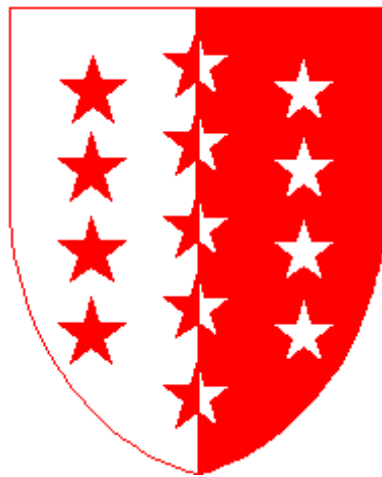


Projet de lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire



**Departement für Gesundheit,
Sozialwesen und Energie**

Februar 2000

PROJET DE LIGNES DIRECTRICES DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE ET SANITAIRE

Le Conseil d'Etat a pris connaissance du projet de lignes directrices de la politique hospitalière et sanitaire présenté ci-après et a chargé le Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (DSSE) de le mettre en consultation auprès de la commission cantonale de planification sanitaire et des partenaires.

1. POINTS FORTS

1.1. L'objet central du projet de lignes directrices mis en consultation est la création de trois réseaux hospitaliers en Valais constitués de trois hôpitaux multisites avec une offre de prestations différenciée entre les différents sites selon le modèle qui fait la distinction entre :

- les hôpitaux " traditionnels " ou de " longs séjours " et
- les hôpitaux " de jour " ou de " courts séjours ".

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

1.2.1. 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**.

1.2.2. Sur le plan de la gestion, l'hôpital multisites a pour but de définir puis d'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**, 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**.

- 1.2.3. **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 notamment **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 mise en évidence des surcapacités et d'une répartition inadéquate des activités médicales fait ressortir par ailleurs une **surcharge trop lourde à assumer par le personnel de soins dans certains services**. Il devient dès lors tout aussi **impératif d'analyser le secteur des soins et de l'intégrer à toute réflexion et à toute mesure de réorganisation ou de gestion visant des objectifs financiers ou qualitatifs**.

La répartition des activités médicales retenue repose dès lors sur l'idée de mieux séparer, de façon plus 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. Ces activités ne sont en aucun cas de moindre importance car elles correspondent aux **nouvelles tendances** de la médecine hospitalière moderne nécessitant 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, 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.

1.2.4. **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.

1.3. 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.

L’hôpital multisites n’est en fait qu’une expression particulière du concept plus général de réseau qui doit intégrer l’ensemble des différents secteurs du système de santé : hôpitaux, institutions psychiatriques, établissements médico-sociaux, centres médico-sociaux, structures intermédiaires, secteur ambulatoire, organisation des secours, etc.

1.4. Le concept présenté avec trois hôpitaux multisites doit, par conséquent, être accompagné de mesures complémentaires portant notamment sur :

☞ le renforcement de la collaboration des hôpitaux multisites avec les **hôpitaux gériatriques** (notamment la clinique St-Amé à St-Maurice), les **Institutions psychiatriques** (IPVR), le **Centre de psychiatrie pour le Haut-Valais** (PZO) le **Centre valaisan de pneumologie** (CVP) 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’ensemble 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).

☞ l'évaluation permanente des retombées de la création des hôpitaux multisites, notamment sur le **personnel** et sur la **qualité des prestations**.

1.5. Les partenaires ont eu l'occasion d'être entendus dans différentes commissions, groupes de travail et autres instances ayant examiné et débattu des problèmes de restructuration et du financement du système de santé valaisan. Une volonté commune en est ressortie de lutter contre les surcapacités hospitalières et de réorganiser l'ensemble du système de santé. **Un large consensus sur les lignes directrices mises en consultation favoriserait notamment la conclusion d'un accord tarifaire entre hôpitaux et assureurs-maladie pour l'an 2000**, vivement souhaitée par tous les partenaires pour permettre notamment de répondre aux revendications portant sur l'amélioration des conditions de travail et des salaires.

2. CONTENU DU PROJET DE LIGNES DIRECTRICES

2.1. **Trois réseaux hospitaliers** sont créés pour couvrir les besoins en soins hospitaliers dans le canton du Valais en n'excluant pas toute forme de collaboration ou de réorganisation entre ces réseaux hospitaliers.

