

Direction générale, Case postale 696, CH-1951 Sion

Recommandé

Département de la santé, des affaires sociales et
de la culture (DSSC)
Madame Esther Waeber-Kalbermatten
Cheffe de département
Avenue de la Gare 39
1950 Sion

Direction générale

T 027 603 67 00
F 027 603 67 24
info@hopitalvs.ch

Prof. Eric Bonvin
Directeur général
T 027 603 67 26
eric.bonvin@hopitalvs.ch

Anne Quennoz
Assistante de direction
T 027 603 67 27
anne.quennoz@hopitalvs.ch

Sion, le 7 août 2014

Votre contact : Albert Gaspoz / 027 60 36746 / albert.gaspoz@hopitalvs.ch

Planification hospitalière 2015
Projets de listes hospitalières en consultation

Madame la Cheffe de Département,

Nous vous remercions de l'opportunité offerte à notre établissement, par votre courrier du 5 juin dernier, de vous faire part de notre position et de nos remarques relatives aux quatre rapports et projets de listes hospitalières provisoires pour la planification 2015.

Les documents en question ont été largement diffusés au sein de l'Hôpital du Valais et la présente réponse reflète les positions de la Direction générale, des Directions de centres, des Collèges médicaux et des nombreux services qui ont participé à cette consultation. La préparation du budget 2015 a également été mise en relation étroite avec le contenu des rapports et des listes provisoires soumises à consultation.

En préambule, nous souhaitons souligner la qualité de l'impressionnant travail effectué par vos soins, depuis le dépôt des appels d'offres, dans l'élaboration de ces différents rapports détaillés.

Vous trouverez ci-après des remarques générales, puis des remarques détaillées concernant les centres et sites de l'Hôpital du Valais. Ces remarques explicitent les demandes résumées ci-après :

- Pour le SZO, attribution des groupes de prestations suivants dans la liste hospitalière définitive : BEW 8.1 (Brigue et Viège), BEW3 (Viège), GYN1.1 et GYN1.2 (Viège), HAE1 à HAE3 (Brigue), KAR1 et UNF1 (Visp), URO1 à URO1.1.6 et URO1.1.8 (Viège), VIS1.4 et VIS1.5 (Viège) et adaptation du nombre de lits en réadaptation musculo-squelettique, neurologique et en réadaptation polyvalente gériatrique

- Pour le CHVR, attribution du groupe de prestations BEW4 pour le site de Sion et révision du nombre de lits pour la réadaptation pulmonaire et neurologique, ainsi que du nombre de lits d'attente à Ste-Claire, dans la liste hospitalière définitive.

1. Remarques et commentaires généraux

L'Hôpital du Valais participe activement et de manière transparente, depuis de nombreuses années, au développement des programmes et mesures visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Cette transparence a comme corollaire une déclaration exhaustive des incidents ou autres événements (infections nosocomiales ou iatrogènes, chutes, escarres p.ex.), mais également un codage complet des comorbidités et complications. La conséquence assumée de cette transparence et de cette exhaustivité peut être parfois, comme l'illustre probablement votre rapport, des scores apparemment suboptimaux dans certains indicateurs.

L'Hôpital du Valais se réjouit donc des mesures de contrôle dans la déclaration des données qui se mettent en place au niveau national et qui permettront de pondérer parfois certains scores.

L'Hôpital du Valais, principal établissement hospitalier du canton, exploitant de nombreux bâtiments sur plusieurs sites et employant près de 5'000 collaboratrices et collaborateurs, devra assumer des changements organisationnels parfois importants pour mettre en œuvre la planification qui sera établie dans les nouvelles listes hospitalières 2015.

Sachant qu'une décision du Conseil d'Etat n'interviendra qu'à l'automne 2014, il est demandé qu'une période de transition, permettant le respect des engagements contractuels liés à ces changements (p.ex. délai pour le changement de lieu de travail pour certains collaborateurs dont les disciplines seraient déplacées), soit prévue et garantie durant l'année 2015.

L'Hôpital du Valais réitère ses réserves relatives à certaines exigences du modèle d'appel d'offre, qui lui semblent n'avoir que peu de sens et, quoi qu'aient déclarés certains soumissionnaires, ne semblent pas appliqués dans les établissements de notre canton. Par exemple, la disponibilité en 5 minutes d'un médecin de garde en réadaptation et pour les soins palliatifs, les exigences en matière de cours de formation en réanimation, etc.

En marge de la présente, l'Hôpital du Valais a également pris position sur des modifications du catalogue de prestations SPLG (e-mail au Service de la santé publique du 04.08.2014), qui touchent la liste hospitalière définitive. Il prendra également position dans les meilleurs délais à une seconde série de modifications soumises par le Service de la santé publique (SSP) en date du 4 août et qui, elles aussi, influenceront la liste hospitalière définitive pour les soins aigus. Grâce à des échanges réguliers, nous avons bon espoir que ces différentes adaptations seront prises en compte par vos services.

2. Kommentare und Anpassungsanträge betreffend Leistungsaufträge des Spitalzentrum Oberwallis (Standorte Brig und Visp)

Die Geschäftsleitung (GL) und das Aerztekollegium des Spitalzentrum Oberwallis (SZO) danken für die geleistete Arbeit und die Uebermittlung der Dokumentation zur Vernehmlassung. Nach kritischer Durchsicht des provisorischen Berichtes der Spitalplanung 2015 beantragt die GL des SZO für die Bereiche Akutsomatik und Rehabilitation die Korrektur respektive Anpassung für die unten aufgeführten Leistungsmandate.

a. Akutsomatik

i. Bewegungsapparat

BEW 8.1: (Tab 16/17): Im SZO, Standort Brig, ist ein spezialisierter Wirbelsäulenchirurg tätig. Die Anforderungen für das Leistungsmandat BEW8.1. sind damit erfüllt. BEW8.1. beinhaltet zahlreiche Interventionen (Spondylodesen, ventrale und dorsale Zugänge zur Lenden- und Brustwirbelsäule, Osteosyntheseverfahren an der Wirbelsäule), die durch das Team des Wirbelsäulenchirurgen regelmässig durchgeführt werden. Müssen diese Eingriffe notfallmässig oder an Wochenenden durchgeführt werden, finden diese Operationen (durch den in Brig stationierten Wirbelsäulenchirurgen) auch in Visp statt.

Das SZO beantragt die Aufnahme von BEW 8.1 Bewegungsapparat in die Liste der Leistungsmandate für die Standorte Brig und Visp.

BEW 3: (Tab 17): Die Allgemeinchirurgen und Traumatologen am Standort Visp des SZO haben ebenfalls eine Expertise im Bereich Handchirurgie und führen solche Eingriffe regelmässig durch. Die Handchirurgie gehört zum Leistungsspektrum eines Allgemeinchirurgen. Visp erfüllt die Kriterien für BEW3. Ein Spezialambulatorium ist nicht erforderlich.

Das SZO beantragt die Aufnahme von BEW3 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp.

ii. Gynäkologie

GYN 1.1; 1.2: Maligne Neoplasien der Zervix, Vulva und Vagina (Frühstadien) werden regelmässig operativ behandelt. Grössere Eingriffe in Kollaboration mit dem Zentrumsipital

Das SZO beantragt die Aufnahme von GYN 1.1 und 1.2 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp.

iii. Haematologie

HAE1;2;3: (Tab 16): Am Standort Brig sind 3 Fachärzte FMH Onkologie und FMH Hämatologie tätig. HAE 1-3 sind häufige hämatologische Diagnosen und werden mehrheitlich ambulant, wie auch stationär behandelt. HAE1 sind 15-20 Fälle pro Jahr, HAE 2,3 mehr als 30 Fälle pro Jahr. Die Diagnose und Behandlung dieser Entitäten wird seit mehr als 10 Jahren in Brig angeboten. Die Leistungen im CHVR und im SZO im Bereich Hämatologie und medizinische Onkologie sind analog ohne zusätzliches Angebot an einem oder anderem Standort, die Mindestfallzahlen werden problemlos erreicht, es gibt keinen ersichtlichen Grund für unterschiedliche Leistungsmandate. Das Vorhandensein einer Intensivstation ist kein Argument, das SZO verfügt über eine IPS in Visp und IMC in Brig, die notfallmässige Versorgung dieser Patienten ist damit gewährleistet und zusätzlich fachärztlich sichergestellt, die entsprechenden Spezialisten sind im Notfalldienst integriert. Die Erklärung für Nachbehandlungen ist wegzulassen, es erfolgen ambulante und stationäre Abklärungen und Erstbehandlungen.

Das SZO beantragt die Aufnahme von HAE1-3 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Brig

iv. Kardiologie

KAR 1: (Tab 17): inklusive Schrittmacherimplantation wird am Standort Visp regelmässig angeboten (nicht nur Nachbehandlung). Die Schrittmacherimplantation werden nicht nur elektiv eingelegt sondern ist ebenfalls eine häufige Notfallindikationen und muss bei vorhandener IPS angeboten werden. Die Erklärung in Tab. 17 ist falsch: am SZO sind ein Kardiologe 100% und ein Kardiologe 20% angestellt. 40-45 Schrittmacherimplantationen werden pro Jahr eingelegt.

Das SZO beantragt die Aufnahme von KAR 1 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp

v. Schwere Verletzungen

UNF1: (Tab 17): Ein Polytrauma ist in der Unfallchirurgie ein relativ häufiger Notfall. Die Erklärung kein angestellter Facharzt im Standort ist falsch, in Visp sind fünf Fachärzte Unfallchirurgie angestellt. UNF1 nur als Nachbehandlung für den Standort Visp ist falsch. Bei UNF1 handelt es sich nicht um komplexe Polytrauma mit zerebraler Beteiligung (UNF 1.1) und hat nichts mit Traumazentrum zu tun. Das Traumazentrum wird im Rahmen der HSM geregelt.

Das SZO beantragt die Aufnahme von UNF 1 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp

vi. Urologie

URO1 → 1.1.8: (Tab 17): Es fehlen auf der Tabelle die Leistungen 1.1.6; 1.1.8: Diese Leistungen werden durch das urologische Team des SZO angeboten und sind häufige Indikationen, für 1.1.8 wurde das Equipement 2013 angeschafft und es werden bis 20, wahrscheinlich mehr Fälle pro Jahr erwartet.

URO1.1.2;1.1.3;1.1.4 (Zystektomie, Tumornephrektomie, Nierenteilresektion, Adrenalektomie) sind Standardoperationen für einen operativ tätigen Urologen und werden im SZO regelmässig durchgeführt. Das Team der Urologie mit aktuell 2 Fachärzten, ab 2015 3 Fachärzten Urologie wurde ab Ende 2012 neu aufgebaut und zeigt rasch und massiv ansteigende Fallzahlen und die Aktivität wird weiter ansteigen. Die Konkurrenzspitäler im Raum Thun und Bern (sowohl private wie öffentliche Spitäler) bieten allesamt die oben angeführten Leistungen an, ein Abbau unseres Leistungsangebot wäre strategisch falsch und für das SZO verheerend. Der jetzt gebrochene Patientenfluss Richtung Bern würde wieder zunehmen. Die Operationen 1.1.2;1.1.3;1.1.4 sind keine hoch-spezialisierten Operationen und benötigen keine spezifische Infrakstruktur oder Apparaturen. Eine Zentralisierung dieser Operation macht medizinisch keinen Sinn und ist auf keinen Fall wirtschaftlich. Die Mindestfallzahlen sind in diesem Bereich nicht etabliert sind aber z.T. vorhanden oder werden in Zukunft erreicht werden. Es gibt keine ersichtlichen Grund, dass die Leistungsaufträge bezüglich Urologie für die Standorte Sion (soll alle Leistungen erhalten) und Visp unterschiedlich sind, da die Fallzahlen, resp. operative Aktivität pro Urologe nicht unterschiedlich sind.

Das SZO beantragt im Fachbereich Urologie die zusätzliche Aufnahme von 1.1.6; 1.1.8 sowie 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp. 1.1.7 wird nicht angeboten.

vii. Viszeralchirurgie

VIS 1.4: Am Standort Visp führt ein Facharzt Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie, regelmässig Operationen aus dem Sektor der bariatrischen Chirurgie (Primäreingriffe) durch. Diese Primäreingriffe sind in der HSM Viszeralchirurgie (Bariatric) nicht eingeschlossen. Diese Eingriffe werden regelmässig in einer genügend hohen Fallzahl durchgeführt, die notwendige Infrastruktur und

Expertise sind vorhanden. Die präoperativen Abklärungen finden nach den SMOB Richtlinien unter Supervision des Chirurgen statt.

Das SZO beantragt die Aufnahme von VIS 1.4 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp

VIS 1.5: Tiefe Rektumchirurgie. Rektumchirurgie ausserhalb der HSM (tiefe anteriore Rektumresektion) kann durch den Allgemeinchirurgen und qualifizierten Chirurgen mit SP Viszeralchirurgie (insbesondere auch laparoskopisch) am Standort Visp durchgeführt werden.

Das SZO beantragt die Aufnahme von VIS 1.5 in die Liste der Leistungsmandate für den Standort Visp

b. Rehabilitation

Das SZO, Standort Brig, hat ein zukunftsorientiertes Konzept einer multidisziplinären stationären und ambulanten Rehabilitation erarbeitet und unterbreitet. Ähnliche Konzepte werden schweizweit in Angriff genommen, sind teilweise schon etabliert und entsprechen der medizinischen Entwicklung. Das SZO erhält das Leistungsmandat für muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation.

Zugesprochen werden 5 Betten muskuloskelettale und 2 Betten neurologische Rehabilitation, gleichzeitig soll die polyvalente geriatrische Rehabilitation um 6 Betten von 26 auf 20 Betten reduziert werden. Diese Bettenkalkulation macht keinen Sinn. Die Patientenpopulationen geriatrische / somatische Rehabilitation, die Behandlungsteams und die Behandlungskonzepte sind unterschiedlich und müssen entsprechend gewichtet werden, auch unter Berücksichtigung bestimmter sinnvoller Synergien. Die geriatrische Rehabilitation ist bereits jetzt voll besetzt, häufig überbelegt und die Patienten entsprechen nicht dem Profil der geplanten somatischen Rehabilitation, d.h. eine Patientenverschiebung ist nicht zu erwarten. Zudem erstaunt die Diskrepanz der Bettenzahlen von 168 Betten Mittel-Unterswallis versus 20 Betten Oberwallis für die geriatrische Rehabilitation. Das neue Leistungsmandat i.B. muskuloskelettaler und neurologischer Rehabilitation zielt auf eine jüngere, aktivere Patientengruppe und soll eine bestehende Behandlungslücke schliessen. Mit 7 stationären Plätzen wird es nicht möglich sein ein qualitativ gutes Fachteam aufzubauen und zu etablieren. Die entsprechenden Berechnungen zeigen einen längerfristigen Bedarf von 20-25 Betten in diesem Bereich. Es ist aber sinnvoll in der Aufbauphase mit einer kleineren Bettenzahl zu starten (mindestens 10 Betten).

Das SZO beantragt deshalb für das neue Leistungsmandat muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation 10 Betten (7+3) ab 1.1.2015 mit stufenweiser Erhöhung (bedarfsgerecht) auf 15 Betten für die Jahre 2016/2017.

Ein Bettenabbau im Bereich der geriatrischen Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt und widerspricht dem aktuellen Bedarf. Das SZO beantragt die Beibehaltung von 26 Betten in diesem Bereich.

c. Schlussbemerkung

Die aufgelisteten Anpassungsanträge und Kommentare wurden von den Fachverantwortlichen der jeweiligen Disziplinen erarbeitet. Die Anträge erfolgen in Kenntniss der Kriterien für die Spitalplanung und basieren auf einer gewissenhaften Analyse der vorhandenen Fachkompetenz, Infrastruktur und der täglichen klinischen Realität. Für Rückfragen oder Diskussionen stehen der Aerztliche Direktor und die Fachverantwortlichen gerne zur Verfügung.

3. Commentaires et remarques relatifs au mandat de prestations du Centre Hospitalier du Valais romand (CHVR)

a. Soins somatiques aigus

- BEW4: la chirurgie arthroscopique de l'épaule et du coude (peu de cas et dont la majorité est prise en charge en ambulatoire), devrait être maintenue sur le site de Sion, notamment pour les raisons suivantes :
- o traitement à Sion de patients souffrant de nombreuses co-morbidités
 - o l'équipe d'orthopédie travaille sur les sites de Martigny et de Sion

Le CHVR demande le maintien de la prestation BEW4 sur le site de Sion dans la liste hospitalière définitive

- NEU3.1 Pour prétendre obtenir de la CIMHS la prestation NEU3.1 (Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit), le site de Sion doit désormais (e-mail du SSP du 04.08.2014) réaliser entre autres les prestations GEF4 et ANG4 pour lesquelles il n'avait pas postulé sans cette nouvelle condition. La prestation NEU3.1 étant cruciale pour le développement du stroke unit, nous souhaitons donc pouvoir traiter les cas des prestations GEF4 et ANG4.

Le CHVR demande l'attribution des prestations GEF4 et ANG4 sur le site de Sion dans la liste hospitalière définitive

- Pédiatrie : La prise en charge des enfants se fait jusqu'à 18 ans en pédiatrie, et non pas 16 comme indiqué en page 20 et suivantes du rapport.

Au même titre que pour l'obstétrique, les exigences pour les services d'urgences devraient prévoir une catégorie «urgences pédiatriques».

Néonatalogie : Dans les regroupements SPLG, la néonatalogie figure comme prestation de la « gynéco-obstétrique et nouveau-nés » alors qu'il serait plus judicieux de créer un regroupement « pédiatrie » où figureraient les SPLG de néonatalogie (qui est une formation approfondie de pédiatrie).

A Sion, le nombre de lits en néonatalogie est fixé à 6. Il semble aujourd'hui clairement insuffisant en regard du nombre d'enfants transférés dans les hôpitaux universitaires et les discussions en cours au CHVR pour l'agrandissement de ce service de 6 à 9 lits.

Conventions: A la page 9 du rapport, les conventions universitaires avec les HUG ne mentionnent pas trois conventions pédiatriques : alimentation et mouvement, orthopédie pédiatrique et pneumologie pédiatrique

Pneumologie : le « tout à Sion » en matière de pneumologie aigüe nécessitera, dès décision du Conseil d'Etat, quelques aménagements architecturaux, d'organisation des prises en charge et des reconnaissances de sites de la part de l'IFSM (pneumologie actuellement en B – 2 ans)

Tumor Board : Le « Tumor board » de la gynécologie de la clinique de Valère est effectué en partie par le CHVR. Comment se déroule cette phase pour les autres patientes ? Le DSSC souhaite-t-il faire formaliser cette prestation au travers d'une convention ?

Médecine : La clinique de Valère se voit attribuer des prestations de médecine de la personne âgée. A notre connaissance, et pour ce type de prise en charge, un spécialiste porteur de la formation approfondie en gériatrie est nécessaire, accompagné d'une équipe pluridisciplinaire (physio, ergo, diététicienne, liaison, etc...)

b. Réadaptation

Pulmonaire : 5 lits de réadaptation pulmonaire pour le CVP semblent trop peu, en comparaison des autres cantons, compte tenu du bassin de population couvert pour cette prestation.

En page 12, le texte proposé au sujet de la réadaptation pneumologique devrait être le suivant : « la réadaptation pulmonaire traite les patients souffrant de maladies respiratoires chroniques ou de complications d'affections respiratoires aiguës. Elle traite également des patients avant ou après une intervention chirurgicale thoracique ».

