'indemnisation des hôpitaux a été rejeté par le Tribunal fédéral le 21 avril 2008. Ce dernier estime que la LEIS « offre au canton des bases solides pour répondre aux défis posés par une couverture sanitaire moderne ». Ce jugement légitime et consolide toute la politique sanitaire et hospitalière menée ces dernières années en Valais. Il permet de finaliser le transfert des infrastructures au canton.

**La LEIS complète les dispositions relatives à la participation aux dépenses d'exploitation du RSV.** Il est désormais tenu compte des écarts d'activité de façon à ce que les frais fixes incompressibles (principalement les salaires) puissent être couverts lorsque l'activité effective s'avère inférieure à l'activité prévue. Inversement, si l'activité effective est supérieure à l'activité prévue, la subvention cantonale est réduite de façon à ne prendre en charge que les coûts variables pour la part d'activité dépassant les prévisions. Les résultats d'exploitation retenus des disciplines à caractère cantonal sont pris en charge par le canton. Un subventionnement est également prévu pour les prestations d'utilité publique relevant de la planification sanitaire et hospitalière dont le financement ne peut être assuré malgré une gestion rationnelle et efficace, en particulier l'organisation d'un service médical de garde et d'un service d'urgences 24h/24.

### **3. Bilan de la mise en réseau des hôpitaux**

Malgré quelques difficultés inhérentes à toute réforme de cette envergure, la mise en réseau des hôpitaux a abouti à la réalisation de progrès remarquables :

- Le regroupement de certaines disciplines médicales sur quelques sites a permis d'atteindre la masse critique nécessaire à la **garantie de la qualité des soins** ; compte tenu de l'évolution des technologies médicales, le bassin de population du canton du Valais ne permet plus de dispenser l'ensemble des disciplines dans les six hôpitaux de soins aigus.
- Le regroupement des disciplines médicales a aussi permis de rendre **le travail à l'hôpital plus attractif**, grâce notamment à une meilleure répartition des gardes et un volume de patients suffisant pour maintenir la spécialisation du personnel médical.
- Le regroupement des disciplines médicales, ainsi que les changements successifs de système de financement, ont permis **d'équilibrer les comptes du RSV** sur la période 2004-2007 et de contenir les hausses de primes d'assurance-maladie, malgré la pression sur les dépenses exercée par l'accroissement et le vieillissement de la population, l'augmentation des attentes de la population, le développement de la médecine et la hausse de l'activité touristique. Il a ainsi été possible de maintenir les hôpitaux existants, alors que certains d'entre eux devaient faire face à une situation financière difficile depuis le début des années 2000.
- La mise en place d'une comptabilité analytique par unité finale d'imputation a considérablement amélioré la **transparence des coûts**. Le Valais a été un des cantons « pionniers » en la matière.
- **Le système informatique, la comptabilité, le codage, la facturation et la trésorerie ont été unifiés et/ou centralisés** pour l'ensemble des établissements composant le RSV. D'autres services centralisés sont en cours de réalisation (assurances, achats, etc.).

La mise en réseau n'a cependant pas que des avantages. Elle rencontre aussi des difficultés, notamment en ce qui concerne les transferts de patients et la répartition des activités de certains médecins et autres professionnels de la santé sur plusieurs sites.

Ces divers éléments sont développés ci-après.

#### **3.1. Qualité des soins et sécurité des patients**

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne a été mandaté par le Service de la santé publique pour évaluer l'impact de la transformation du système hospitalier sur la qualité des soins dans le canton du Valais. L'évaluation a débuté en automne 2004 et s'est poursuivie jusqu'à la fin du premier semestre 2006. Un nombre considérable d'indicateurs a été introduit afin de suivre les impacts de la nouvelle organisation sanitaire.

Les principaux constats de cet important travail d'évaluation peuvent être résumés comme suit :

- De façon générale, la **qualité des soins est bonne** dans les hôpitaux du RSV. La sécurité des patients n'a pas été et n'est pas mise en danger. La transformation du système hospitalier ne menace pas la qualité des soins.
- Dans le cadre des **transports préhospitaliers d'urgence**, le délai d'hospitalisation ne constitue pas un facteur négatif, à condition que le transport s'effectue en présence d'une médicalisation adéquate et qu'il soit orienté d'emblée vers le centre le plus approprié pour traiter le cas.
- Entre 2003 et 2005, le **nombre d'admissions en urgence** suivies d'une hospitalisation a augmenté, plus particulièrement à Viège et Sion où sont acheminées les urgences vitales. Cela correspond à ce qui était prévu suite à la réorganisation hospitalière. Cependant, le nombre total des cas pris en charge aux urgences de l'hôpital de Sion (suivie d'une hospitalisation ou non) est resté relativement stable de 2003 à 2005.
- Le **nombre de soignants** en relation avec le nombre de séjours hospitaliers se situe dans la moyenne suisse.
- Les **taux de réadmissions** potentiellement évitables des établissements du RSV sont comparables à ceux des 49 autres hôpitaux suisses où cet indicateur est relevé.
- Les indicateurs de **mortalité** dans le canton ne montrent pas d'évolution défavorable récente liée au système sanitaire ou à la santé de la population en général. La mortalité intra-hospitalière est quant à elle restée stable.
- La prévalence des **infections nosocomiales** n'a pas augmenté et les taux d'**appendicites perforées ou abcédées** se sont révélés plus bas en Valais que dans d'autres hôpitaux suisses. Des améliorations sont à apporter en matière de **taux d'infections** du site opératoire pour les opérations du côlon et de l'appendice, mais cette situation n'est pas à imputer à la réorganisation du système hospitalier.

En conclusion, l'évaluation indique que la gouvernance du RSV est cruciale pour poursuivre la transformation du système hospitalier et continuer à être en mesure de garantir la sécurité des patients et la qualité des soins. Mesurer ces éléments à l'aide d'un faisceau d'indicateurs valides est indispensable. Le rapport précise à ce sujet qu'avec **l'Observatoire Valaisan de la Santé**, le canton du Valais dispose actuellement d'un système d'indicateurs de la santé de la population et de la qualité des soins bien développé.

Rappelons aussi qu'une **Commission Cantonale pour la Sécurité des Patients et la Qualité des Soins (CSPQS)** a été mise en place, suite à la décision du Conseil d'Etat de septembre 2004. Au sein du RSV, un Groupe de Coordination Qualité Sécurité focalise son attention et ses actions sur tout ce qui concerne les hôpitaux. Des dispositions spécifiques en matière de qualité des soins et de sécurité des patients viennent d'être introduites dans la révision de la loi sur la santé adoptée par le Grand Conseil le 14 février 2008.

### **3.2. Satisfaction des patients et du personnel**

Entre septembre et décembre 2005, une enquête de satisfaction des patients a été menée par l'entreprise spécialisée MeCon. 2'746 patients en soins aigus (chirurgie, médecine, gynécologie et obstétrique) y ont répondu. **Globalement, la satisfaction des patients était bonne** quant à la compétence des médecins et du personnel soignant (89% respectivement 88.8% de personnes satisfaites ou très satisfaites), à l'infrastructure (86.5%), au logement (85.6%), à la disponibilité des médecins (85.2%) et à l'humanité du personnel soignant (82.2%). Les motifs d'insatisfaction se référaient principalement à des difficultés de

communication avec les professionnels de la santé et à des problèmes de coordination entre différentes disciplines.

En septembre 2006, l'IUMSP a réalisé, sur mandat du Service de la santé publique, une **évaluation de la satisfaction du personnel du RSV**.

- Les résultats montrent que les domaines nécessitant des mesures d'amélioration correspondent le plus souvent à ceux que l'on rencontre dans de telles études : circulation de l'information, organisation du travail, salaire. Pour certains établissements ou certaines catégories professionnelles, des améliorations sont également à apporter dans les domaines suivants : qualité des repas, charge de travail, entretien périodique d'évaluation, opportunités de formation.
- L'IUMSP avait conduit en 2002 une enquête basée sur le même questionnaire pour le CHUV. Il a ainsi été possible de procéder à une comparaison avec le RSV. Les résultats de ces deux institutions sont comparables sur la majeure partie des questions. Le RSV enregistre des meilleurs résultats que le CHUV concernant l'adéquation des locaux, la charge de travail, le sentiment de travailler sous pression, ainsi que la satisfaction en matière de salaire. Le CHUV présente de meilleurs résultats concernant la qualité des repas, la définition de la fonction, l'aide des supérieurs, et le nombre de jours de formation.

Rappelons encore que la répartition des disciplines médicales introduite dès 2004 a permis **d'améliorer l'attractivité du RSV** pour les médecins et le personnel soignant. Grâce à un volume de patients plus importants dans chaque service, les actes techniques peuvent être effectués plus souvent, garantissant ainsi la qualification du personnel. De plus, les gardes et le service de piquet peuvent être mieux répartis.

Pour preuve, malgré le contexte de pénurie de médecins hospitaliers que connaît notre pays, la plupart des renouvellements de postes au sein du RSV ont pu être assurés et **des spécialistes renommés ont été engagés**, notamment dans les domaines de la neurologie, de la cardiologie interventionnelle, de la chirurgie vasculaire, de la chirurgie viscérale, de l'ORL, de la radiologie et des urgences.

Le fait que le RSV constitue désormais une seule entreprise est également un avantage en terme d'attractivité, puisque des échanges de spécialistes peuvent être effectués entre les différents sites, ce qui permet de renforcer les connaissances et les compétences.

Il est vrai cependant que la charge de travail reste élevée pour tout le personnel soignant, mais **la situation aurait été encore plus difficile sans la mise en réseau des hôpitaux**, avec des services trop petits pour assurer une bonne répartition de la garde et du service de piquet.

### **3.3. Evolution de l'activité**

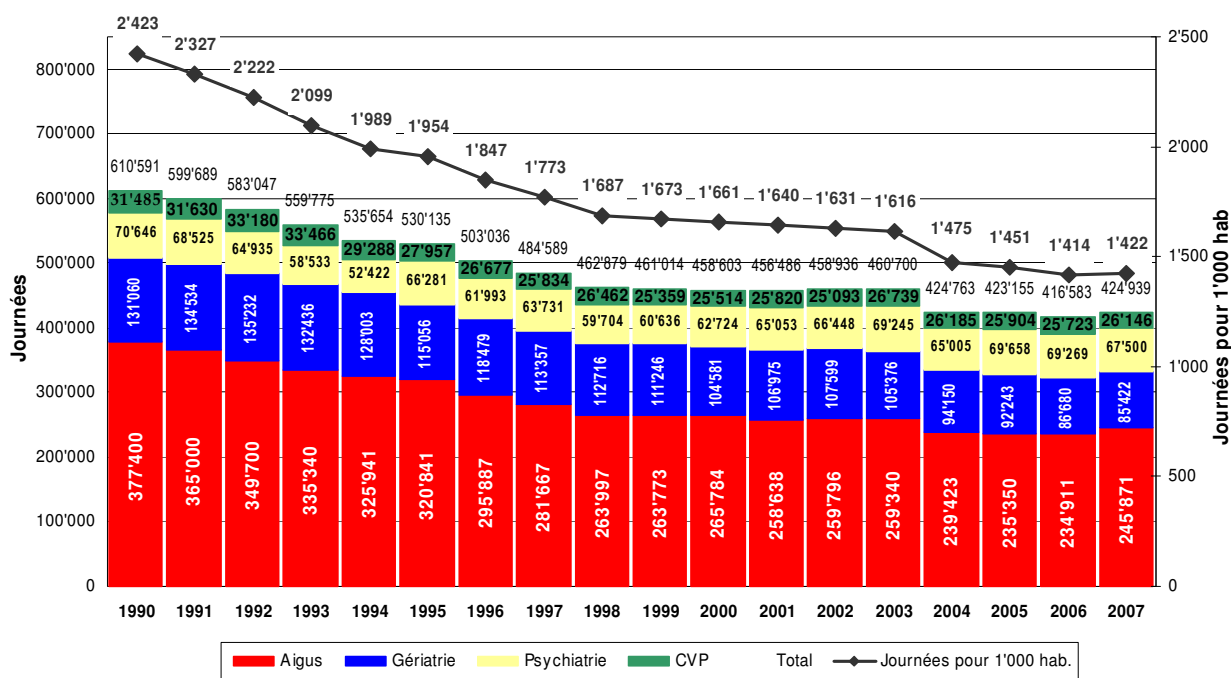
Sont présentées ci-après l'évolution globale de l'activité pour l'ensemble du RSV, puis, de manière plus détaillée, pour chaque établissement concerné par les propositions d'adaptation formulées au chapitre 5 du présent rapport, à savoir le Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO) et le Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs). Comme indiqué en introduction, le Centre hospitalier du Chablais (CHC) n'est pas touché par ces changements, raison pour laquelle le détail de l'évolution de l'activité de ses établissements n'est pas intégré dans cette analyse. Le projet de création de l'hôpital intercantonal Riviera-Chablais, actuellement en cours d'élaboration, fera l'objet d'une procédure distincte qui sera soumise aux parlements vaudois et valaisan, accompagnée des divers documents y relatifs.