2.2. A chacun de ces réseaux correspond une zone hospitalière pour déterminer, conformément à la loi sur la santé, les obligations et les modalités de la participation financière des communes. **La nouvelle carte des zones hospitalières** se présente par conséquent de la manière suivante :

- **Zone 1** : communes des districts de Conches, Rarogne oriental, Brigue, Viège, Rarogne occidental et Loèche (partiellement).
- **Zone 2** : communes des districts de Loèche (partiellement), de Sierre, Sion, Hérens, Conthey, Martigny, Entremont et St-Maurice (partiellement).
- **Zone 3** : communes des districts de St-Maurice (partiellement) et de Monthey.

Demeurent réservées des modalités particulières, soumises de cas en cas à l'approbation du Conseil d'Etat, pour des collaborations entre les trois zones telles que celles en vigueur actuellement pour la participation des communes du district de Loèche aux frais des hôpitaux de Viège et de Sierre et des communes du district de St-Maurice pour l'hôpital de Martigny et l'hôpital du Chablais.

Demeure ouverte la possibilité pour les communes des districts de Martigny et d'Entremont de proposer leur rattachement à la zone 3.

2.3. **Dans chacune des zones précitées est créé un hôpital multisites** tel que défini sous point 2.2. ci-devant et selon les schémas et les modalités prévues ci-après :

- Zone 1 : **Hôpital multisites du Haut-Valais** (ou selon une désignation provisoire le " Centre hospitalier du Haut-Valais ") comprenant les sites de **Brigue et de Viège**.

- Zone 2 : **Hôpital multisites Rhodanien** (ou selon une désignation provisoire le “ Centre hospitalier rhodanien / CHR ”) comprenant les sites de **Sierre, Sion et Martigny**.
- Zone 3 : **Hôpital multisites du Chablais** (Hôpital du Chablais selon sa désignation définitive) comprenant les sites de **Monthey et d’Aigle**.