Neurologique : La liste hospitalière devrait clairement attribuer à l'Hôpital de Sierre 10 lits de réadaptation neurologique et non pas « diluer » ces lits dans la réadaptation polyvalente gériatrique. Une unité existe à Sierre, où sont présentes déjà aujourd'hui des compétences spécifiques en réadaptation neurologie gériatrique. Il s'agit, pour respecter les critères de DefReha et permettre une facturation correcte de ces séjours, d'introduire 10 lits dans la catégorie « Réadaptation neurologique », en les grevant, si le DSSC l'estime nécessaire, de l'indication « 65 ans ou plus ».

Ce faisant, il ne nous semble pas y avoir plus de risques d'induire le sentiment – erroné – d'une concurrence avec les établissements partenaires recevant un mandat de réadaptation neurologique. Par ailleurs, depuis 2013 et surtout depuis 2014 avec la reconnaissance de la « stroke unit », une évaluation précoce post-AVC est structurée afin de donner les indications de traitement aux soignants. Plusieurs patients ont d'ailleurs été hospitalisés à Sierre dans une logique de complémentarité et de spécificité des prises en charge sans concurrencer les structures en place.

Le nombre de lits prévus dans la planification 2015 nous semble en outre trop faible en raison notamment des attentes actuelles pour placer des patients depuis le secteur somatique aigu, le manque de place post-réadaptation neurologique en Valais pour les patients demeurant sévèrement handicapés et ne pouvant rentrer au domicile (ex : Valais de cœur), le nombre de lits attribués à la SUVA actuellement - 3 lits de paraplégie et 12 lits (LAMal neuro-général et appareil locomoteur) parfois occupés par des patients de longue durée (patients amputés) diminuant la capacité d'hébergement en neuro-réadaptation. Aujourd'hui, le CHVR a triplé le nombre de patients adressés à la clinique Bernoise passant de 49 en 2010 à 128 en 2013.

La DMS estimée à 20 jours est trop faible. Dans les faits, elle est plus proche de 40 à 45 jours et il ne nous semble pas qu'elle doive diminuer.

Le CHVR demande l'attribution de 10 lits de réadaptation neurologique à l'Hôpital de Sierre dans la liste hospitalière définitive.

c. Lits d'attente

Les chiffres d'activité 2014, extrapolés sur l'année entière, montrent clairement que l'estimation des besoins faite par le canton en matière de lits d'attente, pour le Valais central en particulier, n'est pas suffisante. Ainsi, pour diverses raisons liées à la situation de l'hébergement en milieu médico-social, les 17 lits d'attente attribués à la Clinique Ste-Claire dans la liste provisoire ne permettent pas de répondre au besoin de la population.

Le CHVR demande l'attribution de lits d'attente supplémentaires à la Clinique Ste-Claire, dans la liste hospitalière définitive.

Nous vous remercions de prendre en considération les remarques et propositions formulées ci-dessus et restons évidemment à votre entière disposition pour tout complément d'information.

Nous vous prions de recevoir, Madame la Cheffe de Département, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Prof. Eric Bonvin
Directeur Général

**Département de la santé, des affaires
sociales et de la culture**

Service de la santé publique
M. Victor Fournier
Chef de service
Bâtiment Manor
Avenue du Midi 7
1950 Sion

Vevey, le 7 août 2014
PRU/ast

Consultation Liste hospitalière valaisanne 2015

Monsieur le Chef de service,

Je me réfère au courrier du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture du 5 juin 2014 au sujet de la consultation sur les projets de listes hospitalières dès 2015 et vous remercie de donner l'opportunité à l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC) de commenter cette liste.

Les instances dirigeantes de l'HRC ont analysé en détail le rapport d'avril 2014 intitulé « Planification hospitalière 2015 – soins somatiques aigus, rapport provisoire ». Si, dans l'ensemble, la proposition de liste hospitalière reflète l'offre soumise par l'HRC, il s'agit pour celui-ci de se positionner sur quelques éléments d'ordre général ainsi que sur des éléments plus spécifiques par type d'activité.

Eléments d'ordre général

1. Il s'agit, comme convenu dès le départ, d'une planification pour le canton du Valais. Or, le bassin de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, (HRC) est composé à 30 % par la population du Chablais valaisan et à 70% par la population vaudoise du Chablais et de la Riviera. Ainsi, séparer la partie valaisanne de la partie vaudoise implique de ne pas tenir compte de la masse critique réelle de l'HRC. Seuls 30% de notre activité a été considérée. Ceci a un impact majeur lorsqu'il s'agit de concentrer ou rediriger les activités. L'HRC doit figurer sur la planification des deux cantons, en tenant compte de son bassin complet. Une planification concertée devrait être la règle, comme relevé dans l'EMPD VD :

Extrait EMPD p. 15 : « Du fait de la révision de la LAMal, les cantons doivent consolider leur planification hospitalière en intégrant notamment de nouvelles collaborations négociées avec les cantons limitrophes, visant à coordonner leur planification. »

2. Comme stipulé dans la Convention intercantonale VD-VS pour l'HRC, 2008, Art.16, la libre circulation des patients est un des principes fondamentaux. Alors que certaines activités sont planifiées pour les patients du canton de Vaud, nous ne voyons pas comment on pourrait les refuser aux patients valaisans. La présente planification pourrait impliquer de remettre en question le principe d'égalité de traitement de tous les patients reçus au sein d'un même hôpital.

3. Pour aborder avec le plus de sérénité possible le transfert sur le site de Rennaz en 2017, l'HRC qui a repris l'exploitation des hôpitaux de la Riviera et du Chablais dès le 1^{er} janvier 2014, doit amorcer une réorganisation interne importante de ses services cliniques avec un certain nombre d'objectifs qui vont de l'introduction de nouveaux modes de gouvernance jusqu'à l'harmonisation des pratiques en vigueur au sein des anciennes structures.

De fait, la phase transitoire que vit l'HRC respecte une autre logique que celle qui prévaut sur les sites de l'Hôpital du Valais. La non-reconnaissance de cette transition entraîne des incohérences. Par exemple, le service d'oncologie a d'ores et déjà été unifié. Il est essentiellement regroupé, pour des raisons d'organisation, sur le site de la Providence à Vevey. Par contre, le corps médical et le personnel soignant se déplacent en fonction des besoins. Pour l'illustrer : la prise en charge des patients domiciliés en Valais se fait (comme cela était le cas au sein de l'HDC) sur le site de Monthey. La problématique est sensiblement la même pour la radiologie. Nous n'avons pas équipé tous les sites avec le même matériel notamment pour des raisons d'économicité. Il n'est ainsi plus possible de raisonner selon les différents sites, mais en termes d'activités proposées au sein de l'ensemble de l'HRC.

Extrait EMPD p. 14 : « *Le but ultime est de réussir le rendez-vous qui consiste à accueillir, début 2016 sur le seul site de Rennaz, des équipes en provenance de cinq sites de soins aigus pour assurer des soins de qualité dès le premier jour.* »

Extrait EMPD p. 22 : « *L'Hôpital est conçu sur la base de cinq grandes filières de prise en charge médicale. Ces filières, énumérées ci-dessous, sont trans-sectorielles et mettent en valeur les continuités des parcours du patient de son arrivée à l'hôpital à sa sortie ...* »

Cette réorganisation concerne également les structures transverses telles que les blocs opératoires, les services de soins intensifs et continus, les structures de jour, etc. Elles sont actuellement à des niveaux de développement ou de reconnaissance différents. Conscients de cela, l'HRC est en train de définir et mettre en place des plans directeurs pour ces structures afin de répondre à l'ensemble des exigences.

4. Concernant les activités spécifiques, le choix de la méthode « zurichoise », à savoir l'attribution par organe sans distinction du type de pathologie (stade de malignité, pathologie bénigne, etc.) a des conséquences pour notre hôpital dans plusieurs domaines : l'oncologie gynécologique, par exemple, inclus des interventions courantes (hystérectomies) dans le même groupe que des interventions pour des cas spécifiques pris en charge uniquement dans les centres tertiaires. C'est également le cas pour la cardiologie et l'urologie.
5. Dans les activités plus spécifiques nécessitant des conventions interinstitutionnelles, l'HRC est en phase d'élaboration ou de réactualisation de ses conventions. Ce travail n'est encore pas achevé en raison de la très récente fusion des établissements de la Riviera et du Chablais. Par exemple, le Conseil d'Etablissement de l'HRC est en pourparlers pour une convention de collaboration tripartite avec le CHUV et l'HVS pour le développement d'un service de cardiologie intégrant notamment une offre de cardiologie interventionnelle.
6. Au surplus, dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, pour la chirurgie digestive du bas rectum, suite à un recours accepté, un nouvel examen de notre situation est prévu.
7. La phase transitoire dans laquelle se trouve actuellement l'HRC et les prochains départs à la retraite annoncés de médecins cadres entraîneront un important processus de recrutement de compétences médicales. Dès lors, nous comptons compléter les compétences de nos équipes médicales en place par de nouvelles ressources complémentaires mais en gardant à l'esprit notre mission d'hôpital régional. Cette perspective de renouvellement exige que nous puissions offrir un champ d'activité attractif pour le recrutement de nouveaux médecins cadres.

Eléments spécifiques selon les disciplines

	Prestations non reçues	Explications	Demandes de corrections
Monthey	VIS1.5	Pour des raisons de centralisation	<p>Selon nous, la masse critique de l'HRC doit tenir compte des patients VD. Notre recours ayant été accepté, nous serons soumis à la nouvelle procédure d'attribution. D'ici là, nous sommes autorisés à pratiquer ce type de prestations.</p> <p>Demande d'attribuer l'autorisation jusqu'à la réévaluation de notre situation.</p>
	URO1.1.8	Pour des raisons de centralisation	<p>Discordance entre le tableau (p.47) qui mentionne « prestations non reçues pour des raisons de centralisation » et le commentaire (p. 48) qui spécifie que les prestations d'urologie dont URO 1.1.8 devraient être centralisées à Monthey !</p> <p>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Monthey.</p>
	GYN1.3, GYN1.4	Exigences médicales spécifiques non remplies	<p>Les cas complexes de gynécologie sont opérés sur Monthey ou au Samaritain (présence d'un service des soins intensifs reconnu). De plus, à notre connaissance, il n'y a que 2 ou 3 spécialistes en oncologie gynécologique en Suisse romande. Nous devons dès lors compter sur l'expérience des opérateurs qui ont fait le nombre attendu des interventions souhaitées. Plus spécifiquement, la gynécologie représente un panel d'activités diverses et variées, que les médecins-cadres en place assurent de manière optimale même dans les cas spécifiques. Lors de situations oncologiques, les cas des patientes sont présentés en pré- et postopératoire lors de colloque où sont présents les responsables du service de gynécologie du Professeur Mathevet). Il y a alors une décision consensuelle de la stratégie de prise en charge, de l'indication opératoire et surtout du lieu où l'intervention doit idéalement se faire (Hôpital Riviera-Chablais versus prise en charge universitaire pour les situations « pointues »). Le partenariat qui s'est développé avec le centre tertiaire s'est particulièrement enrichi par la présence du Professeur Mathevet, à disposition pour opérer certains cas d'oncologie avancée. Cette collaboration s'inscrit dans le cadre de la Convention signée en février 2009 entre le CHUV et l'Hôpital Riviera relative aux consiliums réalisés par du personnel médical du CHUV service de gynécologie dans l'établissement hospitalier Riviera. Cette convention fera prochainement l'objet d'une réactualisation (mise à jour de toutes nos conventions suite à la fusion HRC). En ce qui concerne les situations oncologiques moins avancées, par exemple dans le cas de cancer de l'endomètre, la majorité (75%) des cancers de l'endomètre sont découverts au stade I et ne nécessitent pas de prise en charge spécifique, hormis une simple hystérectomie avec annexectomie, intervention équivalente aux prises en charge que nous faisons pour des pathologies bénignes.</p> <p>Quand bien même, les opérateurs sur site bénéficient de la formation nécessaire, remplissant les exigences du catalogue FMH pour le titre de spécialiste en onco-gynécologie à l'exception d'une ou deux interventions ne se pratiquant actuellement plus.</p>

	Prestations non reçues	Explications	Demandes de corrections
			La collaboration multidisciplinaire développée à l'HRC (prise en charge de certaines pathologies avec les chirurgiens, les urologues, lors de situations oncologiques avancées), permet une prise en charge peut-être même meilleure qu'avec un « opérateur unique polyvalent ». Demande d'attribuer l'autorisation pour les sites de Monthey et du Samaritain.
	KAR1	Exigences médicales spécifiques non remplies	La méthode zurichoise utilisée pose, dans ce cas, un problème de découpage ou de regroupement des activités. Par exemple, l'implantation de pacemakers se fait actuellement couramment. Elle ne nécessite pas de présence sur site d'un chirurgien thoracique. Des discussions sont en cours avec le CHUV et l' HVS dans la perspective de la mise en place d'un service de cardiologie au sein de l'HRC. Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Monthey et du Samaritain
	HAE1, HAE2, HAE3	Suite de traitement	Convention avec le service d'hématologie de l'ICHV, présence régulière de l'hématologue sur le site de Monthey Demande d'attribuer l'autorisation complète pour le site de Monthey.
	ONK1	Suite de traitement	Les spécialistes sont attribués à l'ensemble de l'Institution et non à un seul site. Les traitements d'oncologie se font à Monthey et au Samaritain et les suites de traitement à Monthey et à la Providence. Demande d'attribuer l'autorisation complète pour le site de Monthey.
Aigle	HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1	Pour des raisons de centralisation	La centralisation complète sur Monthey nous pose problème en raison de notre organisation interne au niveau de la gestion des blocs opératoires et des lits. Demande d'attribuer les autorisations pour les sites d'Aigle et de Montreux.
	URO1, URO1.1,	Pour des raisons de centralisation	Pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits et des besoins en termes de service de soutien tel que les soins intensifs. De plus, notre organisation interne implique déjà une garde commune. Demande d'attribuer les autorisations pour les sites d'Aigle et de Montreux.
Montreux	HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, KIE1	Pour des raisons de centralisation	La centralisation complète sur Monthey nous pose problème en raison de notre organisation interne au niveau de la gestion des blocs opératoires et des lits. Demande d'attribuer les autorisations pour les sites d'Aigle et de Montreux
	URO1.1.1, URO1.1.5, URO1.1.6	Pour des raisons de centralisation	Pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits et des besoins en termes de service de soutien tel que les soins intensifs. De plus, notre organisation interne implique déjà une garde commune. Demande d'attribuer les autorisations pour les sites d'Aigle et de Montreux.
	BEW3	Pour des raisons de centralisation	Un de nos spécialistes de la main opère essentiellement à Montreux où une plage opératoire lui est attribuée. De plus, pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits. Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Montreux.
	BEW4, BEW8	Pour des raisons de centralisation	Pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits et des besoins en termes de service de

	Prestations non reçues	Explications	Demandes de corrections
			soutien tel que les soins intensifs. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Montreux.</i>
	GAE1	Pour des raisons de centralisation	Pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Montreux.</i>
	VIS1	Pour des raisons de centralisation	Pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Montreux.</i>
Vevey Samaritain	GAE1, GAE1.1	Pour des raisons de centralisation	Pour des raisons de rationalisation des équipements, nous répartissons les plages opératoires en fonction des disponibilités opératoires et de lits. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Vevey.</i>
	END1	Pour des raisons de centralisation	Le spécialiste engagé fixe à l'HRC a son cabinet principal à Vevey. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Vevey.</i>
	NEP1	Exigences médicales spécifiques non remplies	Le service des soins intensifs du Samaritain a le matériel à disposition pour dialyser les patients nécessitant des soins intensifs et sous la surveillance de l'équipe de néphrologie. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour le site de Vevey.</i>
	GYN1.3, GYN1.4	Exigences médicales spécifiques non remplies	L'argumentaire est identique à celui pour le site de Monthey en page 3. <i>Demande d'attribuer l'autorisation pour les sites de Monthey et du Samaritain.</i>

En outre, je me permets de vous rappeler les notes d'intention jointes au dossier fin janvier 2014.

Pour plusieurs groupes de prestations médicales, l'HRC a tenu compte de la situation actuelle, mais des modifications sont projetées à l'horizon de Rennaz :

- Gynécologie et obstétrique :
 - o Obstétrique : GEB1.1 : l'HRC fait d'ores et déjà part de son intention d'obtenir un mandat pour cette prestation lors de l'installation dans la nouvelle infrastructure.
 - o Néonatalogie : NEO1-NEO 1.1 : l'HRC fait d'ores et déjà part de son intention d'obtenir un mandat pour le niveau IIA lors de l'installation dans la nouvelle infrastructure (PS : niveau IIA à clarifier).
- Organes internes :
 - o Chirurgie viscérale : VIS1.1, VIS1.2, VIS1.3, VIS1.4, VIS1.5 : dans le cadre de la nouvelle infrastructure, des discussions devront avoir lieu entre le CHUV, l'HVS et l'HRC afin d'établir une collaboration concernant ces prestations.
 - o Suite au regroupement avec la nouvelle version du logiciel SPLG 2015 (cf. courriel de Mme Eliane Fleury du 4.8.2014), l'HRC postule non seulement pour VIS 1.4 (accrédité par la CIMHS) mais également pour VIS 1.4.1, l'HRC étant un centre de référence pour la chirurgie de l'obésité.
 - o Cardiologie et angiologie : GEF1 et GEF 2 : l'HRC fait d'ores et déjà part de son intention d'obtenir un mandat pour cette prestation lors de l'installation dans la nouvelle infrastructure.
 - o Cœur : KAR1.1 : l'HRC fait d'ores et déjà part de son intention d'obtenir un mandat pour cette prestation lors de l'installation dans la nouvelle infrastructure.

- Système nerveux et organes des sens
 - o Neurologie : l'HRC fait d'ores et déjà part de son intention de mettre en place une Stroke Unit lors de l'installation dans la nouvelle infrastructure et donc d'obtenir un mandat pour cette prestation.
 - o Ophtalmologie : cette discipline étant en cours d'étude, une demande de réévaluation de la situation sera présentée par l'HRC lors l'installation dans la nouvelle infrastructure.

Au vu de l'argumentaire présenté, je vous remercie de prendre en compte les demandes mentionnées et d'accepter les modifications requises.

L'HRC se tient à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire qui vous serait utile ou toute demande particulière dans le cadre de ce dossier.

Je vous souhaite bonne réception du présent courrier et vous prie de recevoir, Monsieur le Chef de service, mes salutations distinguées.

Dr sc. Pascal Rubin



Directeur général



Recommandé

Canton du Valais
Département de la santé,
des affaires sociales et de la culture
Madame la Conseillère d'Etat
Esther Waeber-Kalbermatten
Avenue de la Gare 39
1950 Sion

Sion, le 8 août 2014

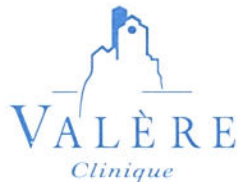
Concerne : Prise de position - Planification hospitalière valaisanne 2015 – Soins somatiques aigus – Rapport provisoire SSP Avril 2014

Madame la Conseillère d'Etat,

Nous avons bien reçu votre courrier du 10 juillet 2014 et vous remercions de relever que la Clinique de Valère est un acteur de santé reconnu participant à la liste hospitalière valaisanne depuis 1996 et qui offre une alternative à l'hôpital public pour les patients valaisans. Le Département de la santé souhaite poursuivre cette collaboration avec notre clinique, ce que nous saluons très favorablement.

En réponse à la procédure de consultation en cours sur le projet de planification 2015, la Clinique de Valère confirme les préoccupations que nous vous avons transmises lors de notre réunion du 4 juillet 2014. En l'absence d'amendement du projet soumis en consultation, nous nous devons, malgré les progrès constatés, de rappeler dans ce courrier, nos demandes de modifications de la liste provisoire. Nous rappelons notre volonté de conserver l'activité existante au risque, à minima, de devoir redimensionner notre structure.