### 3.3.1 Ensemble du RSV

Le graphique suivant indique l'évolution du nombre de journées-malades pour l'ensemble des établissements composant le RSV actuel, y compris la partie valaisanne de l'hôpital du Chablais. Il montre la **réduction du nombre de journées-malades**, conséquence des progrès de la médecine et de la chirurgie qui permettent aux malades de sortir plus rapidement de l'hôpital ou de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire.

Ce graphique illustre également la tendance à la **surhospitalisation** caractérisant la période qui a précédé la mise en réseau des hôpitaux. En effet, la tendance à la baisse s'arrête entre 1998 et 2003, chaque établissement cherchant à prolonger les séjours et à hospitaliser davantage afin de faire face à ses difficultés financières. A cette époque, chaque établissement offrait toutes les prestations de base, avec des services hospitaliers concurrents, trop petits et par conséquent trop peu performants.

**Nombre de journées-malades (journées et journées pour 1'000 habitants), 1990-2007, RSV (y c. partie valaisanne de l'hôpital du Chablais)**



**La mise en place du RSV et la répartition des disciplines médicales introduite en 2004 ont permis de réduire le nombre d'hospitalisations inadéquates.** En 2004, le RSV a enregistré une baisse du nombre de cas dans le secteur des soins somatiques aigus, baisse qui s'explique principalement par une meilleure adéquation de certaines hospitalisations. Une légère augmentation de l'activité dans ce domaine est enregistrée en 2007.

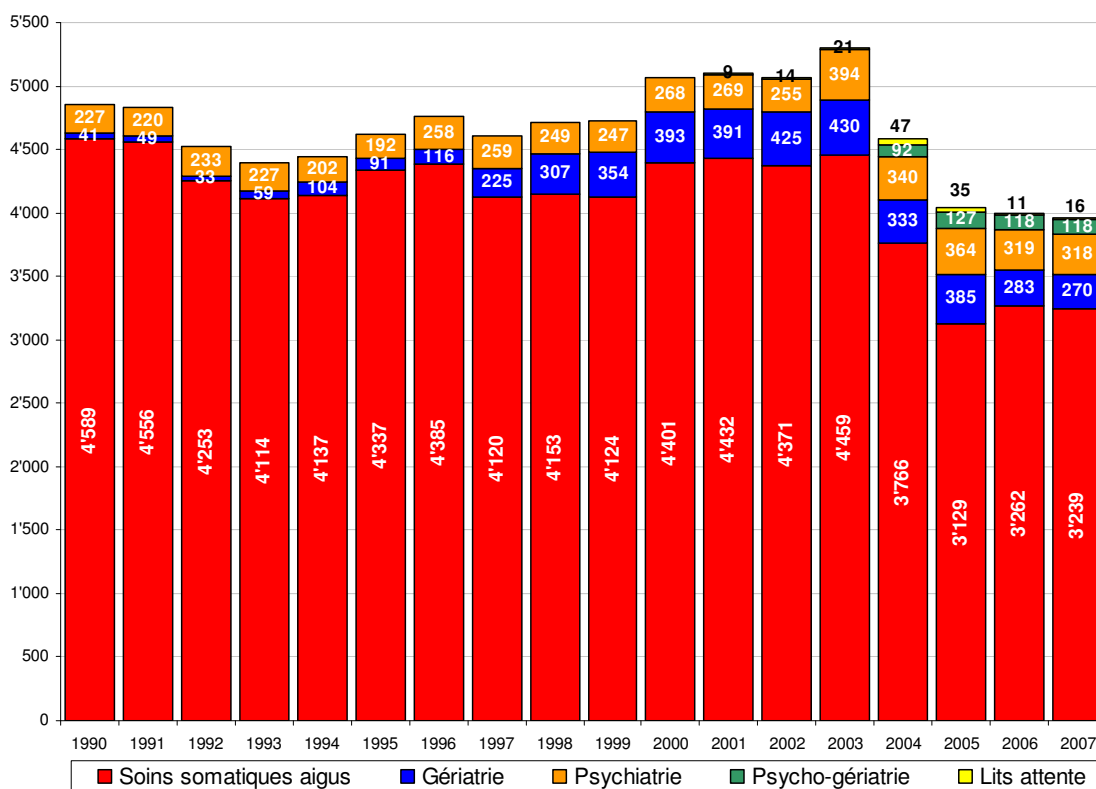
Le secteur de la gériatrie enregistre également une diminution en 2004 qui s'inscrit dans une tendance générale à la baisse permise par le développement des prises en charge en EMS et par les CMS. La diminution des journées-malades en gériatrie s'explique également par l'introduction, en 2004, de lits d'attente dans plusieurs hôpitaux. Il s'agit d'une mesure transitoire, ces lits d'attente devant progressivement disparaître au fur et à mesure de la mise à disposition de nouvelles places en EMS.

### **3.3.2 Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO)**

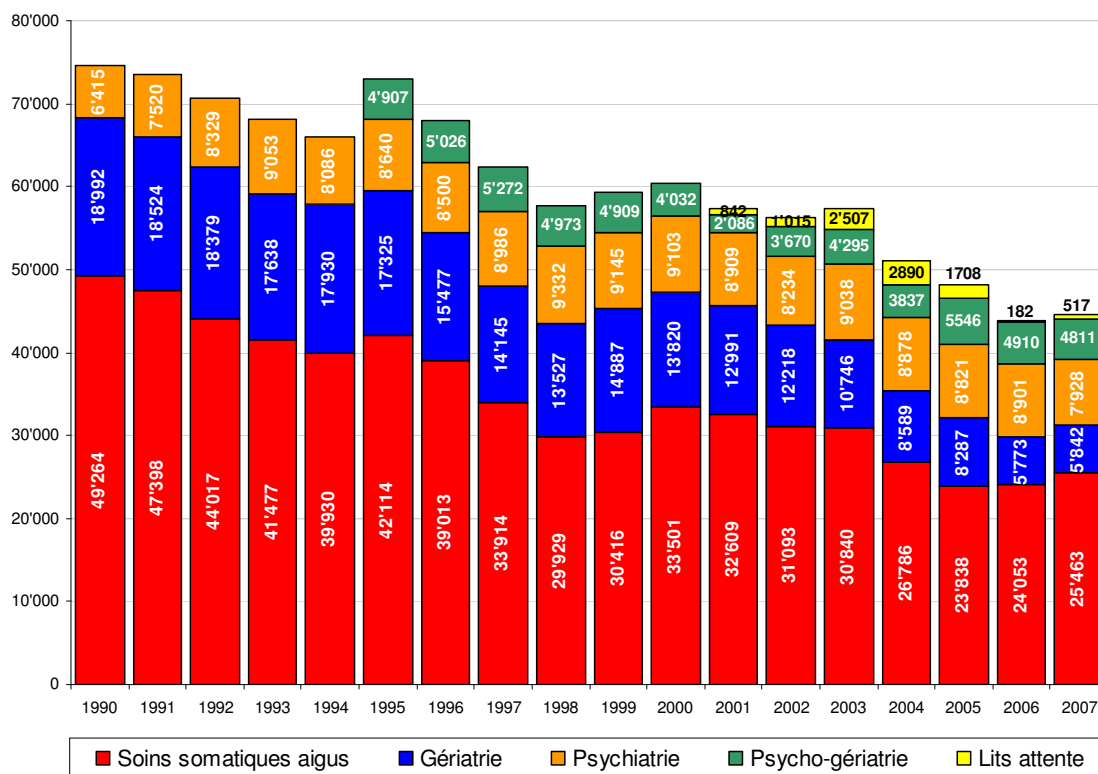
Comme le montrent les graphiques suivants, l'hôpital de Brigue a connu, en 2004 et 2005, suite à la réorganisation hospitalière, une baisse du nombre de sorties et du nombre de journées-malades dans le domaine des soins somatiques aigus. A partir de 2006, l'activité augmente à nouveau dans ce secteur. Comme dans le reste du canton, les sorties et les journées-malades en gériatrie sont en baisse à Brigue. Au-delà des variations annuelles, l'activité en psychiatrie et en psychogériatrie est relativement constante.

En ce qui concerne l'hôpital de Viège, la nouvelle répartition des disciplines médicales a provoqué une augmentation de l'activité en soins somatiques aigus, suite à la concentration des cas lourds et/ou non programmés sur ce site. Comme à Brigue, l'activité en gériatrie de l'hôpital de Viège suit la tendance à la baisse enregistrée dans tout le canton. Par contre, en au niveau des lits d'attente, le nombre de sorties et le nombre de journées-malades sont en augmentation à Viège.