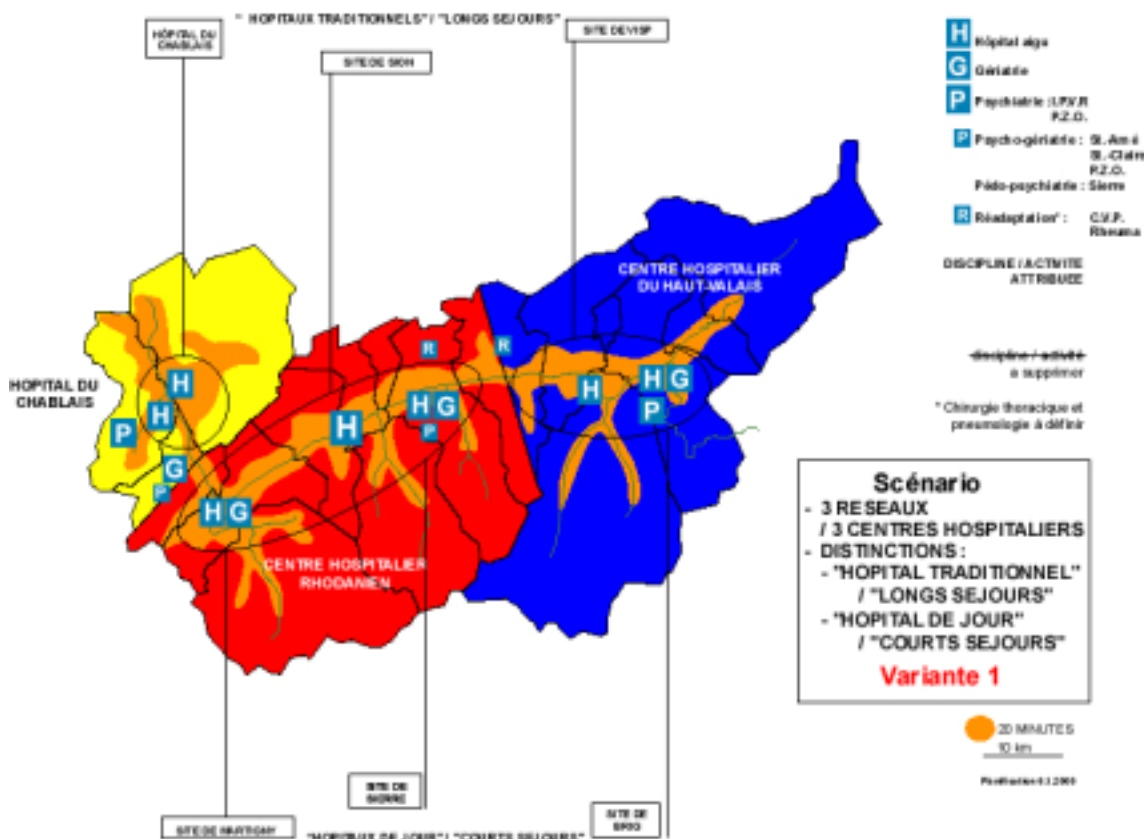
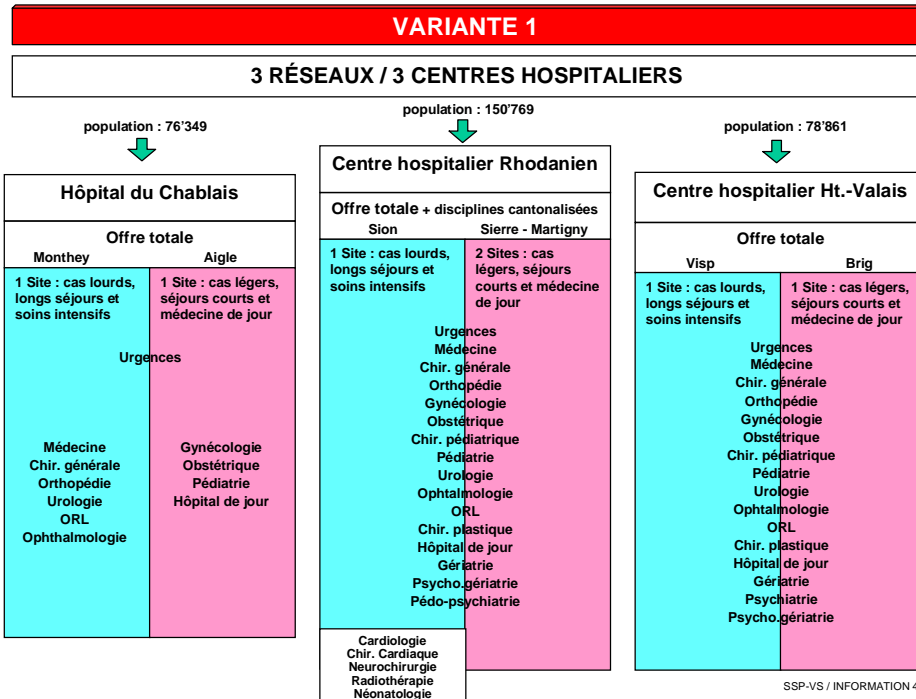
2.4. Le modèle d’hôpital multisites retenu prévoit une offre différenciée de prestations entre les différents sites permettant la distinction entre :

- ⇒ **un hôpital de type “ traditionnel ” ou “ longs séjours ”** doté d’infrastructures onéreuses pour accueillir les cas sévères et les patients nécessitant des soins intensifs. Cet hôpital comprend un bloc opératoire, un service de soins intensifs et un service d’urgences ouvert 24h/24h. Ces prestations sont confiées à **l’hôpital Sta. Maria à Viège** pour la zone 1 et à **l’hôpital de Sion-Hérens-Conthey** pour la zone 2.
- ⇒ **un (ou deux) hôpital de type “ hôpital de jour ” ou “ courts séjours ”** chargé de la médecine ambulatoire et des hospitalisations de courte durée. Dans cet hôpital, le bloc opératoire et le service d’urgences ne sont en principe pas accessibles la nuit ni les week-end, sous réserve d’exceptions à définir par les organes compétents de l’hôpital multisites. Ces prestations sont confiées à **l’hôpital d’arrondissement de Brigue** pour la zone 1 et aux **hôpitaux régionaux de Sierre et Martigny** pour la zone 2.
- ⇒ L’hôpital du Chablais résulte de la fusion juridique des établissements de Monthey et Aigle et constitue déjà un hôpital multisites opérationnel