La LAMal demande de traiter sur un pied d'égalité tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés, afin de favoriser la concurrence. L'attribution des mandats de prestations dès 2015 doit effectivement être examinée selon les mêmes critères pour tous les établissements hospitaliers.



La Clinique de Valère effectue des prestations de qualité à des coûts très concurrentiels. Aussi, elle doit pouvoir poursuivre, voire renforcer son offre pour l'ensemble des domaines de prestations qu'elle effectue actuellement au profit de la population valaisanne.

La Clinique de Valère, en dehors de l'Hôpital du Valais, est actuellement la seule clinique qui offre des prestations 24h/24 avec un système d'urgence interne permettant la reprise tant des patients traités ambulatoirement que des patients hospitalisés et ceci dans les meilleurs délais. Nous ne désirons pas, pour l'heure, compte tenu de la capacité d'accueil limitée de la Clinique de Valère, offrir des prestations d'urgence externe. A l'exception de cette exigence du système zurichois, nous répondons à l'ensemble des critères pour l'obtention du paquet de base.

Cela dit, bien que nous répondions aux exigences d'un paquet de base adapté au contexte valaisan, nous vous proposons de façon pragmatique d'adapter le mandat de la Clinique de Valère sur la base du paquet de base programmé en y intégrant certaines prestations du paquet de base selon la liste annexée (Annexe 1).

Nous relevons que le rôle de pionnier de la Clinique de Valère dans le transfert inéluctable du stationnaire vers l'ambulatoire a été considéré lors de nos discussions. Nous rappelons que les prestations ambulatoires et stationnaires sont étroitement liées. Chaque patient ambulatoire est potentiellement un patient stationnaire. En effet, pour des raisons médico-légales, réaliser les cas en ambulatoire nécessite la possibilité de les hospitaliser en stationnaire en raison de critères médicaux. A cet effet, et comme demandé, nous avons transmis au Service de la santé publique toutes les informations quant à notre activité ambulatoire.

Nous profitons de cette occasion pour vous faire part que les discussions avec la Direction de l'hôpital du Valais sur la formalisation de collaborations existantes (urgences externes, soins intensifs, ICHV, Médecin nucléaire, etc...), et futures sont très positives, ce dont nous nous réjouissons vivement. Elles seront finalisées avant la fin de l'année.

La nouvelle version du concept SPLG 2015.1 nous a été transmise 3 jours avant le délai du 8 août 2014. Dès lors et afin de pallier à d'éventuelles imperfections de notre prise de position, nous résumons les demandes de mandats de La Clinique de Valère de la façon suivante : La Clinique de Valère postule pour tous les mandats hospitaliers qui y sont réalisés actuellement à l'exception des mandats pour lesquels nous serions prêts à renoncer (Annexe 1). Cela dit, la renonciation auxdits mandats ne pourra être définitivement validée par la Clinique de Valère qu'au cas où tous les autres mandats demandés seront octroyés à notre établissement.

En annexe, vous trouverez les documents suivants :

- Synthèse des mandats concernant la Clinique de Valère + codes CHOP du paquet de base (PB) avec liste annexée (Annexe 1)
- Concept des urgences internes et système de garde à la Clinique de Valère (Annexe 2)
- Unité de surveillance niveau 1 à la Clinique de Valère (Annexe 3)
- Recommandations du *Groupe de Travail Cardiologie Interventionnelle et Syndrome Coronarien Aigu* et de la *Société Suisse de Cardiologie*, et statut de la Clinique de Valère (Annexe 4)
- Attestations de stages des Médecins anesthésistes en pédiatrie aux HUG (Annexe 5)
- Confirmation du contrat de collaboration avec Mme la Dresse Michèle Stalder, oncologue (Annexe 6)
- Mail du 10 juillet 2014 suite aux séances du 4 juillet 2014 (Annexe 7)
- Communiqué de presse du 7 août 2014 : Hôpital du Valais – Clinique de Valère – Société médicale du Valais (Annexe 8)

Finalement, nous nous réjouissons des discussions positives avec votre Département et le Service de la santé publique, et sommes convaincus qu'une concurrence positive dans le sens de la LAMal intégrant de fortes collaborations entre établissements publics et privés permettra non seulement d'améliorer la qualité des prestations, mais aussi d'assurer un contrôle des coûts de la santé en Valais, tout en proposant des alternatives aux patients valaisans.

En restant bien évidemment à votre disposition pour vous donner de plus amples renseignements, recevez, Madame la Conseillère d'Etat, nos meilleures salutations.



Karin Perraudin

Présidente du conseil
d'administration

Clinique de Valère

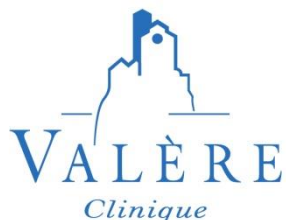


Pascal Cosse

Directeur

Annexes ment.

Direction



Annexes au courrier

Prise de position de la Clinique de Valère

Rapport provisoire Service santé publique - Avril 2014

Planification hospitalière valaisanne 2015 – Soins somatiques aigus



Clinique de Valère

8 août 2014

Direction

Tél. +41 27 327 10 10 CH-1950 Sion
Fax +41 27 327 10 30 welcome@cliniquevalere.ch
www.cliniquevalere.ch

Annexe 1

Synthèse des mandats concernant la Clinique de Valère

Voici notre prise de position concernant les mandats demandés par la Clinique de Valère : mandats attribués (Tableau 1), mandats discutés en attente de confirmation (Tableau 2), mandats demandés - en suspens ou non discutés (Tableau 3) et les mandats auxquels nous serions prêts à renoncer (Tableau 4) :

Tableau 1 : Mandats attribués dans le rapport provisoire

Soins de base	Chirurgie	CHI	Attribués
	Médecin interne adulte	APBPNA	
Système nerveux et organes sensoriels	Oto-rhino-laryngologie	HNO1	
Organes internes	Urologie	URO1	
		URO1.1	
Appareil locomoteur	Orthopédie	BEW1	
		BEW2	
		BEW5	
		BEW6	
		BEW7	
Gynéco-obstétrique et nouveau-nés	Gynécologie	GYN1	
		GYN2	

Tableau 2 : Mandats discutés lors de la séance du 4.07.2014 en attente de confirmation

Soins de base	Pédiatrie	PED	Attestations de stages aux HUG (Annexe 5)	
Système nerveux et organes sensoriels	ORL	HNO1.1	Infos complémentaires données SSP (Annexe 7)	
		HNO1.2		
		HNO1.3		
		HNO2	Collaboration formelle Médecine nucléaire	
Organes internes	Endocrinologie	END1	Concept d'urgence	
	Gastroentérologie	GAE1	Infos complémentaires données SSP (Annexe 7)	
		Chirurgie viscérale	VIS1	Postulation maintenue
			VIS1.4	Centre primaire SMOB
	Urologie	VIS1.5	Demande de cas « non MHS »	
		URO1.1.1	Infos complémentaires données SSP (Annexe 7)	
		URO1.1.3	Postulation maintenue	
URO1.1.6		En lieu et place de URO1.1.7 (erreur de notre part)		
Appareil locomoteur	Orthopédie	BEW3	Infos complémentaires données SSP (Annexe 7)	
		BEW4		
		BEW8	Suites de traitement + Radiologie interventionnelle	
		BEW10	Infos complémentaires données SSP (Annexe 7)	

	Rhumatologie	RHE1	Infos complémentaires données SSP (Annexe 7)
Autres	Oncologie	ONK1	Confirmation engagement Dresse Michèle Stalder (Annexe 6)
	Pneumologie	PNE1	Postulation maintenue

Tableau 3 : Mandats demandés par la Clinique de Valère - en suspens et non discutés

Organes internes	Cœur	KAR	En cours Dépt. Santé
-------------------------	------	-----	-----------------------------

Tableau 4 : Mandats auxquels la Clinique de Valère serait prête à renoncer

Système nerveux et organes sensoriels	Neurochirurgie	NCH1	Actuellement, pas de neurochirurgien
		NCH2	
		NCH3	Si obtention de BEW3
Organes internes	Gastro-entérologie	GAE1.1	Collaboration HVS
	Chirurgie viscérale	VIS1.5	MHS
	Vaisseaux	GEF1	Confirmé
		ANG1	Confirmé
Gynéco-obstétrique et nouveau-nés	Gynécologie	GYN1.3	Collaboration HVS
		GYN1.4	

Points de discussions sur certains mandats

Nous n'allons pas revenir sur les mandats attribués. En revanche, nous souhaitons préciser certains points des mandats en attente de confirmation ou non discutés.

➤ Chirurgie viscérale

La Clinique de Valère effectue régulièrement des interventions relevant de la chirurgie viscérale. Elle demande que ce mandat lui soit confirmé en totalité à l'exception des domaines qui font partie de la chirurgie viscérale hautement spécialisée. « Rien de moins et rien de plus ! »

Les prestations concernant ce domaine médical spécialisé ont été réparties par le groupeur Zurichois, presque arbitrairement nous semble-t-il, dans 3 types de mandats différents : PB, PBP et VIS. Il est très difficile sur le plan médical de comprendre pourquoi par exemple la chirurgie de l'intestin grêle se trouve dans le PB Programmé, alors que la chirurgie colique est listée dans le PB. L'un des argumentaires avancé dans le rapport du Service de la santé publique (p.12/59 – Rapport provisoire SSP Avril 2014) est de dire que les prestations réunies dans le paquet de base, s'y retrouvent parce qu'elles regroupent les pathologies pour lesquelles les patients se présentent le plus souvent en urgence.

Ainsi la chirurgie grêle fréquente en urgence se trouve dans PB programmé, la chirurgie colique quant à elle faisant le plus souvent l'objet d'une chirurgie différée (programmée) se retrouve dans le paquet de base. On ne retrouve ni l'une ni

l'autre dans le mandat spécialisé de la chirurgie viscérale (VIS1). La chirurgie gastrique (gastrectomie totale ou partielle) est incluse dans VIS1, à l'exception de la chirurgie bariatrique dans VIS1.4.

Nous répétons encore une fois, et particulièrement pour la chirurgie viscérale, qu'il y a une vraie incohérence médicale dans ce regroupement qui doit être révisé au niveau du SPLG.

La Clinique de Valère maintient sa demande de mandat VIS1 in toto et demande l'octroi de certaines prestations du PB appartenant dans une logique médicale au mandat VIS1, ainsi que VIS1.5 (Intervention sur le bas rectum) ne relevant pas de la MHS.

Codes CHOP du paquet de base (PB) demandés :

Catalogue	Code	Libellés
CHOP	Z39.27.10	Fistule artério-veineuse pour hémodialyse
CHOP	Z39.31	Suture d'artère
CHOP	Z39.31.0	Détail de la sous-catégorie 39.31
CHOP	Z39.31.11	Suture d'artère intracrânienne
CHOP	Z39.31.19	Suture d'artère de la tête et du cou, autre
CHOP	Z39.31.21	Suture de l'artère axillaire
CHOP	Z39.31.22	Suture de l'artère brachiale
CHOP	Z39.31.29	Suture d'artère du bras, autre
CHOP	Z39.31.30	Suture d'artère de l'avant-bras
CHOP	Z39.31.40	Suture d'artère de la main
CHOP	Z39.31.50	Suture d'artère du membre inférieur
CHOP	Z39.31.61	Suture de l'aorte thoracique
CHOP	Z39.31.62	Suture de l'aorte abdominale
CHOP	Z39.31.69	Suture de l'aorte, autre
CHOP	Z39.31.71	Suture de l'artère pulmonaire
CHOP	Z39.31.72	Suture du tronc brachiocéphalique
CHOP	Z39.31.73	Suture de l'artère sous-clavière
CHOP	Z39.31.79	Suture d'artères thoraciques, autre
CHOP	Z39.31.81	Suture du tronc coeliaque
CHOP	Z39.31.82	Suture de l'artère gastrique
CHOP	Z39.31.83	Suture de l'artère hépatique
CHOP	Z39.31.84	Suture de l'artère splénique
CHOP	Z39.31.85	Suture de l'artère rénale
CHOP	Z39.31.86	Suture de l'artère mésentérique
CHOP	Z39.31.87	Suture de l'artère lombaire
CHOP	Z39.31.88	Suture de l'artère iliaque
CHOP	Z39.31.89	Suture d'artères abdominales, autre
CHOP	Z39.31.99	Suture d'artère, autre
CHOP	Z39.32	Suture de veine
CHOP	Z39.32.0	Détail de la sous-catégorie 39.32

CHOP	Z39.32.11	Suture de veine intracrânienne
CHOP	Z39.32.19	Suture de veine de la tête et du cou, autre
CHOP	Z39.32.31	Suture de la veine cave supérieure
CHOP	Z39.32.32	Suture de la veine brachiocéphalique
CHOP	Z39.32.39	Suture de veine thoracique, autre
CHOP	Z39.32.41	Suture de la veine cave inférieure
CHOP	Z39.32.42	Suture des veines iliaques commune et interne
CHOP	Z39.32.49	Suture de veine abdominale, autre
CHOP	Z39.32.99	Suture de veine, autre
CHOP	Z40.9	Autres opérations de structures lymphatiques
CHOP	Z40.9X	Autres opérations de structures lymphatiques
CHOP	Z40.9X.0	Détail de la sous-catégorie 40.9X
CHOP	Z40.9X.10	Anastomose pour résorption de lymphoedème
CHOP	Z40.9X.20	Incision de lymphocèle
CHOP	Z40.9X.30	Drainage de lymphoedème
CHOP	Z40.9X.40	Ponction percutanée d'une lymphocèle à fin thérapeutique
CHOP	Z44.15	Biopsie ouverte de l'estomac
CHOP	Z44.19	Autres techniques diagnostiques concernant l'estomac
CHOP	Z44.19.0	Détail de la sous-catégorie 44.19
CHOP	Z44.19.10	Chromoendoscopie de l'estomac
CHOP	Z44.19.20	Endoscopie de l'estomac par endomicroscopie laser
CHOP	Z44.19.99	Autres techniques diagnostiques concernant l'estomac, autre
CHOP	Z44.22	Dilatation endoscopique du pylore
CHOP	Z44.32	Gastrojéjunostomie percutanée [endoscopique]
CHOP	Z44.41	Suture d'ulcère gastrique
CHOP	Z45.7	Excision partielle du gros intestin
CHOP	Z45.71	Résection segmentaire multiple du gros intestin
CHOP	Z45.72	Exérèse du caecum
CHOP	Z45.73	Hémi-colectomie droite
CHOP	Z45.74	Exérèse du côlon transverse
CHOP	Z45.75	Hémi-colectomie gauche
CHOP	Z45.76	Sigmoïdectomie
CHOP	Z45.79	Autre excision partielle du gros intestin
CHOP	Z45.79.0	Détail de la sous-catégorie 45.79
CHOP	Z45.79.10	Colectomie partielle segmentaire
CHOP	Z45.79.11	Colectomie partielle multisegmentaire
CHOP	Z45.79.12	Colectomie subtotale
CHOP	Z45.79.20	Sigmoïdectomie étendue
CHOP	Z45.79.21	Hémi-colectomie étendue, gauche et droite
CHOP	Z45.79.22	Colectomie subtotale étendue
CHOP	Z45.79.29	Autre colectomie partielle étendue
CHOP	Z45.79.99	Autre excision partielle du gros intestin, autre
CHOP	Z48	Opérations du rectum, du rectosigmoïde et du tissu périrectal

CHOP	Z48.2	Techniques diagnostiques concernant le rectum, le rectosigmoïde et le tissu périrectal
CHOP	Z48.21	Rectosigmoïdoscopie transabdominale
CHOP	Z48.29	Autres techniques diagnostiques concernant le rectum, le rectosigmoïde et le tissu périrectal
CHOP	Z48.29.0	Détail de la sous-catégorie 48.29
CHOP	Z48.29.10	Chromoendoscopie du rectum, du rectosigmoïde et du tissu périrectal
CHOP	Z48.29.20	Endoscopie du rectosigmoïde et du tissu périrectal par endomicroscopie laser
CHOP	Z48.29.99	Autres techniques diagnostiques concernant le rectum, le rectosigmoïde et le tissu périrectal, autre

➤ Dans le domaine du cœur (Cardiologie et cardiologie interventionnelle)

KAR1, KAR1.1, KAR1.1.1, KAR1.2 et KAR1.3 : Le Département de la Santé n'a pas souhaité aborder ce thème lors de la séance du 4.07.2014, mais les réflexions sont en cours au niveau du Département de la Santé. Ci-joint, un tableau récapitulatif des recommandations du *Groupe de Travail Cardiologie Interventionnelle et Syndrome Coronarien Aigu* et de la *Société Suisse de Cardiologie*, adoptées par la Société Suisse de Cardiologie le 24.01.2014 (Annexe 4).

➤ En urologie

URO1.1.3 (Chirurgie complexe des reins - néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein) : Dans la chirurgie du rein il existe de nombreux cas où une résection partielle du rein ne relève pas d'une chirurgie complexe du rein. Cependant ces résections partielles sont attribuées au mandat URO1.1.3 (chirurgie complexe du rein) avec pour exigence des soins intensifs de niveau 2, ce qui ne concerne, à nouveau, que peu de cas liés à cette chirurgie. Si par le mandat URO1.1, la Clinique de Valère a l'expertise pour pratiquer une néphrectomie totale, elle doit pouvoir pratiquer une néphrectomie partielle de sorte à pouvoir préserver du tissu rénal. Garants de la sécurité du patient et par une juste évaluation (critères objectifs) des risques post opératoires, notamment hémorragiques ou de défaillance rénale, les Chirurgiens décident de réaliser ou de ne pas réaliser ce geste à la Clinique de Valère mais à l'Hôpital du Valais (collaboration à formaliser).

Postulation pour URO1.1.6 à la place de URO1.1.7 : La Clinique de Valère dispose à la fois des compétences chirurgicales (Dr P. Fallet et Dresse N. Combaz) et des infrastructures pour réaliser ces gestes. Ces cas, au niveau des projections futures, sont rares, mais ils doivent pouvoir être réalisés au moment opportun sur décision d'un Chirurgien compétent. Une de nos Chirurgiennes gynécologues s'est spécialisée en urodynamique et, à ce titre, est amenée à intervenir particulièrement dans ce domaine uro-gynécologique.

La postulation URO1.1.7 était une erreur de notre part.

➤ En pneumologie

PNE1 : Les pneumologues de la Clinique de Valère réalisent quelques 50 bronchoscopies par année. Ce mandat devrait être considéré comme GAE1 ou END1.

Pour les mandats auxquels la Clinique de Valère serait prête à renoncer :

➤ En neurochirurgie

NCH1, NCH2 et NCH3 : Après analyse de ce nouveau découpage de ce groupe SPLG, il apparaît que les interventions des nerfs périphériques de NCH3¹ se retrouvent dans BEW3.

Comme discuté lors des séances, actuellement aucun neurochirurgien ne réalise de chirurgie spinale (NCH2) à la Clinique de Valère. Le Dr Olivier Moret (orthopédiste) a réalisé pendant de nombreuses années des interventions lourdes sur le rachis cervico-dorso-lombaire (BEW8) en association avec un confrère neurochirurgien. Actuellement, il assure le suivi des patients déjà opérés et doit quelque fois pratiquer l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Par ailleurs, il développe actuellement une nouvelle technique qui implique, par la mise en place d'un dispositif entre les apophyses épineuses, le traitement minimalement invasif de ce type de patient. Dans un futur proche, ces interventions seront réalisées soit par les orthopédistes soit par les radiologues interventionnels en ambulatoire. Sans recul pour l'instant, il est souhaitable que ces patients puissent être hospitalisés. Ainsi, la Clinique de Valère souhaite obtenir le mandat BEW8 par rapport au suivi des patients opérés antérieurement (Z81.3 et sous-catégories) et pour le développement de cette nouvelle technologie (code Z84.80 et sous-catégories).

