

*Département de la santé,
des affaires sociales et de l'énergie
Canton du Valais*

Évolution et perspectives du système de santé



Octobre 1998

Pierre GILLIAND

Canton du Valais

Evolution et perspectives
du système de santé

AVANT-PROPOS

Chère lectrice,
Cher lecteur,

La santé est la question qui préoccupe le plus les Suisses après le chômage. Un tel intérêt n'est pas étonnant si l'on considère que la dépense de santé par habitant est parmi les plus élevées du monde. Seuls les Américaines et les Américains consacrent à leur santé des moyens plus importants. Le système de santé suisse est de bonne qualité et la loi fédérale sur l'assurance-maladie garantit à chaque citoyen une prise en charge de base complète et excellente sous l'angle médical.

Afin que personne ne doive renoncer à des prestations médicalement judicieuses, il faut, en lieu et place d'un rationnement, procéder à une rationalisation adéquate des prestations. Le secteur de la santé doit être organisé de manière plus efficace, afin que les primes n'augmentent pas plus que les salaires et que les besoins nouveaux et les progrès notamment technologiques puissent être intégrés dans le système.

Sur le plan national, les coûts hospitaliers ont explosé au cours des années 80 et au début de la décennie 90. En Valais, grâce à la planification financière et à l'introduction de budgets globaux, les coûts par assuré du secteur hospitalier stationnaire ont diminué d'environ 6 % en termes réels. Durant la même période, la qualité de la prise en charge médicale dans les hôpitaux a pu être améliorée.

L'introduction, dès le 1^{er} janvier 1998, de forfaits par cas/service dans les hôpitaux de soins aigus, ainsi que la participation financière du canton au secteur semi-stationnaire, ont déclenché une dynamique favorable supplémentaire.

Les expériences faites par le passé le démontrent, l'acteur central d'une bonne politique de la santé en Suisse est le canton. Cependant, celui-ci ne peut réaliser des progrès que s'il collabore étroitement avec tous les partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du canton. Seule la négociation de solutions constructives et porteuses d'avenir avec les assureurs-maladie et le corps médical permettra d'éviter les blocages entre partenaires ainsi que le chemin parsemé d'embûches que représente la quantité innombrable de recours.

Monsieur le Professeur Gilliland a conçu cette étude en collaboration avec M. le Dr. Dupuis, ses collaboratrices et collaborateurs. Que ceux-ci soient remerciés de l'énorme travail réalisé en si peu de temps.

L'étude donne un bon aperçu du travail accompli au cours des dernières années ainsi que des problèmes qui se poseront à l'avenir. Avec l'ensemble des partenaires, le canton désire développer les projets suivants:

- En lieu et place de six zones hospitalières et six hôpitaux de soins aigus, il faut créer trois secteurs hospitaliers. Les hôpitaux d'Aigle et de Monthey ont montré le bon

exemple à l'échelle intercantonale par la fusion en un hôpital du Chablais (HDC). Il est judicieux et nécessaire que les autres régions suivent cette voie. Une collaboration et une fusion des hôpitaux par région permet non seulement d'améliorer les prestations, mais de réduire les coûts et de subvenir, grâce aux économies réalisées, aux besoins futurs de la population, par exemple dans les domaines de la prévention, de la prise en charge des personnes âgées et de l'organisation des secours.

- Les dépenses dans le domaine ambulatoire, notamment le secteur des médicaments, augmentent trop fortement. Il est judicieux et nécessaire que tous les partenaires recherchent en commun des solutions constructives dans ce domaine également, à l'instar de celui des hôpitaux. A juste titre, le Grand Conseil désire également un budget global dans ce domaine. La plupart des médecins seraient même les gagnants de l'introduction du nouveau système tarifaire GRAT combiné avec un budget global bien pensé.

Dans le domaine de la santé, les disparités entre les cantons sont incroyablement importantes - notamment en ce qui concerne les coûts de la prise en charge médicale. Ces prochaines années, une concurrence plus forte mais loyale se produira entre les cantons et entre les lieux de production des prestations.

A cet égard, chaque canton constitue un petit laboratoire. Chaque canton peut s'instruire des expériences faites par d'autres. Cette étude met en évidence les évolutions et mesures marquantes intervenues jusqu'ici dans le système de santé du canton du Valais, de même que les perspectives d'avenir. Dans ce contexte, nous sommes ouverts à toutes les critiques et suggestions.

Dans ce sens, je souhaite à toutes et à tous beaucoup de plaisir et des enseignements précieux à tirer à la lecture des pages qui vont suivre.

LE CHEF DU DEPARTEMENT DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE L 'ENERGIE

Peter BODENMANN

N. B. : Toutes les données actualisées portant sur la politique sanitaire valaisanne sont disponibles auprès du Service de la santé publique et seront prochainement accessibles sur Internet

CANTON DU VALAIS

Évolution et perspectives du système de santé

*La santé n'a pas de prix ;
mais elle a un budget.*

*La « logique des moyens », à laquelle
notre société est impérativement tenue,
jamais ne doit faire oublier les finalités
du système de santé :
promouvoir un état de bien-être physique,
mental et social, soigner, guérir, soulager,
accompagner.*

Ce dossier a été élaboré pour accompagner le rapport de la commission hospitalière régionale Sierre, Sion et Martigny, chargée de formuler des propositions en vue de constituer un hôpital multisites : le Centre hospitalier Rhodanien.

Plusieurs personnes m'ont procuré aide et conseils, en particulier le médecin cantonal, le Dr Georges Dupuis, chef du Service de la santé publique. Les données proviennent de documents et données de l'Office fédéral de la statistique pour la Suisse et du Service de la santé publique du canton du Valais. Des statistiques m'ont été fournies avec diligence par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux de la région Sierre, Sion et Martigny.

Mes remerciements s'adressent en particulier à Madame K. Trincherini, Madame C. Antonin ainsi qu'à Madame V. Barbey du Service de la santé publique, qui ont une part à l'élaboration de ce dossier.

Puisse ce dossier fournir une vue d'ensemble et des éclairages sur l'évolution et les perspectives du système de santé du canton du Valais.

Chapitre I

Présentation du dossier

Ce chapitre introduit et présente ce dossier. Chaque chapitre fait l'objet d'un bref commentaire.

Chapitre II page 10
Repères historiques.

Mise en place du réseau hospitalier en Valais

Quelques repères historiques montrent combien, depuis le début du XIXe siècle, les progrès ont été importants en matière de santé publique. La mise en place de l'infrastructure hospitalière du Valais jusqu'en 1950 est signalée ; elle est suivie d'une phase de restructuration jusqu'en 1966.

Chapitre III page 14
Santé publique et planification

Divers points sont rappelés sur le développement du système de santé, sur des éléments de politique sanitaire et de planification, dont la mise en œuvre d'hôpitaux multisites est le prolongement. Des aspects liés à la LAMal et à la loi cantonale sur la santé sont cités, ainsi que les effets des décisions récentes du Tribunal fédéral des assurances et leur extension. Une définition d'un hôpital multisites est proposée.

Plusieurs aspects traités concernent la Suisse, car certaines séries statistiques ne sont disponibles que pour l'ensemble helvétique (coûts) ou se réfèrent à la législation fédérale.

Chapitre IV page 32

Évolution de quelques indicateurs médicaux, hospitaliers et médico-sociaux en Valais, 1950-1965-1990-1997 Comparaisons avec la Suisse et des cantons

Divers indicateurs dégagent l'évolution en Valais depuis 1950 ou de 1990 à 1997. Quelques comparaisons sont faites avec la Suisse ou divers cantons. Seules les tendances principales sont signalées : médecins praticiens, évolution des coûts du système de santé helvétique, indicateurs hospitaliers et charges d'exploitation des établissements en Valais, transformation des maisons de vieillards en EMS, etc.

Chapitre V page 48
Indicateurs sur la situation récente en Valais

Comparaisons avec la Suisse et des cantons

Quelques aspects concernant la situation récente sont présentés sur les espérances de vie à divers âges, sur la consommation médicale en Suisse, sur des coûts par jour et par cas de divers cantons, sur les primes d'assurance-maladie, les charges d'exploitation et le personnel des établissements de soins valaisans, ainsi que sur l'aide à domicile, dont la plupart des bénéficiaires sont âgés.

Chapitre VI page 64

Les comptes du système de santé en Valais, en 1996

Comparaisons avec la Suisse et des pays de l'OCDE

Une récapitulation des coûts du système de santé a été effectuée pour la première fois par le service de la santé publique. Aménagés et complétés, les comptes valaisans sont présentés et comparés aux comptes de la Suisse. Il s'agit d'un essai, car une étude approfondie requerrait beaucoup de temps. Les ordres de grandeur sont certainement proches de la réalité. Par habitant, le Valais engage des dépenses moindres que les moyennes helvétiques pour le secteur hospitalier, ambulatoire ou pour l'ensemble du système de santé. Mais le revenu cantonal par habitant est plus faible que la moyenne suisse. Aussi — avec une population de 3.8 % des 7.1 millions de résidents en Suisse et 3.0 % des dépenses du système de santé helvétique —, le Valais a une quote-part de dépenses de santé de 13.9 % de son revenu cantonal ; la Suisse y consacre 12.2 % du revenu national (10.1 % du PIB). Les quotes-parts de la plupart des pays de l'OCDE figurent dans un tableau.

Chapitre VII page 76

Hospitalisation et hébergement dans la région de Sierre, Sion et Martigny en 1997

Les hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, les établissements de Ste-Claire, Gravelone et l'unité de gériatrie de Martigny, l'institution de St-Amé, le Centre valaisan de pneumologie, l'hôpital de Malévoz, l'ensemble des établissements médico-sociaux, font l'objet d'une description succincte : sorties et journées, ventilées selon le sexe et les groupes d'âges, taux d'occupation et durées de séjour sont brièvement examinés. Des illustrations (courbes de sorties) et des tableaux mettent en évidence quelques variables. Les proportions de personnes âgées sont fort importantes, et plus encore celles des journées, ou des lits occupés en moyenne journalière.

Chapitre VIII page 109

Recours aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux selon des groupes d'âges Région de Sierre, Sion et Martigny

En moyenne journalière, 13 à 14 personnes sur 1000 résidents sont hospitalisées ou hébergées. Cependant, plus l'âge s'élève et plus s'accroît le

recours aux hôpitaux et aux EMS. Les indicateurs des journées par an et par habitant en fonction de l'âge manifestent l'importance quantitative des besoins. En moyenne journalière, seul un enfant sur 1000 est hospitalisé (0-15 ans). Le taux du groupe de 50 à 65 ans est déjà de 6 en moyenne journalière à l'hôpital, auxquels s'ajoutent 3 personnes en EMS ; soit 9 personnes sur 1000. Pour la classe d'âges de 65 à 80 ans, ce sont respectivement 14 et 21 personnes pour 1000 habitants, 35 au total. Et pour la population âgée de plus de 80 ans, les nombres ascendent respectivement à 41 et 183, soit 224 personnes sur 1000 hospitalisées ou hébergées. Les nombres sont encore plus élevés pour la population âgée de plus de 90 ans.

Ces nombres sont révélateurs d'un phénomène méconnu : les besoins de soins fort importants de la population âgée. Or le vieillissement démographique est inéluctable à l'avenir.

Chapitre IX

page 126

Introduction des forfaits par sortie et service hospitalier en 1998 et revues d'hospitalisation en Valais

L'introduction de forfaits par sortie et par service d'hospitalisation en 1998 diminue de façon importante le nombre des journées-malades dans les hôpitaux de soins aigus du Valais. Pour les six premiers mois de l'année 1998 relativement à 1997, la baisse est de l'ordre de 12 %, 11¹/₂ % pour les hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny. Soit — extrapolés à l'année — des nombres respectivement de 33 mille jours et 19.6 mille en moins. La diminution proportionnelle varie de -4 % à -20 % selon les services hospitaliers. Ce nouveau mode de financement, après la baisse de 25 % du nombre des journées de 1990 à 1997, soit en 7 ans, conduit à une diminution de plus d'un tiers en 8 ans.

Cependant, 30 % au moins des journées d'hospitalisation sont dites inappropriées ou inadéquates, selon les quatre revues d'hospitalisation effectuées en Valais. 2/5 des journées inadéquates relèvent de l'organisation hospitalière; 3/5 sont dues au fait que des patients devraient être hospitalisés ou hébergés dans d'autres institutions. Aussi une continuation de la baisse du nombre de journées peut-elle être attendue, car des efforts de gestion et d'information permettront d'en éliminer graduellement au moins la moitié.

Chapitre X

page 143

Perspectives démographiques et tendances lourdes conditionnant l'évolution future

La prospective est à la fois une recherche et un art ; elle tend à cerner les tendances qui conditionnent l'évolution et à faire converger le probable, le possible et le souhaitable (qui bien sûr est pluriel). L'approche du futur requiert pragmatisme et modestie. Cependant des tendances lourdes dessinent en partie l'évolution à venir ; elles peuvent être identifiées et quantifiées, dans leurs ordres de grandeur et à des horizons plus ou moins éloignés. Des

perspectives sont présentées sur l'allongement de la durée de vie, l'évolution démographique du Valais et le vieillissement inéluctable de la population, l'accroissement du nombre et de la densité des médecins praticiens, où la féminisation de la profession s'accroîtra, Ces tendances sont calculables avec un degré satisfaisant de fiabilité, parfois non dépourvue d'incertitudes. Des progrès de la médecine et des sciences qui l'accompagnent sont attendus. Une tendance qui s'affirme depuis une quinzaine d'années va se prolonger : un déplacement de l'hospitalier vers le médico-social : aide et soins à domicile, EMS. Les exigences qualitatives de la population, des malades et des professions de la santé vont vraisemblablement augmenter. La promotion de la santé et la prévention devraient prendre une place plus importante. Les « besoins en lits » de soins aigus vont continuer de baisser, notamment en raison de la volonté de maîtriser les coûts et des progrès techniques qui marquent l'évolution de la médecine. Le rapport du nombre de lits de long séjour relatif au nombre de personnes âgées est appelé à fléchir, en raison d'une amélioration de l'état de santé aux âges élevés et de l'amélioration des conditions d'existence matérielle ; mais le vieillissement démographique va devenir important; il nécessitera un renforcement de l'aide et des soins à domicile, et le nombre de lits de gériatrie et d'EMS devra être augmenté. A cet égard, il y a cependant un « répit démographique » d'une quinzaine d'années ; le vieillissement va se prononcer quand arriveront à l'âge de la retraite AVS les générations nombreuses nées dès 1941. Quant à l'évolution économique, maints prévisionnistes estiment, après la stagnation de 1990 à 1996, que la reprise fait suite à des restructurations profondes et que l'on entre dans un cycle long de croissance. Une telle évolution économique est espérée et souhaitable. Même si celle-ci se réalise pleinement, la maîtrise des coûts dans le domaine de la santé est indispensable, car les ressources restent rares. A titre indicatif et de manière résumée, un "scénario tendance" est présenté concernant le projet d'hôpital multisites Sierre, Sion, Martigny : *Le Centre hospitalier rhodanien*.

L'efficience est nécessaire, car le but est avant tout d'assurer sécurité et qualité des prestations aux malades.

Chapitre II

Repères historiques Mise en place du réseau hospitalier en Valais

Ce chapitre présente quelques repères historiques, qui montrent combien les progrès ont été importants en matière de santé publique. La mise en place de l'infrastructure hospitalière du Valais jusqu'en 1950 est signalée ; elle est suivie d'une phase de restructuration jusqu'en 1966.

II.1 Quelques repères historiques¹

Pour manifester la considérable évolution en matière de santé publique, quelques rappels non exhaustifs sont signalés, au seul titre de repères historiques.

La Constitution de la République du Valais, du 30 août 1802, prévoit, à l'article 53 : « L'un des Conseillers d'État est chargé de la salubrité publique ».

La loi portant l'établissement d'un Conseil de santé, du 27 mai 1807, considère « qu'il est contraire aux principes de l'humanité d'exposer le public au danger de tomber entre les mains d'un médecin ou d'un chirurgien, dont l'ignorance peut lui causer la mort ou l'estropier ; (...) il entre par conséquent dans les vues d'un gouvernement sage de faire surveiller les médecins et les chirurgiens... ».

La loi du 15 décembre 1834 sur la police sanitaire reprend le thème afin de « réprimer, par des dispositions efficaces, les abus qui se glissent dans l'exercice de l'art de guérir... ». A cet effet, elle ordonne que « un Conseil de santé (soit) établi au chef-lieu du canton ». Ces dispositions étant jugées incomplètes et « vu les abus qui se commettent dans les diverses branches de l'art médical », la loi sur la police sanitaire du 24 novembre 1849 dispose, à l'article 1, que « l'administration sanitaire embrasse tout ce qui concerne la santé des hommes et celle des animaux, ainsi que la salubrité ». Et à l'article 2 que « la surveillance et la direction supérieure de l'administration sanitaire appartiennent au Conseil d'État ».

Le 21 septembre 1867, le Conseil d'État du canton de Vaud arrête, « pour être exécutoire dès le 22 septembre, à midi », que, « vu les dangers de l'invasion du choléra » : art. 2 : « Les personnes venant du Valais et arrivant par les trois points susmentionnés (les ponts de St-Maurice et de Collombey, et par le chemin de fer de St-Maurice à Bex) seront soumises à une désinfection par voie de fumigation dans les locaux désignés à cet effet ».

La loi sur la police sanitaire du 27 novembre 1896, « considérant qu'il importe de compléter l'organisation et l'administration sanitaire actuelles et de les mettre en harmonie avec la législation fédérale », rappelle à l'article 1er que « l'administration sanitaire embrasse tout ce qui concerne : a) la santé des hommes, b) la santé des animaux, c) l'hygiène et la salubrité publique ».

La Constitution du canton du Valais du 8 mars 1907, parmi les nouvelles dispositions au point de vue économique et social, enjoint l'État, à son article 19, de « favoriser et subventionner l'établissement d'hôpitaux, de cliniques et d'infirmières de district ou d'arrondissement. Il peut aussi créer un établissement similaire cantonal ». La société médicale du Valais reconnaît, en novembre 1916, l'opportunité de créer un hôpital cantonal ; « et si les circonstances ne permettent pas de le créer dès maintenant de toutes pièces, (elle) propose la création immédiate des services les plus urgents, tels que la maternité, les services d'ophtalmologie et de bactériologie. Elle rappelle aussi à la sollicitude des autorités la création d'un sanatorium pour tuberculeux ».

¹ Sur la base de photocopies remises par le médecin cantonal valaisan et le bref historique dans : *Canton du Valais. Planification hospitalière. Rapport préliminaire*, service de la santé publique, élaboré en juillet-novembre 1966 par Pierre Gilliland et Pierre-Louis Girard.

La construction d'un hôpital cantonal de 150 lits fut envisagée pour un coût de 1.5 million. Cet établissement aurait traité les habitants du Centre ainsi que les quelque 400 Valaisans hospitalisés, chaque année, dans les hôpitaux de Berne, Lausanne et Genève. Un décret favorable est voté en premier débat, le 21 novembre 1917. Une commission reçoit mandat d'étudier le problème du siège de l'hôpital et les aspects financiers. En 1919, Sierre renonce à sa candidature, préférant construire un hôpital de district. Les coûts de construction d'un hôpital cantonal ayant augmenté et les possibilités financières du canton étant restreintes, la non entrée en matière est votée en 1920.

II.2 Mise en place de l'infrastructure hospitalière du canton du Valais jusqu'en 1966

La mise en place de l'infrastructure hospitalière valaisanne se caractérise jusqu'en 1950 par une discontinuité marquée dans les réalisations, sinon dans les efforts, en même temps que par des concentrations particulières d'investissements sur des périodes relativement courtes. On observe ainsi, durant la première partie du siècle, un certain nombre de périodes distinctes :

1901 - 1917 :	Psychiatrie
1907 - 1922 :	Établissements de soins généraux
1922 - 1934 :	Maison de vieillards
1934 - 1944	Établissements de soins généraux
1941 - 1950	Tuberculose

La structure du réseau hospitalier en soins généraux des années cinquante résulte des débats et options prises entre 1907 et 1920, période marquée par la conjonction de trois facteurs :

- a) La conception du rôle de l'État en matière d'hospitalisation, qui le réduisait à être un bailleur de fonds occasionnel et un surveillant général à compétences très restreintes (cf. art. 8 de la loi du 27.11.1896, et art. 19 de la Constitution cantonale de 1907).
- b) Le caractère régional et même communal de la politique pratiquée au sein du législatif valaisan, d'où le refus de la création d'un établissement cantonal pour certains soins spécialisés, puis le dédoublement de l'équipement hospitalier pour le centre du canton et plus tard pour le Haut-Valais.
- c) Le manque de moyens financiers de l'État à partir de 1919, d'où l'abandon définitif du projet d'un établissement central pour certaines spécialités.

II.3 Établissements hospitaliers (infirmières) en 1917² Constructions hospitalières jusqu'en 1950

² Cf. rapport de 1966, historique, p. 5.

En 1917, l'équipement hospitalier du canton est encore peu développé ; il est par ailleurs fort disparate. Le Valais comprend alors 260 lits dans six établissements hospitaliers de soins généraux, dont trois infirmeries dénombrant 180 lits sont subventionnées, les trois autres, avec 80 lits, ne l'étant pas.

La population compte 128 mille habitants. L'indicateur est alors de deux lits par millier d'habitants. L'équipement est distribué de façon disparate sur le territoire valaisan. L'organisation médicale diffère d'une infirmerie à l'autre.

L'établissement de Brigue dispose également d'un pavillon de 25 lits pour malades tuberculeux.

L'hôpital psychiatrique de Malévoz comprend 160 lits, soit 1.2 lit pour 1000 habitants.

Infirmeries régionales officielles :

Brigue : 80 lits. De plus, un pavillon pour malades tuberculeux de 25 lits.
1909 médecin titulaire avec un traitement fixe.

Martigny : 50 lits. Les médecins de la localité assument le service médical
(dès 1340) à tour de rôle pendant 6 mois. En règle générale, pas de chirurgie.

1909 Constitution d'une association de communes.

Monthey : 50 lits. Service médical à tour de rôle ; un médecin de la localité se réserve les cas de chirurgie.

1910 (date indiquée téléphoniquement).

Autres établissements :

Asile St-Joseph à Sierre : 20 lits

1897

Hôpital bourgeoisial à Sion : 40 lits

(1163 - 1755)

Clinique St-Amé à St-Maurice : 20 lits

1901

Les régions sierroise et sédunoise étant sous-équipées, il devenait urgent de pallier le manque de lits.

II.4 Constructions et ouverture d'établissements hospitaliers de 1900 à 1950

Les constructions hospitalières de 1900 à 1950³ sont les suivantes :

1901	Ouverture de la Maison de santé de Malévoz
1901	Ouverture de la Clinique St-Amé
1909	Ouverture de l'Hôpital de Brigue
1922	Ouverture de l'Hôpital d'arrondissement de Sierre
1932	Ouverture de l'Hôpital du district de Martigny
1934	Ouverture de l'Hôpital Santa-Maria de Viège

³ Selon une liste du service de la santé publique.

1934	Ouverture de l'Hôpital-infirmerie du District de Monthey
1941	Ouverture du Sanatorium populaire valaisan
1944	Ouverture de l'Hôpital régional de Sion

II.5 1950 : début d'une période de restructuration

L'année 1950 marque le début d'une période de reconstruction et de restructuration interne de plusieurs établissements. Cependant les diverses réalisations sont effectuées de manière indépendante les unes des autres, tandis que les services spécialisés sont embryonnaires. Les hôpitaux ne constituent pas encore un réseau, en raison de la juxtaposition des établissements et du manque de coordination jusqu'à cette époque.

La mise en place de l'infrastructure hospitalière du Valais jusqu'en 1950, puis la phase de restructuration jusqu'en 1966 conditionnent pour une part les développements ultérieurs.

Une étude historique approfondie permettrait de mieux mesurer l'ampleur des progrès et le développement hospitalier et médico-social du canton du Valais.

Après ce rapide aperçu historique, le chapitre III aborde des aspects de santé publique et de planification.

Chapitre III

Santé publique et planification

Ce chapitre contient divers rappels sur le développement du système de santé, sur des éléments de politique sanitaire et de planification, dont la mise en œuvre d'hôpitaux multisites est le prolongement logique. Des aspects liés à la LAMal et à la loi cantonale sur la santé sont cités, ainsi que les effets des décisions récentes du Tribunal fédéral des assurances et leur extension.

Plusieurs points de ce chapitre concernent la Suisse, car certaines séries statistiques ne sont disponibles que pour l'ensemble helvétique (coûts) ou se réfèrent à la législation fédérale.

III.1 Santé et politique de santé

Au plan personnel, la santé est le fonctionnement idoine du corps et de l'esprit, une adaptation au milieu de vie. Cependant cette définition « positive » laisse place à la subjectivité et n'est pas opérationnelle. Aussi la santé est-elle généralement abordée de façon indirecte : une « absence de maladie et d'infirmité » (OMS), ou de manière « négative » : décès (survenu, prématuré, évitable), maladie, accident, handicap.

L'épidémiologie — par son approche — identifie quatre composantes principales de la santé : la biologie humaine, l'environnement et les conditions de vie, le style de vie, l'organisation du système de santé. La dimension *d'organisation du système de santé* est essentiellement « réparatrice » ; elle implique maints acteurs et des personnels divers, dans les domaines de la prévention, de la médecine, des soins, de l'administration et de la technique, etc. ; elle comprend de nombreux équipements et infrastructures dans les secteurs ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux...

Au plan collectif de la santé publique en Suisse, la décision, l'organisation, la formation, la planification, le pilotage, la surveillance, l'arbitrage, le financement et, le cas échéant, la sanction — c'est-à-dire *la politique de la santé* — relèvent au premier chef des pouvoirs publics.

Les objectifs de la politique de la santé « réparatrice » sont la lutte contre la mort, la réduction de la morbidité, la guérison, le rétablissement d'un bon état de santé individuelle, ou le soulagement des personnes handicapées ou encore l'accompagnement en fin de vie.

III.2 Amélioration de l'état de santé et progrès médicaux

Longtemps, les conditions de vie sont restées dures et précaires. La pauvreté était générale ; la misère s'étalait dès qu'une récolte était mauvaise. Aveuglement, la maladie, l'épidémie ou la guerre frappaient ; la mort fauchait.

Des découvertes et des améliorations (introduction de la pomme de terre, du maïs, de nouvelles techniques agricoles) et des progrès de l'hygiène font reculer la mort. Les remarquables progrès de la médecine et des sciences qui

l'accompagnent (Jenner, Semmelweis, Pasteur...) permettent — dès le XIXe siècle et surtout durant le XXe siècle — d'accroître la durée de vie — d'abord par un recul de la mortalité des enfants en bas âge. L'espérance de vie à la naissance et le taux de mortalité infantile sont et restent des indicateurs du niveau de santé d'une population.

La mortalité infantile a longtemps été effroyable. Vers 1848, un quart des enfants décédaient durant la première année de vie, la plupart dans le mois suivant leur venue au monde. Vers 1870, « une femme enceinte sur vingt devait s'attendre à donner naissance à un enfant mort-né »⁴. La première table de mortalité en Suisse se base sur les années 1876-1880. Dans les conditions de cette époque, et pour les enfants nés vivants, la probabilité de décès avant leur premier anniversaire était de 204‰ pour les garçons et de 172‰ pour les filles. 27 % des garçons, 24 % des filles, décédaient avant d'atteindre leur cinquième année d'existence.

Le niveau actuel de l'état de santé de la population suisse est l'un parmi les meilleurs au monde. La mortalité infantile enlève cinq enfants sur mille, taux parmi les plus bas. A la naissance, l'espérance de vie, dans les conditions présentes en 1995-96, est de 75.7 ans pour le sexe masculin, 81.9 ans pour le sexe féminin. La Suisse figure parmi les pays bénéficiant des plus longues durées de vie. Les progrès ont été considérables.

III.3 Le système de santé en Suisse, autour de 1950

Vers 1950, peu après la fin des hostilités de la Seconde Guerre mondiale, le réseau hospitalier de la Suisse comprenait de nombreux lits. L'indicateur était bien plus élevé qu'aujourd'hui⁵ : 14.5 lits par millier d'habitants, dont 7.3 pour les hôpitaux de soins généraux (51 % des 68.275 lits recensés par l'Office fédéral de la statistique) ; 2.4 lits pour les établissements hébergeant des malades de tuberculose (16 % des lits — cette maladie frappait encore un grand nombre de personnes) ; 3.7 lits en hôpitaux psychiatriques (26 % des lits — les durées de séjour étaient fort longues avant la venue de progrès médicamenteux) ; et 1.0 dans une rubrique « autres » (7 % des lits, avec les mentions « chroniques », « polyvalents », établissements qui étaient recensés en 1936 et 1945 sous « maladies incurables et autres »). Le taux global d'hospitalisation était de 94‰ (dont 87 en soins généraux), la durée de séjour de 46 jours (dont 22.4 en soins généraux, 200 pour la tuberculose et 440 en psychiatrie) et une moyenne de 4.2 jours d'hospitalisation par an et par habitant (la moitié en soins généraux).

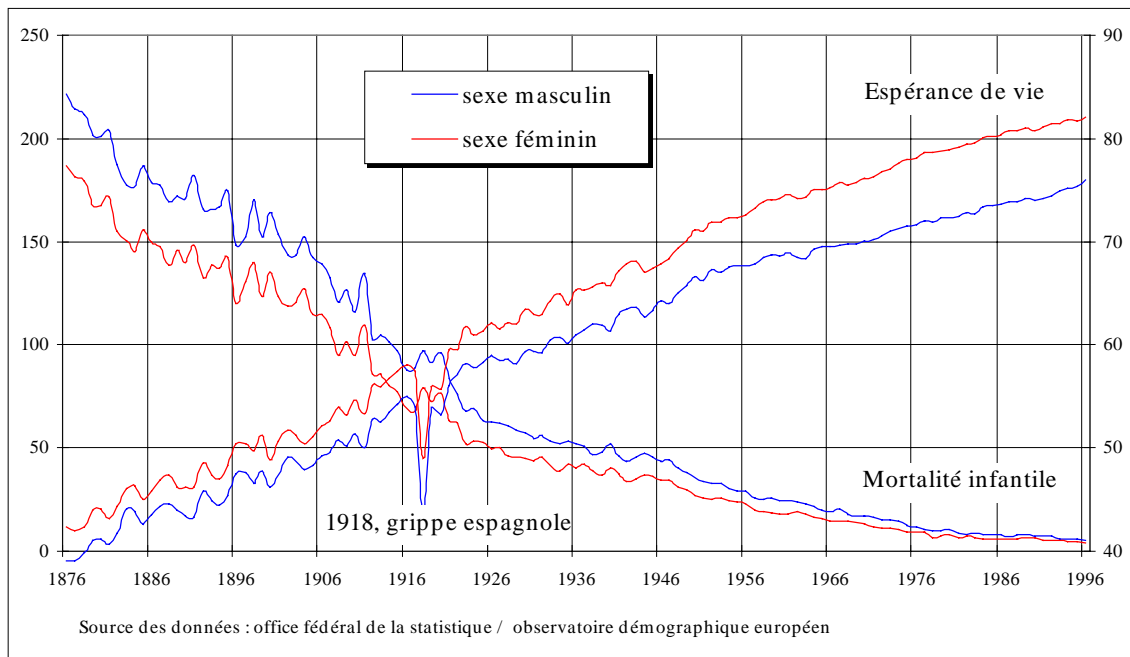
Le coût moyen par jour était en moyenne — toutes catégories d'établissements hospitaliers confondus — de 13.60 francs. Soit 58 francs en valeur 1997. Les dépenses pour le personnel et les charges sociales représentaient seulement 44 % des quelque 200 millions des montants

⁴ Heiner Ritzmann-Blickenstorfer, *L'État fédéral suisse : 150 ans d'histoire à la lumière de la statistique*, Office fédéral de la statistique, Berne 1998.

⁵ Cf. Gilliland, *L'hospitalisation en Suisse. Statistiques 1936-1978. Quel avenir ?* Institut suisse des hôpitaux, Aarau 1980.

d'exploitation de l'ensemble helvétique (850 millions en valeur de 1997) et l'alimentation 22 %, la moitié des dépenses consacrées au personnel ! ; les frais médicaux représentaient 7 % du total, les « autres » dépenses 27 %.
Pour le Valais, voir chapitre IV.

Figure III.1
Espérance de vie à la naissance et mortalité infantile en Suisse, de 1876 à 1996



La situation actuelle n'est en rien comparable !⁶ Cependant, le coût du système de santé est une indication utile du développement d'un secteur actuellement fort important de notre économie. Une économie qui a vu l'agriculture employer de moins en moins de personnes (37.5 % en 1888, 16.5 % en 1950, 4.1 % en 1990, lors des recensements fédéraux de la population), tandis que la part des personnes actives dans le domaine de la santé passe de quelque 3¹/₂ % en 1950 à 10 % environ maintenant. (Cf. III.4).

III.4 Croissance économique, protection sociale, coûts et personnels du système de santé en Suisse

Le Produit intérieur brut (PIB) de la Suisse, qui est une mesure des biens et services produits année après année et évalués en termes monétaires, s'est multiplié, en termes réels, 3.6 fois de 1948 — année de mise en œuvre de l'AVS — à 1990 ; il stagne à ce niveau jusqu'en 1996, alors qu'une reprise économique s'amorce en 1997.

Au sortir de la période d'hostilités, la population suisse est fort mal couverte contre les aléas du sort. L'assurance-maladie par exemple est subventionnée, mais à peine plus de la moitié des habitants y sont affiliés. Le retard social est flagrant ; cependant l'accord des diverses composantes politiques est fort ; la prospérité économique est nette et prolongée («les trente glorieuses » : 1945-1974) ; aussi la Suisse s'engage-t-elle dans une démarche de rattrapage accéléré.

Malgré des freins et reports de mise en œuvre de certaines mesures sociales à partir de la récession du milieu des années septante, le système de sécurité sociale a continué de s'étendre. Même si quelques lacunes subsistent, les résidents de la Suisse bénéficient maintenant d'un niveau élevé de protection sociale. Plusieurs assurances sociales ont été révisées, voire réformées. Ainsi l'assurance-maladie en 1994, mise en vigueur dès 1996⁷.

Le développement économique et l'extension graduelle de la protection sociale à l'ensemble de la population (assurances dites universelles) ont permis de consacrer des moyens importants au système de santé. En proportion du PIB, la part qui est consacrée au système de santé s'élève de l'ordre de 3¹/₂ % vers 1950 à près de 7¹/₂ % en 1975 ; freinée après la récession de 1975-76, la progression se poursuit néanmoins, pour atteindre 8¹/₂ % en 1990. Les montants affectés au domaine de la santé augmentent toutefois à un rythme moindre dès 1992 ; mais le PIB stagne en termes réels. Aussi la quote-part des sommes qui financent le système de santé s'accroît-elle brusquement à 10.1 % du PIB en 1996 (dernière année pour laquelle existent des données statistiques).

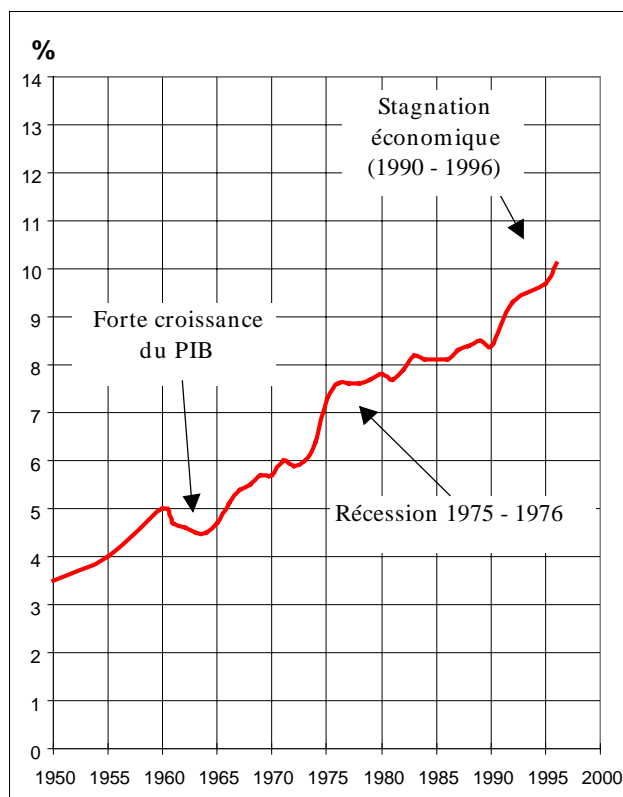
⁶ Un ouvrage est en préparation sur l'évolution en tendance longue.

⁷ Pour un historique, la structure de la protection sociale et les montants qui lui sont affectés : voir Gilliland/Rossini, *La protection sociale en Suisse...*, Réalités sociales, Lausanne 1997.

Tableau No III.1
Coûts du système de santé,
en milliards de francs courants
et en % du PIB, Suisse 1950-
1996

Année	Milliards	en % PIB
1950	...	3 ¹ / ₂
1955	...	4
1960	1.9	5.0
1965	2.8	4.7
1970	5.2	5.7
1975	10.3	7.3
1980	13.2	7.8
1985	18.4	8.1
1990	26.3	8.4
1995	35.1	9.7
1996	36.9	10.1

Figure No III.2 **en % du PIB**



N.B. États-Unis : plus de 14 % du PIB

Sources : Gilliland, *L'hospitalisation en Suisse*, Institut des hôpitaux, Aarau 1980 (estimations) et R. Rossel, *Coûts du système de santé*, Office fédéral de la statistique, Berne 1997 (dernière édition) et données provisoires pour 1996.

Les renseignements concernant les personnes exerçant une activité professionnelle dans le domaine de la santé sont moins précis que les informations monétaires ci-dessus. Des estimations indiquent un quasi-parallélisme des proportions d'actifs occupés au sein du système de santé et de celles des quotes-parts au PIB : 3 ¹/₂ % en 1950, 10 % environ en 1995.

III.5 Priorité au domaine de la santé depuis 1950 et difficultés récentes

Le tableau III.2 reprend les quotes-parts des dépenses du système de santé, relativement au PIB, et montre que les écarts de progression diffèrent fortement selon les périodes. Les rapports du taux annuel moyen de croissance des dépenses sanitaires, relativement au taux annuel du PIB (taux d'élasticité), sont explicites : l'accroissement du coût dans le domaine de la santé est généralement plus élevé, voire nettement supérieur au taux de croissance économique. C'est le signe d'une priorité accordée à la santé, alors que la richesse du pays s'accroît. L'amélioration du niveau matériel de vie permet des déplacements proportionnels d'attributions des moyens financiers disponibles. Dans les budgets de ménages, par exemple, l'importance des dépenses d'alimentation était forte, alors que les montants affectés à l'achat et l'utilisation d'automobiles étaient faibles, etc. Cependant, la stagnation économique ces dernières années grossit fortement le taux d'élasticité. Situation temporaire, puisque la reprise est amorcée ; mais période difficile, qui a manifesté combien il importe de maîtriser les coûts du système de santé.

Tableau No III.2

Coût du système de santé, en % du Produit intérieur brut, Suisse 1950-1996

Augmentations annuelles moyennes et taux d'élasticité par période

Années 19...	50*	55*	60	65	70	75	80	85	90	95	96
Quote-part des dépenses du système de santé relativement au PIB											
Santé/PIB, en %	(3.5)	(4.0)	5.0	4.7	5.7	7.3	7.8	8.1	8.4	9.7	10.1
Augm. point de %		(0.5)	(1.0)	-0.3	1.0	1.6	0.5	0.3	0.3	1.3	0.4
Augmentations annuelles moyennes et taux d'élasticité par période											
Santé	—	—	—	8.7	12.8	14.7	5.1	6.8	7.4	5.9	5.4
PIB	—	6.8	6.6	10.2	8.3	9.1	4.0	6.0	6.6	2.9	0.8
Taux élast ¹	—	—	—	0.85	1.54	1.62	1.28	1.13	1.12	2.03	6.75
PIB, prix cst.	—	4.7	4.2	5.3	4.2	1.0 ²	1.8	1.4	2.8	0.0	0.0

1. Le taux d'élasticité est ici le rapport du taux annuel moyen de croissance des dépenses du système de santé à celui du PIB.

2. Période 1970-1975 : forte inflation. Le taux moyen de croissance annuelle du PIB en francs constants est diminué par la chute survenue entre 1974 et 1975.

* Entre parenthèses, estimations PG.

III.6 La loi sur l'assurance-maladie : LAMal, 1994 L'article 39 et la planification

L'assurance-maladie est l'une des plus anciennes branches de nos assurances sociales ; elle est la plus controversée et la plus mal aimée, car elle a subi maints échecs de révision en votation référendaire avant l'acceptation, à une faible majorité, de la LAMal (du 18 mars 1994), également en votation référendaire le 4 décembre 1994. Des modalités d'application de la LAMal sont contestées ; une révision partielle est déjà prévue. Il demeure que cette loi a modifié en profondeur les pratiques. Plusieurs articles renforcent le pouvoir d'intervention des assureurs ; les services de santé publique, les hôpitaux et les médecins praticiens le perçoivent largement. L'article 39 introduit l'exigence de la planification dans le domaine des hôpitaux et autres institutions de soins.

Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

- 1 Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :
 - a) garantissent une assistance médicale suffisante ;
 - b) disposent du personnel qualifié nécessaire ;
 - c) disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
 - d) correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
 - e) figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.
- 2 Les conditions fixées au 1er alinéa, lettres a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.
- 3 Les conditions fixées au 1er alinéa s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

III.7 La planification

La planification est une démarche technique, fondée sur des recherches et l'identification des moyens à appliquer, dans le temps et l'espace, pour atteindre les buts fixés. Elle exige la transparence des faits (inventaire, équipement, personnel, etc.) et des intentions, l'exposé des points de vue et des obstacles, l'articulation et les relations aux diverses politiques, l'estimation du coût et les modalités de financement. La planification est un processus qui met en jeu des valeurs pouvant différer grandement selon les acteurs ; en conséquence, elle relève de la rationalité et de la négociation ; elle est un lieu

où s'expriment les débats, les conflits d'intérêts et des pouvoirs ; elle requiert une instance d'arbitrage.

La planification s'applique aux domaines sociaux, notamment le système de santé.

III.8 Trente ans de planification hospitalière et sanitaire en Valais : 1966-1996

Le Valais est l'un des premiers cantons ayant conduit une étude en vue d'une planification hospitalière⁸. Un rapport préliminaire de 1966 délimite la problématique et les buts : « définir et prévoir les besoins futurs en équipement hospitalier, leur ordre d'urgence et leur échelonnement dans le temps » ; « sécurité et mieux-être des malades hospitalisés, éléments de confiance de la population » ; « organisation hospitalière améliorée : structure équilibrée, gestion moderne, fonctionnement optimum » ; les termes adéquation, efficacité, besoins, financement, etc. sont présents. Trois types de structures hospitalières sont proposées :

- *Structure en hôpitaux de secteur* : « Dans l'hypothèse où le Valais ne posséderait pas encore d'hôpitaux et dans la perspective des années 1980-2000, la structure hospitalière recommandable, selon les conditions énoncées pour un équipement fonctionnel et pour la meilleure sécurité des malades, serait une structure d'hôpitaux de secteur. Trois hôpitaux, à Martigny, Sion et Viège, desserviraient tout le Valais ».
- *Structure en hôpitaux de zone* : « (...) Du moment que la structure en hôpitaux de zone existe, il peut sembler logique de la maintenir. Les hôpitaux actuels, qui peuvent à juste titre se prévaloir des services rendus, désirent poursuivre leur activité. (...) Si les motivations en faveur d'une structure générale d'hôpitaux de zone sont compréhensibles, elles sont cependant patentes d'une optique à brève échéance, qui tient insuffisamment compte des impératifs techniques ».
- *Solution mixte* : « Outre les impératifs techniques qui incitent à adopter une structure d'hôpitaux de secteur et les motifs qui tendent à une décentralisation en hôpitaux de zone, il faut prendre en considération l'équipement actuel et la part de la demande non satisfaite par les établissements valaisans (...). La couverture de la demande globale est insuffisante en l'absence d'hôpitaux bien équipés. Or, la population préfère être soignée en Valais. La communauté aura donc avantage à investir pour obtenir des installations adéquates en Valais au lieu de devoir payer le prix élevé des prestations dans d'autres cantons ».

Dans cette optique, et parmi d'autres exemples, un hôpital unique est proposé pour le Haut-Valais : « La situation actuelle engage à créer un seul hôpital. C'est la solution logique la plus recommandable du point de vue médical, qui est ici prépondérant. Chacun le reconnaît : la population

⁸ Canton du Valais. *Planification hospitalière*. Rapport préliminaire, service de la santé publique, établi par P. Gilliand et P.-L. Girard, juillet-novembre 1966.

accorde sa confiance essentiellement à l'hôpital qui lui offre les meilleurs services et garanties ».

Il y a un tiers de siècle, les esprits n'étaient pas préparés à opter pour une structure d'hôpitaux de secteur, et les conditions n'étaient pas toutes réunies pour un tel changement. La solution d'un seul hôpital haut-valaisan a été sérieusement envisagée : « les besoins étant les plus urgents du canton, il faut accorder la priorité à cette construction ». Un deuxième programme retenait trois solutions possibles avec les deux établissements de Brigue et Viège :

- a) l'un devenant hôpital de zone, l'autre restant hôpital de district ;
- b) deux hôpitaux formant « une unité ; ils sont liés par une même direction et une même administration. Les services et les tâches sont répartis » ; avant l'heure, cette proposition était celle d'un hôpital multisites ;
- c) deux hôpitaux en parallèle : « cette solution a le mérite de la facilité ».

A l'époque, les homes médicalisés n'existent pas. Les maisons de vieillards étaient occupées à 100 %. « La plupart de ces maisons sont en fait des constructions non conçues pour recevoir des personnes âgées et dont l'état de vétusté est inadmissible. Le manque d'infirmières est patent : 1 pour plus de 75 vieillards, soit 10 au total. En cas de maladie, le recours à l'hospitalisation devient dès lors une nécessité ».

En 1968, un rapport établi après une large consultation retenait la structure en hôpitaux de zone. Puis la modernisation des hôpitaux ou leur reconstruction, des changements d'affectation (Ste-Claire, St-Amé), ainsi que des constructions de homes médicalisés, amènent alors le canton à un réseau plus adéquat.

En 1972-1973, le Grand Conseil vote en vue de rénover et agrandir tous les hôpitaux régionaux.

En 1989, le peuple valaisan accepte deux nouvelles lois élaborées en 1988 : l'une sur l'assurance-maladie, l'autre révisant la loi de 1961 "sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissements et d'exploitation des établissements sanitaires publics". Cette loi-ci contient un article nouveau sur la participation des communes qui doivent être rattachées à une zone hospitalière prévue par la planification sanitaire et hospitalière. Ces nouvelles bases ouvrent à une politique sanitaire fondée sur une large documentation. « Un changement important intervient donc à la fin des années quatre-vingt dans la gestion de la santé du canton du Valais, par une réorientation vers une approche qui intègre toutes les structures de prises en charge — réseau de soins intégrant soins à domicile, homes, hôpitaux pour soins de courte et de longue durée — et tous les professionnels de la santé par un processus de recherche de consensus sur les axes principaux de la nouvelle politique sanitaire. La plupart de ces éléments étaient déjà contenus dans le rapport de 1966 »⁹.

⁹ N. Dubois, *La réforme du secteur hospitalier dans le canton du Valais. De la planification hospitalière à la planification sanitaire (1988-1995)*, travail de mémoire, faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève, mars 1997.

L'institut suisse des hôpitaux, mandaté et s'appuyant sur des travaux de la commission de planification, publie en 1992 un rapport qui, entre autres, met en évidence un excédent de lits et des inadéquations.

Anticipant le délai de mise en œuvre d'une planification des établissements hospitaliers et médico-sociaux (art. 39 LAMal), le service de la santé publique établit un *Concept hospitalier valaisan*, publié en décembre 1996. « Ce concept hospitalier ne représente qu'un des éléments de la politique sanitaire valaisanne. Il s'inscrit dans la continuité des décisions prises par le Conseil d'État concernant l'introduction de nouveaux systèmes de financement ainsi que la définition de normes en lits pour les établissements de soins aigus (1992) et chroniques (1994), la restructuration de la formation en soins infirmiers (1993), la définition d'une norme en lits médicalisés des établissements médico-sociaux (1994), la définition de nouvelles règles de planification et de subventionnement pour les Centres médico-sociaux (1995), les nouvelles orientations des institutions de prévention (1995). De plus, afin de définir les activités et programmes prioritaires à mettre en œuvre en Valais dans le domaine de la prévention, une convention de collaboration a été conclue entre les cantons de Vaud et du Valais portant notamment sur la prévention des maladies et sur la promotion de la santé (1996) ». Le Département publie un "Concept hospitalier valaisans" en décembre 1996. Cet important rapport, suivi en 1997 d'un projet de *Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions de soins* (1997), conclut ainsi :

« Les changements rapides des conditions dans le domaine de la santé exigent un réexamen continu de la planification hospitalière dans le sens d'une planification permanente adaptée aux situations nouvelles ».

« Celui qui peut se souvenir, maîtrise le passé, celui qui est capable de changer, maîtrise l'avenir ».

Proverbe chinois

Ainsi, sous la direction de plusieurs chefs du département de la santé publique, le canton a assuré une continuité de la planification, qui vaut au Valais d'être cité en référence pour sa gestion du système de santé et sa situation, comparées à l'ensemble helvétique ou à divers cantons.

III.9 La loi sur la santé de 1996 et l'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement

La récente loi sur la santé date du 9 février 1996. Se fondant sur les articles 19, 31 et 42 de la Constitution cantonale et sur les dispositions de la LAMal, elle contient à son titre septième des articles concernant la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et institutions sanitaires

d'intérêt public. Le chapitre 1 concerne la planification sanitaire, le 2e les conditions de subventionnement, le 3e les modalités de subventionnement, les 4e et 5e le subventionnement des dépenses d'investissements puis des dépenses d'exploitation. L'article 95, sur la planification sanitaire, donne compétence au Conseil d'État pour définir par la planification, sa politique sanitaire (al. 1), son étendue (al. 2), les statistiques utiles (al. 3) et les moyens pour la définir (al. 4). Sa teneur est la suivante :

Art. 95 Planification sanitaire

- 1 Le Conseil d'État définit périodiquement, par la planification, sa politique sanitaire et en informe tous les quatre ans au moins le Grand Conseil.
- 2 La planification sanitaire se réfère à la législation fédérale en la matière. Elle porte notamment sur :
 - a) l'évaluation des besoins de santé ;
 - b) la définition des objectifs de la politique de santé ;
 - c) la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents ;
 - d) la délimitation des régions sanitaires ;
 - e) la mission des différents établissements et institutions sanitaires d'intérêt public ;
 - f) la coordination de l'action des différents partenaires de la santé ;
 - g) l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des prestations fournies en fonction des besoins de santé et des objectifs de la politique de santé ;
 - h) la liste des établissements et institutions sanitaires, en prenant en considération de manière adéquate les institutions et établissements privés.
- 3 Le département règle, en collaboration avec les partenaires concernés, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi.
- 4 Le Conseil d'État prévoit annuellement par voie budgétaire les moyens nécessaires pour définir la planification sanitaire.

L'ordonnance sur la planification sanitaire et le subventionnement des établissements et des institutions sanitaires, du 20 novembre 1996, définit en section 1 : Dispositions générales, à l'article 3 : Mandat de prestations, le rôle de l'État et l'engagement des établissements et institutions.

art. 3 Mandat de prestations

Par mandat attribué à un établissement ou une institution sanitaire pour l'accomplissement de certaines prestations complété et précisé par un contrat de prestations, pluriannuel, actualisé selon les besoins,

- a) l'État :

- définit les prestations qui doivent être fournies conformément à la planification sanitaire ;
 - fixe les principales règles de fonctionnement en procédant, notamment, à des délégations de compétences ;
 - met à disposition les ressources nécessaires prévues par la loi pour financer les investissements et une part des dépenses d'exploitation ; et
- b) l'établissement ou l'institution :
- s'engage à fournir les prestations demandées en fonction des ressources allouées et conformément aux règles et modalités fixées dans le mandat ;
 - s'engage sur la qualité et l'adéquation des prestations ainsi que sur la maîtrise des coûts.

Les autres sections de l'ordonnance traitent des conditions de subventionnement, des modalités d'octroi des subventions, de l'application de la LAMal (notamment la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux au sens de l'article 39 LAMal, arrêtée par le Conseil d'État).

III.10 LAMal et hospitalisations hors canton en division générale

L'article 41 al. 3 de la LAMal traite des hospitalisations hors du canton de domicile. Lorsqu'un patient recourt à un hôpital public ou subventionné d'un autre canton pour des raisons médicales, les pouvoirs publics de son canton de résidence doivent prendre « en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton ».

La loi concerne l'assurance obligatoire de base. Aussi les cantons ont-ils payé une contribution au financement des hospitalisations en division générale (chambre commune) dans des établissements situés hors de leur territoire. Ils se sont montrés restrictifs à cet égard, afin d'éviter des abus et bien sûr en raison du coût élevé à leur charge. A cet effet, le canton du Valais a dû s'acquitter d'un montant de l'ordre de 10 millions en 1997, soit environ 37 francs par habitant.

A titre indicatif, le montant pour les cantons romands et le Tessin a été d'environ 56 millions, ou 27 francs par habitant.

En retranchant les cantons de Genève et Vaud, qui disposent de facultés de médecine et d'hôpitaux universitaires et qui enregistrent donc moins d'hospitalisations extérieures, la moyenne baisse. L'écart diminue, mais reste toutefois supérieur relativement aux cinq cantons sans établissement universitaire : la différence par habitant reste substantielle : respectivement 37 francs pour le Valais, en dessous de la moyenne de 46 francs.

III.11 Les arrêts du TFA du 16 décembre 1997 et leur extension possible¹⁰

¹⁰ Arrêts du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 16.12.1997. Conséquences prévisibles et potentielles. P. Gilliland, fascicule, Maraçon, 20.3-8.4 1998.

Dans un arrêt du 16 décembre 1997, le TFA a étendu l'obligation du financement par les cantons de domicile lorsque — pour des raisons justifiées sur le plan médical — l'hospitalisation a lieu dans une division privée ou semi-privée d'un établissement public ou subventionné d'un autre canton. En conséquence, un coût supplémentaire est à charge des cantons de domicile. Pour 1998, l'estimation pour le Valais est de l'ordre de 1 million — environ 4 francs par habitant. Pour les cantons romands et le Tessin, à titre comparatif, l'évaluation du supplément est d'environ 15 millions, soit 7 francs par habitant, 12 francs pour les cinq cantons sans hôpitaux universitaires.

Un deuxième arrêt du TFA, à la même date, précise qu'une telle participation ne s'applique pas aux établissements privés, non subventionnés.

Un accord vient d'être convenu entre le département fédéral de l'intérieur et les assureurs-maladie ; il devrait mettre fin à un conflit né d'une incertitude juridique ; il entrera en vigueur le 1er septembre 1998, s'il est « signé par 22 cantons et par des assureurs qui représentent 85 % des assurés »¹¹.

Les pouvoirs publics d'un canton de résidence devront-ils, à l'avenir, contribuer au financement des hospitalisations ayant lieu dans une division privée d'un hôpital situé sur leur territoire ? Les assureurs-maladie plaident en ce sens ; ils constatent en effet de nombreuses résiliations de contrats d'assurance complémentaire d'hospitalisation, les primes étant élevées. Une telle extension, repoussée actuellement, est convenue. Elle conduira à des charges supplémentaires fort importantes pour les pouvoirs publics. Il est difficile d'en estimer le coût avec précision, car les informations manquent. Toutefois, pour le canton du Valais, une estimation provisoire est de l'ordre de 6 millions (base 1998), ou environ 22 francs par habitant. Pour les cantons romands et le Tessin, la somme en supplément devrait avoisiner 160 millions, 78 francs par habitant, ou 86 pour les cinq cantons sans hôpitaux universitaires. Mais dès la deuxième année d'application d'une telle clause, le coût croîtrait rapidement pour les pouvoirs publics. En effet, le montant des primes des assureurs entre le choix restreint de la division privée dans des hôpitaux subventionnés et le montant incluant, dans un choix large, les établissements privés à but lucratif, créera un écart tel que de nombreux assurés opteront pour le choix limité. Un flux de patients du secteur privé à but lucratif vers les divisions privées des hôpitaux publics et subventionnés grossira d'année en année. Ce sérieux problème d'extension de l'arrêt du TFA au plan « intracantonal » concerne au premier chef les cantons qui disposent de cliniques privées à but lucratif. Le canton du Valais connaîtra également des effets, quoique moindres, car seul un établissement à but lucratif existe.

Dorénavant, il faut s'attendre à ce que les cantons qui disposent d'hôpitaux universitaires exigent une contribution financière accrue pour les patients domiciliés dans d'autres cantons. En effet, ces patients-ci recourent à un

¹¹ Communiqué de presse du 7 juillet 1998. L'accord est valable pour tous les cas survenus après le 16 décembre 1997. Pour la période du 1er janvier 1996 au 16 décembre 1997, les cantons s'engagent à verser 50 millions de francs aux assureurs, à condition que l'accord soit accepté (85 % des assurés ; si la part atteint 95 %, le montant s'élèvera à 60 millions).

hôpital universitaire pour des affections généralement graves, qui ne peuvent être traitées dans leur canton de résidence. Le coût de leur hospitalisation dépasse fréquemment le coût moyen de l'ensemble des malades de l'hôpital ou de la catégorie de diagnostics en cause. Genève, par exemple, dispose d'un seul établissement de soins généraux : l'Hôpital cantonal universitaire. En conséquence, les charges financières des cantons sans infrastructures universitaires en seront augmentées ; ou — s'ils créent des services spécialisés pour « rapatrier » ces cas complexes — ils doivent s'assurer de la sécurité et de la qualité des prestations qui y sont effectuées.

Tableau No III.3

Coûts des hospitalisations hors canton justifiées pour des raisons médicales en 1997 et estimations des coûts supplémentaires pour 1998 dus à l'arrêt du TFA, ainsi que des coûts de l'extension de la participation des pouvoirs publics au financement en division privée et semi-privée des hôpitaux publics et subventionnés sis dans le canton : Valais, Suisse romande et Tessin, total (millions) et par habitant (francs). Montants arrondis.

Millions	div. commune h.c. 1997	div. privée h.c. 1998	div. privée intracantonale
Valais	10*	1	6**
Romandie et Tessin	56	15	160
Sans GE ET VD	48	12	89
Francs par habitant			
Valais	37	4	22
Romandie et Tessin	27	7	78
Sans GE et VD	46	12	86
Rapport Valais/...			
Romandie et Tessin	env. 1.4	env. 0.6	env. 0.3
Sans GE et VD	env. 0.8	env. 0.3	env. 0.3

* Estimation : 9-10 millions. 10 sont retenus ici.