**Hôpital de Brigue : nombre de sorties, 1990-2007**

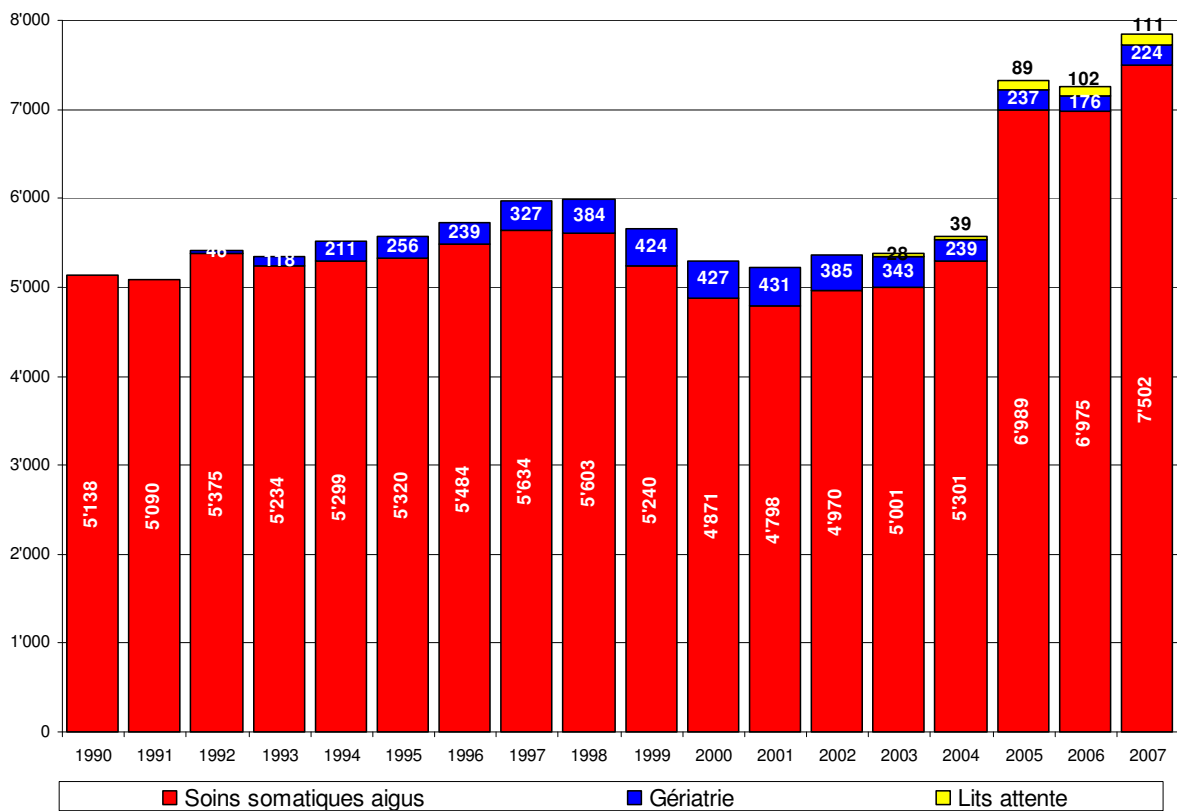


**Hôpital de Brigue : nombre de journées-malades, 1990-2007**

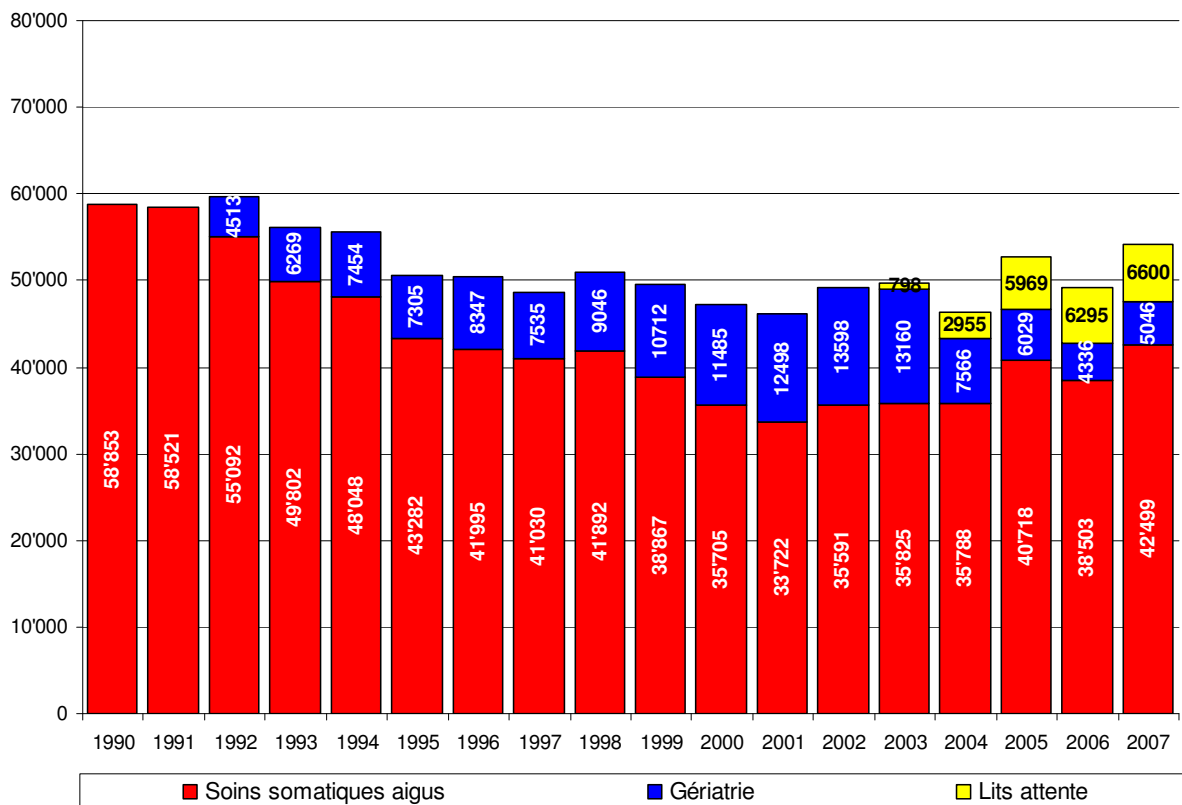




**Hôpital de Viège : nombre de sorties, 1990-2007**

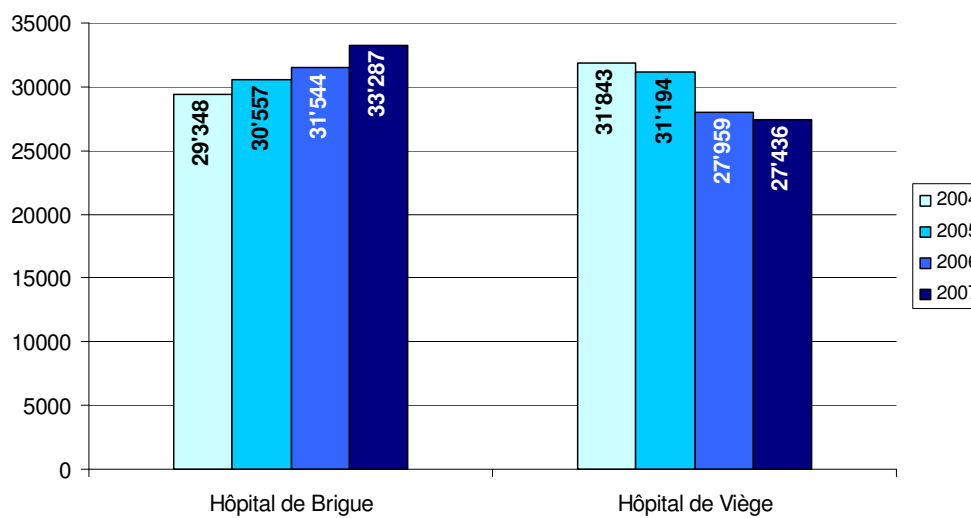


**Hôpital de Viège : nombre de journées-malades, 1990-2007**



Les données ci-devant se rapportent à l'activité stationnaire. Pour une vision plus globale, il importe de considérer également l'activité ambulatoire des hôpitaux. Comme le montre le graphique suivant, l'activité ambulatoire est en hausse à Brigue depuis l'introduction de la nouvelle répartition des disciplines en 2004. Elle baisse par contre à Viège. Cette évolution s'explique par le critère de répartition retenu, à savoir la différenciation des cas complexes et/ou non programmés (Viège) et des cas légers et/ou programmés (Brigue).

**Hôpitaux de Brigue et de Viège : visites ambulatoires et cas de semi-hospitalisation<sup>1</sup> en soins somatiques aigus, 2004-2007**



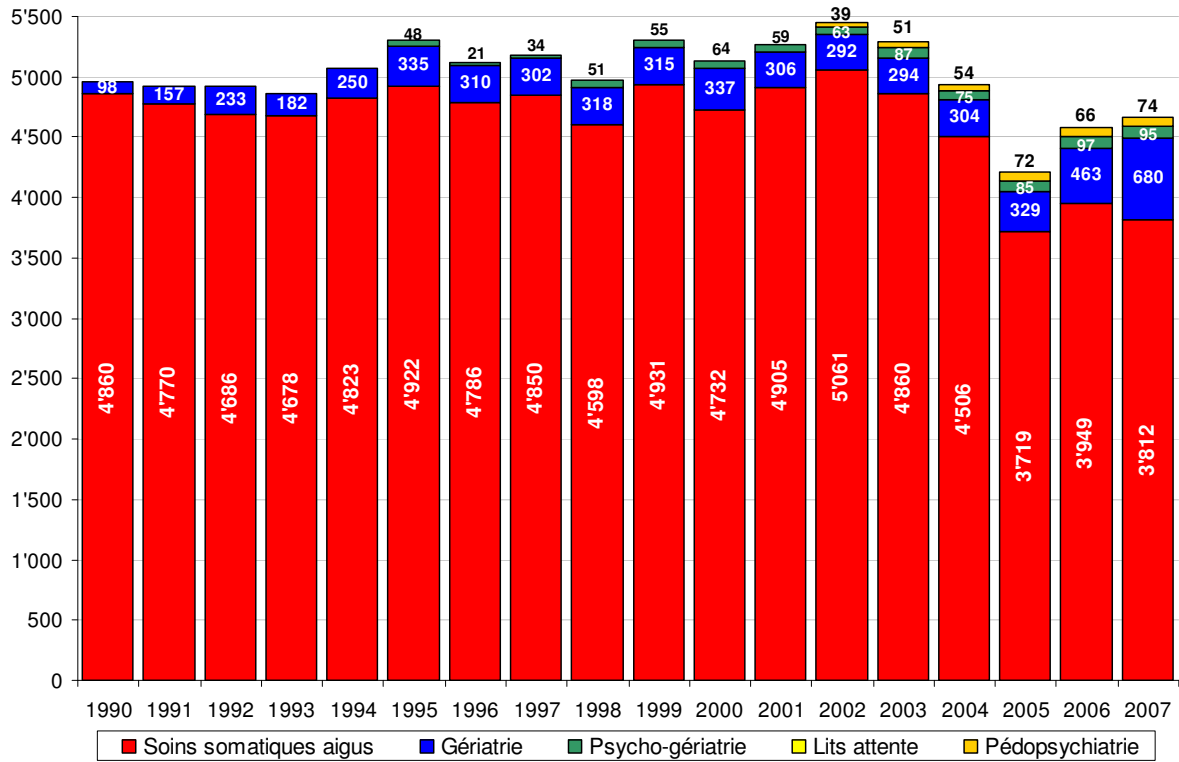
### 3.3.3 Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)

Suite à l'introduction de la nouvelle répartition des disciplines en 2004 avec la concentration des cas lourds et/ou non programmés sur le site de Sion, le nombre de sorties en soins somatiques aigus a augmenté à Sion, alors que le nombre de journées-malades est resté relativement stable. Les sorties et les journées-malades en soins somatiques aigus ont accusé une baisse en 2004 et 2005 dans les hôpitaux de Sierre et de Martigny.

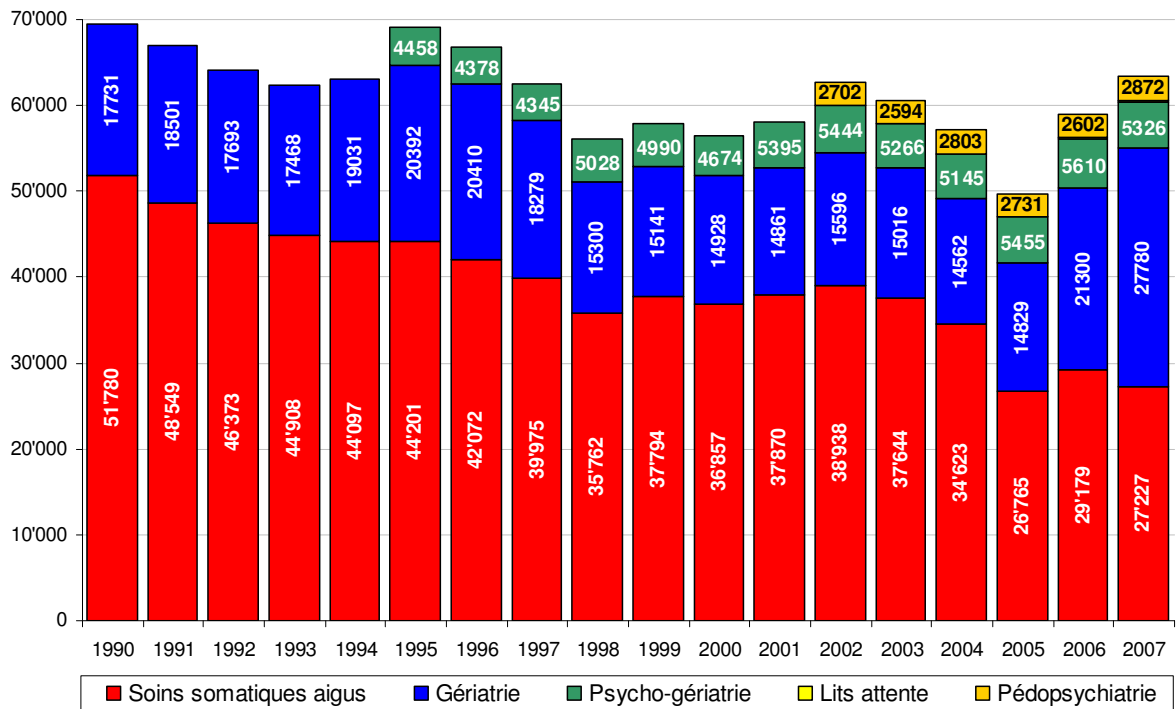
L'activité stationnaire globale (soins somatiques aigus, gériatrie, psychiatrie, psychogériatrie, lits d'attente) est à nouveau en augmentation à Sierre et Martigny depuis 2006, principalement en raison de la fermeture de l'hôpital de Gravelone qui s'est accompagnée d'un transfert de lits de gériatrie vers les hôpitaux de Sierre et Martigny. Il est à relever aussi que ces deux établissements ont vu leur activité en soins somatiques aigus augmenter entre 2005 et 2007.