➤ En gastro-entérologie spécialisée

GAE1.1 : En ce qui concerne la gastroentérologie spécialisée, ce mandat devrait être discuté dans le cadre d'une collaboration avec l'Hôpital du Valais. Pour l'instant, pas de spécialiste intéressé à cette pratique.

➤ Chirurgie viscérale

VIS1.5 (Interventions sur le bas rectum) : Dans ce mandat nous notons un amalgame de cas relevant et ne relevant pas de MHS. Tout dépend du tiers du rectum concerné. La Clinique de Valère, historiquement, a pratiqué 4 cas en 2012 et 4 en 2013. Donc, nous prétendons aux prestations de ce mandat, à l'exclusion de celles relevant de la MHS.

¹ En réponse au mail de Mme Fleury-Troillet du 4 août 2014, nous ne désirons pas postuler pour de nouvelles prestations (indiquées en jaune dans la colonne « Sigle »), à l'exception de NCH3 si nous n'obtenons pas BEW3

➤ Pour les vaisseaux

GEF1 et *ANG1* : Lors de la séance du 4.7.2014, nous avons évoqué la possibilité de renoncer à ce mandat et nous confirmons notre volonté de collaborer avec le centre spécialisé de l'Hôpital du Valais.

➤ En gynécologie

GYN1.3 et GYN1.4 : Nos Chirurgiens gynécologues confirment que les prestations pouvant être réalisées à la Clinique de Valère par l'obtention des mandats GYN1 et GYN2, correspondent à leur pratique quotidienne. Cependant, une exérèse radicale ganglionnaire, nécessaire pour certains cas oncologiques, ne se trouve que dans GYN1.4. Il conviendra de pouvoir traiter ces cas en collaboration avec le service de gynécologie de l'Hôpital du Valais. Dans ce sens, nous serions prêts à renoncer à GYN1.3 et GYN1.4.

Concept des urgences internes et système de garde à la Clinique de Valère

Selon demande du Département de la Santé, nous exposons ici le concept des urgences et le système de garde qui définissent les conditions à remplir pour obtenir le **paquet de base adapté aux conditions de la Clinique de Valère et du Valais**.

Remarque : la Clinique de Valère est à 3 minutes de l'Hôpital de Sion en ambulance médicalisée.

Concept de prise en charge des urgences à la Clinique de Valère

Les Médecins/Chirurgiens ont la possibilité d'hospitaliser leurs patients en urgence 24h/24 et 365 jours/an, ce qui correspond au paquet de base. La Clinique de Valère est organisée afin d'offrir ce service aux patients, dont elle assume la prise en charge. Elle permet non seulement de répondre aux situations d'urgences chirurgicales et médicales pour les patients hospitalisés mais également pour des ré-interventions nécessaires, par exemple pour des patients ayant bénéficié d'interventions en ambulatoire, ou admettre des patients par transfert secondaire depuis les urgences de l'Hôpital du Valais ou d'autres structures ou à la demande de cabinets médicaux.

La Clinique de Valère remplit tous les critères nécessaires au paquet de base à l'exception d'un service d'urgence primaire **dont nous rappelons que pour le Valais Central seul l'Hôpital du Valais a le mandat**.

Voici les infrastructures dont dispose la Clinique de Valère :

- Bloc opératoire accessible 365 jours/an, 24h/24
- Ré-hospitalisation et ré-opération du patient 24h/24 et 7j/7
- Accès en urgence aux Médecins ayant effectué le geste 24h/24 et 7j/7
- Examens radiologiques 24h/24, en particulier CT-Scanner abdominal (Centre de Radiologie interne)
- Réalisation des examens de laboratoires 24h/24 (Laboratoire interne : hématologie- chimie-gazométrie-transfusion)
- Unité de surveillance niveau 1 (365 jours/an, 24h/24) + possibilité de ventilation artificielle des patients de quelques heures si nécessaire
- Personnel formé en réanimation (75% de tout le personnel formé)
- Contrôle et suivi du patient ambulatoire en post-opératoire

Afin d'intégrer et d'optimiser la prise en charge des patients, nous souhaitons pouvoir formaliser toutes collaborations utiles entre l'Hôpital du Valais et la Clinique de Valère pour les Urgences primaires et les Soins Intensifs. A cet effet, un projet de convention de collaboration a été proposé à l'Hôpital du Valais, convention que nous désirons signer dans les plus brefs délais.

Réponses aux exigences du paquet de base (PB) :

Paquet de base (PB)	PB « adapté » CdV et au Valais	Compléments	
<p>Concerne les groupes de prestations pour lesquels un fort pourcentage de patients sont admis en urgence, donc il faut un service d'urgence adéquat et une offre étendue de soins de base. Seul moyen de garantir que ces patients bénéficieront d'un diagnostic complet et recevront le premier traitement dans les temps</p>	<p>Est-il possible de nuancer les critères comme pour l'Hôpital de Sierre ? Cf page 37/59 du rapport provisoire « Il a un service d'urgences et un bloc ouverts uniquement la journée <i>jusqu'à 17 heures</i> ainsi qu'une unité de surveillance (niveau 1) lui permettant d'offrir certaines prestations spécialisées programmées. » →</p> <p>(Urgences plus ou moins électives)</p>	<p>L'ouverture de la CdV 24h/24 nous permet d'offrir certaines prestations spécialisées programmées.</p> <p>Pour être admis à la CdV, chaque patient doit avoir un Médecin/Chirurgien référent.</p> <p>Chaque Chirurgien est responsable de ses patients.</p> <p>Réadmission/réopération CdV 24h/24</p>	
Critères	<p>Service médical dirigé par un spécialiste de Médecine interne</p>	<p>Dr Jean-Michel Cereda, répondant de Médecine interne</p>	<p>Pas de service spécifique de Médecine interne, mais plusieurs Médecins internistes spécialisés (ex : Cardiologie, Gastro-entérologie, pneumologie, oncologie,...)</p>
	<p>Service chirurgical dirigé par un Chirurgien</p>	<p>Dr Nicolas Riand, président du Collège des Médecins</p>	<p>Chaque Chirurgien est responsable de son patient</p>
	<p>Anesthésie</p>	<p>Garde 24h/24</p>	<p>Médecin + infirmier anesthésiste</p>
	<p>Service des urgences de niveau 1</p>	<p>A adapter selon la demande. Collaboration existante depuis des années qui sera formalisée avec l'HVS.</p>	<p>Urgences 24h/24 patient CDV</p>
	<p>Unité de soins intensifs de niveau 1</p>	<p>Unité de surveillance niveau 1 mobilisable 24h/24</p>	
	<p>Ouverture des blocs opératoires 365 jours/an, 24h/24</p>	<p>Piquet mobilisable en 30' Ouverture 24h/24, 365 jours/an</p>	<p>Instrumentistes/TSO + Aide de salle d'opération</p>
	<p>Radiologie 365 jours/an, 24h/24</p>	<p>Rx conventionnelle, CT-Scanner et Ultrasons</p>	<p>Technicien en Radiologie Médicale + Médecin radiologue</p>
	<p>Infectiologie et soins psychiatriques en coopération</p>	<p>- Infectiologie : collaboration existante depuis des années avec l'ICHV qui sera formalisée dans les plus brefs délais. - Soins psychiatriques : la collaboration sera établie avec l'HVS dans le cadre des services des urgences de niveau 1.</p>	<p>Psychiatre : groupe bariatrie</p>
	<p>Soins palliatifs de base</p>	<p>Nous nous engageons à formaliser la collaboration existante avec l'HVS.</p>	

Système de garde

La Clinique de Valère ne dispose pas de mandats pour les soins d'urgence, toutefois les patients pris en charge peuvent être réadmis/réopérés si nécessaire. Voir tableau ci-dessous : modalités d'intervention de l'équipe de garde et des ressources disponibles.

Situation actuelle		
Quand ? Délais	Qui ?	Remarques
Equipe de réanimation 7h à 19h - 5j/7	Médecin Anesthésiste (777) Infirmier Anesthésiste (778)	Sur place Système d'alarme-cœur* Matériel à disposition Personnel formé
Equipe de piquet 24h/24 - 7j/7 À 30 min.	Médecin Anesthésiste Infirmier Anesthésiste Infirmier Instrumentiste/TSO Aide de salle d'opération	Présence sur place si nécessaire
Unité de surveillance niveau 1 30-60 min.	Infirmier formé aux soins continus	En cas de besoin, l'unité est opérationnelle 24h/24 et 7j/7
30 min.	Chirurgien/Médecin	
24h/24	Technicien en Radiologie Médicale	Rx conventionnelle / US, CT-Scanner Réseau PACS accessible
24h/24	Laborantine	Examens : chimie, hématologie, coagulation, gazométrie, transfusion
24h/24 - 7j/7	Cadre de piquet (Direction)	Renforts en personnel / Unité de surveillance niveau 1
Equipe de soins	Effectifs minimaux de sécurité présents (40 lits d'hospitalisation) <u>Jour</u> : 6 infirmières + 6 ASSC <u>Nuit</u> : 3 infirmières + 1 à 2 ASSC + 1 infirmière de piquet Personnel de l'unité de surveillance niveau 1 mobilisable 24h/24	Sans compter les cadres et étudiants/apprentis.

* Chaque étage est équipé de boutons poussoirs (alarme-cœur) qui activent une alarme spéciale sonore et visuelle « réanimation » et qui sont reliés aux téléphones du team REA composé d'un Médecin Anesthésiste et d'une Infirmière Anesthésiste. Le team REA peut aussi être appelé par les numéros de téléphones spéciaux 777 et 778 de l'équipe de garde.

Exemple de liste quotidienne des équipes de garde, à disposition de tous les secteurs :



Liste des équipes de garde

Date : mercredi 23 juillet 2014

Médecin anesthésiste : SCHLAEPFER Marc-André / 079

Infirmier/e anesthésiste : NANCHEN Jean-Philippe / 078

Instrumentiste : RUDAZ Séverine / 078

Aide salle d'op. : DA COSTA Manuella / 078

Radiologie : V. SIMONIN / 079

Médecin assistant : BASSI Cristina / 077

Ambulance : 144

Hôpital de Sion : 027 603 40 00

Médecin de garde (Sion) : 0900 14 40 33

Cadre infirmier de piquet : FUMEAUX Manuella / 079

Laboratoire Salamin : 027 322 7755 (en cas de non réponse : 027 451 2451)

Pharmacie de garde : Amavita Zimmermann, Rue de Lausanne 2, 1950 Sion / 058 851 30 32

Service de feu : 118

Police : 117

Service technique : Piquet / 079

ASP (Agence de sécurité) : 027 395 5112

Unité de surveillance niveau 1 à la Clinique de Valère

Exigence unité de surveillance (niveau 1)		Clinique de Valère
Une unité de surveillance (selon SI Niveau1) est obligatoire pour:	– La surveillance post-opératoire des patients (en premier lieu les interventions programmées)	Oui
	– La prise en charge des patients des urgences (PB)	Oui (Adapté)
	– La prise en charge des patients d'une unité de soins	Oui
Base:	1. En cas de besoin, l'unité doit être opérationnelle 24h/24 et 7j/7.	Oui
	2. L'hôpital dispose d'une convention de coopération avec un hôpital disposant des soins intensifs de niveau 2 pour les transferts immédiats de patients.	Nous nous engageons à signer dans les plus brefs délais une convention de collaboration.
	3. L'hôpital ne traite que les cas ASA I – II ou des cas stables ASA III (pas de patients à risque).	Oui
	4. La nécessité d'une surveillance fréquente et / ou d'un soutien respiratoire après l'intervention n'est pas prévisible avant l'opération.	Oui → Soins et surveillances, Feuille spécifique d'ordres médicaux, BIPAP, Respirateur de soins intensifs
Personnel spécialisé:	5. La responsabilité des soins incombe à l'anesthésiste en collaboration avec d'autres disciplines spécialisées (chirurgie, médecine). Cela concerne la sécurité des patients pour les interventions programmées ainsi que la prise en charge des patients venant des urgences ou d'une unité de soins en considérant l'état de santé du patient et de l'infrastructure de l'hôpital.	Oui
	6. Le responsable médical doit s'assurer que, pendant les heures de service, un médecin avec expérience (minimum 2 ans comme anesthésiste ou 6 mois en soins intensifs) est disponible à l'interne en moins de 5 minutes.	Oui → Cf. Liste Médecins FMH en Anesthésie et soins intensifs (dossier réponse à l'appel d'offres)
	7. Un représentant médical de la discipline principale (respectivement l'opérateur, en cas de transfert de l'unité des soins) qui a transféré le patient dans l'unité de surveillance doit en tout temps être accessible et l'intervention doit être possible au maximum en une heure.	Oui
	8. Les soignants disposent d'une année d'expérience en salle de réveil, en soins intensifs, en anesthésie ou en urgence.	Oui
L'hôpital remplit les exigences suivantes (en s'inspirant des directives IMC):	9. Les examens de radiologie conventionnelle sont disponibles 24h/24.	Oui → En particulier CT-Scanner abdominal (Centre de radiologie interne)
	10. Des examens en laboratoire comme la chimie, hématologie, coagulation sanguine et médecine de transfusion, analyses des gaz sanguins, sont disponibles 24h/24.	Oui → Labo interne: hématologie- chimie-gazométrie-transfusion
	11. L'unité dispose d'un nombre suffisant d'appareils et de systèmes de surveillance : surveillance permanente de l'ECG, de la pression artérielle et veineuse invasive et de l'oxymétrie pulsée.	Oui
	12. L'unité dispose d'un électrocardiogramme à 12 dérivations, d'un défibrillateur-stimulateur cardiaque externe, de pompes à perfusion et poussettes-seringue, du matériel d'intubation et respirateurs.	Oui
	13. Les mesures d'urgences médicales (réanimation, intubation, insertion de cathéters artériels et centraux, drainages thoraciques etc.) peuvent être exécutées en tout temps.	Oui
	14. Le monitoring (selon le standard SGAR) est garanti.	Oui
	15. Surveillance centrale avec contact visuel avec tous les patients (> à 4 places p.ex. monitoring).	Oui
	16. Au minimum 2 raccords d'oxygène (pas par lit), en cas de besoin de raccords supplémentaires mobiles par lit.	Oui
	17. Au minimum 2 raccords mobiles de prises de vide.	Oui
	18. L'unité de surveillance est une unité en soi.	Oui

Recommandations du Groupe de Travail Cardiologie Interventionnelle et Syndrome Coronarien Aigu et de la Société Suisse de Cardiologie et statut de la Clinique de Valère

Thèmes	Critères	Clinique de Valère
Information du patient	Pour toute PCI	Personnel soignant Médecin envoyeur
Consentement	Écrit	Oui
Radioprotection	Personne certifiée responsable pour la radioprotection selon recommandations Suisse/Européennes	Dr C. Imsand
	Guidelines internes écrits Données minimum incluent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mesures ; ○ Comptes rendus des temps de fluoroscopie et des DAP (Dose Area Product Gyxc²). 	Oui Oui Oui
Contrôle qualité et audit avec collectes de données	Mise en place d'une base de données locale et participation de tous les centres à une base de données nationale sur les procédures interventionnelles et la mortalité intra-hospitalière avec la publication des données sur le website (www.ptca.ch)	Oui
Opérateurs	Avoir terminé sa formation de cardiologie selon les guidelines suisse/européens avec la validation de l'examen final	Dr C. Imsand Dr P. Hildbrand
	Nombre minimal de procédures par opérateur 50	Dr C. Imsand : 182 poses de stent Dr P. Hildebrand : 90 poses de stent
Recommandations institutionnelles	Un site de soins intermédiaires ou soins intensifs	Oui
	Une collaboration formelle avec un centre tertiaire	Hôpital du Valais
	Accréditation officielle du SSC et du groupe de travail	Oui
Soins intermédiaires ou intensifs	Expertise en : <ul style="list-style-type: none"> ○ ACLS (advanced cardiac life support); ○ Pacemaker percutané temporaire ; ○ Intubation urgente ; ○ Monitoring continu ECG ; ○ Monitoring continu non invasive BP ; ○ Monitoring continu de la SO₂ 	Oui + anesthésistes 2 appareils Oui Oui Oui Oui
	En l'absence d'unité de soins intensifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le savoir-faire nécessaire à une ventilation mécanique de quelques heures doit être disponible ; ○ Une collaboration formelle avec un centre tertiaire doit être établie pour un transfert immédiat dans les cas où des soins intensifs sont requis. 	Oui (Hamilton G5) Oui. Nous nous engageons à signer dans les plus brefs délais une convention de collaboration.

Joint Position Paper of the *Swiss Working Group of Interventional Cardiology and Acute Coronary Syndrome* and the *Swiss Society of Cardiology* – Institutional and operator recommendations for percutaneous coronary interventions. Recommandations adoptées par la Société Suisse de Cardiologie le 24.01.2014.

Annexe 5

Attestations de stages des Médecins Anesthésistes en pédiatrie aux HUG



Département d'Anesthésiologie, Pharmacologie,
Soins Intensifs (APSI)

Unité d'Anesthésie pédiatrique

Prof. Walid Habre
Médecin Adjoint Agrégé
Responsable Unité d'Anesthésie Pédiatrique
Et gynéco-obstétricale
Ph: +41 22 382 75 04/ Fax: + 41 22 382 46 24
E.Mail : Walid.Habre@hcuge.ch

A QUI DE DROIT

Par la présente, je soussigné, **Professeur Walid HABRE**, médecin adjoint agrégé et responsable de la planification médicale du service d'anesthésiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève certifie que le **Dr Marc-André SCHLAEPFER** a travaillé aux HUG pour effectuer de l'anesthésie pédiatrique les 10, 17, et 24 février 2014 ainsi que le 10 mars 2014.

Fait à Genève, le 4 août 2014


Pr Walid Habre
Médecin adjoint agrégé
Responsable de l'unité
d'anesthésie pédiatrique
HUG
Professeur Walid Habre
Médecin Adjoint Agrégé
Responsable de la
planification médicale

Département d'Anesthésiologie, Pharmacologie,
Soins Intensifs (APSI)

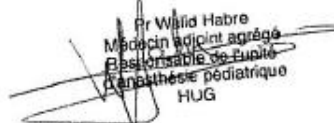
Unité d'Anesthésie pédiatrique

Prof. Walid Habre
Médecin Adjoint Agrégé
Responsable Unité d'Anesthésie Pédiatrique
Et gynéco-obstétricale
Ph: +41 22 382 75 04/ Fax: + 41 22 382 46 24
E-Mail : Walid.Habre@hcuge.ch

A QUI DE DROIT

Par la présente, je soussigné, **Professeur Walid HABRE**, médecin adjoint agrégé et responsable de la planification médicale du service d'anesthésiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève certifie que le **Dr Frank-Olivier GAY** a travaillé aux HUG pour effectuer de l'anesthésie pédiatrique du 6 au 10 janvier 2014.

Fait à Genève, le 4 août 2014.


Pr Walid Habre
Médecin adjoint agrégé
Responsable de l'Unité
d'Anesthésie pédiatrique
HUG

Professeur Walid Habre
Médecin Adjoint Agrégé
Responsable de la
planification médicale

Confirmation du contrat de collaboration avec Mme la Dresse Michèle Stalder, oncologue



Recommandé
Madame la Doctoresse
Michèle Stalder
Route de Sion 31
3960 Sierre

Sion le 29 juillet 2014

Concerne : Votre contrat de collaboration - Médecin indépendant - Clinique de Valère

Chère Madame,

Nous avons le plaisir de confirmer votre contrat de collaboration en qualité de Médecin indépendant à la Clinique de Valère, dès le 1^{er} octobre 2014.

