

# Projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire

## Message d'accompagnement



**Departement für Gesundheit,  
Sozialwesen und Energie**

**Februar 2000**

<b>1. Résumé.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Définitions .....</b>	<b>10</b>
3.1. Les réseaux .....	10
3.2. Zone hospitalière .....	10
3.3. Site .....	10
3.4. Hôpital multisites.....	11
3.5. La forme juridique .....	11
3.6. Hôpital de type longs séjours ou « traditionnel ».....	12
3.7. Hôpital de type courts séjours ou « hôpital de jour ».....	12
<b>4. Bases légales .....</b>	<b>14</b>
4.1. Le Conseil d'Etat : autorité de planification.....	14
4.2. Le Conseil d'Etat : autorité de subventionnement.....	14
4.3. Le rôle et les moyens de pressions des assureurs .....	15
4.4. Le rôle, les compétences et les responsabilités des associations de communes propriétaires des hôpitaux.....	16
<b>5. Le concept hospitalier et les décisions antérieures de planification.....</b>	<b>18</b>
5.1. Le concept hospitalier de décembre 1996.....	18
La cantonalisation de certaines disciplines.....	18
5.2. Le Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21 <sup>e</sup> siècle.....	19
<b>6. Situation et climat prévalant dans les établissements sanitaires .....</b>	<b>19</b>
<b>7. Les surcapacités et les dépenses d'exploitation.....</b>	<b>21</b>
7.1. Les surcapacités .....	22
a. La baisse du nombre de journées de soins aigus de 1990 à 1999 .....	22
b. L'évolution du nombre de lits.....	22
7.2. Les dépenses d'exploitation.....	23
a. Dépenses brutes des 6 hôpitaux valaisans de soins aigus .....	23
b. Indice d'évolution des dépenses brutes des hôpitaux de soins aigus (Suisse, VS) et indice des prix à la consommation.....	24
c. .Dépenses des collectivités publiques et des assureurs.....	25
d. Participation financière des pouvoirs publics aux frais d'exploitation .....	27
e. Charges salariales des établissements hospitaliers et des institutions sanitaires.....	29
f. Affectation des résultats d'exploitation des hôpitaux (1 <sup>er</sup> janvier 2000) .....	29
<b>8. Le scénario mis en consultation.....</b>	<b>30</b>
8.1. Principes généraux sur les multisites.....	31
8.2. . Les zones hospitalières : .....	33
8.3. Activités hospitalières.....	33
8.4. Le scénario des trois réseaux avec des sites de longs et courts séjours : 1 <sup>ère</sup> variante...	38
a. Représentation schématique et graphique du scénario .....	38
b. Le centre hospitalier du Haut-Valais .....	39
c. Le Centre hospitalier Rhodanien .....	39
d. L'Hôpital du Chablais.....	40

8.5. Le scénario des trois réseaux avec des sites de longs et courts séjours : 2 <sup>ème</sup> variante..	41
a. Représentation schématique et graphique du scénario : .....	41
b. Le « Centre hospitalier du Haut-Valais » .....	42
c. Le « Centre hospitalier rhodanien » (CHR) .....	43
d. L'Hôpital du Chablais.....	43
e. La collaboration avec les établissements cantonaux et de réadaptation .....	44
<b>9. Les disciplines cantonalisées .....</b>	<b>45</b>
<b>10. Incidences financières des réorganisations hospitalières .....</b>	<b>47</b>
10.1. Le Centre hospitalier rhodanien (CHR ).....	47
10.2. Le Centre hospitalier du Haut-valais .....	47
10.3. Financement de prestations nouvelles .....	48
10.4. Incidences sur les postes de travail .....	48
<b>11. Les garanties offertes dans la perspective de la création des hôpitaux multisites .....</b>	<b>49</b>
<b>12. L'intégration de l'ensemble des prestataires dans un réseau régional de santé .....</b>	<b>50</b>
<b>13. Le calendrier .....</b>	<b>51</b>
<b>14. La convention tarifaire entre hôpitaux et assureurs-maladie .....</b>	<b>51</b>
<b>15. L'observatoire de la santé.....</b>	<b>52</b>
<b>16. Conclusion .....</b>	<b>53</b>
<b>17. Bibliographie.....</b>	<b>55</b>

## 1. Résumé

En Valais, comme dans d'autres cantons, l'organisation et le financement des hôpitaux et de l'ensemble du système de santé suscitent beaucoup de questions et de discussions dans un contexte de plus en plus difficile. Ainsi, par exemple :

- comment assurer le **financement des hôpitaux** en l'an 2000 pour répondre aux revendications concernant l'amélioration des conditions de travail et des salaires alors que les négociations avec les assureurs-maladie butent sur le rapprochement des hôpitaux ?
- comment répondre aux **exigences** toujours plus sévères des instances fédérales compétentes pour la **qualité des prestations** hospitalières avec une « masse critique » insuffisante de patients dans certains services hospitaliers ?
- comment apaiser les craintes des communes ( en tant que membres des associations de communes de droit privé qui gèrent les hôpitaux régionaux ) de devoir supporter des frais importants résultant de **surcapacités hospitalières** que ni le canton ni les assureurs-maladie ne peuvent légalement assumer ?
- comment garantir à tous les patients du canton l'accessibilité à des soins aigus hospitaliers adéquats, de **qualité et à des coûts supportables** (en tant que contribuables ou en tant qu'assurés) ?
- comment préserver une activité hospitalière de soins aigus sur chacun des sites actuels des hôpitaux régionaux tout en réalisant des économies ?
- comment **réorganiser le secteur hospitalier** en évitant un report des charges et des difficultés sur les autres secteurs du système de santé (établissements pour personnes âgées, centres de soins et d'aide à domicile etc.) ?

Pour répondre à ces questions et dans le cadre des compétences de l'Etat en matière d'organisation et de financement des hôpitaux et du système de santé, **les lignes directrices de sa politique sanitaire et hospitalière du début des années 2000** ont été arrêtées et mises en consultation auprès de la Commission cantonale de planification sanitaire et des partenaires.

Toutes les analyses, les réflexions, les expertises, les discussions, voire les controverses de ces dernières années sur le renforcement de la coordination entre les hôpitaux, si elles n'ont pas encore abouti à des réalisations d'envergure, à l'exception notable de l'Hôpital du Chablais, ont cependant permis de dégager un **large consensus parmi les partenaires sur :**

- l'existence de **surcapacités hospitalières**,
- la **nécessité de restructurer en profondeur** le réseau hospitalier valaisan et l'ensemble du système de santé,
- la **préoccupation majeure de la qualité** des prestations à offrir aux patients,
- les moyens financiers à trouver impérativement pour **améliorer les conditions de travail** et les salaires du personnel des hôpitaux et des autres établissements et répondre à des besoins nouveaux des patients.

**Partant de ces constatations largement partagées, les présents lignes directrices ont pu être élaborées non pas de manière précipitée et soudaine, en réponse à des pressions du moment, mais de manière réfléchie avec la conscience du sérieux de la situation, des enjeux et des retombées.**

Ces lignes directrices sont le fruit d'années d'analyses, de réflexions et de discussions intenses avec tous les partenaires au sein de nombreuses commissions et groupes de travail. Elles s'inscrivent dans l'histoire longue, riche et mouvementée, mais jusqu'ici cohérente de la politique hospitalière valaisanne.

Dans les deux derniers épisodes de cette histoire, à savoir :

- le Concept hospitalier valaisan, de décembre 1996, du Conseil d'Etat ( liste des hôpitaux et de leurs mandats ) et
- le Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière, de février 1999,

ont déjà été jetées les bases de ces lignes directrices, notamment leur objet principal : **la mise en réseau des hôpitaux sous la forme d'hôpitaux multisites.**

L'idée de **couvrir les besoins hospitaliers du canton avec trois hôpitaux multisites** n'est pas nouvelle. Cette idée a, en revanche, été approfondie et précisée. Parmi différentes variantes possibles le Département et le Conseil d'Etat ont examiné attentivement différents scénarios qui couvraient un large éventail de possibilités allant du statu quo à la création d'un hôpital central/cantonal et cinq hôpitaux de jour/gériatrie en passant par la répartition des disciplines sur les sites ou en transformant certains établissements de soins aigus en gériatrie. Le modèle retenu est donc celui qui est le plus orienté vers les tendances les plus récentes de la médecine hospitalière, vers les nouvelles attitudes des patients et des professionnels de la santé et enfin vers la manière la plus efficace de maîtriser les coûts hospitaliers **sans démanteler le réseau actuel** comme cela s'est déjà vu dans d'autres cantons contraints de fermer purement et simplement certains établissements hospitaliers.

Ainsi, les **lignes directrices prévoient la création des trois réseaux hospitaliers suivants :**

- le « **Centre hospitalier du Haut-Valais** » comprenant les sites de Viège et de Brigue
- le « **Centre hospitalier Rhodanien** » comprenant les sites de Sierre, Sion et Martigny
- **l'Hôpital du Chablais** comprenant les sites de Monthey et Aigle

La caractéristique principale du modèle retenu est de séparer de façon cohérente deux processus de traitement des patients complètement différents que l'on trouve dans les hôpitaux de soins aigus actuels qui nécessitent des infrastructures et une organisation différentes.

**Il s'agit, au sein de chaque hôpital multisites, de permettre une offre différenciée de prestations de soins aigus entre différents sites en faisant la distinction entre :**

☛ **les hôpitaux de type « traditionnel » ou « longs séjours »**

Ces hôpitaux sont dotés des **infrastructures onéreuses** permettant d'accueillir les **cas sévères**, les patients les plus gravement atteints ou ceux qui requièrent des **soins intensifs**.

Ces établissements disposent d'un bloc opératoire avec un service de soins intensifs et un service d'urgence ouvert 24h/24h.

Cette mission est confiée à **au site de Viège** pour le Haut-Valais et **au site de Sion-Hérens-Conthey** pour la région du centre hospitalier rhodanien.

☞ **les hôpitaux de type « hôpital de jour » ou « courts séjours » ou de « l'avenir »**

Ces hôpitaux sont chargés de la **médecine hospitalière ambulatoire** et des **hospitalisations de courte durée**. Le bloc opératoire n'est en principe pas accessible la nuit et les fins de semaine, sous réserve d'exceptions à préciser par les instances compétentes de l'hôpital multisite, ce qui permet de sensibles économies.

Les patients traités ne sont pas gravement atteints et ne nécessitent pas de soins intensifs. Ces établissements sont équipés pour l'accueil des patients avec des salles d'opération et d'autres installations de soutien pour des **interventions électives** sans que les patients et le personnel soignant soient dérangés dans leur organisation par des urgences lourdes. Les patients peuvent être pris en charge sur rendez-vous et sans attente inutile. Le personnel peut mieux concilier vie professionnelle et vie de famille.

Cette mission est confiée **au site de Brigue** pour le Haut-Valais et aux **sites de Sierre et de Martigny** pour la région du centre hospitalier rhodanien.

Cette organisation hospitalière vise à répartir de façon moderne la médecine au lieu de séparer les disciplines. Il permet au patient d'aller sur le site le plus approprié. C'est le médecin qui se déplace, au besoin, et non plus seulement le patient.

La réalisation d'un tel modèle exige évidemment un seul collège de médecins pour l'hôpital multisites avec des médecins qui travaillent ensemble sur les différents sites, qui définissent ensemble une liste d'indications diagnostiques pour définir le site le plus approprié pour tel ou tel patient etc.

**En résumé, avec le modèle retenu dans ces lignes directrices, les sites deviennent complémentaires pour une prise en charge optimale des patients et non plus des concurrents contraints à se battre pour attirer des patients.**

Une réorganisation aussi profonde de l'ensemble du réseau hospitalier valaisan ayant inévitablement des effets sur les autres secteurs du système de santé, les lignes directrices prévoit une série de **mesures complémentaires** portant en particulier sur :

- ☞ **le renforcement de la collaboration des hôpitaux multisites avec les Institutions psychiatriques, le Centre valaisan de pneumologie et la Clinique de rhumatologie et de réadaptation ( RRKL ) à Loèche-les Bains ;**
- ☞ **le réexamen global des disciplines à caractère cantonal et de leur gestion ;**
- ☞ **l'intégration progressive de l'ensembles des prestataires de soins dans des réseaux sanitaires ( établissements médico-sociaux pour personnes âgées, centres médico-sociaux, secteur ambulatoire, organisation des secours, autres acteurs du système de santé) ;**
- ☞ **la création d'un observatoire de la santé chargé notamment d'analyser et de mettre en valeur l'ensemble des statistiques sanitaires et des indicateurs de la qualité des soins dans le canton ;**

- ☞ **l'évaluation permanente des retombées de la mise en place des hôpitaux multisites, notamment sur le personnel, la qualité des prestations et les conséquences financières.**

Afin de prendre en considération les intérêts sociaux, économiques et de la santé publique des régions concernées le Conseil d'Etat et le Département offrent les garanties :

- de planification
- globales de ressources (maintien de l'enveloppe budgétaire et de l'effectif global des postes de travail pour le secteur sanitaire)
- concernant la protection des parties les plus faibles et le respect des prérogatives du canton

**Consultation des partenaires :**

Le Conseil d'Etat a pris connaissance du projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire. Il charge donc le Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie de mettre ces lignes directrices en consultation jusqu'à mi-mars auprès de la commission cantonale de planification (telle que présentée dans la loi sur la santé) et des partenaires. La commission et les partenaires devraient donner leur préavis à la mi-mars 2000. A la fin mars devrait intervenir la décision définitive du Conseil d'Etat avec un délai d'adaptation des nouveaux statuts des hôpitaux multisites d'ici à la fin juin 2000.

## 2 Introduction

Les projets mise en réseaux des hôpitaux de Viège et Brigue ainsi que des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, de même que la fusion déjà réalisée des hôpitaux de Monthey et Aigle ont suscité et suscitent encore des réactions et des discussions passionnées.

En parcourant l'histoire des hôpitaux valaisans à travers les débats qu'ils ont suscités au Grand Conseil de 1905 à ce jour, on comprend mieux ces réactions et comment on est arrivé à la situation actuelle de plus en plus difficile à gérer. **Les débats répétés au cours des décennies avec des arguments étonnement identiques** (crainte d'une centralisation excessive, voire d'une cantonalisation et défenses farouches des établissements régionaux) **n'ont, en résumé, jamais permis, en un siècle, d'aboutir à une coordination réelle entre les 6 hôpitaux de soins aigus** implantés déjà durant la 1<sup>ère</sup> moitié du siècle à une époque où les voies de communication et les moyens de télécommunications que nous connaissons aujourd'hui n'existaient pas. **Or, la coordination est précisément ce que vise le processus de création d'hôpitaux multisites** en raison d'une part, de la baisse impressionnante des journées de malade et d'autre part, des exigences de la LAMal (lutte contre les surcapacités) et d'un nouveau mode de financement basé sur les prestations effectuées.

**La meilleure manière de prendre en compte à la fois les intérêts légitimes des régions et les impératifs de qualité des prestations et de maîtrise des coûts passe par un renforcement réel de la coordination.** Ainsi, il faut s'entendre pour répartir les missions si l'on veut préserver une activité hospitalière sur chaque site. La nécessité d'agir ne fait aujourd'hui plus aucun doute pour le Conseil d'Etat. Si l'on entend éviter un démantèlement du réseau hospitalier valaisan et éviter des fermetures d'établissements par manque de moyens pour les financer ou en raison de leur taille trop petite pour remplir les standard actuels de **qualité**.

**Les raisons de renforcer la collaboration entre hôpitaux** en les mettant en réseau sous la forme d'une structure commune avec des activités sur plusieurs sites sont valables de la même manière pour le « Centre hospitalier du Haut-Valais » le « Centre hospitalier Rhodanien » et l'Hôpital du Chablais.