** Estimation : 5-6 millions ; 6 sont retenus ici.

III.12 Le subventionnement des hôpitaux

Les hôpitaux publics et reconnus d'intérêt public sont subventionnés. A plusieurs reprises, des propositions ont été formulées en vue de supprimer le subventionnement aux établissements hospitaliers et, en revanche, de subventionner ou les assureurs-maladie, ou les ménages modestes.

La suppression de la prise en charge par les pouvoirs publics d'une partie des coûts hospitaliers accroîtrait d'environ 40 % les primes d'assurance-maladie. Une ample partie de la population devrait être subsidiée. Maintes personnes en

seraient humiliées, tandis que le travail bureaucratique de redistribution d'assistance sociale serait fortement amplifié.

Si un retour au subventionnement des assureurs était retenu, ramenant pratiquement à la situation avant la LAMal, le coût des primes pourrait rester le même ; il faudrait alors verser aux assureurs-maladie les 5 milliards actuellement à charge des cantons et des communes, et qui sont affectés aux hôpitaux et aux EMS. Par ailleurs, un tel changement des modalités de financement donnerait lieu à d'âpres débats entre cantons et assureurs pour définir puis appliquer les critères de redistribution financière. Et cela reviendrait à confier aux assureurs la planification et le contrôle du système de santé !

Abandonner le système actuel de financement de l'hospitalisation — qui est équilibré et qui a fait ses preuves — est une idée folle, qui serait grosse d'inconvénients majeurs et enlèverait aux cantons la capacité de piloter le système.

III.13 Hôpital multisites : prolongement logique de la planification

L'intention de constituer des hôpitaux multisites est récente. Elle est cependant présente dans le rapport préliminaire de 1966, cité ci avant, comme alternative possible à la construction d'un hôpital unique pour le Haut-Valais. (*cf. point III.8*). Des accords de collaboration ont certes été conclus entre des établissements en vue de répartir certaines tâches ou de concentrer une activité spécifique dans un seul d'entre eux, par exemple la facturation et/ou l'administration. Toutefois, à notre connaissance, la volonté d'associer deux ou plusieurs établissements au sein d'une seule entité juridique est récente. En Suisse, les deux premiers hôpitaux multisites fonctionnent dès le 1er janvier 1998 : l'hôpital du Chablais ; Monthey et Aigle, et l'Hôpital de la Riviera : Samaritain à Vevey, Montreux et Mottex à Blonay. Pour ces deux hôpitaux multisites, le but consiste à construire, à terme, un seul hôpital. L'établissement multisites est donc en ce cas une solution transitoire. Ce n'est pas le cas d'autres propositions.

En ce qui concerne Payerne et Estavayer, villes de la Broye vaudoise et fribourgeoise distantes d'à peine dix kilomètres, le premier établissement fonctionnera comme hôpital de soins généraux aigus, le second comme centre de réadaptation et de traitement¹². Un fonctionnement multisites vient d'être conclu entre les trois hôpitaux du Sud fribourgeois (Riaz, Billens, Châtel-St-Denis) ; la construction d'un établissement régional pour environ 70 mille habitants aura lieu à Riaz, en remplacement de l'hôpital actuel, fort vétuste ; les deux centres deviendront des « centres de soins et de réadaptation ».

¹² A remarquer que, en votation pour une initiative populaire visant au maintien des hôpitaux de district, le district de la Broye s'était exprimé à environ quatre voix sur cinq en faveur du maintien de son hôpital. Un an plus tard, face au coût exorbitant d'une reconstruction de l'hôpital d'Estavayer, servant une population de moins de 20 mille habitants, des pourparlers sont engagés en vue d'une collaboration avec Payerne. Celui-ci accueille déjà environ un millier de Broyards fribourgeois. La décision est maintenant prise de créer un hôpital multisites.

Les trois hôpitaux de la République et canton du Jura ont déjà une administration commune avec le Centre de gestion hospitalière. Un projet de constitution d'un hôpital multisites sur le plan médical sera proposé cette année (1998).

Plusieurs projets de coopération ou de fusion sont en cours de réflexion et d'élaboration. Ainsi :

Exemples de projets de coopération effectués ou envisagés récemment dans le secteur de la santé publique

SG	L'hôpital de pédiatrie de St-Gall collabore avec l'hôpital cantonal de St-Gall dans les secteurs de l'anesthésie et de la radiologie. La clinique psychiatrique de Wil assure les tâches de lingerie pour deux autres hôpitaux régionaux.
ZH	La clinique Schulthess et le Balgrist coopèrent dans le domaine de l'orthopédie. Les hôpitaux de Wald et de Rüti vont coopérer. L'hôpital de Wädenswil sera intégré à celui de Horgen .
JU	Les hôpitaux de Porrentruy , Saignelégier et Delémont disposent d'un conseil d'administration et coopèrent au niveau des services internes.
GR	A Coire , trois hôpitaux pour soins aigus et une clinique psychiatrique travaillent ensemble dans le cadre de la « conférence de coordination pour le paysage hospitalier de Coire ».
BE	Dans l'Oberland bernois, les hôpitaux de Thoune , Zweisimmen , Wattenwil , Hohmad et la clinique d'altitude de Heiligenschwendi préparent un projet de coopération très étroite. Il en est de même pour Frutigen et Erlenbach , Münsingen et Oberdiessbach , Riggisberg et Schwarzenburg , Berthoud et Langnau . Une fusion est prévue dans la région de la Haute-Argovie entre les hôpitaux de Langenthal , Huttwil , Herzogenbuchsee et Niederbipp . L'hôpital de district d' Aarberg coopère avec la clinique privée de Linden dans le domaine IRM.
BS/BL	La clinique pédiatrique de l'hôpital cantonal de Bruderholz et l'hôpital pédiatrique de Bâle prévoient une collaboration avec Lörrach .
VD/FR/VS	Des coopérations sont prévues par les hôpitaux de Ste-Croix et Yverdon , Montreux , Vevey et Mottex , ainsi que Monthey et Aigle (coopération intercantonale !). La fusion a déjà eu lieu entre Payerne et Estavayer (également intercantonale).
ZG	L'hôpital cantonal de Zoug et l'hôpital de Baar travaillent en coopération.

Source : ATAG et Young, bulletin 4/97, p. 24, Article de Balz Ryf.

La désignation et le travail de deux commissions valaisannes pour étudier les possibilités d'hôpitaux multisites dans le Haut-Valais entre Brigue et Viège, et pour les trois zones actuelles de Sierre, Sion et Martigny, sont vraiment le prolongement de la planification entreprise dans le canton dès 1966 et dans la droite ligne de la planification requise par la LAMal.

III.14 Définition d'un 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 seule organisation administrative, avec un budget global géré par une direction générale, et d'un collège médical intersites. Les sites fonctionnent en réseau, en instituant des liens avec les médecins praticiens, les établissements et les centres médico-sociaux 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, 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.

Ce chapitre a présenté quelques aspects du système de santé et de la planification en Suisse et en Valais. Le chapitre IV met en évidence l'évolution de quelques paramètres dans le canton du Valais, en comparant quelques-uns d'entre eux à l'ensemble helvétique et à divers cantons.

Chapitre IV

Évolution de quelques indicateurs médicaux, hospitaliers et médico-sociaux en Valais, 1950-1965-1990-1997 Comparaisons avec la Suisse et des cantons

Ce chapitre montre l'évolution de divers indicateurs depuis 1950 ou de 1990 à 1997 en Valais. Quelques comparaisons sont faites avec la Suisse ou divers cantons. Seules les tendances principales sont signalées.

IV. 1 Nombres et densités de médecins libres praticiens Valais et Suisse de 1950 à 1996

Le nombre et la densité de médecins installés en libre pratique augmentent fortement depuis 1975. Le mouvement à la hausse se poursuivra au moins durant deux, voire trois décennies du siècle prochain.

La population croît fortement de 1950 à 1974, période d'importante immigration en Suisse. Le nombre de médecins praticiens évolue pratiquement au même rythme. Aussi la densité stagne-t-elle jusque vers 1970. Après la récession du milieu des années septante, le nombre d'habitants augmente faiblement, tandis que les médecins sont de plus en plus nombreux à s'installer en libre pratique. La densité s'accroît dès lors rapidement.

En Valais, la densité médicale en 1950 est inférieure d'environ 1/3 à la moyenne helvétique : 61 praticiens pour 100 000 habitants, respectivement 89 en Suisse. Mais le nombre de médecins qui s'installent en cabinet privé croît à un rythme plus rapide en Valais ; la densité s'approche de la moyenne suisse dès la fin de la décennie quatre-vingt. En 1996, respectivement 159 et 179 libres praticiens pour 100 000 habitants.

IV. 2 Nombres et densités de médecins dentistes Valais et Suisse de 1950 à 1996

La densité de médecins dentistes en pratique privée en Valais est de 19 médecins pour 100 000 habitants en 1950, la moitié de la densité helvétique. Elle est de 37 en 1990 et de 38 en 1996, soit les 3/4 de la densité suisse.

Comme pour les médecins praticiens, le Valais enregistre une croissance du nombre de médecins dentistes qui le rapproche de la moyenne helvétique.

Tableau No IV.1

**Nombres et densités de médecins libres praticiens
Valais et Suisse, de 1950 à 1996**

Valais	1950	1965	1972¹	1989¹	1996	1996 72 = 100
Praticiens	97	124	162	348	428	—
<i>Indices</i>	<i>100</i>	<i>128</i>	<i>167</i>	<i>359</i>	<i>441</i>	<i>264</i>
Densité ²	61	65	78	146	159	—
<i>Indices</i>	<i>100</i>	<i>107</i>	<i>128</i>	<i>239</i>	<i>261</i>	<i>204</i>
Hab./Médecin	1640	1540	1280	685	630	—
Suisse						
Praticiens	4190	5174	5897	10169	12711	—
<i>Indices</i>	<i>100</i>	<i>137</i>	<i>141</i>	<i>243</i>	<i>303</i>	<i>216</i>
Densité ²	89	87	94	154	179	—
<i>Indices</i>	<i>100</i>	<i>98</i>	<i>106</i>	<i>173</i>	<i>201</i>	<i>190</i>
Hab./Médecin	1130	1150	1060	650	560	—
Densité VS/CH	0.67	0.75	0.83	0.95	0.89	—

1 Les années 1972 et 1989 sont retenues, car les deux principales analyses de démographie médicale en Suisse et dans les cantons ont été effectuées ces années-là, qui servent de référence : B. Junod, *Démographie médicale*, 4 fascicules, IUMSP, Lausanne, 1974-1977, et P. Gilliland et al., *Démographie médicale en Suisse, 1900, 1992, 2020*, Réalités sociales, Lausanne, 1991.

2 Pour 100 000 habitants (population résidante).

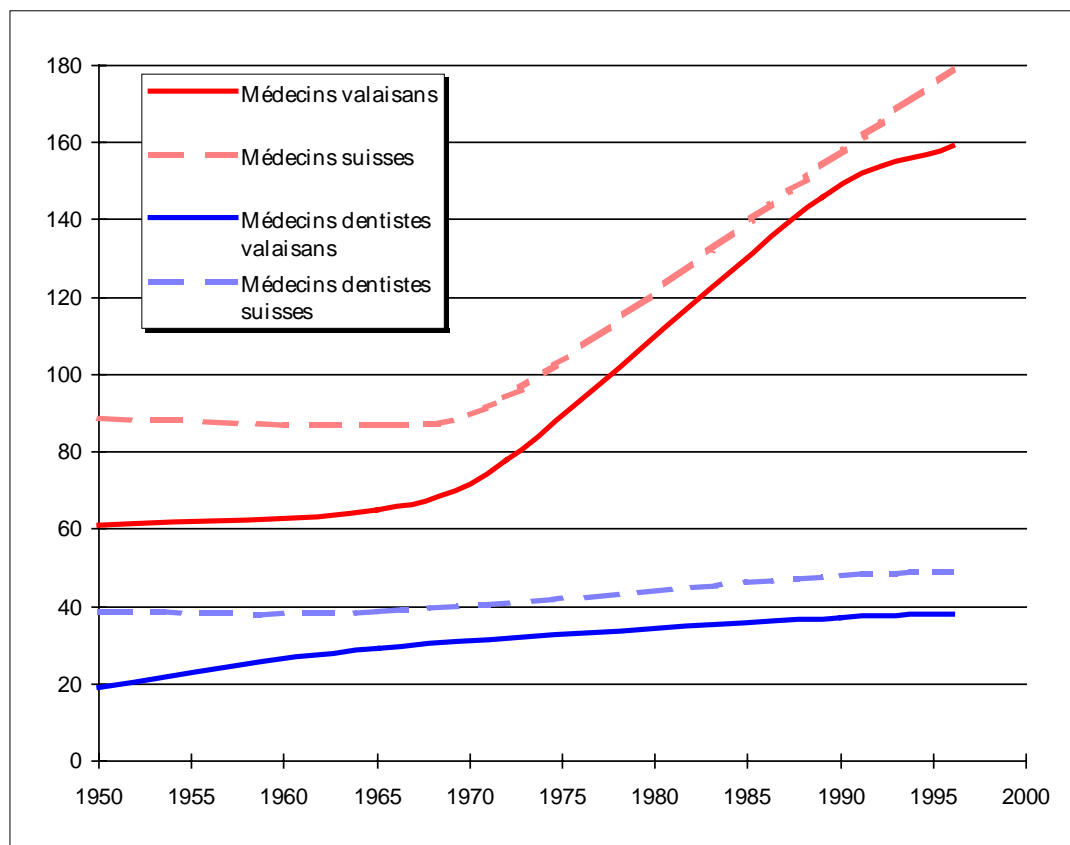
Tableau No IV.2

Nombres et densités de médecins dentistes, Valais et Suisse, de 1950 à 1996

Valais	1950	1965	1990	1996	1996 1950 = 100
Nombres	31	55	94	103	332
Densité	19	29	37	38	200
Suisse					
Nombres	1861	2336	3268	3460	186
Densité	39	39	48	49	126
Densité VS/CH	0.49	0.74	0.79	0.78	—

Figure No IV. 1

Densités de médecins praticiens et de médecins dentistes, Valais et Suisse, de 1950 à 1996



IV. 3 Nombres et densités de pharmacies

L'évolution de la densité de pharmacies en Valais enregistre une légère régression de 1950 à 1965 ; puis elle augmente sensiblement à 39 pour 100 000 habitants en 1990, pour baisser à 37 en 1996.

La pratique de la propharmacie est fort répandue en Suisse alémanique. Aussi la densité de pharmacies en Valais est-elle supérieure à celle de la Suisse ; l'écart tend à croître.

En 1996, le Valais compte une pharmacie pour environ 2720 habitants, la Suisse une pour 4550.

Tableau No IV.3

Nombres et densités de pharmacies, Valais et Suisse, de 1950 à 1996

Valais	1950	1965	1990	1996	1996 1950 = 100
Nombres	37	41	98	100	270
Densité (100 000 hab.)	23	21	39	37	161
Suisse					
Nombres	929	1129	1536	1579	170
Densité (100 000 hab.)	20	16	23	22	110
Densité VS/CH	1.15	1.31	1.70	1.68	—

IV.4 Indicateurs hospitaliers en soins généraux, canton du Valais en 1950, 1965, 1990 et 1997

En 1950, en Suisse et en Valais, les infrastructures hospitalières sont peu fonctionnelles, voire vétustes et le recours aux soins est encore limité. Une importante partie de la population n'est pas assurée pour la maladie. En 1965, le développement hospitalier s'est amorcé ; les coûts commencent à augmenter de manière sensible ; quelques cantons d'abord, puis la plupart vont restructurer leur réseau. De 1965 à 1990, le recours s'accroît, les techniques médicales se perfectionnent, les coûts enflent. Dès 1990, la stagnation économique entraîne une rationalisation ; la LAMal — avant même son entrée en vigueur — amène les cantons à prendre des mesures en vue de maîtriser les coûts, tandis que la gestion hospitalière devient plus stricte. Les indicateurs du tableau sont explicites de cette évolution.

Les indices sont égalés à 100 pour l'année 1965 — la situation étant trop différente en 1950. Les augmentations et diminutions de 1990 à 1997 sont signifiées dans la dernière colonne du tableau. A remarquer ceci : en 1950 et 1965, les établissements de soins généraux hospitalisent des malades de gériatrie, voire de long séjour ; la distinction, alors, n'est pas faite. En revanche, pour 1990 et 1997, seuls les services de soins aigus sont dénombrés.

En Valais, la population a grandement augmenté de 1965 à 1997 — soit une période de 32 ans : 42 % (Suisse : 20 %).

Le nombre de lits des hôpitaux généraux double de 1950 à 1965, puis reste presque semblable en 1990, tandis que les mesures de planification le diminue d'environ un quart durant la dernière période de 7 ans. L'indicateur lits/population avait régressé d'un quart de 1965 à 1990 ; il baisse de 29 % de 1990 à 1997.

Le nombre des admissions s'est multiplié 2.4 fois de 1950 à 1965, puis augmente de plus de moitié de 1965 à 1990 ; pratiquement, il stagne depuis. Le taux d'hospitalisation, après un bond durant la première période, augmente ensuite puis amorce une baisse de 10 % ces sept dernières années. L'écart

entre la sortie d'un patient et l'admission d'un autre, relativement à un lit (intervalle de non-occupation), est devenu très faible : 1.5 jour seulement.

Les journées d'hospitalisation suivent une courbe semblable, mais plus accentuée : doublement, stagnation, puis décline importante : moins un quart en 7 ans. La population ayant augmenté, le nombre de journées par an et par habitant présente une courbe plus prononcée encore ; moins un tiers durant la dernière période où le nombre de malades hospitalisés en moyenne journalière diminue de un quart ; ce sont des signes d'un changement manifeste de gestion et de pratique des soins. La diminution se poursuit en 1998.

En moyenne journalière, les hôpitaux valaisans dénombrent 466 malades en 1950, 990 en 1965, puis 1034 en 1990 ; il baisse d'un quart de 1990 à 1997, où le nombre atteint 772. La durée de séjour a elle aussi baissé d'un quart en sept ans. Malgré la diminution du nombre de lits, le taux d'occupation a aussi faibli. Et les diminutions seront sensibles encore en 1998.

En francs courants, le coût global d'exploitation en 1950 est de 3.2 millions seulement ! Mais en francs constants, en utilisant par simplification l'indice général des prix à la consommation, le montant est alors de 13.7 millions (valeur 1997). Cependant, en valeur comparable, la dépense globale triple en 15 ans, puis fait plus que sextupler en 25 ans, pour diminuer de 6 % environ ces 7 dernières années. Les 219.2 millions de 1990, indexés, représentent en effet environ 260 millions en valeur 1997, pour 245 millions en 1997. Le coût par jour a continué d'augmenter, durant cette récente période, même en francs constants : un quart environ, tandis que le coût par patient diminuait légèrement, la durée moyenne de séjour s'étant encore raccourcie. Le coût par habitant passe de 877 à 900 francs de 1990 à 1997, soit + 3 % seulement en valeur courante et -13 % en valeur comparable. L'effort valaisan est là aussi patent, car des disciplines cantonalisées nouvelles ont été mises en oeuvre durant cette période : cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque.

Les principaux indicateurs hospitaliers sont récapitulés pour 1950 et 1965 (d'après le rapport préliminaire de planification de 1966, op. cit.), puis pour 1990, — année qui représente un « tournant » en matière d'hospitalisation en soins généraux — ainsi qu'en 1997, dernière année disponible (d'après les annuaires statistiques du service de la santé publique).

Se reporter au tableau No IV.4, page suivante.

Tableau No IV.4
Indicateurs hospitaliers en soins généraux¹
Canton du Valais en 1950, 1965, 1990 et 1997

Rubriques / Années	1950 ⁷	1965	1990	1997	1990-1997 var. %
Population ² , milliers d'habitants	159.2	192.0	249.8	272.3	9.0
<i>Indices</i>	83	100	130	142	
Lits	635	1225	1191	917	-23
<i>Indices</i>	52	100	97	75	-
Lits / Population, en o/oo	4.0	6.4	4.8	3.4	-29
<i>Indices</i>	63	100	75	53	-
Admissions - Sorties ³ , milliers	9.5	23.1	36.0	35.3	-2
<i>Indices</i>	41	100	156	153	-
Taux d'hospitalisation, o/oo	60	120	144	130	-10
<i>Indices</i>	50	100	120	108	-
Journées, milliers	170.0	361.5	377.4	281.7	-25
<i>Indices</i>	47	100	104	78	-
Jours par an pour 100 habitants	106	188	151	103	-32
<i>Indices</i>	56	100	80	55	-
Malades, en moyenne journalière	466	990	1034	772	-25
<i>Indices</i>	47	100	104	78	-
Rotation, pour 100 lits	1496	1886	3024	3847	27
<i>Indices</i>	79	100	160	204	-
Taux d'occupation, en %	73.0	80.9	86.8	84.2	-3
<i>Indices</i>	90	100	107	104	-
Durée moyenne de séjour ⁴ , jours	17.8	15.7	10.5	8.0	-24
<i>Indices</i>	113	100	67	51	-
Intervalle de non occupation ⁵ , jours	7.9	3.7	1.6	1.5	-6
<i>Indices</i>	214	100	43	41	-
Dépenses globales d'exploitation, millions	3.2	12.8	219.2	245.0	12
<i>Indices</i>	25	100	1713	1914	-
<i>Indices, francs constants⁶</i>	33	100	639	603	-6
Coût par jour *, francs	18.6	35.2	581	870	50
<i>Indices</i>	53	100	1651	2472	-
<i>Indices, francs constants⁶</i>	71	100	614	777	27
Coût par patient*, francs	333	552	6086	6946	14
<i>Indices</i>	60	100	1103	1258	-
<i>Indices, francs constants⁶</i>	82	100	410	396	-4
Coût par habitant, francs	19.9	66.4	877	900	3
<i>Indices</i>	30	100	1321	1355	-
<i>Indices, francs constants⁶</i>	40	100	490	426	-13
Indices des prix à la consommation	159.1	214.8	577.5	683.4	18
<i>Indices</i>	74	100	269	318	-

Sources : Planification hospitalière, rapport préliminaire, Sion 1966, et Annaires statistiques sur la santé publique, 1990 et 1997

N.B. Les notes sont à la page suivante.

Notes du tableau No IV.4

1. Voir les explications dans le texte sur le contenu de « soins généraux », qui diffère grandement en 1950-65 et 1990-97 respectivement.
 2. Population : recensements fédéraux en 1950 et 1990, statistique progressive en 1965 et 1997.
 3. Admissions ou sorties, par hypothèse nombres semblables (en fait, peu de différence).
 4. Durée en jours ; les jours d'entrée et de sortie sont compris.
 5. Durée qui sépare la sortie d'un malade de l'entrée du suivant, en rapport avec un lit (non occupé durant... jours).
 6. Les montants sont recalculés en francs 1997, en utilisant par simplification l'indice général des prix à la consommation. Dépenses d'exploitation : millions. Coûts par jour, par patient et par habitant, en francs.
 7. Les données de 1950 sont recalculées sur la base des indices du rapport de planification hospitalière de 1966. Les résultats sont arrondis.
- * NB : Les coûts par jour et par patient sont calculés sur la base des dépenses globales d'exploitation, car les données de 1950 et 1965 ne sont pas ventilées entre la part "stationnaire" et la part ambulatoire. Coût par habitant, idem.

IV.5 Journées de malades dans les établissements hospitaliers du Valais, de 1990 à 1997 (1998)

En Valais, le nombre global de journées d'hospitalisation culmine en 1990. Il baisse régulièrement depuis. Le Tableau IV.5 et des figures manifestent clairement cette tendance générale.

Hôpitaux de soins aigus : De 377 milliers en 1990, le nombre de journées régresse à 282 mille en 1997, et sera probablement inférieur à 250 mille en 1998, soit une diminution de un quart en 7 ans, plus d'un tiers en 8 ans selon l'estimation pour 1998. Par année et pour 100 habitants, en comprenant les séjours à la Clinique de Valère, le nombre de journées d'hospitalisation baisse de 161 jours en 1990 et de 109 en 1997, autour de 95 en 1998. La chute est nette : un tiers en 7 ans. Une baisse sensible est attendue en 1998 : deux cinquièmes en 8 ans.

Soins gériatriques et psychogériatriques : Le nombre s'élève de 131 à 136 mille de 1990 à 1991, puis diminue à 125 en 1995, pour être de 128 mille en 1997. La baisse est de 2 % en 7 ans : une quasi-stabilité. Le nombre de jours par an et pour 100 habitants diminue, puisque le nombre de résidents en Valais a augmenté : 54 jours et 47 jours de 1990 à 1997.

Centre valaisan de pneumologie : De l'ordre de 31 mille journées environ en 1990, le nombre augmente à 33 en 1993, pour amorcer une tendance à la baisse : 28 mille en 1997 ; soit -10 % en 7 ans. Le nombre de jours pour 100 habitants fléchit de 23 % de 1990 à 1997.

Psychiatrie : La forte diminution du nombre des journées d'hospitalisation qui a débuté durant la décennie septante se poursuit : près de 71 mille journées en 1990, 49 mille en 1997 ; la baisse est supérieure à -30 %. Cependant, des malades qui relèvent de la psychiatrie sont hospitalisés dans des établissements de soins aigus (cf. revues d'hospitalisations ; causes Chap. IX). L'indicateur des jours d'hospitalisation pour 100 habitants baisse fortement, passant de 29 à 18 de 1990 à 1997, soit -38 % en 7 ans.

Figure No IV. 2
Indicateurs hospitaliers de 1950 à 1965, 1990 et 1997

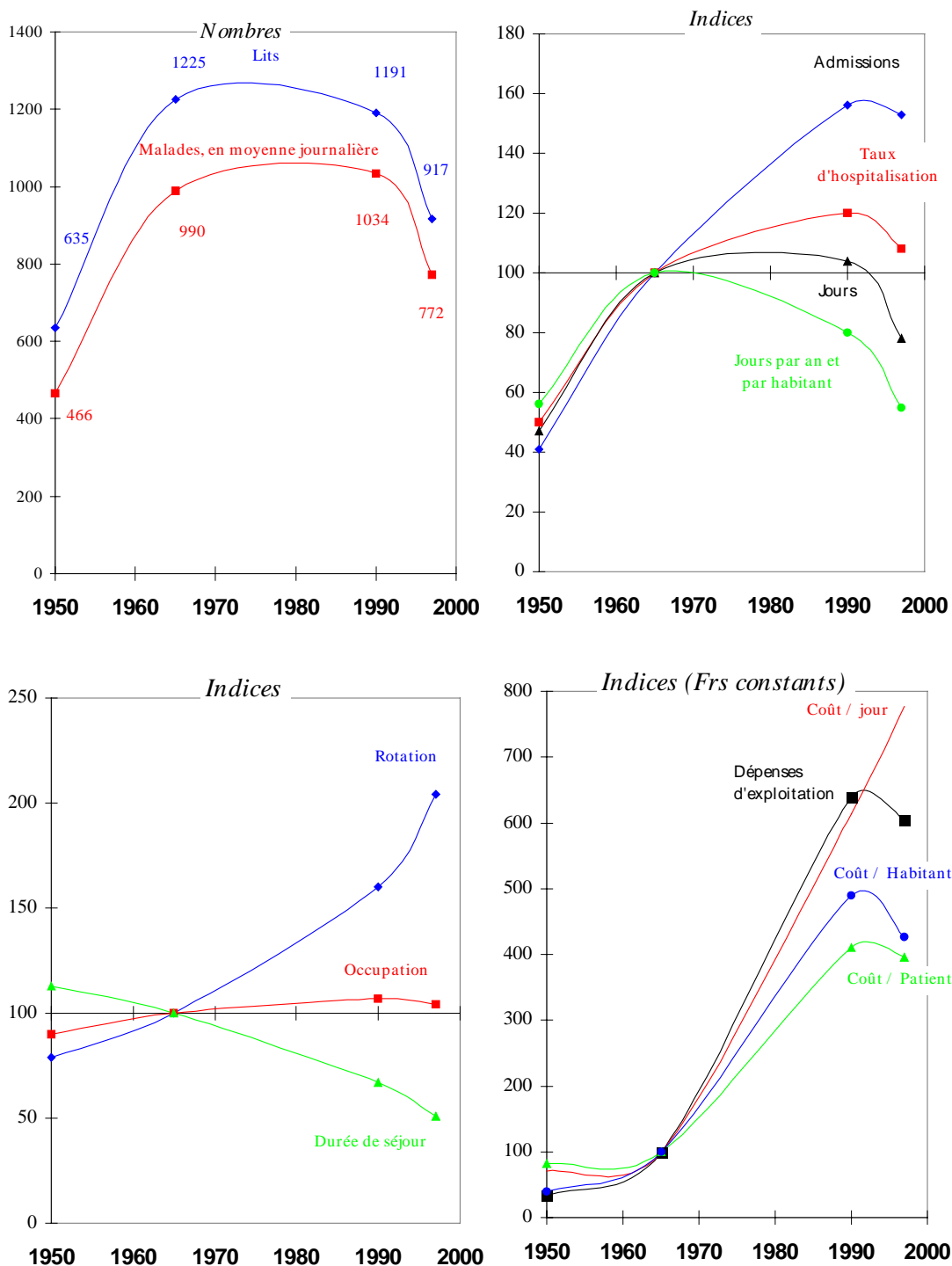


Figure No IV.3
Indicateurs hospitaliers de 1990 à 1997. Journées par type d'établissement et dépenses brutes (totaux Frs courants et constants)

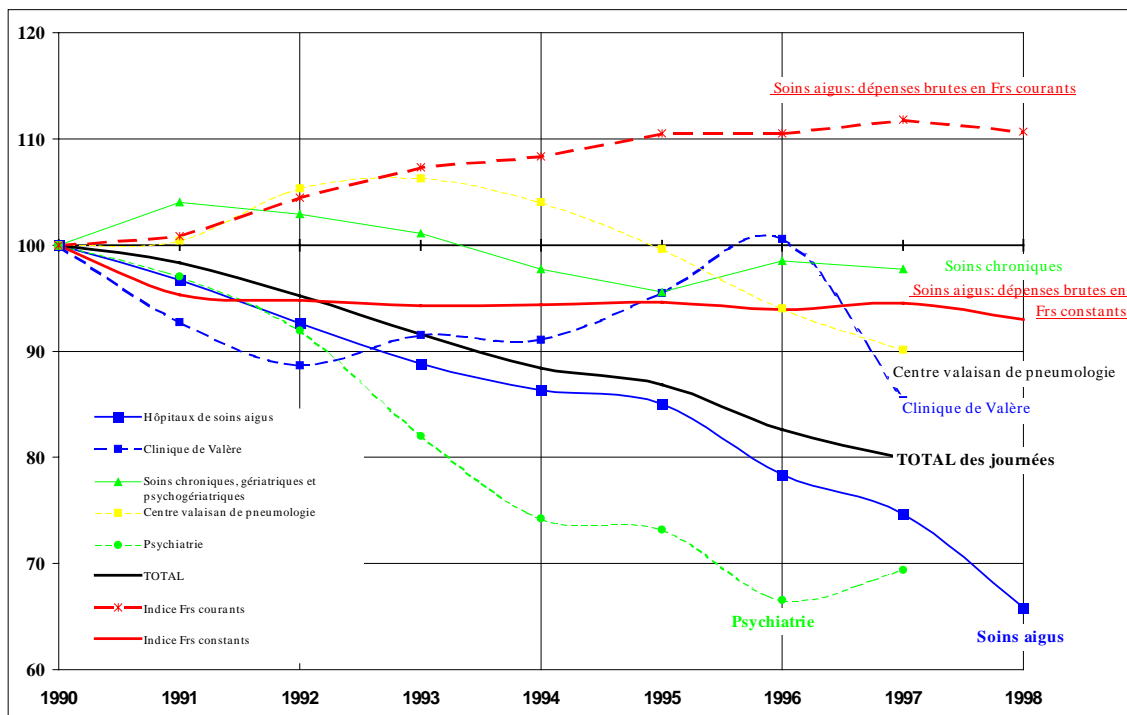


Figure No IV.4
Établissements valaisans : cumul des journées de malades de 1990 à 1997

Évolution de quelques indicateurs : 1950-1965-1990-1997

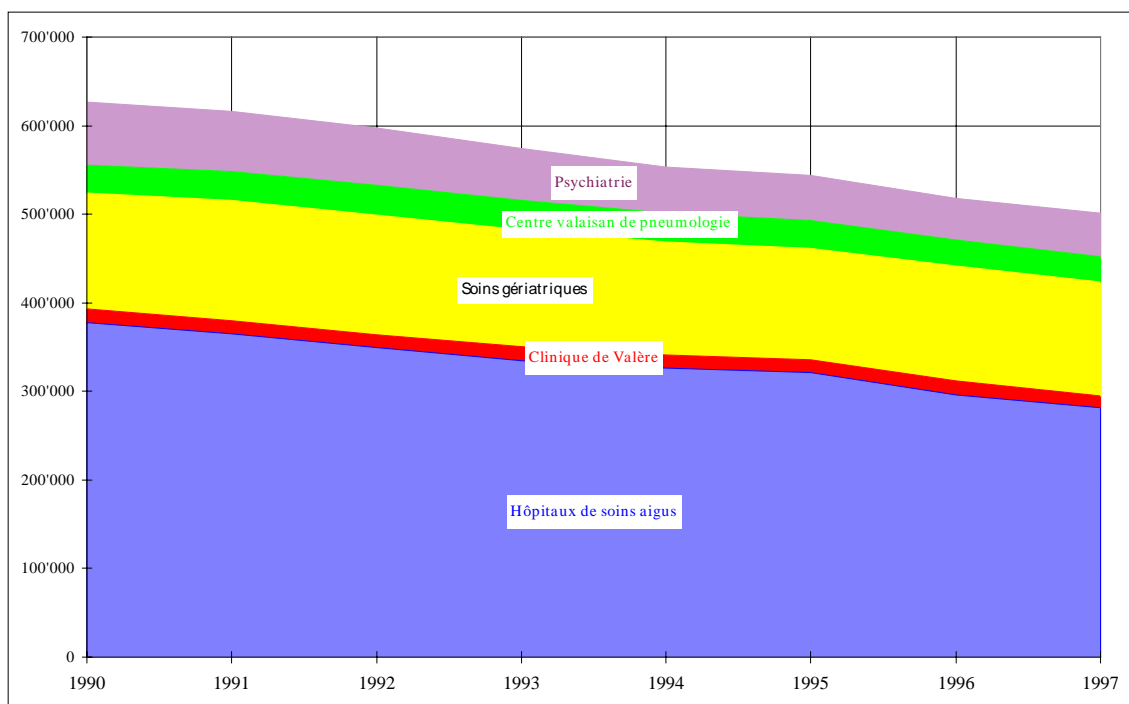


Tableau No IV.5

Canton du Valais : Nombre de journées-malades (en milliers) dans les établissements hospitaliers et indices (1990 = 100.0), de 1990 à 1997-1998. Journées par an et pour 100 habitants

Évolution de quelques indicateurs : 1950-1965-1990-1997

	<u>1990</u>	<u>1991</u>	<u>1992</u>	<u>1993</u>	<u>1994</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u> ¹
A. Soins aigus - Hôpitaux et Clinique de Valère									
Nb journées	377.4	365.0	349.7	335.3	325.9	320.8	295.9	281.7	(248.5)
Indices	100.0	96.7	92.7	88.9	86.4	85.0	78.4	74.6	(65.8)
Nb j. Valère	16.2	15.0	14.4	14.8	14.8	15.5	16.3	13.9	(13.9)
Indices	100.0	92.7	88.7	91.5	91.1	95.5	100.6	85.4	(85.4)
Par an et	161	151	141	134	128	125	115	109	(95)
100 habitants ²	100.0	93.8	87.6	83.2	79.5	77.6	71.4	67.7	(59.0)
(yc Valère)									
B. Soins chroniques, gériatriques et psychogériatriques - 7 hôpitaux et La Souste									
Nb journées	131.0	136.3	134.8	132.4	128.0	125.2	129.1	128.1	
Indices	100.0	104.1	102.9	101.1	97.7	95.6	98.5	97.8	
Par an et	54	54	52	50	48	46	48	47	
100 habitants ²	100	100	96	93	89	85	89	87	
C. Centre valaisan de pneumologie, Montana									
Nb journées	31.5	31.6	33.2	33.5	32.8	31.4	29.6	28.4	
Indices	100.0	100.4	106.2	104.1	99.6	94.0	90.1		
Par an et	13	13	13	13	12	12	11	10	
100 habitants ²	100	100	100	100	92	92	85	77	
D. Psychiatrie - 2 établissements									
Nb journées	70.6	68.5	64.9	58.0	52.4	51.7	47.3	49.0	
Indices	100.0	97.0	91.9	82.1	74.2	73.2	66.6	69.4	
Par an et	29	27	25	22	20	19	17	18	
100 habitants ²	100	93	86	76	69	66	59	62	
Total de journées-malades									
Nb journées	626.8	616.4	597.0	574.1	553.9	544.6	517.9	501.0	
Indices	100.0	98.4	95.3	91.6	88.4	86.9	82.6	79.9	
Par an et	257	245	231	219	208	202	191	184	
100 habitants ²	100.0	95.3	89.9	85.2	80.9	78.6	74.3	71.6	

¹ 1998 : six mois d'observation, de janvier à juin. Extrapolation à l'année

² Avec la population résidente permanente (OFS) (ne tient pas compte du mouvement hors Valais ou d'autres cantons et de l'étranger dans des établissements valaisans). L'indicateur est en jours pour 100 habitants.

Le tableau IV. 5 comprend l'ensemble des établissements hospitaliers (sans les EMS) Il dénombre 627 mille journées en 1990. On peut parler de « décrue », puisque le nombre baisse à 501 mille en 1997, soit -20 % en 7 ans. Le nombre sera vraisemblablement compris entre 460 et 470 mille en 1998. Pour 100 habitants et par année, on assiste à une baisse tendancielle nette : 257 jours en 1990, 184 en 1997 et de l'ordre de 170 jours probablement en 1998.

Tableau No IV.6

Charges brutes d'exploitation des hôpitaux généraux de soins aigus, en millions de francs, de 1990 à 1997

Hôpitaux	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Monthey	23.2	23.3	24.3	25.2	25.5	26.5	27.3	27.8
indices	100	100	105	109	110	114	117	120
St. Amé	5.2	5.0	5.4	5.9	5.5	5.2	-	-
indices	100	96	104	113	106	101	-	-
Martigny	35.7	33.9	34.5	35.6	34.7	35.0	36.5	36.8
indices	100	95	97	100	97	98	102	103
Sion	67.5	68.9	72.0	75.6	77.7	80.6	82.6	83.1
indices	100	102	107	112	115	119	122	123
Sierre	30.4	30.9	32.3	32.4	33.0	32.9	33.0	33.1
indices	100	102	106	107	109	108	109	109
Viège	30.4	32.0	31.9	31.3	32.1	32.7	33.1	34.5
indices	100	105	105	103	105	107	109	113
Brigue	26.8	27.0	28.5	29.3	28.9	29.4	30.0	29.6
indices	100	101	106	109	108	110	112	110
Total	219.2	221.1	228.8	235.2	237.4	242.4	242.4	245.0
indices	100	101	104	107	108	111	111	112

IV. 6 Les charges d'exploitation des hôpitaux généraux de soins aigus, Valais de 1990 à 1997

Les charges d'exploitation des hôpitaux sont récapitulées. Elles comprennent les montants en milliers de francs courants. De 219,2 millions en 1990, le montant global s'élève à 245 millions en 1997. L'augmentation est de 12 % en 7 ans. En francs constants de 1990, le montant baisse de 6 %.

St Amé change de mission. Aussi les années 1996 et 1997 ne sont pas comprises dans ce tableau. Les charges d'exploitation augmentent de 23 % à Sion en 7 ans. La progression est de 13 % à Viège ; elle est de 10 % à Brigue et de 3 % à Martigny, de 9 % à Sierre.

IV.7 Hospitalisations et flux de malades aigus en provenance d'autres cantons et de l'étranger

Des personnes domiciliées dans d'autres cantons que le Valais ou à l'étranger sont hospitalisées dans les hôpitaux valaisans. La plupart sont en visite ou sont des touristes en vacances ; ces malades ou accidentés restent en général peu de jours à l'hôpital. La proportion des patients non domiciliés en Valais est, en 1990 et pour les soins aigus, de 9.3 %, pour 6.4 % des journées, et respectivement de 9.5 % et 6.1 % en 1997. Les proportions sont presque les mêmes ; ces proportions ne devraient pas varier grandement dans le futur (tourisme, mouvements entre Aigle et Monthey).

IV.8 Hospitalisations hors du canton du Valais

En 1965, environ 2400 Valaisans ont été hospitalisés dans des établissements d'autres cantons. Ce nombre n'est pas exhaustif, mais proche de la réalité, car il comprend tous les hôpitaux universitaires suisses, ainsi que Aigle, Lavey-les-Bains, Vevey, Montreux, et même des cliniques privées vaudoises et l'hôpital cantonal de Lucerne ; soit un taux extérieur d'hospitalisation d'environ 1.3‰.

Les décomptes du Service de la santé de 1990 à 1995 comprennent la plupart des établissements cités ci-dessus (*cf. tableau IV.7*). De l'ordre de 3500 patients en 1990, dont 79 % dans des hôpitaux universitaires, le nombre baisse d'un quart pour atteindre 2640 5 ans plus tard, dont 78 % en milieu universitaire. Le taux d'hospitalisation hors canton diminue d'environ 1.4‰ en 1990 à 1‰ en 1995, soit 0.5 point de ‰.

La diminution du nombre de journées est plus sensible encore : 38 400 en 1990, 25 500 en 1995 ; soit un tiers de moins en 5 ans (-34 %) ; la baisse proportionnelle est du même ordre de grandeur dans les hôpitaux universitaires. Pour 100 habitants, le nombre de jours d'hospitalisation hors canton baisse de 15.8 à 9.4 jours en 5 ans, soit 6.4 jours de moins, ou -40 %. Le développement de services spécialisés en Valais a contribué à limiter le nombre des hospitalisations extérieures.

En 1996 et 1997, les nombres concernent les autorisations d'hospitalisation hors canton, justifiées médicalement (LAMal) : 1300 et 1400 respectivement.

Ces nombres ne sont pas comparables aux précédents. (Le nombre des hospitalisations hors du Valais pour des raisons « de commodité » ne sont pas connus).

Avec la mise en vigueur de la LAMal, les pouvoirs publics doivent contribuer au financement des hospitalisations hors du canton de domicile, lorsqu'elles sont justifiées par des raisons médicales (non-disponibilité des services spécialisés dans le canton, urgences) et quand le séjour a lieu dans les divisions générales (chambre commune) d'hôpitaux publics ou subventionnés (cf. III.10 et III. 11). Les autorisations concernent surtout des cas qui requièrent des équipes et des interventions de pointe, ou des prestations spécifiques non disponibles en Valais, ou encore des urgences survenant à l'extérieur du Valais. Pour 1997, un tiers des journées facturées l'ont été au CHUV, près d'un quart à l'Inselspital, un septième à l'Hôpital cantonal de Genève. Soit 72 % dans ces trois hôpitaux universitaires et 28 % dans d'autres établissements, pour un coût de participation cantonale proche de 9 millions.

Tableau No IV.7

Nombres des admissions et des journées d'hospitalisation de personnes domiciliées en Valais dans des établissements sis hors du canton, en 1965 et de 1990 à 1995. Nombres d'autorisations en 1996 et 1997

Années	Hôpitaux universitaires						Totaux observés ¹			
	Admissions			Journées			Admissions		Journées	
	Nbre	Indices	%	Nbre	Indices	%	Nbre ²	Indices	Nbre ²	Indices
1965	1480	(53)	62				2390	(68)		
1990	2780	100	79	29670	100	77	3500	100	38420	100
1991	2740	99	80	28110	95	80	3430	98	34970	91
1992	2680	96	79	27300	92	78	3410	97	34870	91
1993	2550	92	80	24590	83	76	3160	90	32380	84
1994	2390	86	80	20540	69	77	2980	85	26790	70
1995	2070	74	78	19700	64	77	2640	75	25510	66
1996	-	-	-	-	-	-	1300 *	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	1400 *	-	-	-

1. Nombres des relevés. Proches des totaux réels

* Autorisations

2. Nombres observés = 100 %

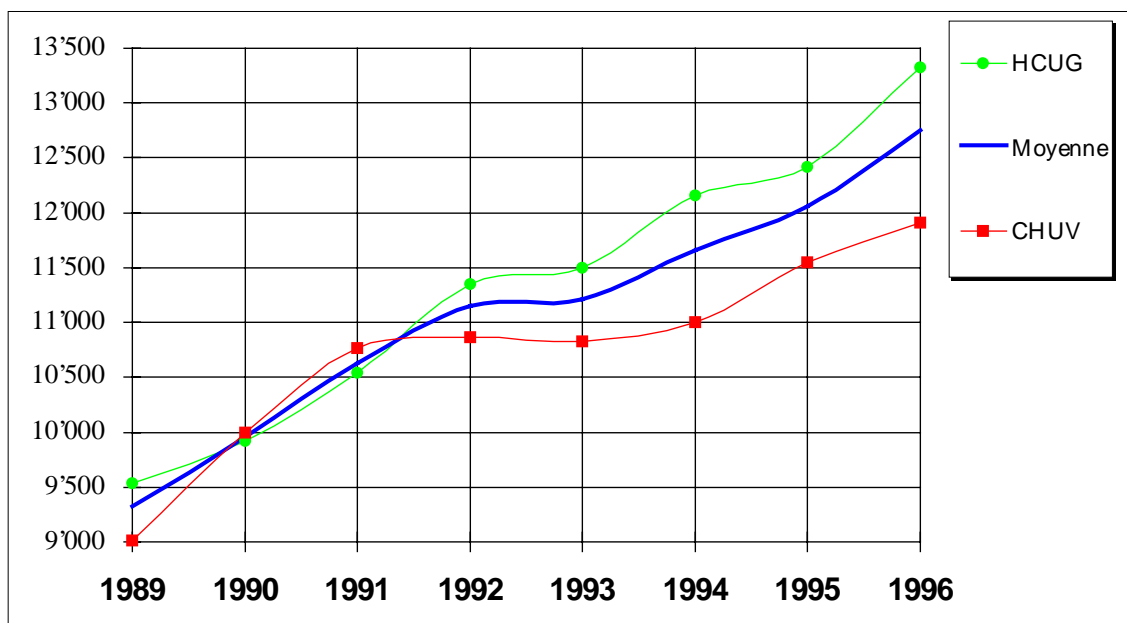
IV.9 Flux de patients entre cantons Une analyse de la CDS, 1992-1995

Une analyse établie par un groupe de travail de la CDS (octobre 1997) a calculé le nombre de journées par an pour 1000 habitants concernant les personnes hospitalisées dans et hors de leur canton de domicile, de 1992 à 1995, dans les établissements subventionnés et privés à but lucratif. L'effort du Valais en vue de soigner dans ses propres hôpitaux est patent ; il a été rendu possible par la mise en œuvre de services nouveaux. Relativement à 1000 habitants, les nombres de jours sont les suivants, respectivement de 1992 à 1995 : 154, 143, 137 et 134. Ce qui confirme la tendance du tableau IV.7.

Le coût moyen par cas dans les hôpitaux universitaires est fort élevé. Or la moyenne comprend de nombreux « cas simples » du canton de domicile où se situe l'hôpital universitaire (à Genève, c'est le seul hôpital de soins généraux). Les malades provenant d'autres cantons — ainsi le Valais — envoient des « cas complexes » plus coûteux que la moyenne. Il faut s'attendre à ce que les cantons universitaires requièrent désormais des contributions financières plus élevées pour les malades provenant des cantons sans services universitaires, afin de couvrir leurs frais.

Outre le coût direct pour les pouvoirs publics et les caisses-maladie du Valais, ce sont des retombées économiques qui n'ont pas lieu dans le canton. Certes, maints patients doivent être hospitalisés en milieu universitaire. Cependant, le Valais a tout intérêt à investir en équipements et à traiter ses ressortissants malades ou accidentés dans les hôpitaux sis sur son territoire. D'autre part, un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) exige une participation des pouvoirs publics du canton de domicile également pour les hospitalisations extérieures en divisions privée et semi-privée. (*cf. III.10*). En conséquence, chaque fois que cela est possible, à savoir en assurant la qualité des prestations et la sécurité des malades, dans la mesure où une « masse critique » peut être atteinte, un canton doit chercher à dispenser les soins dans les établissements situés sur son territoire, et donc à assurer les services compétents. Le Valais a les capacités de répondre à une partie des besoins encore couverts actuellement par des hôpitaux universitaires.

Figure No IV.5

Évolution du coût par cas et par année, hôpitaux universitaires, HCU Genève et CHUV Lausanne, 1989-1996

Source : communication de l'institut de santé et d'économie, Lausanne, mai 1998.

IV.10 Des maisons de vieillards aux établissements médico-sociaux

En 1965, le Valais dénombre quelque 750 lits dans onze maisons de vieillards. Ces établissements sont occupés pratiquement à 100 %. Cela représente 3.9 lits par millier d'habitants, ou 4.7 % par rapport à la population de plus de 65 ans. « La plupart de ces maisons sont en fait des constructions non conçues pour recevoir des personnes âgées et dont l'état de vétusté est inadmissible. Le manque d'infirmières est patent : 1 pour plus de 75 vieillards, soit 10 au total. En cas de maladie, le recours à l'hospitalisation devient dès lors une nécessité. Les refus d'admissions par manque de places semblent nombreux. Les prix de pension sont dérisoires. Plusieurs maisons hébergent des malades chroniques, voire des alcooliques et des débiles mentaux, ce qui constitue une promiscuité pénible pour les vieillards valides et lucides (...). Les hôpitaux comptent environ 190 lits occupés par des malades chroniques, soit environ 1 lit par millier d'habitants (1.2 % par rapport à la population de plus de 65 ans). Ces lits sont répartis dans les services de médecine (...). Malévoz et Sanaval comptent également des malades chroniques »¹³.

Cette citation souligne combien, à l'époque et tant en Valais que dans la plupart des cantons, la conception était asilaire. Les vieillards malades séjournaient à l'hôpital, parfois pour de longues durées. Les changements ont

¹³ Planification hospitalière de 1966, *op. cit.*, pp. 40-41.

été profonds, les améliorations importantes. Des établissements médico-sociaux (EMS) ont été construits. En 1997, le canton du Valais dénombre ¹⁴ :

- 1890 lits dans des EMS subventionnés, soit 6.9 lits par millier d'habitants ou 5.2 lits pour 100 personnes de plus de 65 ans ;
- 264 lits dans des EMS privés, soit près de 1.0 lit par millier d'habitants ou 0.7 lit pour 100 résidents de plus de 65 ans.
- Au total, 2154 lits, respectivement 7.9 lits par millier d'habitants ou 5.9 lits pour 100 résidents âgés.

Cet indicateur de 5.9 lits pour cent résidents de plus de 65 ans est inférieur à la moyenne helvétique, mais similaire à celui de cantons comme Genève et Vaud.

L'âge d'admission tend à s'élever. En 1997, il varie de 78 ans à 88 ans selon les institutions ; il est de 83 ans en moyenne. 42 % des 703 entrées sont le fait de personnes qui viennent de leur domicile ; 16 % sont transférées d'un hôpital de soins aigus, 35 % d'un service de gériatrie. La plupart des « pensionnaires » sont dans un établissement situé dans leur district d'ancien domicile.

Le degré de dépendance des personnes hébergées tend à croître. 7 % sont valides, 40 % ont besoin de soins légers à moyens, 19 % de soins moyens et 33 % de soins importants. Il faut s'attendre à ce que les personnes valides ou nécessitant des soins légers deviennent de moins en moins nombreuses, et plus nombreuses en revanche les personnes dont le degré de dépendance est lourd.

668 personnes sont sorties en 1997 ; 16 % sont retournées à domicile, certaines ayant fait un court séjour ; 63 % sont décédées dans l'institution et 13 % à l'hôpital où elles avaient été transférées ; soit trois sorties sur quatre par décès ou suivies du décès après transfert. 8 % ont été transférées dans un hôpital de soins aigus ou en gériatrie ; une partie d'entre elles reviendront dans l'établissement médico-social, d'autres décéderont à l'hôpital au cours de l'année suivante.

La durée moyenne de séjour est de 3.1 ans (elle est plus longue si les personnes qui ont séjourné temporairement ne sont pas comprises). Avec 752 200 journées en 1997, ce sont en moyenne 2061 personnes qui sont hébergées en EMS. Soit un taux d'occupation de 95.7 %.

¹⁴ Un récent relevé effectué par le service de la santé publique aboutit à un nombre voisin de lits : 2156 au lieu de 2154. Le nombre des lits des EMS subventionnés baisse quelque peu tandis qu'il s'élève légèrement dans les EMS privés. Il augmente de 1235 à 1266 pour la région de Sierre, Sion et Martigny. Les indicateurs concernant les admissions et sorties, les âges, les durées, etc., sont similaires.

Examinons au chapitre V divers indicateurs sur la situation récente en Valais.

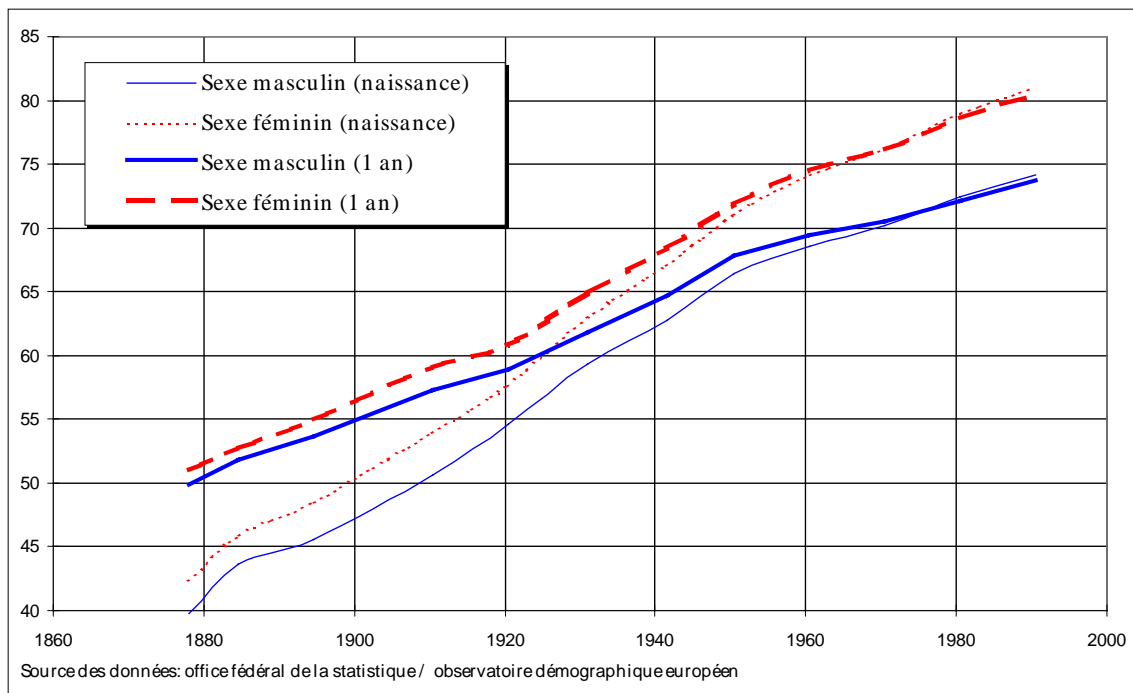
**Indicateurs sur la situation récente en Valais
Le réseau de santé et les coûts. Comparaisons avec la Suisse et les cantons**

Ce chapitre présente quelques aspects de la situation actuelle sur les espérances de vie à divers âges, la « consommation médicale » en Suisse, les coûts par cas d'hospitalisation pour quelques cantons, les primes d'assurance-maladie et les charges d'exploitation des hôpitaux et des EMS en Valais.

V.1 Espérance de vie à divers âges, Suisse et canton du Valais, autour de 1990

L'espérance de vie à la naissance est une mesure de la durée moyenne de l'existence humaine, dans les conditions d'une époque et pour un territoire délimité. Elle est un *bon indicateur du niveau de santé de la population et de l'efficacité des services de soins*. Ainsi, autour de 1880¹⁵, elle était de l'ordre de 42 ans, 41 ans pour le sexe masculin, 43 ans pour le sexe féminin.

Figure No V.1
Espérances de vie à la naissance et à 1 an, tables de mortalité de 1876-80 à 1995-96



¹⁵ La première table de mortalité établie pour la Suisse repose sur une observation durant les années 1876-1880.

La mortalité infantile a longtemps été forte (cf. III.2) ; aussi les espérances de vie à 1 an étaient plus élevées qu'à la naissance. Autour de 1970, elles étaient pratiquement égales ; depuis, elles se sont inversées; la mortalité infantile n'était que de 5‰.

En 1995/96 (table abrégée), l'espérance de vie à la naissance est de 78.7 ans¹⁶, respectivement selon le sexe de 75.7 ans et 81.9 ans.

Les espérances de vie à la naissance de la table helvétique de 1988/1993 (autour de 1990) sont de 77,5 ans, respectivement de 74.2 et 81.0 ans. Les espérances calculées pour le canton du Valais sont légèrement plus basses pour le sexe masculin : 73.0 ans (écart de -1.2 an). Les espérances à d'autres âges y sont également un peu inférieures. Elles sont semblables pour le sexe féminin.

Tableau No V.1

**Espérances de vie à divers âges
Suisse et canton du Valais, table de 1988/1993**

Âge	Sexe masculin				Sexe féminin			
	0	15	45	65	0	15	45	65
Suisse	74.2	60.0	32.1	15.5	81.0	66.7	37.7	19.7
Valais	73.0	58.9	31.3	15.3	81.0	66.7	37.8	19.8
Écart VS-CH	-1.2	-1.1	-0.8	-0.2	0.0	0.0	+ 0.1	+ 0.1

Source : Tables de mortalité pour la Suisse 1988/1993, OFS, Berne 1996.

Les différences pour le sexe masculin sont certes faibles relativement aux moyennes helvétiques ; elles sont cependant négatives. Cela suppose un niveau de l'état de santé de la population masculine valaisanne en léger décalage par rapport à l'évolution suisse. Ce n'est pas le cas pour le sexe féminin ; même, à 45 et à 65 ans, les durées de vie sont plus élevées de 1/10 d'année pour les Valaisannes (non significatif).

**V.2 Consultations en cabinet médical, selon l'âge et le sexe
Suisse 1996 - 1997 (IMS)**

En Suisse, la consommation médicale en pratique ambulatoire donne lieu à peu d'études publiées. A titre indicatif sont présentés quelques renseignements¹⁷, qu'il serait utile de pouvoir affiner.