2.5. Le modèle retenu dans le projet des lignes directrices prévoit les deux variantes suivantes :

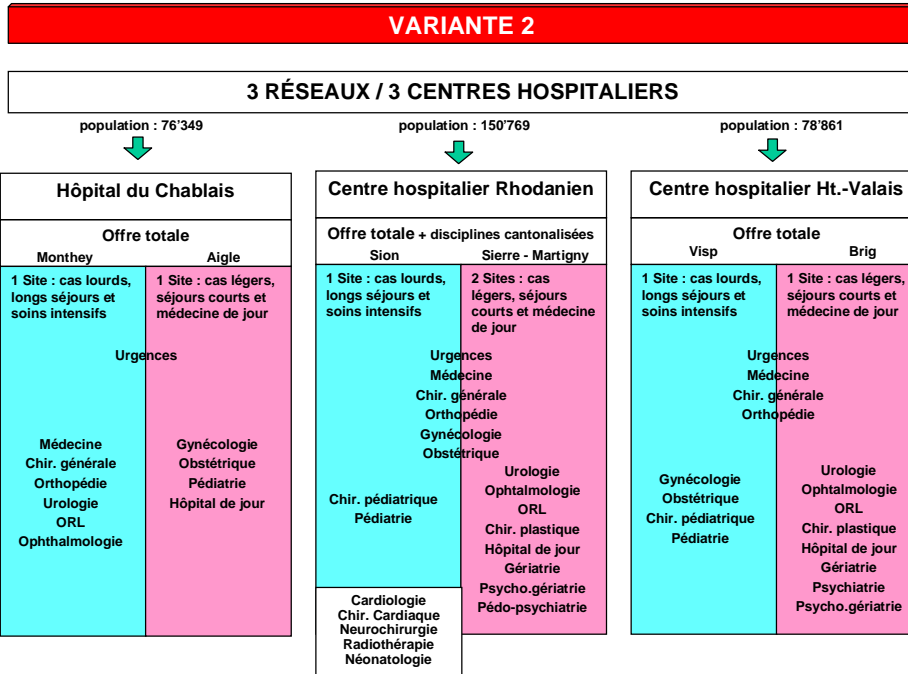
PREMIERE VARIANTE :

Dans la première variante, les partenaires sont invités, lors de la consultation, à présenter des propositions de répartition des activités médicales de manière concertée, en respectant les principes généraux et le cadre tracé dans les présentes lignes directrices. La première variante peut être présentée schématiquement et graphiquement de la manière suivante.