Ces raisons sont les suivantes :

- La volonté d'améliorer la palette et la **qualité des prestations** offertes aux patients des régions concernées grâce aux synergies réalisées et sans reporter trop lourdement cette amélioration sur les primes d'assurance-maladie ou sur les collectivités.
- L'importante baisse du nombre de journées de malades, durées moyennes de séjour et du nombre de cas avec pour conséquence des **hôpitaux surdimensionnés** et des coûts trop élevés par rapport aux prestations fournies avec à terme le risque d'une baisse de la qualité des prestations fournies.
- Le nouveau mode de financement des hôpitaux basé sur les prestations et non plus sur un forfait journalier. Ce **nouveau mode** de financement fondé sur l'activité réelle des hôpitaux aura pour conséquence un manque important de recettes pour les hôpitaux dont l'activité est moindre ou en diminution.
- **Les exigences de la LAMal** en matière de lutte contre les surcapacités hospitalières, le caractère non économique des prestations et la promotion de la qualité poussent à un renforcement de la collaboration entre établissements. La LAMal donne à cet égard un rôle et des compétences accrues aux assureurs.



De plus, le projet d'hôpital multisites vise la mise en réseau pour le Valais Central des établissements hospitaliers de Sierre-Sion-Martigny ainsi que du Centre valaisan de pneumologie (CVP) et des Institutions psychiatriques du Valais romand et la mise en réseau pour le Haut-Valais des établissements hospitaliers de Viège-Brigue et du Centre de Psychiatrie du Haut-Valais en créant deux ensembles hospitaliers communs, dotés chacun d'une structure commune avec des activités médicales réparties de façon rationnelle et équitable sur plusieurs sites,

- capable d'assurer des **soins de qualité** à l'ensemble de la population,
- de devenir des **centres d'excellence** performants
- prenant en compte les **intérêts sociaux**, économiques et de santé publique de chacune des régions concernées,
- **structuré et géré de façon optimale** pour pouvoir tirer profit des synergies obtenues.

**Les moyens dégagés par la création des hôpitaux multisites doivent permettre de financer des prestations nouvelles dans le secteur hospitalier et dans les autres secteurs, notamment :**

Secteurs hospitalier :

- amélioration des conditions de travail du personnel
- développement des disciplines médicales
- amélioration de l'infrastructure
- soins palliatifs, traitement de la douleur, médecines complémentaires
- conseils diabétiques et diététiques
- psychiatrie, psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, psychogériatrie, gériatrie
- système d'assurance-qualité
- développement des activités liées au CVP et aux établissements analogues

Autres secteurs :

- établissements médico-sociaux et soins à domicile
- améliorations de l'organisation des urgences préhospitalières
- prévention et promotion de la santé

Le projet proposé va encore plus loin. En effet, pour tenir compte des aspects socio-économiques, plus sensibles encore dans les petites régions, et tirer un profit optimum des structures existantes sur chacun des sites, des garanties ont été données aux parties « les plus faibles ».

**En raison du fait que l'évolution de la situation sanitaire est problématique et que le canton du Valais ne peut plus se permettre d'avoir, à des distances très courtes, six structures de soins aigus, surdimensionnées pour certaines d'entre elles, très coûteuses et peu sollicitées alors que dans d'autres institutions (EMS, CMS), l'on manque de moyens pour faire face aux besoins grandissants d'une population vieillissante, le Département, en accord, avec le Conseil d'Etat a donc élaboré un certain nombre de propositions.**

**Le Département et le Conseil d'Etat auraient pu choisir la facilité en décidant de ne rien faire.** Dans ce cas, certains hôpitaux seraient confrontés très rapidement à un manque de ressources et à d'importants déficits qui seraient mis à la charge des communes de la région avec, en outre, le risque évident d'une diminution de la qualité des prestations en raison d'une trop

faible activité. Dans certains cas même, la fermeture de certains établissements devrait être envisagée ce qui prêterait fortement les patients de la région concernée. **Pour que les établissements actuels de soins aigus continuent à exister et pour que l'on puisse encore parler de soins hospitaliers de proximité de qualité, il est aujourd'hui impératif de fixer les lignes directrices qui permettront de restructurer ce secteur après avoir examiné attentivement différents scénarios** qui couvraient un large éventail de possibilités allant du statu quo à la création d'un hôpital central/cantonal et cinq hôpitaux de jour/gériatrie en passant par la répartition des disciplines sur les sites ou en transformant certains établissements de soins aigus en gériatrie

Le Conseil d'Etat a pris connaissance du projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire. Il charge donc le Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie de mettre ces lignes directrices en consultation jusqu'à mi-mars auprès de la commission cantonale de planification (telle que présentée dans la loi sur la santé) et des partenaires. La commission et les partenaires devraient donner leur préavis à la mi-mars 2000. A la fin mars devrait intervenir la décision définitive du Conseil d'Etat avec un délai d'adaptation des nouveaux statuts des hôpitaux multisites d'ici à la fin juin 2000.

### 3. Définitions

Les discussions s'étant souvent enlisées en raison de significations différentes données à certaines notions, il importe donc de définir aussi précisément que possible les notions de réseau, zone hospitalière, site, hôpital multisites, structure commune, longs séjours (traditionnel) et de courts séjours (avenir)

#### 3.1. Les réseaux

La notion de réseau est d'abord valable pour le secteur hospitalier avec le développement d'établissements offrant des prestations différenciées. A **plus large échelle, le réseau regroupe tous les prestataires de santé** : les hôpitaux mais aussi les institutions psychiatriques, les EMS, les CMS, les structures intermédiaires, le secteur ambulatoire, les entreprises de secours ainsi que les institutions chargées de la prévention et la promotion de la santé.

« Fondés sur la **coopération** entre **unités autonomes**, les réseaux correspondent bien aux conditions d'interdépendance et de compétition qui règnent désormais dans le monde scientifique. Mais le réseau n'est pas une amicale. Le réseau est une organisation formelle, fondée sur des objectifs partagés, à laquelle ses membres ont confié une partie de leur autonomie, et des ressources pour être plus fort ensemble. »<sup>1</sup>

« Le réseau est à la fois une **structure** et un **processus**, qui permettent de mettre en valeur les capacités d'actions et de rationaliser la gestion des services à vocation complémentaire. »<sup>2</sup>

« Une stratégie de réseaux, faite d'alliance fonctionnelle et de regroupement des capacités techniques, pourrait constituer un modèle de développement particulièrement adapté à une situation de récession économique... »<sup>3</sup>

#### 3.2. Zone hospitalière

La zone hospitalière correspond à un **découpage géographique** du canton. Ainsi, les communes sont toute rattachées à une zone bien précise. Selon la loi sur la santé, les obligations des communes, en particulier leur participation financière, dépendent en grande partie de la zone hospitalière à laquelle elles sont rattachées<sup>4</sup>.

Le Conseil d'Etat a ainsi été amené à réexaminer les six zones actuelles dont celles plus particulières de Loèche et de St-Maurice qui sont des zones tampons.

#### 3.3. Site

Le site se définit comme la **localisation en un endroit précis** de certaines activités de médecine hospitalière. Actuellement, pour les soins aigus, les sites sont ceux de Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et Monthey. Ainsi, le site est un élément constitutif de la zone hospitalière.

---

<sup>1</sup> Kleiber Charles dans LE TEMPS, lundi 11 octobre 1999

<sup>2</sup> « Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21<sup>e</sup> siècle », Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Février 1999, p. 10

<sup>3</sup> Prof. A Rougemont, Université de Genève dans Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil

<sup>4</sup> art. 99 LS Zones hospitalières

Le Département a voulu, dans ces lignes directrices, préserver des activités de soins aigus sur chacun des sites actuels.

### 3.4. Hôpital multisites

Un hôpital multisites est composé de deux ou plusieurs bâtiments hospitaliers, situés en des lieux différents et formant une entité juridique unique ; cette structure dispose **d'une direction administrative**, avec un budget global géré par une **direction générale**, et **d'une direction médicale**. Les sites fonctionnent en **réseau**, en instituant des liens avec les médecins praticiens, les établissements médico-sociaux, les centres médico-sociaux et les institutions ambulatoires de la région. Le but est de définir, puis appliquer, des politiques communes (salaires, facturation, achats, transports, urgences, formation continue, informatique, etc.) permettant un fonctionnement efficace, de répartir des services médicaux complémentaires et dûment coordonnés, bénéficiant d'une « masse critique » de patients afin d'utiliser les équipements de façon adéquate, ainsi qu'un développement harmonisé à long terme, et surtout de garantir la sécurité des malades et la qualité des prestations.

Un hôpital multisites **devrait en principe permettre au patient de se rendre dans le site le plus approprié pour son traitement**. Dans certains cas, c'est le médecin qui se déplace et non plus seulement le patient. Cela présente l'inconvénient de faire travailler le corps médical dans les divers sites. Mais c'est une manière très moderne de répartir la médecine sans devoir séparer les disciplines. Cela permet un service de consilium optimal entre les divers spécialistes, indépendamment du site.

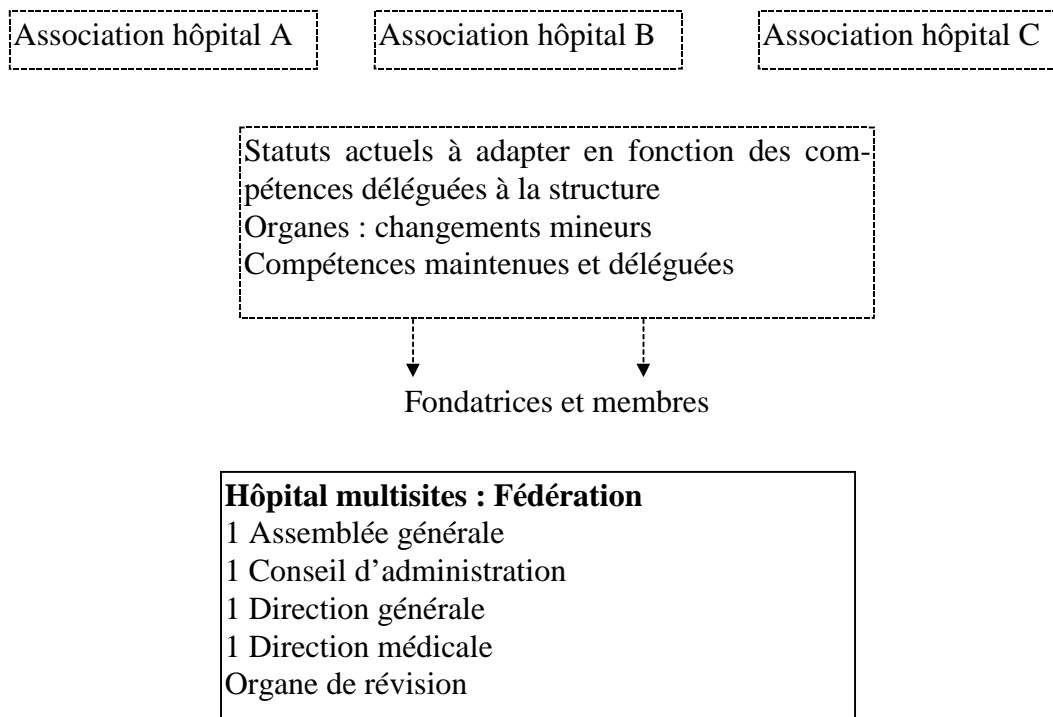
Ainsi, un **hôpital multisites** n'est rien d'autre qu'une **mise en réseau** de différents sites hospitaliers permettant ainsi une offre différenciée de prestations classées en fonction de la durée de séjours et de la gravité des atteintes à la santé.

### 3.5. La forme juridique

Comme précisé dans la définition ci-dessus, l'hôpital multisites est une **entité juridique unique**. A cet effet, plusieurs formes sont possibles pour organiser un réseau. Elles vont de la fusion entre divers établissements à de simples commissions de coordination en passant par des contrats de collaboration ou d'autres formes intermédiaires.

Dans le Haut-Valais, les partenaires concernés préconisaient la solution de la fusion entre les deux associations hospitalières.

La solution privilégiée par les partenaires dans le Valais romand et retenue est celle d'une forme intermédiaire (la fédération associative) avec le maintien des associations existantes et la création d'une structure commune selon le schéma suivant



La **Fédération associative** représentée schématiquement ci-dessus, est compatible avec la loi sur la santé. Des variantes peuvent cependant être proposées par les partenaires.<sup>5</sup>

La **Fédération associative** est en fait une forme connue puisqu'elle part de l'association utilisée actuellement par tous les hôpitaux. Elle permet notamment à chaque commune de participer au contrôle de l'ensemble hospitalier.

Pour une réelle coordination, les compétences et les responsabilités déléguées à la nouvelle structure devraient, d'une manière générale, porter sur les points suivants : gestion de l'ensemble hospitalier, organisation et fonctionnement technique de l'ensemble hospitalier, gestion des cadres, gestion financière et relation publique.

### 3.6. Hôpital de type longs séjours ou « traditionnel »

Un établissement de longs séjours regroupe des infrastructures **onéreuses** pour accueillir les patients gravement atteints et traiter les **cas sévères**. Il comprend un bloc opératoire, un service de **soins intensifs** et un service d'urgences ouvert 24 heures sur 24.

### 3.7. Hôpital de type courts séjours ou « hôpital de jour »

Un établissement de courts séjours est un hôpital aigu qui se consacre à la médecine **ambulatoire** et aux hospitalisations de **courte durée**. Le bloc opératoire ainsi que les urgences ne sont en principe pas accessibles de nuit et en fin de semaine. Durant les périodes de fortes affluences touristiques des ouvertures peuvent être envisagées en accord avec les régions concernées. Comme les patients ne sont pas gravement atteints, ce site doit être équipé pour offrir des prestations hôtelières avec des salles d'opération et d'autres installations de soutien pour des interventions programmées.

<sup>5</sup> Annexe du Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil, Centre hospitalier Rhodanien, pp12 et suivantes

Les économies financières sont réalisées principalement durant les périodes nocturnes et surtout en fin de semaine, car un personnel moins nombreux suffit. Ce type de répartition des activités médicales en fonction de leur nature différente permet en outre au personnel de mieux concilier vie professionnelle et vie de famille.

Le nombre de patients dans ce type d'hôpital, appelé aussi « hôpital du futur » va grandement s'accroître ces prochaines années, car dans la pratique la prise en charge ambulatoire se développe de plus en plus.

## 4. Bases légales

Les discussions étant parfois vives sur les limites de l'ingérence de l'Etat dans la gestion des hôpitaux, il n'est pas inutile de rappeler brièvement les bases légales.

### 4.1. Le Conseil d'Etat : autorité de planification

- **Le Conseil d'Etat (CE) définit, par la planification, sa politique sanitaire.** La planification porte notamment sur l'évaluation des besoins, la définition des objectifs, la définition des régions sanitaires, la liste des établissements sanitaire, la coordination de l'action des différents partenaires etc. (art. 95 Loi du 9.2.96 sur la santé, ci-après LS)
- Les hôpitaux sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins à la condition qu'ils correspondent à la planification établie par le canton et qu'ils figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (art. 39 Loi fédérale sur l'assurance-maladie, ci après LAMal)
- **Les assureurs peuvent refuser de financer des surcapacités hospitalières** (art. 49, al. 1 LAMal)
- Les subventions cantonales aux hôpitaux ne sont versées que si toutes les conditions relatives à la planification du CE sont remplies, notamment : respect des modalités de la planification, approbation par le CE de l'ouverture de nouveaux services et de l'introduction de nouvelles disciplines, approbation par le CE du nombre de lits de chaque établissement et de la proportion de lits réservés aux patients privés etc. (art. 97 et 98 LS)
- Dans le cadre de la planification sanitaire, le CE peut reconnaître un caractère cantonal à certaines disciplines spécialisées des hôpitaux et prendre en charge l'intégralité des investissements (art. 110 LS)
- Le CE peut réduire, suspendre ou supprimer les subventions aux établissements qui ne respectent pas la mission fixée par la planification (art. 129 et 130 LS)

**Dans la pratique, la concertation a permis, à ce jour, au CE d'éviter de recourir aux moyens de contraintes précités.** Le processus de planification s'est déroulé, en général, comme l'avait imaginé, dans l'idéal, le législateur, à savoir que les partenaires eux-mêmes, avec l'aide du Département et des experts ont pu élaborer des propositions que le Conseil d'Etat a pu, en fin de compte approuver formellement.