<sup>1</sup> Sont réputés traitements semi-hospitaliers les séjours planifiés pour des examens, des traitements et des soins qui nécessitent une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit durant la journée. Sont également réputés traitements semi-hospitaliers les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit.

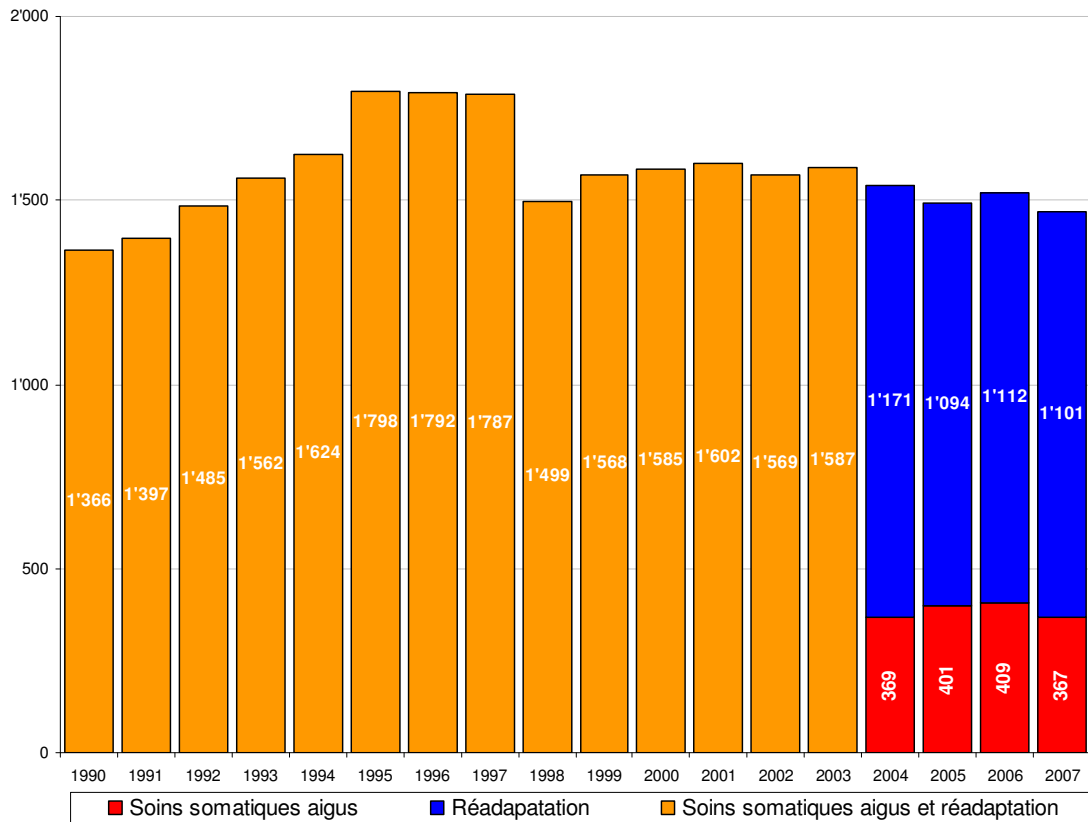
**Hôpital de Sierre et Clinique Ste-Claire : nombre de sorties, 1990-2007**



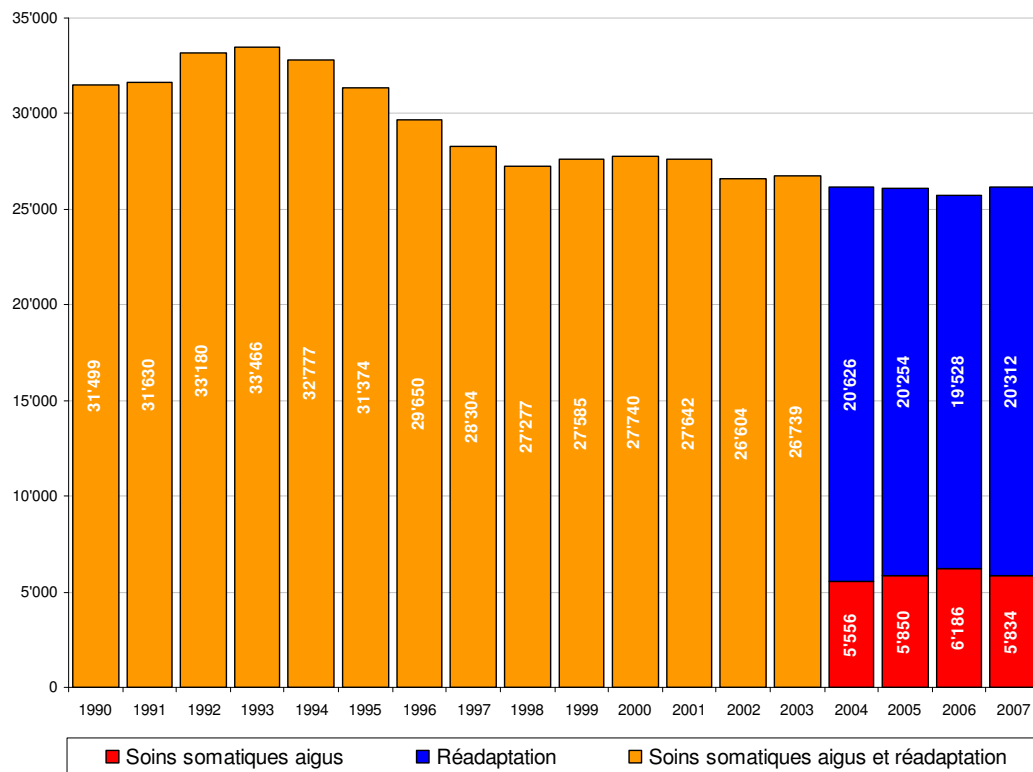
**Hôpital de Sierre et Clinique Ste-Claire : nombre de journées-malades, 1990-2007**



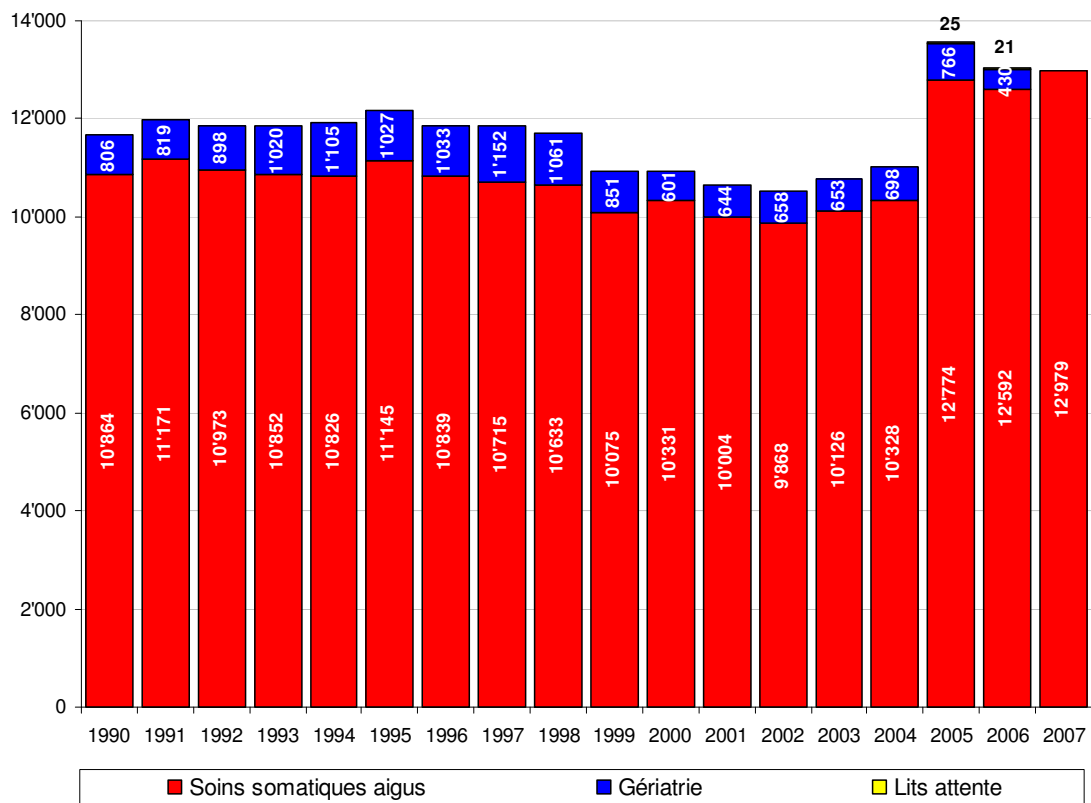
**Centre valaisan de pneumologie (CVP) : nombre de sorties, 1990-2007**



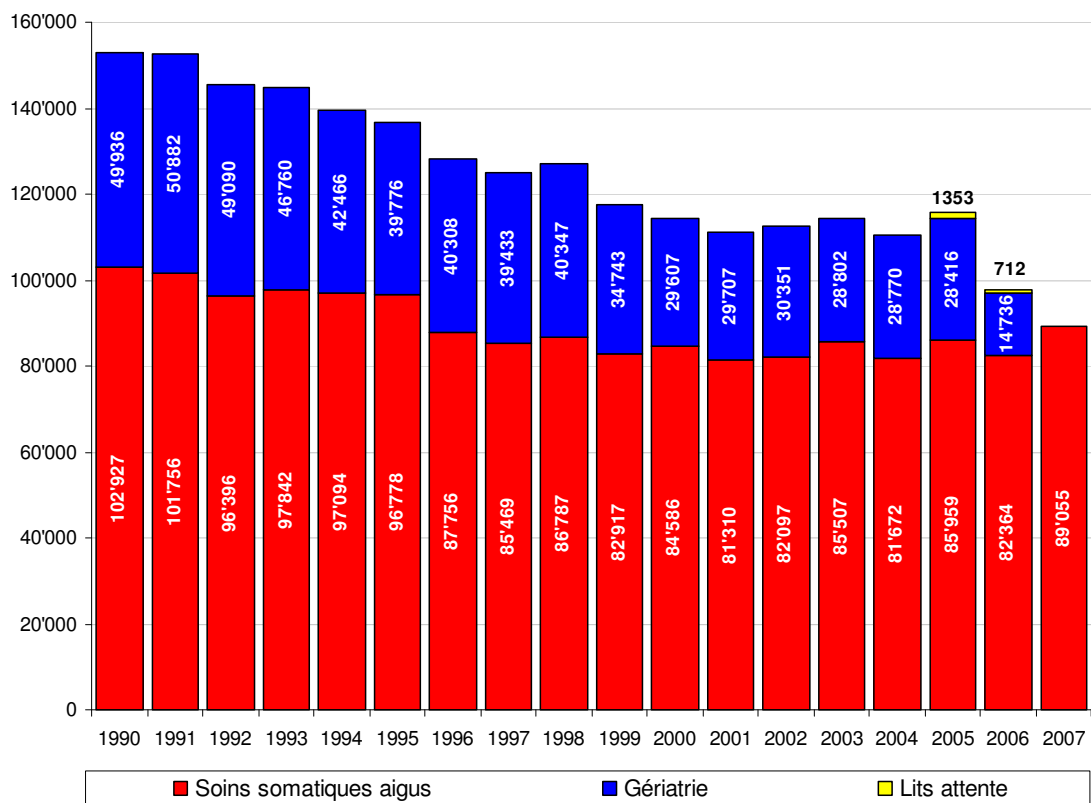
**Centre valaisan de pneumologie (CVP) : nombre de journées-malades, 1990-2007**