Le but de cette présentation consiste à mettre en évidence les effets liés à l'âge et au sexe, notamment l'augmentation de la consommation médicale plus

¹⁶ Il naît 105 garçons pour 100 filles. L'espérance moyenne de vie à la naissance est calculée ainsi : $(1.05 \times 75.7) + 81.9/2.05 = 78.7$. Autour de 1990 : 77.5 ans.

¹⁷ Une figure avec quelques informations figurent dans *La santé publique en Suisse, prestations, coût, prix*. Pharma Information, Bâle 1997, p. 29. La source est IMS : *Information medical statistics* à Cham-Zoug. Cet institut nous a envoyé des compléments sur les classes quinquennales d'âges. Nous les en remercions.

l'âge s'élève. L'étude dénombre 76.2 millions de diagnostics et 55.8 millions de consultations.

Les compléments apportés aux renseignements fournis présentent un évident intérêt. Constituant 51 % de la population, les femmes ont en moyenne annuelle 11.5 diagnostics posés en cabinet médical, soit 58 % de l'ensemble. Avec 49 % de la population, les hommes ont en moyenne 8.7 diagnostics, 42 % du total.

En assimilant les consultations à la consommation médicale en cabinet privé des médecins praticiens, les mêmes proportions s'appliquent entre hommes et femmes (mais le mode de calcul des consultations selon IMS est grossier. Cf. note 2 du tableau V.2).

Tableau No V.2

Nombres et pourcentages de diagnostics et de consultations en cabinet médical selon le sexe et divers groupes d'âges, par personne et par année, d'après IMS, Suisse en 1996

Gr. âges	Diagnostics		Pop. ¹ o/oo	Consult. ² Mios	Diagnostics par personne et par an				Rap- port F/H
	Mios	o/oo			Hommes		Femmes		
					Nb	Ind.	Nb	Ind.	
0 - 4	4.2	55	60	3.1	9.7	111	9.2	80	95
5 - 19	6.3	83	174	4.6	4.7	54	5.2	45	111
20 - 39	16.9	222	307	12.4	5.9	68	9.1	79	154
40 - 64	24.3	319	311	17.8	9.2	106	12.0	104	130
65 et +	22.7	298	148	16.6	19.9	229	21.5	187	108
« Solde ³ »	1.8	23	-	1.3	-	4	-	-	
Ensemble	76.2	1000	1000	55.8	8.7⁴	100	11.5⁴	100	114
Hommes	42 %		489	42 %	Moyenne = 10.0 ⁵ Indice = 100 ⁵				
Femmes	58 %		511	58 %					

Source : D'après Pharma Information, op. cit. p. 29 ; compléments par nos calculs.

1 Population résidante permanente en 1995 (scénario tendance).

2 76.2 millions de diagnostics ont été enregistrés pour 55.8 millions de consultations. Soit 1.4 diagnostic par consultation, indique une note de Pharma Information. Selon une autre note, les nombres de diagnostics par groupe d'âges sont divisés par environ 1.4 pour obtenir les nombres de consultations. Ce qui est une simplification.

3 « Solde » : déclarations incomplètes, non ventilées.

4 Les nombres moyens de diagnostics selon le sexe, non disponibles dans la brochure citée, sont calculés ici en multipliant le nombre de diagnostics par personne et par groupe d'âges pour la population correspondante du groupe d'âges, soit 8.7 diagnostics chez les hommes et 11.5 chez les femmes, et une moyenne générale de 10.0.

5 La moyenne générale étant de 10.0 diagnostics, et l'indice de 100, les indices par âge et sexe peuvent être lus directement.

La consommation des femmes, plus élevée globalement, l'est à tous les groupes d'âge adulte ; elle est inférieure seulement dans le groupe des enfants de moins de cinq ans. Les indices (F/H) des moyennes par personne et par groupe d'âges sont éloquentes. Surtout :

— Plus l'âge s'élève, et plus la « consommation médicale » s'accroît (mis à part les enfants en bas âge : 9.7 diagnostics pour les garçons, 9.2 pour les filles); le nombre de diagnostics passe de 4.7 de 5 à 19 ans à 19.9 au-delà

de 65 ans chez les hommes, et respectivement chez les femmes, de 5.2 à 21.5.

- La « consommation » des hommes âgés de plus de 65 ans est 2.3 fois supérieure à la moyenne masculine, 1.9 fois pour les femmes âgées.

Le rapport des nombres de diagnostics femmes/hommes est fort élevé entre 20 et 39 ans. La grossesse et la maternité expliquent une part de l'écart. La consommation féminine est en moyenne de seulement 8 % supérieure à celle des hommes, par personne de plus de 65 ans. Deux remarques : c'est dans ce groupe d'âges que la « consommation médicale » est la plus forte ; et contrairement aux autres classes d'âges, où la répartition selon le sexe est voisine de 50 % - 50 %, le nombre de femmes est nettement plus élevé que celui des hommes au-delà de 65 ans : 1.51, soit environ trois femmes pour deux hommes.

Les informations reçues de IMS permettent de calculer des rapports et proportions par groupe d'âges quinquennaux au-delà de 65 ans. La période d'observation diffère de la précédente (mi-1996 à mi-1997)¹⁸.

Tableau No V.3

Nombres et pourcentages de diagnostics en cabinet médical, selon le sexe et des groupes d'âges : 0 à 64 ans puis par classe quinquennale, d'après IMS, mi-1996/mi-1997

Groupe d'âges	Diagnostics en o/oo			Diagnostics par personne ²					Population 1995 ⁴
	H	F	Total	Hommes		Femmes		TOTAL	F / H ⁵
				Nb	Ind. ³	Nb	Ind. ³	F / H	F / H ⁵
0 - 64 ans	730	682	703	7.3	72	9.5	93	1.30	1.016
65 - 69	77	79	78	17.3	170	19.6	192	1.13	1.227
70 - 74	72	68	70	19.1	187	18.3	179	0.96	1.359
75 - 79	56	66	62	21.6	212	23.3	228	1.08	1.494
80 - 84	37	54	46	21.1	207	22.8	224	1.08	1.849
85 - 89	20	35	28	23.4	229	22.5	221	0.96	2.390
90 et +	8	17	13	27.7	272	24.0	235	0.87	3.176
TOTAL	1000	1000	1000	8.8	86	11.4	112	1.30	1.047
Total 65 et +	270	318	297	19.4	190	20.5	201	1.06	1.510
En millions	29.9	40.5	71.9						
en o/oo	416	563	1000						

¹ y compris 1.5 million (21 o/oo) pour des personnes dont le critère sexe n'est pas connu

² Sexe non connu : distribution par groupe d'âges, par extrapolation

³ Indices : moyenne générale de 10.2 diagnostics = 100

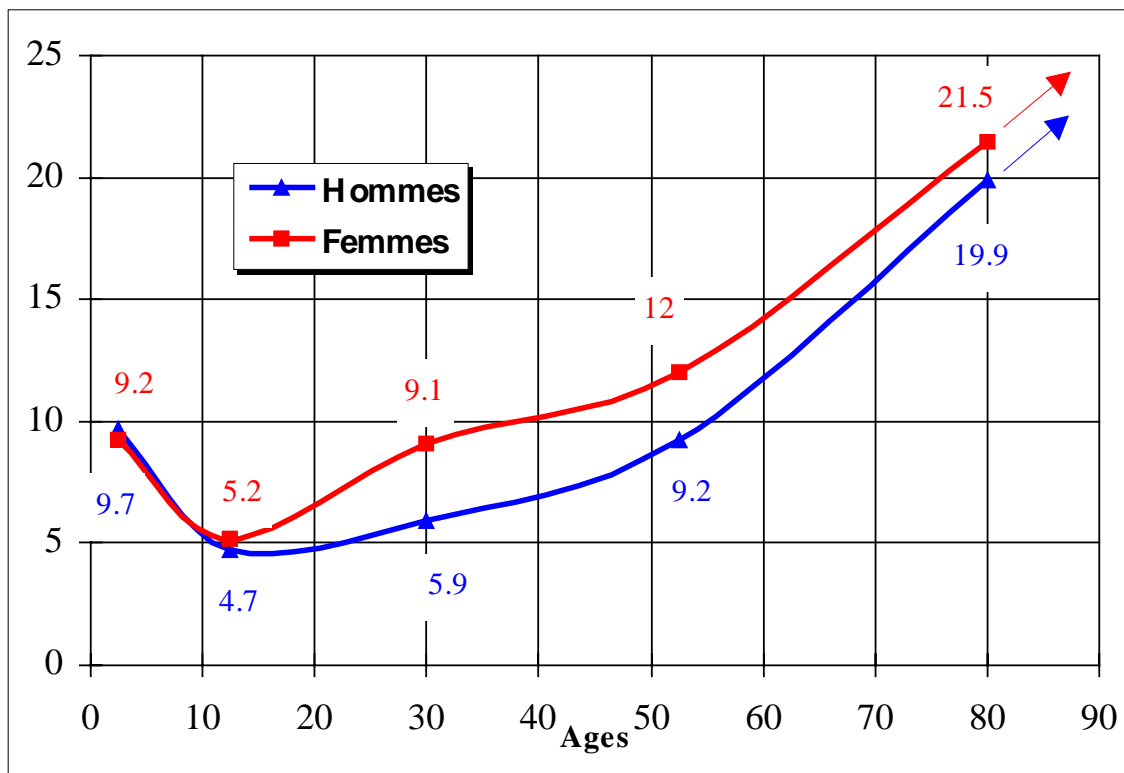
⁴ Population, scénario "Tendance" OFS

⁵ Nombres de femmes pour 1000 hommes

¹⁸ D'où quelques décalages, qui n'enlèvent rien à la pertinence des ordres de grandeur présentés.

Figure No V.2

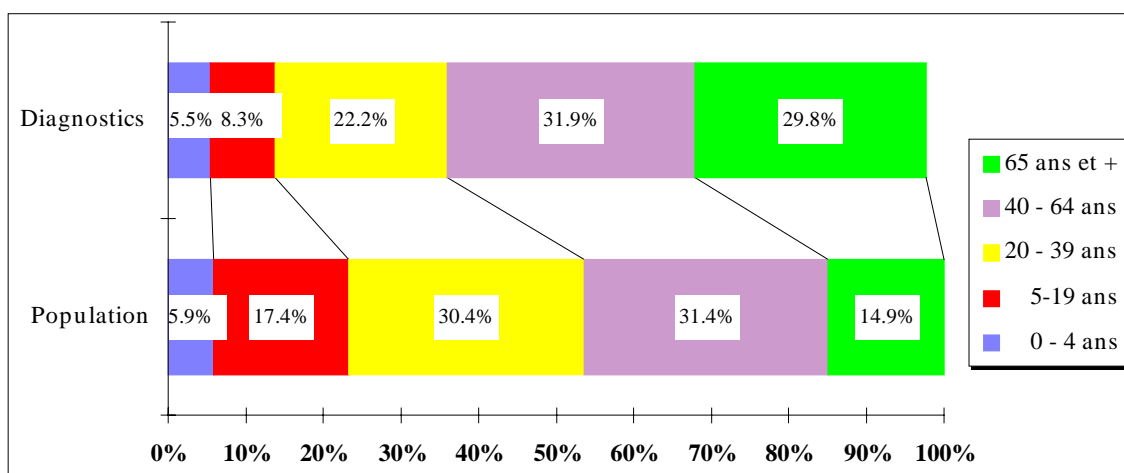
Nombres de diagnostics par personne en cabinet médical selon le sexe et le groupe d'âges, Suisse 1996



Source : d'après IMS, Cham, Zoug.

Figure No V.3

Répartitions — en % — de la population résidente permanente et des diagnostics en cabinet médical, Suisse en 1996



En moyenne annuelle, on obtient avec l'étude IMS 8.8 diagnostics par homme. La moyenne est de 7.3 de 0 à 65 ans, de 19.4 au-dessus de 65 ans ; soit 2.7 fois plus pour le groupe âgé. Le nombre moyen de diagnostics est de 11.4 chez les femmes. De 9.5 par personne de moins de 65 ans, le nombre est de 20.5 au-dessus de cet âge : 2.2 fois plus.

15 % de la population est âgée de plus de 65 ans ; 30 % des 72 millions de diagnostics enregistrés par IMS leur sont attribués. Chez les hommes, 12 % d'entre eux dépassent 65 ans et comptent 27 % des diagnostics. Chez les femmes, les proportions sont respectivement de 17¹/₂ % et 32 %. Au-delà de 80 ans, on dénombre 2.6 % de la population masculine ; 6.5 % des diagnostics sont le fait de cette classe d'âges (2.5 fois plus). Pour les femmes, les proportions sont respectivement de 5.3 % et 10.6 % (2 fois plus).

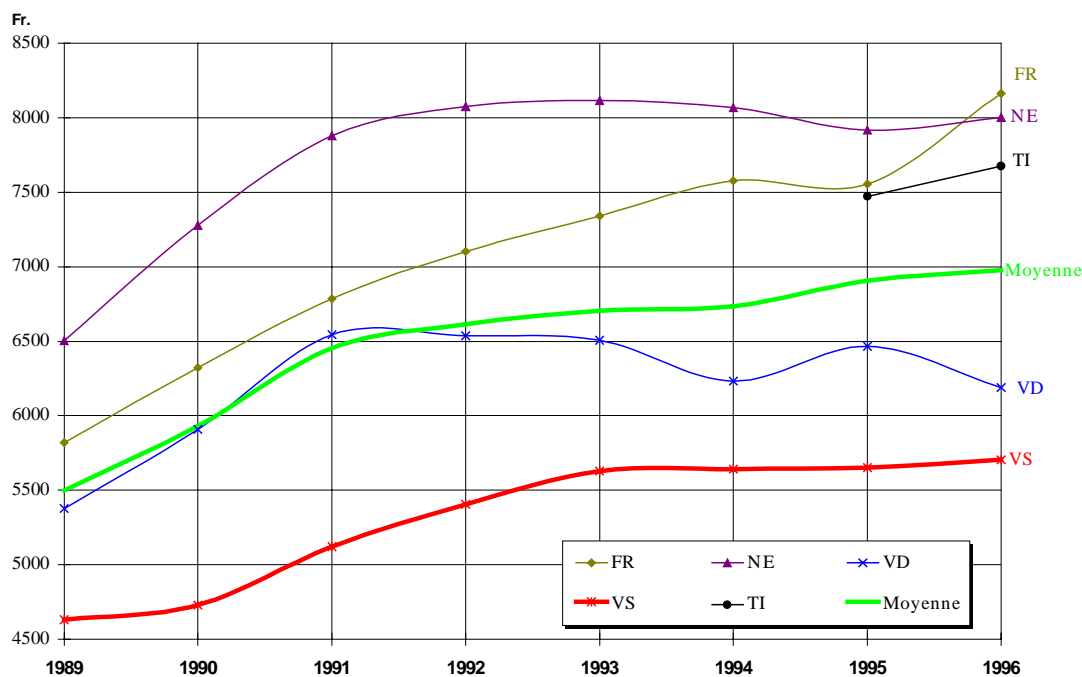
En tendance (avec quelques écarts), la progression du nombre de diagnostics par classe quinquennale d'âges est manifeste. Pour la population âgée, il faut avoir à l'esprit l'importante différence des nombres de femmes et d'hommes. Pour l'ensemble des habitants, 1047 femmes sont dénombrées pour 1000 hommes. Le groupe de 0 à 64 ans est dans un rapport de 1016/1000, mais il est de 1510 au-delà de 65 ans : soit environ 3 femmes pour 2 hommes ; entre 80 et 84 ans, les femmes sont près de 2 fois plus nombreuses que les hommes, et plus de trois fois au-delà de 90 ans. Cela explique la raison pour laquelle le nombre de diagnostics posés en cabinet médical est proportionnellement bien plus élevé chez les femmes que chez les hommes, même si les différences par homme et par femme sont peu marquées au-delà de 65 ans (rapport F/H oscillant entre 0.87 et 1.13). En nombres, les différences sont encore plus marquées : 8.1 millions et 12.9 millions de diagnostics respectivement, soit 38¹/₂ % chez les hommes et 61¹/₂ % chez les femmes dont l'âge dépasse 65 ans. Par ailleurs, la part des femmes âgées en institution médico-sociale est plus élevée à tous les âges que la proportion des hommes. Ces personnes âgées et très âgées sont également grandes consommatrices de soins à l'hôpital et en EMS — ce qui n'est pas dénombré dans cette étude.

En Valais, les proportions et nombres de diagnostics par personne, sexe et groupe d'âges sont vraisemblablement proches des moyennes de l'étude IMS (probablement inférieures toutefois). Le volume est certainement moindre, relativement à 100 habitants, car la structure de la population valaisanne est moins vieillie que celle de la population suisse.

V. 3 Comparaison des coûts hospitaliers en soins généraux, cantons romands et Tessin

Des comparaisons des coûts par jour et par cas ont été effectuées pour les années de 1989 à 1996, dans le cadre de travaux liés à l'hospitalisation entre cantons. La figure récapitulative concerne les coûts par cas des hôpitaux de soins généraux des cantons romands et le Tessin, sans les hôpitaux universitaires. Genève n'est pas retenu, car l'Hôpital cantonal universitaire est le seul établissement de soins généraux. Vaud ne comprend pas ici le CHUV.

Figure No V.4
Évolution du coût par cas et par canton
Hôpitaux de soins généraux de 1989 à 1996*



Source : Institut de santé et d'économie de Lausanne (d'après mandat du GRSP)

* Sans les hôpitaux universitaires : HCUG et CHUV

La moyenne annuelle des cantons pris en considération monte rapidement de 1989 à 1991, lentement ensuite, car la stagnation économique intensifie la rigueur de gestion. On constate que plusieurs cantons enregistrent une courbe du coût par cas qui devient plate à partir de 1991 ou 1992, voire qui est en diminution. Surtout, le Valais parvient à un coût nettement inférieur à celui des autres cantons.

Cependant, les hospitalisations comprennent des personnes domiciliées hors canton ; les types de services dénombrés peuvent varier d'un canton à l'autre, etc. Aussi est-il préférable de retenir un coût par habitant, même si des différences introduisent des biais, non identifiables. Néanmoins les ordres de grandeur sont explicites, même s'il faut les considérer avec circonspection.

Tableau No V.4

Coûts par jour, par cas et par habitant, hospitalisation en soins généraux dans les cantons romands et le Tessin en 1996 (sans charges ambulatoires)

Cantons	GE	VD	FR	JU	NE	VD	VS	TI	Moyennes
Type hôp.	HCUG	CHUV	Hôpitaux de soins généraux						
Par jour	1184	1305	782	733	871	828	670	740	770
<i>Indices</i>	154	169	102	95	113	108	87	96	100
Par cas	13332	11911	8162	7759	8003	6189	5705	7676	6975
<i>Indices</i>	191	171	117	111	115	89	82	110	100
Par habitant	1157	(467)*	775	1070	1107	(463)*	727	831	933
<i>Indices</i>	124	(100)*	83	115	119	(100)*	78	89	100
<i>Indices</i>	—	—	91	126	130	—	85	98	100**

Source : ISE - Lausanne, sur mandat GRSP - document non daté et calculs par P.G. des coûts par habitant (population résidente permanente au 31.12.96). Montants arrondis. Population prise en compte 2.040.250 habitants.

* Vaud : 467 + 463 = 930, soit indice 100.

** Moyenne des cinq cantons sans hôpital universitaire : 851 francs.

La moyenne du coût par jour est de 770 francs pour les hôpitaux de soins généraux, sans les hôpitaux universitaires. Par cas, elle est de 6975 francs. Le coût par jour est un mauvais indicateur ; le coût par cas est préférable, car il tient compte de la durée de séjour. Des cantons ont un coût par jour inférieur à la moyenne, mais un coût par cas supérieur : c'est que la durée de séjour est plus longue (trop). Les coûts par jour et par cas des hôpitaux universitaires sont bien sûr plus élevés que les moyennes des hôpitaux de soins généraux. La durée de séjour est plus élevée à l'HCUG qu'au CHUV.

Le Valais a le coût par jour le plus bas : 13 % de moins que la moyenne ; il détient le coût par cas le plus faible : 18 % de moins que la moyenne.

Le coût par habitant comprend tous les hôpitaux généraux, établissements universitaires compris. Pour Vaud, l'addition indique un coût similaire à la moyenne des sept cantons. Cependant Genève et Vaud disposent d'établissements spécifiques (gériatrie, centre de traitement et de réadaptation, etc.), alors que dans les autres cantons les malades se trouvent en général dans les services des hôpitaux généraux. En conséquence, le coût par habitant est en réalité plus élevé. Néanmoins, il est évident que les cantons de Neuchâtel et du Jura enregistrent des coûts très forts, d'autant plus que doivent y être ajoutés les frais pour des malades et accidentés soignés dans des établissements sis hors de leur territoire. En revanche, le Valais est situé bien en dessous de cette moyenne : -22 %.

La comparaison entre cinq cantons (sans Genève et Vaud) abaisse la moyenne à 851 francs. Les différences des indices confirment le propos ci-dessus.

Le Valais dispense des soins d'au moins aussi bonne qualité que les autres cantons. Mais le coût valaisan est bien inférieur à celui des autres cantons pris en considération.

V.4 Primes mensuelles d'assurance-maladie : moyennes de 1996 à 1998, assurance de base

1998 est la troisième année d'application de la nouvelle loi d'assurance-maladie. Les primes sont fort différentes selon les cantons ; elles sont le reflet du coût des systèmes cantonaux ; elles révèlent des comportements de consommation médicale et d'organisation médico-hospitalière.

En retenant les primes moyennes (avec risque accidents et pour la région la plus chère), Genève (307 francs en 1998), Vaud et Bâle-Ville, cantons avec faculté de médecine et hôpitaux universitaires, arrivent en tête. Ces cantons sont suivis du Tessin, de Neuchâtel, Zurich et Jura ; celui-ci précède Berne. Le Valais occupe le 13^e rang (180 francs en 1998). Puis viennent plusieurs cantons de Suisse orientale avec des primes dont les montants sont voisins (Argovie, 19^e : 162 francs) et enfin les cantons de Suisse centrale, Appenzell Rhodes intérieures étant 26^e (prime de 134 francs ; Nidwald qui le précède est à 145 francs). La moyenne helvétique est de 212 francs.

Cependant, le montant a augmenté de 1996 à 1998 de 1/3 à Neuchâtel, de 1/4 ou 1/5 dans plusieurs cantons. Seuls sept cantons enregistrent une hausse inférieure à 10 %, dont un seul en dessous de 5 % : le Valais, avec 2.8 %. Le service de la santé — chiffres à l'appui — a négocié avec les caisses pour les primes 1998. La prime moyenne a diminué de -1.5 % de 1997 à 1998. C'est le seul canton pratiquement à y être parvenu.

Tableau No V.5

Primes mensuelles moyennes¹ d'assurance-maladie 1996-1998 et écarts en %, pour quelques cantons

Rang en 1998	1996	1997	1998	1996-98 ²	1997-98 ²
1* Genève	266	298	307	15.4 %	3.1 %
9 Bâle-Campagne	177	206	212	20.0 %	3.1 %
Suisse	180	202	212	17.7 %	5.0 %
13 Valais	175	183	180	2.8 %	-1.5 %
19 Argovie	134	152	162	20.5 %	6.4 %
26 Appenzell RI	118	127	134	13.0 %	5.2 %

Source : OFAS

1. Montants arrondis au franc. Région la plus chère
2. % calculé sur les montants au centime.

Figure V.5
Primes moyennes d'assurance-maladie de quelques cantons et de la Suisse, région la plus chère en 1996 et 1998

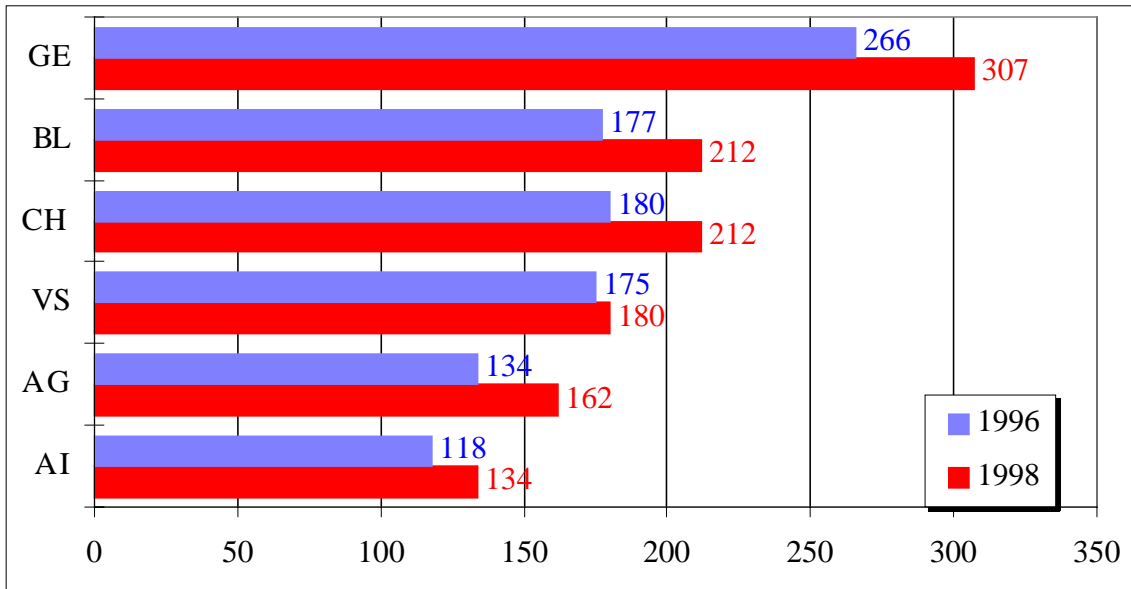
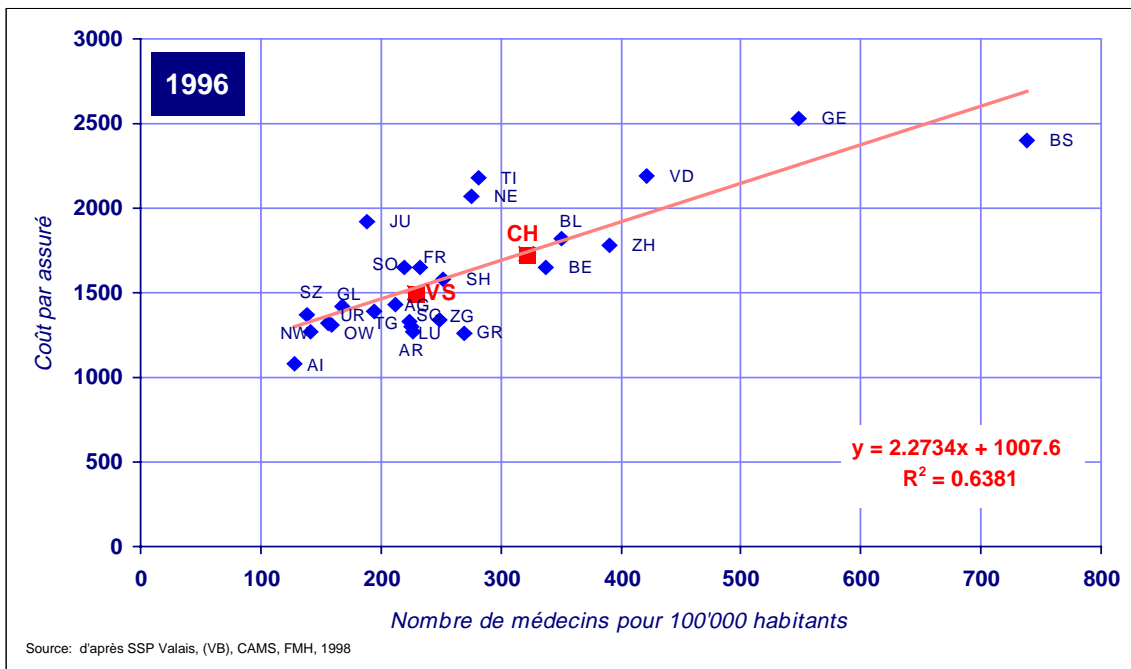


Figure No V.6
Cantons suisses en 1996 : densité médicale et coût par assuré pour les assureurs-maladie



V.5 Charges d'exploitation de l'ensemble des hôpitaux et EMS valaisans en 1997

Le tableau No V.6 récapitule l'ensemble du champ d'exploitation des établissements hospitaliers et médico-sociaux du canton en 1997 (sans institutions pour personnes handicapées).

Tableau No V.6

Charges d'exploitation de l'ensemble des hôpitaux et EMS valaisans en 1997 (en milliers de francs)

Établissements	Dépenses totales	en % du total	dont personnel	Personnel en %
6 hôpitaux aigus	245.0	57.9	172.5	70.4
7 établ. « chroniques »	41.8	9.9	33.3	79.6
3 psychogériatrie	5.1	1.2	4.3	83.6
Psychiatrie Haut-Valais	6.0	1.4	5.0	83.4
Psychiatrie de Malévoz	18.3	4.3	15.1	82.7
CVP	11.8	2.8	8.9	75.3
Ensemble hôpitaux	328.0	77.5	239.1	72.9
EMS	95.1	22.5	(71.2) ²	(75.0) ²
Ensemble hôp. + EMS	423.1	100	310.3	73.3

1. Extrapolation. Le coût est de 85 millions dans les EMS subventionnés. Estimation de 10 millions pour les EMS non subventionnés.
2. Estimation de 75 % pour les salaires, charges sociales et honoraires, relativement au montant brut d'exploitation.

Les établissements hospitaliers et médico-sociaux ont des charges d'exploitation de 423 millions en 1997, dont 328 millions pour les établissements hospitaliers (77.5 %) et 95 millions pour les EMS (22.5 %). Les hôpitaux généraux de soins aigus ont la part la plus élevée : 57.9 %, avec 245 millions.

Les salaires et les charges sociales, y compris les honoraires médicaux, représentent le 73 % du total, avec 310 millions.

Tableau V.7

**Personnel des établissements hospitaliers valaisans en 1996
(équivalence plein temps et nombre de personnes occupées)**

Zones Etablissements	Sierre		Sion		Martigny		Subtotal				Rapport Pers. / EPT
	EPT	Nbre pers.	EPT	Nbre pers.	EPT	Nbre pers.	EPT	o/oo	Nbre pers.	o/oo	
Hôpitaux	361	450	838	1013	349	448	1548	512	1911	478	1.23
EMS	166	243	265	392	240	355	671	222	990	248	1.48
CMS	61	134	79	140	47	89	187	62	363	91	1.94
ICHV			126	140			126	42	140	35	1.11
Clinique de Valère			70	102			70	23	102	25	1.46
CVP	116	130					116	38	130	33	1.12
Hôp. Haut-Plateau	304	360					304	101	360	90	1.18
TOTAUX	1008	1317	1378	1787	636	892	3022	1000	3996	1000	1.32

Zones Etablissements	Monthey		Viège		Brigue		Total VS				Rapport Pers. / EPT
	EPT	Nbre pers.	EPT	Nbre pers.	EPT	Nbre pers.	EPT	o/oo	Nbre pers.	o/oo	
Hôpitaux	344	485	331	428	333	522	2556	482	3346	464	1.31
EMS	182	289	296	409	83	117	1232	232	1805	250	1.47
CMS	47	88	38	89	22	84	294	56	624	86	2.12
ICHV							126	24	140	19	1.11
Clinique de Valère							70	13	102	14	1.46
Malévoz	235	282					235	44	282	39	1.20
CVP							116	22	130	18	1.12
Castalie	158	213					158	30	213	30	1.35
Rheumaklinik, LLB			214	215			214	40	215	30	1.00
Hôp. Haut-Plateau							304	57	360	50	1.18
TOTAUX	966	1357	879	1141	438	723	5305	1000	7217	1000	1.36

V. 6 Personnel des établissements

hospitaliers et médico-sociaux du Valais

La récapitulation du tableau No V. 7, établie pour l'année 1996, signale que plus de 7200 personnes sont occupées professionnellement dans les établissements de soins du Valais, pour 5300 postes plein temps. Soit une densité de 265 personnes occupées, ou 195 postes de travail pour 100 000 habitants.

Le tableau No V. 7 indique les nombres de personnes et de postes par zone et par type d'établissements, ainsi que les pourcentages.

Pour 100 postes de travail, 136 personnes sont employées. Le nombre des emplois à temps partiel est important dans le domaine de la santé — la plupart étant occupés par des femmes.

Pour la région Sierre, Sion et Martigny, près de 4000 personnes sont occupées dans les établissements de soins, pour un peu plus de 3000 postes de travail. Soit 267 emplois ou 202 postes de travail pour 100 000 habitants. Les densités sont pratiquement semblables dans cette région et l'ensemble du Valais.

Les répartitions proportionnelles entre types d'établissements présentent quelques différences, mais peu élevées. Pour l'ensemble du Valais et les postes de travail :

- près de la moitié (48 %) des postes se trouvent dans les hôpitaux généraux
- près du quart (23 %) dans les EMS, qui — on le constate — sont devenus en une dizaine d'années d'importants employeurs, de même que
- les Centres médico-sociaux (CMS), avec 5¹/₂ % des postes du domaine de la santé
- les établissements du Haut-Plateau comptent près de 6 % des postes.

Les emplois à temps partiel sont en proportion fort variable par type d'établissements : la Rheumaklinik comprend un seul emploi partiel, tandis que les CMS emploient deux personnes pour un poste plein temps ; il s'agit d'une moyenne ; aussi y a-t-il des emplois plein temps et des emplois dont le taux d'activité est inférieur à un mi-temps. Les EMS emploient également de nombreuses personnes à temps partiel ; le rapport est de 1.47 ; dans les hôpitaux généraux, il est proche de la moyenne : 1.31.

V.7 Établissements et ateliers pour personnes handicapées

Les coûts du système de santé incluent les établissements et ateliers pour personnes handicapées. Aussi sont-ils mentionnés ici, pour mémoire. Au chapitre VI sur les coûts du système de santé, les montants du canton du Valais, comparés au système helvétique, en tiennent compte. Des précisions sur ce qui est pris en considération sont nécessaires (étude spécifique à entreprendre).

Voir à ce sujet le *Rapport sur la planification valaisanne des besoins pour les ateliers et les homes*, Service de l'action sociale, Sion, septembre 1997.

V.8 Aide et soins à domicile

En 1997, les services d'aide et de soins à domicile du canton ont traité 4507 personnes. 1815 bénéficiaient déjà d'une prise en charge en début d'année, soit 40 % ; 2692 se sont adressées à l'un des services durant l'année (60 %). Relativement à 10 000 habitants, 66 d'entre eux recevaient déjà des soins en 1996, voire antérieurement. Le taux d'incidence (nouveaux cas) en 1997 est de 99 personnes, le taux de prévalence (anciens et nouveaux cas durant l'année) de 165 pour 10 000 résidents.

La plupart des personnes qui recourent à ces services de maintien à domicile sont âgées et requièrent plus de temps de prise en charge.

Tableau No V. 8

Personnes recourant aux services d'aide et de soins à domicile, heures de prise en charge et taux selon des groupes d'âges, Valais 1997

Groupe d'âges		0 - 19	20 - 64	65 - 79	80 et +	Ensemble
Personnes	Nb	52	1129	1634	1692	4507
	<i>o/oo</i>	12	250	363	375	1000
Heures	Nb	666	19 699	39 150	43 699	103 214
	<i>o/oo</i>	7	191	379	423	1000
Heures/ personne	Nb	13	17	24	26	23
	<i>Ind.</i>	57	74	104	113	100
Taux de préva- lence 1000 hab.	Nb	1	7	59	201	16.5
	<i>Ind.</i>	6	42	358	1218	100
Taux de charge/ Heures/1000 hab.	Nb	10	117	1403	5200	379
	<i>Ind.</i>	3	31	370	1372	100

NB : Nombres arrondis.

L'effet du degré de vieillissement est patent :

- Des personnes recourent une ou quelques fois aux services d'aide et de soins à domicile, d'autres — et ce sont généralement les plus âgées — sont suivies pratiquement chaque semaine durant toute l'année.
- Le temps d'activité, en heures par année et en moyenne, est de 13 heures pour les moins de 20 ans, 17 de 20 à 64 ans, 24 et 26 heures pour les deux groupes âgés. Par cas, les personnes de plus de 80 ans requièrent le double de temps consacré aux personnes du groupe le plus jeune.

Le recours aux services est nettement plus important chez les personnes âgées. En conséquence :

- 38 % des personnes prises en charge par les services ont plus de 80 ans, 74 % ont plus de 65 ans.
- 42 % des heures d'aide et de soins concernent le groupe le plus âgé, permettant dans maints cas le maintien à la maison au lieu d'une hospitalisation ou d'un placement. La proportion au-delà de 65 ans est de 80 %.

Relativement au nombre des habitants du canton :

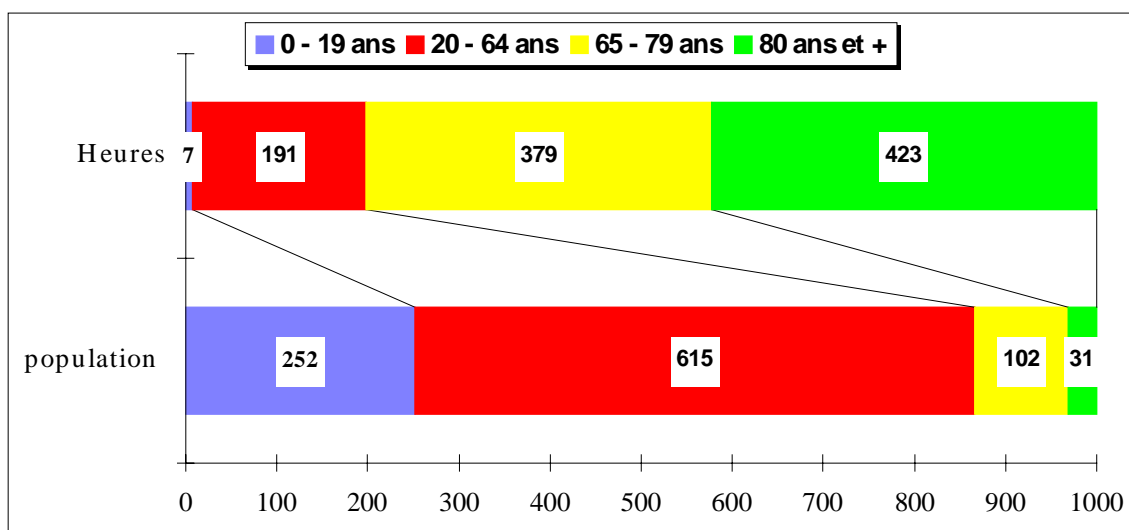
- Plus l'âge s'élève, plus le taux de prévalence croît (personnes ayant recouru aux services durant l'année 1997) : pour une moyenne de 16 à 17 recours aux services par millier d'habitants, le taux est faible pour les groupes jeunes et adultes ; il s'élève à 59 entre 65 et 79 ans (3.6 fois plus que la moyenne) et 201 au-delà de 80 ans (12 fois plus).
- Plus l'âge s'élève, plus s'accroît le temps consacré par ces services. En heures relativement à 1000 habitants : pour une moyenne de 379 heures, une dizaine d'heures pour 1000 jeunes résidents, 117 pour les adultes de 20 à 64 ans, 1403 pour le groupe de 65 à 79 ans (3.7 fois plus que la moyenne) et 5200 heures pour la classe la plus âgée (près de 14 fois plus que la moyenne).

Le vieillissement de la population est inéluctable à l'avenir. Les « besoins » vont certainement augmenter.

Les nouveaux cas de l'année 1997 sont adressés aux services pour un tiers par des médecins (32 %) ; l'aide et les soins à domicile représentent pour ceux-ci un prolongement et un complément de leur activité, car sans ces services des personnes se trouveraient en institution. Un quart le sont par des hôpitaux (26 % pour suite de traitement) ; les soins à domicile permettent souvent de raccourcir la durée du séjour hospitalier. Un cinquième des nouveaux cas sont des personnes qui recourent de leur propre initiative (20 %), un septième (14 %) étant annoncés par la famille et l'entourage. Pour d'autres cas interviennent des autorités, des services spécialisés, des homes, etc.

Figure V. 7

Population et nombre d'heures des services à domicile
Comparaisons en ‰



Les services prennent en charge des types de pathologie très divers, avec parfois des personnes fortement dépendantes : 21 % sont suivies pour des problèmes d'hypertension ou cardio-vasculaires ; 12 % pour des suites

postopératoires ; 8 % pour cause de diabète ; 7 % pour arthrite, rhumatisme ; 6 % pour des escarres, 5 % pour la maladie d'Alzheimer ; 2 % sont tétra-para et hémiplegiques ; d'autres sont atteints de sclérose en plaques, sida, dépression, etc.

36 % des personnes suivies par les services peuvent terminer le traitement en cours d'année. 4 % doivent être placées en institution, 12 % hospitalisées en soins aigus ou en gériatrie ; 3 à 4 % décèdent. 44 % sont encore traités le 31 décembre.

L'annuaire statistique de la santé fournit, pour 1997, d'autres informations qui montrent combien importantes sont les activités des services à domicile. Il ne fait aucun doute qu'ils permettent de raccourcir, différer ou éviter des hospitalisations et des placements en institutions. Ils sont une aide indispensable de l'entourage qui, fréquemment, ne pourrait maintenir à la maison leur parent souffrant¹⁹. L'annuaire statistique fournit également des renseignements sur les activités des assistants sociaux, les infirmières de santé pour la petite enfance, les aides familiales.

Après avoir examiné divers indicateurs caractérisant la situation récente en Valais, les comptes du système de santé sont présentés. Il s'agit d'un essai — le premier en Valais —, qui doit encore être affiné. Il permet des comparaisons avec la Suisse.

¹⁹ Les deux premières études approfondies datent des années 80 - *Soins à domicile*, L. Ramel, Cl. Willa, P. Gilliard, Réalités sociales, Lausanne, 1982, et quatre volumes de « L'Expi » (expérience-pilote) du service de recherche et d'information statistiques de l'État de Vaud, Lausanne, 1986.

Chapitre VI

Les comptes du système de santé en Valais, 1996 Comparaisons avec la Suisse et des pays de l'OCDE

Une récapitulation des coûts du système de santé a été effectuée pour la première fois au Service valaisan de la santé²⁰. Elle se fonde sur les données hospitalières et formule diverses hypothèses pour compléter les renseignements disponibles ; mais elle comporte des lacunes, comblées par des estimations (exemple : professions en libre pratique, médecins, médecins-dentistes, physiothérapeutes, etc.). La ventilation respecte la trame de l'étude de l'Office fédéral de la statistique.

VI.1 Comptes du système de santé du Valais en 1996 Comparaisons avec la Suisse

Le tableau est subdivisé selon :

- les « **agents payeurs** » (assurances, ménages, pouvoirs publics) : il s'agit de versements « directs », par exemple la contribution des pouvoirs publics au financement des hôpitaux, etc., mais non de leurs subventions aux assurances, par exemple à l'assurance-maladie. A cet effet, il faudrait construire un tableau des financements selon les sources, ou les « *agents supportant la charge économique* », qui est complexe à élaborer ;
- les « **agents de production** », à savoir ceux qui fournissent les prestations (hôpitaux, EMS, médecins, etc.). Des estimations ont été faites également pour les institutions de personnes handicapées, car celles-ci sont comprises dans les comptes pour la Suisse. (N.B. Elles doivent être affinées, car l'OFS ne prend pas en compte la totalité des dépenses d'exploitation, mais ajoute les frais scolaires).
- Par rapport à l'étude annuelle de l'OFS (op. cit.), des coûts ont été regroupés pour le Valais. Une analyse fine requerrait beaucoup de temps (une année pour une étude concernant le canton de Genève, année 1991). En conséquence, les présents résultats comportent des approximations. Mais les ordres de grandeur sont certainement respectés ; et pour la première fois, il est possible de faire une comparaison du Valais avec l'ensemble helvétique. Les renseignements du Service de la santé du canton du Valais ont été aménagés pour une présentation permettant la comparaison avec la Suisse.

En résumé (*voir les détails dans les tableaux Nos VI 1 et VI.2*).

²⁰ Établi par M. U. Eyer et Mme M. Hildbrand, service de la santé publique. La récapitulation sera utilisée par Mme Hildbrand pour un travail de diplôme à l'Université. Plusieurs hypothèses fondent des estimations. Le tableau de base est ici complété (estimation pour le secteur des personnes handicapées, selon les critères de l'OFS). De plus, la ventilation des rubriques est comparée avec les résultats des comptes pour la Suisse.

Le canton du Valais dénombre 3.8 % de la population résidante permanente de la Suisse.

Avec 1.1 milliard de francs consacrés au système de santé, le Valais attribue le 3.0 % de l'ensemble des montants affectés au système de santé helvétique.

Par habitant, le Valais investit 4069 francs pour la santé, soit 78 % du montant moyen en Suisse (5217 francs). Cependant, le Valais est proche de la moyenne, si l'on ne comprend pas les cinq cantons avec des hôpitaux universitaires (47 % des habitants dans ces cinq cantons).

Par habitant, le coût hospitalier (soins généraux aigus) est de 2/5 (42 %) inférieur à la moyenne helvétique. Le Valais ne dispose pas de services universitaires ; il est l'un des premiers cantons ayant réussi à réduire la surcapacité réceptive. Le coût du secteur ambulatoire est inférieur de 13 % ; il est plus proche de la moyenne suisse, toutefois. Le Valais a maîtrisé les coûts en matière hospitalière ; il ne peut agir sur la plus grande partie du secteur ambulatoire, avec la législation présente. Mais ce sont moins les dépenses auprès des médecins praticiens et dentistes, ainsi que physiothérapeutes, qui pèsent sur la rubrique ambulatoire, que les montants pour les médicaments et les achats dans d'autres commerces de soins et services.

Pour le financement transitant directement par les agents payeurs, les assureurs valaisans et fédéraux payent 2036 francs par habitant, soit 1/3 de moins que la moyenne helvétique, de 3061 francs. Le rapport pour la seule assurance-maladie est semblable : 67 % ; respectivement, les sommes sont de 1693 et 2527 francs.

Les ménages valaisans payent eux-mêmes, directement, un montant proche de la moyenne suisse : 1181 francs, soit 7 % de moins : (1266 francs) ; dentisterie, médicaments sans ordonnance, participation aux frais (dont franchises à option), part hôtelière aux EMS.

En revanche, la contribution publique est plus élevée en Valais que la moyenne helvétique : 852 francs, pour 800 en Suisse, soit 7 % de plus.

En fait, sous une forme ou une autre, ce sont pour l'essentiel les ménages qui financent le système de santé : 2.7 % seulement du coût total de près de 37 milliards en Suisse échappe au financement des ménages : 1.7 % provient de personnes étrangères à la Suisse, touristes ou patients recourant volontairement aux services disponibles dans notre pays, et 1.0 % provenant des intérêts des réserves des caisses-maladie. Les 97.3 % supportés économiquement par les ménages se ventilent ainsi, en Suisse : 66.2 % payés par les ménages directement ou pour s'acquitter des primes d'assurance (cf. ci-dessus) ; un quart provient des impôts et taxes : 24.4 %, payés par les pouvoirs publics aux institutions de santé, soit directement (15.3 % contribution hospitalière, etc.), soit par des subventions aux assurances et des subsides aux assurés ; et 6.7 % sont des contributions transitant par les entreprises pour l'AVS et l'AI.

En pourcentages, des différences apparaissent entre la Suisse et le Valais.

Par agent de production (en arrondissant) :

- Les hôpitaux représentent $36\frac{1}{2}$ % de l'ensemble des dépenses helvétiques, $35\frac{1}{2}$ % en Valais ; les proportions sont voisines (mais disparité des coûts par habitant).
- Les EMS ont une part moindre en Valais : $8\frac{1}{2}$ %, pour 11 % en Suisse. Le Valais a une population plus jeune et les coûts en institution médico-sociale sont moindres.
- Pour les institutions de personnes handicapées, la part est respectivement de 4 % en Valais, $5\frac{1}{2}$ % en Suisse. (NB : les montants pour le Valais sont probablement sous-estimés).

Pour l'ensemble des établissements de soins, la part du coût total est plus basse en Valais : environ 48 %, et en Suisse environ 53 %.

Pour l'ensemble des services ambulatoires, respectivement 44 % environ en Valais et 40 % en Suisse, etc. Différence toutefois plausible, puisque le Valais a su maîtriser les coûts hospitaliers.

Et par catégorie d'agents payeurs, les parts sont de :

- 50 % en Valais pour les assurances (dont $41\frac{1}{2}$ % pour l'assurance-maladie) ; et $58\frac{1}{2}$ % en Suisse ($48\frac{1}{2}$ %) ;
- 29 % en Valais pour le financement direct par les ménages, et $24\frac{1}{2}$ % en Suisse ;
- 21 % pour l'ensemble des pouvoirs publics (dont 16 % pour le canton) et $15\frac{1}{2}$ % en Suisse (dont 13 %).

Il s'agit de la première estimation globale du coût du système de santé dans le canton du Valais.

Certes, l'analyse est rapide pour le canton et reste approximative. Une étude approfondie requerrait plusieurs mois de travail. En l'état, elle fournit toutefois des renseignements — même si ce sont des ordres de grandeur — qui montrent l'effort valaisan à l'égard du système de santé, comparativement à la Suisse.

Tableau No VI.1

Canton du Valais : comptes du système de santé en 1996. Coûts, selon les agents de production et les agents payeurs. Millions de francs et % Comparaisons avec la Suisse, pourcentages

Agents payeurs et de production	Maladie		Assurances		Ménages et autres %	Confédération	Canton		Pouvoirs publics %	Total général	Valais %	Suisse %
	Accidents	AVS mil.	Total	horiz.			ration	Communes					horiz.
Hôpitaux	177.6	15.5	4.3	197.4	50.0	-	143.9	19.8	163.7	395.0	35.7	36.5
EMS	16.7	-	6.9	23.6	25.1	0.1	8.6	1.6	10.3	94.1	8.5	11.3
Inst. handicapés	-	-	33.8	33.8	78.1	-	7.9 ²	1.6 ²	9.5	43.3	3.9	5.4
Etabl. santé % horiz.	194.3	15.5	45.0	254.8	47.8	0.1	160.4	23.0	183.5	532.4	48.1	53.2
	36.5	2.9	8.4	47.8	-	-	30.1	4.3	34.5	100.0	-	-
Prof. libre praticiens	124.9	12.8	8.3	146.0	58.4	-	-	-	-	249.9	22.5	27.4
Commerce de biens et services	103.1	3.2	-	110.3	50.8	0.4	1.7	-	2.1	217.1	19.6	10.1
Aide et soins à domicile	4.1	-	12.3	4.1	17.8	4.3	5.6	5.1	15.0	23.0	2.1	2.1
Services ambulatoires % horiz.	232.1	16.0	2.5	260.4	53.2	4.7	7.3	5.1	17.1	490.0	44.2	39.6
	47.4	3.3	-	53.2	-	1.0	1.5	1.0	3.5	100.0	-	-
Formation	-	-	-	-	-	-	14.2	-	14.2	18.4	1.7	....
Prévention	0.6	-	-	0.6	2.9	3.0	4.1	2.2	9.3	20.5	1.8	-
Formation et Prévention % horiz.	0.6	-	-	0.6	1.5	3.0	18.3	2.2	23.5	38.9	3.5	....
	1.5	-	-	1.5	-	7.7	47.0	5.7	60.4	100.0	-	-
Administration % horiz.	34.1	2.5	1.9	38.5	82.4	0.1	4.3	3.4	7.8	46.7	4.2	7.2
	73	5.3	4.1	82.4	-	0.2	9.2	7.3	16.7	100.0	-	-
Ensemble % horiz.	461.1	34.1	59.2	554.4	50.1	7.9	190.3	33.7	231.9	1108.0	-	-
	41.6	3.1	5.4	50.1	-	0.7	17.2	3.0	20.9	-	-	-
Suisse % horiz.	48.4	3.1	7.1	-	58.7	0.4	13.0	1.9	-	-	100.0	100.0

NB¹ : En raison des arrondis, différences de plus ou moins 0.1
NB² : Sources : Service de la santé publique, récapitulation de M. U. Eyer pour le Valais

¹ Inclus dans d'autres rubriques; (à ne pas additionner dans cette colonne)

² D'après la statistique des finances publiques. Il est possible que cette rubrique soit sous-estimée

³ Y compris part de 1.7 % en provenance de l'étranger, inclus sous ménages pour la Suisse

Adjonction des institutions pour personnes handicapées (estimations d'après divers renseignements). Suisse : d'après *Coûts du système de santé*, communication OFS, R. Rossel, juillet 1998

Tableau No VI.2

Coûts du système de santé en Valais et en Suisse en 1996
Millions, répartition en % et francs par habitant
Selon les agents de production

	Etabl. santé	<i>dont hôpitaux</i>	Services ambul.	<i>dont prof. lib.</i>	Administr. Assur. Etat	Autres ¹	Ensemble	Popul. ⁶ Ind.
Millions								
Valais	532.4	395.0	490.0	249.9	46.7	38.9 ¹	1108.0	272.3
Suisse	19640	17630	14630	10140	2670	-	36940	7081.3
<i>VS / CH</i>	2.7%	2.2%	3.3%	2.5%	(1.8%)	(.....%)	3.0%	3.8%
En %								
Valais	48.1	35.7	44.2	22.5	4.2	3.5 ¹	100.0	-
Suisse	53.2	36.5	39.6	27.4	7.2	-	100.0	-
Par habitant								
Valais	1955	1451	1799	918	172	143 ¹	4069	78
Suisse	2774	2490	2066	1432	377	-	5217	100
VS (CH = 100)	70	58	87	64	(46) ¹	-	78	-

Selon les agents payeurs (financement direct)

	Assurances	<i>dont maladie</i>	Ménages	Pouvoirs publics	<i>dont canton</i>	Autres ²	Ensemble	Popul. ⁶ Ind.
Millions								
Valais	554.4	461.1	321.7	231.9	176.1	-	1108.0	
Suisse	21677	17891	8966	5666	4812	635 ²	36.940 ⁵	
<i>VS / CH</i>	2.6%	2.6%	3.6%	4.1%	3.7%	-	3.0%	3.8%
En %								
Valais	50.1	41.6	29.0	20.9	15.9	-	100.0	-
Suisse	58.7	48.4	24.3	15.3	13.0	1.7 ²	100.0	-
Par habitant								
Valais	2036	1693	1181	852	647	-	4069	78
Suisse	3061	2527	1266	800	680	90	5217	100
VS (CH = 100)	67	67	93	107	95	-	78	-

Selon les agents supportant la charge économique (sources), Suisse ³

Millions	378 ³	378	24456	9007	2505	3102 ⁴	36940 ⁵	100
En %	1.0 ³	1.0	66.2	24.4	15.5	8.4 ⁴	100.0	100
Par habitant	54 ³	54	3433	1272	354	438 ⁴	5217	100

1. Autres : distinction pour le Valais. Pour une part élevée, sous Etat, administration. Figure : inclusion sous Etat.

2. Autres : 635 millions, provenant de l'étranger (1.7 %). En Valais, notamment sous hôpitaux. Figure : inclusion sous ménages (financement par)

3. 378 millions : ressources propres de l'assurance-maladie (intérêts)

4. Autres : étranger et surtout "entreprises". LAA et AVS + AI : 2467 millions

5. Total de 36.940 : addition = 36944 pour "agents payeurs, 36943 pour les sources. Arrondis à l'étude OFS

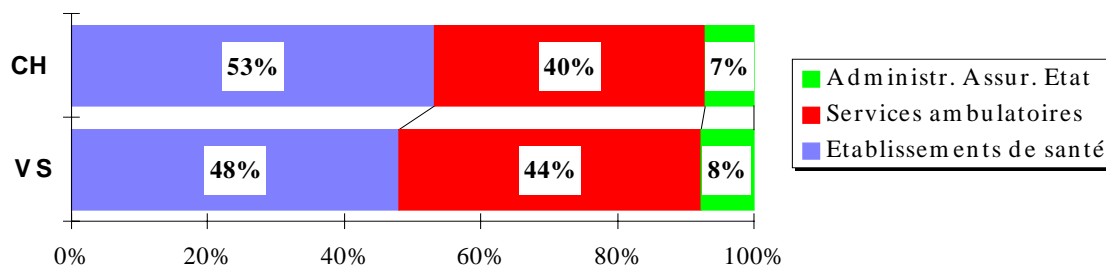
6. Population résidante permanente, en milliers. Indices : Suisse = 100

Figure No VI.1

Comptes du système de santé en 1996

Comparaisons entre le canton du Valais et la Suisse. Répartitions

a) selon les agents de production, en %



b) selon les agents payeurs

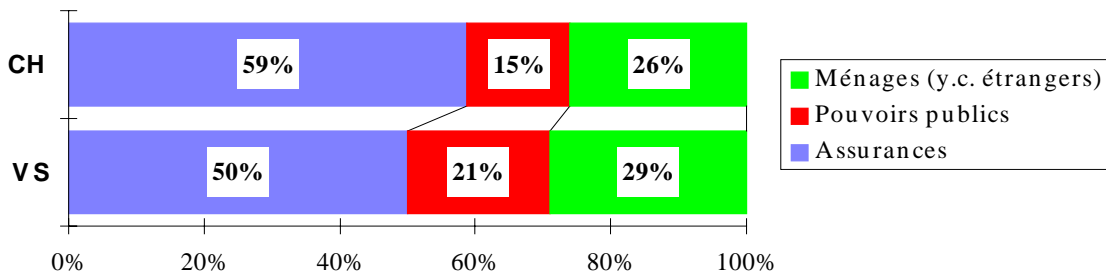


Figure No VI. 2

Comptes du système de santé en 1996. Comparaisons

entre le Valais et la Suisse, en francs par habitant et par catégorie d'agents

a) selon les agents de production

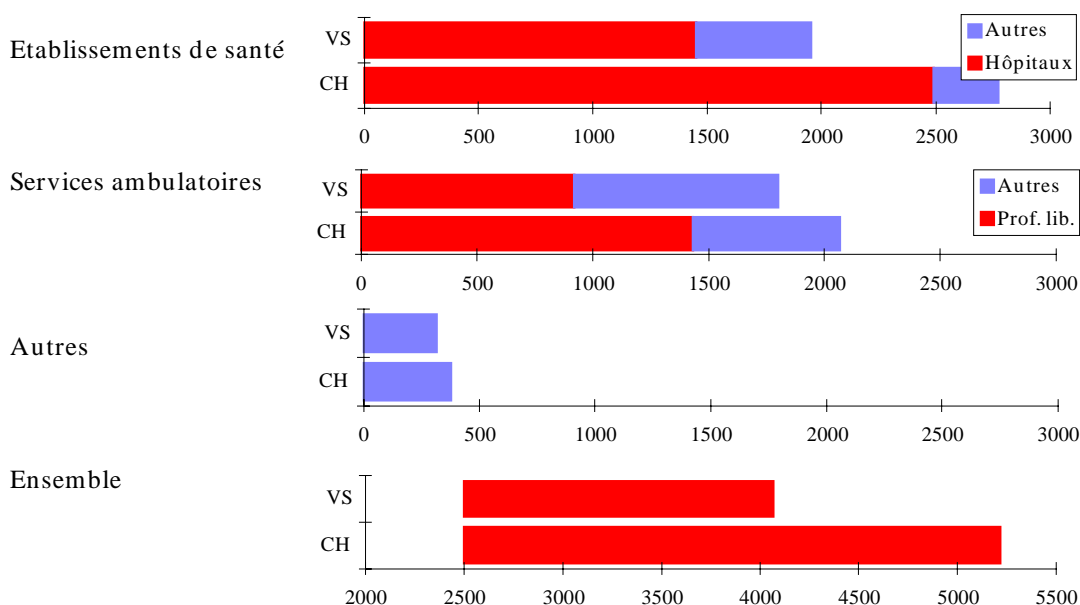
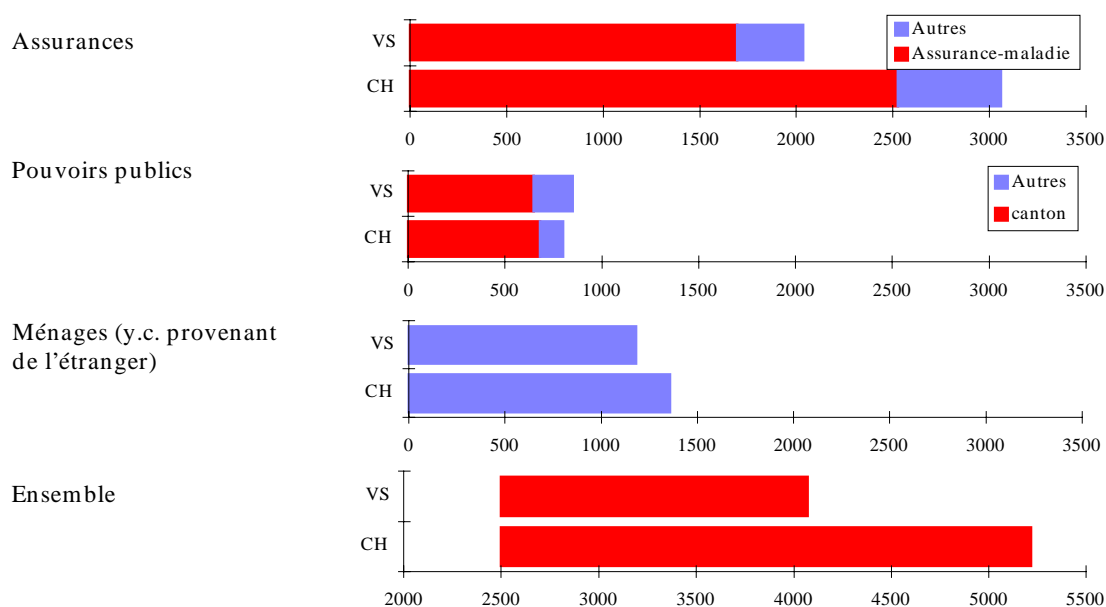


Figure No VI. 2, suite
b) selon les agents payeurs



VI. 2 Coûts du système de santé relativement au revenu cantonal du Valais et au revenu national en Suisse

Pourcentages de quelques pays relativement au PIB

L'investissement d'un pays pour financer son système de santé est calculé généralement de manière relative à son Produit intérieur brut (PIB). En effet, l'effort financier est mesuré de façon plus adéquate en fonction de son degré de production, même si le PIB est une mesure critiquable (la part d'économie « souterraine » ou « au noir » ne peut être prise en compte ; et elle varie d'un pays à l'autre. Le PIB est une mesure en termes monétaires et prend en considération des aspects « négatifs » : la « réparation » d'une voiture accidentée et les soins aux blessés, qui occupent médecins et infirmières, sont comptabilisés comme « production » dans le PIB, etc.). Cependant, ce procédé est préférable à une comparaison du coût par habitant en dollars, en euros ou dans une autre monnaie, car une telle approche ne tient pas compte du degré de richesse et de développement d'un pays ou du niveau de ses prix (la parité de pouvoir d'achat n'explique pas tout).