### 4.2. Le Conseil d'Etat : autorité de subventionnement

Les mêmes remarques générales peuvent être faites concernant le rôle du CE en tant qu'autorité de subventionnement. La planification et le subventionnement sont d'ailleurs étroitement liés tant dans la législation que dans la pratique. Quelques exemples d'instruments techniques et juridiques à disposition du CE en matière de financement et de subventionnement des hôpitaux :

- L'Etat ne peut légalement financer les dépenses hospitalières non retenues, c'est-à-dire non conformes à la planification, non conformes aux règles de subventionnement et non prévues dans les budgets approuvés par l'Etat (art. 100 et 101 LS).
- **Les subventions peuvent être versées aux hôpitaux uniquement si certaines conditions fixées par la loi sont remplies**, notamment : l'introduction d'un plan comptable analytique

uniforme, l'approbation par le Département des budgets et des comptes, l'établissement de statistiques et d'autres instruments de mesure, le respect des décisions et des directives du CE et du Département en matière tarifaire et de conventions avec les assureurs, le respect des modalités de financement et de subventionnement fixées par le CE, le respect des directives du CE sur l'affectation annuelle des résultats d'exploitation etc. (art. 97 et 98 LS).

- La LAMal prévoit également l'introduction d'une comptabilité analytique d'exploitation uniforme pour les hôpitaux. Si les comparaisons entre hôpitaux montrent des coûts élevés ou si les pièces présentées sont insuffisantes, les assureurs peuvent demander une réduction des tarifs (art. 49, al.6 LAMal).
- Le CE approuve, sur préavis de la commission des conventions, les conventions tarifaires pour les hôpitaux et les modalités d'octroi des subventions aux dépenses d'exploitation des hôpitaux portant notamment sur l'introduction d'un budget global en tant qu'instrument de gestion et de financement des hôpitaux et sur l'introduction de tarifs qui peuvent se concevoir sous la forme de forfaits par patients, par cas ou sous d'autres formes (art. 104 LS).
- La LAMal prévoit également que le canton peut fixer un montant global pour le financement des hôpitaux (art. 51 LAMal). Les assureurs peuvent en outre demander au canton de fixer un budget global pour le financement des hôpitaux (art. 54 LAMal).
- Le CE peut réduire, suspendre ou supprimer les subventions aux établissements qui ne respectent pas la mission fixée par la planification (art. 129 et 130 LS).

**Dans la pratique, le CE n'a pas eu non plus, en général, à recourir aux moyens de contraintes précités.** Les tarifs et les modalités de financement des hôpitaux ont été fixés, ces dernières années, d'entente entre les partenaires, le CE pouvant se contenter d'approuver formellement, sur préavis de la commission des conventions, les conventions proposées.

**Les lignes directrices de la planification sanitaire et hospitalière sont très liées au nouveau mode de financement des hôpitaux qui vise à allouer plus équitablement les ressources là où l'activité et les besoins des hôpitaux sont les plus importants en évitant de disperser des moyens toujours plus difficiles à trouver.** L'ancien système du forfait journalier, qui incitait à prolonger inutilement les durées d'hospitalisations, manquait de transparence sur l'activité réelle des hôpitaux et faussait ainsi les discussions sur la planification hospitalière et les besoins réels des patients.

### 4.3. Le rôle et les moyens de pressions des assureurs

Le rôle et les moyens de pressions importants donnés par la LAMal aux assureurs-maladie se recoupent en partie avec les prérogatives du CE et ont déjà été évoqués ci-dessus à propos des compétences du CE. Par exemple, les assureurs ont la **possibilité de refuser de financer des surcapacités hospitalières**, la possibilité de **refuser des conventions tarifaires** en raison d'une transparence insuffisante, la **possibilité de demander un budget global** ou la **possibilité qui leur est donnée de déposer des recours contre une planification hospitalière jugée insuffisante**.

**Dans le même ordre d'idée, il faut relever également le rôle accru et la forte influence du Surveillant des prix.** Appelé à donner son préavis dans le cadre des conventions tarifaires, le Surveillant des prix, dans plusieurs cantons s'est fondé notamment sur le critère des surcapacités hospitalières pour demander et obtenir des baisses de tarifs.



Le CE constate que le renforcement du rôle des assureurs est indéniable et que dès lors l'intérêt des hôpitaux est de ne pas attendre de se voir imposer une restructuration dictée par l'une ou l'autre des grandes assurances maladie.

#### 4.4. Le rôle, les compétences et les responsabilités des associations de communes propriétaires des hôpitaux

Pour des raisons historiques et politiques, les hôpitaux régionaux valaisans sont constitués sous la forme d'associations de communes de droit privé.

Ces associations disposent **d'une grande autonomie mais aussi de grandes responsabilités**. Par exemple, si l'Etat refuse de payer des dépenses non conformes à la planification et non conformes aux règles de subventionnement (dépenses non retenues au sens de la loi sur la santé), l'association hospitalière est tenue juridiquement d'assumer les frais.

En réalité, face à la très forte augmentation des coûts de la santé, et à la quasi impossibilité pour les associations de communes qui gèrent les hôpitaux de spontanément se mettre ensemble pour maîtriser les coûts et développer ensemble la qualité des prestations, le droit public fédéral (LAMal) et cantonal (législation sanitaire) ont fortement restreint l'autonomie des communes et des associations de communes sans toutefois la faire disparaître.

En plus des dispositions précitées à propos des compétences accrue du CE et des assureurs, quelques exemples de dispositions qui restreignent ou précisent les compétences et les responsabilités des communes ou des associations de communes dans le secteur des hôpitaux :

- Les **dépenses non retenues des hôpitaux** (non conformes à la planification et aux règles de subventionnement) **sont prises en charges par les communes** de la zone hospitalière concernée selon les modalités de l'art. 99 al. 3 LS (critère de répartition entre les communes) et selon les règles statutaires régissant leur association (art. 100 et 101 LS).
- Les hôpitaux revêtent la forme juridique d'associations de communes de droit public ou de droit privé au sens de la législation sur le régime communal. Toutes les communes de la zone hospitalière font partie de l'association (art. 98 lettre f LS).

L'examen des travaux préparatoires du Grand Conseil fait ressortir la très forte volonté des représentants des régions de conserver pour les hôpitaux une forme juridique de droit privé alors que les experts du Département avaient recommandé la forme de l'association de droit public plus conforme aux réalités actuelles.

Les **réactions actuelles** des régions et des communes face aux grands et complexes chantiers de la planification hospitalière (projet d'hôpitaux multisites) et du nouveau mode de financement des hôpitaux **révèlent les difficultés des partenaires à s'entendre spontanément sur ces aspects fondamentaux de la politique hospitalière** et par conséquent la nécessité pour le CE de jouer le rôle d'arbitre qui lui est donné par la LAMal et la législation sanitaire cantonale.

Le CE reconnaît que, d'une manière générale, ni la LAMal ni la loi sur la santé ne permettent d'avoir un système géré par des associations de droit privé, sans aucune responsabilité financière, et financée essentiellement par l'Etat et les assureurs.

Plus concrètement, l'examen des dispositions précitées montre que ni les assureurs ni l'Etat n'ont de bases légales pour financer les déficits d'un hôpital dont les coûts par cas seraient

disproportionnés par rapport à ceux d'autres hôpitaux comparables en raison d'un trop faible nombre de cas dû à l'absence de coordination.

De même, ni l'Etat ni les assureurs n'ont de bases légales pour financer des déficits hospitaliers impossibles à analyser en raison d'un manque de transparence et en raison d'insuffisances au niveau de la comptabilité analytique et des statistiques sur les prestations.

**En résumé, pour éviter aux communes et aux associations hospitalières des charges financières importantes résultant surtout de l'existence de surcapacités hospitalières que ni la LAMal et ni la loi sur la santé ne permettent au canton et aux assureurs de payer, le CE est d'avis que les communes et les associations de communes qui gèrent les hôpitaux doivent s'engager de façon active et constructive pour faire avancer les deux grands chantiers actuels de la politique sanitaire : les projets d'hôpitaux multisites prévus dans ces lignes directrices du Département et l'introduction progressive et concertée du nouveau mode de financement des hôpitaux.**

## 5. Le concept hospitalier et les décisions antérieures de planification

### 5.1. Le concept hospitalier de décembre 1996

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil de février 1999 rappelle que : « *La planification représente aujourd'hui encore la principale possibilité de trouver un chemin entre des besoins qui augmentent et des moyens qui diminuent. La planification vise à améliorer les performances. En améliorant la coordination entre les fournisseurs de prestations, on utilise les ressources de manière optimale, on réduit les coûts et on améliore la qualité.* »<sup>6</sup> et qu' « *Une étape importante de la planification a été franchie avec l'élaboration du Concept hospitalier valaisan soumis au Conseil d'Etat en décembre 1996.* »<sup>7</sup>.

Ainsi, le « Concept hospitalier valaisan » de 1996 avait déjà jeté les bases des lignes directrices arrêtées par le Département pour le début de l'année 2000 comme l'indique cette citation tirée du préambule : « Le présent concept hospitalier permet d'offrir sur tout le territoire cantonal des prestations hospitalières de qualité et de garantir une répartition judicieuse des tâches entre les différents hôpitaux. »<sup>8</sup>.

Le « Concept hospitalier valaisan » proposait d'ailleurs explicitement de créer des **centres hospitaliers bipolaires ou multisites** fonctionnant par secteur sanitaire (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais). Pour que de tels centres fonctionnent, certaines conditions telles que la concentration des activités lourdes et spécialisées dans un voire deux hôpitaux, la mobilité et la collaboration des médecins spécialisés, doivent être remplies. Le concept insistait particulièrement sur la nécessité de collaborer entre les établissements hospitaliers d'un même secteur ainsi qu'avec ceux des autres secteurs. De même, les différents partenaires doivent collaborer notamment au moyen des commissions régionales de santé afin de garantir une prise en charge adéquate des patients au sein du système sanitaire.

#### La cantonalisation de certaines disciplines

Le « Concept hospitalier valaisan » aborde le problème de la cantonalisation de certaines disciplines<sup>9</sup>. Ces disciplines se caractérisent par le fait **qu'elles se situent dans un voire deux établissements au maximum pour des raisons de qualité, de sécurité et d'économie des prestations**. Le Conseil d'Etat, dans le cadre de la planification, peut en effet reconnaître, de façon temporaire ou permanente, un caractère cantonal à certaines disciplines spécialisées des hôpitaux ou des instituts médico-techniques liés aux hôpitaux (art. 110 al. 2 LS). Les relations entre l'Etat et les établissements auxquels des disciplines cantonalisées sont attribuées sont définies par des mandats de prestations ou des conventions (art. 17 l'ordonnance sur la planification sanitaire de décembre 1999).

En ce qui concerne le financement, les dépenses d'investissements relatives à ces disciplines sont prises en charge intégralement par le canton. Les dépenses d'exploitation, quant à elles, sont prises en charges à raison de 50% des coûts imputables de la division commune par les pouvoirs publics (art. 110 al.1 et 121 LS).

---

<sup>6</sup> idem, p. 176

<sup>7</sup> idem, p. 33

<sup>8</sup> « *Concept hospitalier valaisan* », Département de la santé publique, décembre 1996, pp.10-11

<sup>9</sup> « *Concept hospitalier valaisan* », pour plus d'information voir pp. 45 à 59

## 5.2. Le Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21<sup>e</sup> siècle

Dans le rapport cité en exergue, le Conseil d'Etat rappelle que les objectifs essentiels de la politique de la santé sont et restent : la qualité des prestations, la maîtrise des coûts et l'accessibilité de tous à des soins adéquats. Cependant, le Conseil d'Etat relève également que les difficultés économiques ont fait apparaître une nouvelle dimension à savoir les impacts socio-économiques de cette politique.

Le rapport du Conseil d'Etat souligne dès lors une fois encore les raisons qui nous poussent à une coordination renforcée à savoir :

- La **volonté d'améliorer la palette et la qualité des prestations** offertes aux patients des régions concernées grâce aux synergies réalisées et sans reporter trop lourdement cette amélioration sur les primes d'assurance-maladie ou sur les collectivités.
- L'**importante baisse du nombre de journées de malades**, durées moyennes de séjour et du nombre de cas avec pour conséquence des hôpitaux surdimensionnés et des coûts trop élevés par rapport aux prestations fournies ainsi qu'une baisse de la qualité.
- Le **nouveau mode de financement des hôpitaux** basé sur les prestations et non plus sur un forfait journalier. Ce nouveau mode de financement fondé sur l'activité réelle des hôpitaux aura pour conséquence un manque important de recettes pour les hôpitaux dont l'activité est moindre ou en diminution.
- Les **exigences de la LAMal** en matière de lutte contre les surcapacités hospitalières, le caractère non économique des prestations et la promotion de la qualité poussent à un renforcement de la collaboration entre établissements. La LAMal donne à cet égard un rôle et des compétences accrues aux assureurs.

Les lignes directrices de la restructuration hospitalière s'inspirent donc largement des concepts d'hôpitaux multisites déjà proposés dans le « Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21<sup>e</sup> siècle »<sup>10</sup>

## 6. Situation et climat prévalant dans les établissements sanitaires

Le Conseil d'Etat est conscient du climat tendu qui prévaut actuellement dans les hôpitaux ainsi que des craintes et des questions légitimes que les différents partenaires se posent pour l'avenir immédiat. Ainsi, par exemple :

---

<sup>10</sup> idem, pp. 71-88

- comment assurer le **financement des hôpitaux** en l'an 2000 pour répondre aux revendications concernant l'amélioration des conditions de travail et des salaires alors que les négociations avec les assureurs-maladie butent sur le rapprochement des hôpitaux ?
- comment répondre aux exigences toujours plus sévères des instances fédérales compétentes pour la **qualité des prestations hospitalières** avec une « **masse critique** » insuffisante de patients dans certains services hospitaliers ?
- comment apaiser les craintes des communes (en tant que membres des associations de communes de droit privé qui gèrent les hôpitaux régionaux ) de devoir supporter des frais importants résultant de **surcapacités hospitalières** que ni le canton ni les assureurs-maladie ne peuvent légalement assumer ?
- comment garantir à tous les patients du canton l'accessibilité à des soins aigus hospitaliers adéquats, de qualité et à des coûts supportables (en tant que contribuables ou en tant qu'assurés) ?
- comment préserver une activité hospitalière de soins aigus sur chacun des sites actuels des hôpitaux régionaux tout en réalisant des économies ?
- comment réorganiser le secteur hospitalier en évitant un report des charges et des difficultés sur les autres secteurs du système de santé (établissements pour personnes âgées, centres de soins et d'aide à domicile etc.) ?

Dans ce contexte difficile mais qui n'est pas propre au Valais, le Département a proposé au Conseil d'Etat les lignes directrices de sa politique hospitalière après avoir :

- pris en compte, dans toute la mesure possible, la position des différents partenaires qui ont eu l'occasion de s'exprimer dans de nombreuses commissions et sous-commissions ;
- examiné attentivement différents scénarios qui couvraient un large éventail de possibilités allant du statu quo à la création d'un hôpital central/cantonal et cinq hôpitaux de jour/gériatrie en passant par la répartition des disciplines sur les sites ou en transformant certains établissements de soins aigus en gériatrie ;

Les nombreuses séances extraordinaires consacrées à la réorganisation du secteur sanitaire et hospitalier valaisan avaient déjà permis au Conseil d'Etat de se faire sa propre opinion sur la manière la plus cohérente et la plus orientée vers l'avenir afin de répondre à toutes les questions précitées.