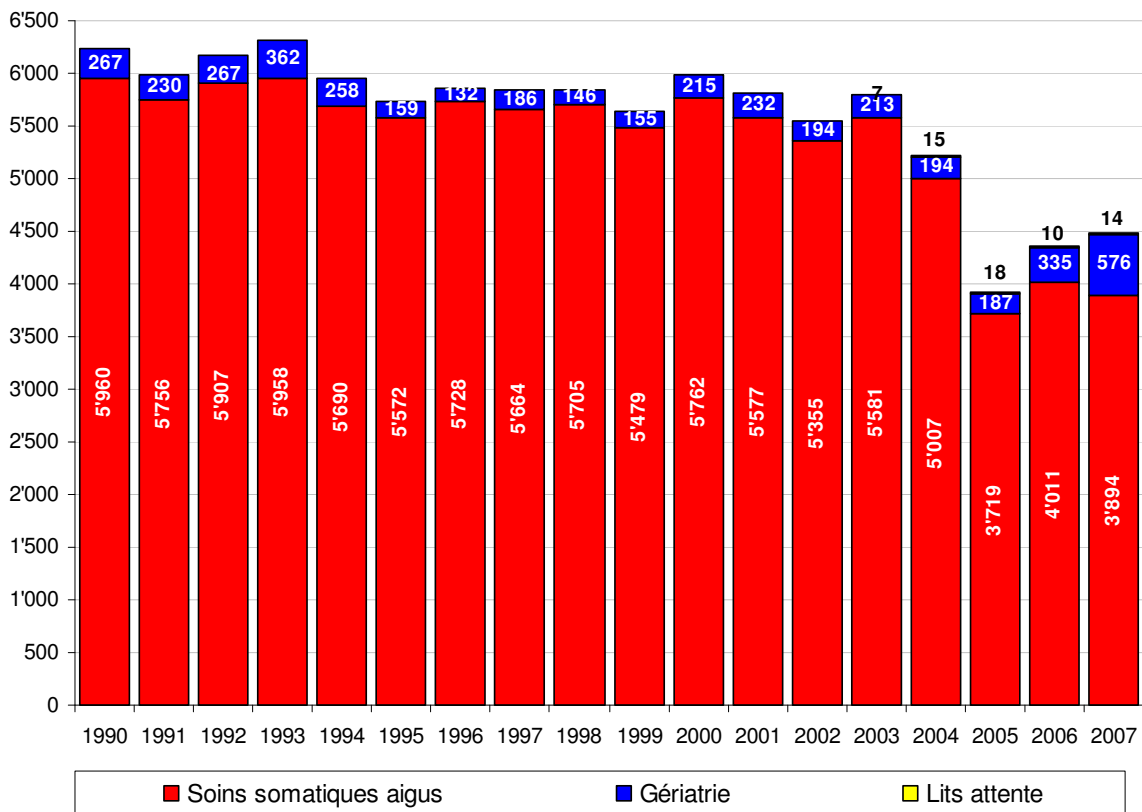
**Hôpital de Sion et hôpital de Gravelone : nombre de sorties, 1990-2007**



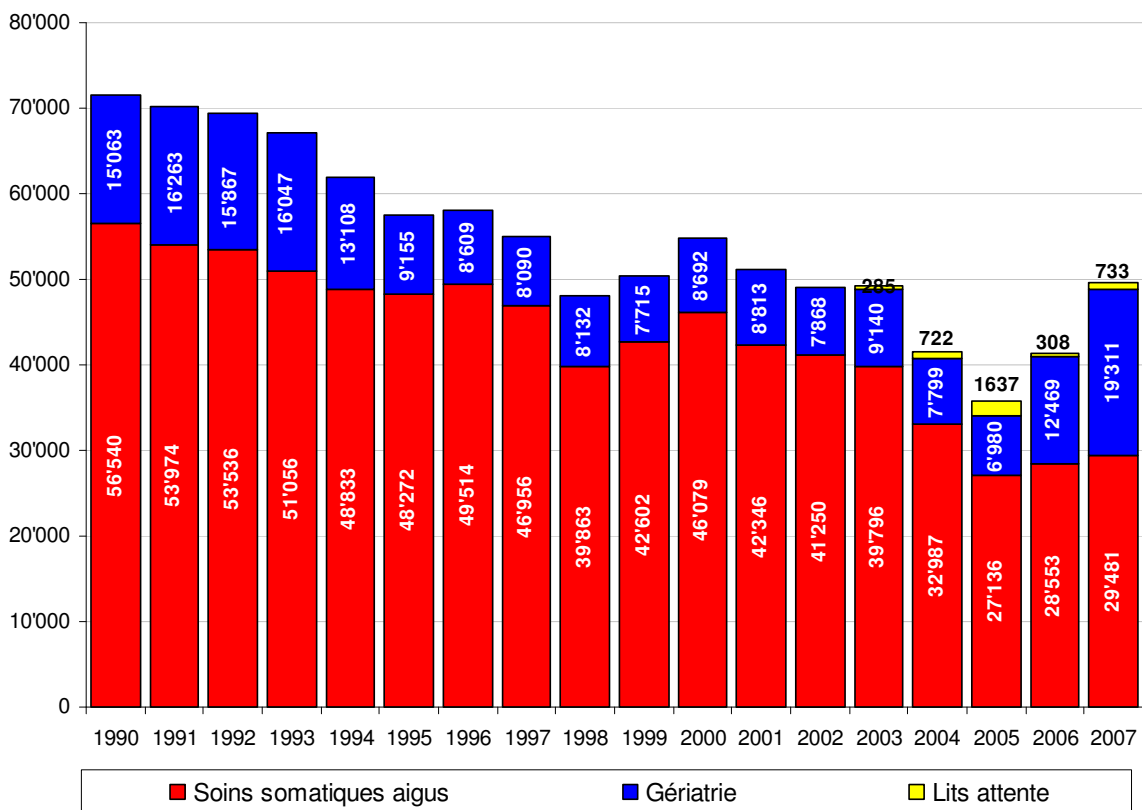
**Hôpital de Sion et hôpital de Gravelone : nombre de journées-malades, 1990-2007**



**Hôpital de Martigny : nombre de sorties, 1990-2007**

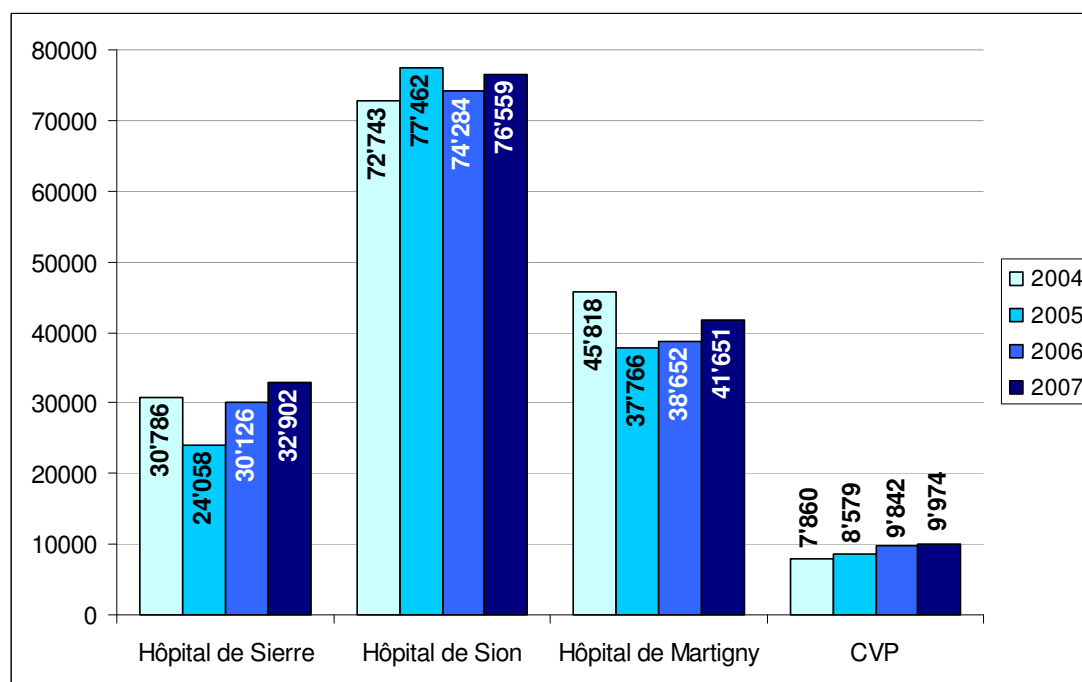


**Hôpital de Martigny : nombre de journées-malades, 1990-2007**



Après avoir accusé une baisse en 2005 s'expliquant en outre par le transfert de la pédiatrie sur Sion, **l'activité ambulatoire est à nouveau en augmentation à Sierre**, notamment grâce au développement de la chirurgie plastique attribuée à cet établissement dans le cadre de la planification hospitalière de 2004. A Martigny, l'activité ambulatoire s'est stabilisée après une baisse en 2005 qui s'explique en partie par le transfert de la pédiatrie sur Sion. A Sion, l'activité ambulatoire est restée relativement stable. Elle augmente au CVP.

**Hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny : visites ambulatoires et cas de semi-hospitalisation<sup>2</sup> en soins somatiques aigus, 2004-2007**



### 3.4. Evolution des emplois

Conformément à la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS), le Conseil d'Etat doit, lors de l'élaboration de la planification sanitaire, veiller à garantir prioritairement des soins de qualité. Dans la mesure compatible avec la maîtrise des coûts, il doit également veiller à répartir les ressources équitablement, en considérant les impacts socio-économiques de la politique sanitaire.

Cette préoccupation a été prise en compte depuis le début de la mise en réseau des hôpitaux. Comme le montre le tableau suivant, **le nombre d'emplois plein temps (EPT) a augmenté entre 2004 et 2007 dans les établissements de Viège, Sierre, Ste-Claire, Martigny, St-Amé, ainsi qu'aux IPVR et à l'hôpital du Chablais. Ils ont par contre diminué à Brigue et à Sion. Au CVP, le nombre de postes est resté stable.**

<sup>2</sup> Sont réputés traitements semi-hospitaliers les séjours planifiés pour des examens, des traitements et des soins qui nécessitent une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit durant la journée. Sont également réputés traitements semi-hospitaliers les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit.

**Nombre d'emplois plein temps par établissement du RSV**

Nombre d'EPT *	2004 °	2005	2006	2007
Brigue	373.2	353.2	336.8	343.8
Viège	339.8	344.8	359.6	353.4
Sierre	303.7	265.7	287.9	311.6
Ste-Claire	88.9	92.7	91.6	95.1
Centre valaisan de pneumologie	118.1	116.8	119.7	118.1
Sion **	880.8	912.7	863.6	833.4
Martigny	333.4	307.0	321.4	345.4
St-Amé	149.6	154.9	154.6	158.5
Institutions psychiatriques du Valais romand	245.3	244.2	251.8	258.2
Hôpital du Chablais	243.6	249.5	256.2	264.0
Direction générale RSV	5.5	10.6	10.7	13.4
Tâches déléguées***	26.6	39.4	47.6	47.1
<b>Total RSV</b>	<b>3'108.5</b>	<b>3'091.3</b>	<b>3'101.4</b>	<b>3'142.1</b>

° moyenne deuxième semestre 2004

\* y compris les médecins à l'acte

\*\* y compris Hôpital de Gravelone jusqu'au 31.12.2006

\*\*\* Service d'informatique médicale et administrative des hôpitaux et des EMS/CMS, Centre des maladies infectieuses et d'épidémiologie, codage

**3.5. Evolution des dépenses et des résultats financiers du RSV**

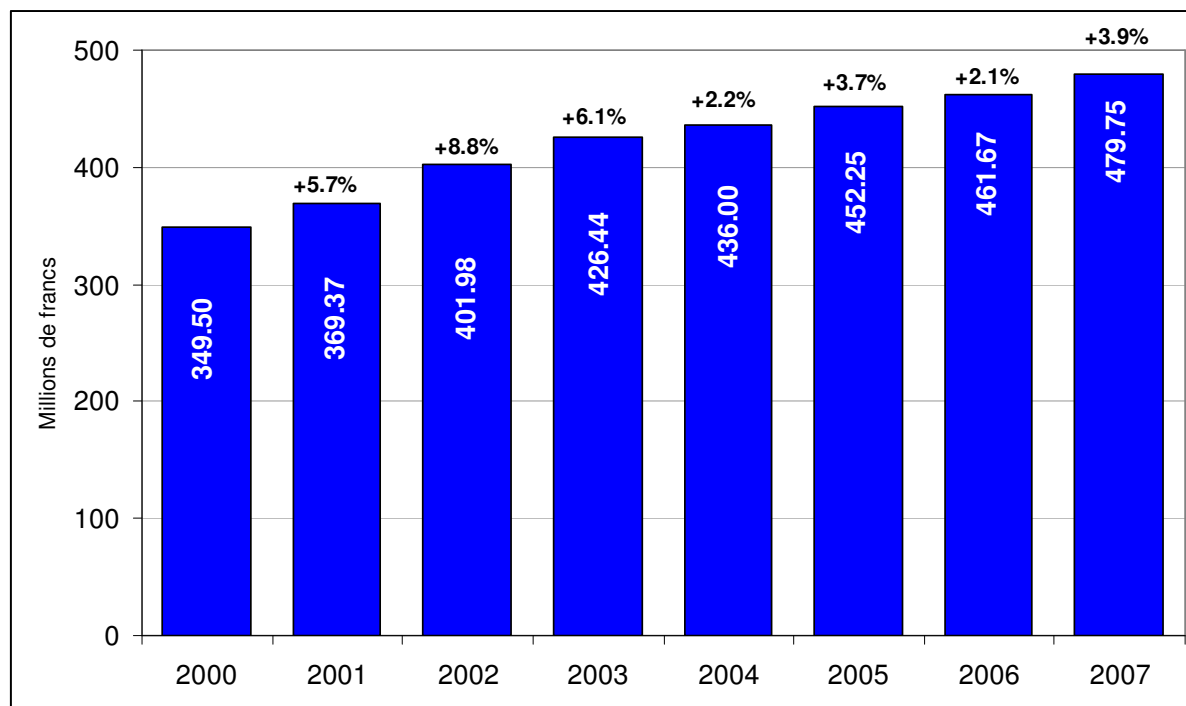
Dans tous les pays occidentaux, les dépenses des hôpitaux ont connu une forte progression. Elle s'explique par **les progrès technologiques** et **le développement de la médecine**, mais aussi par **l'accroissement et le vieillissement de la population** qui font que cette tendance se poursuivra inévitablement.