Pour un canton, la mesure du Produit intérieur brut n'est pas disponible. En revanche, une mesure du revenu cantonal est à disposition soit, en 1996 :

- Revenu cantonal, Valais (estimation) — 8.0 milliards
- Revenu cantonal par habitant : — 29 780 francs

- Revenu national, Suisse (estimation) — 302 milliards
- Revenu national par habitant : — 42 680 francs

Le revenu cantonal du Valais est de 2.65 % du revenu national en 1995 (dernière année pour laquelle il a été calculé ; population 3.8 %). Par habitant, l'indice valaisan est de 70, soit inférieur de 30 % à la moyenne helvétique.

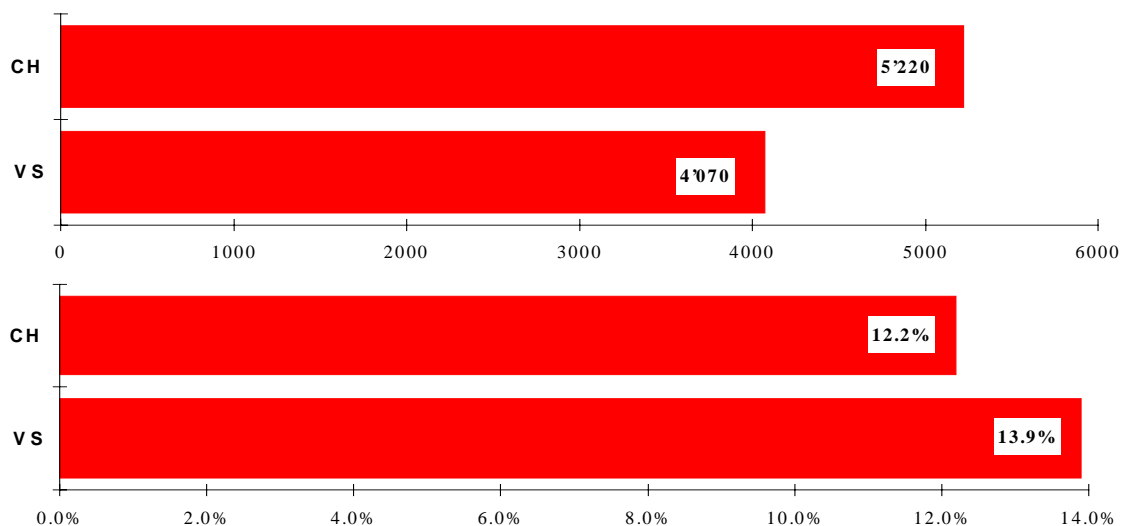
Ces moyennes ne tiennent pas compte des disparités intercantionales du « coût de la vie », ni des aspects qualitatifs qui ne se mesurent pas à l'aune monétaire (propriété du logement, autoproduction — jardins, vergers, vignes, paysage, pureté de l'air, accès à divers services et loisirs, etc.). Elles sont toutefois intéressantes.

Le canton du Valais consacre 3.0 % de l'ensemble des dépenses du système de santé de la Suisse, pour 3.8 % des résidents. Le montant par habitant du Valais est inférieur de 22 % relativement à la moyenne helvétique ; mais le revenu cantonal par habitant est de 30 % en dessous de la moyenne des cantons. En conséquence, la quote-part des dépenses du domaine de la santé est de

- 13.9 % du revenu cantonal en Valais, pour
- 12.2 % du revenu national en Suisse.

Figure No VI.3

Dépenses du système de santé du Valais et de la Suisse, en francs par habitant, et quotes-parts relativement au revenu cantonal/national en %



NB: Le coût du système de santé en Valais est d'environ 4070 francs par habitant en 1996. Il est de 5220 francs environ en Suisse. La quote-part valaisanne est plus élevée que celle de la Suisse, car le revenu par habitant y est inférieur.

VI.3 Quotes-parts des dépenses du système de santé par tête et relativement au PIB dans quelques pays de l'OCDE en 1976 et 1996

Les mesures comparatives concernant les pays amènent elles aussi des réserves. Les analyses sont faites en principe de même manière, méthodologiquement, mais en fait, les « comptes » ne reposent pas sur des bases identiques. Ainsi, en toute probabilité, des pays ne tiennent pas compte — comme en Suisse — des montants affectés aux institutions médico-sociales de personnes âgées et/ou handicapées, etc. Néanmoins, les calculs de l'OCDE ne sont pas à négliger. Malgré les biais, les États-Unis sont de loin la nation qui dépense le plus pour le système de santé alors que l'espérance de vie — relativement aux pays économiquement développés — est plutôt basse. Inversement, des pays qui sont loin d'être en tête pour leur PIB/habitant sont bien situés sur le plan de la durée moyenne de vie et le taux de mortalité infantile — qui restent des mesures utiles de l'état de santé de la population ; pourtant ces pays enregistrent une quote-part plutôt basse — comparativement — de leurs dépenses de santé relativement au PIB.

Passé un certain seuil d'investissement pour le système de santé — qui permet d'assurer un bon accès aux soins et une qualité des prestations ainsi qu'une sécurité pour les patients — c'est l'efficience de l'organisation et l'efficacité des mesures de pilotage du système qui deviennent primordiales. C'est le cas des comparaisons entre cantons suisses.

Le tableau VI.3 indique quelles sont les dépenses de santé par tête, les quotes-parts des dépenses du système de santé en proportion du Produit intérieur brut en 1996 et les augmentations annuelles moyennes pour trois périodes entre 1976 et 1996. Le contenu des rubriques comporte certainement des différences d'un pays à l'autre. Les quotes-parts sont à considérer comme des ordres de grandeur.

Voir le tableau page suivante.

Les figures No VI.4 et VI.5 classent - pour 1996 - les pays par ordre décroissant des quotes-parts des dépenses du système de santé au PIB et en dollars à parité de pouvoir d'achat.

Les figures No VI.6 et VI.7 montrent la liaison entre les quotes-parts au PIB et les montants en dollars à parité de pouvoir d'achat (corrélations en 1996; chaque observation - pays - est une entité de même poids).

Tableau No VI.3

**Dépenses du système de santé par tête
et quotes-parts au Produit national brut des pays de l'OCDE en 1996
Augmentations annuelles moyennes pour trois périodes, de 1976 à 1996**

	Dépense de santé par habitant		Dépense de santé	Croissance annuelle réelle en %		
	en \$ PPP	en ECU PPP	en % du PIB	76-82	83-89	90-96
Australie	1'775	1'652	8.5%	2.3%	4.6%	4.0%
Autriche	1'748	1'607	8.0%	-1.5%	2.4%	1.0%
Belgique	1'708	1'593	7.8%	4.3%	2.7%	-0.1%
Canada	2'065	1'908	9.6%	3.7%	3.7%	1.3%
Rép.Tchèque	904		7.2%			
Danemark	1'802	1'676	8.0%	6.8%	1.8%	2.6%
Finlande	1'380	1'317	7.4%	3.3%	3.6%	-2.7%
France	1'983	1'866	9.7%	5.7%	4.9%	2.7%
Allemagne	2'278	2'071	10.5%	1.8%	2.6%	6.3%
Grèce	888	810	6.8%	4.4%	4.9%	6.9%
Hongrie	602		6.7%			
Islande	1'893	...	8.2%	6.9%	4.3%	0.5%
Irlande	1'276	1'257	7.0%	4.8%	-1.6%	2.5%
Italie	1'584	1'471	7.8%	5.2%	2.9%	1.3%
Japon	1'677	1'557	7.2%		1.5%	4.2%
Corée	537	499	4.0%	11.8%	13.6%	8.2%
Luxembourg	2'139	1'990	6.8%	6.3%	3.8%	0.0%
Mexique	358	332	4.6%			
Pays-Bas	1'766	1'694	8.6%	2.0%	2.7%	2.5%
Nouv.-Zélande	1'270	1'184	7.3%	0.0%	0.0%	0.4%
Norvège	1'928	1'790	7.9%	5.2%	2.4%	2.3%
Pologne	371		5.0%			
Portugal	1'071	1'014	8.3%		7.1%	4.8%
Espagne	1'115	1'022	7.4%	2.9%	6.4%	2.7%
Suède	1'675	1'574	8.6%	3.1%	1.9%	-0.3%
Suisse	2'499	2'320	10.2% ¹⁾	1.9%	4.2%	2.3%
Turquie	232	215	3.8%			
Royaume-Uni	1'317	1'207	6.9%	1.8%	2.0%	2.5%
Etats-Unis	3'898	3'677	14.0%	3.9%	3.7%	2.0%
OCDE			8.2%	3.9%	3.6%	2.4%

Source: OECD Health Data 98

¹⁾ 10.2 % : données provisoires; réelles : 10.1 %

N.B. quelques renseignements en ECU ne sont pas disponibles. Les rapports des nombres en ECU relativement aux dollars diffèrent quelque peu. Ex. en Suisse = 0.928. Allemagne = 0.909. France = 0.941, etc.

Figure No VI.4

Quotes-parts des dépenses du système de santé de plusieurs pays de l'OCDE, relativement à leur produit intérieur brut, en 1996

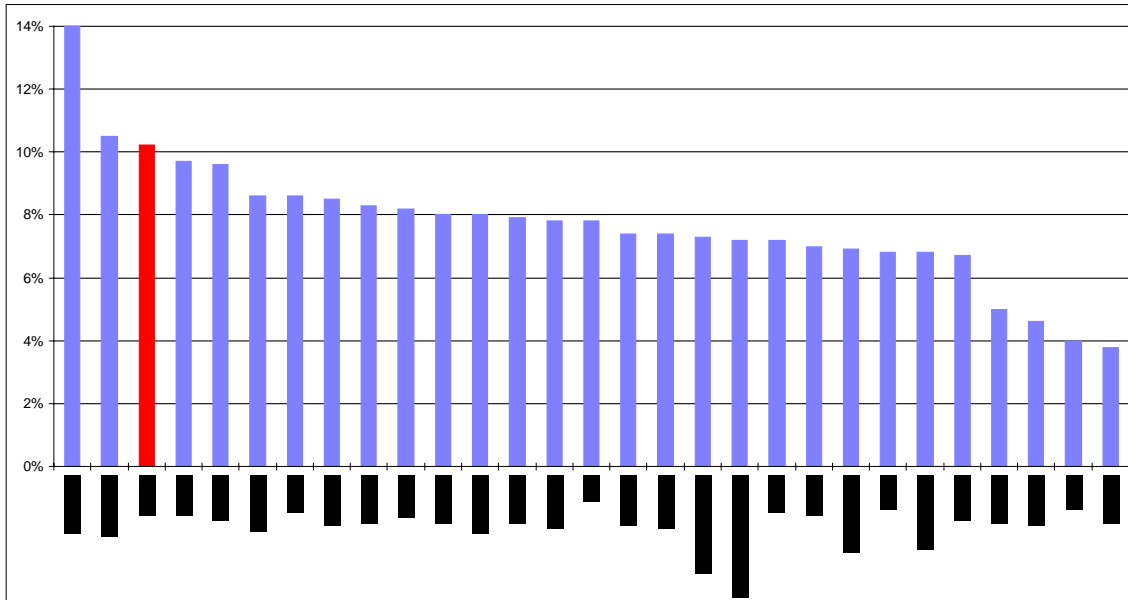


Figure No VI.5

Dépenses du système de santé par habitant de plusieurs pays de l'OCDE, en \$ PPP (parité de pouvoir d'achat)

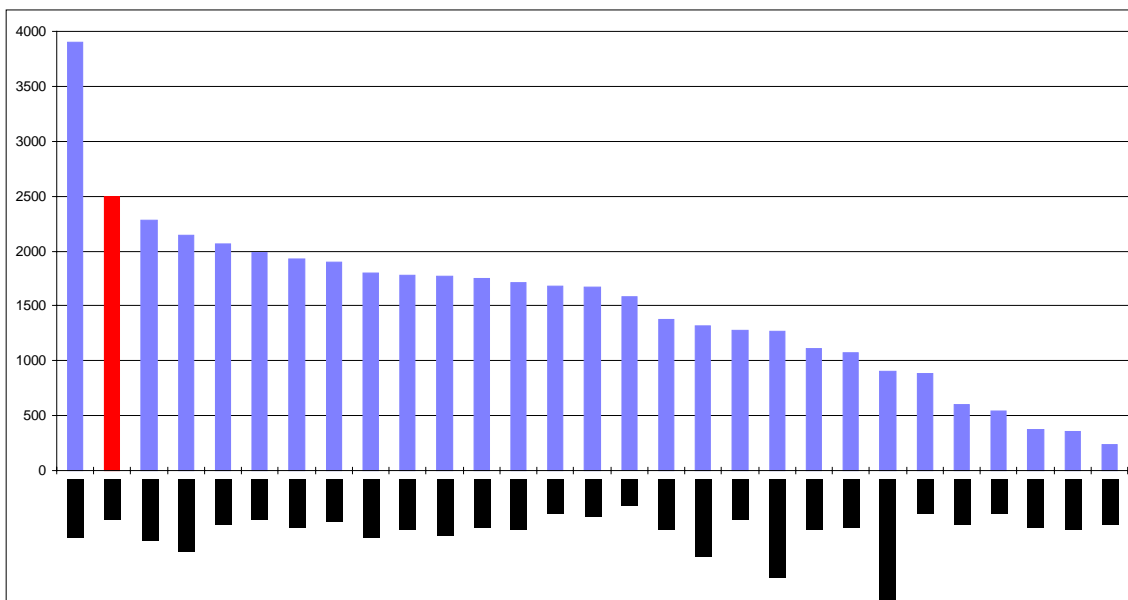


Figure No VI.6

Dépenses du système de santé par habitant et PIB par habitant de plusieurs pays de l'OCDE, en \$ PPA (parité de pouvoir d'achat)

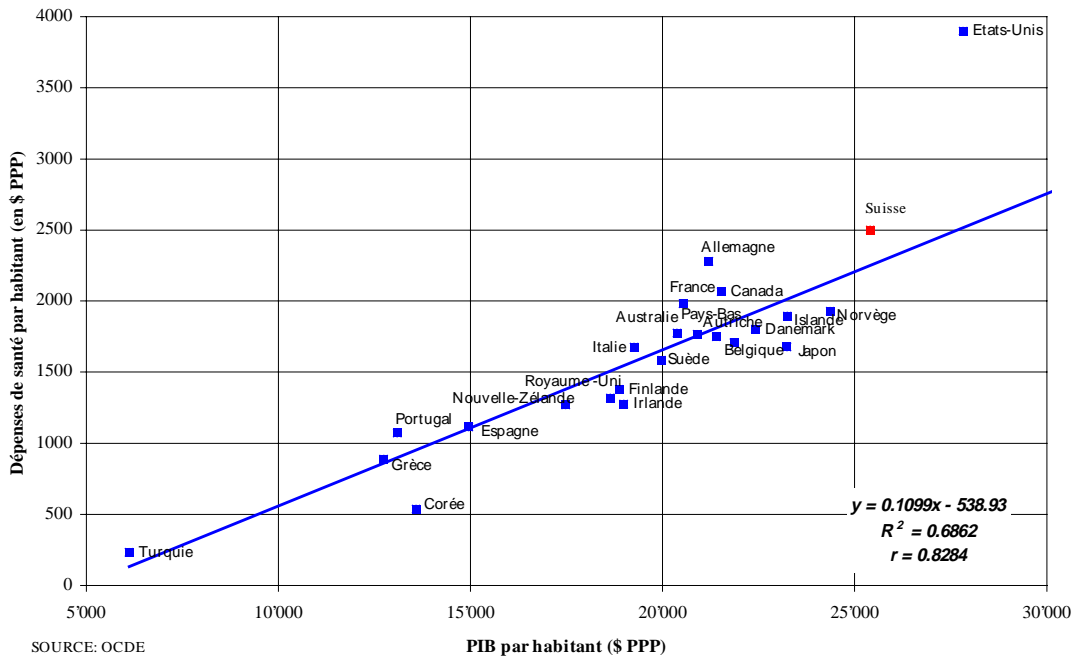
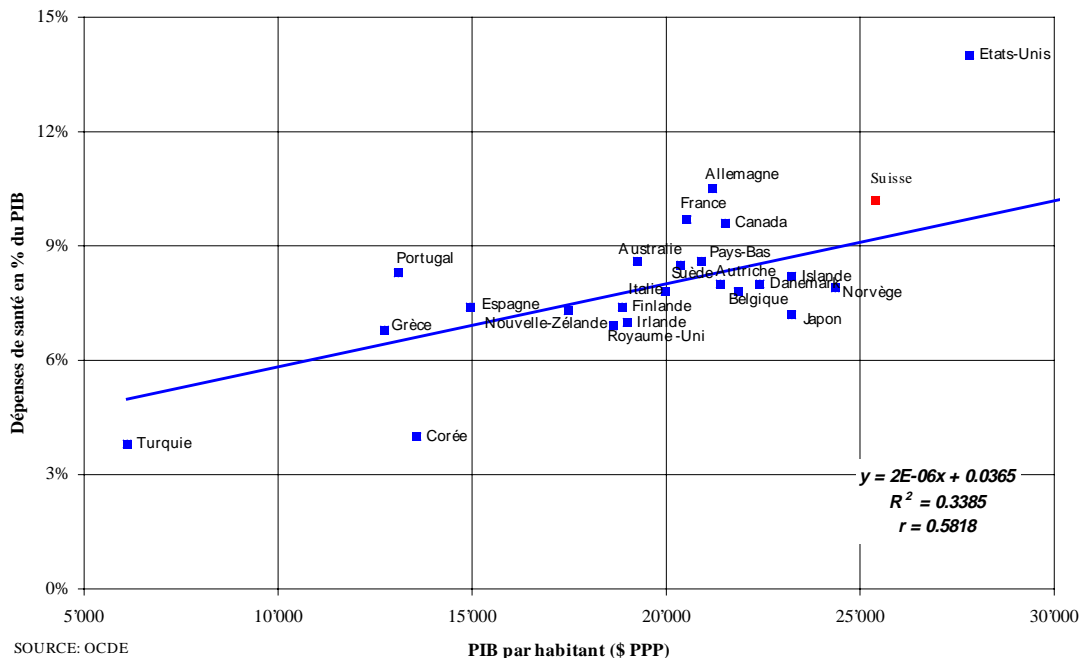


Figure No VI.7

Dépenses du système de santé en % du PIB et PIB par habitant de plusieurs pays de l'OCDE, en \$ PPA (parité de pouvoir d'achat)



Le chapitre VII examine des indicateurs des établissements qui servent la population de la région de Sierre, Sion et Martigny.

Chapitre VII

Hospitalisation et hébergement dans la région de Sierre, Sion et Martigny. Situation en 1997. Flux. Taux selon le sexe et des groupes d'âges. Courbes de sorties.

Quelques indicateurs concernant les établissements de la région sont présentés. Pour la première fois en Valais, les « besoins » exprimés en « journées par an et par habitant » et des indicateurs « malades en moyenne journalière » sont calculés selon le sexe et des groupes d'âges, pour toute la région et l'ensemble des établissements. Des courbes de sorties par durée montrent qu'une part faible des personnes hospitalisées occupent une grande part des lits. Le poids du vieillissement démographique est fort important. Les résultats pour la région peuvent être généralisés (*cf. VIII. 6*). Auparavant est signifiée la structure de la population de la région.

VII.1 La population de la région du Centre hospitalier rhodanien (1.1.1997)

L'Office fédéral de la statistique dispose des données âge par âge et selon le sexe de la population du canton du Valais. Sur cette base, le nombre d'habitants de la région, connu globalement, est ventilé en catégories d'âges. L'hypothèse est que les répartitions par âge et sexe du Valais et de la région sont semblables. Il y a certainement des différences ; mais elles sont de faible ampleur et n'ont guère d'incidence sur les taux calculés pour les indicateurs hospitaliers. De toute façon, ce sont les ordres de grandeur qui importent.

La région dénombre 150 mille habitants²¹, dont 49 % de sexe masculin et 51 % de sexe féminin. Il naît plus de garçons que de filles (environ 105 pour 100 respectivement). Le rapport du nombre de filles de moins de 15 ans aux garçons du même groupe d'âges est donc inférieur à 1. La mortalité frappe plus les garçons et les hommes, à tous les âges. Aussi le rapport du nombre de femmes au nombre d'hommes est-il de 1 entre 15 et 34 ans (il est de 0.96 entre 35 et 49 ans ; il peut s'agir d'un biais de l'observation statistique ou de l'apport migratoire). De 1.04 entre 50 et 64 ans, il s'élève à 1.26 déjà entre 65 et 79 ans pour être de 1.95 au-delà de 80 ans, soit environ deux fois plus de femmes que d'hommes dans cette classe d'âges.

Près de 20 mille résidents sont âgés de 65 ans ou plus : soit 13.3 %. La population âgée compte près de trois femmes pour deux hommes : respectivement 58 % et 42 %.

Par groupe quinquennal d'âges, le rapport est de 1.14 entre 65 et 69 ans (soit 14 % de femmes de plus que le nombre d'hommes de cette classe d'âges). Le rapport dépasse 2.1 entre 85 et 89 ans ; il est le triple au-delà de 90 ans.

²¹ 149 769 résidents permanents le 1.1.1997, probablement plus le 31.12.1997 (nombre non encore connu). Soit en moyenne pour l'année, un arrondissement à 150 mille.

Ces remarques sur la répartition par sexe et groupe d'âges sont importantes, car ces différences se répercutent de manière sensible sur les « besoins de santé », qui augmentent plus l'âge s'élève.

Tableau No VII.1

Population résidente permanente de la région du Centre hospitalier rhodanien selon quelques groupes d'âges, le 1.1.1997

Groupes d'âges	Hommes		Femmes		Nb F/H	Ensemble	
	Nb	o/oo	Nb	o/oo		Nb	o/oo
0 - 14	14509	197	13962	183	0.96	28471	190
15 - 34	22566	306	22511	296	1.00	45077	301
35 - 49	16866	229	16153	212	0.96	33019	221
50 - 64	11370	155	11864	156	1.04	23234	155
65 - 79	6790	92	8556	113	1.26	15346	102
80 et +	1567	21	3055	40	1.95	4622	31
TOTAUX	73668	1000	76101	1000	1.03	149769	1000
<i>o/oo</i>	<i>492</i>	<i>—</i>	<i>508</i>	<i>—</i>		<i>1000</i>	<i>—</i>

65 - 69	2870	39	3258	43	1.14	6128	41
70 - 74	2319	31	2982	39	1.29	5301	35
75 - 79	1601	22	2316	31	1.45	3917	26
80 - 84	980	13	1688	22	1.72	2668	18
85 - 89	444	6	943	12	2.12	1387	9
90 - 94	(115)	2	(345)	6	2.97	(460)	4
95 et +	(28)		(79)			(107)	
65 et +	8357	113	11611	153	1.39	19968	133
<i>o/oo</i>	<i>419</i>	<i>—</i>	<i>581</i>	<i>—</i>		<i>1000</i>	<i>—</i>

Source : OFS, 1998. NB : La répartition par sexe est disponible en proportion ; d'où quelques légers biais. La ventilation 90-94 ans et 95 ans et + est faite d'après la population en Suisse.

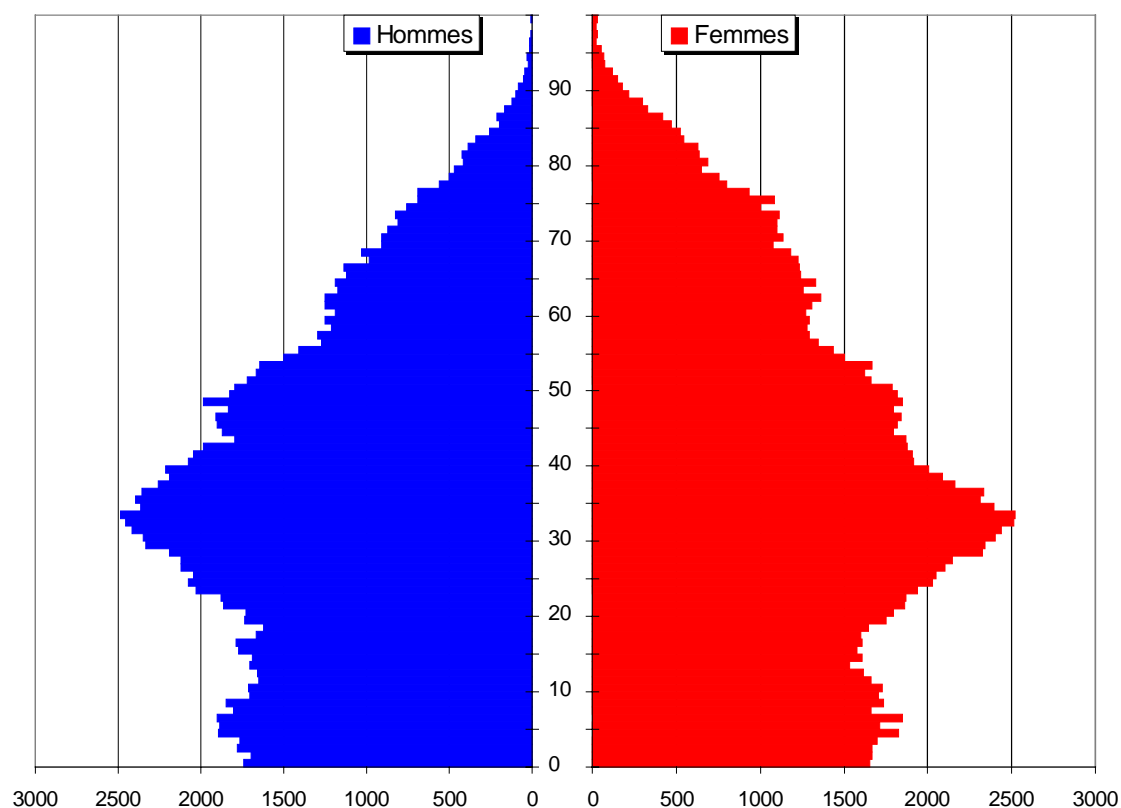
Les nombres d'habitants par groupe d'âges du tableau No VII.1 sont retenus pour le calcul des taux de plusieurs types d'établissements. Cependant, l'hôpital de Sierre-Loèche sert environ 40 % de la population du district de Loèche et Martigny environ deux tiers de la population du district de St-Maurice. Pour les taux des hospitalisations et journées en soins aigus, la population totale est alors de 161 674 habitants, soit environ 8 % de plus. La population par groupe d'âges est ajustée en conséquence pour les calculs des taux.

Quelques informations succinctes caractérisent la « demande de soins » envers les établissements de la région, en 1997.

D'autres renseignements figurent dans l'Annuaire statistique sur la santé publique (SSP-Valais).

Figure No VII.1

Canton du Valais : Pyramide des âges le 01.01.1997 (par hypothèse : même structure d'âges pour la région du Centre hospitalier rhodanien)



Source : population résidante permanente, OFS, Berne (31.12.1996 - 01.01.1997).

VII.2 Hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, quelques indicateurs en 1997

Le tableau récapitulatif No VII.2 présente quelques indicateurs concernant les soins aigus relatifs à l'année 1997.

L'hôpital de Sion a des charges d'exploitation de 83 millions, dont plus de 67 millions pour l'hospitalisation et près de 16 pour le secteur ambulatoire et les activités diverses. Soit respectivement 54 % de l'ensemble des charges des trois hôpitaux. Sierre engage près de 22 % du total des frais d'exploitation, Martigny plus de 24 %.

L'hôpital de Champsec dispose de 47 % des lits. Il enregistre la moitié des sorties et des journées de malades. L'hôpital de Sierre dénombre 25 % des lits et 23 % des sorties et des journées, l'hôpital de Martigny respectivement 28 % et 25 %.

En simplifiant, le volume des activités est de moitié à Sion, l'autre moitié étant partagée entre Sierre et Martigny.

Cependant les coûts sont supérieurs à Sion ; les écarts proviennent surtout de services spécifiques assurant la couverture de besoins sur le plan cantonal (cf. tableau VII.3). Ainsi par jour, le coût atteint 790 francs à Sion, 670 à Sierre et 625 à Martigny. Le coût par patient — préférable comme indicateur au

précédent — est proche de 6300 à Sion, pour 5500 environ à Sierre et 5200 à Martigny — la moyenne s'établissant à environ 5800.

Les répartitions des journées selon les services sont proches entre l'ensemble des hôpitaux généraux valaisans (soins aigus) et les hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny (cf. les deux dernières colonnes du tableau VII.3). Entre ces trois hôpitaux, des différences apparaissent²². Pour une moyenne de 41 % des journées en service de médecine, la part est de l'ordre de 37 % à Sion et 45 % à Sierre et Martigny. Si les trois établissements enregistrent 37 % des journées en chirurgie, Sion dénombre 3¹/₂ % de journées en soins intensifs. La proportion en pédiatrie est plus élevée à Sion : 6 % pour 4 % environ à Sierre et Martigny. Enfin Sion dispose d'une division privée, avec 5¹/₂ % des journées (cf. note en bas de page).

Tableau No VII.2

**Hôpitaux de la région de Sierre, Sion et Martigny;
soins aigus en 1997. Quelques indicateurs**

Hôpitaux Rubriques	Sierre		Sion		Martigny		CHR	
	Nb	Ind/%	Nb	Ind/%	Nb	Ind/%	Nb	Ind/%
Lits	140	24.5 %	249	47.1 %	162	28.4 %	551	100 %
Sorties	4850	22.8 %	10715	50.5 %	5664	26.7 %	21229	100 %
dont Femmes	2631	54 %	5281	49 %	3304	58 %	11216	53 %
Journées	39975	23.2 %	85469	49.6 %	46956	27.2 %	172400	100 %
dont Femmes	21916	55 %	43721	51 %	28480	61 %	94117	55 %
Malades/jour	109	23.2 %	234	49.6 %	129	27.2 %	472	100
Rotation	35	95	40	108	35	95	37	100
Taux occup.	78.2	95	94.0	105	79.4	96	85.7	100
Durée séjour	8.2	101	8.0	99	8.3	102	8.1	100
Int. non occup.	2.3	135	1.2	71	2.1	124	1.7	100
Charges expl. - Totales	(1000) 33136	21.6%	83129	54.3 %	36818	24.1 %	153083	100 %
-Ambul. + div.	6358	21.6%	15707	53.5 %	7311	24.9 %	29376	100 %
- Hospitalières	26778	21.6%	67422	54.5 %	29507	23.9 %	123707	100 %
- Hosp./Jour	670	93	789	110	625	87	717	100 %
- Hosp./Sortie	5521	95	6292	108	5188	89	5821	100%

²² Un biais de présentation est introduit par la présence d'une division privée à Sion et des soins intensifs, comptés à part, alors que ce n'est pas le cas dans les deux autres établissements.

VII. 3 Les établissements en soins généraux aigus de la région de Sierre, Sion et Martigny. Services pour malades aigus et gériatrie

Les établissements et leurs activités sont brièvement présentés, en reprenant quelques informations déjà citées sous le point VII.2.

a) L'hôpital de Sierre-Loèche comprend 140 lits de soins aigus. Il dénombre 4850 sorties et 39 975 journées de malades, dont 55 % pour des hospitalisations de femmes. En moyenne journalière, 109-110 malades sont hospitalisés. En une année, 35 personnes occupent un lit. Le taux d'occupation est de 78.2 %. La durée moyenne de séjour est de 8.2 jours. Entre la sortie d'un malade et l'admission d'un autre, il s'écoule, relativement à un lit, 2.3 jours.

Les charges d'exploitation de l'hôpital sont de 33.6 millions, dont 6.8 pour le secteur ambulatoire et 26.8 pour le secteur hospitalier. Pour ce dernier, le coût moyen par jour est de 670 francs, le coût moyen par patient de 5521 francs.

b) L'Hôpital de Sion-Hérens-Conthey compte 249 lits de soins aigus. Il dénombre 10 715 sorties et 85 469 journées de malades, dont 51 % pour des hospitalisations de femmes. En moyenne journalière 234 personnes y séjournent — la moitié des malades hospitalisés dans les trois hôpitaux. Par lit, il y a une rotation de 40 patients par année. Le taux d'occupation est de 94 %, la durée de séjour de 8 jours, tandis que l'intervalle de non-occupation d'un lit est très courte : 1.2 jours.

Les charges d'exploitation de l'hôpital sont de 83.1 millions de francs dont 15.7 pour le secteur ambulatoire et 67.4 pour le secteur dit stationnaire. Le coût par jour est de 789 francs ; il est de 6299 francs par patient.

c) La Clinique de Valère. Les renseignements sont peu nombreux. Les données ne figurent pas dans le tableau VII.2. Valère dispose de 40 lits pour soins aigus. Le volume des journées de malades fluctue ; en 1990, il est de 16 200 ; il baisse à 14 400 en 1992, monte à 16 300 en 1996 et diminue à nouveau en 1997 : 13 850 journées, soit un taux d'occupation de près de 95 %.

d) L'Hôpital de Martigny-Entremont, avec 162 lits de soins aigus, enregistre 5664 sorties et 46 956 journées, dont 58 % pour des séjours de femmes. En moyenne journalière, 129 patients sont présents. En une année et par lit, il y a 35 malades. Le taux d'occupation est de 79.4 %, la durée de séjour de 8.3 jours. Un lit reste inoccupé en moyenne 2.1 jours.

Les charges d'exploitation s'élèvent à 37.7 millions, dont 8.3 pour le secteur ambulatoire et 29.4 pour l'hospitalisation. Le coût par jour et de 625 francs, le coût par patient de 5188 francs.

Tableau No VII.3

Nombre de journées malades, par service des établissements hospitaliers de Sierre, Sion et Martigny, CHR et Valais en 1997

Services	Sierre	Sion	Martigny	CHR ³⁾	TOTAL VS
Médecine	18'156	31'916	20'267	70'339	112'257
Chirurgie	14'960	31'775	15'740	62'475	108'025
Gynécologie ¹⁾	5'217	9'099	6'540	20'856	34'362
Pédiatrie	1'642	4'986	2'812	9'440	15'359
Soins intensifs	²⁾	3'078	1'597	4'675	7'049
Division privée	-	4'615	-	4'615	4'615
Total	39'975	85'469	46'956	172'400	281'667

Médecine	45.4	37.3	45.4	40.8	39.9
Chirurgie	37.4	37.2	37.4	36.2	38.4
Gynécologie ¹⁾	13.1	10.7	13.1	12.1	12.2
Pédiatrie	4.1	5.8	4.1	5.5	5.4
Soins intensifs	²⁾	3.6	²⁾	2.7	2.5
Division privée	-	5.4	-	2.7	1.6
Total	100	100	100	100	100

¹⁾ y compris obstétrique²⁾ Répartition interdisciplinaire³⁾ Centre hospitalier rhodanien**VII.4 Utilisation des salles d'opérations en 1996 et 1997**

Les nombres d'heures d'utilisation des salles d'opération ont été indiqués par les hôpitaux. Martigny dispose de 6 salles, Sion de 8 et Sierre de 5, soit 19 au total. Le taux d'occupation est vraiment bas en moyenne : environ 1300 heures par salle en 1997. La progression relativement à 1996 est faible : soit 107 et 108 heures par mois, ou encore un peu plus de trois heures et demie seulement par jour.

Par hôpital en 1997 et par salle, l'occupation est de 1895 heures à Sion, en moyenne 158 heures par mois — environ cinq heures et quart par jour ; de 915 heures à Martigny — 76 heures par mois ou environ deux heures et demie par jour, et de 821 heures à Sierre — 68 heures par mois ou environ deux heures et quart.

Tableau No VII.4

Nombre de salles d'opérations des hôpitaux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny en 1996 et 1997
Occupation par année, par mois et par jour, en heures

Hôpitaux	Sierre		Sion		Martigny		CHR	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Nb salles	5	5	8	8	6	6	19	19
Nb heures utilisation. ¹	4279	4106	15917	15162	5046	5491	24522	24759
Nb heures / salle	856	821	1900	1895	841	915	1291	1303
<i>Indices / salle</i> ²	66	64	147	147	65	71	100	101
Nb heures / mois ³	71	68	158	158	70	76	107	108
Nb heures ⁴ / jour	2.23'	2.17'	5.17'	5.16'	2.05'	2.32'	3.35'	3.37'

1. Les nombres d'heures d'utilisation ont été fournis par les hôpitaux.

2. Moyenne des trois hôpitaux en 1996 = 100.

3. Mois : 30 jours.

4. Heures et minutes.

VII.5 Personnels des établissements hospitaliers de soins généraux (aigus et gériatrie) des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, postes

Le nombre des postes de travail des cinq établissements de la région est de 1500 en 1997. Cela représente 95 postes (équivalence plein temps) pour 10 000 habitants (la densité serait de 89 en incluant une partie des populations des districts de Loèche et de St-Maurice). La densité diffère selon les zones ; les activités spécialisées et la différence de flux de malades haussent la densité de Sion-Gravelone.

N.B. Le tableau No VII.5 comprend les effectifs de Ste-Claire à Sierre, Gravelone à Sion, et l'unité de gériatrie à Martigny.

En moyenne journalière, ces cinq établissements dénombrent 653 patients. Pour 100 malades présents, les densités sont proches, compte tenu des services cantonalisés de l'hôpital de Sion : 226 postes en moyenne pour 100 malades, respectivement 203 à Sierre (y compris Ste-Claire), 245 à Sion (y compris les services spécialisés et Gravelone) et 208 à Martigny (y compris gériatrie).

Tableau No VII.5

Postes de travail (équivalence plein temps) dans les hôpitaux de Sierre et Ste-Claire-Sion et Gravelone et Martigny en 1997, par catégorie de personnels. Nombres, ‰ et densités

Catégorie Personnels	Sierre ¹		Sion ²		Martigny ³		Ensemble		Densités	
	Nb	o/oo	Nb	o/oo	Nb	o/oo	Nb	o/oo	Malades ⁴	Popul.
Médecins + universitaires	33	95	84	100	42	134	159	106	24	10
Soignants / Soins	149	428	380	454	122	389	651	434	100	41
Autres disciplines médicales	77	221	178	212	78	248	333	222	51	21
Administratif	21	60	36	43	19	60	76	51	13	5
Economat, transports, etc	58	167	143	171	49	156	250	166	38	16
Maintenance	9	26	15	18	4	13	28	19	3	1
Ecole	1	3	2	2	-	-	3	2	-	-
Ensemble	348	1000	838	1000	314	1000	1500	1000	-	-
Densités / Malades ⁴	203	-	245	-	208	-	226	-	226	-
<i>Indices</i>	90	-	108	-	92	-	100	-	100	-
Densité / Population	87	-	128	-	70	-	95	-	-	95
<i>Indices</i>	92	-	135	-	74	-	100	-	-	100

¹ y compris Ste-Claire

² y compris Gravelone

³ y compris Service de gériatrie

⁴ densité pour 100 malades présents en moyenne journalière

⁵ densité pour 10'000 habitants de chacune des zones

NB : Nombres arrondis

Les flux de patients qui se rendent à l'hôpital de Sion augmentent le volume des activités. Aussi la densité/population y est-t-elle supérieure, ce facteur s'ajoutant à celui des services spécialisés au plan cantonal. Pour une moyenne de 95 postes pour 100 habitants, Sion a une densité de 128, Martigny 95 et Sierre 87. La densité/population est un aspect de « retombées économiques » par l'emploi. Un hôpital distribue des salaires et des honoraires à des personnes qui pour la plupart habitent dans la zone, et qui de ce fait achètent et payent des impôts. Cependant la densité/malades est l'indicateur à retenir relativement aux activités d'un établissement.

Pour les trois entités regroupées, la densité/malades est de 24 postes de médecins pour 100 malades (environ un médecin pour quatre patients), de 100 pour le personnel soignant (un poste par malade présent), de 51 pour la catégorie « autres disciplines médicales » (un poste pour deux malades), 13 pour le secteur administratif (un poste pour sept-huit patients), 41 pour l'économat, les transports, la maintenance (deux postes pour cinq malades).

VII.6 Flux d'hospitalisation entre les hôpitaux et les zones de la région

Flux vers - et hors des hôpitaux de la région

Les trois établissements ont hospitalisé 21 229 patients en 1997. En moyenne, trois patients sur quatre (74 %) résident dans la zone où est implanté l'hôpital. La part est de 82 % à Sierre, 89 % à Martigny, et 62 % à Sion, qui accueille de nombreux malades provenant d'autres zones du Valais : 33 %, ainsi que de l'étranger : 5 %. Soit un flux de 38 % de patients domiciliés ailleurs que dans la zone sédunoise. L'hôpital de Sion dispose de services dont la fonction est cantonale ; cet aspect explique une partie de l'attrait qu'il exerce. Le flux total vers Sierre est de 18 % et de 11 % vers Martigny.

En dénombrant les hospitalisations des résidents de chaque zone, 81 % en moyenne se rendent dans l'hôpital de leur zone ; la proportion est de 71 % à Sierre, 76 % à Martigny, et 92 % à Sion. 29 % des hospitalisations d'habitants de la zone de Sierre - soit 1639 patients - se rendent dans un autre hôpital, 24 % pour Martigny - soit 1603 patients - et seulement 8 % pour Sion - soit 539 patients). L'hôpital de Sion couvre la majeure part de la « demande » exprimée par les résidents de la zone.

La différence entre le flux de patients résidant dans une autre zone ou à l'étranger et le flux hospitalisé hors de la zone de domicile est positif pour l'hôpital de Sion : + 3569, négatif pour Sierre : - 769 et Martigny : - 978.

Les taux d'hospitalisation diffèrent grandement entre les trois zones. Pour une moyenne de 129 hospitalisations pour 1000 habitants en 1997, le taux est de 148 pour la zone de Martigny, 140 pour la zone de Sierre et 109 seulement pour la zone de Sion - soit 16 % de moins que la moyenne (il est possible toutefois que les Sédunois se rendent plus fréquemment que les résidents d'autres zones à l'établissement de Valère). Les hospitalisations, ailleurs qu'à l'hôpital de leur zone (sans Valère, ni des établissements privés hors du Valais), s'élèvent à 41 pour 1000 habitants à Sierre et 36 à Martigny et seulement 8 à Sion.

Relativement à la population de chaque zone hospitalière, les patients sédunois recourent moins aux hôpitaux universitaires que ceux des zones de Sierre et Martigny. Pour 10 000 habitants, 30 pour la zone de Sion, 47 pour la zone de Sierre et 54 pour la zone de Martigny. L'hôpital de Champsec, avec ses services spécialisés, est attractif. Cela suppose aussi que des patients des deux autres zones, qui se rendent dans des établissements universitaires, pourraient être soignés à Sion.

Tableau No VII.6

Flux d'hospitalisation entre les hôpitaux et les zones de Sierre, Sion et Martigny, soins aigus en 1997. Flux vers - et hors du Valais

	Hôpital	Sierre			Sion			Martigny			CHR		
		Nombre	%	%	Nombre	%	%	Nombre	%	%	Nombre	%	%
1	Patients de la zone	3980	82	71	6607	62	92	5039	89	76	15626	74	81
2	Autres du Valais	378	8	-	3540	33	-	229	4	-	4147	19	-
3	Hors du Valais	492	10	-	568	5	-	396	7	-	1456	7	-
4	A l'hôpital de	4850	100	-	10715	100	-	5664	100	-	21229	100	-
5	Vers autres hôp. du Valais	1452	-	26	339	-	5	1362	-	20	3153	-	16
6	Hôpitaux universitaires	187	-	3	200	-	3	241	-	4	628	-	3
7	Patients de la zone	5619	-	100	7146	-	100	6642	-	100	19407	-	100
	Flux de - vers												
2 + 3	Vers l'hôpital de	870	18	-	4108	38	-	625	11	-	5603	26	-
5 + 6	Hors zone	1639	-	29	539	-	8	1603	-	24	3781	-	19
	Différence flux	-769	-	-	+ 3569	-	-	-978	-	-	1822	-	-
	Population ¹	40154			65715			44900			150769		
	Taux d'hosp. o/ oo ²	140			109			148			129		
	Indices	109			84			115			100		
	à hôp. zone, o/ oo	99			101			112			104		
	hors zone, o/ oo	41			8			36			25		

¹ Population résidante moyenne, estimation OFS.

² Sans Valère, ni les hospitalisations dans des établissements privés d'autres cantons.

NB : Calcul des taux d'hospitalisation : Nombres de la ligne 7 (soit 1 + 5 + 6) divisés par la population. A l'hôpital de la zone : ligne 1 par la population; hors zone : 5 + 6 par la population.

**VII.7 Hôpitaux généraux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny
Nombres de services, de journées. Répartitions, en %, selon le
sexe et des groupes d'âges. Malades en moyenne journalière.**

Le tableau récapitulatif VII.7 est construit sur la base d'une ventilation par sexe et par groupe d'âges demandée aux hôpitaux de soins aigus. Il dégage les répartitions comparées des patients et des journées, et permet de calculer des taux d'hospitalisation et de journées par an et pour 100 habitants. Pour les soins aigus, quelques biais requièrent de considérer les résultats comme des ordres de grandeur pour la région. En effet, des patients hospitalisés dans les trois établissements proviennent d'autres zones du Valais, d'autres cantons ou de l'étranger (cf. tableau VII.6). Le biais est plus important pour les taux

d'hospitalisation que pour les taux dits de « morbidité » (jours par an et pour 100 habitants) ; en effet, la moyenne de séjour est plus basse pour les personnes domiciliées hors canton ou à l'étranger. Par ailleurs, des malades domiciliés dans la région sont hospitalisés dans d'autres hôpitaux du Valais (ils sont peu nombreux) ou d'autres cantons (hôpitaux universitaires, etc.). Il y a une certaine compensation entre ces deux mouvements, sans pourtant que les répartitions par sexe et par groupe d'âges soient connues. Cependant, pour la première fois en Valais, des ordres de grandeur sont calculés ; ce sont des indicateurs différentiels des besoins et des avertisseurs de l'évolution à venir, par exemple en regard du vieillissement inéluctable de la population à l'avenir. Les figures ci-après montrent les différences selon le sexe, selon les groupes d'âges et pour les trois hôpitaux.

Ces résultats proviennent d'une compilation visant à mettre en évidence les « besoins différentiels ». Des relevés statistiques spécifiques pourront donner ultérieurement une image plus précise, mais qui nécessite au préalable une récolte méthodique des données et un programme informatique adapté ; en outre, cela requerra du temps. Se reporter au chapitre VIII pour l'ensemble des établissements hospitaliers et des EMS.

Les trois hôpitaux de soins généraux aigus de Sierre, Sion et Martigny enregistrent, en 1997, 21 229 sorties (nombre pratiquement équivalent aux admissions en cours d'année) et 172 400 journées (*cf. VII.2*). La répartition et des indicateurs pour chacun des hôpitaux ont déjà été présentés. La répartition des journées par groupe d'âges diffère entre les hôpitaux ; mais les écarts sont de degré.

Les différences selon le sexe, elles, sont nettes. Pour l'ensemble des trois hôpitaux, on enregistre 94 117 journées concernant les femmes et 78 283 chez les hommes, soit 55 % et 45 %, un nombre de femmes supérieur de quelque 20 % à celui des hommes (1.202). La part des journées chez les garçons de 0 à 14 ans est bien supérieure à celle des filles : 7.7 % et 4.7 % respectivement. Cela provient d'une part du fait que les garçons sont plus fréquemment hospitalisés que les filles. (Le rapport des nombres de journées est de 1.36) et d'autre part des admissions nombreuses de jeunes femmes en maternité — qui grossit la part du groupe 15 - 34 ans notamment —, ainsi que du vieillissement bien plus prononcé de la population féminine. En effet, le groupe de 15 à 34 ans enregistre 17 % des journées, mais 11 % chez les hommes et 22 % chez les femmes (nombres de journées F/H = 2.5, soit 2.5 fois plus pour les femmes que pour les hommes).

Les proportions sont voisines pour le groupe de 35 à 49 ans : 15 % environ (mais il y a un nombre supérieur de journées chez les femmes). En revanche, les hommes sont en nombre et en proportion supérieurs entre 50 et 64 ans : 24 % et 16 %, pour une moyenne de 20 %. La proportion des hommes, au sein du groupe de 65 à 79 ans, est de 31 % ; elle est de 26 % chez les femmes ; or les nombres de journées de ce groupe d'âges sont semblables. Par contre, la proportion est nettement plus élevée chez les femmes de plus de 80 ans : 17 %, pour 11¹/₂ % chez les hommes ; le nombre de journées d'hospitalisations est de 87 % supérieur pour les femmes.

Pour les personnes au-delà de 65 ans — 13.3 % de la population résidente permanente — on dénombre 42¹/₂ % des journées, les parts étant similaires chez les hommes et les femmes, pour 31-33 % des sorties (moyenne de 32 %). En simplifiant :

- la population âgée de plus de 65 ans dénombre un tiers des hospitalisations (32 %), et
- plus de deux cinquièmes des journées — ou des lits occupés en moyenne journalière (42¹/₂ %).

Le taux d'hospitalisation²³ est de 131 admissions (sorties) par millier d'habitants, respectivement 126 pour le sexe masculin et 137 pour le sexe féminin. Il s'accroît fortement avec l'avance en âge : de 64 hospitalisations par millier d'habitants entre 0 et 15 ans, aux alentours de 100 pour les groupes de 15-35 ans (y compris maternité) et 35-50 ans, le taux s'élève à 165 de 50 à 65 ans, près de 290 de 65 à 80 ans, et plus de 400 au-delà de 80 ans. Pour les deux groupes âgés, la moyenne est de 315.

La durée de séjour est en moyenne de 8.1 jours ; 7.8 pour les hommes, 8.4 pour les femmes. Elle augmente plus l'âge s'élève : 5.4 jours avant 15 ans, 8.3 jours proche de la moyenne entre 50 et 65 ans, 10.2 jours de 65 à 80 ans et 12.4 jours au-delà de 80 ans. Pour les deux groupes âgés, la durée moyenne de séjour est de 10.8 jours, respectivement 10 jours pour les hommes et 11.5 jours pour les femmes.

Le taux de morbidité est en moyenne de 107 jours d'hospitalisation pour 100 habitants. De 99 jours pour les hommes, il est de 115 jours pour 100 femmes. Le nombre supérieur chez les femmes est causé également par les accouchements et le vieillissement plus prononcé de la population féminine. Toutefois, par groupe d'âges et sauf pour les classes de 15 à 35 ans (nettement) et de 35 à 50 ans, le taux est plus élevé chez les hommes. C'est avec cet indicateur que l'augmentation des « besoins de soins » est mise en évidence de la manière la plus pertinente — certes sous l'angle quantitatif, et non selon une approche médicale. De 34 jours pour 100 enfants de 0 à 15 ans, l'indicateur est déjà de 60 entre 15 et 35 ans, s'élève à 70, puis 136 pour la classe d'âges de 50 à 65 ans, près de 300 pour le groupe âgé de 65 à 80 ans et 500 pour le groupe très âgé. En moyenne au-delà de 65 ans, il est de 340 jours pour 100 résidents âgés, respectivement près de 370 pour les hommes, 320 pour les femmes.

L'âge est un révélateur des « besoins quantitatifs », mesuré ici en jours par habitant. Les figures illustrent cette progression fort importante des besoins.

²³ Cf. les réserves mentionnées ci avant.

Tableau No VII.7

Hôpitaux généraux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny en 1997
Nombres de sorties et de journées. Répartitions, en %, selon le sexe
et des groupes d'âges. Malades en moyenne journalière.