Nous nous réjouissons d'ores et déjà de notre future collaboration et soulignons l'importance de vos compétences dans le domaine de l'oncologie et de la supervision des Tumor boards interdisciplinaires.

Dans l'intervalle, nous vous prions de croire, Chère Madame, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Clinique de Valère

Pascal Cosse

Directeur

Direction

Tél. +41 27 327 10 10 CH-1950 Sion
Fax +41 27 327 10 30 welcome@cliniquevalere.ch
www.cliniquevalere.ch

Mail du 10 juillet 2014 suite aux séances du 4 juillet 2014

De : Cosse Pascal Date : jeu. 10.07.2014 09:48
 À : Esther WAEBER; Christian AMBORD; Philippe RECH; Victor FOURNIER; Yves MARTIGNONI; Eliane FLEURY
 Cc : karin.perraudin@la-montagne.ch; Loretan Raymond; Hildbrand Patrick; Ducrey Erard Anne; Savioz Daniel; Riand Nicolas; Haenni Pierre-Olivier; Cosse Pascal
 Objet : Suite aux séances du 4 juillet 2014 : Données ambulatoires et stationnaires CdV 2012-2013-2014 (6 premiers mois) - compléments d'informations

Message [📎] Check-liste départ.doc (87 Ko) [📎] Appel téléphonique du lendemain.doc (74 Ko)
 [📎] FTDdocumenttravaildiscussionCdV_2014_04_07compléments.xlsx (49 Ko)

Madame la Conseillère d'Etat,
 Mesdames, Messieurs,

Voici les données ambulatoires des années 2012 - 2013 - 2014 pour les prestations discutées lors de nos séances du 04.07.2014, à savoir HNO, PNE, GAE, BEW. Nous avons inséré ces chiffres dans la feuille Excel des prestations de la CDV et apporté quelques commentaires complémentaires.

Nous postulons pour ces mandats (HNO1.1, HNO1.2, HNO 1.3) / BEW3, BEW4, BEW10/ GAE1 car notre expertise dans ces domaines en ambulatoire est importante et que les prestations en ambulatoire et stationnaire sont étroitement liées. Chaque patient ambulatoire est potentiellement un patient stationnaire. En effet, Pour des raisons médico-légales, réaliser ces cas en ambulatoire nécessite la possibilité de les hospitaliser en stationnaire en raison de critères médicaux qu'il s'agisse de cas post-opératoire ou préopératoire.

Pour un certain nombre de mandats les codes CHOP retenus pour la Clinique de Valère se retrouvent dans d'autres mandats que nous pourrions abandonner pour autant que la clinique puisse obtenir le mandat pour lesdites positions (ex NCH1 position CHOP se retrouvant dans BEW3 et BEW10 /abandon de NCH1 si obtention de BEW3 et BEW10).

Les médecins/chirurgiens ont la possibilité d'hospitaliser leurs patients en urgence 24h/24 et 365 jours/jan, ce qui nécessite le paquet de base. La Clinique de Valère est organisée afin d'offrir ce service aux patients, dont elle assume la charge. Elle permet non seulement de répondre aux situations d'urgences chirurgicales et médicales pour les patients hospitalisés mais également pour des ré-interventions nécessaires, par exemple pour des patients ayant bénéficié d'interventions en ambulatoire ou admettre des patients par transfert secondaire depuis les urgences de l'HVS ou d'autres structures ou à la demande de cabinets médicaux. Exemple : luxation de prothèse de hanche.

Elle remplit tous les critères nécessaires au paquet de base à l'exception d'un service d'urgence primaire dont on rappelle que pour le Valais Central seul L'HVS a le mandat :

- Bloc opératoire accessible 365j/365 24h/24
- Ré-hospitalisation et ré-opération du patient 24h/24 et 7j/7
- Accès en urgence aux Médecins ayant effectué le geste 24h/24 et 7j/7
- Examens radiologiques 24h/24, en particulier CT-Scanner abdominal (Centre de radiologie interne)
- Réalisation des examens de laboratoires 24h/24 (Labo interne : hématologie- chimie-gazométrie-transfusion)
- Unité de surveillance niveau 1 (365j/365 24h/24) + possibilité de ventilation artificielle des patients de quelques heures si nécessaire
- Personnel formé en réanimation (75% du tout le personnel formé)
- Contrôle et le suivi du patient ambulatoire en post-opératoire

Afin d'intégrer et d'optimiser la prise en charge des patients, nous souhaitons pouvoir formaliser toutes collaborations utiles entre l'Hôpital du Valais et la Clinique de Valère pour les Urgences primaires et les Soins Intensifs. A cet effet, un projet de convention de collaboration a été proposée à l'Hôpital du Valais, convention que nous désirons signer dans les plus brefs délais.

Suite aux séances du 4 juillet 2014, nous vous saurions gré de bien vouloir nous indiquer la procédure d'amendement de la liste provisoire validée par le Conseil D'Etat avant le 8 août prochain, permettant ainsi tant au Service de la SSP que de la Clinique de Valère de se concentrer sur les points encore ouverts à cette date. Dans le cas contraire, tout le travail effectué depuis quelques jours devrait être repris dans le cadre de notre prise de position dont le délai est fixé au 8 août.

Dans l'attente de la confirmation des divers points évoqués et en restant à disposition, Madame la Conseillère d'Etat, Mesdames, Messieurs, nous vous transmettons nos meilleures salutations.

Pascal Cosse
 Directeur
 Clinique de Valère
 Rue Pré-Fleuri 16
 CH - 1950 Sion
 Tél. + 41 27 327 17 41
www.cliniquevalere.ch

Communiqué de presse du 7 août 2014 : Hôpital du Valais – Clinique de Valère – Société médicale du Valais

Hôpital du Valais (RSV) – Direction générale
Avenue du Grand-Champsec 86, CH-1951 Sion



Communiqué de presse

L'Hôpital du Valais, la Clinique de Valère et la Société médicale du Valais explorent les voies de collaborations entre les secteurs privé et public

Sion, le 07 août 2014 - L'Hôpital du Valais et la Clinique de Valère collaborent déjà fréquemment, que cela soit pour assurer certaines prestations médicales ou médico-techniques (réadaptation, urgences, soins intensifs, médecine nucléaire, gestion des cas complexes, infectiologie, pharmacie hospitalière) ou pour la formation des soignants dans le domaine de l'anesthésie.

Cette démarche s'inscrit dans la volonté de coopération préconisée par le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture ainsi que le Grand Conseil valaisan.

Dans le cadre de la nouvelle planification hospitalière cantonale, l'Hôpital du Valais et la Clinique de Valère ont décidé de s'associer à la Société médicale du Valais afin d'envisager de nouvelles formes de partenariat entre acteurs sanitaires valaisans privés et publics. Cette démarche vise deux objectifs:

1. Optimiser la prise en charge et le libre choix du traitement pour les patients ayant recours au système hospitalier et ambulatoire valaisan.
2. Intensifier les collaborations existantes et en explorer de nouvelles susceptibles d'apporter des avantages mutuels et réciproques aux partenaires privés et publics, ceci dans l'optique d'offrir aux patients une prise en charge médicale de qualité.

Cette volonté de collaboration se traduit par la constitution d'un groupe de travail qui débutera ses travaux dans le courant du mois d'août 2014. Ce groupe est ouvert à d'autres partenaires. Les premiers résultats de cette concertation sont attendus pour le début de l'année 2015.

Pour tout contact:



Hôpital du Valais
Prof. Eric Bonvin, Directeur général, T 027/603 67 27



Clinique de Valère
M. Pierre-Olivier Haenni, Administrateur, T 026/350 02 02



Société médicale du Valais
Dr Monique Lehky-Hagen, Présidente, T 076/417 67 19

De : Jean-Marc Zumwald <jmzumwald@cic-groupesante.ch>
À : "santepublique@admin.vs.ch" <santepublique@admin.vs.ch>
CC : "Victor Fournier (victor.fournier@admin.vs.ch)" <victor.fournier@admin.v...>
Date : 31.07.2014 14:52
Objet : Prise de position de la clinique CIC Valais sur le rapport de la planification hospitalière 2015 - soins aigus
Pièces jointes : image002.jpg; LET EWK Consultation rapports et liste fr_version def.pdf; Planification hospitalière 2015: compléments d'informations

Madame la Conseillère d'Etat,

Comme cela est prévu dans votre courrier du 5 juin dernier (cf. fichier joint), nous vous transmettons par messagerie la prise de position de la clinique CIC Valais sur le rapport de la planification hospitalière du Valais 2015 des soins aigus.

En préambule, nous tenons à vous remercier très sincèrement de la confiance témoignée à la clinique CIC Valais et je vous prie de croire que nous entendons participer de manière active à la couverture des besoins de la population valaisanne, respectivement à collaborer étroitement avec l'hôpital du Valais chaque fois que cela est possible.

Notre prise de position est semblable à celle que nous avons déjà transmise le 29 juillet à M. Fournier, Chef de Service et Mme Fleury, Cheffe de la section hôpitaux, et qui nous lisent en copie, et que je joins au présent courriel.

Exigences remplies (selon rapport p.44)

Selon votre tableau de la p. 44 nous remplissons les exigences d'ophtalmologie, d'urologie (URO 1.1), d'orthopédie (BEW1 à BEW7) et de gynécologie (GYN1). Par contre nous ne remplissons pas les exigences au niveau de l'ORL car nous n'avons pas le spécialiste, alors que BEW8 ne l'est pas car nous n'avons pas de coopération avec un centre de réadaptation (RHE1).

Ce tableau vous a conduit à dire que nous pourrions obtenir des mandats de prestations pour :

- paquet de base programmé en chirurgie
- pour les prestations spécialisées : BEW1 ; BEW2 ; BEW5 ; BEW6 et BEW7

Au niveau des exigences que nous remplissons, les spécialités suivantes ont pourtant été écartées pour des raisons de centralisation : AUG1, URO1.1, GYN1 ainsi que BEW3 et BEW4.

Mais avant de parler de notre prise de position officielle, permettez-nous de vous rappeler le concept des cliniques CIC. L'idée est d'amener en plus des compétences habituelles, des compétences médicales spécifiques, telle que la prothèse de hanche par la voie minimale invasive du Dr. Maire, dans les régions périphériques afin de permettre un accès à ce type de spécialité à la population locale, indépendamment de leur couverture d'assurance (pour rappel plus du 90% de notre patientèle n'a que l'assurance obligatoire de soins).

Notre prise de position concernant le rapport est la suivante :

- nous sommes d'accord de renoncer à AUG1, URO1.1, GYN1
- nous souhaitons que vous revoyez votre position concernant BEW3, BEW4 et BEW8

Nos arguments :

- BEW3 : le Dr. Rossillon, spécialiste en chirurgie reconstructive et chirurgie de la main a une longue expérience dans le domaine de la main, tout comme le Dr. Maire. Nous avons bien compris votre argument de dire que cette chirurgie est essentiellement ambulatoire ; néanmoins étant donné que nous remplissons les exigences, nous souhaiterions pouvoir l'exercer.

- BEW4 (épaule) : depuis le 1er juin, le Dr. Diederichs, spécialiste reconnu en Valais (médecin notamment du FC Sion), a quitté l'hôpital du Valais pour nous rejoindre à 100%. Le fait de bénéficier de cette compétence spécifique nous encourage à vous demander de revoir votre position. Là également, comme nous remplissons les exigences, nous souhaiterions pouvoir l'exercer.

- BEW8 (chirurgie du dos ou chirurgie spinale) : nous n'avons pas obtenu ce mandat car nous n'avons pas de coopération en réadaptation. Comme vous pouvez le voir dans le courriel attaché, nous sommes en discussion avec deux centres de réadaptation pour conclure un tel accord. C'est la raison pour laquelle nous souhaiterions que vous revoyez votre position quant à la réponse négative du BEW 8. En effet, nous sommes ouverts à une très étroite collaboration avec l'Hôpital du Valais afin de mettre en place un centre de compétences de chirurgie spinale pour la population valaisanne. Ceci nous amène à vous dire que de manière générale, nous sommes ouverts à renforcer les collaborations avec l'hôpital du Valais. Ainsi dans le courriel joint, vous trouverez également le feu vert de l'institut central de l'Hôpital du Valais pour le domaine de l'infectiologie et de l'épidémiologie. Il en va de même des médicaments que nous commandons pour une bonne partie via l'Hôpital du Valais.

Pour conclure, nous tenons à vous dire, Madame la Conseillère d'Etat, que nous sommes particulièrement heureux de la confiance témoignée et que nous nous engageons à tout faire pour la mériter, et ce dans l'intérêt du patient valaisan, quelle que soit son assurance.

En espérant qu'il vous sera possible de revoir votre position pour les spécialités BEW3, BEW4 et BEW8, mais plus spécifiquement BEW4 et BEW8, nous sommes impatients de découvrir la liste de la planification hospitalière du canton du Valais par le Conseil d'Etat. Dans cette attente, tout en nous tenant bien entendu à la disposition de vos services si nécessaire pour tout complément d'information, nous vous prions de croire, Madame la Conseillère d'Etat, à l'assurance de notre très haute considération.

[Description : Description : Description : cid:image001.jpg@01CD8481.01D05310]

CIC Groupe Santé

Jean-Marc Zumwald
CEO
Rue du Lac 92
1815 Clarens
+41 21 989 22 32
+41 79 230 26 65

jmzumwald@cic-groupesante.ch<mailto:jmzumwald@cic-groupesante.ch>
www.cic-groupesante.ch<http://www.cic-groupesante.ch/>

Madame la Conseillère d'Etat
Esther Waeber-Kalbermatten
Cheffe du Département de la santé,
des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique
Av. du Midi 7
1950 Sion

Votre référence Date
dey/csy le 29 juillet 2014

Objet

Rapport et listes provisoires pour la planification hospitalière 2015

Madame la Conseillère d'Etat,

Votre courrier du 5 juin dernier nous est bien parvenu et son contenu a retenu toute notre attention.

Nous vous remercions de permettre une prise de position et c'est bien volontiers que nos commentaires vous sont transmis ci-après.

Appréciation des documents transmis – exigence – qualité (page 18)

Nous estimons que cette exigence est totalement remplie. Les documents fournis l'attestent. En effet, les données CRR sont transmises intégralement et régulièrement à l'ANQ.

Synthèse de l'évaluation – Réadaptation neurologique (page 32)

Compte tenu de la lourdeur des cas transférés d'une manière précoce à la CRR par les hôpitaux de soins aigus, la durée moyenne pour un séjour en réadaptation dépasse 40 jours. Nous estimons que ces durées ne diminueront pas ces prochaines années. En 2013, en moyenne 12.7 patients LAMal valaisans ont séjourné en réadaptation neurologique. Par ailleurs, 14 patients n'ont pas pu être admis dans cette discipline.

Compte tenu également de l'évolution démographique et de l'amélioration des techniques de prise en charge en soins aigus, il paraît nécessaire que 5 lits LAMal/VS supplémentaires de réadaptation neurologique soient attribués en 2015 à la CRR.

Dans ce sens, nous nous permettons de vous demander de bien vouloir réévaluer le mandat portant sur le nombre de lits concernant la réadaptation neurologique et porter celui-ci de 9 à 14 lits. Le mandat dès 2015 serait ainsi augmenté, au total de 25 lits (postulation CRR : 27 lits).

Nous restons volontiers à votre entière disposition pour en discuter.

En vous remerciant de l'intérêt porté à nos considérations et propositions, nous vous présentons, Madame la Conseillère d'Etat, l'expression de notre parfaite considération.

Clinique romande de réadaptation
Le directeur


Jean-Raphaël Kurmann

Le directeur médical


Gilles Rivier

Direction
Monica Crettol
Tel 027 / 485 50 39
Fax 027 / 481 89 57
monica.crettol@bernerklinik.ch



RECOMMANDEE

Madame la Conseillère d'Etat
Esther Waeber-Kalbermatten
Département de la santé, des
affaires sociales et de la culture
Avenue de la Gare 39
1950 Sion

Montana, le 25 juillet 2014/MC

Rapports et listes provisoires pour la planification hospitalière 2015

Madame la Conseillère d'Etat,
Mesdames, Messieurs,

Nous nous référons à votre courrier du 5 juin dernier et vous remercions de nous avoir soumis les rapports et listes provisoires de la planification hospitalière 2015 pour consultation.

A la lecture de ces documents, nous nous permettons de formuler les remarques et propositions suivantes:

Nous constatons avec plaisir que la méthode zurichoise a été choisie pour les travaux de planification. Toutefois, il est à relever que la méthode zurichoise n'a pas retenu la réadaptation polyvalente gériatrique. Les critères appliqués par le Valais dans ce domaine diffèrent de ceux de DefReha®, système établi sur le plan national par H+. De ce fait, il en résulte, à notre avis, une surestimation des besoins en réadaptation gériatrique et en parallèle une sous-estimation des besoins en réadaptations spécialisées.

- 1) L'écart relevé au niveau des bases fournies par les différentes cliniques pour comparer leur économicité est disproportionné. La Clinique bernoise de Montana est le seul établissement soumissionnaire disposant d'une comptabilité répondant aux normes d'économicité Swiss GAAP RPC, et certifié REKOLE® au niveau de sa comptabilité analytique. Comparer des coûts reposant sur une comptabilité analytique certifiée ou une comptabilité purement financière n'amène pas aux mêmes conclusions.

Pour cette raison, nous estimons être écarté de manière injustifiée de la planification hospitalière 2015 au niveau de la réadaptation musculosquelettique. Nous nous permettons de relever que la CRR et nous-mêmes sommes les deux seuls établissements certifiés Swiss Reha, unique label de réadaptation de pointe en suisse.

La LAMal accorde le libre choix de l'établissement aux patients, dès lors comment leur justifier un refus d'accès aux cliniques de pointe? De même, et pour citer le résumé du rapport provisoire, page 5 : « la concurrence entre hôpitaux publics et cliniques privées soit loyale et traite les concurrents de manière égale ».

Comme discuté à maintes reprises en 2011 déjà, il est indispensable pour notre clinique de figurer avec nos 4 domaines de compétence sur la liste hospitalière de notre canton de domicile, ceci afin d'accueillir les patients provenant de toute la Suisse. Pour la réadaptation musculosquelettique nous accueillons les patients de 7 différents cantons en sus de Berne, représentant 40% de nos journées malades.

Nous nous permettons de relever qu'à la lecture des données de la statistique administrative publiée par l'OFS, la solidité financière ne semble pas être forcément assurée pour tous les établissements retenus.

De par l'argumentaire exposé ci-dessus, ainsi qu'en référence aux résultats réalisés à mi-année, nous sollicitons l'obtention de **4 lits** en **réadaptation musculosquelettique**, prenant en compte un taux d'occupation de 90%.

- 2) Au niveau de la **réadaptation en médecine interne & oncologie**, les **7 lits** attribués correspondent aux besoins.
- 3) Pour la réadaptation neurologique, et faisant suite à la fermeture du service de neurologie de Loèche-les-Bains, nous avons absorbé une forte augmentation des patients dans ce domaine. De ce fait, nous sollicitons l'obtention de **14 lits** en **réadaptation neurologique**, correspondant au résultat obtenu durant les 6 premiers mois de l'année 2014, prenant en compte un taux d'occupation de 90%.
- 4) Pour la **réadaptation psychosomatique**, et au regard de la situation au 30 juin, nous sollicitons l'obtention de **3 lits**.

De longue date et plus particulièrement depuis 2012, nous pouvons justifier d'un statut de partenaire fiable, tant au niveau économique que celui de la couverture des besoins en réadaptation, pour les patients valaisans et pour le canton du Valais.