Dans les scénarios proposés par le Département ressort très clairement l'idée de couvrir l'ensemble des besoins hospitaliers du canton avec trois hôpitaux multisites. Ces scénarios contiennent aussi la version la plus élaborée d'un hôpital multisites qui permet une offre différenciée de prestations de soins aigus entre différents sites en faisant une très nette distinction entre

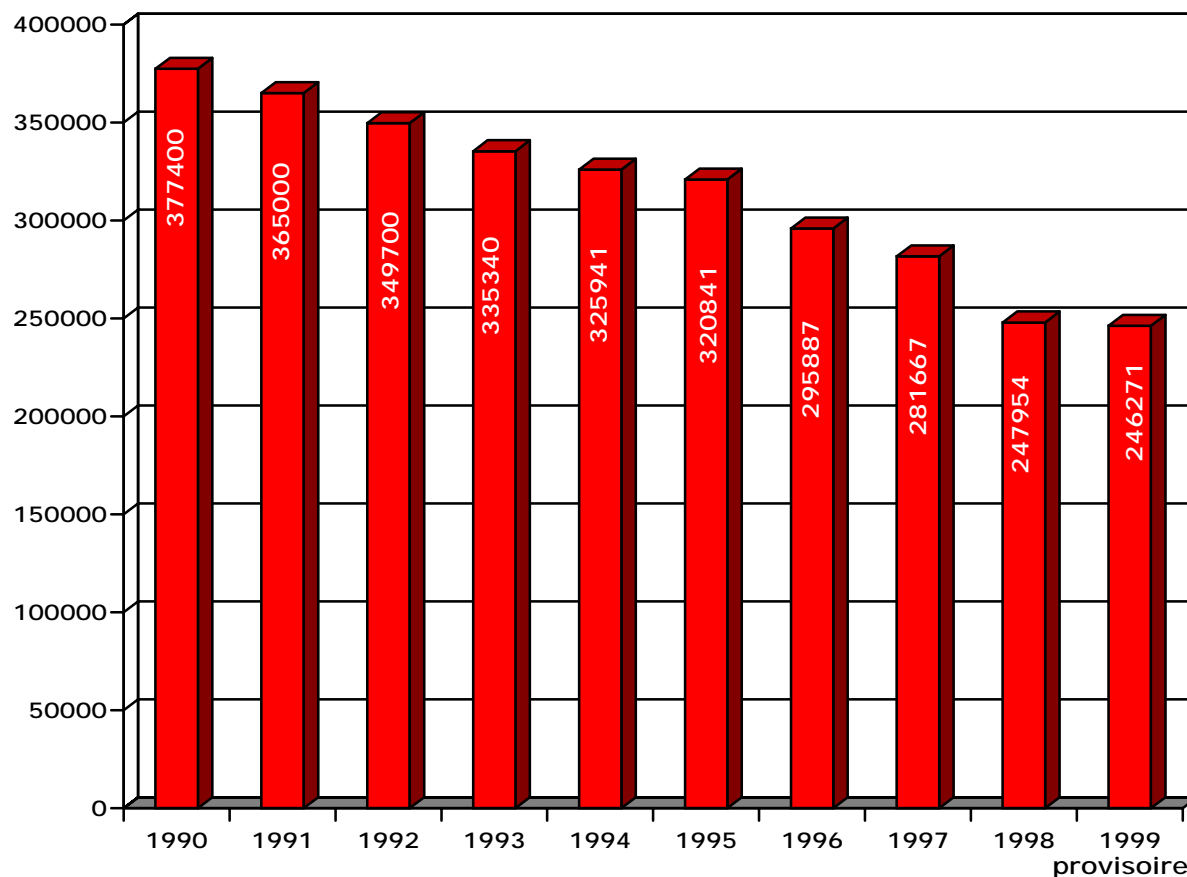
- les hôpitaux de type « traditionnel » ou de « longs séjours » et
- les hôpitaux de type « ambulatoire », « courts séjours » ou du « futur »

## **7. Les surcapacités et les dépenses d'exploitation**

L'évolution à la baisse du nombre de journées de soins aigus ainsi que du nombre de lits traduit très clairement un problème de surcapacités à résoudre en raison des coûts qu'il engendre.

## 7.1. Les surcapacités

### a. La baisse du nombre de journées de soins aigus de 1990 à 1999<sup>11</sup>



Source : SSP/ hôpitaux VS

### b. L'évolution du nombre de lits

Le tableau ci-dessous indique que les hôpitaux de soins aigus du Valais adaptent leur nombre de lits depuis 1992 afin de répondre à l'évolution de la médecine hospitalière.

	Monthey	St.Amé	Martigny	Sion	Sierre	Visp	Brig	Total

<sup>11</sup> Le nombre de journées pour 1999 est provisoire

Lits disponibles <b>31.12.1992</b>	130	38	184	288	161	180	178	<b>1159</b>
Planification pour l'an <b>1997</b>	124	0	178	249	152	149	114	<b>966</b>
Lits disponibles <b>31.12.1997</b> selon statistique H+	114	-	162	249	140	140	112	<b>917</b>
Planification pour l'an <b>2000</b>	107	0	151	237	135	132	97	<b>859</b>
Lits disponibles <b>31.12.1998 moyens</b> selon hôpital	<b>92</b>	-	<b>124</b>	<b>245</b>	<b>108</b>	<b>128</b>	<b>94</b>	<b>791</b>
<b>Taux d'occupation</b> <b>moyen en 1998 (en %)</b>	<b>83</b>	-	<b>83</b>	<b>91</b>	<b>85</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	<b>86</b>

Sources : SSP/hôpitaux VS

## 7.2. Les dépenses d'exploitation

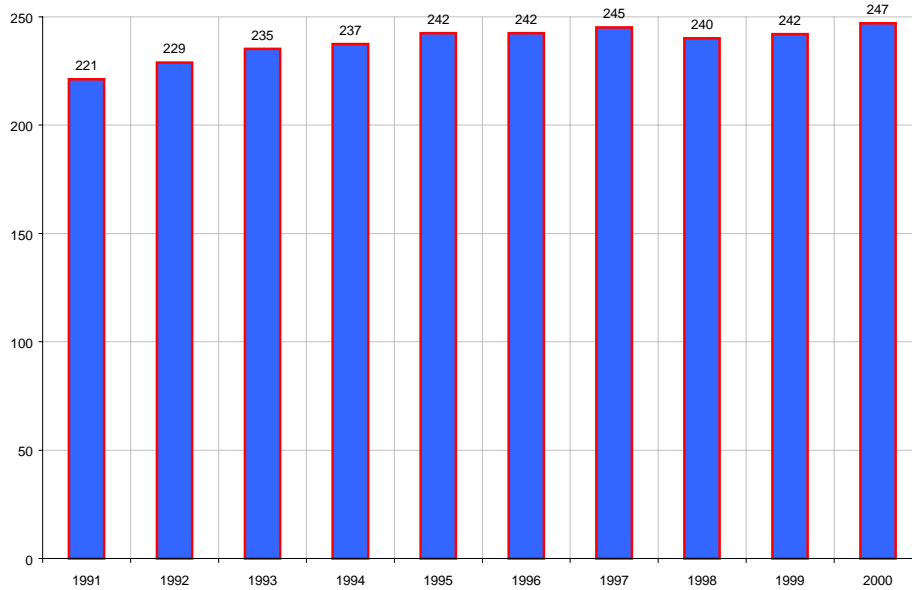
**Le chapitre ci-après reprend certains éléments et données financières se rapportant aux hôpitaux.**

### **a. Dépenses brutes des 6 hôpitaux valaisans de soins aigus**

Ces dernières années, les dépenses brutes des hôpitaux valaisans ont évolué comme suit :

Dépenses brutes des hôpitaux valaisans en mios de francs



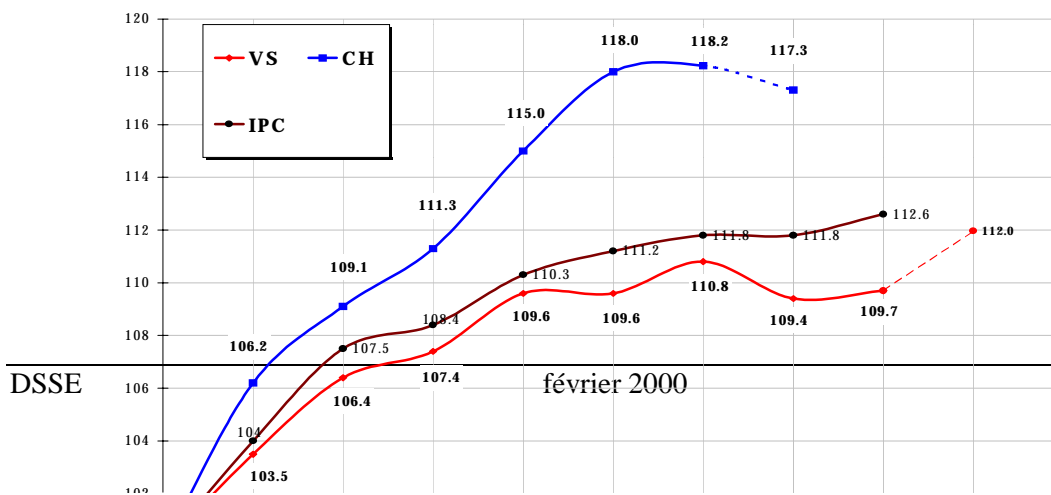


Source : SSP

Pour l'exercice 2000, il s'agit d'une prévision qui tient compte des adaptations salariales accordées pour le Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL) à son personnel au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Pour l'instant, le financement de ces dépenses supplémentaires n'est pas garanti.

**b. Indice d'évolution des dépenses brutes des hôpitaux de soins aigus (Suisse, VS) et indice des prix à la consommation**

Indice d'évolution des dépenses brutes des hôpitaux de soins aigus (Suisse, Valais) et indice des prix à la consommation



Source : H<sup>+</sup>/SSP

Depuis 1991 et jusqu'en 1998, les dépenses des hôpitaux valaisans ont augmenté d'environ 9 % (de 221 mios/an à 240 mios/an) alors qu'au niveau suisse, elles augmentaient de plus de 17 %. De même, l'indice d'évolution des dépenses hospitalières valaisannes est resté inférieur à l'indice d'évolution des prix à la consommation (IPC) pour la période considérée.

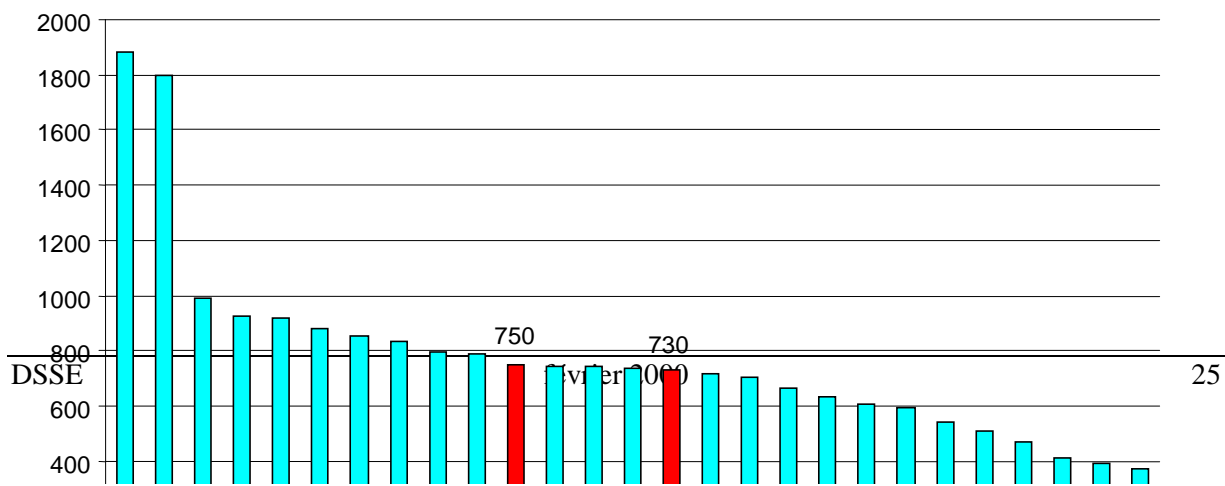
Ce graphique démontre une croissance des dépenses valaisannes dès l'année 2000 si aucune mesure de compression des dépenses n'est prise.

A l'inverse, l'évolution des dépenses hospitalières en Suisse enregistre une baisse dès l'année 1998.

### c. .Dépenses des collectivités publiques et des assureurs

#### Dépenses de santé des cantons et des communes (1997)

dépenses par habitant (ChF)

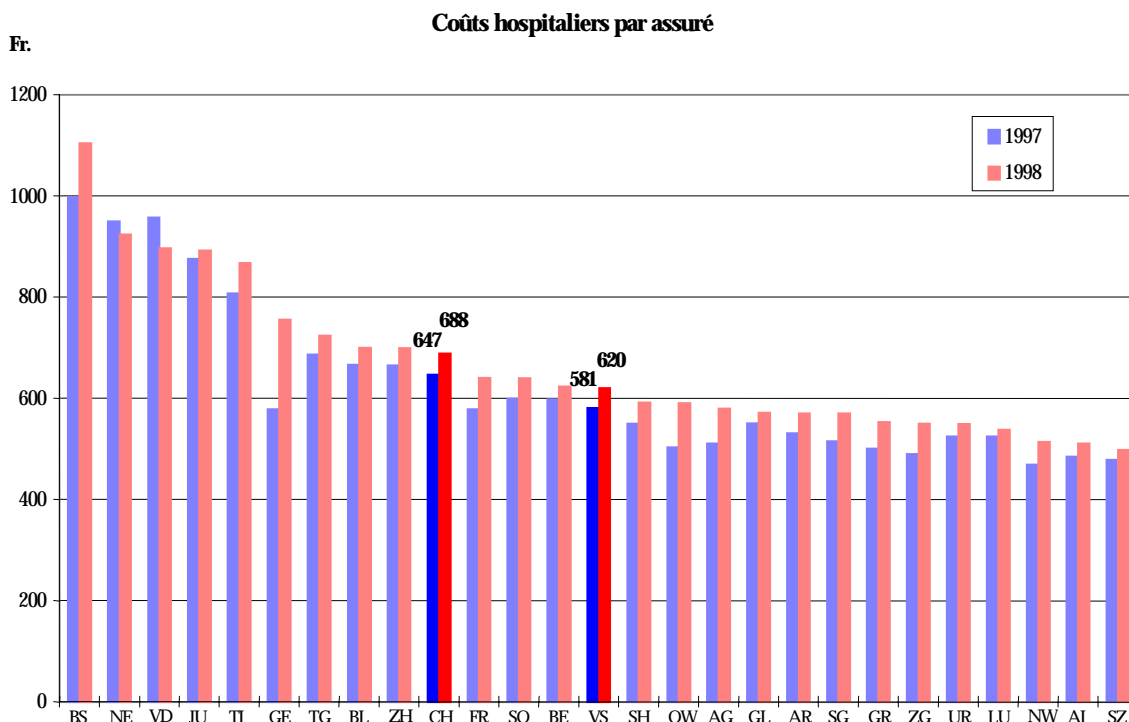


Source : OFS

La part versée par les pouvoirs publics valaisans pour le financement des dépenses de santé se situe dans la moyenne suisse, ce qui représente un effort important, compte tenu de la capacité financière de notre canton.

#### Coûts hospitaliers par assuré à charge des assureurs-maladie

En 1998, une personne domiciliée en Valais coûte en moyenne Fr. 1'660.- à sa caisse-maladie, alors qu'en moyenne suisse, ce montant s'élève à Fr. 1'946.-. Les frais de traitement hospitalier représentent environ 37 % des coûts à charge des caisses-maladie pour atteindre, en Valais, Fr. 620.- par assuré. **Ce montant s'inscrit dans la moyenne suisse qui s'élève à Fr. 688.- (1998).**



Source : CAMS

Les données « dépenses de santé des cantons et des communes » et « coûts hospitaliers par assuré à charge des assureurs-maladie » démontrent que les chiffres du Valais se situent tout à fait dans la moyenne suisse.

Il s'agit de pouvoir contenir les dépenses hospitalières et de répartir les moyens financiers de la façon la plus équitable possible entre les hôpitaux. Pour stabiliser la masse des dépenses d'exploitation, des mesures de planification et de réorganisation hospitalières sont indispensables.