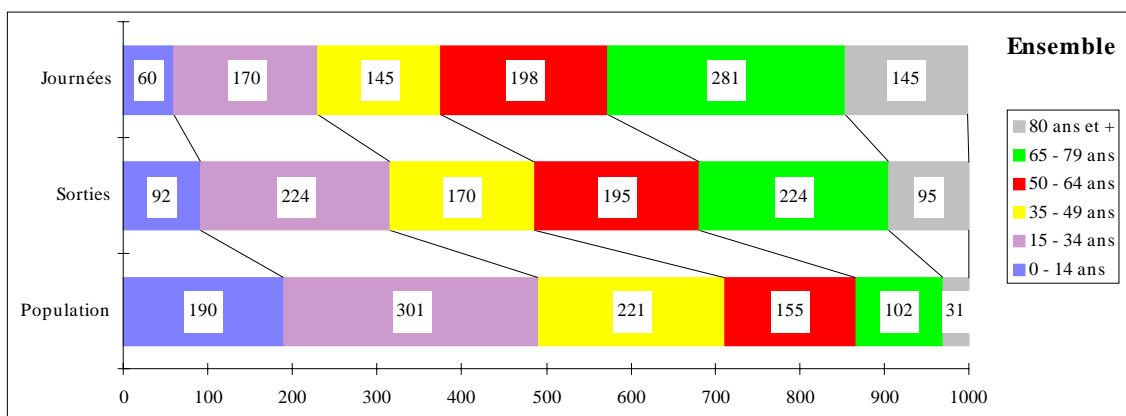
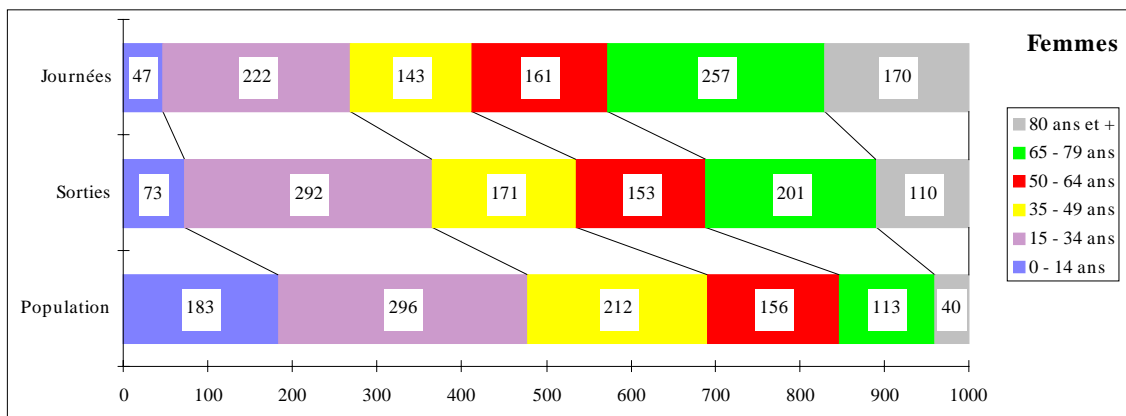
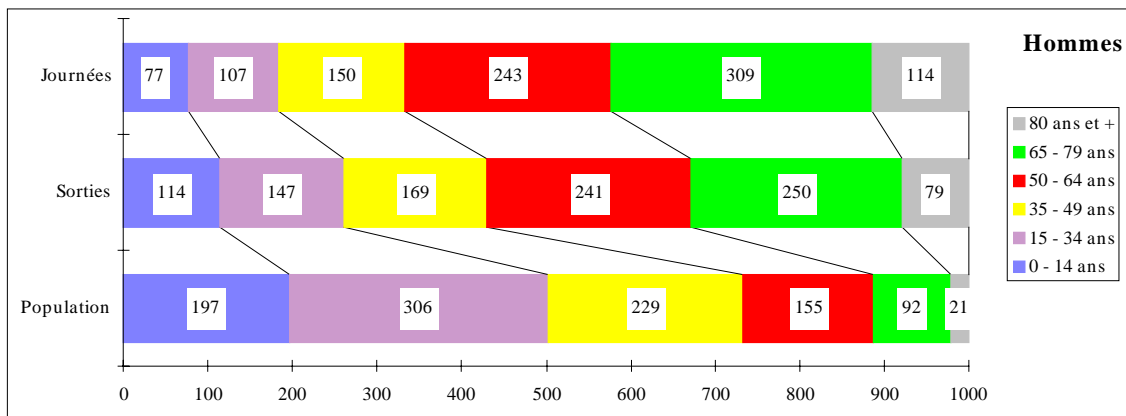
Etablissements	Sexe	Sorties		Journées		0 - 14	15 - 34	35 - 49	50 - 64	65 - 79	80 et +	65 et +	
		Nb	o/oo	Nb	o/oo							o/oo J	o/oo S
Sierre-Loèche Soins aigus	H	2219	458	18059	452	89	108	150	230	279	144	423	286
	F	2631	542	21916	548	42	251	154	138	239	177	416	273
	Total	4850	1000	39975	1000	63	186	152	179	257	162	419	279
Sion-Hérens- Conthey ^{1,2} Soins aigus	H	5434	507	41748	488	69	115	156	263	316	82	398	334
	F	5281	493	43721	512	49	211	153	189	268	130	398	331
	Total	10715	1000	85469	1000	59	164	154	225	291	107	398	332
Martigny - Entremont ² Soins aigus	H	2360	417	18476	393	84	88	135	210	324	158	482	361
	F	3304	583	28480	607	49	216	118	136	256	225	481	308
	Total	5664	1000	46956	1000	63	166	125	165	283	199	482	329
Région CHR Soins aigus	H	10013	472	78283	454	77	107	150	243	309	114	423	329
	F	11216	528	94117	546	47	222	143	161	257	170	427	311
	Total	21229	1000	172400	1000	60	170	145	198	281	145	426	319
Région CHR Malades Moyenne/ jour	H	-	-	214	-	16	23	32	52	66	25	91	-
	F	-	-	258	-	12	57	37	42	66	44	110	-
	Total	-	-	472	-	28	80	69	94	132	69	201	-
Région CHR ^{1,2} Taux d'hospitalisa- tion, en o/ oo	H	126	-	-	-	73	60	93	197	342	467	Taux	366
	F	137	-	-	-	54	135	110	135	244	373	hospit.	278
	Total	131	-	-	-	64	98	101	165	288	405	T. hosp.	315
Région CHR ^{1,2} Durée moyenne de séjour	H	7.8	-	-	-	5.3	5.7	6.9	7.9	9.6	11.3	Durée	10.0
	F	8.4	-	-	-	5.5	6.4	7.0	8.8	10.8	13.0	séjour	11.5
	Total	8.1	-	-	-	5.4	6.2	7.0	8.3	10.2	12.4	Durée	10.8
Région CHR ^{1,2} Taux de morbidité (jours/ an/ 100 hab.) en jours	H	-	-	99	-	38	34	64	155	330	529	Jours	368
	F	-	-	115	-	30	86	77	118	262	484	an/ 100h	321
	Total	-	-	107	-	34	60	70	136	295	500	J/an/hab.	340

NB : Arrondis : +/- 1 o/ oo. Résultats des tableaux statistiques fournis par les trois hôpitaux. Malades en moyenne journalière : unités

¹ Non comprise : la Clinique de Valère

² Les taux d'hospitalisation et de morbidité sont calculés relativement aux nombres d'habitants de la région du Centre hospitalier rhodanien, y compris une partie des personnes résidant dans les districts de Loèche et de St-Maurice (162 mille, la répartition par groupe d'âges étant ajustée). Or des patients sont hospitalisés hors de la région, tandis que des malades et accidentés qui n'y résident pas sont soignés dans ces trois hôpitaux. Par hypothèse, compensation entre ces deux flux.

Figure No VII.2
Hôpitaux généraux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny en 1997
Nombres de sorties et de journées. Répartitions, en %, selon le sexe
et des groupes d'âges.



Hôpitaux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny, 1997

Figure No VII.3
**Taux d'hospitalisation
 selon des groupes d'âges
 (en ‰)**

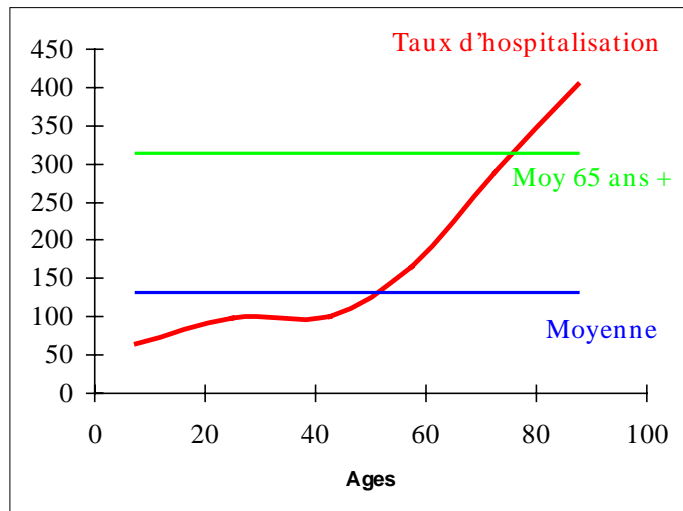


Figure No VII.4
**Durée moyenne de séjour
 selon des groupes d'âges
 (en jours)**

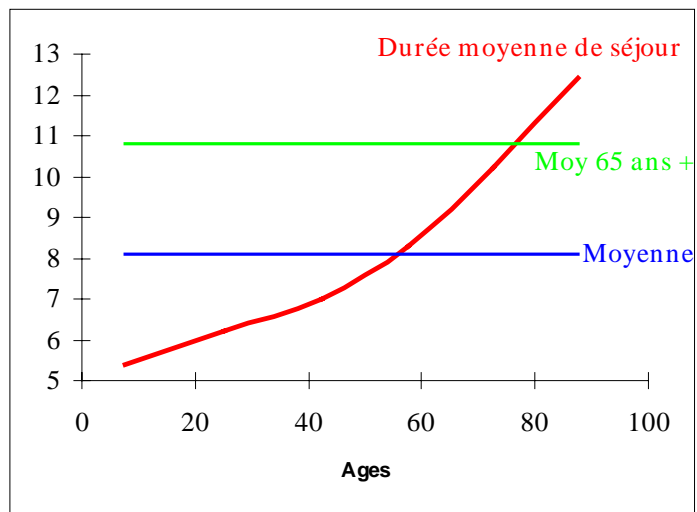
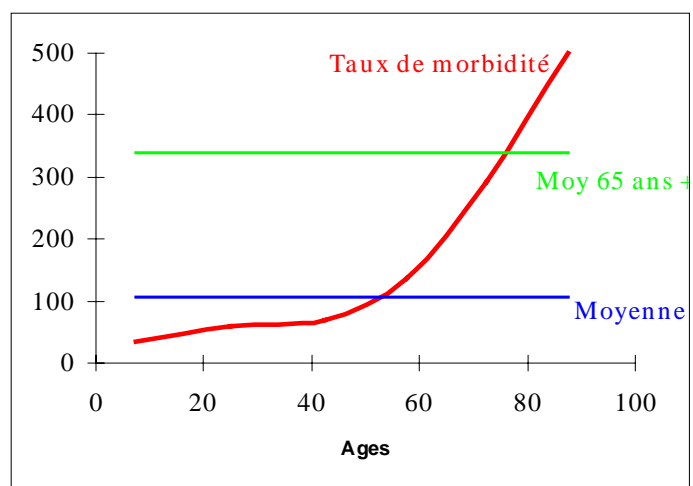


Figure No VII.5
**Taux de morbidité
 selon des groupes d'âges
 (jours pour 100 habitants)**



NB : Le taux de morbidité combine le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour

VII.8 Les services et les établissements de gériatrie et de psychogériatrie en 1997

Sont considérés au point VII. 8 les établissements de Ste-Claire, Gravelone et l'unité de gériatrie de l'hôpital de Martigny (pour le personnel, point et tableau VII. 5, déjà inclus). Il faut ici ajouter St-Amé, à St-Maurice, qui couvre une partie des besoins de la zone de Martigny et même de Sion.

a) Sainte-Claire, à Sierre

L'établissement compte 72 lits, dont 58 en gériatrie et 14 en psychogériatrie. Le nombre global de journées est de 22 624, respectivement 18 279 et 4345. Le taux d'occupation est de 86.1 %, presque semblable dans chacun des deux secteurs.

Sont dénombrées 336 sorties, dont 302 en gériatrie et 34 en psychogériatrie. La durée de séjour est respectivement en moyenne de 61 et 128 jours. Entre la sortie d'un patient et l'entrée du prochain, relativement à un lit, il s'écoule près de 10 jours et 23 jours en moyenne.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes. *Tableau No VII. 8.* Elles requièrent près de 2/3 des journées en gériatrie, 42 % en psychogériatrie.

Tableau No VII.8

Sorties et journées à Ste-Claire en 1997. Répartitions selon des groupes d'âges et des durées de séjour

Division	Sorties	Journées	Répartitions, en %				Ensemble
			Gr. âges	0 - 64	65 - 79	80 +	
Gériatrie	302	18279	Patients	5	38	57	100
<i>dont femmes</i> %	56%	64%	Journées	10	24	66	100
Psychogériatrie	34	4345	Patients	4	27	69	100
<i>dont femmes</i> %	53%	42%	Journées	14	25	56	100
Ensemble	336	22624	Patients	4	32	64	100
<i>dont femmes</i> %	56%	59%	Journées	7	26	65	100
Rubriques	Occup.	Durée	Gr. durée	1 - 30	31 - 100	101 et +	Ensemble
Gériatrie	86.3%	61 j.	Patients	52	40	8	100
<i>dont femmes</i> %	-	69 j.	Journées	17	37	46	100
Psychogériatrie	85.0%	128 j.	Patients	24	53	23	100
<i>dont femmes</i> %	-	101 j.	Journées	4	30	66	100
Ensemble	86.1%	67 j.	Patients	49	42	9	100
<i>dont femmes</i> %	-	72 j.	Journées	14	36	50	100

Les personnes hospitalisées à Ste-Claire sont pour la plupart très âgées : 64 % ont plus de 80 ans et occupent 65 % des lits en moyenne journalière. La

proportion des patients en gériatrie est de 57 %, de 69 % en psychogériatrie. La proportion des journées est de 2/3 en gériatrie pour le groupe le plus âgé, de 56 % en psychogériatrie.

Près de la moitié des patients (49 %) séjournent moins d'un mois, pour 14 % des lits occupés. Moins de 1/10 (9 %) restent au-delà de 100 jours et occupent la moitié des lits (50 %). Le contraste entre gériatrie et psychogériatrie est net : 8 % des patients séjournent plus de 100 jours en gériatrie, la proportion des lits occupés par les personnes en long séjour s'approchant de moitié (46 %). En psychogériatrie, près du quart des séjours dépassent 100 jours, pour 2/3 des lits occupés (66 %).

Ainsi, un nombre élevé de personnes âgées requiert une part très importante des journées de malades.

b) Gravelone comprend deux divisions :

l'une de gériatrie avec 83 lits, l'autre de physiothérapie, de 35 lits ; soit 118 lits pour l'établissement. Respectivement sont dénombrées 27 259 et 1904 journées en 1997 ; le total est 39 433 journées.

Le nombre total de sorties est de 1067, dont 54 % de femmes ; le taux d'occupation est proche de 92 %, pour une durée moyenne de 37 jours ; l'intervalle entre la sortie d'un patient et l'admission du suivant est en moyenne de 3.4 jours. Le taux d'occupation est élevé, mais comme le mouvement d'entrées et sorties est lent, l'intervalle de non occupation est grand.

Les divisions de gériatrie et de médecine physique et de rééducation présentent des différences sensibles. En gériatrie, 64 % des personnes sont des femmes, pour 2/3 des journées. Le taux d'occupation est de 90 %, avec une durée de séjour de 44 jours ; l'intervalle de non occupation est de 5 jours. Les malades sont âgés ou très âgés ; seuls 6 % ont moins de 65 ans ; plus de la moitié (53 %) occupent 3/5 des lits (62 %). Par contre, plus de 4/5 des patients (83 %) en médecine physique et de rééducation sont âgés de moins de 65 ans, 1 % ont plus de 80 ans. 41 % des malades sont des femmes. Le taux d'occupation est de 93 % avec une durée de séjour de 27 jours ; l'intervalle entre la sortie d'un patient et l'admission du suivant est de 1.9 jour seulement.

Pour l'ensemble des patients de Gravelone, et selon des catégories de durée de séjour, 44 % séjournent moins de 20 jours, pour 20 % des lits occupés ; 31 % restent plus de 40 jours, pour près de la moitié (49 %) des journées. Les proportions diffèrent entre hommes et femmes. Cela provient du fait que les femmes sont plus nombreuses en gériatrie, tandis qu'il y a plus d'hommes en médecine physique.

Tableau No VII.9

Sorties et journées à Gravelone en 1997
Répartition selon des groupes d'âges et des durées de séjour

			Gr. âges	0 - 64	65 - 79	80 +	Ensemble
Gériatrie	619	27259	Patients	6	41	53	100
<i>dont femmes</i> %	64%	65%	Journées	6	32	62	100
Physiatrie	448	11904	Patients	83	16	1	100
<i>dont femmes</i> %	41%	45%	Journées	83	15	2	100
Ensemble	1067	39433	Patients	38	30	32	100
<i>dont femmes</i> %	54%	58%	Journées	31	26	43	100
Rubriques	Occup.	Durée	Ensemble Gr. durée	1 - 20	21 - 40	41 et +	Ensemble
Gériatrie	90.0%	44 j.	Patients H.	51	33	16	100
<i>dont femmes</i> %	-	45 j.	Journées H.	20	31	49	100
Physiatrie	93.2%	27 j.	Patients F.	39	36	25	100
<i>dont femmes</i> %	-	29 j.	Journées F.	17	30	53	100
Ensemble	91.6%	37 j.	Patients Ens.	44	35	31	100
<i>dont femmes</i> %	-	40 j.	Journées Ens.	20	31	49	100

* Les nombres sont ajustés à l'année (traitement des données pour 11 mois)

c) Service de gériatrie de l'hôpital de Martigny

L'unité de gériatrie comprend 24 lits. Le nombre de sorties en 1997 est de 186, pour 8090 journées. Le taux d'occupation est de 92.3 %, avec une durée moyenne de séjour de 43 jours. 62 % des malades sont des femmes²⁴.

e) St-Amé, à St-Maurice²⁵

La clinique St-Amé dispose de 77 lits, dont 59 en gériatrie et 18 en psychogériatrie.

En 1997, 381 personnes ont été admises, dont près de la moitié (48 %) provenaient de leur domicile, l'autre moitié étant des transferts d'un hôpital (44 %) ou d'un home (8 %). Sur les 378 personnes sorties, près de 2/3 (65 %) rentrent chez elles, tandis que 17 % sont placées dans un home et 4 % sont transférées dans un hôpital ; 14 % des personnes sont décédées.

Avec plus de 24 mille journées, l'institution est occupée à 87 % ; soit en moyenne journalière 67 malades. 79 % des journées sont attribuables à la gériatrie ; la durée moyenne de séjour est de 55 jours. 21 % des journées sont passées en psychogériatrie, pour une durée moyenne de 212 jours. Ensemble, la durée moyenne est de 65 jours.

²⁴ Deux erreurs rendent non utilisable ici le tableau reçu tardivement de l'Hôpital de Martigny. Pour les récapitulatifs au chapitre VIII, les nombres ont été ajustés (faibles biais).

²⁵ Quelques données statistiques provenant de St-Amé diffèrent de celles du service de la santé publique. Les différences sont faibles. Les renseignements de St-Amé sont retenus ici, car ils sont liés à d'autres informations sur la provenance et la destination à la sortie des patients.

Un tiers des admissions (33 %) et un tiers des journées (34 %) concernent des personnes provenant des districts de Martigny (24 %) et d'Entremont (8¹/₂ %), ainsi que de Conthey et Sion (1¹/₂ %). La proportion atteint 43 % lors du premier trimestre 1998. Le taux d'occupation a augmenté durant cette période à 92 %.

Un relevé des personnes présentes (12 mai, 12 juin et 12 juillet 1998) a permis de dénombrer les patients selon le sexe et l'âge. Les variations sont faibles ; la population hospitalisée dans une institution de ce type a des caractéristiques démographiques qui sont relativement proches dans le temps. En moyenne journalière, 71 malades étaient présents, dont 1/3 d'hommes et 2/3 de femmes. 10 % ont moins de 65 ans, 44 % ont entre 65 et 80 ans, et 46 % dépassent 80 ans.

Le nombre d'admissions tend à augmenter, tandis que la durée de séjour baisse. Le mouvement d'entrées et sorties est plus important durant les premiers mois de 1998. Le nombre de décès est plus élevé. Une unité de soins palliatifs pourrait être créée. A remarquer que la capacité réceptive peut être étendue à une centaine de lits.

Tableau No VII.10

Malades présents à St-Amé, en moyenne journalière, selon le sexe et l'âge

Groupe d'âges sexe	55-9	60-4	65-9	70-4	75-9	80-4	85-9	90-4	95 +	Ens
Ensemble	1	6	6	8	17	18	10	5	0	71
		7		31			33			71
Hommes		3		10			11			24
Femmes		4		21			22			47
% Femmes		57		68			67			66

Observations en mai, juin et juillet 1998.

Des récapitulatifs et des taux concernant ces quatre établissements et services figurent au chapitre VIII.

VII. 9 Centre valaisan de pneumologie (CVP)

Situé à Montana, le CVP est un établissement cantonal de 80 lits qui reçoit des malades de l'ensemble du Valais et d'autres cantons. Près de 1800 patients y ont été hospitalisés en 1997, dont près de 93 % de Valaisans. Avec 28 400 journées, dont 91 % pour des patients domiciliés en Valais, le CVP a un taux d'occupation de 97 % et une durée de séjour de 16 jours en moyenne.

Les patients provenant des trois zones de Sierre, Sion et Martigny en constituent 61 % (1086), pour 62 % des journées (17 575)

Tableau No VII.11

Nombres et proportions de sorties et de journées au CVP selon le sexe et des groupes d'âges, en 1997

Groupes d'âges	15 - 34	35 - 49	50 - 64	65 - 79	80 +	TOTAL
Sorties	93	261	608	619	206	1787
<i>en o/oo</i>	52	146	340	347	115	1000
dont hommes, %	58	52	65	53	36	56
Journées Hommes	424	1659	4810	5863	1515	14271
<i>o/oo</i>	30	116	337	441	106	1000
Journées Femmes	520	1655	3492	5768	2682	14117
<i>o/oo</i>	37	117	247	409	190	1000
Journées Ensemble	944	3314	8302	11631	4197	28388
<i>en o/oo</i>	33	117	292	410	148	1000
dont hommes, %	45	50	58	50	36	50
Durée, jours (ens)	10.2	12.7	13.7	18.8	20.4	15.9

Le CVP hospitalise plus d'hommes que de femmes : 56 % et 44 %. Mais les proportions de journées sont de 50 % - 50 %. La durée moyenne de séjour est de 15.9 jours ; respectivement 14.3 jours chez les hommes et 17.9 jours chez les femmes. La durée moyenne de séjour augmente plus l'âge s'élève : 10.2 jours de 15 à 34 ans ; 20.4 jours au-delà de 80 ans. La classe la plus âgée comprend 2/3 des femmes. Environ 20 % des patients ont moins de 50 ans et requièrent 15 % des journées. 46 % dépassent 65 ans et occupent 56 % des lits (journées).

Tableau No VII.12

Nombres et proportions de sorties et de journées selon des groupes de durée

Durées	1 - 7	8 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 42	43 et +	Ensemble
Sorties	481	245	618	309	104	30	1787
<i>en o/oo</i>	269	137	346	173	59	16	1000
Journées	1332	2967	11519	7488	3490	1592	28388
<i>en o/oo</i>	47	104	406	264	123	56	1000
dont hommes							
Sorties %	78	47	48	46	54	53	56
Journées %	72	47	48	47	56	56	50

27 % des personnes hospitalisées restent moins d'une semaine, occupant sur l'année 5 % des lits ; plus de 3/4 des patients en court séjour sont des hommes. Plus d'un tiers des patients (35 %) restent de 15 à 21 jours (41 % des lits), 7 1/2 % des malades séjournent au-delà de 29 jours, occupant 18 % des lits.

VII. 10 Psychiatrie, Hôpital de Malévoz

Ouvert en 1901 avec une capacité réceptive de 60 lits, l'hôpital compte déjà 160 lits en 1917. En 1950, il a 350 lits et 450 lits en 1965. Les progrès en matière de médicaments et de thérapie, puis une décentralisation dans le Haut-Valais, diminuent sa capacité à 181 lits en 1990 et 130 lits en 1997.

Avec 40 mille journées de malades en 1997, le taux d'occupation est de 84.4 % ; la durée de séjour est de 50 jours en moyenne, pour environ 800 admissions au cours de l'année.

Un relevé ponctuel a été effectué un jour donné (31 juillet 1998 : les fluctuations sont de faible ampleur dans un hôpital psychiatrique).

Tableau No VII.13

Nombre de personnes hospitalisées un jour donné à l'hôpital de Malévoz selon le sexe et le groupe d'âges

Groupe d'âges Sexe	0 - 14	15 - 34	35 - 49	50 - 64	65 - 79	80 et +	Ensembl e
Hommes	0	20	16	15	3	0	54
Femmes	1	13	19	10	10	3	56
Total	1	33	35	25	13	3	110
<i>o/oo</i>	1	30	32	23	12	3	100*

*Arrondis : 101 %

70 % des personnes présentes lors du relevé (77) sont domiciliées dans la région de Sierre, Sion et Martigny. En retenant par hypothèse cette répartition, le taux d'hospitalisation est de 3.7 par millier d'habitants et — avec 28 mille journées — de 187 jours passés à l'hôpital pour 1000 résidents.

VII. 11 Établissements médico-sociaux (EMS) et personnes hébergées en 1997-1998 : région de Sierre-Sion-Martigny

La région dénombre 1235 lits, soit 6.2 lits relativement à 100 habitants de plus de 65 ans (Valais : 5.9). 5.2 sont dans des EMS subventionnés, 1.0 chez des privés. La zone de Sierre est pratiquement dans la moyenne de la région, celle de Sion est quelque peu en dessous : 5.7 lits, et celle de Martigny atteint 6.8 lits.

Le tableau No VII.14 récapitule des données recueillies auprès des établissements ; la référence du relevé est le 31 décembre 1997. Un relevé a également été effectué le 30 juin 1998. Les différences sont peu significatives. Ce domaine de l'hébergement change peu en une période annuelle. Quelques rubriques sont comparées à titre indicatif. Au total, les nombres de personnes présentes sont respectivement de 1244 et 1240.

Tableau No VII.14

Lits dans les EMS subventionnés et privés. Nombres et indicateurs des lits pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans

Type EMS	Sierre		Sion		Martigny		Région	
	nb	Ind.	nb	Ind.	nb	Ind.	nb	Ind.
Subventionnés	325	6.1	442	5.0	269	4.5	1036	5.2
Privés	0	-	60	0.7	139	2.3	199	1.0
Ensemble*	325	6.1	502	5.7	408	6.8	1235	6.2

* Nombres de lits et indice lits/population, pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans.

Tableau No VII.15

Personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux de la région de Sierre, Sion et Martigny : Comparaisons de quelques rubriques entre le 31.12.1997 et le 30.06.1998 en ‰ (totaux = 1000), selon le sexe, des groupes d'âges et des degrés de dépendance

	H	F	à 79 ans	80 - 89	90 +	80 +	Besa 3	4	3 + 4	Nombre
31.12.1997	296	704	319	501	180	681	201	313	514	1244

30.06.1998	294	706	339	507	154	661	214	333	547	1240
------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

A la fin décembre 1997 ²⁶, les différences entre les trois zones sont peu sensibles. Les variations peuvent tenir des types d'établissements (par exemple proportion plus ou moins forte de foyers, respectivement d'EMS), de pratiques diverses, d'un entourage plus ou moins important selon les lieux.

La population âgée de plus de 65 ans représente 13.3 % de l'ensemble des habitants du canton du Valais. La répartition proportionnelle par groupe quinquennal d'âges du canton est appliquée à la région Sierre, Sion, Martigny au 1er janvier 1997. Le degré de vieillissement est plus accentué chez les femmes : 15.3 %, pour 11.3 % chez les hommes. Au sein du groupe âgé, 42 % des résidents sont des hommes, 59 % des femmes.

Les taux montrent la très forte augmentation de l'hébergement avec l'avance en âge et le « poids du vieillissement » sur les besoins en EMS.

La proportion de femmes est semblable dans les trois zones : 70-73 %. Les femmes sont nettement plus nombreuses démographiquement : trois femmes pour deux hommes au-delà de 65 ans, presque deux fois plus de femmes que d'hommes au-delà de 75 ans. En outre, un grand nombre de femmes très âgées sont veuves, parfois depuis longtemps.

La proportion du groupe âgé de plus de 80 ans constitue 3.1 % de la population totale. Au sein du groupe âgé de plus de 65 ans, les habitants de plus de 80 ans en forment presque le quart : 23.1 %. Les 2/3 sont des femmes. Dans les institutions, la proportion des personnes de plus de 80 ans dépasse 2/3. De 71 % dans les zones de Sierre et Martigny, la part est plus faible dans la zone de Sion où un grand établissement accueille environ 30 % de personnes âgées de moins de 65 ans ; la plupart sont des hommes valides. La proportion chez les femmes est pratiquement semblable : 75 %, alors qu'elle diffère chez les hommes : environ 6 sur 10 à Sierre et Martigny, et 4 sur 10 à Sion.

La population de plus de 90 ans représente 0.4 % de l'ensemble des habitants, moins de 3 % des résidents âgés de plus de 65 ans. Les 3/4 sont des femmes. Cependant, dans les foyers et établissements médico-sociaux, ces personnes très âgées occupent 18 % des lits. 11 % des hommes et 21 % des femmes hébergées dans ces institutions dépassent 90 ans.

Plus de la moitié (51 %) des personnes hébergées requièrent des soins moyens à importants. La part est nettement plus forte chez les femmes (55 %), car elles sont plus nombreuses parmi les groupes très âgés.

²⁶ N.B. Les renseignements de fin décembre 1997 sont retenus puisque les informations des autres établissements concernent l'année 1997. Les différences sont faibles, relativement au relevé plus récent du 30 juin 1998.

Tableau No VII.16

Personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux des zones de Sierre, Sion et Martigny le 31.12.1997, selon le sexe et le groupe d'âges, ainsi que le degré de dépendance. Nombres, % et taux, en %

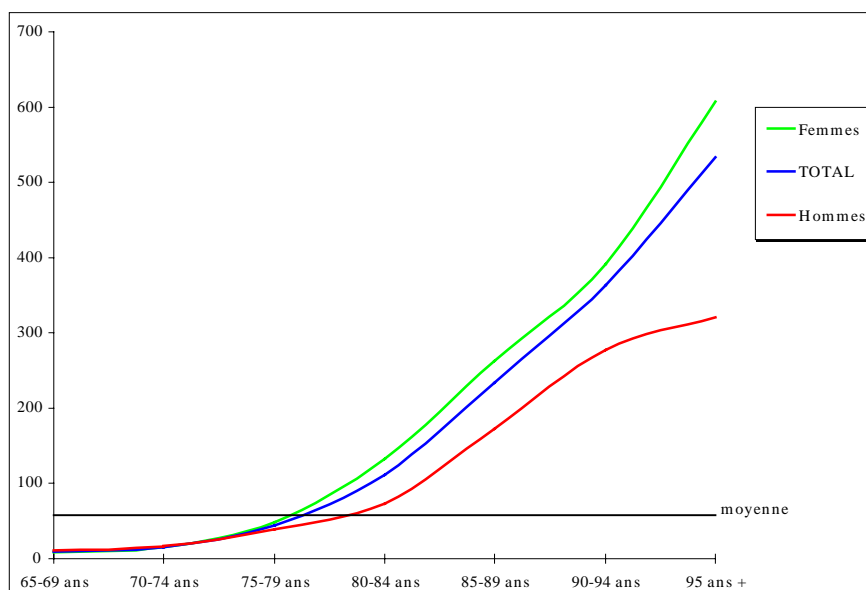
	Groupes d'âges										Degré de dépendance					Total	
											BESA						
	-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	TOTAL	dont H	dont F	0	1	2	3		4
Zone de Sierre	Nb 13	Nb 15	Nb 25	Nb 41	Nb 88	Nb 87	Nb 39	Nb 12	Nb 320	Nb 93	Nb 227	Nb 16	Nb 55	Nb 71	Nb 73	Nb 105	Nb 320
	O/oo 41	O/oo 27	O/oo 52	O/oo 128	O/oo 275	O/oo 272	O/oo 122	O/oo 67	O/oo 1000	O/oo 291	O/oo 709	O/oo 50	O/oo 172	O/oo 222	O/oo 228	O/oo 328	O/oo 1000
	% 3 + 23	% 3 + 27	% 3 + 52	% 3 + 44	% 3 + 52	% 3 + 69	% 3 + 67	% 3 + 67	% 3 + 56	% 3 + 45	% 3 + 60	% 3 + 75	% 3 + 56	% 3 + 61	% 3 + 82	% 3 + 76	% 3 + 71
Zone de Sion	Nb 51	Nb 30	Nb 40	Nb 72	Nb 122	Nb 132	Nb 72	Nb 23	Nb 542	Nb 164	Nb 378	Nb 56	Nb 144	Nb 126	Nb 88	Nb 128	Nb 542
	O/oo 94	O/oo 55	O/oo 74	O/oo 133	O/oo 244	O/oo 244	O/oo 133	O/oo 42	O/oo 1000	O/oo 303	O/oo 697	O/oo 103	O/oo 266	O/oo 233	O/oo 162	O/oo 236	O/oo 1000
	% 3 + 21	% 3 + 23	% 3 + 38	% 3 + 31	% 3 + 40	% 3 + 39	% 3 + 64	% 3 + 65	% 3 + 40	% 3 + 27	% 3 + 45	% 3 + 41	% 3 + 54	% 3 + 70	% 3 + 70	% 3 + 77	% 3 + 64
Zone de Martigny	Nb 12	Nb 13	Nb 22	Nb 63	Nb 88	Nb 106	Nb 56	Nb 22	Nb 382	Nb 111	Nb 271	Nb 9	Nb 65	Nb 63	Nb 89	Nb 156	Nb 382
	O/oo 31	O/oo 34	O/oo 58	O/oo 165	O/oo 230	O/oo 277	O/oo 147	O/oo 58	O/oo 1000	O/oo 291	O/oo 709	O/oo 24	O/oo 170	O/oo 165	O/oo 233	O/oo 408	O/oo 1000
	% 3 + 33	% 3 + 46	% 3 + 59	% 3 + 65	% 3 + 59	% 3 + 62	% 3 + 77	% 3 + 91	% 3 + 64	% 3 + 61	% 3 + 65	% 3 + 78	% 3 + 68	% 3 + 63	% 3 + 64	% 3 + 75	% 3 + 71
Région Sierre, Sion et Martigny, Total	Nb 76	Nb 58	Nb 87	Nb 176	Nb 298	Nb 325	Nb 167	Nb 57	Nb 1244	Nb 368	Nb 876	Nb 81	Nb 264	Nb 260	Nb 250	Nb 389	Nb 1244
	O/oo 61	O/oo 47	O/oo 70	O/oo 141	O/oo 240	O/oo 261	O/oo 134	O/oo 46	O/oo 1000	O/oo 296	O/oo 704	O/oo 65	O/oo 212	O/oo 209	O/oo 201	O/oo 313	O/oo 1000
	% 3 + 24	% 3 + 29	% 3 + 47	% 3 + 46	% 3 + 49	% 3 + 54	% 3 + 69	% 3 + 75	% 3 + 51	% 3 + 42	% 3 + 55	% 3 + 52	% 3 + 58	% 3 + 66	% 3 + 74	% 3 + 76	% 3 + 68
Région, dont Hommes	Nb 45	Nb 31	Nb 39	Nb 62	Nb 73	Nb 77	Nb 32	Nb 9	Nb 368	Nb 368	Nb -	Nb 38	Nb 99	Nb 76	Nb 59	Nb 96	Nb 368
	O/oo 122	O/oo 84	O/oo 106	O/oo 169	O/oo 198	O/oo 209	O/oo 87	O/oo 25	O/oo 1000	O/oo 1000	O/oo -	O/oo 103	O/oo 269	O/oo 207	O/oo 160	O/oo 261	O/oo 1000
	% 3 + 20	% 3 + 26	% 3 + 36	% 3 + 45	% 3 + 42	% 3 + 52	% 3 + 53	% 3 + 89	% 3 + 42	% 3 + 42	% 3 + -	% 3 + 39	% 3 + 44	% 3 + 47	% 3 + 63	% 3 + 61	% 3 + 52
Région, dont Femmes	Nb 31	Nb 27	Nb 48	Nb 114	Nb 225	Nb 248	Nb 135	Nb 48	Nb 876	Nb -	Nb 876	Nb 43	Nb 165	Nb 184	Nb 191	Nb 293	Nb 876
	O/oo 35	O/oo 31	O/oo 55	O/oo 130	O/oo 257	O/oo 283	O/oo 154	O/oo 55	O/oo 1000	O/oo -	O/oo 1000	O/oo 49	O/oo 188	O/oo 210	O/oo 218	O/oo 335	O/oo 1000
	% 3 + 29	% 3 + 33	% 3 + 56	% 3 + 46	% 3 + 52	% 3 + 55	% 3 + 73	% 3 + 73	% 3 + 55	% 3 + -	% 3 + 55	% 3 + 63	% 3 + 65	% 3 + 73	% 3 + 78	% 3 + 81	% 3 + 75
Taux par groupe d'âges, en/oo																	
TOTAL	..	9	16	45	112	234	363	533	58*	-	-	TOTAL	4	13	13	19	62**
H	..	11	17	39	74	173	278	321	39*	44	-	H	5	12	9	7	11
F	..	8	16	49	133	263	391	608	73*	-	75	F	4	14	16	16	25

* Nombres de personnes de plus de 65 ans; total : 1168; Hommes : 323; Femmes : 845

** Les taux sont supérieurs, car ils comprennent les pensionnaires âgés de moins de 65 ans

Figures concernant les établissements médico-sociaux de la région de Sierre, Sion et Martigny en 1997

**Figure No VII.6
Taux par groupe
quinquennal
d'âges,
selon le sexe**



**Figure No VII.7
Répartition des
journées
facturées et coût
à charge de
l'assurance-
maladie, selon le
degré de
dépendance
(BESA): Nombre
et %**

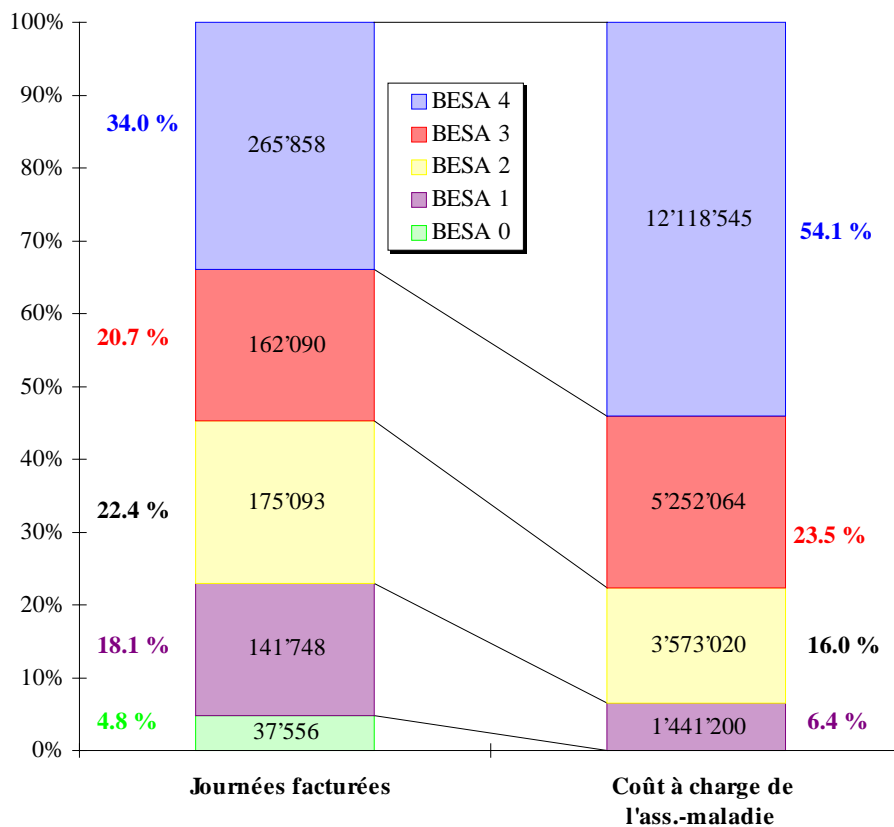


Tableau No VII.16 bis

Personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux des zones de Sierre, Sion et Martigny, le 31.12.1997. Résumé, en %

Critères, %	Zones	80 ans et +			90 ans et +			BESA 3 + 4			
		F	H	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	
	Sierre	71	57	76	71	10	19	16	45	60	56
	Sion	70	41	74	64	8	22	18	27	45	40
	Martigny	71	63	75	71	17	22	20	61	65	64
	Région	70	52	75	68	11	21	18	42	55	51

BESA : système de classification des pensionnaires et calcul des coûts des soins et d'assistance.

Besoins de soins et de traitement : degré de dépendance

0. valide, aucun besoin

1. besoins minimes, occasionnels (10 à 40 minutes par 24 h.)

2. légers besoins (60 à 90 minutes/24 h.)

3. besoins moyens, dépendance (110 - 160 minutes/24 h.)

4. besoins accrus/étendus, forte dépendance (plus de 180 minutes/24 h.).

— Plus l'âge s'élève, et plus le degré de dépendance tend à croître ; en groupant les critères BESA 3 et 4, sur l'ensemble des personnes recensées, un quart (24 %) des résidents de moins de 65 ans sont fortement dépendants, trois quarts au-delà de 95 ans (75 %). L'écart est plus prononcé chez les hommes (20 % à 89 % respectivement) que chez les femmes (29 % à 73 %).

— Plus le degré de dépendance s'aggrave, plus la proportion des personnes âgées au-delà de 80 ans augmente : la moitié (52 %) pour les personnes valides, trois-quarts (76 %) pour les malades lourdement dépendants. Chez les hommes, les proportions sont plus basses pour tous les groupes d'âges. Des hommes célibataires ou veufs, peu dépendants des soins, se trouvent plus fréquemment que des femmes dans ces institutions pour des raisons domestiques.

Les calculs des taux d'institutionnalisation sont révélateurs des besoins d'hébergement médico-social :

— Près de six personnes sur cent sont hébergées dans un foyer ou un EMS (5.8%).

- Plus l'âge s'élève, et plus le taux s'accroît. La courbe est une exponentielle : entre 65 et 69 ans, une personne sur cent est en institution ; le taux est déjà de 11 % de 80 à 84 ans, de 23 % de 85 à 89 ans, de 36 % de 90 à 94 ans et de 53 % au-delà de 95 ans.
- Les taux diffèrent grandement entre hommes et femmes : globalement, il est de 39 o/oo et de 75 o/oo respectivement, soit près de deux fois supérieur chez les femmes.
- Au-delà de 75 ans, les taux par groupe d'âges sont toujours plus élevés chez les femmes ; plus du quart d'entre elles sont en institution entre 85 et 89 ans, presque deux cinquièmes entre 90 et 95 ans et trois cinquièmes parmi les plus âgées.
- Plusieurs raisons expliquent la différence de taux selon le sexe : l'âge moyen par groupe quinquennal est plus élevé chez les femmes ; celles-ci sont en général plus capables de maintenir leur conjoint malade à domicile que l'inverse ; elles sont fréquemment veuves et peuvent avoir un sentiment d'isolement ; elles sont souvent pauvres ; or isolement et pauvreté induisent une inquiétude, qui parfois conduit à chercher refuge en institution.

Les établissements de la région Sierre, Sion et Martigny ont été examinés, en mettant en évidence quelques caractéristiques démographiques et administratives. Une récapitulation est faite au chapitre VIII, en ventilant les renseignements par type d'établissements, et les nombres de journées selon le sexe et des groupes d'âges.

Le taux de « morbidité » — en fait le nombre de journées par an et par habitant — s'accroît plus l'âge s'élève. Cet indicateur montre l'importance des « besoins en lits » pour la population âgée et très âgée.

VII.12 Charges d'exploitation des hôpitaux de soins aigus de Sierre, Sion et Martigny, et des établissements de Ste-Claire et Gravelone, ainsi que de l'unité de gériatrie à Martigny. Sorties et journées Évolution de 1990 à 1997

Les évolutions de 1990 à 1997 des charges d'exploitation, ainsi que du nombre de sorties et du nombre de journées sont mises en évidence.

Les tableaux VII. 17 et VII. 17bis (indices, 1990 = 100) et les figures sont explicites.

Tableau No VII.17

Charges d'exploitation et nombres de sorties et de journées des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, ainsi que de Ste-Claire et Gravelone
Évolution de 1990 à 1997

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Charges d'exploitation (en milliers)</i>								
Soins aigus	133'528.6	133'739.1	138'787.6	143'536.6	145'490.6	148'512.7	152'053.6	153'083.9
Sierre	30'356.1	30'947.2	32'286.1	32'406.6	33'007.8	32'851.8	32'990.9	33'136.5
Sion	67'515.1	68'864.9	71'965.0	75'558.2	77'743.8	80'634.9	82'563.8	83'128.9
Martigny	35'657.4	33'927.0	34'536.6	35'571.8	34'739.1	35'026.1	36'498.9	36'818.5
Gériatrie	23'849.1	24'836.9	26'117.7	26'873.4	26'051.4	23'526.0	24'269.1	24'655.7
Ste Claire	6'044.6	5'986.1	6'425.3	6'416.6	6'667.6	5'281.6	5'518.3	5'733.6
Gravelone	15'040.2	15'652.4	16'081.0	16'516.7	16'025.9	15'768.8	16'281.0	16'656.9
Martigny	2'764.3	3'198.4	3'611.3	3'940.0	3'357.9	2'475.7	2'469.9	2'265.2
TOTAL	157'377.7	158'576.0	164'905.3	170'410.0	171'542.0	172'038.8	176'322.8	177'739.6
<i>Nombres de sorties</i>								
Soins aigus	21'684	21'697	21'566	21'488	21'339	21'639	21'353	21'229
Sierre	4'860	4'770	4'686	4'678	4'823	4'922	4'786	4'850
Sion	10'864	11'171	10'973	10'852	10'826	11'145	10'839	10'715
Martigny	5'960	5'756	5'907	5'958	5'690	5'572	5'728	5'664
Gériatrie	1'171	1'206	1'398	1'452	1'517	1'431	1'386	1'550
Ste Claire	98	157	233	182	250	335	310	302
Gravelone	806	819	898	908	1'009	937	944	1'062
Martigny	267	230	267	362	258	159	132	186
TOTAL	22'855.0	22'903.0	22'964.0	22'940.0	22'856.0	23'070.0	22'739.0	22'779.0
<i>Nombres de journées (en milliers)</i>								
Soins aigus	211	204	196	194	190	189	179	172
Sierre	52	49	46	45	44	44	42	40
Sion	103	102	96	98	97	97	88	85
Martigny	57	54	54	51	49	48	50	47
Gériatrie	83	86	83	80	75	69	69	66
Ste Claire	18	19	18	17	19	20	20	18
Gravelone	50	51	49	47	42	40	40	39
Martigny	15	16	16	16	13	9	9	8
TOTAL	294.0	289.9	279.0	274.1	264.6	258.6	248.7	238.2

Tableau No VII.18
Charges d'exploitation et nombres de sorties et de journées des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, ainsi que de Ste-Claire et Gravelone
Évolution de 1990 à 1997. Indices, 1990 = 100

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Evolution des charges d'exploitation</i>								
Soins aigus	100	100.2	103.9	107.5	109.0	111.2	113.9	114.6
Sierre	100	101.9	106.4	106.8	108.7	108.2	108.7	109.2
Sion	100	102.0	106.6	111.9	115.2	119.4	122.3	123.1
Martigny	100	95.1	96.9	99.8	97.4	98.2	102.4	103.3
Gériatrie	100	104.1	109.5	112.7	109.2	98.6	101.8	103.4
Ste Claire	100	99.0	106.3	106.2	110.3	87.4	91.3	94.9
Gravelone	100	104.1	106.9	109.8	106.6	104.8	108.2	110.7
Martigny	100	115.7	130.6	142.5	121.5	89.6	89.3	81.9
TOTAL	100	100.8	104.8	108.3	109.0	109.3	112.0	112.9
<i>Nombres de sorties</i>								
Soins aigus	100	100	99	99	98	100	98	98
Sierre	100	98	96	96	99	101	98	100
Sion	100	103	101	100	100	103	100	99
Martigny	100	97	99	100	95	93	96	95
Gériatrie	100	103	119	124	130	122	118	132
Ste Claire	100	160	238	186	255	342	316	308
Gravelone	100	102	111	113	125	116	117	132
Martigny	100	86	100	136	97	60	49	70
TOTAL	100	100.2	100.5	100.4	100.0	100.9	99.5	99.7
<i>Nombres de journées</i>								
Soins aigus	100	97	93	92	90	90	85	82
Sierre	100	94	90	87	85	85	81	77
Sion	100	99	94	95	94	94	85	83
Martigny	100	95	95	90	86	85	88	83
Gériatrie	100	104	100	97	90	84	84	80
Ste Claire	100	104	100	99	107	115	115	103
Gravelone	100	102	98	94	85	80	81	79
Martigny	100	108	105	107	87	61	57	54
TOTAL	100	98.6	94.9	93.2	90.0	88.0	84.6	81.0

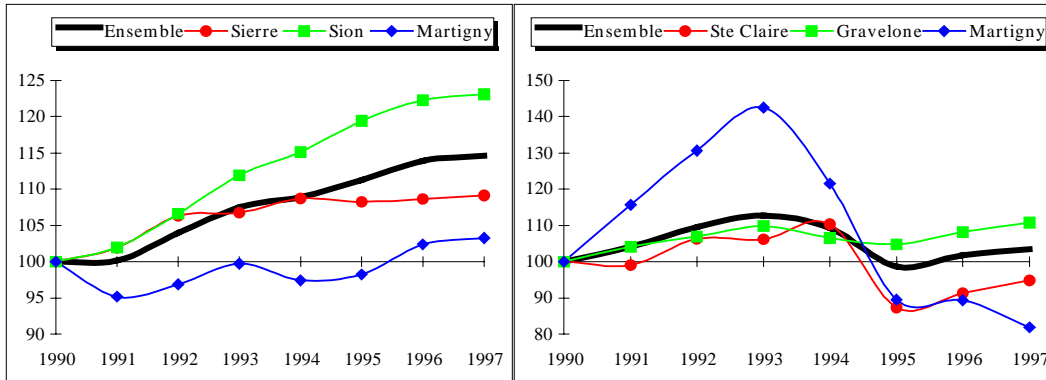
Figures No VII.8

Charges d'exploitation, nombres de sorties et nombres de journées, hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, établissements de Ste-Claire, Gravelone et unité de gériatrie de Martigny
Évolution de 1990 à 1997 : indices (100 = 100)

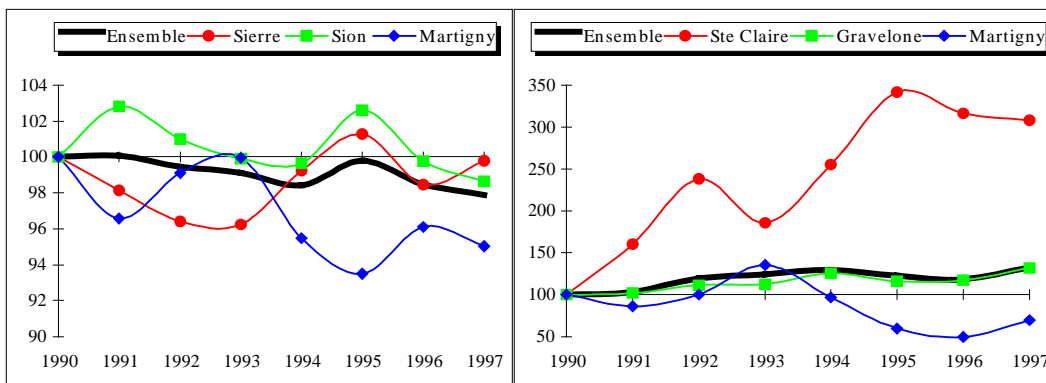
Hôpitaux

Etablissements - unité

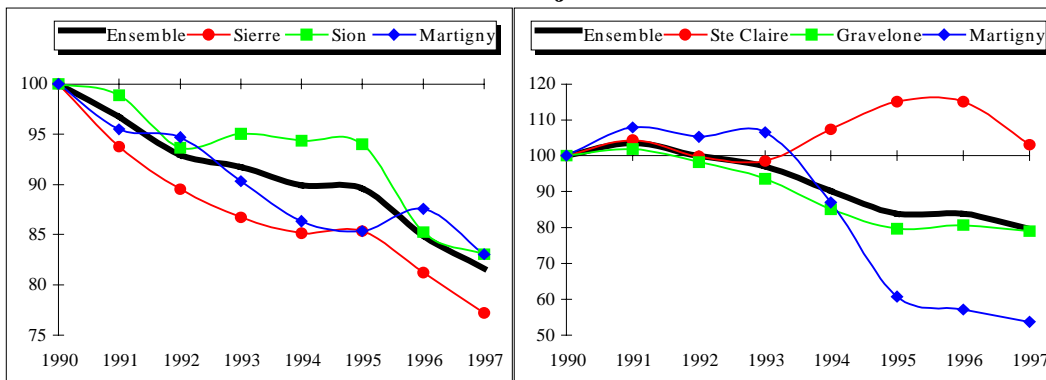
Charges d'exploitation



Nombre de sorties



Nombre de journées



N.B. Pour faire ressortir les écarts, les échelles diffèrent d'une figure à l'autre.

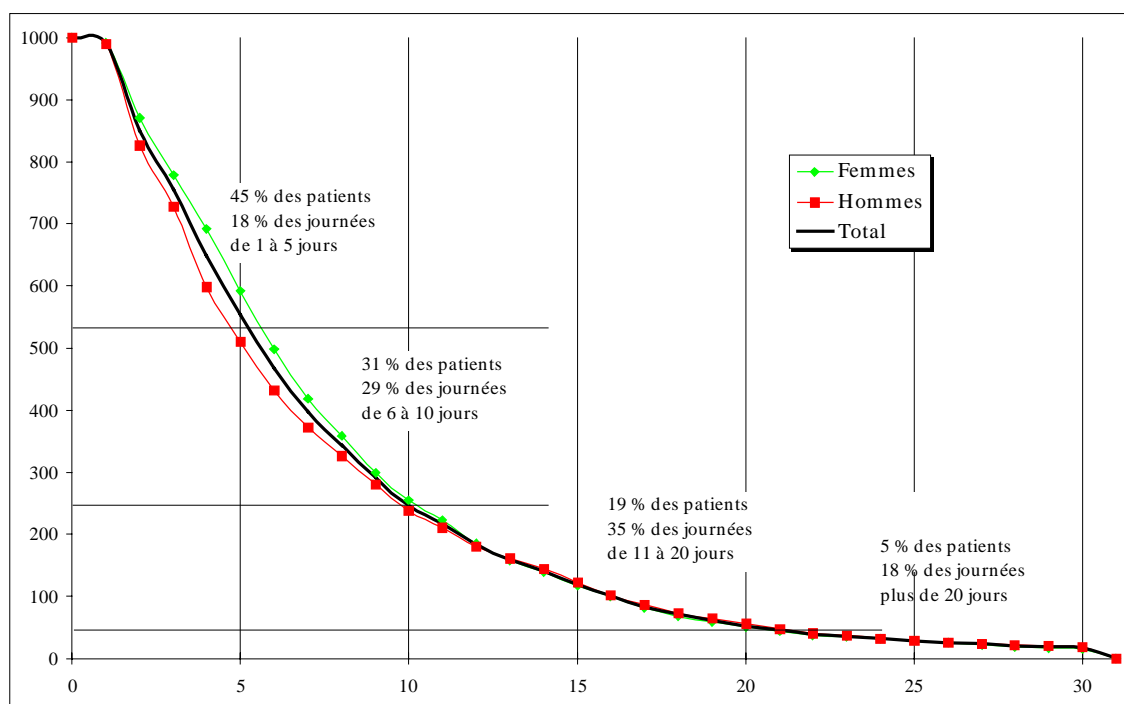
VII.13 Courbes de sorties selon le sexe et des groupes d'âges

Un séjour hospitalier peut être de courte ou longue durée. L'indicateur des admissions à l'hôpital - utilisé pour calculer des flux (*cf VII.6 ci avant*) - est à pondérer selon les durées de séjour. Ainsi, le pourcentage de personnes hospitalisées en Valais et domiciliées à l'étranger est plus important que le pourcentage des journées de leurs séjours hospitaliers; en effet, il s'agit pour la plupart de touristes qui, accidentés ou malades durant leur passage ou leurs vacances, restent peu de temps à l'hôpital, leur transfert étant généralement rapide. Par ailleurs, les pathologies qui justifient des hospitalisations diffèrent selon le sexe et l'âge. Et pour une même pathologie, la durée variera souvent selon que les patients vivent seuls (vieillards et saisonniers), ou avec un entourage et notamment selon l'âge : les personnes âgées sont fréquemment moins mobiles que des adultes jeunes et souffrent d'autres maux que la raison qui a motivé leur séjour hospitalier. Une étude quantitative approfondie de l'hospitalisation devrait tenir compte de ces éléments; ce qui deviendra possible, lorsqu'un système informatisé cohérent et rodé sera disponible.

L'hôpital de Sierre est retenu ici à titre d'exemple

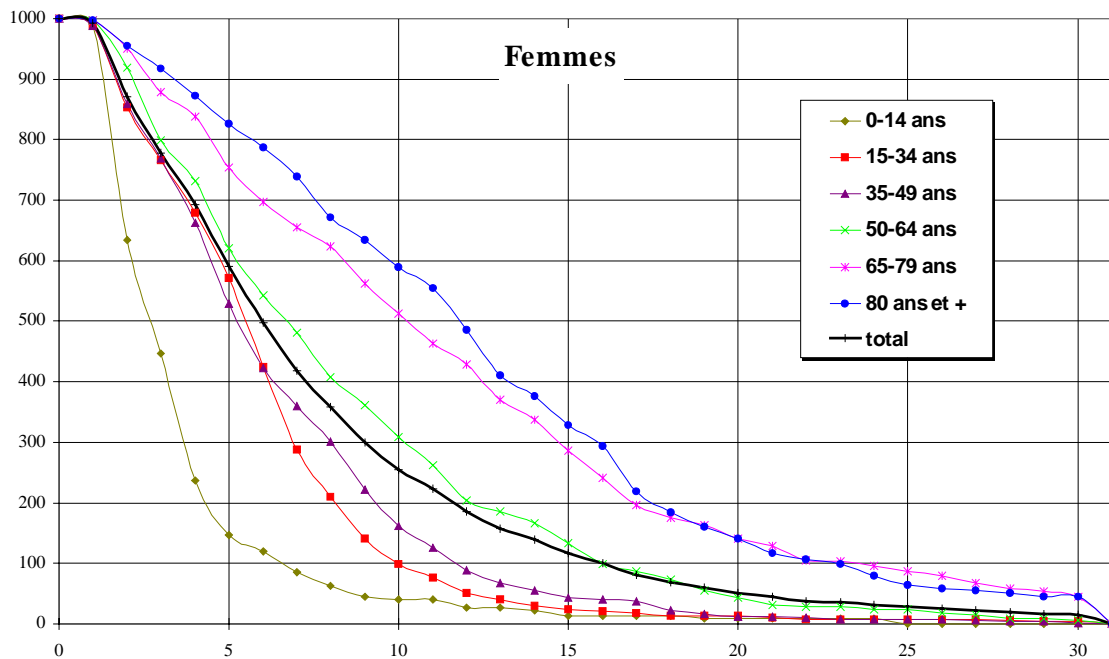
Figure No VII.9

Courbes de sorties selon le sexe à l'hôpital de Sierre en 1997



Figures No VII.10

Courbes de sorties selon quelques groupes d'âges, sexe masculin et sexe féminin, hôpital de Sierre en 1997



Figures No VII.10 (bis)

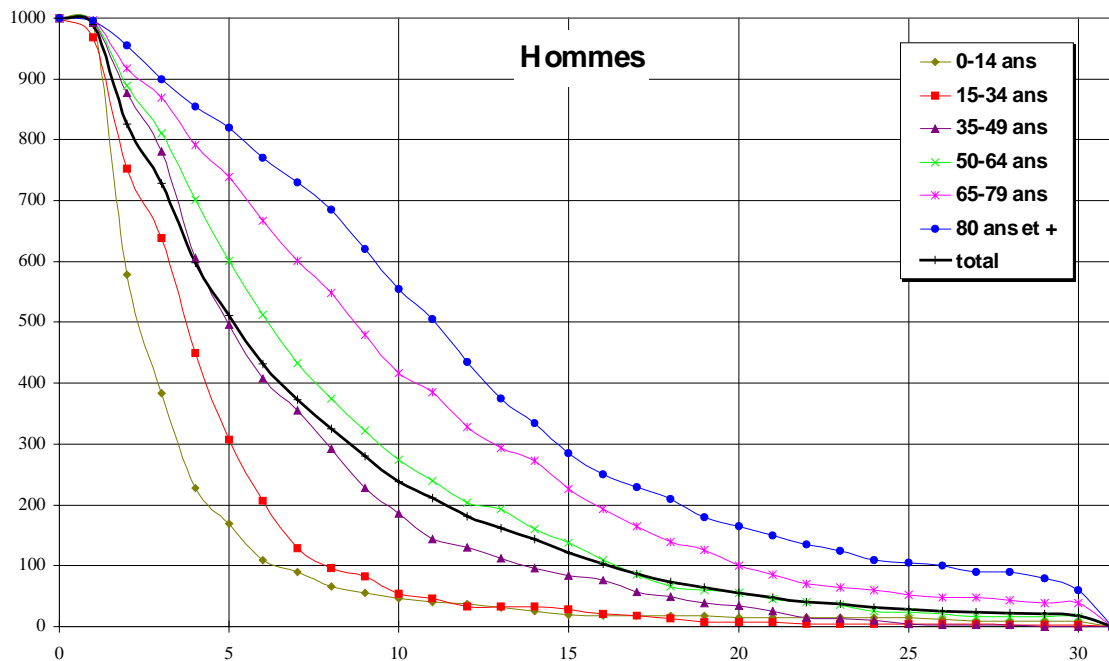
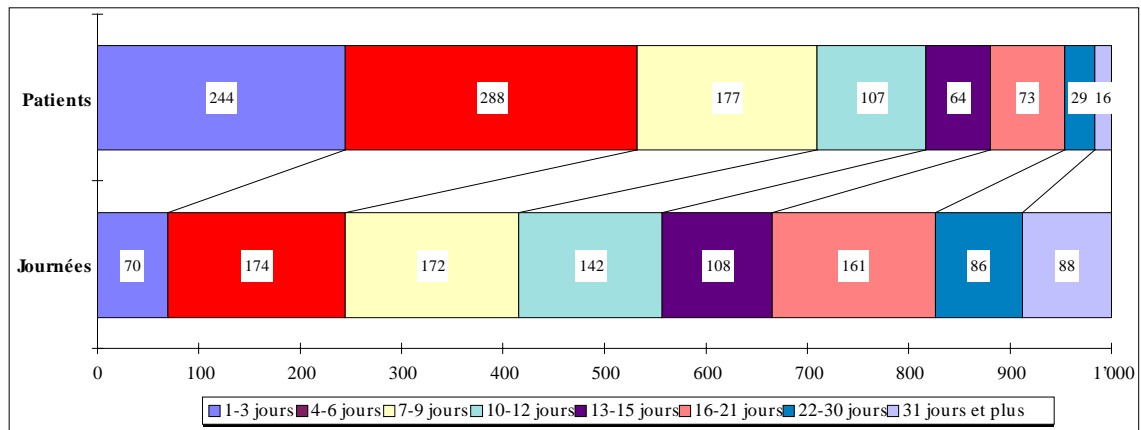


Figure No VII.11

Répartition, en %, des patients hospitalisés (sorties) et des journées par catégorie de durées de séjour, hôpital de Sierre en 1997



Les figures Nos VII.9 et VII.10 sont des courbes de sorties. Pour 1000 entrées — par hypothèse un jour donné — elles indiquent combien de patients sont encore hospitalisés X jours après leur admission. La figure No VII.11 signale que 24 % des personnes admises sont encore à l'hôpital 10 jours après leur admission. Cependant, elles requièrent 53 % des journées-malades (ou 53 % des lits occupés en moyenne journalière). La figure No VII.10 indique les répartitions en % des patients admis et des journées. Les courbes de la figure No VII.11 montrent les différences patentes selon les groupes d'âges. Les durées de séjour sont bien plus longues pour les malades âgés. (N.B.: les courbes des hôpitaux de Sierre et Sion sont similaires).

