



Masterplan pour une réponse à la pénurie médicale ambulatoire

Vers une approche intégrée des soins dans le Canton du Valais

Version 4.2

Préambule :

Ce document restera évolutif et intégrera, dans ses versions successives, les éléments de discussions continues avec les partenaires concernés. Il a pour ambition de guider les développements nécessaires dans la médecine ambulatoire de façon itérative et progressive ces prochaines années. Si les besoins les plus aigus de la population concernent la médecine de premier recours, certains projets peuvent avoir un effet également sur d'autres spécialités et d'autres institutions, de soins aigus et de soins chroniques.

Le document comprend trois sections. Une première: constat, vision et objectifs pour le développement de la médecine ambulatoire ; une deuxième : projets de développements ; et une troisième concerne l'organisation globale du masterplan.

Cette version prend en compte et développe les derniers échanges avec plusieurs membres de la Société médicale du Valais (SMVS), de son Comité, du Groupement des médecins du Valais romands, de Médecins de Familles (MFE) et une discussion avec la direction de l'Hôpital du Valais (HVS), partie romande et partie haut-valaisanne, de février 2023. Nous les remercions vivement pour leurs contributions.

Ce Masterplan répond également à la récente pétition de la SMVS* pour ce qui concerne des points de compétence cantonale.

Section 1 : Constat, vision et objectifs

Une pénurie globale et des facteurs aggravants : démographiques, sociétaux, fonctionnels

Comme de nombreux autres cantons de Suisse, le Valais est confronté à un problème de relève et de pénurie globale en ressources humaines, dans le domaine médical et paramédical. Ce problème est particulièrement aigu concernant les différentes compétences nécessaires dans les soins ambulatoires, notamment pour les médecins de premier recours.

Plusieurs facteurs sont responsables de ce problème, notamment l'évolution des besoins de la population (évolution démographique et des modes de vie, maladies chroniques, exigences de la population, accès à une information non-validée, numérisation de la société) et les modifications structurelles de l'offre de prestations (technicité des soins, systèmes d'information hétérogènes entre partenaires, modes de financement, aspiration de vie des professionnels de la santé). La fragmentation dans le domaine des soins, avec un cloisonnement des systèmes sanitaires résidentiels (aigus et chroniques) et ambulatoires, rend en outre difficile la mise en place de prises en charges efficaces et « fluides » pour le

* Pétition pour des soins ambulatoires de qualité pour tous. Pétition adressée au Grand Conseil et au Conseil d'Etat du Valais. SMVS, février 2023.

patient. Par ailleurs, on constate comme effet collatéral que les différentes étapes de prise en charge sont parfois mal coordonnées. La perte d'information conduit à des investigations diagnostiques et des traitements multiples et redondants, et finalement à des réadmissions hospitalières. Tout ceci a des conséquences négatives sur la sécurité des patients, la qualité des soins et l'efficacité des prestations. Plusieurs études ont en effet montré que cette surconsommation de soins peut avoir des effets secondaires importants chez les patients et représente un coût non négligeable.

Dans le même temps, des évolutions récentes viennent compliquer et ralentir le fonctionnement des médecins installés, comme les impératifs administratifs dans les collaborations interprofessionnelles, les exigences liées à la digitalisation et à la cybersécurité, l'accès aux formations pour les médecins et le personnel paramédical, la reconnaissance de certaines prestations qui peuvent être réalisées par d'autres professionnels que les médecins (assistantes médicales, infirmières de pratique avancées). Un potentiel peu ou sous-exploité d'amélioration réside dans les collaborations avec les assureurs, ou avec d'importants partenaires comme les communes ou les structures sanitaires extra-hospitalières, sans parler de l'interface hôpital-médecin traitant. L'attractivité du Valais pour l'installation de nouveaux médecins est également mise à mal en raison de la valeur basse du point Tarmed.

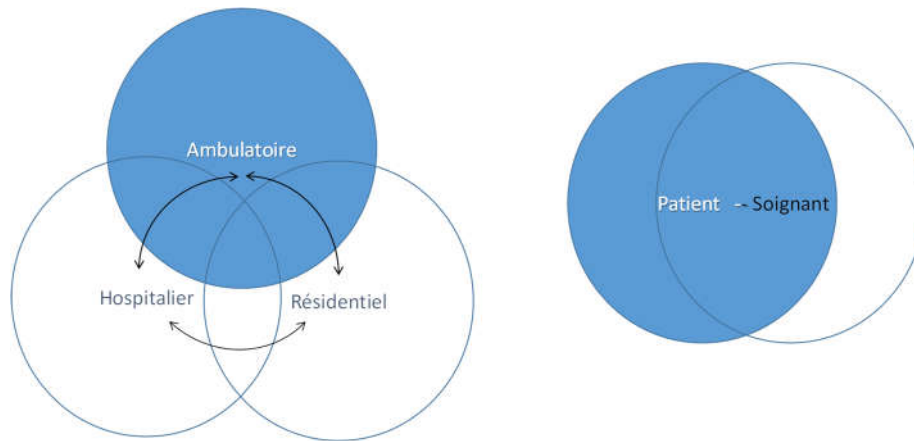
En conséquence, les besoins dépassent l'offre de soins ambulatoires disponibles, particulièrement en médecine de premier recours. Ce constat, qui touche en premier lieu les régions excentrées, concerne de plus en plus les régions urbaines et périurbaines, qui reporte une partie des patients vers les urgences des hôpitaux.

Des solutions possibles, innovantes

Une façon d'aborder ce constat multifactoriel est de considérer le parcours du patient : quels sont ses besoins prioritaires, quel soignant rencontre-t-il, qui travaille où, avec qui, et comment.