Nous restons volontiers à disposition pour discuter ou approfondir ces différents points. Dans l'attente de votre réponse, que nous espérons favorable, veuillez recevoir, Madame la conseillère d'Etat, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Clinique Bernoise Montana


Monica Crettol
Directrice



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA
3963 CRANS-MONTANA
DIRECTION

ETAT DU VALAIS

Département de la santé, des affaires
sociales et de la culture
Service de la santé publique
Avenue du Midi 7
1950 Sion

Le 8 juillet 2014

Rapports et listes provisoires pour la planification hospitalière 2015

Madame la Conseillère d'Etat,
Mesdames, Messieurs,

En réponse à votre courrier du 5 juin 2014, relatif au sujet mentionné en en-tête, nous vous communiquons notre position sur ces documents.

Exigences générales et spécifiques du Canton du Valais

La Clinique genevoise de Montana (ci-après CGM) se définit comme une clinique de médecine interne et de réadaptation générale. Elle se distingue des cliniques de réadaptation spécialisées qui se réfèrent à des organes ou des domaines médicaux spécifiques.

Les prises en charge proposées par nos équipes multidisciplinaires sont à la fois globales et individualisées.

Les traitements sont adaptés aux besoins des patients qui souffrent très souvent de maladies chroniques et présentent des multimorbidités complexes, exigeant non seulement des compétences en médecine interne générale mais aussi en psychologie, diététique ou physiothérapie.

A titre d'exemple, la prise en charge d'un patient hospitalisé suite à une opération de la hanche ne se limite pas à le rendre indépendant physiquement, mais permet d'aborder d'autres sujets, en fonction de sa situation médicale personnelle, par exemple : gestion du poids, diabète, nutrition, consommation d'alcool, manque d'exercice physique, isolement social, etc.

Nous contestons par conséquent l'appréciation de vos services quand ils estiment que la clinique ne répond pas aux exigences en termes d'équipe pluridisciplinaire, de formations des médecins ou d'offres thérapeutiques. Notre désaccord est d'autant plus fort que ce sont justement ces prestations globales, polyvalentes et multidisciplinaires offertes par notre clinique que les patients affirment apprécier, de même que les médecins qui nous les adressent.

Concernant l'exigence d'un nombre minimal de 250 cas par an pour les réadaptations musculosquelettiques, nous estimons qu'une telle limitation ne se justifie pas et nous la contestons. Nous estimons que les programmes que nous proposons depuis de nombreuses années aux quelque 170 patients admis pour de telles pathologies sont tout à fait adaptés à leur problématique.

Enfin, nous contestons votre point de vue lorsque vous estimez que les exigences ne sont pas ou partiellement remplies en termes d'offres ou de services thérapeutiques.

Si nous n'avons pas développé certaines prestations, comme l'ergothérapie, la logopédie ou l'assistance sociale, c'est parce que les demandes de ce type sont très rares et que nous pouvons trouver aisément ce type de prestations à l'extérieur et à un moindre coût, lorsque cela s'avère nécessaire. Cela répond donc à des réflexions d'efficacité et à des objectifs d'économicité. Nous ne trouverions pas correct d'être pénalisés pour ces efforts.

Comparaison des coûts par journée

Nous sommes très étonnés des chiffres indiqués dans votre rapport provisoire et nous ne les comprenons pas.

Si l'on se réfère aux derniers chiffres de l'Office fédéral de la statistique (Statistique médicale des hôpitaux – données au 20.03.2014), le coût moyen par journée dans les cliniques de réadaptation de Suisse se montait à CHF 666.- en 2012.

En cette même année 2012, le coût imputable d'une journée à la CGM se montait à CHF 533.-, soit 20 % de moins que la moyenne suisse.

Nous sommes également surpris que vos comparaisons entre établissements ne tiennent pas compte des durées moyennes et des coûts par séjour. En 2012, la durée moyenne de séjour en Suisse s'élevait à 24 jours et le coût moyen à CHF 15'800.-.

Comparativement, la durée moyenne de séjour à la CGM était de 17,4 jours et le coût moyen de CHF 10'800.-, soit 30 % inférieur aux autres cliniques suisses de réadaptation.

Nombres de lits prévus sur la liste hospitalière provisoire

Nous référant au nombre de patients et de journées réalisées avec des patients valaisans de 2011 à 2014, nous ne comprenons pas l'estimation du nombre de lits attribués à notre clinique.

Evolution 2011 - 2014 :

	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>Estim. 2014</u>
Nombre de patients	68	89	89	120
Nombre de journées	1294	1508	1643	2000
Equivalent lits	3,5	4,1	4,5	5,5

Cette évolution s'explique uniquement par l'augmentation des demandes d'hospitalisation qui nous sont adressées par les médecins valaisans. Elle reflète certainement leur satisfaction ainsi que celle des patients traités.

Les nombreux témoignages reçus depuis quatre ans nous confirment que notre établissement répond aux besoins de la population valaisanne et suisse romande. Nous vous serions par conséquent très reconnaissants de revoir à la hausse le nombre de lits attribués à notre établissement sur la liste hospitalière définitive. **Pour l'année 2015, nous confirmons qu'un nombre de 6 lits nous semblerait correspondre à la réalité des besoins des patients valaisans.**

Dans l'attente de vos nouvelles, nous restons à votre disposition pour plus d'informations et nous vous adressons, Madame la Conseillère d'Etat, Mesdames, Messieurs, nos salutations respectueuses.



Jean-Pierre Blanc
Directeur



Dre Simona Mateiciuc
Médecin-chef

Copie par courrier électronique à :

Mme Jacqueline GORGONI, présidente du Conseil d'administration des cliniques
M. Adrien BRON, Directeur général de la santé, DEAS, Genève

Klinikleitung
Dr. med. Jean-Marie Schnyder
Chefarzt und Vorsitzender der Klinikleitung
Dr. med. Marcus Hesse
Chefarzt
Fabian Wenger
Leiter Betriebswirtschaft
Anita Heggli
Leiterin Pflege



EINGESCHRIEBEN

Departement für Gesundheit, Soziales
und Kultur
Dienststelle für Gesundheitswesen
Avenue du Midi 7
1950 Sion

Crans-Montana, 8. August 2014

Spitalplanung 2015 – Kanton Wallis

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Zusendung der Unterlagen zur Vernehmlassung der Spitalplanung 2015 im Kanton Wallis und das offene und konstruktive Gespräch vom 6. August in Sitten in Anwesenheit von Herrn Victor Fournier, Dienstchef DGW, Herrn Christian Ambord, Kantonsarzt und Frau Eliane Fleury Troillet, Sektionschefin Spitäler.

Zum vorliegenden provisorischen Bericht vom April 2014 nimmt die Luzerner Höhenlinik Montana wie folgt Stellung und ergänzt weiterführende, für die Planungsgremien wichtige Informationen.

Zur Spitalplanung Akutsomatik

Die Luzerner Höhenlinik Montana hat sich für die Pneumologie (PNE1) und die Polysomnographie (PNE2) beworben.

Für die Polysomnographie (PNE2) wird ein Leistungsauftrag für die Luzerner Höhenlinik Montana vorgesehen. Diesen Entscheid begrüssen wir.

Für die Pneumologie (PNE1) sind die medizinischen Anforderungen nicht erfüllt, es wird kein Leistungsauftrag vergeben. Begründung: Es fehlen eine Thoraxchirurgie in Kooperation sowie ein Tumorboard.

Zentrum für Rehabilitation · Zentrum für Schlafmedizin · Akutpneumologie
Lunge, Herz, Innere Medizin
Psychosomatik, Bewegungsapparat

Luzerner Höhenlinik Montana · 3963 Crans-Montana VS
Telefon: Zentrale 027 485 81 81 · Fax: 027 485 83 57
lhm@LHM.ch · www.LHM.ch

Hierzu können wir wie folgt Stellung nehmen:

Tumorboard: es besteht eine Kooperation mit dem Luzerner Kantonsspital LUKS, im speziellen ein Zusammenarbeitsvertrag mit der Onkologie LUKS (siehe Anhang).

Thoraxchirurgie: es besteht eine Kooperation mit dem Luzerner Kantonsspital LUKS.

Wir möchten gerne festhalten, dass die Luzerner Höhenklinik Montana LHM nicht alle Leistungen aus dem Basispaket PNE1 anbieten möchte. Dies ist u.U. nicht richtig zum Ausdruck gekommen. In der Klinik werden folgende Leistungen erbracht:

PNE1.1, Infektionskrankheiten der Lunge (Abklärung und Therapie), Abklärung und Therapie Thoraxpathologie (ohne Abklärung Lungentransplantation und Mukoviszidose).

Für derartige Patienten ist eine ständige Überwachung im Haus vorhanden, zwei Pneumologen sind im Haus tätig inklusive eines 24h Bereitschaftsdienstes.

Aus obengenannten Gründen ist die Aufnahme auf die Spitalliste für die Pneumologie (PNE1.1) neu anzuschauen.

Zur Spitalplanung Rehabilitation

Die Luzerner Höhenklinik Montana LHM hat sich für die muskuloskelettale, internistisch-onkologische, kardiovaskuläre, pulmonale und psychosomatische Rehabilitation beworben.

Es werden Leistungsaufträge für kardiovaskuläre, pulmonale und psychosomatische Rehabilitation mit je 1 Bett erteilt.

Für die muskuloskelettale und internistisch-onkologische Rehabilitation wird kein Leistungsauftrag erteilt. Begründung: muskuloskelettal werden die Mindestfallzahlen nicht erreicht, bei internistisch-onkologisch wird eine Zentralisierung des Leistungsangebots im Kanton angestrebt.

Weitreichende Einschränkung

Der fehlende Leistungsauftrag seitens des Kantons Wallis für einzelne Rehabilitationsbereiche verhindert für unsere Klinik die Aufnahme von Patienten aus der restlichen Schweiz. Wir müssten auf allen Kantonslisten aufgenommen werden, damit wir weiterhin Patienten aus den entsprechenden Kantonen aufnehmen können. Da die Luzerner Höhenklinik Montana aber in den meisten Kantonen aufgrund der jeweiligen Patientenzahlen nicht versorgungsrelevant ist, wird die Klinik nicht für die Spitallisten in anderen Kantonen berücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass wir diese Patienten in Zukunft nicht mehr aufnehmen können. Kumuliert gehen uns dadurch Pflagestage aus rund 24 Kantonen verloren. Dies hat wesentliche finanzielle Einbussen zur Folge, welche die Arbeitsplätze und schlussendlich die Existenz der Klinik in Frage stellen.

Ausbildungsplätze gefährdet

Die Luzerner Höhenklinik Montana bildet zurzeit 5 Assistenzärzte, 2 Studierende Physiotherapeuten FH, 6 FAGE Lernende und 3 Koch Lernende aus. Zudem besteht ein Kooperationsvertrag mit der HES-SO für Studierende FH Pflegefachpersonen.

Eine Reduzierung der Pfl egetage aufgrund des fehlenden Leistungsauftrags in einzelnen Rehabilitationsgebieten gefährdet diese Ausbildungsangebote aufgrund der engen finanziellen Situation. Gleichzeitig verlieren wir mit einem eingeschränkten Leistungsspektrum auch an Attraktivität für die Rekrutierung von neuem Personal.

Keine Berücksichtigung für internistisch-onkologische Rehabilitation

Dies ist für uns nicht verständlich. Die Luzerner Höhenklinik Montana hat langjährige Erfahrung in diesem Bereich. Wir arbeiten eng mit der Onkologie des Luzerner Kantonsspital LUKS zusammen (Kooperationsvertrag mit der Onkologie des LUKS). Dies sichert onkologischen Patienten eine adäquate Versorgung zu. Die internistischen Patienten mit häufigen Mehrfachleiden werden umfassend betreut, gerade weil wir ein breites Leistungsangebot haben und erfahrene Spezialisten in verschiedenen Bereichen in der Klinik vorhanden sind.

Keine Berücksichtigung für muskuloskelettale Rehabilitation

Dies ist für uns nicht ganz verständlich. Die Luzerner Höhenklinik Montana hat ausgewiesenes Fachpersonal in diesem Bereich: Unser Chefarzt ist Facharzt für physikalische Medizin mit Zusatzausbildung manuelle Medizin. Wir haben Physiotherapeuten mit Spezialisierung in manueller Therapie und wir beschäftigen mehrere Psychotherapeuten. Somit sind wir von der Personalstruktur wahrscheinlich am besten prädestiniert, um in diesem Bereich eine optimale Versorgung anzubieten.

Mindestfallzahl muskuloskelettale Rehabilitation

Es wird auch begründet, dass wir die Mindestfallzahl in Bereich der muskuloskelettalen Rehabilitation nicht erfüllen. Es ist für uns nicht ganz verständlich, woher diese Mindestfallzahl stammt. Es ist uns nicht bekannt, dass von einer Fachgesellschaft eine wissenschaftlich erhärtete Mindestfallzahl definiert worden ist, welche nötig ist, um muskuloskelettale Rehabilitation anbieten zu können. Zudem können gerade in der Rehabilitation mit den Synergien und teilweise engen Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Fachgebieten derartige Mindestfallzahlen nicht derart isoliert auf einen Bereich betrachtet werden.

Hohe Patientenzufriedenheit

Die Luzerner Höhenklinik Montana hat im 2013 bei den Patientenbefragungen ANQ eine ausgezeichnete Patientenzufriedenheit erreicht. Dies lässt auch auf eine sehr gute medizinische Betreuung in allen Rehabilitationsbereichen schliessen. Dies wird leider bei der Erstellung der Spitalisten nicht entsprechend honoriert.

Zentralisierung der Rehabilitation

Grundsätzlich stehen wir einer Zentralisierung von Rehabilitationsbereichen nicht im Wege. Bei einer Zentralisierung sollten aber alle Leistungsanbieter solidarisch einen Teil der Leistungen abgeben und erhalten dafür zusätzliche Leistungen in anderen Bereichen. Dies ist aber in der vorliegenden Planung nicht der Fall, da es Kliniken hat, welche ihr gesamtes Spektrum gestärkt erhalten und Kliniken welche vorwiegend abgeben müssen. Somit ist die Last sehr ungleich verteilt.

Fazit

Das Ziel der Luzerner Höhenklinik Montana ist nicht primär viele Walliser Patienten zu erhalten und dadurch eine Konkurrenz zu den bestehenden Walliser Institutionen zu werden. Unser Ziel ist weiterhin, Patienten aus der gesamten Schweiz uneingeschränkt bei uns aufnehmen zu können. Dies ist mit der vorliegenden Planung nicht mehr gegeben, weil wir gemäss Krankenversicherungsgesetz nicht mehr in allen unseren Rehabilitationsbereichen für alle Patienten frei wählbar sind.

Die vorliegenden Betteneinschränkungen entsprechen nicht den aktuellen Leistungszahlen und sorgen – wenn sie zu knapp bemessen sind - primär für eine enorme finanzielle und planerische Unsicherheit bei der betroffenen Klinik.

Es ist nicht klar, wieso die Luzerner Höhenklinik Montana in den Bereichen der muskulo-skelettalen und der internistisch-onkologischen Rehabilitation keinen Leistungsauftrag erhält. Die Ausschlusskriterien sind nicht hinreichend erläutert und somit nicht klar nachvollziehbar. Die Planung in diesen Bereichen ist daher aus unserer Sicht neu aufzugreifen.

Zusammenfassend möchten wir auf der Spitalliste des Kantons Wallis für folgende Disziplinen berücksichtigt werden: Akutpneumologie mit obenerwähnten Einschränkungen, je 1 Bett in internistisch-onkologischer, muskulo-skelettaler, kardiovaskulärer, pulmonaler und psychosomatischer Rehabilitation.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anträge.

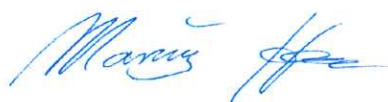
Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Jean-Marie Schnyder
Chefarzt
Vorsitz Klinikleitung



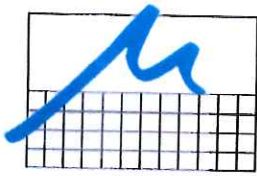
Fabian Wenger
Leiter Betriebswirtschaft



Dr. med. Marcus Hesse
Chefarzt



Anita Heggli
Leiterin Pflegedienst



Kooperationsvereinbarung

zwischen

Luzerner Höhenklinik Montana

und

Tumorzentrum Luzerner Kantonsspital

1. Ausgangslage und Geltungsbereich

Ziel dieser Vereinbarung ist die Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen dem Tumorzentrum LUKS und der Luzerner Höhenklinik Montana. Dabei soll der Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige im Vordergrund stehen. Für die Festlegung der Zusammenarbeit bedarf es einer schriftlichen Vereinbarung mit Luzerner Höhenklinik Montana.

2. Zentrumsrelevante aktive Zusammenarbeit

Die Luzerner Höhenklinik Montana ist für die stationäre Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen zuständig.

3. Umsetzung der Leitlinien

Die Luzerner Höhenklinik Montana verpflichtet sich zur Umsetzung der Qualitätskriterien in ihrem Fachbereich.

4. Einhaltung Schweigepflicht

Die Mitarbeiter der Luzerner Höhenklinik Montana halten die Schweigepflicht im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen ein.

5. Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen

Die Luzerner Höhenklinik Montana ist einverstanden, öffentlich als Kooperationspartner des Tumorzentrums ausgewiesen zu werden (z.B. auf der Homepage oder im Flyer). Beide Kooperationspartner unterstützen sich gegenseitig bei der Durchführung von Veranstaltungen und der dazu nötigen Öffentlichkeitsarbeit.

6. Inkraftsetzung, Verlaufszeit und Kündigung

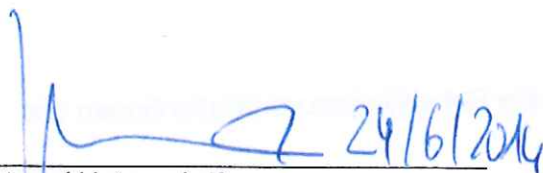
Diese Vereinbarung ist unmittelbar nach Unterzeichnung gültig. Sofern einzelne Anforderungen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht umgesetzt sind, werden diese bis spätestens zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung realisiert.

Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Vereinbarung kann jederzeit aus zwingendem Grund gekündigt werden. Dies ist dann z.B. der Fall, wenn wesentliche Zertifizierungsanforderungen nicht mehr durch den Kooperationspartner erfüllt werden. Jede Kündigung bedarf der Schriftform.

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Partner werden eine ungülti-




ge Bestimmung durch eine dieser im Ereignis möglichst nahe kommenden Regelung ersetzen.


24/6/2014

Datum / Unterschrift

Dr. med. Jean-Marie Schnyder
Chefarzt und Vorsitzender der Klinik-
leitung
Luzerner Höhenklinik Montana
Route de l'Astoria
CH- 3963 Crans-Montana VS

6.5.2014 

Datum / Unterschrift

Prof. Dr. med. Stefan Aebi
Leiter Tumorzentrum
Chefarzt Medizinische Onkologie
Luzerner Kantonsspital
CH- 6000 Luzern

14 JUL. 2014



Rehazentrum Leukerbad
CLINIQUE DE LOËCHE-LES-BAINS

**Département de la santé, des
affaires sociales et de la culture**

A l'att. de Mme la Cheffe de
Département
Esther Waeber-Kalbermatten
Av. de la Gare 39
1950 Sion

Sion, le 12 juillet 2014

Rapports et listes provisoires pour la planification hospitalière 2015

Madame la Cheffe de Département,

Nous avons bien reçu votre courrier du 5 juin concernant le sujet susmentionné et en avons pris connaissance avec grande attention.

En préambule, nous souhaitons relever la qualité de la démarche et la rigueur de la méthode utilisée pour l'établissement de la future liste hospitalière valaisanne. Ceci représente, de notre point de vue, une avancée significative par rapport à l'exercice précédent et nous vous en sommes reconnaissants.