Le tableau suivant indique l'évolution depuis 2000 des dépenses d'exploitation des établissements hospitaliers valaisans, tous secteurs confondus (soins somatiques aigus, gériatrie, psychiatrie, réadaptation).

Entre 2000 et 2003, la croissance des dépenses s'est accélérée (+5.7% en 2001, +8.8% en 2002, +6.1% en 2003). La réforme du système hospitalier valaisan décrite plus haut (mise en réseau des hôpitaux par la création du RSV et répartition des disciplines médicales) a **permis de freiner la progression des dépenses dès 2004** (+2.2% en 2004, +3.7% en 2005, +2.1% en 2006, +3.9% en 2007).



**Dépenses d'exploitation de l'ensemble des établissements hospitaliers composant le RSV (soins somatiques aigus, gériatrie, psychiatrie, réadaptation), en millions, 1990-2006 (y compris la part valaisanne de l'hôpital du Chablais – 55%)**



La situation financière du RSV est désormais équilibrée. La perte de l'exercice 2004 a pu être compensée par les bénéfices des années 2005 à 2007 tout en laissant une marge pour les exercices futurs.

#### **Evolution des résultats financiers du RSV**

Exercice 2004 (déficit)	-11'567'570.06
Exercice 2005 (bénéfice)	3'622'600.23
Exercice 2006 (bénéfice)	4'192'448.88
Exercice 2007 (bénéfice)	7'718'104.10
<b>Report au 31.12.2007 (bénéfice)</b>	<b>3'965'583.15</b>

La mise en réseau des hôpitaux a également facilité le développement d'un **système informatique uniforme**, l'introduction de la **comptabilité analytique par unité finale d'imputation** et, en 2005, le passage au financement par **APDRG**. Le RSV est l'un des premiers établissements de Suisse à avoir introduit ce système de financement beaucoup plus précis, permettant de rémunérer les établissements en fonction de la pathologie dont souffre le patient.

Le **taux de couverture** des dépenses par les assureurs-maladie a de la sorte pu être amélioré. Il avait en effet été considérablement réduit en 2001, passant de 50% à 45.5% en moyenne, les assureurs estimant que la comptabilité des hôpitaux valaisans manquait de transparence. En 2007, ce taux a pu être ramené à 47.5%.

### **3.6. Difficultés liées à la mise en réseau**

En dépit de ses avantages, la mise en réseau des hôpitaux comporte des difficultés :

- la pratique de certaines disciplines sur deux ou trois sites entraîne des **transferts entre hôpitaux** et peut s'avérer inconfortable pour le patient ;
- les transferts entre hôpitaux concernent également les **médecins (qui opèrent et traitent leurs patients parfois sur deux, voire trois sites) et, dans certains cas, le personnel des soins et médico-technique** ; de ce point de vue, l'attractivité du RSV peut encore être améliorée ;
- l'organisation médicale avec des départements dont l'activité doit être répartie sur plusieurs sites constitue une difficulté, notamment en matière de communication et de suivi des patients ;
- le **maintien ou le développement de certaines activités sur les autres sites** (Brigue, Sierre, Martigny) **est parfois difficile**, et ce pour plusieurs raisons : toutes les disciplines n'y sont pas représentées, ce qui réduit les échanges interdisciplinaires ; le traitement des cas complexes et/ou urgents n'est pas possible en raison de l'absence de soins intensifs et de la fermeture des salles d'opération la nuit et le week-end.

## **4. Perspectives**

### **4.1. Evolution technologique**

La médecine enregistre des progrès toujours plus spectaculaires, notamment dans les domaines de la génétique, de l'informatique, de la robotique et de la pharmacologie. Ainsi, par exemple, la **chirurgie minimalement invasive** a déjà apporté d'énormes progrès : elle permet de procéder à des opérations limitant les incisions à quelques millimètres afin d'introduire les différents instruments opératoires et la caméra de vision. Les bénéfices retirés sont nombreux : **davantage de sécurité, moins de risques d'infection et de complications postopératoires, douleurs réduites, esthétique améliorée**. La chirurgie minimalement invasive connaît actuellement une véritable révolution.

Les nouvelles technologies, et notamment les techniques chirurgicales moins invasives, permettent de réduire les durées de séjour à l'hôpital et de développer les prises en charge ambulatoires. Corollaire de cette évolution, **le nombre de journées-malades en soins aigus dans les hôpitaux valaisans est en diminution** depuis le début des années 1990 et cette évolution se poursuit.

Les progrès de la médecine entraînent également une spécialisation toujours plus importante des soins. **Cette spécialisation des soins nécessite davantage de concentration** afin de garantir un volume de patients suffisant pour assurer la qualité et l'économicité des prestations. Quant à l'achat de nouveaux équipements, il est coûteux et ne

peut donc pas se faire pour chaque établissement. La complexité des interventions suppose aussi la spécialisation et la formation permanente des équipes hospitalières. Il devient ainsi de plus en plus difficile de trouver le personnel disposant des compétences spécifiques.

Ces évolutions nécessitent des adaptations régulières des infrastructures hospitalières. Selon les spécialistes, la taille optimale pour un établissement hospitalier est actuellement de **250 à 300 lits pour un bassin de population de 150'000 habitants**.

Avec une population de 298'900 habitants (état au 31.12.2007), le Valais offre donc selon ces normes un bassin de population pour deux établissements de 250 à 300 lits chacun. Grâce aux réformes mises en œuvre et grâce à la collaboration avec le Chablais vaudois (apportant notamment un élargissement du bassin de population), le paysage hospitalier valaisan est désormais composé de 3 centres hospitaliers offrant chacun l'ensemble des prestations de base, pour un total de 700 lits planifiés pour les patients valaisans.

**Avec la poursuite toujours plus rapide des progrès techniques, ces normes vont évoluer, rendant de nouvelles adaptations de la planification indispensables.** On peut en effet s'attendre à ce que le bassin de population idéal pour un établissement hospitalier devienne encore plus grand au fur et à mesure que les spécialisations se développeront.

## **4.2. Evolution du contexte hospitalier helvétique**

Le 21 décembre 2007, le Parlement fédéral a adopté une révision des dispositions de la LAMal relatives au financement hospitalier. Les principales modifications introduites dans cette révision sont le libre choix de l'hôpital, la participation des cantons au financement de tous les établissements figurant sur leur liste hospitalière (y compris les établissements privés), l'introduction d'un système de financement lié aux prestations uniforme pour toute la Suisse (en l'occurrence les Swiss-DRG) et l'obligation de procéder à des comparaisons sur les coûts et la qualité des prestations. Ces modifications entreront en vigueur en 2012. Elles visent un **renforcement de la concurrence** entre les hôpitaux. **Le RSV devra s'adapter** afin de se positionner au mieux dans ce nouveau contexte.

Le **libre choix de l'hôpital** va compliquer la situation des établissements non universitaires comme le RSV ayant pour mission d'offrir toutes les prestations hospitalières de base ainsi que des prestations d'utilité publique comme l'obligation générale d'admission et les urgences. Or, ces établissements peinent déjà à trouver de bons spécialistes, ces derniers préférant opter pour une carrière universitaire, ou pour une clinique privée où le service de garde est moindre ou encore pour un établissement de grande taille garantissant un nombre de patients suffisant pour chaque spécialité médicale. Le libre choix de l'hôpital s'ajoutera à ces difficultés. Les patients chercheront à se rendre dans les établissements où pratiquent les spécialistes les plus renommés, à savoir principalement les grands centres universitaires et certaines cliniques privées. Les autres établissements risquent ainsi d'être confrontés à une baisse du nombre de cas qui pourrait conduire à la fermeture de certains services. Ils rencontreront probablement aussi des difficultés à maintenir des prestations de qualité si le personnel ne peut plus réaliser suffisamment de gestes techniques. Ces établissements deviendraient aussi moins attractifs pour les spécialistes. Ce nouveau contexte nécessitera donc des adaptations importantes. **Il deviendra encore plus nécessaire qu'à l'heure actuelle de disposer d'un volume de patients suffisant pour chacune des disciplines médicales offertes.**

L'exemple de l'Allemagne permet d'appréhender les changements que devrait connaître le système hospitalier suisse ces prochaines années avec l'introduction d'un système de **financement lié aux prestations uniforme pour toute la Suisse**. L'Allemagne a introduit

en 2005 un système de financement par DRG dont sont inspirés les Swiss-DRG qui seront appliqués en Suisse dès 2012. Ce changement a provoqué en Allemagne une diminution du nombre de lits, une concentration des prestations, des fusions d'établissements, ainsi que l'exclusion des services ne disposant pas de la masse critique de patients nécessaire pour garantir la qualité des prestations. Ces réformes ont été réalisées en raison, notamment, du nouveau système de financement qui a permis de mettre en évidence les capacités spécifiques de chaque établissement grâce à des définitions précises des prestations.

Le Valais a déjà introduit un système de financement par DRG (à savoir les APDRG), en 2005, après avoir connu des forfaits par cas/spécialités depuis 1999. Ces nouveaux modes de financement ont contribué à la réduction des durées d'hospitalisation et du nombre de lits.

Avec l'arrivée des Swiss-DRG dans l'ensemble du pays dès 2012, ainsi que l'introduction du libre choix de l'hôpital et la publication de comparaisons portant sur les coûts et la qualité, on peut s'attendre, comme cela s'est produit en Allemagne, à un **renforcement de la pression vers davantage de concentration des prestations sur un nombre limité d'établissements afin d'atteindre, dans chaque domaine d'activité, la masse critique de patients permettant de garantir la qualité et l'économicité des prestations.**

La révision du financement hospitalier constitue une première étape vers une libéralisation du marché de la santé. Certaines propositions visent, à moyen terme, à introduire la liberté de contracter dans les secteurs stationnaire et ambulatoire, avec un financement moniste. Chaque caisse-maladie pourrait dès lors choisir avec quels hôpitaux elle souhaite passer contrat (liberté de contracter). La participation cantonale au financement des séjours hospitaliers serait versée à la caisse-maladie et non plus à l'hôpital (financement moniste). Le 1<sup>er</sup> juin 2008, le peuple suisse a cependant rejeté un projet d'article constitutionnel visant à poser les bases pour la mise en place d'un tel système.

### **4.3. Conséquences pour le RSV**

Les experts comme le Professeur Felix Harder prévoient, avec l'entrée en vigueur de la révision du financement hospitalier en 2012, l'émergence de grandes régions sanitaires dépassant le cadre cantonal. Les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Berne pourraient exercer une attraction encore plus grande pour les patients valaisans. Le RSV devrait dès lors chercher à se profiler entre ces deux grandes régions.