#### d. Participation financière des pouvoirs publics aux frais d'exploitation

Les dépenses hospitalières sont financées par différents partenaires, selon le détail suivant :

<i>Secteurs d'activités de l'hôpital</i>	<i>Par qui sont-ils financés ?</i>
<i>Stationnaires LAMal, Semi-stationnaires =&gt; activité x prix</i>	Assureurs (50 %) + Collectivités publiques (canton 40%, communes 10%)

	=>doit couvrir les coûts imputables, selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal
<i>Autres patients stationnaires (LAA, AI, AM, hors canton, étrangers) ⇒ activité x prix</i>	Assureurs fédéraux et autres assureurs =>doit couvrir les prix de revient
<i>Ambulatoires (activité x prix)</i>	Assureurs LAMal et autres assureurs =>doit couvrir les prix de revient
<i>Divisions privées (activité x prix)</i>	Assureurs => doit couvrir les prix de revient voire dégager une marge bénéficiaire
<i>Exploitations annexes (cafétaria, rest. du personnel, etc.)</i>	Autofinancées => doit couvrir les prix de revient voire dégager une marge bénéficiaire

#### Participation cantonale aux frais d'exploitation

La participation financière du canton aux dépenses hospitalières inscrite au budget cantonal 2000 se présente comme suit :

Hôpitaux de soins aigus	:	85 mios
Hôpitaux de gériatrie et de soins chroniques	:	16 mios
		101 mios
		=====

**Toute augmentation des charges d'exploitation hospitalières se répercute immédiatement sur les budgets des collectivités publiques, à raison de 40% pour le canton et de 10% pour les communes.**

#### Participation des assureurs

De par la législation fédérale et cantonale, les assureurs financent le 50 % des coûts hospitaliers des patients de la division commune. Ils financent également une grande partie des coûts de l'ambulatoire hospitalier et de la division privée. Ici, également, toute charge nouvelle d'exploitation a comme conséquence une augmentation des primes d'assurance-maladie.

Les relations tarifaires entre les assureurs et les hôpitaux sont réglées par voie conventionnelles. La fixation d'un tarif ne constitue pas un report automatique des coûts mais résulte de négociations longues et difficiles.

### **e. Charges salariales des établissements hospitaliers et des institutions sanitaires**

Le coût de fonctionnement des six hôpitaux aigus et pour malades chroniques avoisine les

280 mios de francs

dont le 72 % environ concernent les charges salariales

200 mios de francs : charges salariales

Toute adaptation des conditions sociales et salariales du personnel hospitalier aura un effet direct sur les charges de fonctionnement et, par conséquent, sur le financement des pouvoirs publics et des assureurs.

De plus, les conditions-cadre du Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL) ont un effet de levier sur les conditions de travail, notamment du personnel des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS), des soins à domicile, des écoles d'infirmières et de diverses ligues.

Sur ces autres institutions, les pouvoirs publics financent également une part prépondérante de leurs dépenses.

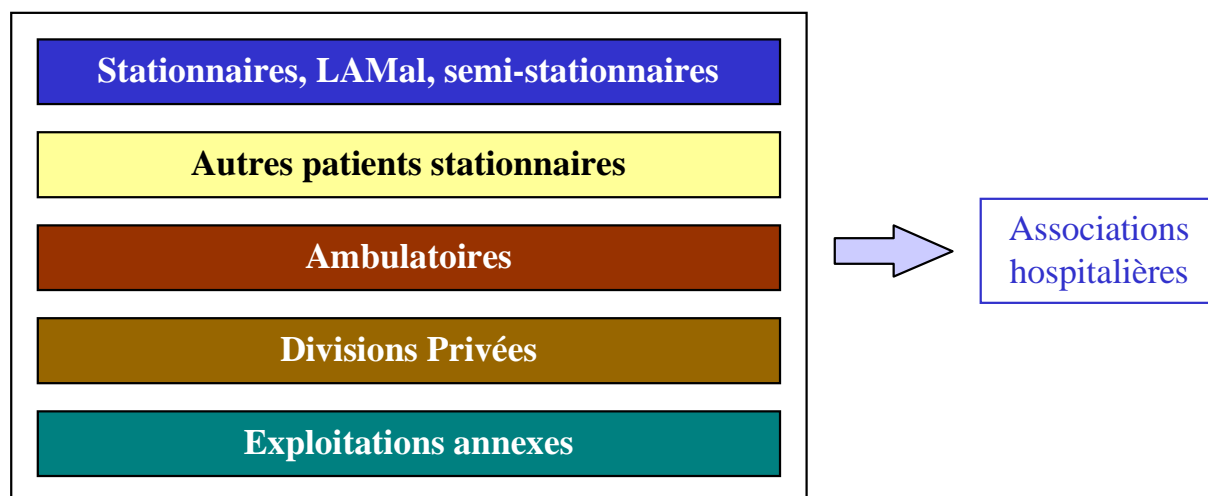
### **f. Affectation des résultats d'exploitation des hôpitaux (1<sup>er</sup> janvier 2000)**

**L'activité hospitalière est divisée en plusieurs secteurs d'activités dont les sources de financement sont différentes**, en application des dispositions légales cantonales et fédérales. **Les résultats d'exploitation relèvent de chaque association hospitalière.**

Dans ce contexte, l'ensemble des tarifs et des taxes doivent permettre la couverture des coûts d'exploitation, voire dégager une marge bénéficiaire dans le domaine des divisions privées ou des exploitations annexes ; il appartient aux directions hospitalières d'entreprendre les négociations tarifaires avec les différents partenaires intéressés et d'adapter leurs dépenses aux possibilités de les financer. Les résultats annuels (pertes ou bénéfiques) peuvent être compensés lors d'exercices futurs.

La participation des collectivités publiques portent exclusivement sur les dépenses découlant du traitement des patients stationnaires, LAMal et semi-stationnaires. L'utilisation d'un bénéfice éventuel qui reste de la compétence exclusive des associations hospitalières doit cependant respecter les dispositions de la planification sanitaire et hospitalière.

## Résultats financiers (bénéfices ou pertes) :



Les mesures qui seront décidées par le Conseil d'Etat ont pour objectif de maîtriser les coûts de fonctionnement des hôpitaux et de renforcer la qualité des prestations offertes. **Elles permettront aux communes d'éviter de devoir supporter des frais importants résultant de surcapacités que ni le canton, ni les assureurs ne peuvent légalement prendre en charge.**

Les décisions du Conseil d'Etat pour la restructuration du réseau hospitalier valaisan revêtiront ainsi une importance primordiale pour l'ensemble de la politique cantonale de la santé pour la qualité des prestations, pour le personnel et pour tous les partenaires y compris les communes.

## 8. Le scénario mis en consultation

Le Département présente avec ces lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire un scénario avec deux variantes afin de répondre aux problèmes qui ont été mis en évidence ci-dessus. Le scénario propose la constitution de trois réseaux hospitaliers constitués de trois hôpitaux multisites avec des offres différenciées de prestation.

## 8.1. Principes généraux sur les multisites

Ce concept, avec trois hôpitaux multisites, repose sur les **principes généraux** suivants :

1. **Un hôpital multisites** est composé de deux ou **plusieurs bâtiments** hospitaliers situés en **des lieux différents**
  - formant **une entité juridique**,
  - avec **une seule organisation administrative** et un **budget global** géré par **une direction générale**,
  - avec **une direction médicale**.
2. Sur le **plan de la gestion**, l'hôpital multisites a pour but de définir puis **d'appliquer des politiques communes** (salaires, facturation, achats, transferts de patients, urgences, formation continue, informatique, etc.) permettant un fonctionnement efficace, de **répartir des services médicaux complémentaires** et dûment coordonnés bénéficiant d'une « **masse critique** » de patients afin d'utiliser les équipements de façon adéquate, en vue de réaliser des économies d'échelle et d'assurer une **maîtrise des coûts** ainsi qu'un développement harmonisé à long terme, et surtout de garantir la sécurité des malades et la **qualité des prestations**.
3. Sur le **plan médical**, le modèle d'hôpital multisites retenu vise à maintenir **des activités de soins aigus** sur tous les sites actuels tout en prenant en compte les tendances les plus récentes de la médecine hospitalière.

Le trop faible nombre de cas traités actuellement dans certains services hospitaliers, la sous-occupation de certaines salles d'opération et la diminution des journées de malades démontrent l'existence de surcapacités (trop de lits, trop de services, etc.) et l'impérieuse nécessité de mieux répartir les activités médicales à la fois pour maîtriser les coûts et dégager des moyens et pour garantir la qualité des prestations (on ne fait bien que ce que l'on fait souvent).

La répartition des activités médicales retenues repose sur l'idée de séparer, de façon logique et cohérente, deux « processus » de traitement des patients complètement différents que l'on trouve confondus dans les établissements de soins aigus actuels alors que ces deux processus nécessitent des infrastructures et une organisation différentes :



⇒ Le premier concerne **les soins « traditionnels » ou de « longs séjours »** pour tous les cas sévères et les patients gravement atteints. Ce type de soins nécessite une infrastructure onéreuse des équipements lourds, un service de soins intensifs, un service d'urgences et un bloc opératoire ouvert 24h/24h.

⇒ Le second concerne **les soins hospitaliers « ambulatoires », « de jour » et de « courts séjours »** pour les cas moins sévères ou n'exigeant pas de soins intensifs qui correspond aux nouvelles tendances de la médecine hospitalière, nécessite une infrastructure moins lourde avec un équipement pour l'accueil des patients, des salles d'opération pour des interventions électives et d'autres installations de soutien performantes.

Le fonctionnement des hôpitaux de « courts séjours » est très différent de celui des hôpitaux « de longs séjours » traditionnels car le bloc opératoire et les urgences ne sont en principe pas desservis la nuit et les fins de semaines, sous réserve d'exceptions à préciser (en périodes touristiques par exemple), ce qui représente la possibilité d'importantes économies. Les patients sont pris en charge sur rendez-vous, sans attente inutile. Le personnel n'est pas perturbé dans son organisation par des urgences lourdes. Les conditions de travail du personnel sont meilleures, avec notamment la possibilité de mieux concilier vie professionnelle et vie privée.

La réalisation d'un tel modèle exige cependant de profonds changements dans la conception et la pratique de la médecine hospitalière. **Les différents sites deviennent complémentaires et non plus des concurrents** contraints à lutter pour « se partager » les patients. Un seul collègue des médecins décidera des modalités pour une prise en charge optimale des patients sur les différents sites. Les médecins eux-mêmes devront, par exemple, s'entendre sur une liste d'indications diagnostiques pour définir le site le plus approprié pour tel ou tel patient. Il en ira de même pour l'organisation des gardes sur les différents sites, pour organiser, au besoin, le déplacement des médecins d'un site à l'autre, pour optimiser les consultations entre les différents spécialistes indépendamment du site, etc. Un certain temps et l'autonomie nécessaire devront être laissés aux médecins pour apprendre à mieux travailler ensemble.

Le choix enfin d'un site plutôt qu'un autre pour assumer les missions respectives d'hôpital « de longs séjours » et d'hôpital de « courts séjours » se fonde sur l'analyse de l'état des lieux et des missions des sites actuels.

4. Sur le **plan financier**, un avantage important est que l'équipement des sites actuels permet la réalisation du modèle retenu avec des coûts d'infrastructures minimaux.

Les moyens dégagés avec la disparition des surcapacités pourront être affectés pour répondre à de nouveaux besoins tant à l'intérieur de l'hôpital que dans les autres établissements ou institutions sanitaires.

## 8.2. . Les zones hospitalières :

Le scénario prévoit la création des trois réseaux hospitaliers que sont :

- le « Centre hospitalier du Haut-Valais » comprenant les sites de Brigue et Viège
- le « Centre hospitalier Rhodanien » (CHR) comprenant les sites de Sierre, Sion et Martigny
- l'Hôpital du Chablais comprenant les sites de Monthey et Aigle.

A chacun de ces réseaux correspond une zone hospitalière qui détermine les obligations et modalités de financement des communes qui en font partie. Ainsi, les trois zones hospitalières retenues sont :

- **La zone hospitalière du Haut-Valais** avec le « Centre hospitalier du Haut-Valais » qui regroupe les communes des districts suivants : Conches, Rarogne oriental, Brigue, Viège, Rarogne occidental et Loèche (partiellement) ;
- **La zone hospitalière du centre hospitalier rhodanien** qui comprend les communes des districts de Loèche (partiellement), Sierre, Sion, Hérens, Conthey, Martigny, Entremont et St-Maurice (partiellement)
- **L'Hôpital du Chablais** résultant de la fusion juridique des établissements de Monthey et Aigle qui correspond à la zone hospitalière comprenant les communes des districts de St-Maurice (partiellement) et de Monthey.

Demeure ouverte la possibilité pour les communes des districts de Martigny et d'Entremont de proposer leur rattachement à l'Hôpital du Chablais.

Une attention particulière doit toutefois être accordée à cet égard à la perméabilité entre les trois zones. Ainsi, la zone de Loèche est desservie par les hôpitaux de Sierre et de Viège. De même, le CHR ne doit pas empêcher la collaboration de l'hôpital de Martigny avec l'hôpital du Chablais ou la clinique St-Amé.

Dans chacune de ces trois grandes zones, les besoins hospitaliers sont couverts par un hôpital multisites permettant une offre différenciée des prestations entre les différents sites de soins aigus.

## 8.3. Activités hospitalières

Dans ce paragraphe une rapide description de la situation est faite afin de comprendre les éléments justifiant une restructuration du système sanitaire avec en particulier la création de trois réseaux. Pour faciliter la lecture, le Département regroupe les informations en fonction des zones hospitalières définies ci-dessus

### La zone hospitalière du Haut-Valais

Dans cette zone, l'hôpital multisites se compose des sites de soins aigus de Viège et de Brigue. Nous rappelons qu'un hôpital multisites avec deux établissements disposant de services de soins aigus devrait en principe permettre au patient de se rendre dans le site le plus approprié pour son traitement. Dans certains cas, c'est **le médecin qui se déplace et non plus seulement le patient**. Cela présente certainement l'inconvénient de faire travailler le corps médi-

cal dans les deux hôpitaux. Mais c'est une manière très moderne de répartir la médecine sans devoir séparer les disciplines. Cela permet un service de consilium optimal entre les divers spécialistes, indépendamment du site.

**Un autre avantage réside dans le fait qu'une telle répartition ne nécessite aucune extension d'infrastructures coûteuses** ; en effet, les salles d'opération des sites existants suffisent pour satisfaire de manière optimale leur exploitation.

Les problèmes logistiques, consistant à savoir quel patient doit être traité dans quel site hospitalier, peuvent être résolus. Une liste d'indications diagnostiques peut être communiquée à tous les médecins praticiens, spécifiant dans quel hôpital orienter les patients conformément à ce qui a été diagnostiqué. A cet effet, nous pouvons citer l'exemple de l'hôpital multisites du Chablais qui a vécu une telle expérience sans problème important.

Par conséquent, le but n'est pas de démanteler des structures. Au contraire, la **restructuration des établissements vise à faire travailler les sites ensemble** et non pas en concurrence puisque chaque réseau est constitué d'un seul collègue médical.

En dernier lieu, la distinction entre courts et longs séjours se justifie notamment en raison du nombre peu important de patients pris en charge dans certains services comme nous l'indique le tableau suivant :

Activité hospitalière provisoire : 1999

SERVICES DE CAS STATIONNAIRES EN 1999	VISP	BRIG	TOTAL
Médecine	1292	1333	2625
Chirurgie générale	1465	1007	2472
Obstétrique	471	337	808
Orthopédie	631	168	799
Pédiatrie et Chirurgie pédiatrique <sup>1</sup>	365	291	656
Gynécologie	265	215	480
Urologie	81	299	380
HNO	193	178	371
Ophthalmologie	56	0	56
Total intermédiaire	4819	3828	8647
Cas semi-stationnaires (cas subventionnés)	730	300	1030
<b>TOTAL</b>	<b>5549</b>	<b>4128</b>	<b>9677</b>
Gériatrie / Réhabilitation (stationnaire)	424	354	778
Psychiatrie (stationnaire)	-	222	222

<sup>1</sup> Sont compris tous les enfant jusqu'à l'âge de 14 ans, y compris ceux qui sont hospitalisés dans d'autres services et qui par conséquent ne devraient pas être intégrés dans la pédiatrie

Les chiffres indiqués dans ce tableau correspondent au nombre de cas hospitalisés de plus de 24 heures. Pratiquement, les hôpitaux reçoivent encore de nombreux patients en ambulatoire et semi-stationnaire. Ces patients figurent partiellement dans les hospitalisations de jour.