C'est néanmoins avec regret que nous prenons acte de la diminution de près de 40% du nombre de lits qui nous sont attribués. Une telle baisse n'est supportable par notre clinique que si le nombre d'institutions autorisées à pratiquer la réadaptation musculo-squelettique en Valais est limité. Ainsi il pourrait être possible de compenser la perte d'activité ainsi induite dans le Canton du Valais par de nouveaux patients en provenance d'autres cantons. C'est pourquoi nous pouvons nous rallier à la liste provisoire qui nous a été communiquée dans la mesure où des mandats en réadaptation musculo-squelettique sont attribués exclusivement à l'Hôpital du Valais, à la CRR et à notre clinique dans les quantités présentées.

En espérant que notre position sera prise en considération, nous vous prions de croire, Madame la Cheffe de Département, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.



Guillaume Grand
Président



André Martin
Administrateur

Copie : M. Victor Fournier, SSP

Rehazentrum Leukerbad ♦ CH-3954 Leukerbad
Swiss Olympic Medical Center ♦ Member of SWISS REHA

www.rzl.ch ♦ info@rzl.ch ♦ Tel: +41 27 472 51 11 ♦ Fax: +41 27 472 52 30

RECOMMANDEE

Département de la santé, des affaires sociales
et de la culture
Madame Esther Waeber-Kalbermatten
Conseillère d'Etat
Avenue de la Gare 39
1950 SION

MD/fg

Martigny, le 7 août 2014

CONCERNE : PLANIFICATION HOSPITALIERE 2015

Madame la Conseillère d'Etat,

Nous nous référons aux documents « planification hospitalière 2015 » mis en consultation en juin de cette année. Même si nous n'avons pas été invités à vous adresser une prise de position, nous le faisons spontanément conformément à nos statuts. Nous nous limiterons toutefois à quelques points qui concernent la qualité des prestations et la sécurité des patients.

Remarque préliminaire :

Nous nous réjouissons de lire, dans l'un de vos projets (soins somatiques aigus), qu'il est imposé de réaliser des objectifs de qualité pour figurer sur la liste hospitalière et pour obtenir des mandats de prestations. Cependant, il est regrettable que, pour d'autres groupes de prestations de véritables preuves du respect des exigences de qualité font défaut.

Chirurgie viscérale, en particulier chirurgie du côlon

Nous nous référons aux pages 31 et 32 du rapport provisoire « soins somatiques aigus ». Vous concluez ainsi : « Au vu des données transmises ci-dessus, il peut être constaté que les résultats sont satisfaisants pour les quatre indications analysées, pour l'Hôpital du Valais, la Clinique de Valère, l'Hôpital du Chablais, l'Hôpital Riviera et la Clinique CIC Riviera ». Nous contestons cette conclusion s'agissant de la chirurgie du côlon pratiquée au Centre hospitalier du Valais central

(CHCVs). Le Professeur Jean-Jacques Houben a été mandaté pour expertiser la chirurgie viscérale hautement spécialisée (MHS = médecine hautement spécialisée selon la convention intercantonale) pratiquée au CHCVs. Mais il a aussi étudié cette chirurgie « non MHS ». Selon son rapport, il existe dans cet hôpital une surmortalité dans la chirurgie du côlon non MHS, donc courante et de base, alors que les taux de mortalité sont normaux au Centre hospitalier du Haut-Valais, à l'Hôpital du Chablais et à la Clinique de Valère (rapport Houben p. 76 à la fin). L'expertise relève que, dans le service de chirurgie viscérale du CHCVs, la confection des sutures présente des problèmes (p. 83) et que le taux de fistules anastomotiques est anormalement élevé (p. 73). Il y a donc une maîtrise insuffisante des gestes techniques.

On peut encore citer les passages suivants tirés du rapport du Professeur Houben :

- p. 6 3^e colonne : désunions anastomotiques fréquentes à Sion, résections peu conservatrices, choix techniques parfois audacieux.
- p. 20 note de bas de page : opération lourde du foie non justifiée pour des kystes bénins.
- p. 22 1^{er} et 2^e paragraphe : « trois décès auraient pu être évités ».
- p. 22 à la fin : il semble que les chirurgiens opèrent depuis des années des patients sans le support hépatologique nécessaire.
- p. 25 technique opératoire : trop d'hémorragies pour des gestes simples dans la chirurgie du foie. Plusieurs opérations ont présenté des incidents inhabituels.
- p. 27 au milieu : prise de risque inutile en ne posant pas de drain, ce qui aggrave la situation du patient en cas de fistule.
- p. 30 à la fin : indication pas donnée pour une opération du foie chez un patient dont la cirrhose est classifiée Child-Pugh B = situation inopérable.
- p. 31 : mortalité dans la chirurgie du foie effrayante : 13 x plus de décès que dans les hôpitaux de comparaison : HUG, Hôpital St-Antoine à Paris, Erasme à Bruxelles, au Japon.
- p. 32 à la fin : opération du foie selon une technique risquée pouvant déboucher sur la mort par embolie gazeuse.
- p. 40, 3^e paragraphe : œsophage : patient de 77 ans clairement inopérable en fin de vie.

- p. 42 : on effectue des sutures qui ne vont pas tenir lors d'une opération de l'œsophage pour un syndrome de Boerhaave.
- p. 45 ch. 7.2.3 : un décès consécutif à une condition générale gravissime est lié à une indication excessive.
- p. 50 « *Primum non nocere* La perspicacité du chirurgien est de choisir les malades auxquels il apportera un bénéfice certain ou très probable et de refuser les patients dont les risques dépassent les attentes ».
- p. 58 : mortalité anormalement élevée pour la DPC.
- p. 69 in fine : pas de préservation de l'appareil sphinctérien même quand cela est possible (1 cas sur 6).
- p. 73 in fine : le taux de fistules anastomotiques (= fuites) est important (24 %) alors que la littérature mentionne un taux variant entre 8 et 12 %. Donc deux à trois fois plus élevé que la norme attendue.

La comparaison des hôpitaux effectuée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) confirme les analyses du Professeur Houben :

	<u>Totalité des résections colorectales :</u>		
<u>2010</u>	<u>mortalité observée</u>	<u>mortalité attendue</u>	<u>SMR</u>
CHCVs	7.9 %	5.2 %	1.5
Clinique de Valère	0 %	4.3 %	0
<u>2011</u>			
CHCVs	10.4 %	5 %	2.1
Clinique de Valère	0 %	4.3 %	0

Résection du côlon pour cancer colorectal sans diagnostic compliquant :

<u>2010</u>	<u>mortalité observée</u>	<u>mortalité attendue</u>	<u>SMR</u>
CHCVs	2.3 %	3.3 %	0.7
Clinique de Valère	0 %	3.2 %	0

<u>2011</u>	<u>mortalité observée</u>	<u>mortalité attendue</u>	<u>SMR</u>
CHCVs	4.8 %	3.3 %	1.4
Clinique de Valère	0 %	3.6 %	0

Herniotomie sans OP de l'intestin :

<u>2011</u>	<u>mortalité observée</u>	<u>mortalité attendue</u>	<u>SMR</u>
CHCVs	1.6 %	0.1 %	16.7
Clinique de Valère	0 %	0.1 %	0

Ainsi, les statistiques officielles montrent qu'au CHCVs le taux de mortalité est en général plus élevé que le taux attendu alors que ce taux est le meilleur possible à la Clinique de Valère soit 0 %. Le taux de mortalité standardisé « standardized mortality ratio » (SMR) est aussi au CHCVs plus élevé, voire significativement plus élevé (herniotomie), que le taux attendu qui est de 1. Cet indicateur prend en considération l'ensemble de la Suisse de sorte que, dans les cas qui servent à la comparaison, il y a aussi des patients âgés ou avec des comorbidités. Dès lors, il s'agit de cas semblables aux cas valaisans, l'indicateur SMR est également pertinent en Valais pour mesurer la qualité, comme partout ailleurs en Suisse. Cela étant, vous formulez l'explication suivante (p. 32 au début) : « A la demande du Service de la santé publique, des revues de dossiers par les hôpitaux ont été réalisées sur la base des résultats des indicateurs qualité OFSP 2011. Ces revues ont permis de constater que les décès observés concernaient principalement des patients âgés, avec un stade cancéreux avancé ou souffrant de comorbidités ».

Nous contestons ces affirmations pour plusieurs motifs. D'abord, elles ne sont pas pertinentes pour les motifs indiqués au paragraphe précédent (ratio SMR). Il apparaît ensuite que vos affirmations ne sont scientifiquement pas démontrées ni prouvées par des analyses cliniques. Par ailleurs, vous faites un amalgame en parlant de l'Hôpital du Valais qui est un concept abstrait alors que les indicateurs de qualité se mesurent dans chaque centre où les patients sont hospitalisés. Ils sont dans la norme dans les hôpitaux du Chablais et du Haut-Valais, et dans ces hôpitaux il y a aussi des patients âgés avec des comorbidités ! Nous vous demandons de rendre public les analyses, le nom des personnes qui les ont effectuées, la qualification de ces personnes et ce pour toutes les pathologies indiquées en page 31. Comment un travail similaire à celui du Professeur Houben, qui l'a occupé durant six mois pour un petit nombre de cas, a-t-il pu être effectué par le Service de la santé pour les très nombreux types de cas mentionnés dans la récapitulation en page 31 du rapport « soins somatiques aigus » ? En toute hypothèse, la justification figurant au début de la page 32 de votre rapport est inacceptable parce qu'elle sous-entend que l'on aurait opéré en l'absence d'une indication opératoire bien établie, soit lorsque la chirurgie est trop risquée ou n'apporte pas de bénéfice pour le patient en raison de l'âge, d'une maladie ou d'un cancer avancé. A toutes fins utiles, nous vous invitons à lire le rapport du Professeur Houben, p. 50 à la fin : « *Primum non nocere* ».

En conclusion, et s'agissant de la chirurgie colorectale, il n'est pas établi que les exigences de l'article 39 al. 1 lit. a et b LAMal sont remplies s'agissant du CHCVs. Nous considérons dès lors qu'en l'état les risques pour les patients sont trop élevés.

Cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque

Dans l'appel d'offres du Département figurait une exigence à remplir s'agissant du médecin de piquet hors de l'hôpital (la nuit, durant les week-ends, etc.) : le médecin devait être en tout temps atteignable et pouvoir intervenir dans les trente minutes. Or, curieusement (à moins que cela ne nous ait échappé), ce standard de sécurité concernant le délai de 30 minutes, qui est appliqué partout en Suisse, ne figure plus dans votre projet.

Absence d'évaluation de la qualité pour la psychiatrie

Vous expliquez vous fonder uniquement sur les documents de l'offre transmis par l'hôpital et précisez que vous attendez des données de l'association pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques. Cela n'est pas admissible : vous devez, avant d'octroyer le mandat, établir s'il y a dans le service hospitalier entrant en considération une assistance médicale adéquate et du personnel médical qualifié (art. 39 al. 1 LAMal). Il vous aurait dès lors incombé de procéder à un contrôle des pratiques professionnelles actuelles dans les hôpitaux psychiatriques. Cela n'a, apparemment, pas été fait, quand bien même cette lacune avait déjà été relevée dans le rapport d'audit de la Fédération hospitalière de France : « L'absence de projets d'évaluation des pratiques professionnelles n'a pas permis (à la FHF) une mesure objective du niveau de qualité des soins, tant au niveau médical que pour les paramédicaux

- pas d'évaluation de la pertinence des prescriptions médicamenteuses ou de laboratoire
- pas d'évaluation du niveau de qualité des prestations fournies
- pas de tableau de bord qualité »

(audit FHF p. 45, 2ème alinéa) ».

Absence d'évaluation de la qualité pour la réadaptation et les soins palliatifs

Dans votre rapport, il n'y a aucune évaluation ou quantification de la qualité des prestations fournies et aucun contrôle des pratiques professionnelles n'est mentionné.

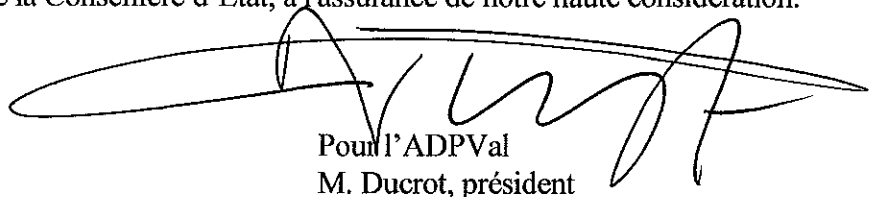
Transparence et information des patients

Les documents mis en consultation ne sont pas transparents. Ils ne contiennent pas les chiffres des indicateurs de qualité, en particulier le taux de mortalité. Les données statistiques doivent être rendues publiques dans la documentation accompagnant la décision de planification et d'octroi des mandats de prestation et ce pour tous les hôpitaux obtenant un tel mandat (y compris pour les hôpitaux de Montreux et de Vevey qui, dès le 1^{er} janvier 2015, seront aussi considérés comme des hôpitaux valaisans) et pour toutes les prestations pour lesquelles un mandat est octroyé.

Demandes formulées par l'ADPVal et adressées au Conseil d'Etat :

1. Le mandat de prestations en chirurgie du côlon est octroyé à l'Hôpital du Haut-Valais, à l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais et à la Clinique de Valère, avec les mêmes exigences que celles applicables pour chacun d'eux à l'heure actuelle.
2. Le mandat en chirurgie viscérale non MHS ne pourra être octroyé au CHCVs qu'après mise en œuvre d'une expertise de l'activité actuelle dans cette chirurgie et d'un coaching confié à des chirurgiens expérimentés extérieurs à l'hôpital. Le Conseil d'Etat et la Commission de la santé du Grand Conseil devront régulièrement être informés des constatations opérées.
3. Les mandats en cardiologie et en chirurgie cardiaque sont octroyés au CHCVs avec une charge (au sens du droit administratif) ainsi formulée : Le médecin de piquet à l'extérieur de l'hôpital doit pouvoir s'y rendre dans les 30 minutes dès la réception de l'appel.
4. Les mandats en psychiatrie et en réadaptation et soins palliatifs ne pourront être octroyés qu'après évaluation des pratiques professionnelles.
5. La documentation relative aux mandats de prestations doit contenir les indicateurs de qualité et permettre une comparaison avec des taux de référence (benchmarking). Ils doivent être rendus publics.

Veillez croire, Madame la Conseillère d'Etat, à l'assurance de notre haute considération.


Pour l'ADPVal
M. Ducrot, président

Copie :

- Commission de la santé Grand-Conseil, par son Président Monsieur André Vernay, case postale 15, 1890 St-Maurice
- Commission d'enquête parlementaire RSV, par son Président Monsieur Xavier Moret, Rue du Simplon 20, 1920 Martigny



Le chef du
Département de la
santé et de l'action
sociale

Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

14 AOUT 2014

Département de la santé, des affaires
sociales et de la culture
Mme Esther Waeber-Kalbermatten
Conseillère d'Etat
Av. de la Gare 39
1950 Sion

Réf. : 489348 / JPJ/MM

Lausanne, le 8 août 2014

Consultation sur le rapport provisoire valaisan « Planification hospitalière 2015 – soins aigus somatiques »

Madame la Conseillère d'Etat, chère Collègue,

J'ai bien reçu votre courrier du 5 juin 2014 dans lequel vous me donnez l'occasion de me prononcer sur le document cité en titre et je vous en remercie.

J'ai examiné attentivement votre rapport provisoire en focalisant mon attention sur la région du Chablais qui demande une coordination particulière entre nos deux cantons dans le contexte de la création de l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais.

Votre démarche de planification suit la procédure développée par le canton de Zürich et recommandée par la CDS. S'agissant de l'HRC VD-VS et de la région du Chablais, cette approche pose un problème quant à l'évaluation des besoins et des masses critiques pour l'attribution des prestations. En effet, les projections prises en compte sont centrées uniquement sur les besoins de la population valaisanne du Chablais. Cette manière de procéder se comprend d'un point de vue cantonal, mais ne tient pas ou peu compte de la masse critique par groupes de prestations destinées à l'entier du bassin de cet hôpital composé globalement de 30% de patients valaisans et de 70% de patients vaudois. Il me paraîtrait cohérent que, dans nos démarches respectives de planification, nos deux cantons prennent en compte l'ensemble de la population du Chablais pour évaluer les missions à attribuer à l'HRC VD-VS.

D'autre part, le canton du Valais a choisi d'attribuer des prestations par site hospitalier (5 sites de soins aigus actuellement pour l'HRC VD-VS) et non par établissement. Cette approche pose un problème dans le cas de l'établissement HRC VD-VS qui procède déjà, sous contrôle de nos services, à une réorganisation de ses services cliniques en vue de leur regroupement dans la perspective de l'hôpital de Rennaz. D'ici là, l'HRC VD-VS sera en mutation permanente et il me semble important de tenir compte de cette

problématique dans vos décisions de planification afin d'entraver le moins possible sa nécessaire réorganisation.

Enfin, il me paraît essentiel que les mandats de prestations que nos deux cantons attribuent à l'HRC VD-VS soient harmonisés. En effet, il serait difficilement compréhensible pour la population du Chablais que les ressortissants valaisans n'aient pas accès à certaines prestations de l'hôpital alors que les ressortissants vaudois y aurait accès et inversement. Cette problématique d'harmonisation étant très complexe, je suggère qu'elle soit discutée dans le groupe de travail qui réunit nos deux services de santé publique et la gouvernance de l'HRC VD-VS.

En vous remerciant de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer, je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie de recevoir, Madame la Conseillère d'Etat, chère Collègue, mes salutations les meilleures.

Le chef du département



Pierre-Yves Maillard

Copies :

- Mme Stéphanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique Vaud
- M. Marc-Etienne Diserens, Président du Conseil d'établissement, HRC-VD-VS

Dienststelle für Gesundheitswesen
Frau Staatsrätin
Esther WAEBER-KALBERMATTEN
Av. du Midi 7
1950 Sitten

Sion, den 20.7.2014

Betrifft: Vernehmlassung Spitallisten

Werte Frau Staatsrätin, werte Verantwortliche der Dienststelle für Gesundheitswesen

Hiermit danken wir für die Möglichkeit, zu den Spitallisten Stellung zu nehmen. Wir möchten diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 23.9.2013 verweisen.

Nach wie vor denken wir, dass aufgrund der spezifischen Gegebenheiten des Kantons Wallis **Richtlinien, die aus dem Kanton Zürich stammen, nicht ohne gewisse Anpassungen umsetzbar sein werden** – insbesondere was z.B. Einsatzzeiten von gewissen Spezialisten, die nur in beschränktem Mass verfügbar sind, betrifft. Diesbezüglich haben auch andere Kantone der Innenschweiz Probleme geltend gemacht wobei diese jedoch distanzmässig entsprechende Patienten wesentlich einfacher in ein grosses Zentrumspital verlegen können, als dies im Wallis der Fall ist. Wir bitten Sie, diesen wichtigen Faktor in den Verhandlungen mit den verschiedenen involvierten Parteien zu berücksichtigen, um nicht paradoxer Weise, durch Pochen auf immer zu relativierende Normen, eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung für die Walliser Patienten zu bewirken, weil die Arbeitslast für gewisse Kollegen nicht mehr tragbar wäre. Es müssen, wie im Bereich der Einsatzzeiten für Ambulanzeinsätze, zum Wohle aller Beteiligten, sinnvoll umsetzbare Normen angewendet werden.

Wie wir bereits in unserer Stellungnahme im September 2013 festgehalten haben, scheint es uns unerlässlich, in der Spitalplanung laufende medizinisch-pflegerische Projekte entsprechend und nach Rücksprache mit den betroffenen Parteien zu berücksichtigen.