Les recours aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux des résidents de la région, en 1997, font l'objet du chapitre VIII. Les taux croissent fortement avec l'avance en âge.

Recours aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux selon des groupes d'âges Région des zones hospitalières de Sierre, Sion et Martigny en 1997

Plus l'âge s'élève, et plus s'accroît le recours à l'hôpital (si l'on excepte la naissance et la première année de vie) puis à l'hébergement médico-social. La tendance est nette²⁷. L'objet de ce chapitre consiste à la mettre en évidence pour le recours aux hôpitaux et aux EMS, où la plupart des personnes ont plus de 65 ans, voire plus de 80 ans.

Il est probable que l'état de santé, à des âges donnés et notamment auprès des personnes âgées, va encore s'améliorer. C'est le phénomène appelé « compression de la morbidité ». Cependant le vieillissement de la population est inéluctable. Les taux par groupe d'âges vont vraisemblablement baisser aux âges élevés, mais l'augmentation importante du nombre des résidents âgés et très âgés sera telle, que les « besoins » vont croître, en particulier après 2010.

L'exemple de la région de Sierre, Sion et Martigny est illustratif. Les résultats peuvent être généralisés : les tendances sont similaires dans l'ensemble du Valais et dans les autres cantons (*cf. VIII 6 : Genève, Vaud et Jura*)

VIII.1 Remarques préliminaires

Mettre en évidence de manière précise les taux de recours aux hôpitaux et aux établissements de soins et d'hébergement médico-social requiert beaucoup de temps et de travail informatique. Méthodologiquement, un recouvrement géographique et démographique est nécessaire. Or des résidents d'une région se font hospitaliser à l'extérieur du territoire où ils sont domiciliés, et des institutions de soins de la région hospitalisent des patients qui sont domiciliés en dehors de ce territoire. Aussi doit-il y avoir un double classement, selon le lieu de domicile (géographie) et les caractéristiques des personnes (démographie).

Une étude de ce type est de longue haleine. Les données ne sont pas recueillies à cet effet dans les institutions. Par ailleurs, les établissements ne codifient pas tous les mêmes informations — certains n'en disposent pratiquement pas. Il ne pouvait être question — dans le cadre du mandat concernant l'examen d'un hôpital multisites — d'entreprendre un relevé complexe des données et un traitement détaillé. L'importance des besoins qui découlent de l'avance en âge et le vieillissement démographique inéluctable qui s'accroîtra au XXI^e siècle, ont toutefois conduit à cette approche.

²⁷ Âge par âge, il peut y avoir des fluctuations: accidents chez les jeunes gens, maternité pour les femmes en âge de procréation.

Le recueil des données s'est effectué de deux façons différentes :

- Les trois hôpitaux ont fourni pour les soins aigus et les établissements ou unité (Ste-Claire, Gravelone et le service de gériatrie de Martigny) des tableaux statistiques.

Notre demande a requis des programmes effectués pour la première fois sous cette forme. Des différences de présentation ont amené à quelques ajustements pour présenter les tableaux de ce chapitre. La part des hospitalisations en provenance des districts de Loèche et St Maurice a été retranchée, de manière uniforme selon les groupes d'âges et le sexe. Les flux vers d'autres zones ou cantons sont par hypothèse compensés par les flux en provenance de lieux extérieurs à la région. Or le tourisme et les fonctions cantonalisées de l'hôpital de Sion attirent un flux de patients plus élevé que le flux vers l'extérieur.

- Des institutions n'ont pas un système informatique développé. Le recueil d'informations a été effectué par un relevé de données un seul, ou quelques jours donnés. Ces établissements n'ont pas un mouvement de patients important (EMS par exemple : 1244 personnes hébergées le 31.12.1997, 1240 le 30.6.1998), ou les caractéristiques ne sont pas très différentes d'une année à l'autre. Etc.

Les statistiques de ce chapitre comportent donc quelques approximations. Celles-ci ne mettent pas en cause les ordres de grandeur, ni les tendances, car la majeure part des patients hospitalisés et la très grande part des personnes en EMS habitent la région ; et pour les établissements du CVP, de Malévoz et de St-Amé, il a été tenu compte de la part des patients domiciliés dans la région.

Comme de telles approches sont fort rares, celle-ci procure en conséquence d'utiles renseignements. Une étude spécifique pourra être ultérieurement entreprise, une fois disponible un système informatique coordonné.

VIII.2 Nombres de personnes hospitalisées et hébergées, en moyenne journalière, selon quelques groupes d'âges Résidents de la région en 1997

778 résidents de la région sont hospitalisés²⁸ (soins aigus, gériatrie, réadaptation et psychiatrie), en moyenne journalière, durant l'année 1997 :

- 438 (56 %) se trouvent dans des services de soins aigus
- 216 (28 %) sont dans des services de psychiatrie et de rééducation, ou en gériatrie ou psychogériatrie
- 124 (16 %) sont hospitalisés au CVP et à Malévoz.

Près de 17 % des patients (130) ont moins de 35 ans ; or presque la moitié (49 %) de la population résidente permanente est âgée de moins de 35 ans. 13¹/₂ % des patients ont entre 35 et 50 ans, pour 22 % au sein de la

²⁸ N.B. Hospitalisés : soins généraux aigus, gériatrie, gérontopsychiatrie, rééducation et psychiatrie.

population. Les proportions s'inversent pour les groupes plus âgés : 18 % des patients ont de 50 à 65 ans, pour 15¹/₂ % de la population ; 27¹/₂ % des patients ont de 65 à 80 ans, alors que la population compte 10 % de résidents de ce groupe d'âges. Et le 3 % des habitants qui dépassent 80 ans occupent presque le quart des lits disponibles dans les hôpitaux : 24¹/₂ %. Ainsi, les patients âgés de plus de 65 ans qui résident dans la région de Sierre, Sion et Martigny (en tout 150 mille habitants) occupent plus de la moitié des lits (52 %) en moyenne journalière, alors qu'ils représentent 13.3 % de la population résidente permanente (20 mille habitants); en résumé :

- de 0 à 65 ans : 86.7 % de la population, 48 % des lits occupés dans les hôpitaux ;
- de 65 ans et plus, 13.3 % de la population, 52 % des lits occupés dans les hôpitaux ;
 - dont 3.1 % ont plus de 80 ans, occupant un lit sur quatre.

Les patients sont hospitalisés en proportions fort différentes selon les groupes d'âges : 1‰ de 0 à 15 ans (sans les nourrissons), 2‰ de 15 à 35 ans, 3‰ de 35 à 50 ans, 6‰ de 50 à 65 ans ; le taux augmente à 14‰ de 65 à 80 ans pour atteindre 41‰ au-delà de 80 ans.

Les EMS hébergent 1244 personnes le 31.12.1997. 6 % ont moins de 65 ans, 26 % ont de 65 à 80 ans et 68 % ont plus de 80 ans.

En moyenne journalière, l'ensemble des établissements de soins (sans les institutions pour personnes handicapées) dénombrent 2022 personnes hospitalisées et placées en EMS :

- Plus de la moitié des lits occupés (51¹/₂ %) en moyenne journalière le sont par des patients et vieillards de plus de 80 ans — 3.1 % de la population résidente permanente. Près d'une personne sur cinq (18.3 %) du groupe très âgé se trouve en EMS.

Au total et en moyenne par jour, le taux est de une personne sur mille dans les institutions de soins pour la catégorie d'âges de 0 à 15 ans (sans les nourrissons) ; il est de 2‰ de 15 à 35 ans ; 3‰ de 35 à 50 ans. Ces taux sont semblables à ceux des personnes hospitalisées, puisque les EMS ne dénombrent pas de personnes en dessous de cet âge. Les taux globaux sont supérieurs au-delà : 9‰ de 50 à 65 ans, 35‰ de 65 à 80 ans, et plus de 220‰ au-delà de 80 ans.

Cependant ces deux catégories d'âges présentent des différences plus nettes en retenant des groupes quinquennaux.

Tableau No VIII.1

**Nombres de personnes hospitalisées et hébergées,
en moyenne journalière, selon quelques groupes d'âges :
résidents des zones de Sierre, Sion et Martigny en 1997**

Groupe d'âges	0 - 14	15 - 34	35 - 49	50 - 64	65 - 79	80 et +	Ensemble		
Hôpitaux ¹	27	74	64	86	124	63	438	56%	22%
Gériatrie ²	-	4	10	22	64	116	216	28%	11%
CVP + Malévoz ³	-	25	31	31	25	12	124	16%	6%
Sub totaux ⁴	27	103	105	139	213	191	778	100%	39%
<i>en o/oo</i>	34	132	135	179	274	246	1000	-	-
en o/oo population	1	2	3	6	14	41	5.2	-	-
EMS	-	-	-	76	321	847	1244	-	61%
<i>en o/oo</i>	-	-	-	61	258	681	1000	-	-
en o/oo population	-	-	-	3	21	183	8.3	-	-
Totaux	27	103	105	215	534	1038	2022	-	100%
<i>en o/oo</i>	13	51	52	106	264	514	1000	-	-
Population (1000)	28.5	45.1	33.0	23.2	15.3	4.6	149.8	-	-
<i>en o/oo</i>	190	301	221	155	102	31	1000	-	-
Patients/jour en o/oo population	1	2	3	9	35	224	13.5	-	-

N.B. 1 : Nombres arrondis à l'unité.

N.B. 2 : En raison des ajustements nécessités par quelques tableaux insuffisamment ventilés, il peut y avoir de légères différences de nombres pour les groupes 65 - 79 ans et 80 ans et plus.

¹ Hôpitaux généraux de soins aigus : Sierre, Sion et Martigny, sans les patients (et les journées) provenant des districts de Loèche et de St-Maurice. Par hypothèse, compensation entre les patients (journées) de personnes domiciliées hors du Valais et des Valaisans hospitalisés hors du canton.

² Ste-Claire, Gravelone, gériatrie à Martigny, et 1/ 3 de St-Amé - St-Maurice

³ Le CVP et Malévoz sont regroupés (petits nombres). Respectivement : 61 % et 70 % des journées.

⁴ La clinique de Valère n'est pas incluse (nombres non connus; ils sont faibles et ne modifient pas les ordres de grandeur).

VIII.3 Nombres de personnes âgées de plus de 65 ans, par groupe quinquennal d'âges, hospitalisées et hébergées en moyenne journalière, en 1997

En moyenne journalière :

- 404 résidents de la région de Sierre, Sion et Martigny, âgés de plus de 65 ans, sont hospitalisés en moyenne journalière, soit 52 % des personnes hospitalisées habitant la région. C'est 2 % de la population résidente permanente âgée.

- 1168 personnes de plus de 65 ans sont en institution médico-sociale : presque 6 % (5.9 %) de la population âgée de plus de 65 ans habitant la région.
- Ensemble, hôpitaux et EMS dénombrent 1572 résidents âgés de la région ; soit presque 8 % (7.9 %) de la population âgée.

Dans les hôpitaux, près de la moitié (47 %) des lits occupés par des personnes de plus de 65 ans le sont par des habitants dépassant 80 ans ; or ceux-ci représentent moins du quart de la population âgée : 23 %.

Le taux croît rapidement avec l'avance en âge : 1 % de 65 à 70 ans et de 70 à 75 ans, puis 2 % de 75 à 80 ans. Le taux est déjà de 4 % de 80 à 85 ans, de 5 % de 90 à 95 ans et de 9 % au-delà de 95 ans — presque une personne sur dix.

Dans les EMS, le taux croît fortement avec l'avance en âge : 1 % de 65 à 70 ans, puis 2 %, puis 4^{1/2} % de 75 à 80 ans ; plus de un habitant sur dix (11 %) est en institution médico-sociale de 80 à 85 ans ; près de une sur quatre (23^{1/2} %) de 85 à 90 ans ; plus du tiers (36 %) de 90 à 95 ans et plus de la moitié (53 %) au-delà de 95 ans.

Ces proportions sont voisines de celles qui ont été calculées dans les cantons de Genève, de Vaud et du Jura²⁹.

Considérons maintenant les nombres de journées par habitant en 1997, selon quelques groupes d'âges.

VIII.4 Nombres de journées d'hospitalisation et d'hébergement médico-social par habitant, selon quelques groupes d'âges, en 1997

Le contraste est plus marqué encore en retenant l'indicateur du nombre de journées par an et par habitant (appelé taux de morbidité).

Pour les habitants domiciliés dans la région de Sierre, Sion et Martigny, l'indicateur concernant les hôpitaux généraux de soins aigus est en moyenne générale un peu supérieur à un jour d'hospitalisation (1.07). Cependant, ce n'est que 1/3 de journée pour le groupe le plus jeune ; l'indicateur s'élève à 0.6 jour de 15 à 35 ans, 0.7 de 35 à 50 ans, pour être de 1.4 de 50 à 65 ans ; il est déjà de 3 jours pour le groupe de 65 à 80 ans et 5 jours au-delà de 80 ans.

²⁹ Voir *Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois*, Département de l'action sociale et de la santé, Genève, décembre 1997.

Tableau No VIII.2

Nombres de personnes âgées de plus de 65 ans par groupe quinquennal d'âges hospitalisées et hébergées en moyenne journalière ; résidents des zones de Sierre, Sion et Martigny en 1997

Hôpitaux ¹	41	41	42	33	21	7	2	187	50%	12%
Gériatrie ²	11	24	29	57	34	17	8	180	40%	10%
CVP + Malévoz ³	9	8	8	7	5	-	-	37	10%	2%
Sub totaux ⁴	61	73	79	97	60	24	10	404	100%	24%
en %	15	18	20	24	15	6	2	100	-	-
en % population	1	1	2	4	4.5	(5)	9	2.0	-	-
EMS	58	87	176	298	325	167	57	1168	-	76%
en %	5	7	15	26	28	14	5	100	-	-
en % population	1	2	4	11	23.5	(36)	(53)	5.8	-	-
Totaux ⁴	119	160	255	395	385	191	67	1572	-	100%
en %	8	10	16	25	25	12	4	100	-	-
Population	6128	5301	3917	2668	1387	(460)	(107)	19968	-	-
en %	30.7	26.6	19.6	13.4	6.9	(2.3)	(0.5)	100	-	-
Patients/ jour										
en % population	2%	3%	6.5%	15%	27%	41%	62%	7.9	-	-

N.B. 1 : Nombres arrondis à l'unité.

N.B. 2 : En raison des ajustements nécessités par quelques tableaux insuffisamment ventilés, il peut y avoir de légères différences avec l'addition des nombres pour les groupes 65 - 79 ans et 80 ans et plus.

¹ Hôpitaux généraux de soins aigus : Sierre, Sion et Martigny, sans les patients (et les journées) provenant des districts de Loèche et de St-Maurice. Par hypothèse, compensation entre les patients (journées) de personnes domiciliées hors du Valais et des Valaisans hospitalisés hors du canton.

² Ste-Claire, Gravelone, gériatrie à Martigny, et 1/ 3 de St-Amé - St-Maurice

³ Le CVP et Malévoz sont regroupés (petits nombres). Respectivement : 61 % et 70 % des journées.

⁴ La clinique de Valère n'est pas incluse (nombres non connus; ils sont faibles et ne modifient pas les ordres de grandeur).

En comprenant les services de gériatrie, le CVP et Malévoz, les indicateurs sont semblables pour les deux groupes les plus jeunes ; de 1.2 jours de 35 à 50 ans, il passe à 2.2 de 50 à 65 ans, 5.1 de 65 à 80 ans, et 15 jours au-delà de 80 ans. La progression avec l'avance en âge est forte.

En EMS, l'indicateur est de 1.2 jours de 50 à 65 ans ; de 7¹/₂ jours de 65 à 80 ans, il s'élève à 67 jours au-delà de 80 ans.

Entre établissements hospitaliers et médico-sociaux, l'indicateur est de 3.4 jours de 50 à 65 ans, près de 13 jours de 65 à 80 ans et de 82 jours au-delà de 80 ans, soit 2.7 mois.

Comme précédemment, considérons les très fortes différences par groupe quinquennal au-delà de 65 ans.

Tableau No VIII.3

Nombres de journées d'hospitalisation et d'hébergement médico-social, par habitant, selon quelques groupes d'âges : résidents des zones de Sierre, Sion et Martigny en 1997

Groupe d'âges	0 - 14	15 - 34	35 - 49	50 - 64	65 - 79	80 et +	Ensemble
Hôpitaux ¹	0.34	0.6	0.7	1.4	3.0	5.0	1.07
Gériatrie ²		+	0.1	0.3	1.5	9.2	0.53
CVP + Malévoz ³		0.2	0.3	0.5	0.6	0.9	0.30
Sub totaux ⁴	0.34	0.83	1.16	2.2	5.1	15.1	1.90
<i>Indices (moy = 100)</i>	18	44	61	116	268	7950	100
EMS	-	-	-	1.2	7.6	66.9	3.03
<i>Indices (moy = 100)</i>	0	0	0	40	250	2230	100
Totaux	0.34	0.83	1.16	3.4	12.7	82.0	4.93
<i>Indices (moy = 100)</i>	7	17	24	69	259	1670	100

N.B. : Les nombres sont arrondis.

¹ Hôpitaux généraux de soins aigus : Sierre, Sion et Martigny, sans les patients (et les journées) provenant des districts de Loèche et de St-Maurice. Par hypothèse, compensation entre les patients (journées) de personnes domiciliées hors du Valais et des Valaisans hospitalisés hors du canton.

² Ste-Claire, Gravelone, gériatrie à Martigny, et 1/3 de St-Amé - St-Maurice

³ Le CVP et Malévoz sont regroupés (petits nombres). Respectivement : 61 % et 70 % des journées dénombrées attribuables à des habitants de la région.

⁴ La clinique de Valère n'est pas incluse (nombres non connus ; ils sont faibles et ne modifient pas les ordres de grandeur.)..

VIII. 5 Nombres de journées d'hospitalisation et d'hébergement par habitant et par groupe quinquennal d'âges de la population de plus de 65 ans, en 1997

La population âgée occupe un lit d'hôpital, durant l'année 1997, 3.4 jours par habitant ; c'est 3.2 fois plus que la moyenne générale (1.07). La progression est marquée par groupe quinquennal : de 2.5 jours de 65 à 70 ans, l'indicateur est de 5.5 jours de 85 à 90 ans ; il baisse quelque peu au-delà de 90 ans : 5 jours, car ces patients très âgés se trouvent plus fréquemment en service de gériatrie ou en EMS.

Pour l'ensemble des établissements hospitaliers, l'indicateur s'élève de 3.7 jours de 65 à 70 ans à 21 jours au-delà de 90 ans.

Tableau No VIII.4

Nombres de journées par habitant au-delà de 65 ans, personnes hospitalisées et hébergées en 1997, par groupe quinquennal d'âges Résidents des zones de Sierre, Sion et Martigny

Hôpitaux ¹	2.5	2.8	3.9	4.6	5.5	5.0		3.4	50%	12%
Gériatrie ²	0.6	1.5	2.6	6.4	7.7	11.4		2.8	40%	10%
CVP + Malévoz ³	0.5	0.6	0.7	1.0	1.3	-		0.7	10%	2%
Subtotaux ⁴	3.6	4.9	10.4	12.0	14.5	16.4		6.9	100%	24%
<i>Indices (moy = 100)</i>	52	71	144	174	210	238		100	-	-
EM S	3.5	6.0	16.4	40.8	85.5	(133)	(194)	21.4	-	76%
<i>Indices (moy = 100)</i>	16	28	77	191	400	(621)	(907)	100	-	-
Totaux	7.1	10.9	26.8	52.8	100.0	(150)	(210)	28.3		100%
<i>Indices (moy = 100)</i>	25	38	93	188	351	535	747	100	-	-

N.B. : Les nombres sont arrondis. Les pourcentages des deux dernières colonnes du tableau sont les mêmes qu'aux tableaux No VIII.1 et VIII.2

¹ Hôpitaux généraux de soins aigus : Sierre, Sion et Martigny, sans les patients (et les journées) provenant des districts de Loèche et de St-Maurice. Par hypothèse, compensation entre les patients (journées) de personnes domiciliées hors du Valais et des Valaisans hospitalisés hors du canton.

² Ste-Claire, Gravelone, gériatrie à Martigny, et 1/3 de St-Amé - St-Maurice

³ Le CVP et Malévoz sont regroupés (petits nombres). Respectivement : 61 % et 70 % des journées.

⁴ La clinique de Valère n'est pas incluse (nombres non connus; ils sont faibles et ne modifient pas les ordres de grandeur).

Région de Sierre, Sion et Martigny en 1997

Figure No VIII.1

Taux des personnes hospitalisées et hébergées, selon divers groupes d'âges : moyennes journalières en 1997

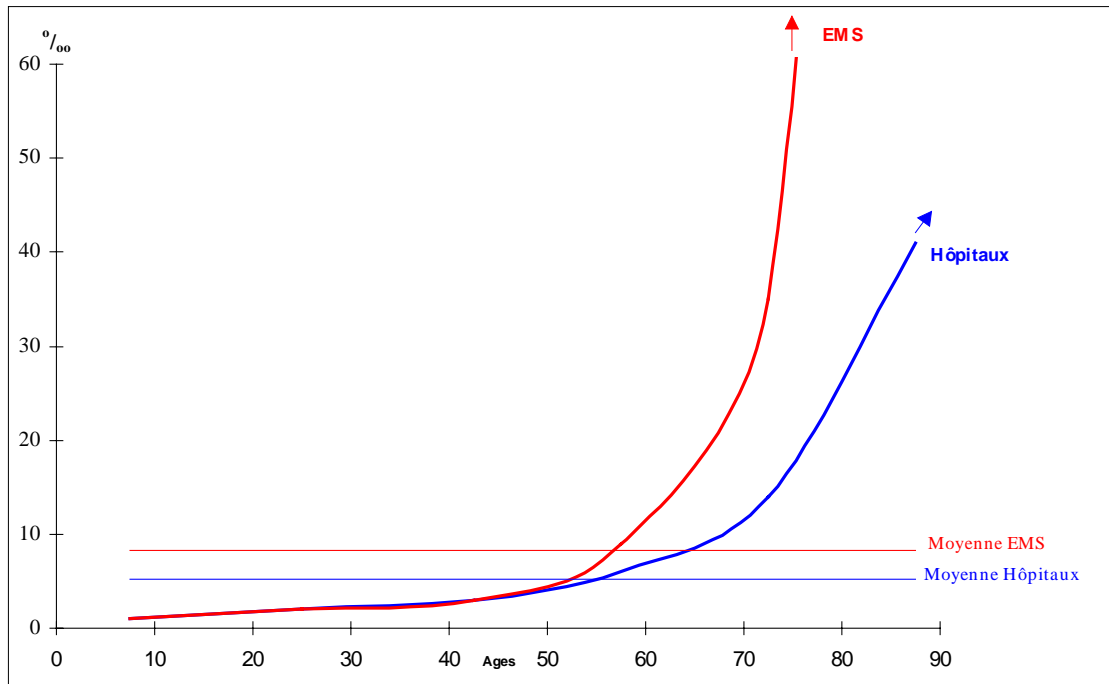
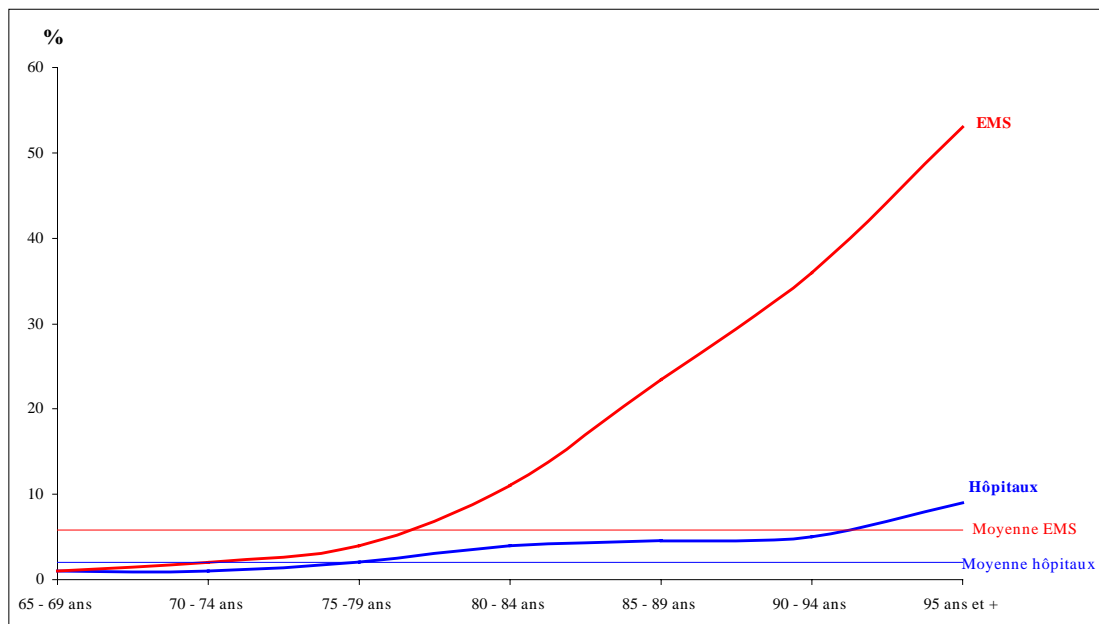


Figure No VIII.2

Taux des personnes hospitalisées et hébergées par groupe quinquennal d'âges au-delà de 65 ans : moyennes journalières en 1997



Région de Sierre, Sion et Martigny

Figure No VIII.3
**Nombres de journées d'hospitalisation
 et d'hébergement par habitant selon
 divers groupes d'âges en 1997**

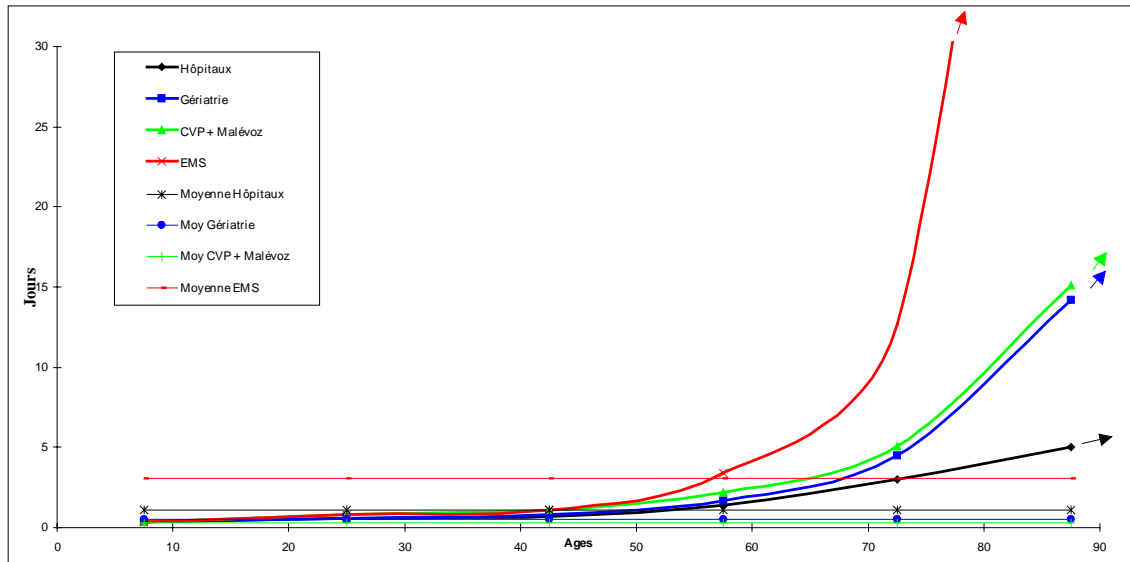
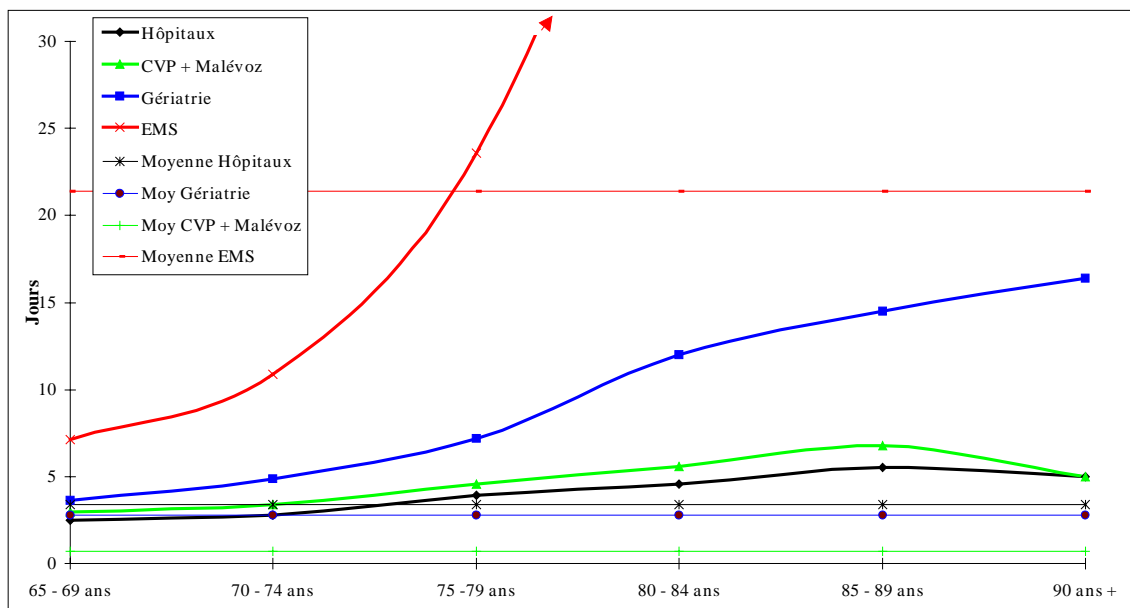


Figure No VIII.4
**Nombres de journées d'hospitalisation
 et d'hébergement par habitant,
 selon les groupes quinquennaux d'âges
 au-delà de 65 ans en 1997**



Dans l'ensemble des institutions de soins, l'indicateur est de 7 jours de 65 à 70 ans, presque un mois de 75 à 80 ans (27 jours) ; de presque 8 semaines (54

de 80 à 85 ans, de plus de 14 semaines (101) de 85 à 90 ans pour être de près d'une demi-année au-delà de 90 ans (150 jours de 90 à 95 ans, 210-220 jours au-delà de 95 ans).

Si le vieillissement de la population devait s'accompagner d'une dégradation de l'état de santé des personnes âgées (pandémie), les besoins deviendraient importants après 2010 et énormes après 2020. Il faut insister : même si l'état de santé s'améliore — ce qui est probable et qu'il faut espérer — l'accroissement du nombre de personnes âgées, avec une proportion croissante de vieillards, va augmenter sensiblement les besoins, dès la deuxième et surtout dès la troisième décennie du siècle prochain.

VIII. 6 Taux de recours aux hôpitaux et EMS de la région Sierre, Sion et Martigny : phénomène généralisable

Les taux de recours selon divers groupes d'âges ci avant peuvent être généralisés à l'ensemble du Valais, ainsi qu'aux autres cantons. Les différences sont de degré et tiennent à des structures démographiques et des organisations médico-sociales qui, elles-mêmes, ne sont pas fondamentalement différentes. Les exemples des cantons de Vaud, il y a une trentaine d'année, de Genève, Vaud et Jura pour la période récente, confirment les tendances mises à jour pour la région de Sierre, Sion et Martigny ⁴

Les comparaisons entre les cantons de Genève, Vaud et Jura avec la région Sierre, Sion et Martigny sont présentées sous une forme simplifiée.

Tableau No VIII.5

Proportions des journées d'hospitalisation et d'hébergement selon trois groupes d'âges, en % (soit lits occupés en moyenne journalière). Cantons de Genève et du Jura. Région Sierre-Sion-Martigny

Hôpitaux - EMS Gr. âges	Hôpitaux *				EMS **				Ensemble			
	0 - 64	65 - 79	80 +	65 +	0 - 64	65 - 79	80 +	65 +	0 - 64	65 - 79	80 +	65 +
Genève (1991 - 1992)	43	..	..	57	3	20	77	97	22	..	..	78
Jura (1997)	35	31	34	65	5	22	73	95	14	26	60	86
Sierre-Sion-Martigny (1997)	48	27	25	52	6	26	68	94	22	26	52	78

* Ensemble des lits disponibles, sauf EMS + foyers

** Etablissements médico-sociaux et foyers

Tableau No VIII.6

Taux d'hébergement médico-social par groupe quinquennal d'âges

⁴ Se reporter à nos travaux : *Vieillesse démographique et planification hospitalière...*, op. cit. Lausanne 1969 ; *Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois*, op. cit. 1996 ; *Plan sanitaire. Message du Gouvernement au Parlement*, République et canton du Jura, août 1998.

**au-delà de 65 ans, en %. Cantons de Genève, Vaud et Jura.
Région de Sierre, Sion et Martigny, EMS et ensemble des recours**

Canton - région	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 et +	65 +
Genève (1991 - 92)	1/2	1	3	9	20	39	63	5.9
Vaud (1992)	1	2	4	9	21	39	56	6.0
Jura (1997)	1/2	1 1/2	4 1/2	9	19	40	59	6.3
Région - EMS (1997)	1	2	4	11	23	36	53	5.8
Région - VS - Etat - Ensemble	2	3	6 1/2	15	27	41	62	7.9

Taux arrondis

Figure No VIII.3

Proportions des journées d'hospitalisation et d'hébergement selon trois groupes d'âges, en % (soit lits occupés en moyenne journalière).

Cantons de Genève et du Jura. Région Sierre-Sion-Martigny

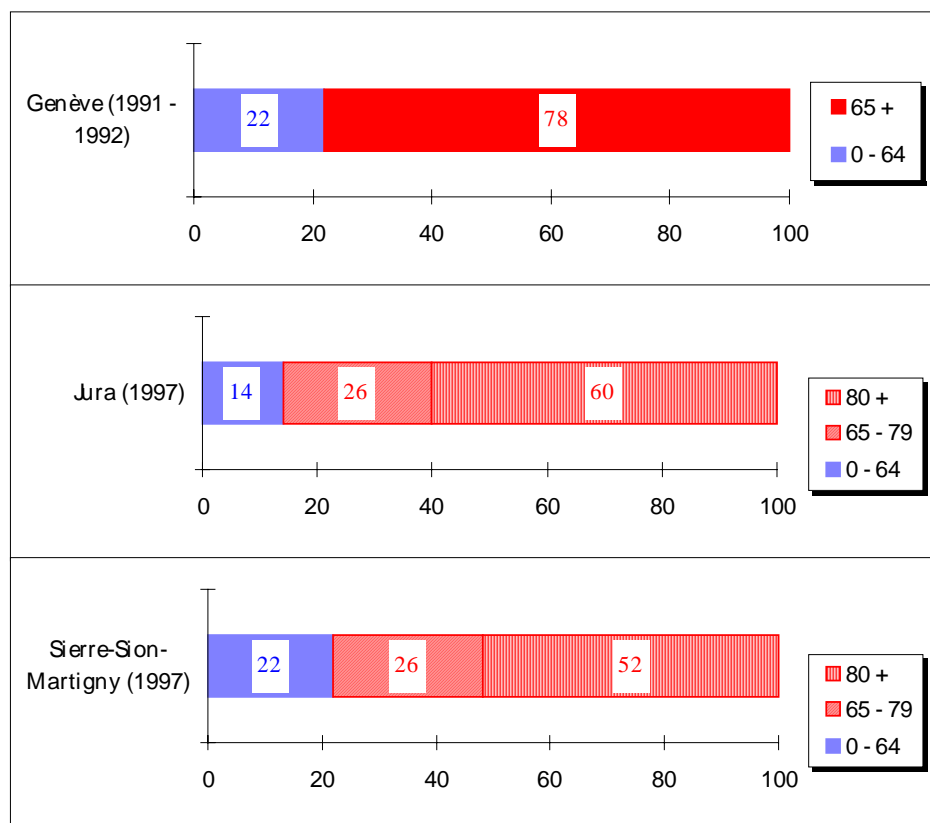


Figure No VIII.4

**Population et occupation des lits selon divers groupes d'âges, en % :
région de Sierre, Sion et Martigny en 1997**

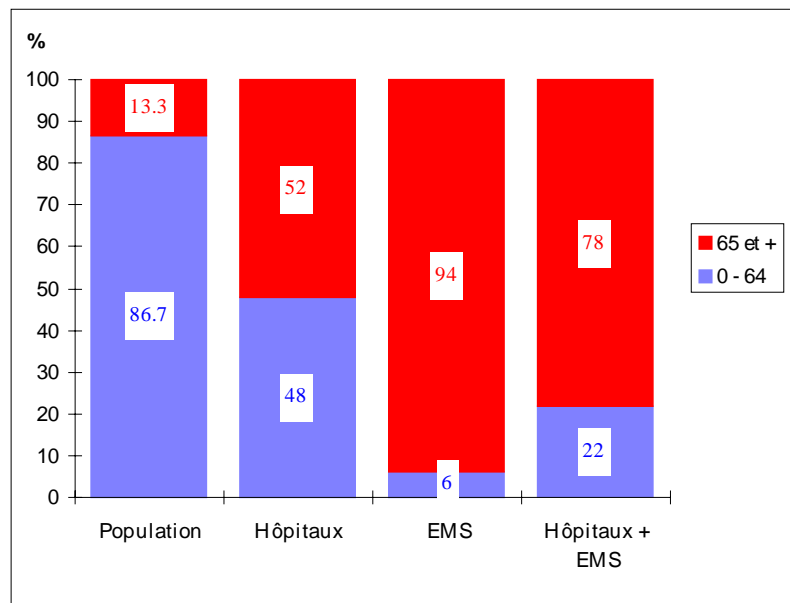
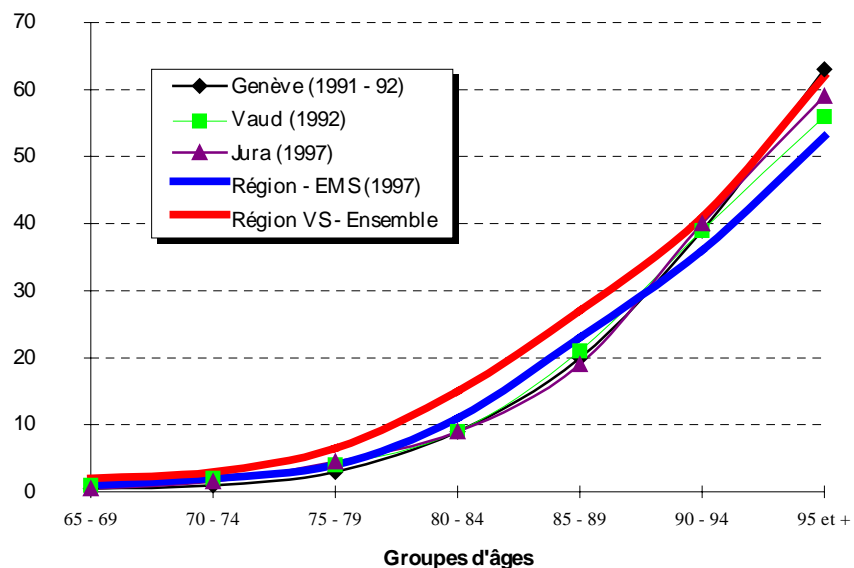


Figure No VIII.5
Taux d'hébergement médico-social par groupe quinquennal d'âges au-delà de 65 ans, en %. Cantons de Genève, Vaud et Jura. Région de Sierre, Sion et Martigny, EMS et ensemble des recours



Les types d'hôpitaux diffèrent d'un canton à l'autre. Ainsi, Genève et Vaud ont des hôpitaux universitaires; le Jura ne dispose pas encore d'un hôpital psychiatrique; Vaud compte plusieurs établissements de traitement et de réadaptation, dénomination non utilisée dans d'autres cantons, qui cependant

exercent ces activités dans des unités spécifiques au sein de l'hôpital par exemple. Pour délimiter les types d'établissements, une distinction est faite entre hôpitaux toutes catégories confondues (mais sans les institutions pour personnes handicapées) - et EMS. Certes, les cantons ont une part des lits d'hébergement médico-social plus ou moins élevée pour des personnes presque valides et autonomes; mais la proportion va en s'amenuisant. En tout cas, il y a une homogénéité (même relative) pour ce domaine médico-social.

Le tableau No VIII.5 ventile les journées des secteurs "hôpitaux" et "EMS" par groupes d'âges de moins ou plus de 65 ans - le groupe plus de 65 ans étant subdivisé en 65 - 79 ans et 80 ans et plus pour les cantons du Jura et la région valaisanne de Sierre, Sion et Martigny. Les résultats montrent sans équivoque l'importance des besoins de la population âgée et surtout très âgée, soit 13 ★% à 16 % de l'ensemble des résidents pour le groupe âgé de plus de 65 ans, dont 3 % - 4 % pour la classe au-delà de 80 ans.

La République et canton du Jura (68 mille habitants) est encore dans la situation de recours fréquent à des hôpitaux hors de son territoire (services de soins aigus spécialisés, psychiatrie); ce qui explique la part plus faible des journées d'hospitalisation de la classe d'âges de moins de 65 ans - et par répercussion la part plus élevée du groupe au-delà de 65 ans.

Pour le secteur hospitalier, la région valaisanne de Sierre, Sion et Martigny dénombre près de la moitié des journées (ou des personnes hospitalisées en moyenne journalière) pour les jeunes et adultes de moins de 65 ans (48 %) et plus de la moitié pour la classe âgée (52 %). Et le groupe âgé se ventile en environ un quart des journées (27 %) pour la classe de 65 à 79 ans et un quart (25 %) pour celle qui dépasse 80 ans.

Les parts en-deçà et au-delà de 65 ans sont respectivement de 43 % et 57 % pour Genève, de 35 % (raison évoquée ci-dessus) et 65 % pour le Jura.

Malgré les différences des structures démographiques et des structures hospitalières et médico-sociales, le poids de la population âgée est évident : soit la moitié à deux tiers des journées d'hospitalisation sont le fait du septième des habitants qui ont plus de 65 ans.

Pour les EMS et foyers, la très grande part des journées d'hébergement est attribuable à la population âgée : 94 % à 97 % pour les trois cantons considérés. Bien plus - le recours est surtout le fait de la population très âgée, puisque les vieillards de plus de 80 ans occupent deux tiers (68 %) à trois quarts (77%) des lits.

L'ensemble des hôpitaux et des EMS montre une répartition semblable en-deçà et au-delà de 65 ans pour Genève et la région valaisanne : 22 % des lits d'hospitalisation et d'hébergement sont occupés, en moyenne journalière, par

la population âgée. Les proportions sont de 14 % seulement et 86 % pour le Jura (cf raison signalée ci-dessus).

Pour la région de Sierre, Sion et Martigny, plus de la moitié des lits sont occupés par la population très âgée (3.1 % des résidents ont plus de 80 ans et nécessitent 52 % des lits des hôpitaux et des EMS).

Tableau No VIII.5 bis

Population résidante permanente et lits occupés en moyenne journalière selon quelques groupes d'âges, région de Sierre, Sion et Martigny en 1997, en %

Groupes d'âges	0 - 64	65 et +	dont 65 - 79	dont 80 et +
Population	86.7	13.3	10.2	3.1
Hôpitaux	48	52	27	25
EMS	6	94	26	68
Hôpitaux + EMS	22	78	26	52

NB : Ce tableau présente les mêmes renseignements que le tableau No VIII.5. Est ajoutée la proportion des résidents, aux fins de comparaisons.

Le tableau VIII.6 comprend le canton de Vaud, en plus de Genève, Jura et la région valaisanne. Pour celle-ci, en plus des taux pour les EMS, figure les taux globaux d'hospitalisation et d'hébergement.

Les taux quinquennaux d'hébergement médico-social sont très proches les uns des autres. Cela manifeste - de manière frappante - combien les "besoins" exprimés pour l'institutionnalisation dépendent de l'état de santé et de dépendance, liés à l'avance en âge (les légères différences pour les classes d'âges 90 - 94 ans et 95 ans et plus sont probablement dues à des fluctuations aléatoires, les nombres d'habitants étant faibles). Ainsi - en arrondissant :

- De l'ordre de un habitant sur cent placés en institution médico-sociale entre 65 et 70 ans, la proportion des résidents hébergés s'accroît de façon exponentielle de groupe quinquennal en groupe quinquennal; de 4 % entre 75 et 80 ans, près de une personne sur dix âgée de 80 à 85 ans est placée en EMS, deux sur dix de 85 à 90 ans, quatre sur dix de 90 à 95 ans, tandis que presque six sur dix sont institutionnalisées au-delà de 95 ans.
- Malgré les différences entre les cantons et région considérés : structures démographiques, milieux urbains et campagnards, niveaux socio-économiques, organisations médico-sociales, mode de financement et coût du placement institutionnel, les écarts par groupe quinquennal sont minimes. C'est le signe de besoins intrinsèques liés à l'âges : plus l'âge s'élève au sein de la population de plus de 65 ans, et plus le degré de dépendance médico-sociale s'accroît.

- Ces résultats et leur proximité pour les quatre lieux géographiques pris en considération ne peuvent être contestés dans leurs ordres de grandeur. En revanche, cet éclairage jette de sérieux doutes sur les affirmations de ceux qui prétendent que le vieillissement de la population n'a aucun effet (... sur les besoins de santé.
- L'analyse pour la région valaisanne de Sierre, Sion et Martigny, effectuée sur la base des données de 1997 et malgré quelques approximations, est la plus complète à notre connaissance parmi celles qui ont été conduites en Suisse (à part celle concernant le canton de Vaud pour l'année 1969: *Vieillesse démographique et planification hospitalière*, op. cit., Lausanne, 1969). Aux besoins exprimés par le placement médico-social s'ajoute l'hospitalisation - en soins aigus, en réadaptation, en gériatrie et en (géronto) psychiatrie.

Les taux sont en conséquence accrus pour tous les groupes quinquennaux. Ainsi le taux est déjà de l'ordre de 2 % entre 65 et 70 ans, d'environ une personne sur quatre entre 85 et 90 ans en EMS ou à l'hôpital en moyenne journalière, plus de six sur dix au-delà de 95 ans.

De manière indirecte, on remarque qu'un taux global d'hébergement retenant la population de plus de 65 ans est un reflet du vieillissement démographique et du vieillissement secondaire (soit la proportion du groupe 80 ans et plus au groupe 65 ans et plus). Le taux global de 5.8 % de personnes en institution pour la région valaisanne est à mettre en relation avec un degré de vieillissement de 13.3 % et un vieillissement secondaire de 23 %, alors que le Jura, avec un taux global de 6.3 lits, dénombre 15.8 % de résidents de plus de 65 ans et 4.2 % de plus de 80 ans, et un vieillissement secondaire de 27 %*.

Le vieillissement démographique se prononcera à partir de 2005 - 2010 et le vieillissement secondaire dès 2020 - 2025 (augmentation de la fécondité dès 1940). Les effets du vieillissement de la population sur les besoins du système de santé se marqueront donc d'ici 10 - 15 ans et notamment d'ici 20 - 25 ans. L'hospitalisation et le placement institutionnel ne sont cependant pas les seules manières de répondre aux besoins liés à l'avance en âge. Une priorité est à accorder au développement des services de maintien à domicile et à la création de structures intermédiaires.

Avant de considérer des tendances lourdes qui vont conditionner les pratiques et les « besoins » à venir, il importe d'examiner les effets de l'introduction de forfaits selon la sortie et le service d'hospitalisation en soins généraux aigus.

• Aux années d'observation : Genève : taux global 5.9 %, 13.6 % et 3.9 % de résidents au-delà de 65 ans et 80 ans (28 % pour le rapport 80 + / 65 +), et Vaud : taux de 6.0 %, pour 15.2 % et 4.1 % au-delà de 65 et 80 ans (27 %).

Chapitre IX

L'introduction des forfaits par sortie et service hospitalier en 1998 et les revues d'hospitalisation en Valais

Le canton du Valais a mis en œuvre un nouveau système de financement des hospitalisations en soins généraux aigus. Les effets durant les six premiers mois de 1998, comparés aux six premiers mois de 1997, sont fort importants : la diminution du nombre de journées est considérable.

Quatre revues d'hospitalisation ont été entreprises en Valais, dans les hôpitaux généraux. Les résultats sont d'un vif intérêt. Ces revues, dont les premiers résultats ont été portés à la connaissance des administrateurs et médecins des hôpitaux, ont certainement contribué à une prise de conscience des journées dites inappropriées et concouru également à la baisse du nombre des journées-malades.

Les éléments qui figurent dans ce chapitre servent de base aux perspectives du scénario tendance (*cf. rapport préliminaire à la commission hospitalière régionale de Sierre, Sion et Martigny*).

IX. Forfaits par sortie et service hospitalier nombres de sorties et de journées en 1998 dans les hôpitaux généraux de soins aigus du Valais

Dès le 1er janvier 1998, des forfaits par sortie et par service sont entrés en vigueur en Valais. Les médecins et l'administration hospitalière ont « joué le jeu », pour reprendre l'expression d'un directeur ; les hôpitaux n'ont d'ailleurs aucune raison de garder un malade au-delà du temps nécessaire, puisque le forfait par service est le même quelle que soit la durée du séjour.

L'effet est spectaculaire. Les données disponibles pour six mois sont extrapolées à l'année ; par hypothèse, les diminutions proportionnelles calculées sur les six premiers mois seront similaires pour l'année. Une distinction est effectuée en retenant le total des sorties et des journées : assurance-maladie, accidents, militaire, ainsi que touristes d'une part, d'autre part les seules sorties et journées pour lesquelles intervient le financement par l'assurance-maladie. L'ensemble des journées est pris en considération au tableau No IX.1.

Tableau No IX.1

**Nombres de sorties et de journées d'hospitalisation
durant les six premiers mois des années 1997 et 1998
Canton du Valais: Variations, extrapolation et taux et d'occupation**

	Sorties totales			Journées totales		
	1997	1998	Différence	1997	1998	Différence
Totaux	19483	18214	-1269	158274	139485	-18789
dont nourrissons	1500 *	1414 *	-86 *	9800 *	8500 *	-1300 *
Totaux - Nourrissons	17983	16800	- 1183	148474	130985	-17489
Indices, Variation	100	93.4	-6.6 %	100	88.2	-11.8 %
Extrapolation	35274	(32954)	(-2320)	281667	(248489)	(- 33178)
Taux d'occupation	-	-		84.2 %	(74.2 %)	(-10 p. %)

* Nourrissons : nombres provisoires. Voir le tableau No IX.2, plus récent.
Différence faible, respectivement -11.8 % à -11.7 %.

L'introduction des forfaits par sortie et service a fait chuter le nombre de journées des six hôpitaux aigus d'environ 17 500 en six mois (sans les séjours de nourrissons sains). Extrapolé à l'année (variation de -11.8 %), la baisse est supérieure à 33 milliers de journées. Cela équivaut à 91 lits de moins occupés en moyenne journalière ; et au taux de 85 % d'occupation, 107 lits, et 114 avec un taux de 80 %. C'est l'équivalent d'un hôpital tel que Monthey, ou celui de Brigue, pour les soins aigus.

Cette extrapolation sera selon toute vraisemblance voisine de la réalité qui sera observée à fin décembre 1998 (les données des mois de juillet et août confirment la tendance). Les conditions de 1998, relativement au nombre de lits disponibles de 1997, feront baisser le taux d'occupation de 10 points de % : 84.2 % en 1997, 74.2 % en 1998.

Une partie de la diminution des journées d'hospitalisation provient de la baisse de près de 1200 admissions (sorties, extrapolation à l'année). Il y a certainement une incidence due au « semi-hospitalier », qui est une tendance qui s'affirme et qui est encouragée par la contribution des pouvoirs publics du Valais. Pour le moment, seul le canton du Valais procède ainsi. Cet exemple est appelé à s'étendre à d'autres cantons.