Cet élément pose le problème de la masse critique de patients nécessaire pour assurer la qualité, la sécurité et de l'économicité des prestations offertes. Le tableau ci-dessus indique que seulement deux disciplines ont plus d'un millier de patients. D'autres disciplines se caractérisent par un nombre de prise en charge extrêmement bas comme par exemple l'ophtalmologie, l'ORL et l'urologie. Le Département estime qu'il faut un **minimum de cas de l'ordre d'un millier pour justifier des unités de lits sur les deux sites. Par conséquent, il serait souhaitable que pour des raisons de qualité et de sécurité ces disciplines soient regroupées dans chaque réseau sur un seul site**

La zone hospitalière du Valais romand

Le « Centre hospitalier Rhodanien » est un hôpital multisites avec trois sites disposant de services de soins aigus à Sion, Sierre et Martigny.

Des informations sur le nombre de salles d'opérations des hôpitaux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny sont disponibles pour 1996 et 1997. A ces éléments nous ajoutons encore leur occupation par année, par mois et par jour, en heures

Hôpitaux	Sierre		Sion		Martigny		Total CHR	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Années								
Nb salles	5	5	8	8	6	6	19	19
Nb heures utilisation <sup>1</sup>	4279	4106	15917	15262	5046	5491	24522	24759
Nb heures/salle	856	821	1900	1895	841	915	1291	1303
Indices/salle <sup>2</sup>	66	64	147	147	65	71	100	101
Nb heures/mois <sup>3</sup>	71	68	158	158	70	76	107	108
Nb heures <sup>4</sup> /jours	2.23'	2.17'	5.16'	5.16'	2.05'	2.32'	3.35'	3.37'

Source : Evolution et perspective du système de santé, Dpt de la santé, des affaires sociale et de l'énergie, canton du Valais, octobre 1998, p.83

1. Fournies par les hôpitaux
2. Moyenne des trois hôpitaux en 1996 = 100
3. Mois :30 jours
4. Heures et minutes

De plus, le tableau suivant indique que certains services prennent en charge un nombre restreint de personnes et que de ce fait, la qualité, la sécurité et l'économicité des prestations ne sont plus forcément garanties :

Situation en 1999 :Nombre de cas

<b>SERVICES</b>	<b>MARTIGNY</b>	<b>SION</b>	<b>SIERRE</b>	<b>TOTAL</b>
Médecine	1863	2475	1837	6175
Chirurgie générale	710	1703	874	3287
Orthopédie	738	897	497	2132
Obstétrique	515	837	440	1792
Gynécologie	250	413	312	975
Pédiatrie et <sup>1</sup> Chirurgie pédiatrique	428	648	340	1416
Urologie	179	316	188	683
ORL	94	198	87	379
Chirurgie plastique		267		267
Ophtalmologie	53	41		94
<b>Total stationnaire</b>	<b>4830</b>	<b>7795</b>	<b>4575</b>	<b>17200</b>
Hôpital de jour	1100	1700	450	3250
<b>TOTAL</b>	<b>5930</b>	<b>9495</b>	<b>5025</b>	<b>20450</b>
Cardiologie et chirurgie cardiaque		1102		1102
Neurochirurgie		176		176
Radiothérapie		138		138
Néonatalogie		73		73
<b>TOTAL</b>	<b>5930</b>	<b>10984</b>	<b>5025</b>	<b>21939</b>

Source : Chiffres provisoires, Etat du Valais

1. Sont compris tous les enfant jusqu'à l'âge de 14 ans, y compris ceux qui sont hospitalisés dans d'autres services et qui par conséquent ne devraient pas être intégrés dans la pédiatrie.

Les chiffres indiqués dans ce tableau correspondent au nombre de cas hospitalisés de plus de 24 heures. Pratiquement, les hôpitaux reçoivent encore des patients en ambulatoire et semi-stationnaire. Ces patients figurent partiellement dans les hospitalisations de jour.

Cet élément pose le problème de la masse critique de patients nécessaire pour assurer la qualité, la sécurité et de l'économicité des prestations offertes. Le tableau ci-dessus indique que seul quatre disciplines se trouvent dans cette situation. D'autres disciplines, en revanche, se caractérisent par un nombre de cas pris en charge extrêmement bas comme c'est le cas par exemple avec l'ophtalmologie, la chirurgie plastique, l'urologie, l'ORL. Le Département estime qu'il faut un **minimum de cas de l'ordre d'un millier pour justifier des unités de lits**

**sur les trois sites. Par conséquent, il serait souhaitable que pour des raisons de qualité et de sécurité ces disciplines soient regroupées dans chaque réseau sur un seul site.**

Le site de Sion est logiquement considéré comme étant un établissement **de longs séjours** car il accueille déjà toutes les disciplines très lourdes qui nécessitent des infrastructures onéreuses. Comme il accueille ainsi **les cas très sévères** cela nécessite l'existence de soins intensifs. Il offre également les **disciplines cantonalisées ou centralisées** que sont : la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la radiothérapie, et la néonatalogie. Le site de Sion développe un pool de compétences pour ces disciplines pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est essentiel de préciser que ces unités se concentrent sur un seul site, car elles impliquent une infrastructure, du personnel, etc. à la pointe d'une technologie particulièrement onéreuse. Par conséquent, le Valais n'a pas la possibilité de développer plusieurs centres de compétences pour ce type de prestations. D'autre part, une masse critique de patients est essentielle au bon déroulement des interventions en raison du caractère très spécialisé de ces modes de prise en charge. Un dispersement de patients relativement peu nombreux rendrait la prise en charge peu sûre ce qui est contraire au but fixé par la planification.

La zone de Martigny doit encore être considérée comme étant une zone évolutive qu'il ne faut pas rattacher trop strictement au CHR. Dans le futur, le Conseil d'Etat devra tenir compte de l'évolution des politiques sanitaires valaisanne et vaudoise et offrir des possibilités d'ouverture à la zone de Martigny.

Demeure ouverte la possibilité pour les communes des districts de Martigny et d'Entremont de proposer leur rattachement à l'Hôpital du Chablais.

### L'Hôpital du Chablais

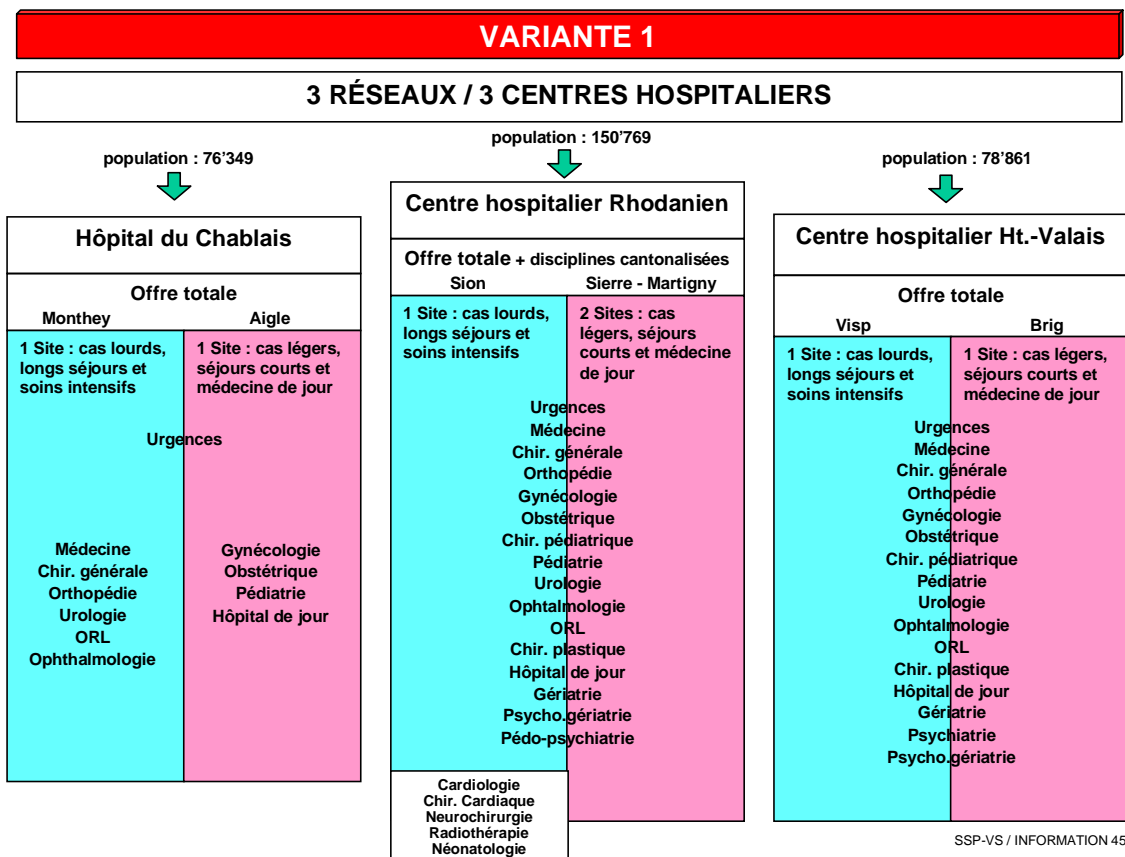
Cet hôpital résulte de la fusion juridique des établissements de Monthey et Aigle et constitue déjà un hôpital multisites opérationnel

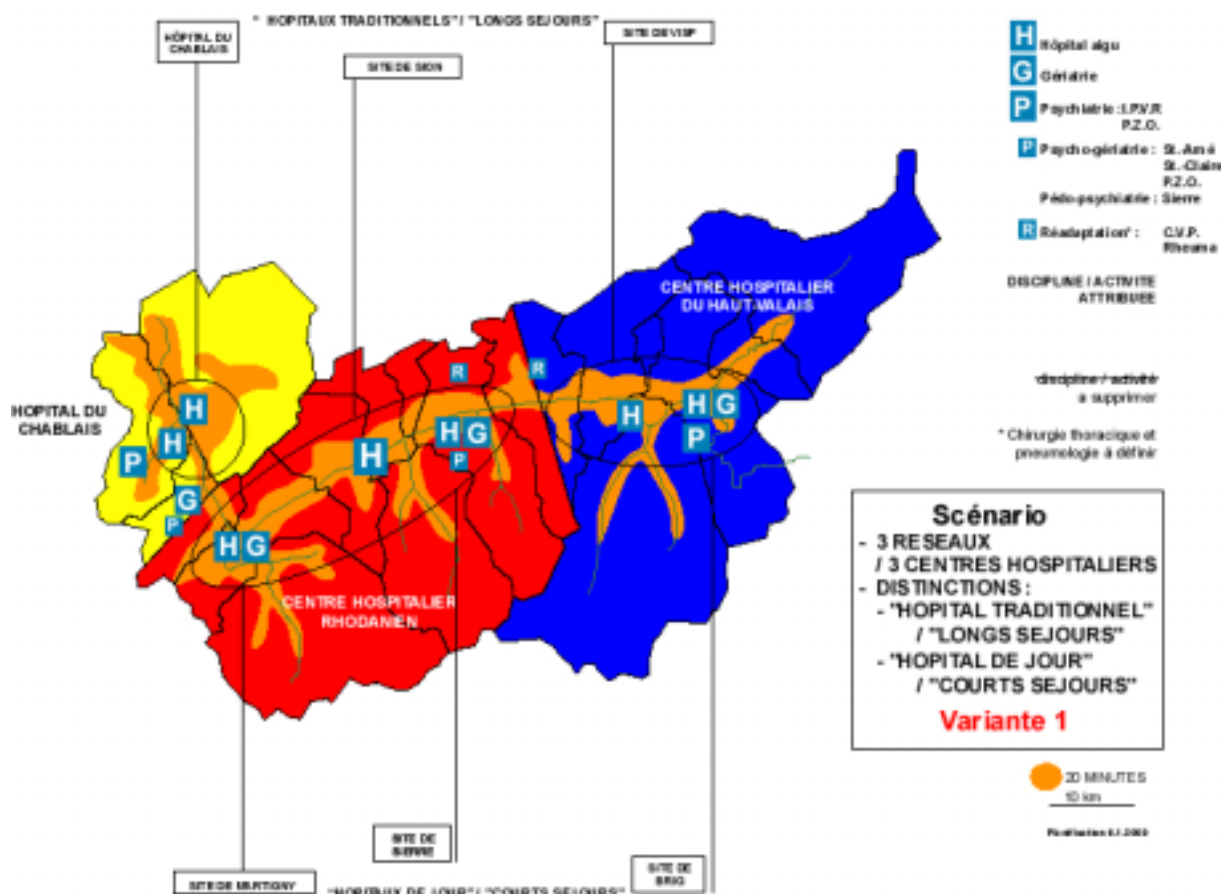
## 8.4. Le scénario des trois réseaux avec des sites de longs et courts séjours : 1<sup>ère</sup> variante

Ce **scénario idéal** se caractérise par le fait qu'il distingue uniquement les sites de longs séjours et de courts séjours. Ainsi, **c'est aux partenaires concernés qu'il incombe de proposer** la répartition des activités médicales ainsi que des lits. Avec ce scénario, le Département laisse donc une grande marge de manoeuvre aux différents établissements.

### a. Représentation schématique et graphique du scénario

Afin de faciliter la compréhension de cette première variante, le Département a réalisé les deux schéma ci-dessous que nous allons ensuite expliquer.





## b. Le centre hospitalier du Haut-Valais

Cette zone comprend les sites de Viège et de Brigue. Le scénario prévoit qu'un établissement s'occupe en particulier des cas sévères, longs séjours et des soins intensifs. Le deuxième site prend en charge les cas légers, les courts séjours ainsi que la médecine de jour.

Concernant la répartition des activités médicales dans ce cadre ainsi que les unités de lits, le Département demande aux partenaires concernés de faire des propositions.

## c. Le Centre hospitalier Rhodanien

La zone du Valais romand comprend les sites de Sierre, Sion et Martigny. Le scénario prévoit un site de longs séjours comprenant les cas sévères et les soins intensifs. Ce site développe aussi les disciplines cantonalisées ou centralisées que sont la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la radiothérapie et la néonatalogie.

Les deux autres sites sont considérés comme étant des sites de courts séjours avec des cas légers ainsi que des hospitalisations de jour.



Concernant, la répartition des activités médicales dans ce cadre ainsi que les unités de lits, le Département demande aux partenaires concernés de faire des propositions

#### **d. L'Hôpital du Chablais**

Cet hôpital qui résulte de la fusion juridique des établissements de Monthey et Aigle constitue déjà un hôpital multisites opérationnel. Par conséquent, la répartition des disciplines est réalisée. Le site de longs séjours développe en particulier les disciplines que sont la médecine, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, l'ophtalmologie et l'ORL. Le site de courts séjours développe, quant à lui, la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie et les hospitalisations de jours.