Unserer Meinung nach müsste die **Spitalplanung proaktiv auf zukünftige Entwicklungen ausgerichtet sein.** Diesbezüglich müssten Kooperationsprojekte, die einem Bedürfnis entsprechen, wie z.B. das neue Rehabilitationskonzept des SZO im Oberwallis, in Zusammenarbeit mit der Berner Höhenklinik adäquat berücksichtigt werden und nicht durch Bettenabbau behindert werden. Leider scheint es, dass immer noch das politische und geographisch-architektonische Erbe mehr gewichtet wird als medizinisch und gesellschaftlich sinnvolle Netzwerkprojekte.

Ebenfalls möchten wir betonen, dass wir uns dafür einsetzen, dass die aktuelle Spitalplanung dazu dienen sollte, produktive Zusammenarbeitsprojekte zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor zu fördern, die für alle Parteien win-win-Aspekte darstellen und auch von den verschiedenen Parteien **gemeinsam** erarbeitet werden.

Wir bedauern, dass trotz entsprechender Volksentscheide und einschlägiger Gesetzestexte weiterhin keine Mandate zur Förderung alternativ-medizinischer und ganzheitlicher Behandlungsansätze auch im stationären Bereich vorgesehen sind.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüßen



Dr. med. Monique Lehky Hagen
Präsidentin WÄV



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Département de la santé, des af-
faires sociales et de la culture
Service de la santé publique
Avenue du Midi 7
1950 Sion

Für Rückfragen:
Stephan Colombo
Direktwahl: +41 32 625 4298
Stephan.Colombo@santesuisse.ch

Solothurn, 7. August 2014

Kanton Wallis: Spitalplanung 2015; Stellungnahme zu Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Palliativpflege, Psychiatrie und War- tebetten

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nimmt santésuisse zu den Entwürfen der Spitalliste des Kantons Wallis im Rahmen der Vernehmlassung der Spitalplanung 2015 Stellung. Wir möchte auf ein paar grundsätzliche Punkte zu den folgenden Themen eingehen:

Fehlende Transparenz bei der Ermittlung der Nachfrage

Der Kanton Wallis hat in seinem Bericht „Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015“ die zukünftige Nachfrage dargelegt. Im Rahmen dieser Bedarfsanalyse wurden eine Reihe von Faktoren berücksichtigt, unter anderem die ausserkantonale Behandlung und die Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen. Eine Validierung der darin vorgenommenen Berechnungen ist santésuisse auf Grund der gewählten Darstellungsform und dem Fehlen von nachvollziehbaren Rechnungsschritten leider nicht möglich. Fakten, welche zur Begründung weitreichender Entscheide dienen, sollten transparent und nachvollziehbar dargestellt werden.

Mangelnde Effizienzbeurteilung der Leistungserbringung

Zur Beurteilung der Effizienz werden die gewichteten Fallkosten (Akutsomatik) respektive Tageskosten (Rehabilitation) der Walliser Spitäler verglichen. Im Bereich der Psychiatrie hat sich der Kanton Wallis auf eine formale Prüfung beschränkt. Der Benchmark bilden dabei die um 10% erhöhten Durchschnittskosten der Walliser Spitäler. Dieses Vorgehen ist fragwürdig, da die Leistungserbringer mit sich selber verglichen werden. Der Benchmark muss breiter abgestützt sein, indem auch die Kostendaten ausserkantonomer Spitäler im Benchmark berücksichtigt werden. Ebenso ist der Benchmark strenger zu definieren, indem die 10%-Marge fallengelassen und anstelle des arithmetischen Mittels ein 25%-Perzentil oder 40% -Perzentil verwendet wird.

Die Kostenentwicklung zwischen 2008 bis 2017 wäre grundsätzlich ein geeignetes Instrument, um die Effizienz der Leistungserbringer zu beleuchten. In der Umsetzung mag der Bericht jedoch nicht zu überzeugen. Es fehlt wiederum der Vergleich mit der Kostenentwicklung ausserhalb des Kantons. Zudem beschränkt sich der Bericht auf das Auflisten der Ergebnisse und überlässt dem Leser die Würdigung. Die Feststellung, dass die jährliche Kostensteigerung der Clinique de Valère von +6.53% dazu führen wird, dass es im Jahr 2017 das viel höhere Kosten-

niveau des Spital Wallis erreicht und sich deshalb die Kosten der Akutspitäler im Kanton Wallis einander angleichen werden, mag korrekt sein, greift jedoch zu kurz. Zudem hätte es santésuisse begrüsst, wenn Angebot und Nachfrage miteinander in Bezug gebracht worden wären. Notwendige Aussagen zum Auslastungsgrad (durchschnittliche Bettenbelegung) fehlen gänzlich.

Fehlender Qualitätsnachweis

Der Leser muss sich mit Aussagen zur Prüfung von formalen Kriterien begnügen. Qualitätsindikatoren wurden entweder nicht erhoben (Rehabilitation, Psychiatrie) oder die Werte wurden nicht abgedruckt (Akutsomatik, vgl. Tabellen 10ff.). Ein Vergleich mit ausserkantonalen Leistungserbringern hat wie bei der Prüfung der Effizienz nicht stattgefunden. santésuisse kann sich deshalb zur Qualität der Bewerber nicht äussern.

Kontingentierung der Fallzahlen

santésuisse begrüsst die Festlegung von Mindestfallzahlen zur Sicherstellung der Behandlungsqualität. Eine Kontingentierung der Fallzahlen hingegen würden die Krankenversicherer ablehnen. Dies würde die (finanzielle) Gleichbehandlung der Patienten in Frage stellen.

Abschliessend stellen wir fest, dass es keine sachlichen Gründe gibt, weshalb in Spitälern einzelne, wenige Betten aufrecht erhalten werden, obschon diese in anderen Kliniken optimaler eingesetzt werden könnten. Beispielsweise sind gemäss Tabelle 39 der Spitalliste Rehabilitation und Palliativpflege zwei Betten für die Neurologische Rehabilitation am Standort Brig vorgesehen, obschon eine Verschiebung bzw. Zentralisierung im CRR und in Montana angezeigt wäre.

Wir bitten Sie um Kenntnisnahme und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Direktorin

Abteilung Grundlagen



Stephan Colombo
Leiter Ressort stationäre Tarifstrukturen



palliative vs

Palliative-vs
c/o Pro Senectute
Rue de la Porte Neuve 20
1950 Sion
www.palliative-vs.ch

COPIE

Sion, le 4 août 2014

Madame
Esther Waeber-Kalbermatten
Cheffe du DSSC
Av. de la Gare 39
1950 Sion

Rapport provisoire « Planification hospitalière 2015 – Réadaptation et soins palliatifs »
Réponse de l'association palliative-vs à la consultation

Madame la Cheffe du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture,

Palliative-vs, en tant qu'association de professionnels et de bénévoles oeuvrant dans le domaine des soins palliatifs, a déjà exprimé en septembre 2013 ses remarques au sujet du premier rapport et apprécierait que les chiffres mentionnés correspondent à la réalité du terrain.

Il serait ainsi souhaitable de corriger ce rapport, notamment en ce qui concerne le nombre de lits de l'unité de soins palliatifs de Martigny. Malgré la planification, **il n'y a jamais eu 12 lits à Martigny**, mais seulement 8, répartis dans 5 chambres. Selon la complexité des cas et les situations de fin de vie, il n'est très souvent pas possible d'occuper les deux lits d'une même chambre, ce qui diminue significativement les disponibilités d'accueil et le taux d'occupation.

Par ailleurs, nous réitérons notre demande d'être associés aux consultations liées au domaine de la santé et nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement sur le thème des soins palliatifs.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce document, nous vous prions d'agréer, Madame la Cheffe de département, nos salutations distinguées.

Rita Bonvin, Présidente

Sophie Charbonnet, Secrétaire

Annexe : copie du rapport provisoire

Copie : M. Victor Fournier, Chef du service de la santé publique



Planification hospitalière 2015 – réadaptation et soins palliatifs

Réponse de l'association palliative-vs à la consultation du rapport provisoire d'avril 2014

En préambule, nous souhaiterions insister sur l'importance de la corrélation entre les chiffres mentionnés dans le rapport et la réalité du terrain, afin que ce rapport soit jugé crédible par les professionnels.

VI. SOINS PALLIATIFS

A EVALUATION DES BESOINS

Nous vous prions instamment de rectifier votre rapport et de prendre note des chiffres suivants, déjà mentionnés lors de notre première réponse à la consultation du rapport.

Si la planification prévoit à l'heure actuelle 12 lits de soins palliatifs à Martigny, il en existe en réalité 8, répartis dans 5 chambres à 2 lits.

La configuration actuelle du service, dans le prolongement de celui de médecine, ne donne aucune possibilité d'occuper d'autres chambres, et ainsi **les 4 lits supprimés à Sierre en 2008 et attribués à Martigny n'ont jamais pu être effectivement instaurés sur le terrain.**

De plus, les patients en situation particulièrement complexe ou en fin de vie veillés par leur famille ne permettent pas d'utiliser le 2^{ème} lit de la chambre pour un autre patient.

L'unité de soins palliatifs se retrouve donc dans une situation paradoxale. Elle ne peut pas utiliser les 8 lits prévus par la planification par manque de chambres individuelles et doit ainsi malgré refuser des patients qui nécessiteraient ses compétences malgré un taux d'occupation officiel non maximal.

La situation de Brigue, avec 8 lits de soins palliatifs dans une unité de 15 lits de médecine oncologique, se rapproche des chiffres souhaités dans cette planification 2015.

E PROJET DE LISTE HOSPITALIERE 2015 EN SOINS PALLIATIFS

Nous nous réjouissons de constater le développement des lits palliatifs dans le projet de liste hospitalière 2015, avec les 20 lits prévus à Martigny et les 10 à Brigue. S'il nous paraît indispensable, pour la prise en charge des cas complexes, de conserver une unité aiguë disposant des ressources d'un plateau technique et d'un service d'antalgie spécialisé, il nous paraît tout autant important d'envisager une autre unité, avec une mission plus chronique et/ou gériatrique.

VII INCIDENCES FINANCIERES

Nous regrettons par contre, comme mentionné dans le tableau 38, qu'aucune évolution n'ait été prévue pour l'Equipe mobile de soins palliatifs : dans la mesure où ces équipes assurent la diffusion des connaissances palliatives, la transmission des informations, la coordination et l'orientation adéquate des patients au sein du réseau de soins, elles devraient à notre avis être amenées à se développer.

Dans leur rôle d'interface entre l'intra et l'extra-hospitalier, les équipes mobiles permettent une diminution des hospitalisations en urgence et de la fréquence des réhospitalisations et favorisent, lorsque les patients et leurs proches le souhaitent, les fins de vie à domicile, ce qui entraîne une diminution des coûts hospitaliers.

VIII CONCLUSIONS

Palliative-vs se réjouit du développement des soins palliatifs prévu dans cette planification hospitalière et souhaite que les chiffres qui y apparaissent reflètent correctement la réalité du terrain.

Nous tenons cependant à vous rappeler que les soins palliatifs sont une notion transversale, concernant tous les services hospitaliers, particulièrement la médecine et la gériatrie, et ne se limitent pas aux lits spécialisés.

Notre association, qui regroupe des professionnels et des bénévoles de tous les milieux de soins dans tout le canton, souhaite vivement que ce développement puisse se concrétiser et organisera en octobre une journée cantonale sur le thème des soins palliatifs de premier recours.

Nous formulons à nouveau le souhait de devenir un interlocuteur pour les questions liées aux soins palliatifs et nous nous tenons à disposition du canton pour tout renseignement complémentaire.

palliative-vs, août 2014

Rita Bonvin, Présidente



Sophie Charbonnet, Secrétaire



- 2 JUL. 2014

D^r Pierre-Hervé TAVELLI

Spécialiste FMH
en psychiatrie et psychothérapie

Place du Midi 27
1950 Sion
Tél. 027/323 52 22

Recommandée

Madame
Esther Waeber-Kalbermatten
Cheffe du Département de la santé,
des affaires sociales et de la culture
Avenue de la Gare 39
1950 Sion

Sion, le 1^{er} juillet 2014

Concerne : Clinique de Valère

Madame la Conseillère d'Etat,

Je me permets de vous écrire car j'étais hospitalisé à la Clinique de Valère (base LAMal) lorsque j'ai lu le Nouvelliste du 27.06.2014 : « La Clinique de Valère très inquiète pour son avenir ».

Je suis un acteur de vieille date des soins médicaux dans ce canton, puisque mon premier stage d'étudiant en médecine, au Centre valaisan de pneumologie, remonte à 1966. Mon cursus post-graduate FMH en médecine générale durant 6 ans s'est effectué dans les hôpitaux valaisans, avant mon engagement au Psychiatrie Zentrum Oberwallis (1978-1980), puis à la Clinique universitaire de Cery, puis dans le service ambulatoire psychiatrique valaisan (SPS) durant une dizaine d'années. J'ai renoncé à la responsabilité de la psychogériatrie publique et me suis installé en pratique privée en 1992.

Je peux être considéré comme un observateur durable du système de santé valaisan.

En ce qui concerne la psychiatrie, qui n'est pas l'objet de ce courrier, mes points de vue écrits sont connus de la SMV, de mes confrères spécialisés, de la santé publique et même de votre prédécesseur.

Mon courrier actuel concerne le suivi à la Clinique de Valère dont la qualité m'a surpris. J'ai subi deux interventions chirurgicales digestives importantes, la première à l'Hôpital de Sion en 2007 et la seconde le 21 juin 2014 à la Clinique de Valère.

Mon vécu entre ces deux séjours est très différent : la qualité du suivi postopératoire, la place du patient, l'atmosphère des soignants ont concouru à une médecine hippocratique versus une médecine plutôt industrialisée. Séjour plus court à Valère avec meilleur état à la sortie. Je sais le secteur public indispensable et connais les responsabilités remarquables du secteur privé.

Vu la détérioration globale du système de santé durant ces deux dernières décennies, y compris les planifications (voir en annexe W. Bauer), je pense que la Clinique de Valère est une chance pour les valaisans. Je joins également à la présente mon credo en médecine, à savoir la Déclaration de Genève (1994) que, à quelques détails près, j'applique dans ma pratique quotidienne.

En espérant avoir retenu votre attention et en vous souhaitant bon succès dans ce mandat difficile, je vous prie de croire, Madame la Conseillère d'Etat, à l'expression de mes meilleurs sentiments.



Dr. Pierre-Hervé TAVELLI

Annexes : ment.

La déprofessionnalisation: un terme neutre pour un constat désolant



Werner Bauer

Le professeur Paul Unschuld est pharmacologue, sinologue, directeur émérite de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine à Munich et directeur actuel du Horst-Görtz-Stiftungsinstituts de l'hôpital de la Charité à Berlin et fin observateur des développements dans le domaine de la santé.

Ses observations, publiées dans les livres (uniquement disponibles en allemand) «Der Arzt als Fremdling in der Medizin» [1] et «Ware Gesundheit» [2], n'ont cependant rien de réjouissant pour le corps médical. Les réflexions ci-dessous s'appuient sur des extraits de son analyse.

Unschuld part du principe qu'on reconnaît une profession libérale à trois paramètres:

Premièrement, les membres d'un groupe professionnel créent leur propre savoir. Deuxièmement, ils décident en toute indépendance comment l'utiliser et, troisièmement, ils peuvent décider quelle rémunération ils souhaitent obtenir pour leur activité professionnelle.

Il va de soi que cette indépendance n'a rien d'absolu, mais le corps médical a néanmoins réussi, au cours des siècles, à passer de la corporation des chirurgiens-barbiers et médecins itinérants à un véritable corps de métier qui, grâce à la recherche scientifique, à la bonne qualité de ses soins et à l'acquisition d'une position reconnue au sein de la société et dans le domaine de la santé, s'est fortement rapproché des paramètres précités.

Si par contre nous observons les changements auxquels est soumise la position du corps médical, depuis un certain temps, nous pouvons constater que l'auto-détermination de notre profession est de plus en plus remise en cause et qu'elle a tendance à s'effiloche.

On me rétorquera peut-être qu'il y a aussi des avantages à ce que le temps des médecins-directeurs tout puissants ayant seuls le pouvoir de décision sur leur clinique soit révolu et qu'il est bon que les soignants et l'administration soient aussi inclus dans les processus de décision.

Ces mutations ont cependant pris une telle ampleur, qu'elles vont au-delà de la simple modification des hiérarchies et des règles de déontologie dépassées. Les débats politiques au sujet de la santé, les discussions sur les tarifs et les prestations, les questions ayant trait à l'introduction de nouveaux modèles (DRG), la promulgation de nouvelles lois et ordonnances ou la mise en œuvre d'adaptations structurelles dans les hôpitaux sont autant de domaines où le corps médical perd en influence. De plus en plus souvent, les médecins ne

peuvent que prendre acte des décisions prises et les appliquer sans avoir eu leur mot à dire sur la question. Le dernier exemple en date concerne la révision par les autorités fédérales des tarifs de laboratoire.

Pour Paul Unschuld – qui qualifie ces mutations de déprofessionnalisation – il s'agit des prémices d'une tendance et les tendances sont, on le sait, difficilement influençables.

Unschuld cite un manager de la santé allemand lequel déclare que les médecins croient bénéficier d'une liberté artistique dans l'exercice de leur profession mais que, au vu de la réalité, ils traversent en fait une crise de sens dont ils ne pourraient se sortir même s'ils obtenaient une hausse de salaire de 30%. Il constate ensuite que l'époque de la corporation de médecins touche à sa fin; après avoir été l'essence même du système de santé, le médecin joue parfois encore un rôle important dans certains domaines mais plutôt subalterne dans d'autres, déclassé dans un engrenage complexe principalement mis en mouvement par des critères économiques.

Puis il ajoute que le corps médical est en passe de devenir un groupe qui exécute ce que d'autres groupes sociaux ont décidé. Cette évolution ne s'explique que partiellement par des contraintes externes. Parfois, on ne peut s'empêcher de penser qu'une part grandissante de médecins manque d'aspiration pour embrasser une carrière indépendante et faire preuve de responsabilité individuelle.

Selon l'analyse d'Unschuld, les pharmaciens ne sont pas en reste, car ils sont eux aussi en voie de déprofessionnalisation. En effet, leur formation chèrement acquise n'est plus requise dans la vente de médicaments sans ordonnance, les conseils personnalisés sont remplacés par la publicité et la question de la tolérance médicamenteuse se règle sans problèmes et sans eux, via une carte de patient informatisée.

La nouvelle génération de médecins, qui n'aura rien connu d'autre, se satisfera-t-elle bon an mal an d'une activité «déprofessionnalisée» ou le corps médical se réveillera-t-il pour intervenir et se faire entendre de manière aussi efficace que compétente dans le domaine politique et économique, tant et si bien qu'il devra être pris au sérieux et consulté lors des prises de décisions? Une question à laquelle le Prof. Unschuld n'est pas non plus en mesure de répondre.

Les tendances sont certes puissantes, mais il y a toujours un retour de manivelle et ce d'autant plus si on essaie d'inverser la tendance!

Werner Bauer*

1 Unschuld P. Der Arzt als Fremdling in der Medizin. München: Zuckschwerdt; 2005.

2 Unschuld P. Ware Gesundheit. München: C. H. Beck; 2009.

* Dr Werner Bauer, spécialiste FMH en médecine interne en exercice, membre de la rédaction du BMS, membre de la présidence de la Société suisse de médecine interne (SSMI) et président de la European Federation of Internal Medicine (EFIM).

SERMENT D'HIPPOCRATE selon déclaration de Genève (1994)

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de la personne humaine.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui sera confié à moi, même après sa mort.

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Mes collègues seront mes frères.

Je ne me permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès son commencement.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je fais cette promesse solennellement, librement, sur l'honneur.