Figure No IX.1

**Hôpitaux généraux de soins aigus du canton du Valais :
évolution du nombre de sorties, mois après mois en 1997**

et de janvier à août 1998 *

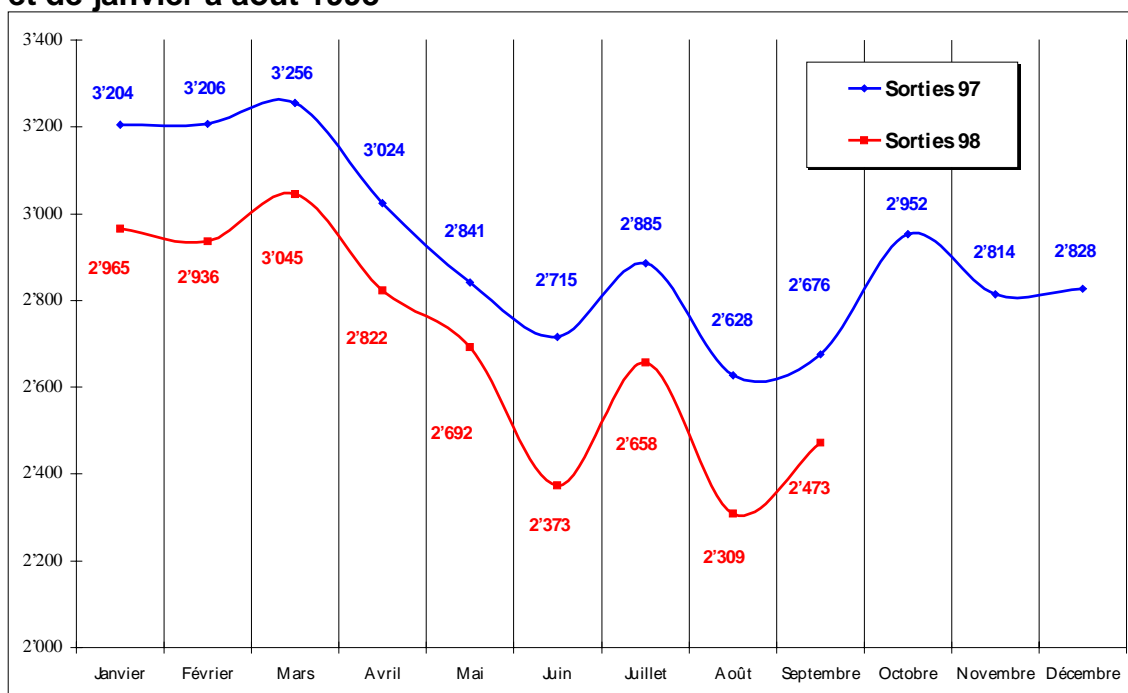
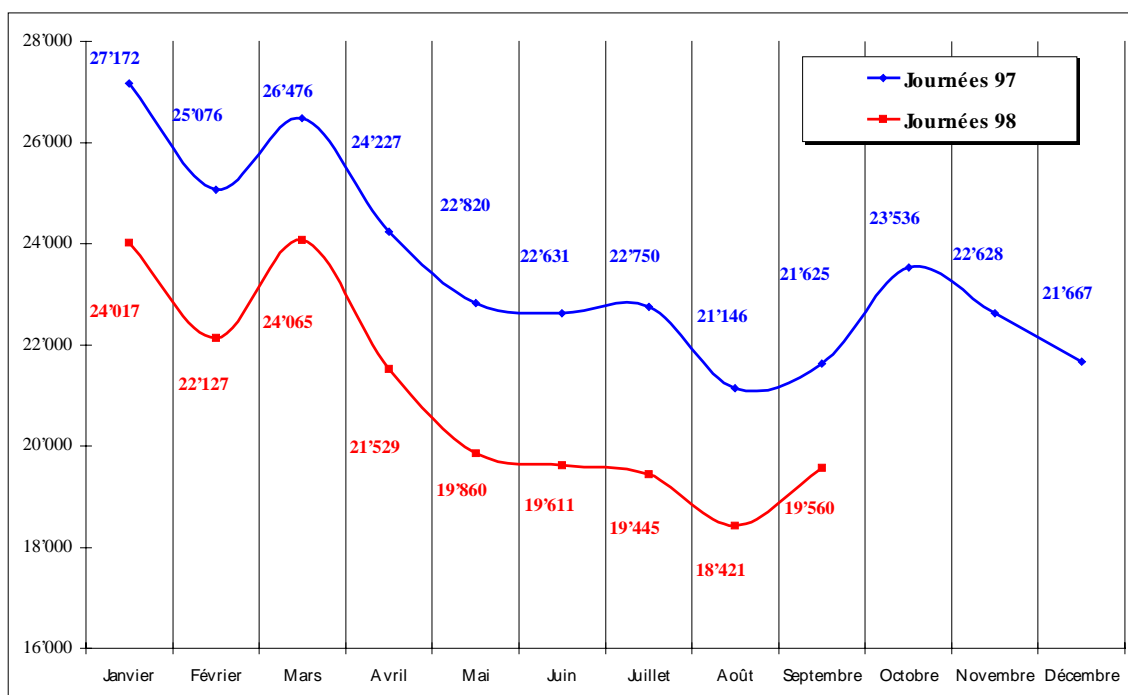


Figure No IX.2

**Hôpitaux généraux de soins aigus du canton du Valais :
évolution du nombre de journées, mois après mois en 1997
et de janvier à août 1998 ***



* Légères différences des pourcentages entre les tableaux et les figures. Les figures sont établies sur la base de données provisoires

Figure No IX.3

**Hôpitaux généraux de soins aigus du canton du Valais :
évolution de la durée moyenne de séjour, mois après mois en 1997
et de janvier à août 1998 ***

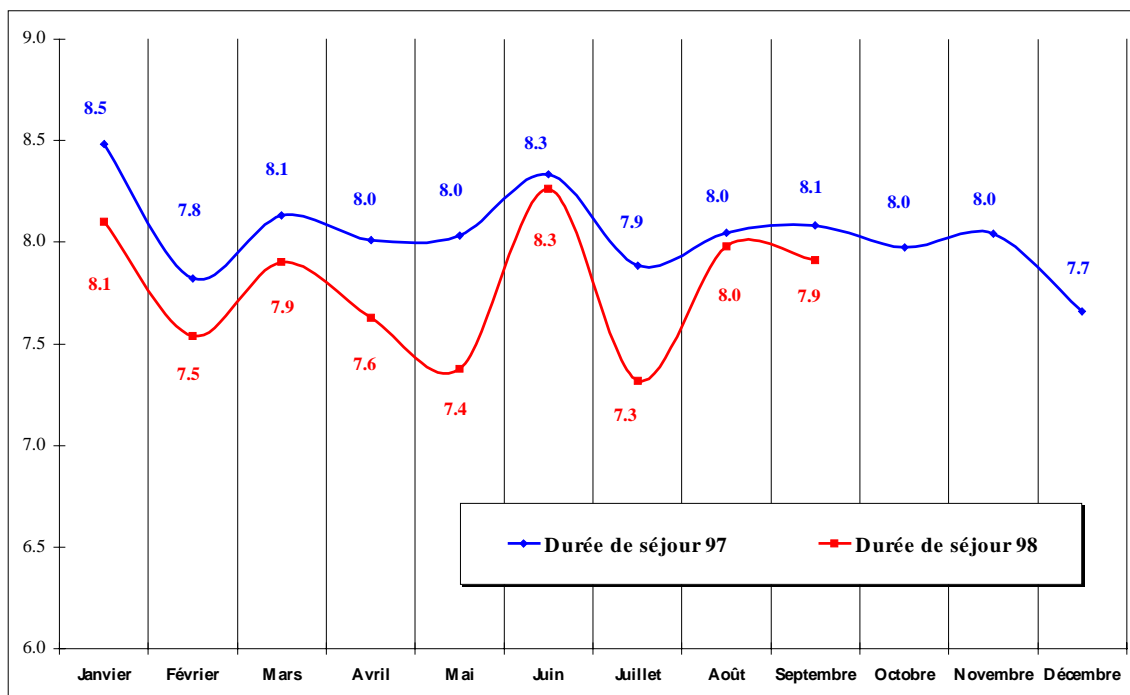
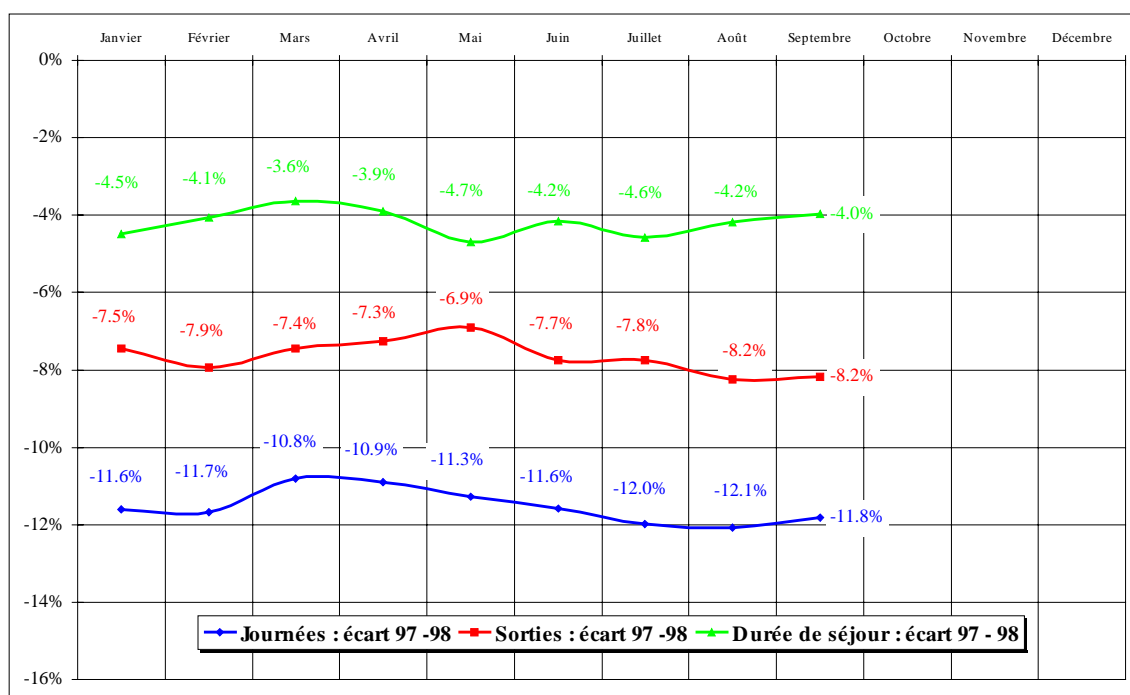


Figure No IX.4
Hôpitaux généraux de soins aigus du canton du Valais :
évolution des journées, des sorties et de la durée moyenne de séjour,
diminutions cumulées mois après mois en 1997 et de janvier à août 1998 *



* Légères différences des pourcentages entre les tableaux et les figures. Les figures sont établies sur la base de données provisoires

IX.2 Sorties et journées de malades des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, soins aigus 1997-1998
Effets de l'introduction du forfait par service

L'introduction d'un forfait en fonction de la sortie et du service a diminué sensiblement le nombre de journées observé les 6 premiers mois de 1998. Les différences entre les hôpitaux sont importantes : 4611 journées de moins à Martigny, 806 à Viège. Cette diminution du nombre de journées provient aussi, pour une part, de l'extension des interventions dites en « semi-hospitalier ». En effet, le nombre des sorties baisse dans les trois hôpitaux : 676 en tout en 6 mois. Pour les trois hôpitaux de la région du Centre hospitalier rhodanien, le tableau présente plusieurs indicateurs.

Les nombres sont extrapolés à l'année, en retenant par hypothèse une diminution proportionnelle, de 1997 à 1998, similaire à celle qui est enregistrée les 6 premiers mois de 1998. (NB : il serait erroné de multiplier les nombres observés par 2, pour extrapoler à l'année. En effet, le deuxième semestre de l'année dénombre moins de journées de malades que le premier).

Dans ces conditions, les constats sont nets :

- Le nombre de sorties des trois hôpitaux baisse de quelque 6 %, soit plus de 1200.
- Le nombre de journées décroît de 11¹/₂ %, soit environ 19 600 journées.
- Le nombre de malades présents en moyenne journalière baisse de 54 ; soit, au taux d'environ 85 %, 64 lits de soins aigus.
- La durée de séjour baisse quelque peu. La diminution importante du nombre de journées s'accompagne d'un nombre moins élevé d'admissions et de sorties : 8.1 à 7.6 jours pour l'ensemble des trois hôpitaux.
- Le taux d'occupation baisse d'environ 86 % à 76 %, soit près de 10 points de % en moins.

L'extrapolation pour l'ensemble des hôpitaux sera proche de la réalité observée sur toute l'année, selon toute probabilité. Mais les fluctuations peuvent être plus fortes par hôpital — la dimension étant moindre. Avec cette réserve, on remarque que l'extrapolation à l'année diminue de 19 le nombre de patients hospitalisés en moyenne journalière à l'hôpital de Sierre-Loèche, dont le taux d'occupation fléchit à environ 65 % (avec 140 lits de 1997). A Sion, la diminution du nombre de patients en moyenne journalière est moindre : 12 en moins. Le taux d'occupation baisse de 94 % à 89 %. A Martigny, la moyenne du nombre de malades par jour fléchit de 23, le taux d'occupation passant de 79¹/₂ % à 65¹/₂ %.

Tableau No IX.2

Sorties et journées de malades des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny, soins aigus 1997-1998. Effets de l'introduction du forfait par sortie et par service

Hôpitaux	Sierre	Sion	Martigny	CHR ¹
Lits	140	249	162	551
Sorties 1997	4850	10175	5664	21229
Diff. 97-98, % ²	- 10.7	- 2.4	- 7.8	- 5.8
Extrap. 1998	4331	10458	5222	20011
Diff. extrap.	- 519	- 257	- 442	- 1218
Journées 1997	39975	85469	46956	172400
Diff. 97-98, % ²	- 17.3 %	- 5.3 %	- 17.4 %	- 11.4 %
Extrap. 1998	33059	80939	38786	152784
Diff. extrap.	- 6916	- 4530	- 8170	- 19616
Malades 1997	109	234	129	472
Par jour 1998	90	222	106	418
Différence	- 19	- 12	- 23	- 54
Lits (taux 85 %)	- 23	- 14	- 27	- 64
Taux 1997	78.2	94.0	79.4	85.7
Occup. 1998	64.7 ³	89.1	65.6	76.0
Diff. points, %	- 13.5	- 4.9	- 13.8	- 9.7
Durée 1997	8.2	8.0	8.3	8.1
Séjour 1998	7.6	7.7	7.4	7.6
Diff. jours	- 0.6	- 0.3	- 0.9	- 0.5

¹ Nombres = additions des extrapolations des trois hôpitaux (arrondis).

² Différences calculées sur les 6 premiers mois de 1997 et 1998.

³ Calculé sur 140 lits. En 1998, Sierre a diminué le nombre à 129.

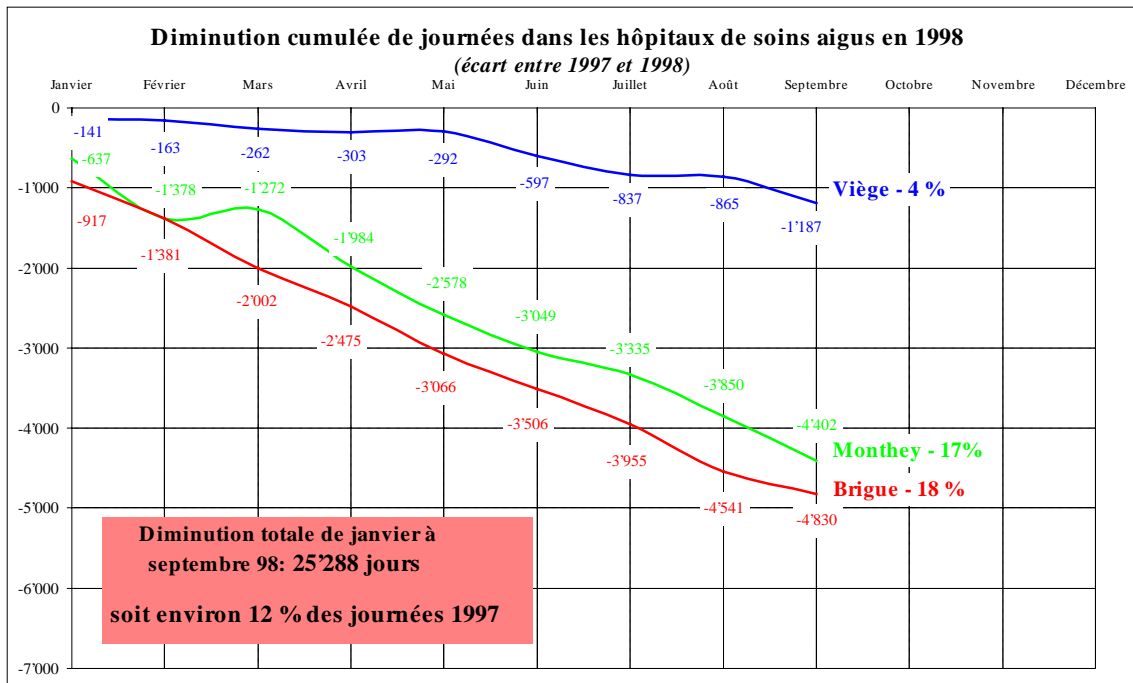
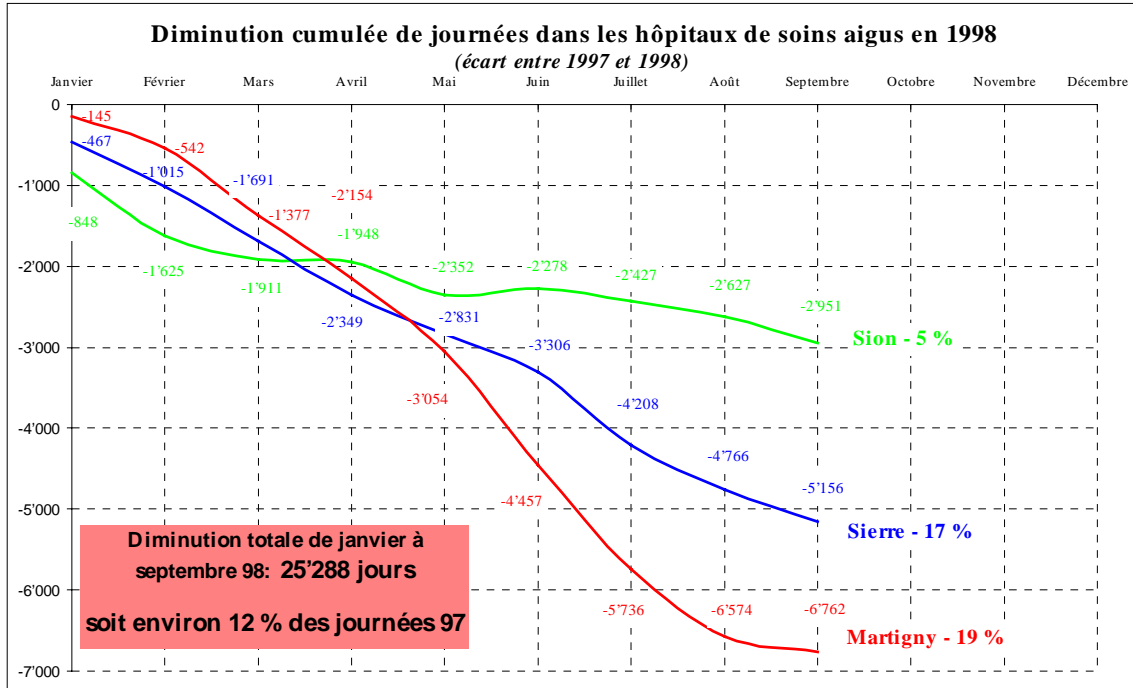
NB : L'extrapolation à l'année est, en proportion, similaire à la baisse observée durant les 6 premiers mois de 1998. Les données du mois de juillet confirment la tendance.

— Le taux d'occupation (nombre de lits de 1997) chute de 82.7 % à 73.3 % ; Sion dépasse encore le seuil de 85 % tandis que Sierre et Martigny se situent autour de 65 % — soit en moyenne deux lits occupés sur trois.

— La durée moyenne de séjour continue de baisser.

Figure No IX.5

Hôpitaux généraux de soins aigus du canton du Valais :
diminution du nombre de journées par hôpital, cumul mois après mois
de janvier à juillet 1998, relativement à 1997



Les fluctuations saisonnières peuvent être plus accentuées pour les nombres par service — puisque ce sont des unités en lits de petite dimension. Aussi les diminutions proportionnelles sont-elles indiquées pour les trois hôpitaux groupés, soit :

Tableau No IX. 3

Diminutions proportionnelles du nombre de journées durant les six premiers mois de 1998, relativement à 1997, ensemble des soins aigus de Sierre, Sion et Martigny. Patients en moyenne journalière

Services	Diminution proportionnelle	Patients, en moyenne par jour ¹		
		1997	1998	Diff. ¹
Médecine	-9.2 %	193	175	-18
Chirurgie ²	-12.3 %	184	161	-23
Gynéco-obstétrique	-16.8 %	57	47	-10
Pédiatrie	-3.9 %	26	25	-1
Privé	-20.3 %	12	10	-2
Ensemble	-11.4 %	472	418	-54

1. Extrapolation à l'année : nombre de 1997, diminués de la proportion observée les six premiers mois de 1998.
2. Y compris soins intensifs.

En moyenne journalière, le nombre de patients hospitalisés dans les trois hôpitaux fléchit de 18 en médecine, 23 en chirurgie, 10 en gynécologie-obstétrique, un seul en pédiatrie. La baisse est faible pour la division privée de Sion : -2 ; cependant elle représente une diminution de un cinquième du nombre de journées.

IX. 3 Soins semi-hospitaliers subventionnés en 1998

Les soins semi-hospitaliers correspondent à des admissions dont la durée de séjour est inférieure à 24 heures, mais dont les interventions nécessitent les équipements hospitaliers. En 8 mois, de janvier à août 1998, plus de 2200 cas de "semi-hospitalier" subventionnés sont dénombrés. Soit environ 3300 pour l'année. Or, le nombre de sorties dans les hôpitaux valaisans diminue de l'ordre de 2300 en 1998. Il y a ainsi 1000 cas de "semi-hospitalier" de plus que la baisse du nombre de sorties. Les nombres des cas hospitalisés en 1997 et auparavant ne sont pas connus, car ils étaient comptés parmi les cas du secteur ambulatoire. Il y a lieu d'estimer que des admissions en "semi-hospitalier" se sont substituées à des séjours hospitaliers de deux ou plusieurs jours, antérieurement à l'année 1998. En additionnant les cas de semi-hospitalisations aux nombres de sorties (par hypothèse en même nombre que les admissions, on constate que ces cas représentent 9.3 % des admissions durant les 8 mois d'observation. La proportion varie de 13.5 % à Martigny à 3.3 % à Brigue.

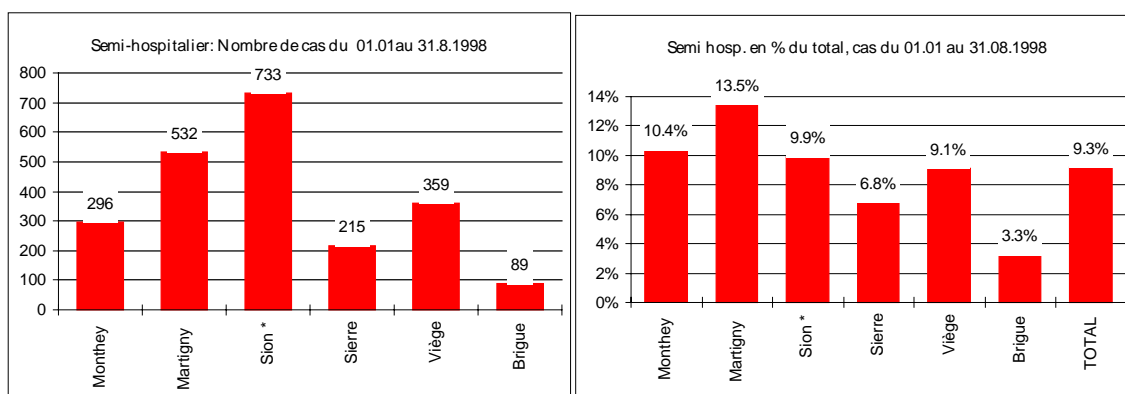
Tableau No IX. 4

Nombre d'admissions en "semi-hospitalier" avec subventionnement et proportions, en (%), par hôpital et pour l'ensemble des hôpitaux valaisans, janvier - août 1998

sorties 1998	Stationnaire	Semi-hospitalier	Total	Semi hosp. en % du total
Monthey	2'549	296	2'845	10.4%
Martigny	3'409	532	3'941	13.5%
Sion *	6'657	733	7'390	9.9%
Sierre	2'953	215	3'168	6.8%
Viège	3'588	359	3'947	9.1%
Brigue	2'644	89	2'733	3.3%
TOTAL	21'800	2'224	24'024	9.3%

*nbre de séjours

Figure No IX. 6
Nombre et proportions en (%) de cas "semi-hospitaliers", hôpitaux valaisans, janvier - août 1998



Le Valais est le seul canton, jusqu'ici, qui encourage le "semi-hospitalier" en le subventionnant. Cette pratique est appelée à s'étendre à d'autres cantons.

IX. 4 Revues d'hospitalisation
Les journées dites inappropriées ou inadéquates

Des revues d'hospitalisation sont effectuées en Valais depuis 1996 dans les hôpitaux de soins aigus. Le but est d'identifier les nombres et les causes des admissions et des journées dites inappropriées, c'est-à-dire superflues et dont on pourrait faire l'économie, ou d'admissions et de journées de malades qui auraient dû être hospitalisés ou hébergés dans d'autres institutions, ou transférés dans d'autres services ou établissements.

Plusieurs méthodes sont à disposition. Quatre revues ont fait l'objet d'analyse ; la première a été faite avec une méthode différente — mais proche — des trois autres (BIOMED). Elles concernent les seuls soins aigus, cependant sans

l'obstétrique, la gynécologie³⁰ et la pédiatrie. Les résultats sont proches d'études similaires conduites dans d'autres cantons. Les inappropriations sont fort nombreuses — même s'il convient de nuancer (cf. ci-après).

Extraits d'un article de B. Santos-Eggimann et T. Blanc : « Les revues d'hospitalisation : pour une utilisation des lits plus appropriée », *Gestion hospitalière*, no 2104, février 1996 :

« Les revues d'hospitalisation, développées dans un premier temps aux États-Unis, suscitent depuis les années 1980 un intérêt croissant dans plusieurs pays européens. Leur but est de mesurer, à l'aide de listes explicites de critères justifiant d'un point de vue médical une prise en charge hospitalière, la fraction des journées d'hospitalisation qualifiées d'inappropriées, soit en général celles pour lesquelles l'hôpital de soins aigus ne constitue pas un lieu irremplaçable de soins (...). Les revues constituent un instrument de gestion hospitalière soutenant la réflexion des hôpitaux sur leur fonctionnement interne et leurs relations avec l'environnement local ». (...). « Les revues d'hospitalisation consistent généralement en un examen systématique d'un échantillon de dossiers de patients hospitalisés, dans une optique d'assurance de qualité. L'examen des dossiers permet de déterminer quels soins ont été fournis, en quelle quantité, à quel moment et dans quelles circonstances. Dans chaque cas, les besoins individuels du patient sont confrontés aux soins effectivement reçus. (...) L'utilisation inappropriée de l'hôpital comprend une composante de sur-utilisation, lorsque le patient n'a pas besoin de soins médicaux ou requiert des soins qui pourraient être donnés dans un autre environnement, et une composante de sous-utilisation, lorsque les besoins médicaux ne sont pas reconnus ou lorsque le patient n'accède pas aux soins hospitaliers dont il a besoin. La sur-utilisation implique un gaspillage de ressources, conscient ou non, mais également, par définition, une qualité de soins sous-optimale (risque d'infections nosocomiales, risque de perte d'autonomie chez des patients âgés). La sous-utilisation constitue avant tout un problème de qualité des soins, mais elle induit également, sur la durée, des coûts évitables liés au traitement d'une santé dégradée. Pratiquement, le développement des revues d'hospitalisation s'est appuyé sur l'hypothèse générale que les incitatifs économiques, cliniques et légaux ont conduit essentiellement à une sur-utilisation des hôpitaux ».

Le terme « inapproprié » découle de l'un des premiers instruments utilisés aux États-Unis, le « Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) ». « Une version européenne de cet instrument intégrant ces adaptations est en cours d'élaboration dans le cadre d'un programme de recherche de la communauté européenne BIOMED-1, auquel la Suisse participe (...). L'AEP est constitué de deux listes de critères explicites indépendants du diagnostic, l'une de 16 critères consacrée au jour de l'admission, et la seconde de 25 critères s'appliquant aux autres journées d'hospitalisation (tableau1). La présence d'un seul de ces critères permet de considérer une journée d'hospitalisation comme adéquate, et l'absence de tout critère amène au jugement de journée inadéquate... ». (...) Au-delà des aspects de recherche, les revues d'hospitalisation se sont révélées suffisamment utiles pour être installées de façon permanente dans le premier hôpital à les avoir introduites, et pour figurer comme priorité parmi les mesures à prendre pour réaliser des économies dans les hôpitaux... ».

a) Les quatre revues en Valais

Les quatre revues dans les six hôpitaux valaisans sont d'un grand intérêt. Les taux des journées dites inappropriées ont tendance à baisser (les taux plus bas de la première étude relativement à la deuxième sont vraisemblablement dus aux nombres différents des séjours revus). La diminution tendancielle des taux provient d'une part de la prise de conscience qui est apparue avec la connaissance des résultats — effet de la transparence — puis en 1998 du changement du mode de financement, qui désormais repose sur des forfaits par sortie selon les services.

³⁰ La gynécologie est comprise dans la première étude. Le nombre de séjours est faible et n'influence guère les moyennes.

La répartition des séjours revus selon les services diffère quelque peu d'une revue à l'autre ; cela peut influencer sur les résultats des moyennes — et par exemple expliquer en partie la légère remontée de la proportion des journées inappropriées de la 4^e revue. Par ailleurs, l'époque des revues (saisons) et les aléas du tirage d'un échantillon ont aussi des incidences, aléatoires et non identifiables. Ces aspects n'enlèvent pas la pertinence de ces études et n'infirmes pas la tendance générale.

Le commentaire porte sur les trois dernières revues, puisque la première est effectuée avec une méthode différente et porte sur un nombre faible de séjours.

Le pourcentage des journées inappropriées est très élevé : il diminue pourtant de 34.2 % durant la revue de fin 1997 à 28.8 % à celle du début 1998 : 5.4 points de % en moins au passage de l'année montre l'importance du changement du mode de financement ; l'effet est net. Cependant la proportion remonte à 30.4 % (+1.6 point de %) avec la quatrième revue. Il peut s'agir d'un phénomène aléatoire (l'échantillon est composé de 1007 séjours, le précédent de 2338) ; ou de la répartition des séjours entre services (4^e revue : augmentation de la proportion en médecine) ; ou encore d'un relâchement de l'attention. Par ailleurs, l'indicateur qu'est le taux d'occupation des lits a nécessairement diminué mensuellement, et peut même être très faible certains jours, où le nombre de lits inoccupés est supérieur au nombre de malades présents. Indirectement, c'est signifier combien il importe de diminuer le nombre des lits disponibles, comme la planification valaisanne l'a pratiqué durant cette décennie, pour éviter toute incitation à allonger — involontairement mais artificiellement — la durée des séjours.

Par service, la baisse est manifeste en chirurgie et autres chirurgie ; elle est ample en orthopédie de la 2^e à la 3^e revue, mais augmente quelque peu à la 4^e ; on remarque la même tendance en médecine.

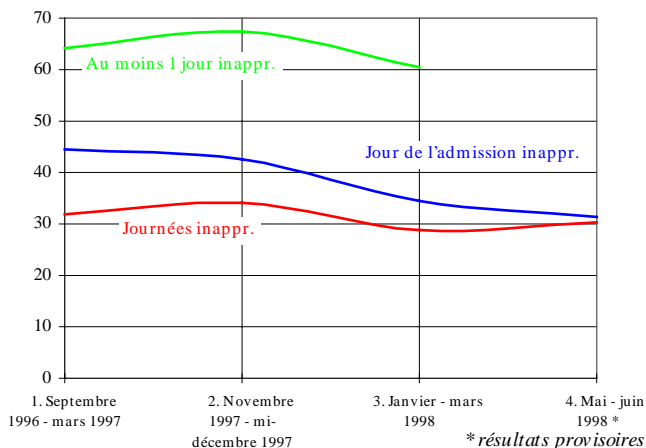
L'effort est toutefois manifeste ; ainsi, la part des séjours où le jour d'admission est inapproprié baisse de 44 % environ pour la première revue à 31 % pour la quatrième revue. Une diminution certaine est enregistrée, mais la proportion reste très forte en orthopédie et pour la rubrique autres, chirurgie ; presque la moitié des jours d'admissions sont inappropriés

La proportion des séjours dénombrant au moins un jour inapproprié — de 64 % et 67 % pour les deux premières revues — baisse à 60 % lors de la troisième. Ces proportions sont très élevées et se marquent dans tous les services. (Les résultats de la 4^e revue ne sont pas encore disponibles pour ce critère).

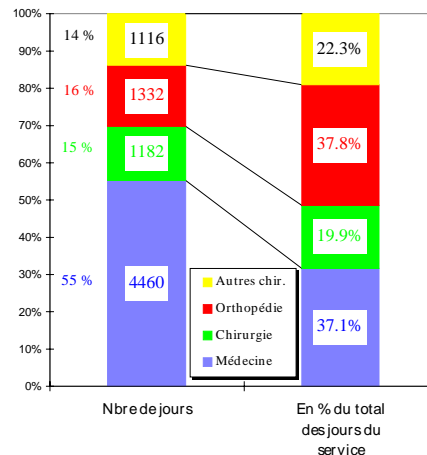
Même s'il convient d'être prudent en interprétant ces résultats, il est évident qu'une diminution importante des journées dites inappropriées doit être obtenue.

Figure No IX. 6
Les quatre revues d'hospitalisation en Valais

a) Pourcentages d'inappropriation des journées

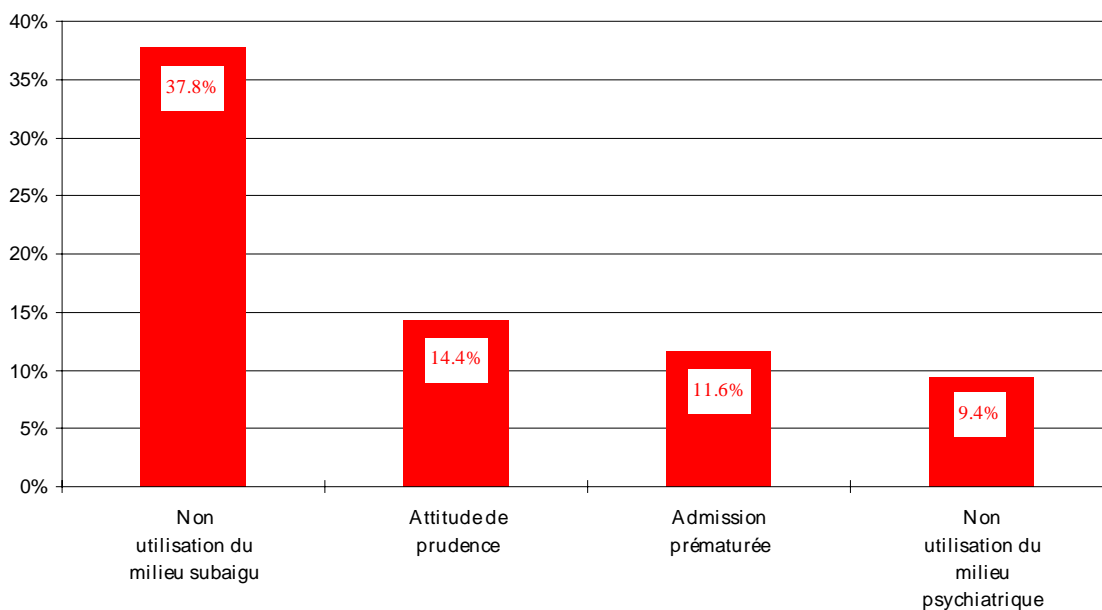


b) Nombres de journées inadéquates et proportions relativement au total des journées de chaque service, 2ème et 3ème revues.



N.B. : Les pourcentages de la colonne de droite ne s'additionnent pas, puisqu'il s'agit de proportions relatives à chaque service

c) Les causes d'inappropriation selon divers critères



N.B.: Ces quatre causes représentent 73,2 % des journées inadéquates.

Tableau No IX.4

Revues d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux, soins aigus, de 1996 à 1998 selon les rubriques d'inappropriation

Revues d'hospitalisation	Séjours revus	Jours revus	Jours inappropriés	J. admission inappropriés	Au moins 1 jour inappr.	Durée moyenne de séjour
A : Les quatre revues						
1. Septembre 1996 - mars 1997	367	2699	860	158	233	7.4
<i>en %</i>	100	100	31.9	44.4	64.2	-
2. Novembre 1997 - mi-décembre 1997	1076	8490	2907	458	725	7.9
<i>en %</i>	100	100	34.2	42.6	67.4	-
3. Janvier - mars 1998	2338	17985	5183	805	1415	7.7
<i>en %</i>	100	100	28.8	34.4	60.5	-
4. Mai - juin 1998	1007	7676	2331	315		7.6
<i>en %</i>	100	100	30.4	31.3		-
B : Trois revues, selon les services : répartition des séjours et jours revus (ensemble des services = 100 %) et pourcentages d'inappropriation						
<u>Médecine</u>	38.0	44.1	40.9	25.2	64.3	9.2
3ème	38.0	45.9	35.4	19.8	61.1	9.3
4ème	42.7	49.7	38.1	19.1		8.9
<u>Chirurgie</u>	23.1	21.5	22.0	39.1	59.7	7.4
3ème	25.2	22.9	19.0	33.0	52.2	7.0
4ème	21.8	19.4	15.1	30.1		6.8
<u>Orthopédie</u>	10.6	13.4	45.2	50.9	77.2	10.0
3ème	13.3	13.3	34.4	43.5	67.4	7.7
4ème	12.5	13.6	38.7	45.2		8.3
<u>Autres, chirurgie</u>	28.3	21.0	25.7	65.6	74.1	5.8
3ème	23.6	17.9	20.4	54.4	64.6	5.9
4ème	23.0	17.3	18.6	47.4		5.7
<u>Ensemble</u>	100.0	100.0	31.9	44.4	64.2	7.4
2ème	100	100	34.2	42.6	67.4	7.9
3ème	100	100	28.8	34.4	60.5	7.7
4ème	100	100	30.4	31.3		7.6

IX.4 Revues d'hospitalisation. Les causes

Les résultats de la première revue sont obtenus avec un nombre restreint de séjours et avec un procédé différent de celui qui a été retenu pour les trois autres ; ceux de la quatrième ne sont pas encore disponibles (fin août). Les rangs des causes des journées dites inappropriées sont pratiquement semblables dans ces revues d'hospitalisation.

Tableau No IX. 5
Répartitions, en %, des journées inappropriées selon les causes* et les revues

Causes*/ Revues		1ère	2ème	3ème	2 + 3	4ème
1	Non utilisation du milieu subaigu	42.3	38.0	37.6	37.8	
2	Attitude de prudence	5.4	13.8	14.7	14.4	
3	Admission prématurée	14.9	11.6	11.6	11.6	
4	Non utilisation du milieu psychiatrique	14.5	9.9	9.1	9.4	
5	Autre « Médecine »	—	5.1	6.2	5.8	
6	Manque de lits disponibles	13.0	4.0	6.5	5.6	
7	Habitude du service	—	4.0	2.8	3.2	
8	Problème de rendez-vous dans l'hôpital	4.7	1.4	2.8	2.3	
9	Pas de niveau de soins adapté aux besoins du patient	—	0.3	2.5	1.7	
10	Organisation inefficace de la sortie	—	1.3	1.9	1.4	
11	Divers	5.2	10.6	4.3	6.8	
ENSEMBLE (100 %) Nb		367	1076	2338	3414	1007
En % des journées		31.9 %	34.2 %	28.8 %	30.5 %	30.4 %

* Par ordre de rang décroissant des pourcentages des 2e et 3e revues, dont les nombres sont réunis.

En tête vient la cause de non-utilisation du milieu subaigu : 38 %, presque 2/5 des journées inappropriées ; les malades devraient être transférés d'un service de soins aigus à un service de gériatrie, de réadaptation, voire en EMS.

La deuxième cause provient d'une attitude de prudence : 14^{1/2} % — environ 1/7 des journées ; une hésitation sur l'état de santé ou le degré de rétablissement, ou une attente de fin de semaine au lundi suivant, ou encore un malade sans entourage à domicile, et passent un ou des jours.

La troisième cause est l'admission prématurée : 11^{1/2} % : une journée aurait pu en fait être économisée.

La quatrième concerne des patients qui auraient dû être hospitalisés dans un milieu psychiatrique ou gériatrio-psychiatrique ; soit 9^{1/2} %. Certes, des médecins ou des proches préfèrent une hospitalisation en soins généraux ; mais une prise en charge spécialisée en milieu psychiatrique est plus adéquate.

La cinquième cause est un regroupement de raisons diverses, repérées dans les services de médecine (6 %). La plupart des cas sont attribuables à une utilisation du milieu subaigu.

Une sixième cause relève d'un manque de lits disponibles, en EMS notamment : 5^{1/2} % des journées inappropriées sont dues à l'attente d'un lit qui puisse se libérer.

Les autres causes représentent de faibles pourcentages, sans être pour autant négligeables : 3 % viennent d'habitudes de routine des services de soins, 2^{1/2} % de rendez-vous non respectés ou inadéquats au sein de l'hôpital, 1^{1/2} % de soins inadaptés aux besoins des patients, ou encore d'une organisation inefficace (1^{1/2} %) ; ensemble ces quatre causes dénombrent 8^{1/2} % des journées inappropriées, tandis que 7 % environ sont regroupées dans un solde « divers » et sont attribuables aux services de chirurgie et d'orthopédie, etc. La part relevant de « problèmes sociaux » est infime.

Plus de la moitié (53 %) des journées dites inappropriées résultent du maintien de malades en milieu de soins aigus, alors que leur état de santé et les soins qu'ils requièrent devraient induire un transfert : gériatrie, (gériatrio)-psychiatrie ou EMS (1^{ère}, 4^e et 6^e causes). Il s'agit en fait de journées certes inappropriées dans un service pour malades aigus, mais cependant nécessaires dans d'autres milieux et services plus appropriés, dont une part pourrait se situer dans le même hôpital, à un coût inférieur. Le manque de lits à l'extérieur de l'hôpital est un aspect que l'organe de planification doit examiner par l'observation des lits d'EMS vacants. Il vaut mieux garder quelques jours de plus un malade à l'hôpital, en gériatrie, plutôt que de surdimensionner la capacité réceptive des établissements pour personnes âgées ; en effet, les « lits vides » ont un coût ou, pire, incitent à des placements de personnes qui peuvent rester à domicile. Cette sollicitation envers des personnes inscrites sur des listes d'attente, « au cas où », vise à abaisser le coût moyen par journée : occupé à 95 % ou à 100 %, le personnel nécessaire dans un EMS est le même. Mais une surcapacité induit des admissions inutiles et les séjours pèsent d'un coût supplémentaire auprès des ménages, des assurances et des pouvoirs publics.

Avec (9^{1/2} %) des journées relevant d'hospitalisations en psychiatrie, les journées qui auraient dû donner lieu à des transferts représentent près de 3/5 du total (58^{1/2} %), peut-être plus même, puisque la rubrique « divers » ne permet pas de ventiler les causes.

Un tiers des journées inappropriées (33 %) peuvent être « économisées » (causes, 2, 3, 7, 8 et 10), pratiquement sans coût lié aux soins d'une autre

institution. 1^{1/2} % figure sous « soins non adaptés aux besoins du patient ». Il s'agit notamment de personnes en fin de vie ou de cas de SIDA, qui devraient être hospitalisés dans une unité de soins palliatifs ou une institution spécialisée. Mais de tels services n'étant pas disponibles dans la région — ou d'autres motifs qualitatifs intervenant — ces personnes sont maintenues à l'hôpital.

Il demeure qu'une meilleure organisation interne de l'hôpital et une amélioration de la coordination au sein du réseau permettront — en plus de l'effort réalisé avec l'introduction du forfait par sortie — de diminuer encore de manière nette le nombre de journées d'hospitalisation en soins aigus.

Par journée, le coût est faible pour certaines causes; il est pratiquement aussi élevé que la moyenne journalière pour d'autres causes. En conséquence, les propos qui précèdent signifient que le nombre des journées d'hospitalisation en services de soins aigus doit encore diminuer; que l'observation des listes d'attente et des lits vacants des EMS est une tâche du Service de la santé publique; que des transferts pour suite de traitement doivent avoir lieu dans un hôpital ou dans une institution en réseau avec l'hôpital; que des services de réadaptation adéquats doivent assurer, de manière appropriée, le transfert en EMS ou le retour à domicile, dans les meilleures conditions possibles, avec ou sans recours aux services ambulatoires de soins à domicile.

Cependant, des transferts dans des établissements insuffisamment dotés en personnel compétent, ou surchargé, voire inapproprié, peuvent induire des réhospitalisations, créer des difficultés (angoisse des patients et/ou de l'entourage, escarres, etc.). Des soins, qu'une courte attente aurait pu éviter, peuvent coûter cher sur le plan humain et sur le plan des tâches nécessaires, suite à une décision trop rapide et ne prenant pas en compte l'ensemble des critères de choix.

En bref, un projet thérapeutique accompagnant la personne est indispensable, pour prendre en charge de façon humaine et économe le transfert dans un autre service ou institution, ou dans le milieu de vie habituel.

Voilà qui souligne à la fois combien des économies de journées sont largement possibles en milieu aigu et combien les transferts, la réadaptation et la préparation à un placement ou au retour à domicile, requièrent une organisation efficace, des choix judicieux et des nuances.

A titre indicatif, quelques propos d'un récent rapport vaudois complètent les remarques précédentes.

IX. 5 Les résultats du GHRV par cause

Un rapport sur les revues d'hospitalisation concernant l'ensemble des établissements du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) permet une comparaison³¹. La durée moyenne de séjour est de 6.4 jours, ce qui est bien inférieur à la durée des revues valaisannes. Cependant les causes relevant de journées qui auraient dû avoir lieu en hôpital psychiatrique ne sont pas recensées.

Pour l'année 1997, le taux global d'utilisation inappropriée est de 31.1 %. Ce qui est similaire aux revues valaisannes de 1998. Près du tiers (31.5 %) relève d'une attitude de prudence ; un quart au manque de niveau de soins adapté (24.8 %) ; un sixième (17.1 %) aux admissions inappropriées ; un quinzième (6.7 %) est dû au patient ou à la famille. Ainsi, quatre cinquièmes des causes sont regroupées dans quatre catégories. « La principale cause (...) identifiée au sein du GHRV est liée à des dysfonctionnements internes ». Mais « il se peut alors que le réseau existant ne soit pas capable de les absorber ». Les auteurs signalent ceci : « Il convient de rappeler que les résultats de cette revue sont corrélés à une situation idéale. Ce n'est donc pas parce qu'un certain nombre de journées inappropriées sont identifiées qu'il sera automatiquement possible de récupérer l'ensemble de ces journées. »

Les auteurs de l'étude du GHRV³² écrivent à propos des revues d'hospitalisation : « Les expériences précédentes nous ont non seulement montré que cette manière de pratiquer n'est pas utopique, mais encore qu'elle a un effet direct qui se traduit par un changement de la pratique hospitalière et sociale pendant la conduite de la revue elle-même, permettant ainsi une accélération de la prise en charge des patients et, par conséquent, une diminution des journées inappropriées de la durée moyenne de séjour ».

Dans le canton du Jura, une première revue a permis une réelle prise de conscience ; aussitôt les résultats connus, le nombre de journées inappropriées a baissé de façon sensible.

En Valais, la diminution du nombre de journées va certainement se poursuivre.

Après l'examen des effets de l'introduction des forfaits par sortie et service, puis des résultats des revues d'hospitalisation, examinons des perspectives démographiques et des tendances lourdes qui — pour partie — conditionnent l'évolution future.

³¹ Dr M. Sidler, I. Schick, *Rapport final des revues simultanées d'hospitalisation*, juillet 1998, Prilly.

³² La Tribune du GHRV, No 36, août 1998.

Perspectives démographiques et tendances lourdes conditionnant l'évolution future

Le futur ne sera pas un simple prolongement du passé et du présent. Cependant quelques tendances sont certaines, dans leurs ordres de grandeur et à des horizons plus ou moins éloignés ; elles conditionnent en partie l'évolution à venir. D'autres sont difficilement repérables aujourd'hui. Considérons celles qui peuvent être appréhendées ou supputées.

X. 1 La prospective

La prospective est à la fois une recherche et un art ; elle tend à cerner les tendances qui conditionnent l'évolution et à faire converger le probable, le possible et le souhaitable.

Parmi les *tendances probables, calculables avec un degré acceptable d'incertitude*, figurent l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées, où l'horizon 2050 peut être retenu ; probable aussi, d'ici 2020 voire 2030, l'évolution de la population dans son ensemble ; toutefois la fécondité — qui depuis 1975 est trop basse en Suisse pour remplacer à terme les générations — peut rejoindre le niveau de remplacement, ou au contraire baisser encore, accentuant ainsi le vieillissement de la population (augmentation proportionnelle des groupes âgé et très âgé). Les migrations ont fluctué de manière ample dans le passé. La Suisse, alors très pauvre, a longtemps connu l'émigration : mercenaires au service de rois et princes étrangers, départs massifs durant les disettes et les graves récessions du XIXe siècle ; et, après la Deuxième Guerre mondiale, afflux de migrants jeunes durant « les trente glorieuses » — années de 1945 à 1974. La Suisse connaît en outre des migrations internes entre cantons ; Genève par exemple a connu d'importants flux migratoires de Suisses venant s'y installer ; au contraire, le Valais a enregistré des flux d'émigration vers d'autres cantons. D'ici quelques décennies, si le vieillissement démographique s'accroît et que les jeunes actifs deviennent beaucoup moins nombreux que les actifs âgés, et si de plus la population vient à diminuer, il n'est pas exclu que reprenne un certain degré d'immigration.

Le possible est dans la capacité de financer les investissements et les besoins futurs ; or en matière de santé, ceux-ci sont presque illimités ; aussi convient-il de maîtriser les coûts — ce qui ne signifie pas bloquer les montants au niveau actuel, mais piloter l'évolution. Dès aujourd'hui, des mesures visant une allocation judicieuse des ressources s'imposent, sinon les coûts ne seront plus supportables. En simplifiant, *il s'agit de rationaliser, si l'on veut éviter de rationner les prestations.*

Le souhaitable est évidemment pluriel, car la nature humaine est diverse et les options multiples. Cependant le droit aux soins est une valeur fondamentale, qu'il faut inclure dans les réflexions et les choix futurs ; ce droit préside au large

accès aux soins et aux prestations, sans exclusion par l'argent ou tout autre facteur ou appartenance. Les valeurs qui ont permis le développement économique en respectant l'environnement, de mettre en vigueur l'AVS en 1948 puis de construire graduellement un système de sécurité sociale, sont maintenant ancrées dans notre société démocratique. Ces valeurs perdureront et continueront de fonder le système de santé helvétique, l'un des plus performants au monde et si bienvenu pour maintenir un bon état de santé des habitants.

X. 2 Perspectives d'allongement de la durée moyenne de vie

La durée moyenne de vie continuera de s'allonger. Les tables prospectives établies pour la Suisse d'ici 2050 postulent, pour le scénario « tendance » jugé plausible, une augmentation de 74.2 ans autour de 1990 à 81.0 ans pour le sexe masculin, soit près de sept années supplémentaires, et de 81.1 ans pour le sexe féminin à 86.6 ans, soit 5¹/₂ années de plus. Or cet allongement de l'espérance de vie à la naissance résulte essentiellement déjà pour les femmes, puis désormais pour les hommes, du recul de la mortalité aux âges élevés, au-delà de la période d'activité professionnelle. Ainsi la durée moyenne de vie au-delà de 65 ans, pour celles et ceux qui ont atteint cet âge, progressera de 5¹/₂ ans chez les hommes, s'élevant de 15¹/₂ à 21 ans ; les femmes bénéficieront de 5 ans supplémentaires, leur espérance passant d'environ 20 à 25 ans.

Tableau No X. 1

Espérances de vie à la naissance, à 65 et à 80 ans autour de 1990 et perspectives pour 2020 et 2050 (scénario « tendance » de l'Office fédéral de la statistique)

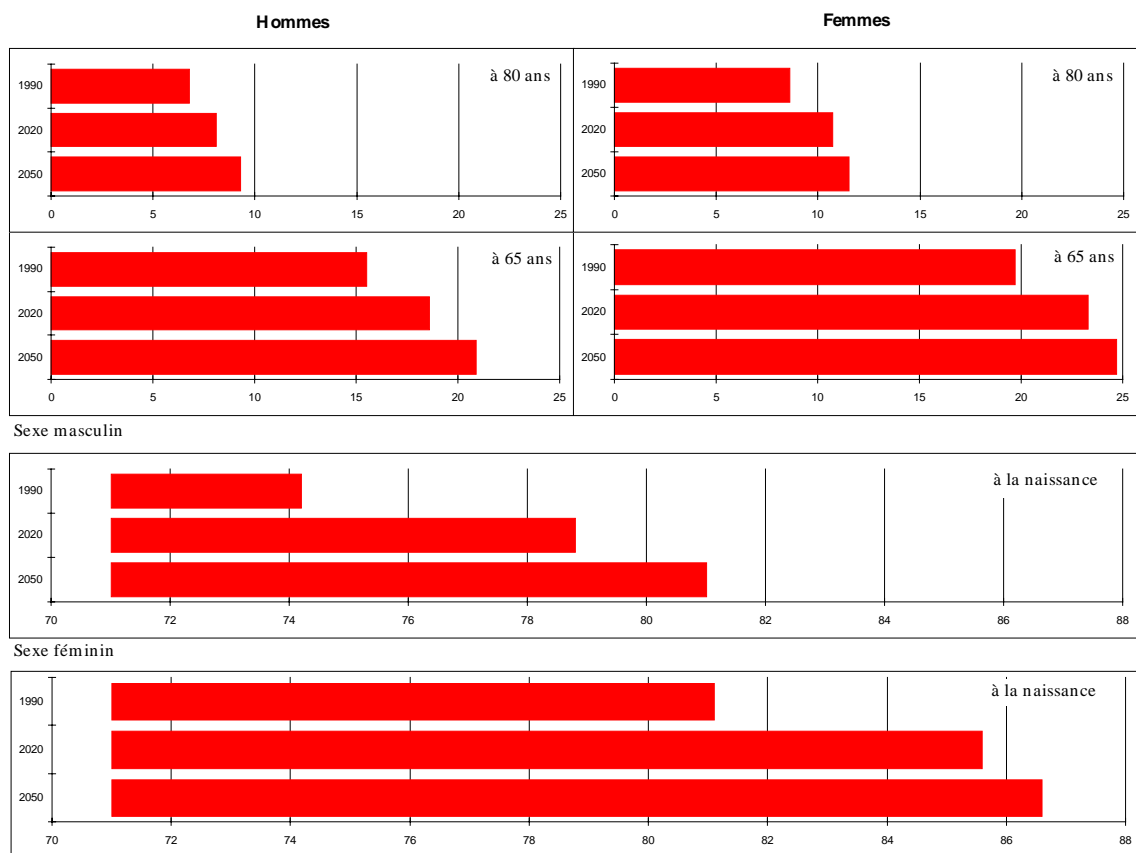
Espérances de vie	1988-93	2020	2050	Augmentation
<i>Sexe masculin</i>				
à la naissance	74.2	78.8	81.0	6.8
à 65 ans	15.5	18.6	20.9	5.4
à 80 ans	6.8	8.1	9.3	2.5
<i>Sexe féminin</i>				
à la naissance	81.1	85.6	86.6	5.5
à 65 ans	19.7	23.3	24.7	5.0
à 80 ans	8.6	10.7	11.5	2.9

Source : d'après l'Office fédéral de la statistique, op. cit., Berne 1996.

Figure No X.1

Espérances de vie à la naissance, à 65 ans et à 80 ans, table de 1988 - 1993 et vers 2020 et 2050

Perspectives démographiques et tendances lourdes conditionnant l'évolution future



Les tables élaborées dans d'autres pays parviennent à des résultats proches des perspectives retenues par l'Office fédéral de la statistique, dans le scénario jugé plausible à l'horizon 2020.

X. 3 Perspectives démographiques

L'établissement de perspectives de population est complexe. La difficulté est accrue lorsque la dimension démographique est restreinte, comme c'est le cas du canton du Valais (3.6 % de la population résidante lors du recensement fédéral en 1990, 3.8 % de la population résidante permanente le 31.12.1996). En effet, de nombreux phénomènes interviennent dans la formulation des hypothèses : fécondité, mortalité, migrations, facteurs économiques et sociaux. Le scénario « tendance » est retenu par l'Office fédéral de la statistique comme référence plausible pour la Suisse d'ici 2050. La population résidante permanente en Suisse est de 7.06 millions en 1995. Selon ce scénario, elle s'élèvera graduellement jusqu'à près de 7.6 millions vers 2030, pour diminuer ensuite et atteindre 7.3-7.4 millions en 2050. D'un peu plus d'un million en 1995, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans sera de 1.5 à 1.6 million en 2020 ; puis le nombre dépassera 1.8 million, voire atteindra peut-être 1.9 million en 2050³³.

Ainsi, les deux groupes d'âges augmenteront de près et d'un peu plus de moitié de 1995 à 2020. Et de 1995 à 2050, le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans croîtra de 3/4 tandis que le nombre du groupe âgé de plus de 80 ans se multipliera 2.6 fois.

Pour le Valais, aucune perspective n'a été établie ces quinze dernières années ; ce qui est étonnant. A titre indicatif sont esquissées des évolutions démographiques avec des hypothèses fortement simplifiées³⁴.

Si la croissance démographique ultérieure en Valais était similaire à celle de la Suisse, la population valaisanne n'augmenterait que de 7 à 8 % de 1995 à 2030. Cela n'est guère plausible, car la structure par âges est plus jeune et le taux naturel de croissance (taux brut de natalité moins taux brut de mortalité) est pratiquement le double du rythme helvétique ces dernières années. Il faudrait que la fécondité baisse encore et que le solde migratoire soit négatif (cf. hypothèse a).

Une forte croissance démographique (cf. hypothèse b) n'est guère plausible. Il faudrait en l'occurrence une nette reprise tant de la fécondité qu'un retour de l'immigration.

Les hypothèses c) et d) paraissent plausibles comme ordres de grandeur. Le rythme de croissance ralentit ; il demeure dans les deux cas supérieur au rythme helvétique. En c), la croissance est plus élevée que celle qui résulterait de la seule croissance naturelle ; une légère immigration s'ajouterait à celle-ci.

Tableau No X. 2

³³ Fourchette, pour montrer que, selon une variation de l'espérance de vie plus ou moins forte (cf. d'autres scénarios), le nombre sera probablement contenu entre deux.

³⁴ Par manque de temps, des hypothèses très simplifiées sont posées, afin de calculer quelques indicateurs pour le futur. Il importe que le canton du Valais mandate un institut afin d'élaborer des hypothèses adéquates et divers scénarios. Du temps et des consultations préalables sont néanmoins nécessaires.

Perspectives démographiques, canton du Valais d'ici 2030, et Suisse d'ici 2050. Populations résidentes permanentes et proportions de personnes âgées de plus de 65 ans et de plus de 80 ans

Années	1995	2010	2020	2030	2040	2050
Suisse, scénario « tendance » (OFS), milliers d'habitants						
Habitants (1000)	7060	7443	7553	7582	7491	7356
<i>Indices</i>	<i>100</i>	<i>105</i>	<i>107</i>	<i>107</i>	<i>106</i>	<i>104</i>
65 +, en %	14.8	17.4	20.5	23.7	24.9	24.8
80 +, en %	4.0	4.9	5.8	7.5	8.8	10.0
80 +/65 + en %	27	28	28	32	35	40
Perspectives démographiques, Valais						
Années	1995	2010	2020	2030	Augmentations nb. %	
Habitants (1000)						
a) rythme CH	270	285	289	290	20	7 ¹ / ₂ %
b) fort	270	313	329	346	76	28 %
c) moyen	270	304	320	330	60	22 %
d) faible	270	292	304	313	43	16 %
Hab. 65 et +	35.4	44.0	52.3	61.0	25.6	72 %
% 65 + c)	13.1	14.5	16.3	18.5	--	--
% 65 + d)	13.1	15.1	17.2	19.5	--	--

Suisse : scénario en 1995. Pourcentages calculés sur les nombres exacts des perspectives.
Valais : nombre réel de 1995.

Hypothèses

- a) Progression : en même proportion que l'évolution en Suisse : émigration et baisse de la fécondité.
- b) Par période et en moyenne annuelle : 1 %, 0.5 % et 0.5 % : continuation d'une immigration et hausse de la fécondité.
- c) Par période et en moyenne annuelle : 0.8 %, 0.5 %, 0.3 %.
- d) Par période et en moyenne annuelle : 0.5 %, 0.4 % et 0.3 %.