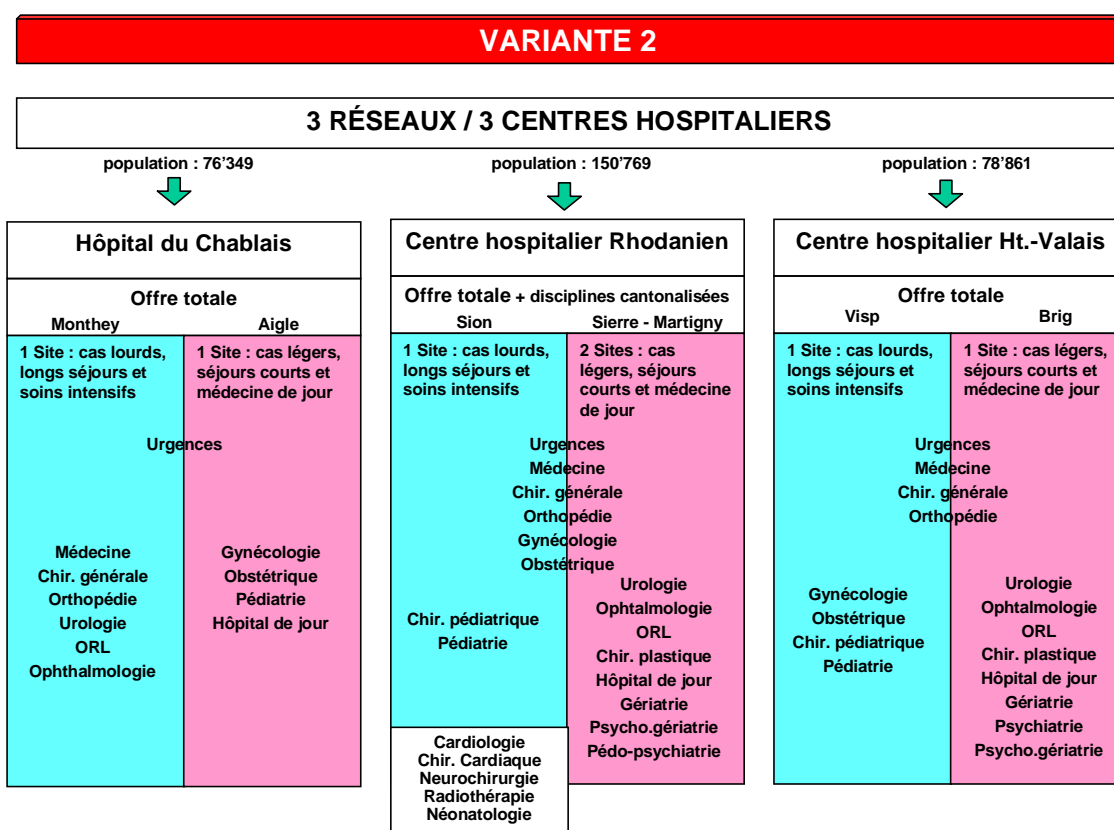
## 8.5. Le scénario des trois réseaux avec des sites de longs et courts séjours : 2<sup>ème</sup> variante

Le Département propose cette variante pour le cas où les partenaires n'arriveraient pas avec des propositions concertées et consensuelles. Ainsi, la distinction entre longs et courts séjour est faite avec **en plus la répartition des disciplines dans les sites.**

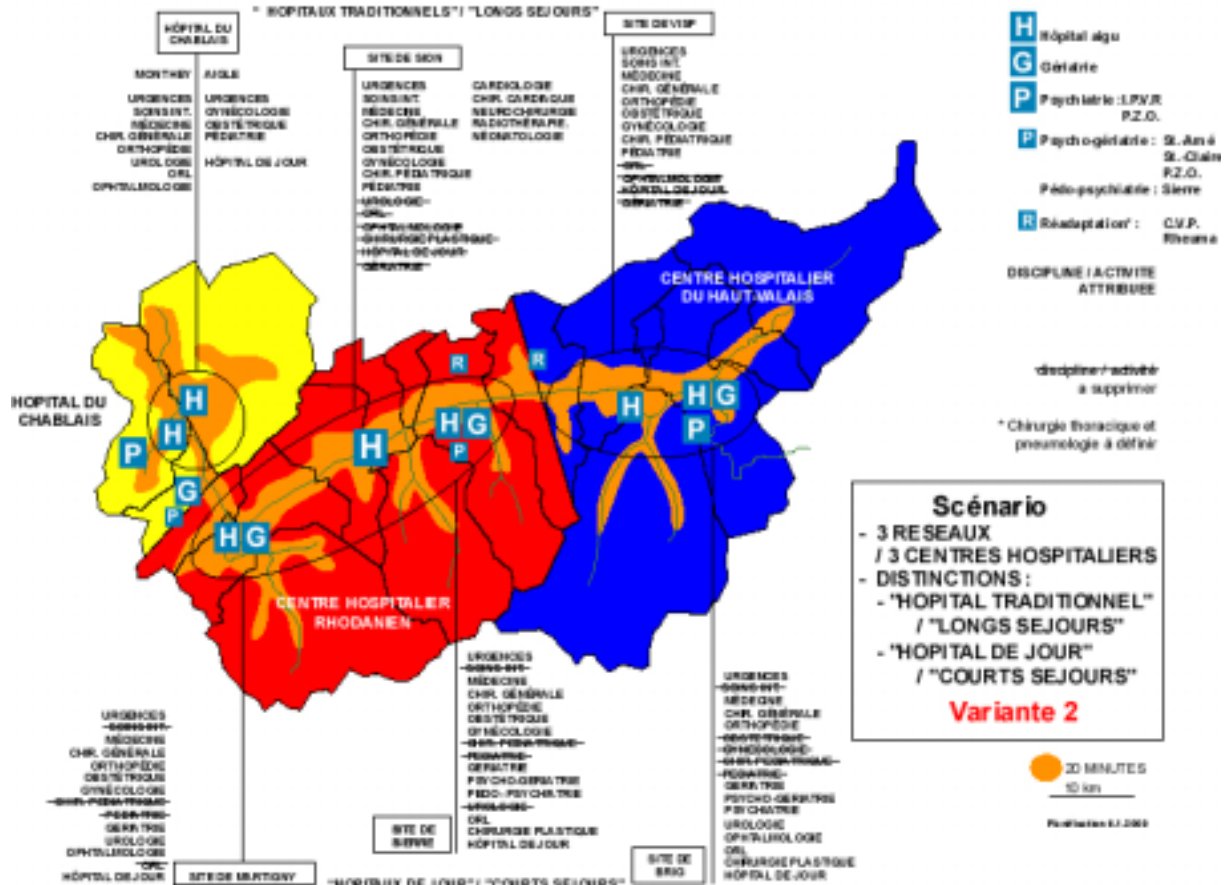
Le Département rappelle que cette solution résulte essentiellement des rapports établis lors de travaux préliminaires réalisés dans le Haut-Valais ainsi que dans le Valais romand (à l'exception du Chablais qui a déjà fusionné).

### a. Représentation schématique et graphique du scénario :

Nous présentons ici schématiquement le scénario qui répartit les disciplines. Le but des paragraphes suivants n'est pas d'énumérer les disciplines indiquées sur la carte mais plutôt de clarifier certains points.



SSP-VS / INFORMATION 46



## b. Le « Centre hospitalier du Haut-Valais »

Nous rappelons ici que l'hôpital multisites est **un hôpital** (composé de plusieurs établissements) avec **un collège de médecins**. Ainsi, on joue sur la mobilité et la collaboration des personnes afin d'améliorer les prestations offertes ainsi que leur qualité. De plus, le Département, avec le découpage des zones hospitalières, a accordé une attention particulière à l'accessibilité des établissements d'un même centre dans un laps de temps restreint grâce notamment aux infrastructures (routes, autoroutes...) existantes ou à venir.

Le site de Brigue est défini comme étant un site de courts séjours avec en particulier l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la chirurgie plastique, les hospitalisations de jour, la gériatrie la psychogériatrie et la psychiatrie.

Le site de Viège, en revanche développe la gynécologie, l'obstétrique, la chirurgie pédiatrique et la pédiatrie.

En ce qui concerne les urgences, la médecine, la chirurgie générale et l'orthopédie, des prestations sont fournies dans les deux sites en respectant les définitions de courts et de longs séjours. Par conséquent, si un patient est hospitalisé aux soins intensifs à Viège et qu'il nécessite, par exemple, des soins de type ORL alors, c'est le médecin qui va se déplacer.

Concernant la répartition des prestations de longs séjours à Viège et de courts séjours à Brigue elle se justifie notamment de la manière suivante. Les disciplines de psychiatrie et de gériatrie

sont bien implantées à Brigue depuis 20 ans. Il n'est donc pas concevable d'induire de nouveaux coûts pour développer de nouvelles infrastructures alors même qu'ils en existent déjà suffisamment. Le concept d'intégration de la psychiatrie dans un hôpital de soins aigus peut tout à fait être défendu comme c'est le cas depuis 20 ans dans le Haut-Valais. De plus nous rappelons qu'un hôpital de courts séjours est aussi un hôpital de soins aigus.

### c. Le « Centre hospitalier rhodanien » (CHR)

Le site de Sion est logiquement considéré comme étant un établissement **de longs séjours** car il accueille déjà toutes les disciplines très sévères qui nécessitent des infrastructures onéreuses. Comme il prend en charge **les cas très sévères** cela nécessite l'existence de soins intensifs. Il offre également les disciplines cantonalisées et centralisées que sont : la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la radiothérapie, et la néonatalogie. Le site de Sion développe un pool de compétences pour ces disciplines cantonalisées ou centralisées pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est essentiel de préciser que ces unités se concentrent sur un seul site, car elles impliquent une infrastructure, du personnel, etc. à la pointe d'une technologie qui est particulièrement onéreuse. Par conséquent, le Valais n'a pas la possibilité de développer plusieurs centres de compétences pour ce type de prestations. D'autre part, une masse critique de patients est essentielle au bon déroulement des interventions en raison du caractère très spécialisé de ces modes de prise en charge. Un dispersement de patients relativement peu nombreux rendrait la prise en charge peu sûre ce qui est contraire au but fixé par la planification. Ce site développe aussi la chirurgie pédiatrique.

Les sites de Sierre et de Martigny se partagent l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la chirurgie plastique, les hospitalisations de jour, la gériatrie, la psychogériatrie et la pédo-psychiatrie.

En ce qui concerne les urgences, la médecine, la chirurgie générale l'orthopédie, la gynécologie et l'obstétrique des prestations sont fournies dans les trois sites. Cependant, ici même des différences de pratique sont liées à la notion de longs et de courts séjours.

La zone de Martigny doit encore être considérée comme étant une zone évolutive qu'il ne faut rattacher trop strictement au CHR. Dans le futur, le Conseil d'Etat devra tenir compte de l'évolution des politiques sanitaires valaisanne et vaudoise et offrir des possibilités d'ouverture à la zone de Martigny.

### d. L'Hôpital du Chablais

Cet hôpital résulte de la fusion juridique des établissements de Monthey et Aigle. Il est déjà un hôpital multisites opérationnel.

Le site de Monthey est un pool de compétence pour les disciplines que sont les urgences, les soins intensifs, la médecine, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, l'ORL et l'ophtalmologie.

Le site d'Aigle est un hôpital qui développe un service mère-enfant (comprenant la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie) et enfin un hôpital de jour. Les disciplines sont réparties en fonction du concept distinguant les soins de longs et de courts séjours.

### **e. La collaboration avec les établissements cantonaux et de réadaptation**

Concernant la psychiatrie, les Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR) constituent un établissement cantonal. Elles renforceront encore leur collaboration avec les hôpitaux multisites des zones hospitalières 1 et 2. Pour le Haut-Valais, la psychiatrie est attribuée au PZO de Brigue.

De même, le Centre valaisan de pneumologie (CVP) et la Clinique de rhumatologie et de réadaptation à Loèche-les-Bains (RRKL) doivent renforcer leur collaboration avec tous les multisites

Ces divers établissements cantonaux ou à vocation cantonale ne sont pas directement rattachés à un hôpital multisites. De par leur nature « cantonale », ils sont donc appelés à couvrir les besoins de l'ensemble du canton.

## 9. Les disciplines cantonalisées

L'article 2 de l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires du 1<sup>er</sup> décembre 1999 précise à propos des disciplines à caractère cantonal qu'il s'agit : « ..., *des disciplines médicales offertes à toute la population du canton mais qui, selon la planification sanitaire, doivent être localisées dans un nombre limité d'établissements hospitaliers ou d'instituts médico-techniques pour des raisons de qualité, de sécurité et d'économie des prestations.* »

La cantonalisation de certaines disciplines repose aussi sur d'autres critères<sup>12</sup> comme :

La **qualification professionnelle** des médecins et du personnel soignant est essentielle dans la perspective d'assurer des prestations de qualité. De plus, bon nombre de disciplines deviennent de plus en plus complexes ce qui implique une augmentation des exigences à remplir.

La **masse critique** du nombre de cas traités doit être prise en considération en vue de garantir la qualité, l'économicité et surtout la sécurité des patients.

Les **exigences économiques** concernent l'efficacité et l'efficacités des prestations. A ce sujet, nous précisons que les infrastructures nécessaires à certaines disciplines sont particulièrement onéreuses et qu'il convient donc d'en tenir compte.

En 1996, le Concept hospitalier indiquait déjà les disciplines cantonalisées suivantes :

- psychiatrie
- psychogériatrie
- chirurgie cardiaque
- cardiologie interventionnelle
- radiothérapie
- pathologie
- chirurgie thoracique
- pneumologie

Aujourd'hui, la question se pose de reconnaître un caractère cantonal aux disciplines (art. 102 LS) suivantes :

- réadaptation
- neurochirurgie
- néonatalogie
- psychiatrie hospitalière pour enfants et adolescents
- psychiatrie de liaison pour enfants et adolescents
- épidémiologie

Les disciplines cantonalisées sont gérées par le canton avec le concours de la commission cantonale de planification sanitaire d'entente avec les établissements auxquels elles sont attri-

---

<sup>12</sup> paragraphe 5.3 du Concept hospitalier

buées. Ainsi, le canton garantit la qualité et l'accessibilité des prestations à l'ensemble des patients du canton. Les disciplines à caractère cantonal offrent donc une alternative à l'hospitalisation hors canton des patients.

## 10. Incidences financières des réorganisations hospitalières

Ci-après, sont repris les principaux éléments contenus dans les rapports (1998) relatifs aux incidences financières liées à la réorganisation du secteur hospitalier dans le Haut Valais et le Valais romand.

### 10.1. Le Centre hospitalier rhodanien (CHR )

Il ressort de ce premier rapport notamment les éléments suivants.

La constitution de l'hôpital multisites, avec un travail en équipe et des échanges concertés, amène une coordination et une volonté de penser « réseau », etc. Des synergies seront attendues grâce à des politiques communes, des achats groupés, des mises en commun d'expériences, la mobilité des médecins et des collaborateurs des services médico-techniques, etc. Quelques pour cents, sur un montant de l'ordre de 180 millions, représentent des sommes aussitôt importantes.

Les incidences financières liées à la création du Centre hospitalier rhodanien ne devraient être perceptibles qu'à moyen terme. En effet, toute mise en place d'un système nouveau, dans un domaine complexe, requiert des expérimentations, un accompagnement ainsi qu'une évaluation continue par des groupes chargés de la mise en oeuvre des changements. Dans cette perspective, la première année revêt un caractère crucial : à l'observation doivent succéder, avant la fin de l'année d'ouverture, des options et décisions de pilotage venant du conseil d'administration.

En tous les cas, grâce notamment au développement des synergies, à l'élimination des redondances, la mise en place du CHR permettra de dégager des moyens nouveaux et d'améliorer la qualité des prestations (voir introduction). Les moyens ainsi dégagés - qui selon les scénarios, sont estimés entre 10 et 14 millions de Fr. - permettront de financer des prestations nouvelles dans le secteur hospitalier et dans les autres secteurs (établissements médico-sociaux, soins à domicile, prévention et promotion de la santé,...) telles que décrites sous 10.3.

### 10.2. Le Centre hospitalier du Haut-valais

On relève dans ce deuxième rapport, notamment les éléments suivants.

Les calculs présentés sont basés sur le « Modell differenziert, t-z plus » (deux hôpitaux aigus avec des offres différentes). La répartition est effectuée sur la base de l'activité, l'infrastructure nécessaire et la durée probable d'hospitalisation.

De l'application de ce modèle - c'est-à-dire de la concentration des différentes prestations (soins intensifs, urgences 24 heures, etc) - découle également la possibilité de dégager des moyens financiers supplémentaires, moyens qui, comme nous l'avons relevé ci-dessus, seront réaffectés en fonction des besoins.



Selon les estimations qui ont été effectuées, ce sont environ 8 millions de francs qui pourraient être réinvestis comme ci-dessous.

### 10.3. Financement de prestations nouvelles

Les nouvelles prestations peuvent consister à :

- **développer de nouvelles activités dans le canton (rapatriement des patients valaisans soignés hors canton ; amélioration de la qualité des prestations offertes) ;**
- **améliorer les conditions cadres de travail du personnel;**
- **faire face aux différentes demandes qui vont intervenir pour le maintien des infrastructures hospitalières datant d'une vingtaine d'années pour certains établissements ;**
- **promouvoir le développement des autres institutions de santé tels que les soins à domicile ou les établissements médico-sociaux pour personnes âgées.**

### 10.4. Incidences sur les postes de travail

Le fait de dégager des moyens financiers, par la réorganisation du secteur hospitalier valaisan, aura des incidences également sur le personnel.

Dans les annexes du rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21<sup>e</sup> siècle, figurent les estimations suivantes : la création du CHR devrait permettre de transformer environ 180 postes de travail; la réorganisation des hôpitaux de Brigue et Viège, environ 70 postes de travail.