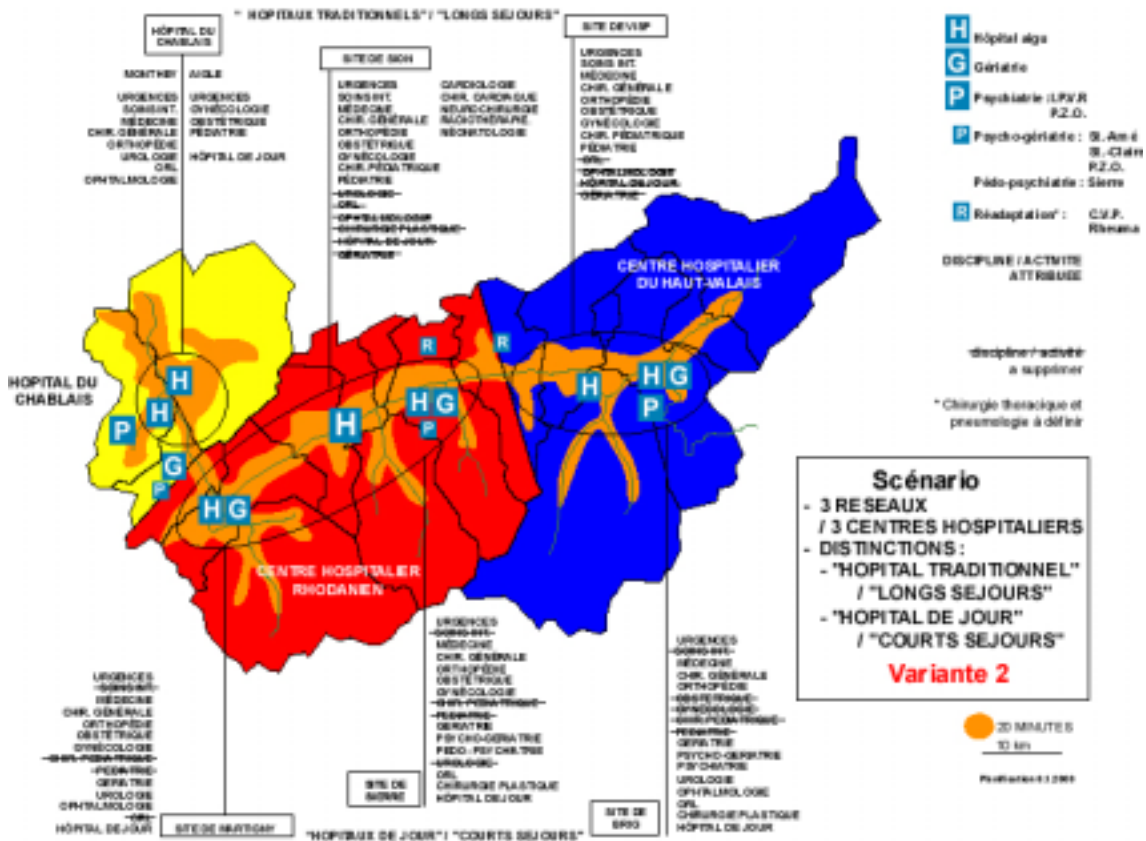


DEUXIEME VARIANTE :

Dans la seconde variante, à défaut de propositions consensuelles des partenaires lors de la consultation, la répartition des activités médicales entre les sites se fera, en principe, dans le cadre des présentes lignes directrices, conformément au schéma et à la carte présenté ci-après.



SSP-VS / INFORMATION 46



2.6. Les garanties suivantes sont prévues dans le cadre de la création des hôpitaux multisites :

- **garanties de planification**

- maintien d'activités hospitalières de soins aigus sur les sites de Brigue, Viège, Sierre, Sion et Martigny
- intégration des IPVR, du PZO, du CVP et de la RRKL dans la planification hospitalière

- **garanties globales de ressources**

- maintien de l'**enveloppe budgétaire globale** octroyée à chacun des sites pour le secteur sanitaire
- maintien de l'**effectif global des postes de travail pour le secteur sanitaire** de chacun des sites.

- **garanties concernant la protection des parties les plus faibles et le respect des prérogatives du canton**

- 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
- **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
- accompagnement du projet de mise en place des hôpitaux multisites selon des modalités à définir par le DSSE qui en informe le Conseil d'Etat.

2.7. Une phase ultérieure sera consacrée à l'intégration progressive de l'ensemble 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).

A cet effet, le DSSE présentera des propositions pour une réorganisation des commissions régionales de santé en fonction des nouvelles zones hospitalières.

2.8. Les mesures complémentaires suivantes accompagneront la mise en place des hôpitaux multisites :

- 2.8.1. Le DSSE veillera à la coordination avec l'organisation des secours pour garantir **l'accessibilité optimale des patients aux différents sites.**
- 2.8.2. Le DSSE veillera à renforcer la **collaboration des hôpitaux multisites avec les hôpitaux gériatriques (notamment St-Amé à St-Maurice), les Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR), le Centre psychiatrique du Haut-Valais (PZO), le Centre valaisan de pneumologie (CVP) et la Clinique de rhumatologie et de réadaptation à Loèche-les-Bains (RRKL), par conventions, mandats ou sous d'autres formes à déterminer avec l'approbation du Conseil d'Etat.**
- 2.8.3. Le DSSE précisera, par conventions, mandats de prestations ou sous d'autres formes, **les modalités de gestion des disciplines médicales** auxquelles le Conseil d'Etat a attribué un **caractère cantonal, avec le concours de la Commission cantonale de planification sanitaire** (au sens des art. 102 et 103 de la loi sur la santé). Ces disciplines sont la psychiatrie, la psychogériatrie, la cardiologie interventionnelle, la radiothérapie, la pathologie, la chirurgie thoracique et la pneumologie
- 2.8.4. Le DSSE examinera, d'ici au 31 décembre 2000, avec la Commission cantonale de planification sanitaire, **l'opportunité de reconnaître un caractère cantonal (art. 110 et 121 de la loi sur la santé) aux disciplines suivantes :**
- réadaptation
 - neurochirurgie
 - néonatalogie
 - psychiatrie hospitalière pour enfants et adolescents
 - psychiatrie de liaison pour enfants et adultes
 - épidémiologie
- 2.8.5. Le DSSE, avec l'appui de consultants et d'experts, accompagnera les partenaires dans l'étude des **problèmes juridiques** posés par le statut des hôpitaux et la création d'hôpitaux multisites.
- 2.8.6. Le Service de la santé publique (SSP) est chargé de la création progressive et par étapes d'un **Observatoire cantonal 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 du Valais.
- 2.8.7. Le DSSE, avec l'appui de consultants et d'experts, accompagnera les partenaires dans **l'évaluation permanente** des retombées de la mise en place des hôpitaux multisites s'agissant en particulier des effets sur :