L'avenir du RSV s'inscrit dans ce nouveau contexte. Afin de l'y préparer au mieux, **des adaptations doivent être envisagées dès à présent, avec pour objectif l'amélioration de la qualité et de l'économicité des prestations.** Pour cela, de nouveaux regroupements sont à effectuer afin d'améliorer encore l'attractivité du RSV pour les spécialistes (réduction des déplacements entre les divers sites, masse critique de patients suffisante). Ces adaptations à court terme font l'objet des propositions présentées au chapitre 5 du présent rapport.

A l'avenir, les **collaborations intercantionales** deviendront de plus en plus **indispensables**. Les conventions avec les hôpitaux universitaires, actuellement en cours de révision, devront être développées afin de garantir la qualité des prestations du RSV et le maintien de disciplines de pointe en Valais. Une **intensification des relations entre le RSV et l'Hôpital du Chablais**, puis avec le futur hôpital Riviera-Chablais, est indispensable pour éviter un développement non coordonné des prestations qui pourrait aboutir à la création de sur-capacités comme cela s'est produit dans les hôpitaux valaisans avant la mise en place du RSV.

A moyen terme, de nouvelles réformes en profondeur seront inévitables afin de garantir la pérennité du RSV dans le nouveau contexte hospitalier helvétique. Ces réformes devront être élaborées et discutées lors de la prochaine législature. Le RSV et le département de la santé vont prochainement débiter une réflexion sur l'avenir des hôpitaux valaisans.

## **5. Planification 2008 : propositions d'adaptation**

### **5.1. Objectifs généraux**

La planification hospitalière doit être envisagée comme un **processus évolutif** permettant d'adapter progressivement les infrastructures et leur organisation en fonction de l'évolution des technologies, des modes de prises en charge et des besoins des patients. Ceci est essentiel pour le domaine hospitalier où l'activité ne peut être interrompue et ne doit pas souffrir des changements.

Les propositions d'adaptation de la planification formulées dans le présent rapport s'inscrivent dans la continuité des planifications de 2004 et 2006. Elles poursuivent les mêmes objectifs, à savoir prioritairement l'amélioration de la qualité des prestations, conformément à la LEIS (voir point 2.4 ci-dessus). Elles visent également à **positionner au mieux le RSV** dans le nouveau contexte hospitalier helvétique.

Pour cela, il importe d'améliorer encore la qualité des prestations, d'accroître la spécialisation, de développer les centres de compétences, de rationaliser l'organisation médicale et de renforcer l'attractivité du RSV pour les médecins, le personnel des soins et le personnel médico-technique.

Il y a lieu ici de rappeler l'importance que revêt l'attractivité du RSV en tant qu'employeur. Le RSV est confronté à la **concurrence d'autres employeurs souvent plus attractifs** (perspective de carrière universitaire, gardes moins lourdes en clinique privée), sur un marché de l'emploi caractérisé par un manque de médecins hospitaliers et de personnel des soins et médico-technique. En effet, au sein du RSV, environ 25% de ces professionnels proviennent de l'étranger.

Afin d'atteindre ces objectifs, **un regroupement des différentes disciplines médicales doit être réalisé**. Les regroupements de disciplines proposés permettront notamment :

- un **meilleur entraînement** des professionnels pour la réalisation d'actes médicaux spécifiques et complexes ;
- une **spécialisation accrue** du personnel au vu de l'évolution rapide des progrès médico-techniques ;
- le développement de **centres de compétences** ;
- une **plus grande facilité d'organisation** pour les équipes opératoires et donc plus de disponibilité pour les patients ;
- une **utilisation plus rationnelle des salles d'opération** ;
- une **meilleure disponibilité** des professionnels pour la garde médicale.

**Les propositions d'adaptation de la planification proposées ci-après sont indispensables pour atteindre ces objectifs.**

Elles tiennent également compte de **l'équilibre entre les régions du canton**. En effet, chaque établissement concerné par ces propositions reçoit de nouvelles activités et en perd d'autres. Chacun de ces sites continuera à offrir des prestations sanitaires, y compris dans le domaine des soins somatiques aigus.

Comme indiqué en introduction, ces adaptations ne concernent que le Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO, cf. point 5.2) et le Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs, cf. point 5.3). Pour la région du Chablais, les objectifs mentionnés ci-dessus devront être atteints dans le cadre de la création de l'hôpital intercantonal Riviera-Chablais qui prévoit le regroupement des activités hospitalières de soins somatiques aigus dans un seul établissement pour l'ensemble de la population de la Riviera et du Chablais.

## 5.2. Centre hospitalier du Haut-Valais (SZO)

### 5.2.1 Chirurgie générale (y compris traumatologie)

La chirurgie générale est actuellement pratiquée à Viège et Brigue. Cette dispersion sur deux sites ne permet plus de prendre en charge la population haut-valaisanne selon les standards de qualité actuels. Afin de remédier à cette situation, il est proposé de **regrouper toute la chirurgie générale du SZO, y compris la traumatologie, sur le site de Viège**, en y transférant l'activité stationnaire et l'activité ambulatoire encore présentes à Brigue. Selon les données 2007, quelques 3'200 journées-malades, soit environ 9 lits, seraient donc à déplacer de Brigue vers Viège.

#### Chirurgie générale

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Brigue</b>	2'912	3'177	8.0	8.7
<b>Viège</b>	13'110	14'368	35.9	39.4

### 5.2.2 Orthopédie

L'orthopédie électorale, c'est-à-dire les cas pouvant être programmés, est actuellement exercée à Brigue. Cette discipline se caractérise par une très forte demande. Le nombre de journées-malades est passé de 4'563 en 2005 à 5'632 en 2007.

#### Orthopédie

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Brigue</b>	4'991	5'632	13.7	15.4
<b>Viège</b>	59	42	0.2	0.1

Pour faire face à cette croissance, le RSV engagera un **médecin orthopédiste supplémentaire**, ce qui permettra de renforcer le centre de compétences en orthopédie de Brigue et d'augmenter sa capacité de **8 lits**. Il sera ainsi possible de traiter à Brigue un certain nombre de cas qui doivent actuellement être pris en charge hors canton. De plus, la réadaptation de l'appareil locomoteur devra y être développée, de façon à compléter les

prestations offertes et améliorer encore leur qualité. Ce développement permettra aussi d'envisager des synergies intéressantes avec le secteur de la gériatrie (voir aussi point 5.2.4).

Le renforcement de l'orthopédie offre une occasion unique de compléter les compétences spécifiques disponibles dans ce domaine par la mise en place de la chirurgie minimale invasive de la colonne vertébrale. Grâce aux collaborations avec les domaines de la thérapie de la douleur (ambulatoire et stationnaire), de la physiothérapie, de la réadaptation gériatrique et de la rhumatologie, les bases pour la mise sur pied d'un « centre de réadaptation de l'appareil locomoteur » de qualité sont posées.

### 5.2.3 Oto-rhino-laryngologie (ORL)

L'activité en oto-rhino-laryngologie (ORL) stationnaire est relativement faible, la tendance étant, pour un nombre de plus en plus grand d'affections dites légères, de les prendre en charge de façon ambulatoire. Afin de rationaliser l'offre dans ce domaine, la distinction entre cas lourds et cas légers devrait être abandonnée et les services d'ORL regroupés.

Comme le montre le tableau suivant, le volume de patients en ORL est trop faible pour conserver cette discipline à Brigue et Viège. Il est donc proposé de **regrouper les lits et les équipements d'ORL à Viège** qui traite déjà actuellement les cas les plus complexes ainsi que les cas pédiatriques.

#### ORL (sans les cas pédiatriques)

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Brigue</b>	482	406	1.3	1.1
<b>Viège</b>	225	130	0.6	0.4

### 5.2.4 Gériatrie – médecine interne

Selon la définition de la Société professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG), la gériatrie est la branche de la médecine qui s'occupe de la santé à un âge avancé, ainsi que de tous les aspects cliniques (physiques et psychiques), de prévention, de réadaptation et sociaux des maladies des personnes âgées. Cette discipline est en plein développement étant donné les perspectives d'accroissement du nombre de personnes âgées et le besoin d'une prise en charge médicale spécialisée avec des soins et des traitements spécifiques. L'évolution démographique impose une mutation au système de santé en général et aux services hospitaliers en particulier. Le renforcement des interactions entre médecine interne et gériatrie est un des enjeux de cette évolution. Cette interface devrait favoriser une meilleure adaptation de l'offre en soins aux besoins des patients, contribuer à l'évolution de la formation des professionnels et offrir des opportunités pour développer et tester des modèles de soins innovateurs qui doivent être renforcés.

Par la nature de ses activités, la gériatrie entretient des liens très proches avec la médecine interne. L'organisation future doit permettre à la gériatrie de se concentrer afin de développer de véritables centres de compétences et ses liens avec la médecine interne doivent être renforcés, afin d'améliorer :

- la prise en charge des patients âgés hospitalisés en médecine interne ;
- le devenir de ces patients ;

- la qualité des soins dans l'institution aussi bien que dans le réseau externe.

Au niveau du SZO, les activités de médecine interne et de gériatrie ont déjà été intégrées au sein d'un même département. Afin de **rassembler les compétences** en gériatrie actuellement dispersées entre Viège et Brigue, il est recommandé de **regrouper toute l'activité de gériatrie sur le site de Brigue**. Le SZO sera ainsi mieux à même de garantir le renouvellement de la reconnaissance FMH en gériatrie, **ce regroupement d'activités étant formellement exigé par la FMH**.

Les diverses décisions prises par le Conseil d'Etat en vue de la mise à disposition de nouveaux lits d'EMS justifient désormais la révision du nombre de lits de gériatrie planifiés pour le Haut-Valais, nombre qui n'a plus été revu depuis 2005. Actuellement, seuls une trentaine de lits sont utilisés, alors que la planification en prévoit 85. Il est donc proposé **d'adapter le nombre de lits planifiés en gériatrie en fonction de leur utilisation actuelle, soit 35 lits pour l'ensemble du SZO, et de les regrouper à Brigue**, en précisant que le nombre de lits planifiés correspond à une moyenne annuelle.

### *Gériatrie*

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)		Lits planifiés (2005)
	2006	2007	2006	2007	
<b>Brigue</b>	5'773	5'842	15.8	16.0	42
<b>Viège</b>	4'336	5'046	11.9	13.8	43

Au niveau de la **médecine interne**, toujours afin de renforcer la spécialisation et les compétences, il est proposé d'hospitaliser davantage de patients à Viège en transférant **18 lits** de Brigue vers Viège. Il s'agit également de faciliter la gestion du département de médecine interne et de gériatrie dont l'activité est répartie sur deux sites.

### *Médecine interne*

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Brigue</b>	13'942	14'620	38.2	40.1
<b>Viège</b>	13'701	15'375	37.5	42.1

## **5.2.5 Lits d'attente**

La planification hospitalière de 2006 prévoit la suppression progressive des unités de lits d'attente avec la mise en exploitation des nouveaux lits d'EMS, pour ne laisser ouverts qu'un à deux lits par site (Brigue et Viège pour le SZO).

### *Lits d'attente*

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Brigue</b>	182	517	0.5	1.4
<b>Viège</b>	6'295	6'600	17.2	18.1

Depuis 2005, 94 lits d'EMS supplémentaires ont été mis en exploitation dans la région de Brigue et 17 dans la région de Viège. En 2008, l'ouverture de 78 nouveaux lits dans la région



de Brigue et 24 à 27 dans la région de Viège est prévue. Cette dernière sera encore dotée de 22 à 25 lits supplémentaires en 2009. Ainsi, dès 2010, ces deux régions disposeront du nombre de lits d'EMS prévus dans la planification cantonale de prise en charge des personnes âgées dépendantes de 2005 (204 lits pour 1'000 habitants de 80 ans et plus).

Dans la continuité de la planification hospitalière de 2006 et compte tenu des nouveaux lits d'EMS qui seront prochainement mis à disposition dans le Haut-Valais, il est proposé de **réduire progressivement le nombre de lits d'attente, en fonction de l'évolution des besoins et de la mise à disposition de nouveaux lits d'EMS.**

### **5.3. Centre hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)**

Les propositions relatives au CHCVs visent à regrouper un certain nombre de disciplines médicales sur deux sites au lieu de trois actuellement, et ce afin d'atteindre les objectifs mentionnés précédemment.

#### **5.3.1 Chirurgie générale, orthopédie, traumatologie orthopédique**

La chirurgie générale est actuellement présente sur les sites de Sierre, Sion et Martigny. Il est proposé de **regrouper cette discipline sur Sion et Sierre.** Selon les données 2007, cela représente environ 2'500 journées-malades, soit 7 lits, qui devraient être transférés de Martigny vers Sion (4 lits environ) et Sierre (3 lits environ).