**Les postes ainsi « transformés » ne seront en aucun cas supprimés, mais réaffectés progressivement soit à l'intérieur d'un hôpital (secteur des soins intensifs notamment), soit dans d'autres secteurs (établissements médico-sociaux, soins-à-domicile...). Cette démarche s'inscrit d'ailleurs parfaitement dans la lignée des décisions que le Conseil d'Etat a prises ces dernières années pour développer le réseau de soins.**

En conclusion, nous nous permettons d'insister une nouvelle fois sur le fait que les incidences financières liées à ces différentes réorganisations ne seront pas visibles sur le court terme, **mais plutôt à moyen terme.** De même, nous précisons que les évaluations des montants financiers et des postes de travail mentionnés ci-dessus ont une valeur essentiellement indicative.

## 11. Les garanties offertes dans la perspective de la création des hôpitaux multisites

Le Conseil d'Etat, avec le soutien des assureurs-maladie, cherche à répondre aux craintes des institutions, des partenaires et des personnes concernées en offrant des garanties. Ces garanties déjà proposées dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil afin de prendre en considération les intérêts sociaux, économiques et de la santé publique des régions concernées sont donc reprises et développées dans les lignes qui suivent.

Pratiquement, trois types de garanties sont proposées.

Les **garanties de planification** sont au nombre de deux :

- Le maintien d'activité hospitalière de soins aigus sur les sites de Brigue, Viège, Sierre, Sion et Martigny tel que définit dans les chapitre précédent.
- L'intégration des IPVR, du PZO, du CVP et de la RRKL dans la planification hospitalière.

Les **garanties globales de ressources** :

- Le maintien de l'enveloppe budgétaire globale octroyée à chacun des sites pour le secteur sanitaire.
- Le maintien de l'effectif global des postes de travail pour le secteur sanitaire de chacun des sites. Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil précise que des changements structurels sont nécessaires dans le domaine de la santé. Ainsi, de nouvelles tâches devant être développées dans les soins à domiciles et les soins aux personnes âgées, ces secteurs emploieront de plus en plus de personnel. Ainsi, il devrait être possible de maintenir l'effectif global des postes de travail pour le secteur de chacun des sites.

Les **garanties concernant la protection des parties « les plus faibles »** et le respect des prérogatives du canton :

- Les mécanismes de protection des parties « les plus faibles » à ancrer dans les statuts de la structure commune et à avaliser lors de l'approbation de statuts par le Conseil d'Etat.
- Le contrôle du Conseil d'Etat sur la restructuration et le processus de mise en réseau dans le cadre de ses compétences en matière de planification sanitaire. Nous reprenons ici l'article 4 alinéa 1 LS : « *Le Conseil d'Etat définit, par la planification sanitaire, la politique cantonale en matière de santé et exerce la haute surveillance sur l'organisation sanitaire cantonale.* ». La deuxième partie de cet alinéa dit explicitement que le Conseil d'Etat surveille l'organisation sanitaire. Dès lors, toutes les questions de contrôle sur la restructuration et la mise en réseau font partie de ses obligations.
- Accompagnement du projet de mise en place des hôpitaux multisites dans la phase initiale selon des modalités à définir par le Département de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie qui en informe le CE. Durant des séances préparatoires, des commissions ont mis sur pied un certain nombre de documents concernant l'organisation médicale, les statuts juridiques,... Le Département a souhaité cela afin d'aider les partenaires à mettre en place les hôpitaux multisites. Il va de plus sans dire que les partenaires sont consultés sur le contenu des propositions faites dans ces travaux et qu'ils peuvent les adapter.

## 12. L'intégration de l'ensemble des prestataires dans un réseau régional de santé

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil nous donne la définition du **réseau régional de santé** suivante : « Le réseau est à la fois une structure et un processus, qui permettent de mettre en valeur les capacités d'actions et de rationaliser la gestion des services à vocation complémentaire. »

La restructuration des hôpitaux aura des répercussions importantes sur les autres secteurs du système de santé comme les EMS, les CMS, le secteur ambulatoire et l'organisation des secours. Une attention particulière doit être portée à cet effet de vases communicants pour éviter notamment des transferts de charges.

Le calendrier prévoit deux phases distinctes : l'une pour la restructuration des hôpitaux et une phase ultérieure pour mettre en réseau l'ensemble des autres secteurs du système de santé.

Avec l'intégration de l'ensemble des prestataires dans un réseau sanitaire, la planification se concentre sur les besoins des personnes par opposition à ceux des intervenants et des institutions. Le but est d'orienter le patient de manière adéquate et de lui garantir la continuité des soins tout en veillant à une coordination optimale des intervenants. De plus, l'accent est mis sur l'amélioration de la qualité, l'adéquation de l'offre aux besoins.

Chaque réseau régional est constitué d'un hôpital de soins aigus, d'un hôpital ou d'un service de soins chroniques et gériatriques, de foyers pour personnes âgées, de CMS, de services d'ambulances, de ligues de santé, de services spécialisés, des professionnels exerçant librement (mais collaborant avec les autres institutions et organismes responsables du financement).

Ces prestations sont complétées notamment par les disciplines psychiatriques, psychogériatriques et cantonalisées qui desservent plusieurs régions.

Dans ce contexte, la **Commission régionale de santé**<sup>13</sup> sert de lien entre les différents partenaires, car elle joue le rôle de consultante et de coordinatrice dans des domaines d'intervention bien précis. Le but de cette commission est de réaliser le réseau tout en permettant un développement approprié du secteur de la santé<sup>14</sup>. Pour le faire, elle est composée de représentants de toutes les organisations et institutions intégrées dans le réseau avec, si nécessaire, des consultants.

En raison des changements survenus dans la planification, il conviendra donc de réorganiser les Commissions régionales de santé.

---

<sup>13</sup> Cf. schéma dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil, page 114

<sup>14</sup> « Les réseaux régionaux de santé » dans le Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil, pp. 112-116

## 13. Le calendrier

Comme jusqu'à présent, le Conseil d'Etat souhaite avoir l'avis des partenaires de la santé afin d'intégrer autant que possible leurs opinions. Le Conseil d'Etat charge donc le Département de soumettre encore ses lignes directrices jusqu'à la mi-mars aux partenaires et à la commission de planification (telle que prévue par la loi). A la fin mars devrait intervenir la décision définitive du Conseil d'Etat.

Les assemblées générales des hôpitaux auront en principe trois mois (jusqu'à fin juin) pour adopter de nouveaux statuts. Dans le Valais romand en particulier des commissions ont déjà travaillé sur les statuts possibles d'un hôpital multisites en privilégiant la forme d'une Fédération associative. Ces travaux seront certainement utiles pour la rédaction des statuts de l'hôpital multisites du Haut-Valais.

Enfin, d'ici à la fin de cette année 2000, les directions médicales et administratives devraient être peu à peu mises en place tout en maintenant en place les associations existantes comme cela est prévu dans la forme juridique préconisée (Fédération associative)

La mise en place opérationnelle ainsi que la nouvelle répartition des activités médicales devrait se faire pas à pas dès le début 2001.

## 14. La convention tarifaire entre hôpitaux et assureurs-maladie

En 1992, le Conseil d'Etat décidait de l'introduction du budget global et fixait comme objectif à moyen terme de parvenir à une allocation des ressources basées sur l'activité des établissements hospitaliers. Ainsi, en 1998, les partenaires à la convention d'hospitalisation ont décidé d'instaurer le système des forfaits par cas afin de se préparer au mode de financement par diagnostics qui sera introduit dans le futur. Le Conseil d'Etat a approuvé cette convention, convaincu de la justesse de ce système qui se met en place dans l'ensemble des cantons suisses.

Au 31 décembre 1999, la convention n'a pas été dénoncée. Cependant, à la fin de cet exercice, les assureurs ont refusé d'entrer en matière sur des augmentations tarifaires au 1<sup>er</sup> janvier 2000 aussi longtemps que les hôpitaux n'auraient pas démontré concrètement leur volonté de rapprochement et de lutter ainsi contre les surcapacités actuelles. Or nous rappelons ici que la loi cantonale sur la santé prévoit expressément une prise en charge paritaire des coûts entre les assureurs et les collectivités publiques à raison de 50% chacun.

Ceci dit, les assureurs seraient prêts à revoir leur position et à renégocier les tarifs au 1<sup>er</sup> juillet 2000. Ainsi, une solution au financement des hôpitaux pour l'année 2000 avec une solution satisfaisante pour les revendications d'amélioration des conditions de travail et de salaires, pourra être trouvée avec les assureurs. Mais, il faut que les hôpitaux démontrent clairement leur volonté de rapprochement.

## 15. L'observatoire de la santé

Les modifications en cours du système sanitaire imposent la mise au point et le maintien d'indicateurs de santé à l'usage des décideurs, leur permettant d'observer les structures, les activités et les résultats du système de santé. Dans ce cadre, une analyse exploratoire a été effectuée entre août et octobre 1999 par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Le but de cette analyse était d'identifier les données disponibles pour un système d'information sanitaire moderne en Valais, de proposer les instruments de ce système, et d'en étudier les modalités de mise en place.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs initiatives ont été développées dans ce domaine, aussi bien dans l'épidémiologie des maladies (infections nosocomiales et cancer, entre autres) que dans la statistique des soins (statistiques médicales hospitalières, qualité des soins, etc.). Une partie de ces relevés sont cantonaux, alors qu'une autre partie est directement liée à des statistiques fédérales ou intercantionales. Comme souvent dans ce domaine, l'exploitation des données est incomplète, et l'utilisation pratique de l'information dans les décisions en santé publique reste largement à développer.

Dans le but d'améliorer cette situation, il faut regrouper l'ensemble des activités de statistiques sanitaires au sein d'une instance unique. Cette instance rassemblerait ainsi l'expertise disponible en matière de collecte, de conservation, d'analyse et de diffusion des données intéressant la statistique sanitaire. A ce jour, les domaines concernés sont les statistiques hospitalières, la qualité des soins, le Registre du cancer, les enquêtes de santé et la statistique de la médecine scolaire.

Il est proposé de créer une nouvelle section (Observatoire cantonal de la santé) au sein du Service de la santé publique comportant plusieurs unités consacrées à des domaines spécifiques de la santé. L'Observatoire et chacune de ses unités entretiendront des liens forts avec les institutions directement concernées par la statistique sanitaire, à l'intérieur et à l'extérieur du Service de la santé publique. En particulier, le responsable de cet Observatoire devrait être associé à une institution experte dans l'épidémiologie médicale et des services de santé. Dans cette même perspective, les responsables des unités de cet Observatoire partageront leur temps avec des activités cliniques et de terrain.

## 16. Conclusion

La politique de santé du canton du Valais doit s'adapter à un environnement très dynamique, complexe et anticiper les changements importants et rapides au niveau cantonal ou national.

Le Conseil d'Etat est persuadé qu'il y a urgence à agir, ou plutôt, à poursuivre dans le sens des actions menées depuis une décennie pour pouvoir continuer à offrir à la population et aux patients valaisans des prestations de qualité économiquement supportables.

Au début des années 2000, les principaux défis de la politique de santé sont connus :

- vieillissement de la population
- attentes nouvelles des patients
- évolution fascinante des technologies
- transformations rapides des institutions de soins
- rôle accru des assureurs
- importance de la révision future de la LAMal
- maîtrise des finances publiques
- qualité des prestations à assurer

La restructuration du système de santé, son mode de financement, les outils de gestion et de pilotage sont les moyens d'action à notre disposition pour relever ces défis et conduire une politique de santé qui puisse **résister** à tous ces **changements** voire à ces **bouleversements**.

Une bonne vision de la politique de la santé et des outils performants ne suffisent cependant pas à faire passer dans les faits cette politique.

Les résultats obtenus jusqu'à présent par le Valais, en termes de qualité des prestations et de maîtrises des coûts s'expliquent en grande partie par la manière de conduire la politique de la santé qui repose sur deux piliers ancrés dans la loi sur la santé à savoir : la **priorité donnée au patient et la concertation à tous les niveaux**.

La place du patient avec ses besoins, ses attentes, sa dignité et ses droits fondamentaux est au coeur de toute la politique de santé. Le système de santé est construit autour du patient et de ses besoins avec une définition du rôle des différents intervenants et une coordination optimale entre eux.

En ce qui concerne la concertation, l'expérience a montré qu'il serait illusoire pour l'Etat de vouloir imposer unilatéralement telle ou telle mesure de santé publique si tous les partenaires concernés ne prennent pas d'abord conscience du bien-fondé de cette mesure et s'ils n'y adhèrent pas ensuite pleinement. La concertation a donc pour but de permettre à l'ensemble des partenaires de faire valoir leur point de vue et de trouver un chemin commun.

De plus, tous les partenaires de la santé mènent des politiques qui convergent vers l'introduction de normes de qualité qui s'appliqueront à tous les établissements de Suisse. Ainsi, le canton du Valais sera contraint de les suivre avec des conséquences plus ou moins importantes pour son système sanitaire. Il est donc évident que si les six établissements de soins aigus du canton ne collaborent pas ensemble, ils n'arriveront pas à faire face à cette mouvance et donc à satisfaire aux critères de qualité qu'ils se verront imposés. Par consé-

quent, certains établissements risquent d'être amputés de services qui ne seront plus reconnus et qui devront être fermés.

Aujourd'hui, le Conseil d'Etat et le Département proposent avec les hôpitaux multisites **un véritable plan de sauvetage** pour l'ensemble des établissements de soins aigus du canton. En effet, le réseau est une organisation formelle, fondée sur des objectifs partagés, à laquelle ses membres ont confié une partie de leur autonomie, et des ressources pour **être plus forts ensemble** et pouvoir ainsi faire face à modifications futures mais inévitables.

Une fois de plus, nous rappelons que les objectifs des présentes lignes directrices sont **la qualité des prestations** à préserver et à développer, **la maîtrise des coûts** sans laquelle l'accès de tous à des soins de qualité n'est plus garantie. En plus de ces éléments, le but consiste aussi à **anticiper les effets des politiques nationales afin d'éviter que le couperet ne tombe** sur certains partenaires de la santé qui seraient alors inévitablement condamnés à disparaître du système.

Dans ce contexte difficile, les communes ont aussi des compétences et un rôle importants à jouer. En effet, en prévoyant la possibilité de financer les réseaux régionaux de santé, la loi du 9 février 1996 souligne la nécessité de redonner plus d'autonomie et de responsabilités aux régions et aux communes dans ce domaine. Tel était le sens de la décision du Conseil d'Etat sur la mise en place des réseaux régionaux de santé afin notamment d'évaluer les besoins de santé régionaux, définir les objectifs sanitaires régionaux et les priorités d'action et surtout de coordonner l'action des différents intervenants. En d'autres termes, il s'agit de privilégier les besoins des patients par rapport aux besoins des institutions et de veiller à la continuité des soins entre le domicile et l'hôpital tout en maîtrisant les coûts.

La volonté du législateur de responsabiliser les communes ressort en outre du principe de la participation des communes aux frais des établissements hospitaliers auxquels elles sont rattachées ainsi qu'au frais des centres médico-sociaux.

Le Département a toujours relevé qu'aucune forme de mise en réseau ne serait possible sans l'accord et la volonté de tous les partenaires, en particulier des communes membres des associations hospitalières à qui il incombe en définitive de se prononcer sur les priorités et le rythme des travaux de mise en réseau.

**Malgré les difficultés actuelles et les changements à venir, le Conseil d'Etat est confiant dans la capacité de chacun des partenaires d'appréhender l'avenir et les enjeux de la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle ainsi que dans la volonté de chacun d'assumer ses responsabilités.**

## 17. Bibliographie

**Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)** du 18 mars 1994 et ses ordonnances d'application, Berne

**Législation sur la santé 1996-1997** du 9 février 1996 et ses ordonnances d'application, Valais

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21e siècle**, Dpt de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Service de la Santé publique, Février 1999

**Le financement des hôpitaux régionaux de soins aigus valaisans**, Service de la Santé publique, Février 2000

**Le Centre hospitalier rhodanien vers un hôpital multisites Sierre-Sion-Martigny**, Dpt de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Septembre 1998

**Reorganisation des Oberwalliser Spitäler**, Expertenbericht, Dezember 1998

**Evolution et perspective du système de santé**, , Dpt de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Octobre 1998

**Concept hospitalier**, Dpt de la Santé, des Affaires sociales et de l'Energie, Décembre 1996