- le personnel des hôpitaux et des autres établissements
- la qualité des prestations
- des conséquences financières.

2.9. Le calendrier d'avancement des travaux suivant est retenu :

- A. **février 2000** : notification des présentes lignes directrices pour consultation des partenaires ;
- B. **mars 2000** : préavis de la Commission de planification sanitaire (art. 102 et 103 de la loi sur la santé) et des partenaires ;
- C. **mars 2000** : décision définitive du Conseil d'Etat sur la planification ;
- D. **d'ici à fin juin 2000** : adoption des nouveaux statuts par les assemblées générales des hôpitaux et approbation de ces statuts par le Conseil d'Etat ;
- E. **d'ici à la fin 2000** : la mise en place des directions administratives et médicales devrait pouvoir être achevée ;
- F. **d'ici à la fin 2001** : la mise en place opérationnelle devrait pouvoir être menée à terme.

3. FONDEMENTS

Le présent projet de lignes directrices se fonde sur les bases légales, les décisions, les documents et les considérations suivants :

- 3.1. Les dispositions de **la législation fédérale sur l'assurance-maladie**, en particulier les articles 39 et 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) **obligent les cantons à établir la planification** destinée à couvrir les besoins en soins hospitaliers ainsi que la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats et excluant de la prise en charge par les assureurs-maladie les frais d'exploitation résultant d'une surcapacité.
- 3.2. Les dispositions de la loi cantonale sur la santé du 9 février 1996, en particulier les articles 4 et 95 sur le devoir et **la compétence du Conseil d'Etat d'arrêter la planification sanitaire** ainsi que les articles 97 et 98 sur les conditions de subventionnement des établissements sanitaires et l'article sur les zones hospitalières ont été précisées dans l'ordonnance du Conseil d'Etat du 1^{er} décembre 1999 sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires.
- 3.3. Le rapport de décembre 1996 du Département de la santé publique intitulé " Concept hospitalier valaisan ", dont les conclusions et recommandations ont été approuvées par le Conseil d'Etat le 18 décembre 1996, envisageait déjà la création de " centres hospitaliers bipolaires ou multisites fonctionnant par secteur sanitaire ".

- 3.4. Le “ rapport du Conseil d’Etat au Grand Conseil de février 1999 sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21^{ème} siècle ” ainsi que le rapport du Département de la santé, des affaires sociales et de l’énergie d’octobre 1998 intitulé “ Evolution et perspectives du système de santé valaisan ” ont démontré la **nécessité d’agir rapidement** et de **renforcer la collaboration entre hôpitaux en les mettant en réseau** sous la forme d’une structure commune, avec des activités sur plusieurs sites (hôpitaux multisites) dans les différentes régions du Valais, tout en laissant ouvertes des possibilités de collaboration de l’hôpital de Martigny avec la clinique St-Amé et l’hôpital du Chablais.
- 3.5. Les documents, les indicateurs et les scénarios présentés le 11 janvier 2000 par le DSSE au Conseil d’Etat lors d’une séance extraordinaire consacrée à la planification sanitaire ont servi de référence à l’élaboration des présentes lignes directrices qui s’appuient en outre sur le résultat des travaux préliminaires de rapprochement des hôpitaux dans le Haut-Valais et le Valais romand. Il faut souligner le fait que ce projet de lignes directrices a été dégagé **après un examen** attentif et **approfondi de 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.
- 3.6. Dans le cadre des compétences conférées par la LAMal au Conseil d’Etat en matière de conventions tarifaires, le DSSE, avec le concours de la Commission des conventions et de la Commission de planification, est chargé de prendre ou de proposer toutes les mesures nécessaires pour **favoriser un accord entre hôpitaux et assureurs-maladie sur les tarifs hospitaliers pour l’an 2000**.