Ce regroupement sur deux sites permettra d'améliorer la gestion de la chirurgie générale, de mieux l'adapter à l'évolution technologique, de faciliter le travail des médecins et des collaborateurs et d'optimiser la prise en charge des patients.

##### **Chirurgie générale**

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Sierre</b>	2'984	2'292	8.2	6.3
<b>Sion</b>	9'882	12'797	27.1	35.1
<b>Martigny</b>	3'175	2'566	8.7	7.0

Les hôpitaux de Sierre et de Sion continueront ainsi à se spécialiser dans le domaine de la chirurgie viscérale, alors que l'hôpital de Martigny se concentrera sur le développement d'un centre de compétences en orthopédie et traumatologie orthopédique.

Un centre de compétences en orthopédie existe actuellement à l'hôpital de Martigny, suite à la mise en œuvre du concept hospitalier de 2004. L'activité orthopédique à Martigny est en augmentation : le nombre de journées-malades est passé de 6'459 en 2005 à 7'656 en 2007.

##### **Orthopédie**

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Sion</b>	2'532	1'862	6.9	5.1
<b>Martigny</b>	6'969	7'656	19.1	21.0

Dans le cadre de la planification de 2006, il a été décidé de transférer la traumatologie différée de Sion vers Martigny. Ce transfert n'est encore que très partiellement réalisé, comme le montrent les données ci-après.

#### *Traumatologie orthopédique*

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Sion</b>	5'209	7'076	14.3	19.4
<b>Martigny</b>	68	17	0.2	0.0

Afin de mettre pleinement en œuvre le transfert de la traumatologie différée vers Martigny, une commission de structure a été mise en place avec pour mandat de formuler des propositions visant le développement d'un centre de compétences en orthopédie et en traumatologie différée à Martigny. Son rapport est attendu pour l'automne 2008. Le tri des urgences devrait continuer à s'effectuer à Sion, mais davantage de cas devront être transférés à Martigny, soit avant, soit après l'opération, selon la gravité et le degré d'urgence. Le transfert de la traumatologie différée devrait libérer en moyenne annuelle 4 lits à Sion et en occuper 4 à Martigny.

Le centre de compétences de Martigny comprendra ainsi l'orthopédie, la traumatologie différée, la rhumatologie et la réadaptation de l'appareil locomoteur (en collaboration avec le CVP). Les perspectives de développement dans ce domaine sont bonnes.

Rappelons encore que la mise en place du RSV et la nouvelle répartition des disciplines médicales instaurée depuis 2004 ont permis à l'hôpital de Martigny de garantir un niveau d'activité élevé et de maintenir les emplois (voir points 3.3 et 3.4).

#### **5.3.2 Soins palliatifs**

En 2006, le Conseil d'Etat a décidé d'introduire dans la planification hospitalière une nouvelle catégorie de lits : celle des lits de soins palliatifs. Afin de développer cette prestation dans le Haut-Valais et suite à la fermeture de l'hôpital de Gravelone en Valais Central, la planification 2006 a prévu la mise sur pied de trois unités de soins palliatifs, à Brigue (6 lits), Sierre (4 lits) et Martigny (8 lits).

A l'heure actuelle, les unités de Brigue et de Martigny ont été constituées et le personnel a pu bénéficier d'une formation spécifique. L'unité de Sierre n'a pas été mise en place, ce qui permet de reconsidérer l'opportunité de sa création.

Du point de vue médical, une unité de si petite taille pose problème dans son organisation. Il est donc proposé **d'abandonner le projet d'ouverture de 4 lits de soins palliatifs à Sierre et d'attribuer ces 4 lits à l'unité de Martigny qui pourra progressivement passer de 8 à 12 lits**. Des prestations spécialisées de soins palliatifs continueront bien évidemment à être dispensées et développées dans les divers autres services hospitaliers prenant en charge des patients en fin de vie. La médecine palliative ne sera donc pas supprimée dans les autres services. Au contraire, ces derniers pourront s'appuyer sur les compétences du médecin spécialiste en soins palliatifs que le RSV vient d'engager. Ce médecin sera chargé de gérer l'unité de soins palliatifs de Martigny, mais aussi d'assumer le rôle de consultant pour les soins palliatifs dispensés dans les divers services du CHCVs.

Un état des lieux de l'offre en médecine palliative en Valais est en cours de réalisation, afin d'évaluer les besoins, les ressources existantes, les insuffisances du système et les mesures à mettre en place pour y remédier. Il permettra ensuite d'élaborer des propositions d'organisation des soins palliatifs vers un réseau de soins intégrés et coordonnés afin d'assurer l'accès et la qualité des soins, sans coûts financiers additionnels significatifs pour la population de l'ensemble du canton.

### 5.3.3 Gynécologie ambulatoire opératoire

La gynécologie ambulatoire opératoire est actuellement pratiquée sur les sites de Sierre, Sion et Martigny. Comme le montre le tableau suivant, le nombre de visites ambulatoires et le nombre de cas de semi-hospitalisation en gynécologie connaissent une forte diminution à Sierre.

#### Gynécologie

	Nombre de visites ambulatoires et de cas de semi-hospitalisation en soins somatiques aigus			
	2004	2005	2006	2007
<b>Sierre</b>	1'256	828	607	169
<b>Sion</b>	2'661	2'639	3'362	4'070
<b>Martigny</b>	2'776	2'620	2'191	1'895

Afin de regrouper cette activité sur deux sites, **il est proposé de ne plus la pratiquer à Sierre**. Cela permettra notamment de désengorger les blocs opératoires de l'hôpital de Sierre qui sont actuellement sollicités par le développement de la chirurgie plastique.

### 5.3.4 Pédopsychiatrie

Les enfants et les jeunes souffrant de problèmes psychiques doivent pouvoir être pris en charge dans une unité spécifique afin d'éviter de perturber le fonctionnement des services de pédiatrie. A cette fin, et conformément au concept hospitalier de 2004, une unité de pédopsychiatrie de 8 lits a été mise en place à l'hôpital de Sierre. Ce secteur connaît actuellement une demande croissante. Pour y faire face, il est proposé **d'allouer 2 lits supplémentaires à l'unité de pédopsychiatrie de Sierre** qui passera ainsi de 8 à 10 lits.

#### Pédopsychiatrie

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Sierre</b>	2'602	2'872	7.1	7.9

### 5.3.5 Gériatrie – médecine interne – lits d'attente

Comme mentionné précédemment pour le SZO, la gériatrie, par la nature de ses activités, entretient des liens très proches avec la médecine interne. L'organisation future doit permettre à la gériatrie de se concentrer afin de développer de véritables centres de compétences et ses liens avec la médecine interne doivent être renforcés.

A l'image de ce qui existe au SZO, le **RSV organisera le regroupement progressif** des activités de médecine et de gériatrie du CHCVs au sein d'un même département. La répartition de la médecine interne et de la gériatrie entre les différents sites du CHCVs n'est pour l'heure pas modifiée. Les éventuelles modifications y relatives devront faire l'objet de propositions soumises à l'approbation du Conseil d'Etat.

La planification 2006 prévoit la suppression progressive des unités de lits d'attente avec la mise en exploitation des nouveaux lits d'EMS, mais de laisser ouverts un à deux lits par site. Comme le montre le tableau suivant, le nombre de lits d'attente utilisés au sein du CHCVs correspond à la planification établie.

#### *Lits d'attente*

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>Sierre</b>		164	0.0	0.4
<b>Ste-Claire</b>	179	108	0.5	0.3
<b>Sion (Gravelone)</b>	712		2.0	0.0
<b>Martigny</b>	308	733	0.8	2.0

### **5.3.6 Pneumologie**

Le concept hospitalier de 2004 prévoyait le maintien provisoire de la pneumologie au Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana afin de permettre à ce dernier et à l'hôpital de Sion de mettre en place les éléments nécessaires au regroupement sur le site de Sion. Cette décision de planification reste encore à mettre en œuvre.

#### *Pneumologie*

	Journées malades (JMA)		Lits (JMA/365)	
	2006	2007	2006	2007
<b>CVP</b>	5'788	5'832	15.9	16.0

### **5.4. Service de garde**

Le service de garde assumé par les médecins installés en privé rencontre en Valais, tout comme dans l'ensemble de la Suisse, de plus en plus de difficultés organisationnelles. Un nombre croissant de médecins demande à en être dispensés, et ce pour diverses raisons (charge de travail élevée, difficultés de conciliation avec la vie privée, augmentation des temps partiels, spécialistes manquant de connaissances en médecine de premier recours, manque de coordination avec les services d'urgence des hôpitaux, revendications croissantes de la population, etc.).

La loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 ainsi que la nouvelle loi sur la santé du 14 février 2008 prévoient diverses mesures visant à renforcer le service de garde dans notre canton. Sur la base de ces nouvelles dispositions légales, un projet-pilote de régulation médicale a été mis sur pied en juillet 2007 par la Société médicale du Valais (SMV), l'Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS) et le Service de la santé publique. Il s'agit d'une permanence téléphonique, assurée par des médecins qui fournissent les premiers conseils médicaux, la nuit dès 19h00, ainsi que les fins de semaine

et les jours fériés. Le Valais fait dans ce domaine œuvre de pionnier. Ce nouveau système, qui connaît un vif succès, permet de décharger les médecins de premier recours, d'assurer une prise en charge 24h sur 24 à toute la population valaisanne, de soulager les services d'urgence des hôpitaux et d'éviter des hospitalisations inutiles. De juillet à décembre 2007, 5'079 cas ont été traités. 3'666 d'entre eux ont pu être entièrement pris en charge par la régulation médicale. Ainsi, seuls 1'413 cas ont dû être référés aux médecins de garde ou aux services d'urgences des hôpitaux.

Afin de contribuer à pallier le manque de médecins de garde et de compléter le dispositif de régulation médicale, le RSV étudiera la possibilité d'ouvrir des **maisons de garde** dans les locaux de certains établissements hospitaliers. Une garde médicale pourrait ainsi être mise à disposition de la population, la nuit, le week-end et les jours fériés. Elle serait assurée par des médecins généralistes, selon un tournus à mettre en place en collaboration avec la SMV.

## 6. Conclusion

Les propositions d'adaptation de la planification hospitalière figurant dans le présent rapport s'inscrivent dans la continuité des décisions prises en 2004 et 2006. Elles permettront au RSV **d'améliorer encore la qualité de ses prestations**. Les regroupements proposés augmenteront la capacité du RSV à **attirer des spécialistes hautement qualifiés**, sur un marché de l'emploi caractérisé par un manque de médecins hospitaliers et de personnel des soins et médico-technique. La **spécialisation** sera accrue et les centres de compétences pourront se développer, garantissant ainsi un savoir-faire optimal et l'adaptation à l'évolution rapide des progrès médico-techniques. Le renouvellement des **reconnaisances de la FMH** s'en trouvera facilité.

Il est proposé que le RSV mette en œuvre progressivement ces adaptations dès leur approbation par le Conseil d'Etat. La liste hospitalière pourra être modifiée en conséquence fin 2008 pour entrer en vigueur au **1<sup>er</sup> janvier 2009**.

Le RSV disposera ainsi d'atouts indispensables pour faire face aux défis posés par l'introduction en 2012 des nouvelles modalités de la LAMal relatives au financement hospitalier (libre choix de l'hôpital, contribution du canton au financement des établissements privés, introduction d'un système de financement lié aux prestations uniforme pour toute la Suisse, comparaisons sur les coûts et la qualité des prestations). Ce changement de contexte nécessitera encore d'autres adaptations à l'avenir qui devraient faire l'objet de réflexions et de discussions de fond lors de la prochaine législature.

Les nouvelles dispositions de la LAMal nécessiteront également une révision globale de la planification hospitalière, en fonction notamment des nouveaux critères de planification qui seront établis par le Conseil fédéral (planification liée aux prestations, évaluation des besoins sur la base de comparaisons intercantionales, prise en considération de l'offre des autres cantons, coordination des planifications cantonales, etc.). Ces travaux sont prévus pour les années 2010 et 2011, de façon à ce que la nouvelle planification puisse entrer en vigueur en 2012, en même temps que les principales modifications de la LAMal précitées.