Figure No X.2

Perspectives démographiques, canton du Valais de 1995 à 2030, selon quatre variantes

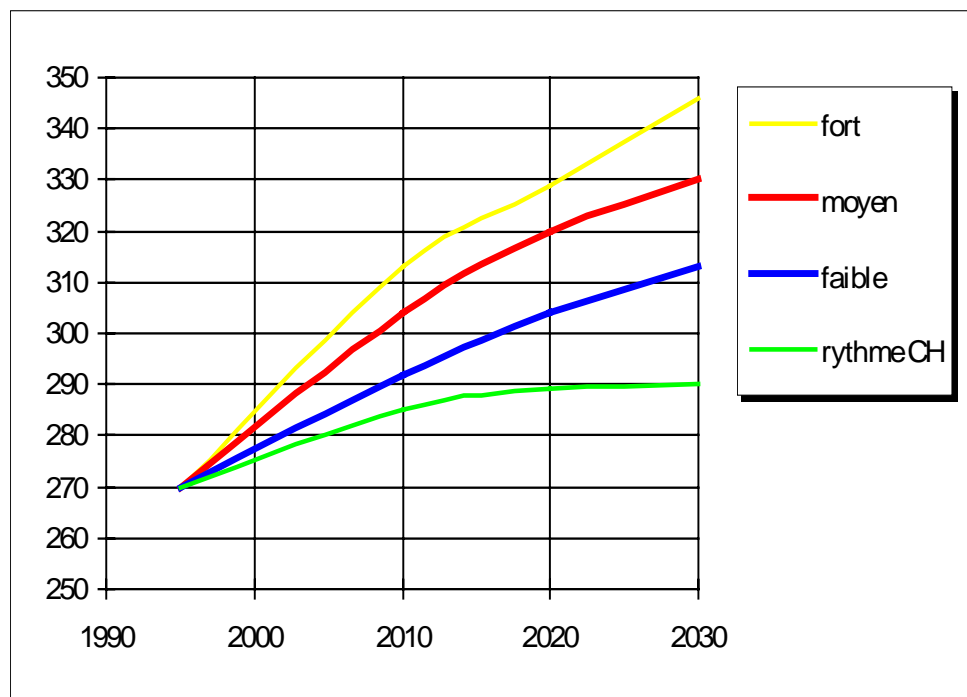
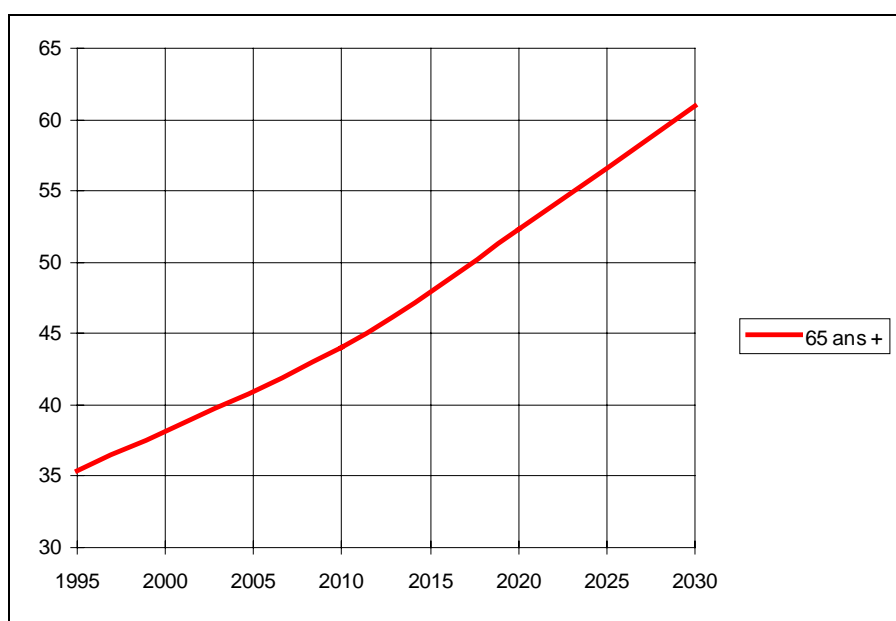


Figure No X.3

Perspectives démographiques, canton du Valais de 1995 à 2030. Nombre de personnes âgées de plus de 65 ans



En d), il s'agit à peu près de la différence entre natalité et mortalité. En 35 ans, le nombre de résidents permanents augmenterait d'environ un cinquième, passant de 270 mille environ à 320 mille habitants.

Par simplification également, l'augmentation de la population âgée de plus de 65 ans est calculée selon le rythme helvétique. De quelque 13 % en 1995, le degré de vieillissement s'élèverait à 19 % en 2030.

X. 4 Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population, ou vieillissement démographique, est défini comme l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans le temps, pour une société délimitée territorialement. Les perspectives démographiques pour le canton du Valais, comme pour la Suisse, ont manifestement la même tendance à un fort vieillissement démographique.

En effet, la durée de vie continuera de s'allonger et la fécondité restera probablement en deçà du remplacement des générations³⁵; la structure par âges va inéluctablement évoluer vers un vieillissement de la population : la proportion de personnes âgées va croître grandement. Si la perspective d'évolution globale du nombre de résidents permanents est grevée d'incertitudes, l'accroissement du nombre et de la proportion des habitants des classes d'âges élevés ne fait aucun doute. Or il s'agit de la population dont les besoins sont les plus importants en matière de santé publique.

Pour une population résidente en Suisse qui verra — selon toute probabilité — le nombre d'habitants s'élever faiblement, le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans va presque doubler de 1990 à 2050, et la proportion va passer de 15 % à 20 % en 2020 et 25 % en 2050 (un résident sur quatre).

Quant à la population très âgée, dépassant 80 ans, elle s'élève de 4 % en 1995 à 6 % en 2020, pour se situer à 10 % en 2050 : un habitant sur dix. De plus, un vieillissement dit secondaire va s'accroître : d'un peu plus d'un quart en début de période (27 %), la proportion du groupe très âgé au sein de la population âgée atteint un tiers (32 %) en 2030 et deux cinquièmes (40 %) en 2050.

Le degré de vieillissement s'accroîtra également pour le Valais ; il devrait toutefois rester quelque peu inférieur à la moyenne helvétique jusque vers 2020-2030. (Cf. *tableau IX. 2*).

En résumé : le canton du Valais, comme la Suisse, verra sa population fortement vieillir, tandis que se prononcera dès 2020 un vieillissement dit secondaire (rapport du groupe âgé de plus de 80 ans, relativement à la population de plus de 65 ans) : les générations nombreuses nées dès 1940 arriveront alors dans leur 80e année d'existence.

³⁵ Dans les conditions présentes, les générations se remplacent si le nombre de naissances est de 207 enfants pour 100 femmes en âge de procréation (analyse transversale ; taux net de reproduction de 1). Or le nombre d'enfants oscille en Suisse autour de 150 depuis 1975. Il est de 150 en 1996 (taux net de reproduction de 0.72). Pour la période 1989-1992, il était de 155 ; pour le Valais, le nombre était presque semblable : 161.

X. 5 Progrès de la médecine, vieillissement démographique et augmentation des besoins et des coûts en matière de santé publique

Les progrès de la médecine et des sciences qui l'accompagnent sont une certitude. Le coût unitaire de maintes prestations certes diminuera ; mais celles-ci s'étendront à une population potentiellement plus vaste. Les découvertes, si bienvenues pour développer l'efficacité et la qualité des soins, sont généralement onéreuses.

Mesuré à l'aune d'un « individu statistique », le coût des prestations ambulatoires et hospitalières croît plus l'âge avance. Il en va de même des dépenses par assuré des caisses-maladie. La courbe est exponentielle au-delà de 65 ans.

Certes, une part non négligeable des dépenses précède le décès : 15 % environ du coût par tête pour la dernière année de vie³⁶. Une amélioration de l'état de santé, à des âges donnés, est attendue à l'avenir ; il y aura probablement encore une « *compression de la morbidité* » ; c'est-à-dire qu'une partie des années supplémentaires de l'existence seraient vécues en bonne santé. Certains en concluent hâtivement que la « compression de la morbidité » sera telle, que toutes les années supplémentaires seraient vécues sans incapacité et que le vieillissement démographique aurait ainsi peu d'effets sur les besoins et les coûts. C'est oublier que les êtres humains sont mortels ! le moment de la mort peut être reculé, mais non aboli ! Et l'allongement de la durée de vie accroît également la durée potentielle d'exposition à la maladie. Si, au contraire, l'hypothèse de « *pandémie* » devait se réaliser — à savoir que les années supplémentaires de vie seraient vécues en mauvaise santé — alors les besoins à satisfaire deviendraient énormes. Plus vraisemblablement se vérifiera l'hypothèse dite d'« *équilibre* » — c'est-à-dire une amélioration de l'état de santé, mais avec des années supplémentaires d'existence en partie en bonne santé et en partie en mauvaise santé, voire en état d'incapacité.

En tout cas le nombre de décès va augmenter d'ici à 2020, puis s'accroître avec l'arrivée au très grand âge des générations nombreuses nées après 1940. Cette seule perspective — certaine — signale qu'il est préférable de ne pas se bercer d'illusions : le vieillissement démographique accroît potentiellement les besoins en matière de santé et de prestations. Il convient d'insister : la « demande » de soins croît avec l'avance en âge ; et les coûts sont fonction de l'âge, indépendamment de la forte augmentation statistique du coût des soins durant la dernière année de vie. Par ailleurs, la population âgée en Suisse va considérablement augmenter (*cf. perspectives démographiques, tableau X. 2*).

Les progrès de la médecine sont considérés comme le facteur essentiel d'augmentation des coûts. Ces progrès s'appliquent à toute la population. Il serait grave de limiter les prestations de soins au-delà d'un certain âge. Or le

³⁶ Cf. Lalive d'Épinay, citant St. Felder et P. Zweifel : *Ökonomische Analyse des Alterungsprozess*, Bern, Haupt Verlag, 1996. Voir la fiche documentaire No 5, décembre 97-janvier 98 du Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève. Nous ne partageons nullement l'optimisme des auteurs !

vieillesse de la population et les progrès médicaux, ainsi que l'amélioration de l'encadrement en personnel et l'accompagnement des mourants, sont à l'image de cercles qui se recouvrent partiellement. Les personnes âgées et les vieillards bénéficient — tout comme les jeunes et les adultes — des progrès et des améliorations qualitatives. Dans la mise en évidence des causes d'augmentation des coûts du système de santé, d'aucuns — qui calculent avec des équations mais sans réfléchir — séparent progrès techniques, qualité des prestations de soins et vieillissement démographique. Or ces aspects sont étroitement interdépendants. Affirmer que le vieillissement de la population n'a « aucun effet » (sic³⁷) — ou peu — sur les coûts est absurde ; car il faudrait admettre que les bénéfices des progrès ne concernent pas les générations les plus âgées. Environ la moitié des dépenses du système de santé est affectée aux soins de personnes de plus de 65 ans. En effet, les habitants de plus de 65 ans consultent deux fois plus que la moyenne helvétique. Les médecins praticiens savent combien les personnes âgées recourent à leurs prestations. L'amélioration de l'état de santé et la compression attendue de la morbidité à divers âges n'empêcheront ni les maladies dégénératives, ni la dépendance accrue statistiquement avec l'avance en âge, ni la mort. Nier les effets du vieillissement sur les besoins en matière de soins est irresponsable et fait courir le risque grave de rationner les prestations auprès des personnes âgées.

X. 6 Perspectives du nombre de médecins installés en libre pratique, Suisse et canton du Valais 2010-2020

Les perspectives établies pour la Suisse sont récapitulées. Puis des estimations sont présentées pour le canton du Valais.

a) Perspectives pour la Suisse

Les perspectives établies pour la Suisse³⁸ se fondent sur l'année 1990, qui dénombre 10 400 médecins libres praticiens. Le nombre pour la perspective est ramené à 9900 afin de tenir compte de médecins dont l'activité est réduite. De 1990 à 2005, l'évolution est pratiquement la même, quelle que soit l'hypothèse du nombre d'étudiants débutants ; en effet, la durée de formation, de la première année d'étude à l'installation en pratique privée, est d'une quinzaine d'années en moyenne. Ce n'est qu'au-delà de 15 ans qu'un *numerus clausus*, s'il est instauré, aura une incidence sur l'effectif des médecins praticiens. La perspective pour 2005 est de l'ordre de 15 400 médecins en libre pratique, installés sur l'ensemble helvétique. Cet effectif sera atteint, le nombre actuel de praticiens étant déjà de 12 700 en 1996 (12 200 avec un ajustement similaire à celui de 1990 pour l'établissement des perspectives), tandis que le nombre d'étudiants réussissant leur premier examen propédeutique est semblable pratiquement de 1990 à 1996. Pour 2020, la variante jugée

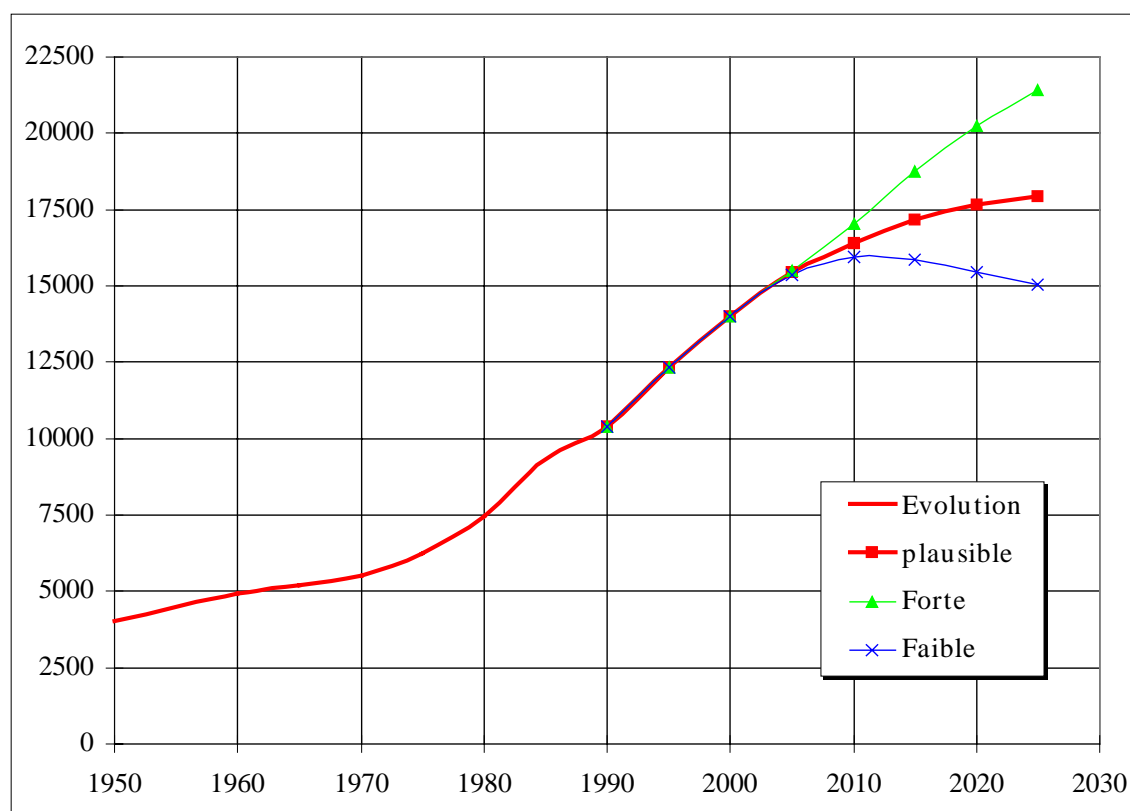
³⁷ « Kein Einfluss... ».

³⁸ Gilliland et al., *Démographie médicale en Suisse, 1900-1990-2020*, Réalités sociales, Lausanne 1991.

plausible était de 18 000 médecins en libre pratique. Elle reste vraisemblable, même si un numerus clausus entre en vigueur.

Figure No X.4

Evolution du nombre de médecins installés en pratique privée en Suisse, de 1950 à 1995. Perspectives de 1995 à 2025



b) Perspectives pour le canton du Valais

En revanche, il est difficile d'établir des perspectives pour un seul canton, car les médecins sont libres de s'installer où ils le souhaitent. Elles le sont d'autant plus pour un canton dont le nombre d'habitants est restreint. Aussi trois variantes sont-elles proposées :

- a) augmentation proportionnelle pratiquement semblable à celle de la variante plausible pour la Suisse ;
- b) évolution proportionnelle similaire à la variante moyenne pour la Suisse ;
- c) « rattrapage », évolution plus rapide dans le canton du Valais.

C'est la variante b) qui semble la plus vraisemblable, même si les résultats sont à considérer avec circonspection.

Figure No X.5

Evolution du nombre de médecins installés en pratique privée en Valais, de 1950 à 1995. Perspectives de 1995 à 2020

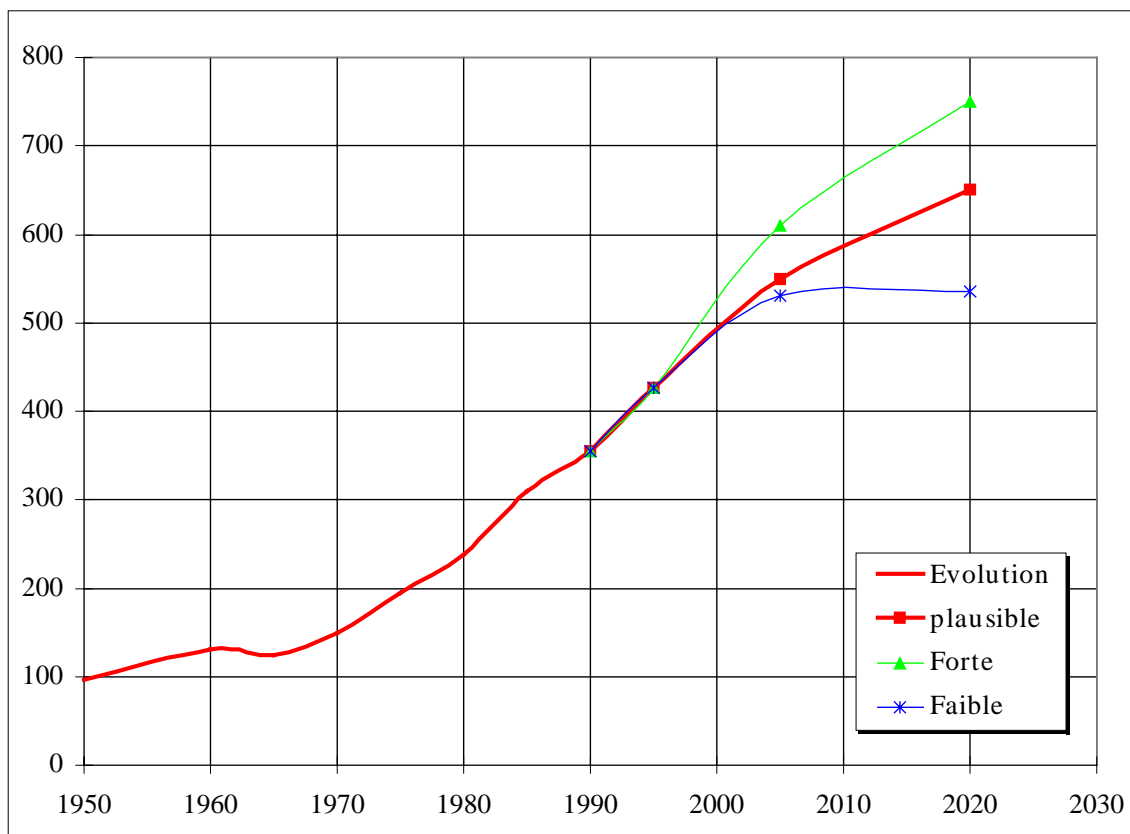


Tableau No X. 3

Perspectives du nombre de médecins libres praticiens et densités¹, en Suisse et dans le canton du Valais vers 2005 et 2020

Variantes	faible			plausible		forte	
	1990	2005	2020	2005	2020	2005	2020
Suisse							
Milliers	9.9	15.4	15.5	15.4	17.7	15.5	20.2
Indices	100	156	157	156	179	157	204
Densités	147	208	205	208	234	210	267
Indices	100	141	139	141	159	143	182
Hab./Méd. ²	680	480	490	480	430	475	375
Canton du Valais							
Nombres	345 ³	530	535	550	650	610	750
Indices	100	154	155	159	188	177	217
Densités	138	182	167	189	203	210	234
Indices	100	132	121	137	147	152	170
Hab./Méd. ²	725	550	600	530	490	475	430

¹ Densités : calculées avec les effectifs de la population résidente permanente (moins nombreuse que la population résidente totale). Densité 1990 : Suisse = 147 praticiens pour 100 000 habitants, ou un médecin praticien pour 680 habitants. Valais : 138, ou un médecin pour 725 habitants.

² Densités arrondies pour le rapport du nombre d'habitants par médecin praticien.

³ En Valais, le nombre de médecins en pratique privée est de 355 en 1990. Par analogie au nombre de la perspective pour la Suisse, le nombre est ramené à 345, afin de tenir compte de médecins qui ne pratiquent que fort partiellement leur art.

Pour la Suisse, la variante plausible conduit à une densité passant d'un libre praticien pour 680 résidents en 1990 à un pour 430 en 2020.

Pour le canton du Valais, les variantes moyenne et forte sont plausibles. La variante faible ne l'est pas, car l'hypothèse helvétique est basse et peu crédible, et pour le Valais une régression de la densité serait enregistrée après 2005. L'hypothèse forte verrait le nombre de médecins praticiens se multiplier 2.2 fois en 35 ans, mais la densité en 2020 serait équivalente à la variante plausible pour la Suisse ; un « rattrapage » est envisageable, mettant le Valais au niveau de la moyenne helvétique plausible ; en effet, une saturation commence d'être manifeste dans les grandes villes et certains cantons, notamment ceux qui disposent d'une faculté complète de médecine et d'hôpitaux universitaires. Néanmoins, la variante moyenne paraît vraisemblable, ou peut-être une perspective entre les variantes moyenne et forte. Le canton du Valais, qui dénombre 345 (355) médecins en libre pratique en 1990 et 415 (426) en 1995, verra probablement le nombre de praticiens s'élever à environ 550-580 vers 2005 et autour de 700 vers 2020.

Il paraît plausible que l'on dénombre vers 2005 un médecin pour environ 510 résidents dans le canton du Valais (480 pour la Suisse) et un pour environ 460 vers 2020 (430 pour la Suisse).

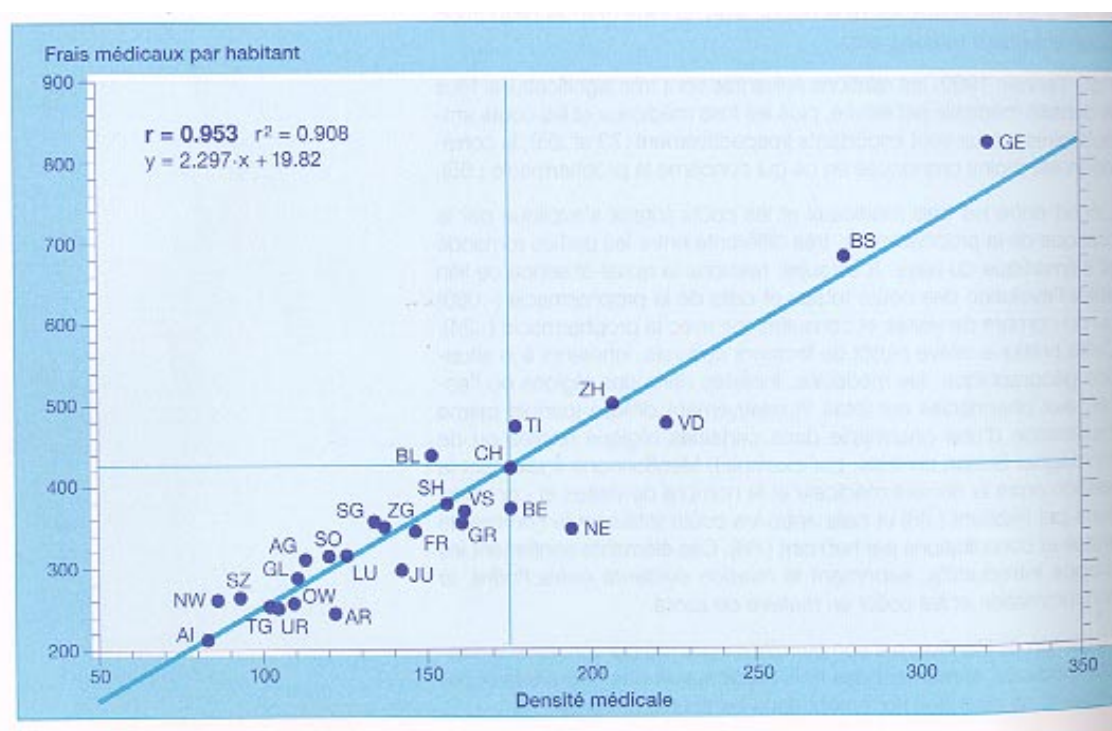
En tout cas, le Valais doit s'attendre à un fort accroissement du nombre et de la densité de médecins installés en libre pratique sur son territoire d'ici 2020.

X. 7 Démographie médicale et coûts

Le nombre de médecins installés en libre pratique va donc grandement s'accroître. Actuellement, plus la densité médicale est forte, et plus le coût de la médecine ambulatoire est élevé. Aussi existe-t-il un risque d'augmentation surproportionnelle des dépenses de consultations auprès des praticiens et donc des primes de l'assurance-maladie. Pourtant il convient de rappeler que « la corrélation n'est pas la causalité ». Maints autres facteurs interviennent dans le phénomène de consommation médicale.

Figure No X.6

Densité de médecins praticiens et frais médicaux par habitant. Secteur ambulatoire en 1992



Source: *Le système de santé genevois*, Gilliland, DASS, Genève, décembre 1996

N.B. La corrélation pour l'année 1996 est semblable; le coefficient est supérieur à $r = 0,9$. A paraître dans un ouvrage en préparation.

Toutefois, une féminisation de la profession médicale va se prononcer grandement, et les comportements se modifieront encore à l'avenir. Le « temps » d'activité réelle n'augmentera en tout cas pas en proportion des nombres des perspectives de démographie médicale.

X. 8 Exigences qualitatives et besoins en personnel

Les exigences qualitatives des patients et des professionnels du système de santé tendent à augmenter. Il s'agit d'une tendance humaine compréhensible, qui résulte des progrès de la médecine et de la croissance des moyens économiques.

La durée de l'activité professionnelle, mesurée en temps d'une vie, en heures par année, par mois ou par semaine, diminue en tendance séculaire. Une baisse est attendue encore. Ce progrès social cependant augmente — toutes autres choses égales — les besoins en « ressources humaines », dans un domaine où la satisfaction des besoins relève d'une activité de personne à personne, de soignant à soigné. En effet, la diminution du temps de travail, à volume semblable et qualité égale de prestations, requiert des effectifs supplémentaires.

Les effets financiers de ces tendances se manifesteront graduellement, selon toute vraisemblance. Et même une diminution est possible, voire probable durant une période, car le nombre des journées d'hospitalisation va baisser.

X. 9 De l'hospitalier vers le médico-social

Cette expression est un raccourci pour signifier une tendance qui s'affirme depuis une dizaine, voire une quinzaine d'années. La planification sanitaire et hospitalière doit renforcer cette orientation. La trop grande disponibilité en lits hospitaliers concourt sinon à surhospitaliser, en tout cas à ne pas fournir les efforts nécessaires pour diminuer les durées de séjour et en conséquence les coûts. Cela entraîne par répercussion une augmentation des primes de l'assurance-maladie et de la contribution financière des pouvoirs publics. Une surcapacité en homes et foyers induit — on l'a constaté en plusieurs régions — des placements qui pourraient être évités ou différés (même, il y a des incitations à l'institutionnalisation de la part d'administrateurs soucieux d'atteindre des taux d'occupation plus élevés — « horreur du vide » !). La gestion institutionnelle risque ainsi de prendre le pas sur l'adéquation des services et des prestations, ainsi que sur l'économie sociale.

Les anciens asiles — nombreux il y a encore 25 ans — ont disparu. Les homes se sont médicalisés ; ceux qui ont été érigés ces dernières années ont été conçus comme des établissements médico-sociaux (EMS). Cela a permis un « transfert » de journées d'hospitalisation vers les EMS. Les services d'aide et de soins à domicile ont été renforcés. Ils ont permis de limiter, différer ou raccourcir des hospitalisations ou des placements. Dans des cantons où le développement de ces services ambulatoires médico-sociaux a bénéficié de moyens supplémentaires — et, avec la pression des coûts, grâce à une gestion plus efficace des établissements hospitaliers —, le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de façon sensible, et le nombre des lits occupés dans les EMS a régressé (temporairement, car le vieillissement démographique accroît potentiellement les besoins).

Au sein des hôpitaux, le nombre de lits pour soins aigus reste trop élevé. Un glissement de l'hospitalier aigu vers la gériatrie et le maintien à domicile — qui a déjà eu lieu — doit être poursuivi. Avec un vieillissement accru de la population et un nombre croissant à l'avenir de médecins praticiens, qui solliciteront les services d'aide et de soins à domicile, il importe de planifier le réseau sanitaire en encourageant ce transfert de l'hospitalier vers le médico-social.

X. 10 Promotion de la santé et prévention

La promotion de la santé vise à favoriser la sauvegarde et le maintien de la santé des individus et des groupes sociaux qui composent la société. Pour cela, elle prend en compte les comportements et la représentation sociale de la santé des individus, des moyens de sauvegarder ou de recouvrer la santé. Elle évite ainsi les coûts que représente le rétablissement d'une santé altérée ou perdue. Toute dépense en faveur de la promotion de la santé est de fait un investissement. Celui-ci comprend les actions de médecine sociale et préventive, d'éducation à la santé dans les écoles, de prévention des accidents, de vaccinations ou encore de prévention primaire des risques et des maladies.

La qualité de ces investissements n'est souvent pas perçue immédiatement. Un seul cas de sida évité, un seul cas d'invalidité écarté, représente des sommes très importantes qui ne vont pas charger les assurances sociales et les ressources des familles.

Par ailleurs, *une dimension éthique est essentielle* : maintenir ou recouvrer un bon état de santé relève de valeurs. Il importe de le souligner : mieux vaut prévenir que guérir, selon l'adage. Valeur éthique, car la prévention — si elle évite des maux — a un coût ; souvent, elle ne fait que repousser la survenance de la maladie ou de l'impotence. Et l'allongement de la durée de vie que suppose la promotion de la santé induit des coûts dans le système de santé et pour la protection sociale. C'est là une problématique de civilisation et de qualité de la vie humaine.

X. 11 Besoins en lits des hôpitaux de soins aigus

En tendance longue, l'indicateur du nombre des lits par millier d'habitants a baissé sensiblement. En psychiatrie, les progrès médicaux et pharmaceutiques ont permis une réduction très forte dès les années 70. En soins généraux, la diminution a été nette ces dernières années, accélérée par la pression des coûts et la mise en vigueur de la LAMal.

Cette tendance à la baisse se poursuivra pour les soins généraux. En effet, les revues d'hospitalisation dégagent une proportion de journées dites inappropriées de l'ordre d'un tiers ; la marge de diminution du nombre de journées est donc forte ; la médicalisation des homes permettra encore de faire reculer le nombre des hospitalisations de long séjour dans les services de soins aigus ; la chirurgie ambulatoire se développe et va contribuer à élargir la gamme des prestations dites semi-hospitalières ; des institutions de jour ou de

nuit, des services d'aide et de soins à domicile, permettent d'éviter, de raccourcir ou de différer des séjours hospitaliers ou d'hébergement médico-social. Déjà plusieurs pays dénombrent près de 3 lits, voire moins, par millier d'habitants pour les hôpitaux de soins généraux. Des cantons planifient à ce niveau d'ici 10-20 ans. Pratiquement, le Valais a déjà atteint ce standard.

Le Valais peut encore abaisser le nombre des lits aigus en soins généraux, dans le prolongement de ces dernières années. Des pays sont déjà à 2.5 lits, même à 2 lits par millier d'habitants pour les soins généraux aigus.

X. 12 Besoins en lits de long séjour

En Valais, l'indicateur des lits concernant les homes médicalisés et les foyers en 1997 est d'environ 6 lits pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans. Le taux progresse très rapidement avec l'avance en âge.

L'indicateur pour l'ensemble helvétique est de l'ordre de 8 %. Les cantons qui ont connu un important développement des services de maintien à domicile ont pu abaisser le nombre des lits occupés en EMS et foyers. Actuellement, l'indicateur est également de l'ordre de 6 lits pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans dans les cantons de Genève et Vaud, comme en Valais.

Certains cantons postulent à l'avenir un indicateur de 4.5 ou 5 lits pour 100 habitants de plus de 65 ans. Ils estiment que l'état de santé de la population âgée va s'améliorer ; en outre, les services de maintien des personnes âgées malades dans leur milieu de vie habituel — quand les conditions le permettent et lorsque les personnes le souhaitent — font reculer l'âge d'admission en EMS ; d'ailleurs, les admissions causées par la pauvreté sont plus rares et le seront plus encore à l'avenir, avec l'amélioration des revenus des personnes âgées, plus fréquemment bénéficiaires d'une pension du deuxième pilier ; enfin, avec l'avance dans le temps, les personnes entrées valides et demeurant de longues années dans les foyers seront en nombre très faible, ce qui contribue à une forte diminution de la durée moyenne de séjour.

Avec une norme de 4.5 lits, le Valais disposerait de quelque 170 lits de trop en 2010 (compte non tenu de l'état des bâtiments et des équipements). Il faudrait en créer quelque 200 pour 2020.

Avec une norme de 5 lits, il y aurait lieu de créer l'équivalent d'une cinquantaine de lits d'ici 2010 pour atteindre 2600 lits en 2020. Il s'agit cependant d'être prudent ; le nombre des vieillards augmente fortement ; ce sont eux qui ont les plus grands besoins d'hébergement médico-social.

Avec 5.5 %, la capacité devrait être portée à environ 2850 lits et à environ 3100 lits pour 2020.

Le Service de la santé suivra avec attention l'évolution pour inciter des foyers à se transformer en EMS, afin de mettre à disposition de la population âgée des "structures intermédiaires", - ainsi des logements adaptés aux conditions de vie durant le grand âge -, et le cas échéant pour créer à temps des établissements supplémentaires, en tenant compte de la capacité d'accueil existante dans les districts.

X. 13 Évolution économique

De la fin de la Deuxième Guerre mondiale à aujourd'hui, le Produit intérieur brut (PIB) de la Suisse — c'est-à-dire la richesse produite, année après année — s'est multiplié 3.6 fois, en termes réels. Jamais l'on n'a autant inventé et innové qu'à l'heure présente. Malgré la stagnation économique de cette demi-décennie et les perturbations et les tensions qu'elle a engendrées, une croissance longue est attendue. En admettant une croissance faible de 1.0 % l'an, de manière continue, il faudrait 70 ans pour doubler le PIB ; au taux de 1.3 % l'an (le scénario IDAFISO 2 pour les assurances sociales a retenu ce taux de 1995 à 2010), il faudrait 56 à 57 ans ; et à 2 % l'an (divers pays proches postulent une croissance annuelle moyenne supérieure), le doublement s'effectuerait en 35 ans. Les moyens de satisfaire les besoins du domaine de la santé seront donc en principe disponibles.

X. 14 Indispensable maîtrise des coûts

La Suisse est l'un des pays les plus riches au monde actuellement, en retenant le critère du revenu moyen par habitant. Certes, une moyenne masque les disparités entre cantons et entre ménages. Il n'empêche : en comparaison internationale, la Suisse est prospère ; il y a lieu d'estimer qu'elle le restera. Néanmoins, les ressources restent rares et doivent être utilisées judicieusement. En utilisant une image, les points développés dans ce chapitre montrent que — toutes autres choses égales — « tous les ressorts sont en quelque sorte montés » pour augmenter les besoins (demande et offre), et en conséquence accroître les dépenses pour les satisfaire. Aussi la maîtrise des coûts s'avère-t-elle indispensable.

X 15. Le Centre hospitalier rhodanien. Exemple du "scénario tendance"

En séance le 25 août 1998, la commission chargée d'examiner les modèles possibles d'une collaboration future entre les hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny opte, à l'unanimité de ses membres, en faveur de la constitution d'un hôpital multisites. Les objectifs principaux de ce choix visent la qualité des prestations et la sécurité des patients.

Les coûts du système de santé pèsent lourdement sur les ménages et les pouvoirs publics. L'investissement que représente le financement des services de santé doit viser l'efficacité de l'organisation et l'efficacité des activités. La maîtrise des coûts figure également parmi les objectifs à atteindre.

Qualité et maîtrise des coûts ne sont pas antinomiques. Même, la contrainte budgétaire peut conduire à améliorer l'organisation, supprimer les doublés, mieux coordonner les activités des professionnels et des institutions du réseau, à harmoniser le développement ultérieur par une réflexion tenant compte des multiples aspects de la vie en société. D'ailleurs, le sens premier du mot économie est "ordre dans la maison" (oïkos, nomos).

Ainsi que le remarque une communication de l'OCDE portant sur l'analyse comparative de 29 pays⁷, l'état de santé des populations des pays membres s'améliore, tandis que plusieurs d'entre eux parviennent depuis quelques années à stabiliser leurs dépenses dans le domaine de la santé, relativement à leur produit intérieur brut. Même, "les efforts de maîtrise des coûts s'accompagnent d'un gain de qualité dans les soins".

La prévision est un exercice difficile. Les paramètres sont nombreux, les interrelations floues et grandes sont les incertitudes du lendemain. Par ailleurs des structures régionales différentes appellent des restructurations elles aussi différentes. La perspective de constituer un hôpital multisites entre Sierre, Sion et Martigny : *Le Centre hospitalier rhodanien* est donc un exemple parmi d'autres. Plusieurs répartitions des activités ont été examinées. Seul est présenté ici le "scénario tendance"; celui-ci repose sur l'hypothèse générale d'un aménagement au sein du Centre hospitalier rhodanien qui - pour les activités essentielles - maintient pratiquement la répartition actuelle des services, en tout cas sans changements notables. 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 permettent des économies 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.

⁷ Eco-Santé OCDE 98 : analyse comparative de 29 pays

Il n'y a certes pas de miracle à attendre. Toutefois, quelques pour cent d'économies, sur un montant de l'ordre de 180 millions, représentent des sommes aussitôt importantes.

Des hypothèses spécifiques ont été émises⁸. Le nombre des journées de malades a diminué de 25 % de 1990 à 1997. L'objectif opérationnel consiste à atteindre - dans les cinq ans et au plus tard à l'horizon 2005 - une nouvelle diminution de 25 % - base 1997 - d'une part en augmentant le nombre de prestations en "semi-hospitalisation", d'autre part en agissant pour limiter le nombre des journées inadéquates. Une baisse de 12 % environ est attendue en 1998; aussi l'objectif apparaît-il plausible. A titre indicatif sont reproduits ici le tableau avec plusieurs hypothèses d'évolution de l'hospitalisation en soins généraux aigus, de 1997 à l'horizon 2005, ainsi qu'une figure illustrant l'évolution réelle de 1990 à 1997, la prévision de 1998, et la perspective d'un "scénario tendance" jusqu'à 2005. De 3.4 lits par millier d'habitants en 1997, ce scénario postule une diminution à 2.45 lits en 2005 pour le secteur reconnu d'intérêt public (2.65 avec un établissement privé). *Cf lettre E du tableau No X.4*

La substitution de séjours hospitaliers par des hospitalisations de moins de 24 heures explique la baisse du nombre de sorties, mais contribue peu à la diminution du nombre de journées; celle-ci relève d'une meilleure organisation visant à réduire de moitié le nombre des journées inadéquates. Des adaptations sont nécessaires au fil du temps : diminution du nombre de lits (le taux d'occupation a déjà chuté de 10 points de % en 1998), transferts de patients dans des milieux appropriés, développement des services de maintien à domicile, etc...

Le mandat du département en vue de créer des hôpitaux multisites en Valais postule le maintien des postes de travail dans le domaine de la santé; en outre, les économies réalisées, grâce aux synergies qui résultent d'un hôpital multisites, sont à investir pour l'amélioration des équipements et l'extension des prestations. En conséquence, une partie des malades jusqu'ici hospitalisés en milieu universitaire hors du canton pourront l'être dans les établissements valaisans (*cf VII.6 : Flux d'hospitalisation*).

L'exemple illustratif du Centre hospitalier rhodanien est généralisable à l'ensemble du Valais.

Tableau No X.4

⁸ Les hypothèses sont dûment spécifiées dans le rapport préliminaire *Le Centre hospitalier rhodanien ; vers un hôpital multisites Sierre - Sion- Martigny*, daté du 8 septembre 1998

Indicateurs de 1997 et 1998 et quatre hypothèses à l'horizon 2005 (A, B, C, D) Scénario tendance (E)

Indicateurs Années	Lits		Sorties		Journées		Indices 1998 = 100	Durée Moyenne Jours	Malades Indices Moyenne par jour	Taux d' Occup. %	Population 1000 hab.	
	Nb	1000 hab. CHR	Nb	1000 hab. CHR +	Nb	1000 hab. CHR +					CHR	CHR +
1997	551	3.7	21.2	130	172.4	1058	113.4	8.1	472	85.7	150	163
1998 ²	540 ³	3.6	20.0	122	153.0	932	100.0	7.7	418	77.6	151	164
Ecart 97-98⁴	-11²	-0.1	-1.2	-8	-19.4	-126	-	-0.4	-54	-8.1 p	+1	-
en %²	-2.7	-3.0	-5.3	-6.2	-11.3	-11.9	-	-4.9	-11.2	-9.5	+0.7	-
2005 - A	460 ⁵	2.9	19.0 ⁴	110	142.8	830 ⁵	89.1	7.5	391	85%	158 ¹	172
2005 - B	438 ⁵	2.7	19.0 ⁴	110	135.9	790 ⁵	84.8	7.2	372	85%	158 ¹	172
2005 - C	411 ⁵	2.6	19.0 ⁴	110	127.3	740 ⁵	79.4	6.7	349	85%	158 ¹	172
2005 D	367 ⁵	2.3	19.0 ⁴	110	114.0	663 ⁵	71.7	6.0 ⁶	312	85%	158 ¹	172
2005 E	416⁵	2.6	19.0⁴	110	129.0	750	80.5	6.8	353	85%	158¹	172

Notes = hypothèses

NB : Nombres arrondis (certains calculs faits par chaînage)

¹ Population : Augmentation de 1000 habitants par année pour la région du Centre hospitalier rhodanien (CHR) Et CHR +, région élargie pour partie à la population de chacun des districts de Loèche et de St-Maurice. Sauf pour les indicateurs lits, où les effectifs des deux populations sont retenus, les autres indicateurs sont calculés avec les nombres d'habitants de CHR +

² Ligne 1998 et écarts 1997 - 1998, Nombres et % : selon l'observation des 6 premiers mois de 1998.

³ Hôpital de Sierre-Loèche : diminution de 140 à 129 lits.

⁴ Sorties : diminution de 1000, due à l'extension du "semi-hospitalier" (malgré un vieillissement démographique encore faible à l'horizon 2005).

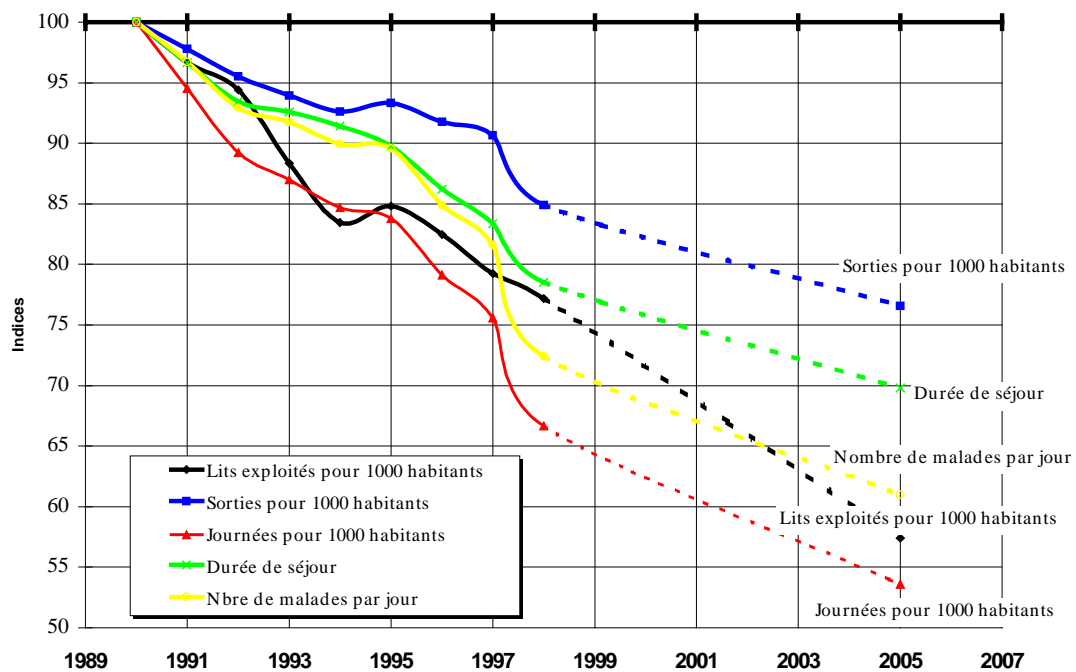
⁵ La diminution par hypothèse des journées dites inappropriées doit être calculée sur la base de la population et du taux de morbidité, et non d'après le nombre de journées. Elle est fixée à partir de 1998 (cf revues d'hospitalisation). Nombres arrondis à la dizaine.

⁶ La durée moyenne de séjour est déjà de 6.4 jours au GHRV en 1997.

⁷ Les indices des nombres de journées et du nombre moyen de malades par jour sont semblables.

⁸ Nombres calculés sur la base du nombre de malades en moyenne journalière, avec un taux d'occupation de 85 %.

Figure X.7
Évolution de quelques indicateurs (1990 = 100)
de 1990 à 1997, 1998 selon l'observation des six premiers mois,
et selon le scénario tendance à l'horizon 2005



En guise de conclusion

Les défis du système de santé relèvent de la médecine et des domaines de l'économie, de la sécurité sociale et de la gérontologie. Actuellement, la dispersion désordonnée des équipements, ainsi que des missions sanitaires insuffisamment définies et ciblées, conduisent la Suisse à des dépenses de 10.1 % du PIB en 1996, ou 12.2 % du revenu national ; la quote-part est de 13.9 % pour le Valais. Avec les mêmes montants, une meilleure organisation, un réseau d'institutions mieux coordonnées, une planification adéquate des services de soins, notamment en matière d'hospitalisation, il est possible de mieux servir la population, et en particulier les malades. La maîtrise des coûts du système de santé signifie non pas blocage, mais planification, coordination et suivi des investissements, efficience, et surtout sécurité et qualité des prestations.

Un « répit démographique » d'une quinzaine d'années est vraisemblable, d'ici que le vieillissement de la population accentue les besoins dans le domaine de la santé. Aussi convient-il dès aujourd'hui, raisonnablement, de mettre en place les instruments de maîtrise et d'amélioration du système de santé.

Puisse ce dossier être utile aux travaux de planification et de prospective du domaine de la santé.

GLOSSAIRE

BESA, degrés de dépendance : Système de classification des pensionnaires en EMS et calcul des coûts des soins et d'assistance (*cf VII.11*).

Corrélation : Liaison entre deux variables (par exemple : densité médicale et dépense pour des soins calculée par habitant). Le coefficient mesure l'intensité de la relation entre les deux variables; il est contenu entre + 1 et - 1 (liaison parfaite, positive ou négative); l'absence totale de liaison est caractérisée par 0 (la corrélation n'est pas la causalité - même si elle peut la suggérer).

Densité de médecins : Nombre de médecins installés en pratique privée (cabinet médical) une année civile, pour 100'000 habitants).

Densité de personnel : Nombre de personnes employées, équivalence en postes plein temps, dans un ou plusieurs hôpitaux (par type, ou institutions médico-sociales), relativement à la population, durant une année civile, ou relativement au nombre moyen de malades présents. Densité par catégorie de personnel (médecins, infirmières, etc..).

Durée de séjour : Nombre de jours décomptés (facturation) de l'admission à la sortie d'un malade (ou personne âgée, handicapée).

Espérance de vie : Durée moyenne de vie d'individus soumis aux conditions de mortalité par âge d'une époque définie (table de mortalité de à) durant toute leur existence : vie moyenne à la naissance, ou à partir d'un âge atteint (espérance de vie de 35 ans, 65 ans,).

Génération : Au sens démographique strict : ensemble de personnes nées une année donnée (cohorte).

Intervalle de non occupation : Durée - en jours - entre la sortie d'un malade (ou personne âgée, handicapée) et l'admission suivante (moyenne annuelle : nombre maximal de journées (lits x 365), moins journées décomptées, division par le nombre de sorties)

Journée dite inappropriée ou inadéquate : Journée d'hospitalisation non justifiée selon des critères explicites du point de vue médical : patient présent mais n'ayant pas besoin de soins médicaux ou dont les soins devraient - pourraient - être dispensés dans un autre environnement (gaspillage, entraînant des surcoûts). Le terme "inapproprié" découle d'un des premiers instruments utilisés pour décompter ces journées (Etats-Unis : Appropriateness Evaluation Pool).

Lits / population : Nombre de lits des hôpitaux (par type) et d'hébergement médico-social (personnes âgées, handicapées), par millier d'habitants, pour une année civile et un territoire délimité.

Malades en moyenne journalière : Nombre de personnes hospitalisées - ou hébergées - en moyenne par jour, durant une année civile (nombre de journées décomptées, division par 365), globalement ou par classe d'âges.

Montants en francs courants / constants : Sommes encaissées - dépensées (exploitation hospitalière, etc.) une année civile et pour un hôpital ou une institution (ou un ensemble pour un territoire délimité), exprimées en francs (ou une autre monnaie) en valeur nominale (courante, soit les montants figurant dans les comptes et budgets) ou en valeur constante (pouvoir d'achat : montant en valeur nominale, corrigé de l'inflation; par simplification, utilisation de l'indice général des prix à la consommation, relativement à la valeur une année définie).

Mortalité infantile : Proportion (o/oo) de décès d'enfants nés vivants durant la première année de leur existence (quotient entre 0 - naissance - et 1 an - 1er anniversaire).

Prime d'assurance-maladie : Montant mensuel ou annuel pour s'acquitter du paiement de l'assurance-maladie obligatoire. En Suisse, la prime pour adulte est la même quel que soit l'âge et le sexe, pour une caisse et une région définies.

Revue d'hospitalisation : Examen des séjours hospitaliers en vue de décompter des journées (dites inappropriées ou inadéquates) qui ne se justifient pas d'un point de vue médical ou qui ne requièrent pas des soins hospitaliers pour malades aigus. L'hypothèse sur laquelle repose une revue est qu'il y a une surutilisation des hôpitaux, faute d'incitatifs économiques ou par défaut d'organisation hospitalière.

Rotation des lits : Nombre de personnes admises durant une année civile dans un - des hôpitaux (institutions), relativement à un (cent) lit(s).

Taux d'élasticité : Rapport entre les taux annuels de variation de deux variables (par exemple dépenses du système de santé et PIB). Si le rapport est de 1, les taux croissent de façon identique; inférieur à 1, le taux au numérateur augmente moins que le taux au dénominateur; supérieur à 1, il croît plus rapidement.

Taux d'hospitalisation / d'hébergement : Nombre d'admissions (ou sorties) de personnes habitant un territoire délimité qui recourent à l'hôpital - à une institution, durant une année civile (par millier d'habitants, pour cent résidents de telle classe d'âges....).

Taux (dit) de morbidité : Nombre de journées par an et par habitant (ou 100 ...) d'hospitalisation, d'hébergement, globalement ou par classe d'âges.

Taux (brut) de natalité - de mortalité : Proportion (o/oo) de naissances - de décès durant une année civile, relativement à la population moyenne.

Taux d'occupation : Proportion des lits occupés par des malades (personnes âgées, handicapées), un jour donné ou en moyenne annuelle (journées décomptées / lits x 365).

Vieillesse démographique (ou de la population) : augmentation de la proportion des personnes âgées dans le temps, pour un territoire délimité (% au-delà de 60, 65 ans ...).

Se reporter aux pages suivantes : Définitions, modes de calculs.

Canton du Valais - Indicateurs hospitaliers et médico-sociaux Définitions / 1

Définitions	Aigus	Gériatrie	EMS	CMS	Remarques
Population	Population résidente permanente au 31 décembre, source: OFS	Population résidente permanente au 31 décembre, source: OFS	Population résidente permanente au 31 décembre, source: OFS	Population résidente permanente au 31 décembre, source: OFS	
Lits planifiés	Ensemble des lits communs et privés	Ensemble des lits communs et privés	lits publics		EMS sans les lits privés
Lits exploités	Ensemble des lits communs et privés	Ensemble des lits communs et privés	lits publics		EMS sans les lits privés
Lits pour 1000 habitants	Lits / Population *1000	Lits / Population *1000	Lits / Population *100		
Nombre de sorties	Total annuel des sorties des lits exploités selon statistiques Veska	Total annuel des sorties des lits exploités selon statistiques Veska	Total annuel des sorties des lits publics exploités		
Taux d'hospitalisation, de sorties	Sorties / population * 1000	Sorties / population * 1000	Sorties / population * 1000		
Nombre de patients			Total annuel des patients hébergés dans des lits publics exploités		
Nombre de cas				Total annuel des cas (traitements)	
Nombre de visites				Total annuel des visites effectuées	
Nbre de visites pour 1000 habitants				Visites / population * 1000	
Nombre d'heures					
Journées	Total annuel de journées des lits exploités selon statistiques Veska	Total annuel de journées des lits exploités selon statistiques Veska	Total annuel des journées dans des lits publics exploités		
Journées par an et par habitant	Journées / population	Journées / population	Journées / population		
Nombre de malades par jour	Journées / 365	Journées / 365	Journées / 365		
Taux d'occupation	Journées (Nbre de lits exploités * 365)	Journées (Nbre de lits exploités * 365)	Journées (Nbre de lits exploités * 365)		
Durée moyenne de séjour	Journées / Sorties	Journées / Sorties	Journées / Sorties		
Taux de rotation	Sorties / lits exploités * 100	Sorties / lits exploités * 100	Sorties / lits exploités * 100		
Intervalle de non occupation (j)	((365 * Nbre de lits exploités)-Journées) / sorties	((365 * Nbre de lits exploités)-Journées) / sorties	((365 * Nbre de lits exploités)-Journées) / sorties		

Définitions	Aigus	Gériatrie	EMS	CMS	Remarques
Coût total	Total des dépenses (y compris les privés et exploitations annexes)	Total des dépenses (y compris les privés et exploitations annexes)	Total des dépenses des établissements subventionnés	Total des dépenses des institutions subventionnés	sans les établissements privés
Masse salariale	Total annuel des salaires et des honoraires	Total annuel des salaires et des honoraires	Total annuel des salaires et des honoraires	Total annuel des salaires et des honoraires	
Autres coûts	Coût total - masse salariale	Coût total - masse salariale	Coût total - masse salariale	Coût total - masse salariale	
Coût par habitant	Coût / population	Coût / population	Coût / population	Coût / population	
Coût total par sortie	Coût / sortie	Coût / sortie	Coût / sortie		
Coût total par visite				Coût / visites	
Personnel	Total du personnel (y compris médecins chefs et personnel en formation)	Total du personnel (y compris médecins chefs et personnel en formation)			
Personnel par malade et par jour	Personnel / Nbre de malades par jour	Personnel / Nbre de malades par jour			
Personnel pour 1000 habitants	Personnel / population	Personnel / population			

Sources: Service de la santé publique (VB), mode de calcul, utilisation pour les statistiques annuelles

Table des matières

Avant-Propos	p. 3
Chapitre I Présentation du dossier	p. 7
Chapitre II Repères historiques Mise en place du réseau hospitalier en Valais	p. 11
Chapitre III Santé publique et planification	p. 15
— Coûts du système de santé en Suisse	p. 19
— Hôpital multisites : prolongement logique de la planification	p. 30
Chapitre IV Évolution de quelques indicateurs médicaux, hospitaliers et médico-sociaux, 1950, 1965, 1990, 1997 Comparaison avec la Suisse et des cantons	p. 33
— Tableau : Indicateurs hospitaliers en soins généraux : Valais, 1950, 1965, 1990 et 1997	p. 38
Chapitre V Indicateurs sur la situation récente en Valais. Le réseau de santé et les coûts. Comparaison avec la Suisse et des cantons	p. 49
— Charges d'exploitation de l'ensemble des hôpitaux et EMS	p. 59
— Aide et soins à domicile	p. 62
Chapitre VI Les comptes du système de santé en Valais, 1996. Comparaisons avec la Suisse et des pays de l'OCDE	p. 65
— Tableau : Canton du Valais : comptes du système de santé	p. 68
— Quotes-parts santé/revenu cantonal - national	p. 71
Chapitre VII Hospitalisation et hébergement dans la région de Sierre, Sion et Martigny. Situation en 1997. Flux. Courbes de sorties. Taux selon le sexe et des groupes d'âges.	p. 77
— Etablissements de soins aigus	p. 81
— Postes de travail	p. 84
— Tableaux hôpitaux généraux de soins aigus de Sierre,	

Sion et Martigny, selon le sexe et des groupes d'âges. Sorties, journées.	p.	89
— Figures : Taux d'hospitalisation, durée de séjour et journées par an et par habitant, selon des groupes d'âges.	p.	91
— Les services et les établissements de gériatrie et de psychogériatrie. CVP. Malévoz	p.	94
— Établissements médico-sociaux et personnes hébergées en 1997 - 1998	p.	98
— Figures : EMS de la région Sierre, Sion et Martigny en 1997	p.	101
— Charges d'exploitation des hôpitaux de Sierre, Sion et Martigny — ainsi que de Ste-Claire et Gravelone	p.	103
— Figures : Charges d'exploitation, sorties et journées, 1990 - 1997	p.	106
— Courbes de sorties selon le sexe et des groupes d'âges	p.	107

Chapitre VIII

Recours aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux selon des groupes d'âges.

Région de Sierre, Sion et Martigny, 1997

— Tableau : Personnes hospitalisées et hébergées en moyenne journalière, selon quelques groupes d'âges	p.	111
— Tableau : Journées d'hospitalisation et d'hébergement médico-social par habitant, selon quelques groupes d'âges	p.	114
— Figures : Taux de « morbidité » (jours par habitant en 1997)	p.	117
— Figure : Taux d'hébergement médico-social	p.	120
	p.	123

Chapitre IX

L'introduction des forfaits par sortie et par service hospitalier en 1998 et les revues d'hospitalisation en Valais

— Sorties et journées de malades 1997 - 1998. Effets...	p.	129
— Soins semi-hospitaliers	p.	133
— Revues d'hospitalisation. Les journées dites inappropriées ou inadéquates	p.	136
— Tableau : Revues d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux, de 1996 à 1998. Les causes	p.	137
	p.	142

Chapitre X

Perspectives démographiques et tendances lourdes conditionnant l'évolution future

— Figures : perspectives démographiques	p.	147
	p.	152

— Vieillissement de la population	p.	153
— Perspectives du nombre de médecins libres praticiens	p.	155
— De l'hospitalier vers le médico-social	p.	160
— Évolution économique. Indispensable maîtrise des coûts	p.	163
— Le Centre hospitalier rhodanien	p.	164
— En guise de conclusion	p.	168

Annexe : Glossaire et mode de calcul de divers indicateurs	p.	169
---	----	-----