Les patients avec des besoins complexes, de plus en plus nombreux, tels que les patients polymorbides, comprenant souvent une problématique psycho-sociale, nécessitent une prise en charge incluant une continuité dans les soins et une coordination entre les différents professionnels et les différentes institutions (interopérabilité des compétences, des responsabilités et des informations). Cette situation met en lumière la nécessité de la mise en place de nouveaux modèles de soins et de suivis. Ces innovations doivent également permettre d'améliorer les conditions de travail et d'augmenter l'attractivité de ces professions.

Des solutions possibles pour faire face à cette pénurie existent : l'une centrée sur l'organisation de l'offre, l'autre sur les interactions patient-soignant, dans leurs complexités, et leurs complémentarités. En effet, la pénurie de médecins de premiers recours n'est pas un problème isolé et ne peut être résolue uniquement par l'augmentation du nombre de médecins. Cette situation complexe nécessite la mise en place d'un ensemble de solutions qui mèneront à une évolution dans la manière d'organiser les soins dans la communauté. C'est pourquoi le terme de soins communautaires peut compléter celui de médecine ambulatoire, pour inclure l'ensemble du système sanitaire centré sur la communauté.



Un changement de paradigme est à opérer : la prise en charge est jusqu'à présent avant tout axée sur la résolution de problèmes par des moyens médicotecniques de plus en plus importants (*cure*) ; la tendance future est celle du soin global de l'individu et de la relation de soins (*care*). Le *cure* offre aujourd'hui des possibilités qui peuvent entrer en contradiction avec le *care*. La question posée à tous, patients et soignants, est : tout ce qui est possible dans le *cure* est-il souhaitable dans le *care* ? La réponse à cette question s'élabore dans un processus d'interactions entre patient et soignants.

Il existe un large consensus dans les milieux de la recherche et de la politique en matière de santé sur le fait qu'il est indispensable de resserrer la mise en réseau et la coordination des partenaires dans la prise en charge (fournisseurs de prestations, patients, agents payeurs) afin d'augmenter la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins et pour que le système demeure abordable en terme de coûts.

L'organisation future et le pilotage des soins ambulatoires, communautaires ou stationnaires doit accompagner l'évolution en cours du système de santé, et l'usage de nouveaux outils.

Des modèles de soins innovants ont fait leur preuve pour améliorer la collaboration entre différents groupes professionnels et optimiser la répartition du travail et des compétences grâce à des réseaux bien définis et organisés.

- Le développement de communautés de santé est pratiqué avec succès dans certaines régions, sous la forme de réseaux socio-sanitaires dans le milieu de vie du patient. Celui-ci devient acteur de sa santé et les professionnels de la santé sont autant des conseillers, des accompagnateurs, que des prestataires de soins. Dans ces modèles, l'hôpital n'est pas un acteur séparé, il joue un rôle subsidiaire mais activement relié au domaine de la médecine de premier recours et de la médecine communautaire, via des interactions renforcées et des équipes mobiles par exemple.
- Le développement de la télémédecine et plus largement de la digitalisation, le partage des données (littératie des données), l'amélioration de la formation des professionnels concernés, la mise en œuvre de la transversalité et la nécessité de coordination des acteurs tout au long de la chaîne de soins doit permettre d'optimiser les soins.
- En Suisse, les soins intégrés ont vu le jour avec des cabinets de groupe (HMO) et des réseaux de médecins au début des années 1990. Les modèles de soins intégrés se caractérisent par une collaboration structurée et obligatoire de différents fournisseurs de prestations et professionnels couvrant de bout en bout la chaîne de prestations. Les patientes et patients assument un rôle actif : on leur donne les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible leur maladie et on les associe aux décisions relatives à leur traitement. L'amélioration de la mise en réseau et de la coordination permet de donner une réponse adéquate à une prise en charge de plus en plus fragmentée et cette approche trouve un large consensus dans les milieux de la recherche opérationnelle et de la politique de la santé. Les soins intégrés permettent d'augmenter la qualité, la sécurité et l'efficacité

des soins, et contribuent à ce que le système de santé demeure abordable. Lorsque les informations nécessaires sont partagées par tous les intervenants, la prise en charge est plus efficace. L'amélioration de la coordination et de la mise en réseau a, depuis les premières expériences HMO, été élargie à nombre de fournisseurs de prestations, tels que des hôpitaux, des organisations d'aide et de soins à domicile ou encore les pharmacies. Les soins intégrés pourraient bénéficier d'un potentiel d'optimisation très important.

- L'amélioration des conditions-cadres à l'installation et à la pratique ambulatoire constituent un autre axe de développement possible et d'investissement public. Les cabinets de groupe et un allègement du service de la garde apportent une réponse connue aux contraintes rédhibitoires à l'installation des nouvelles générations de médecins. Un accompagnement aux solutions informatiques faciliterait cette installation. D'autres apports, moins répandus, méritent une attention particulière, comme les infirmières de pratique avancée en cabinet, les assistantes médicales comme coordinatrices de soins ou une coordination socio-sanitaire étendue notamment.
- Le système de garde médicale, en grande difficulté aujourd'hui, que ce soit pour la médecine pédiatrique ou adulte, dans les régions excentrées comme dans les centres urbains, doit être revu. La réponse aux urgences, assumées via une centrale téléphonique de tri, la garde médicale et les services d'urgences médicales hospitalières, ne parviennent plus à suivre la charge de consultations demandées par la population. D'autres systèmes existent et peuvent être étudiés ou développés à courte ou moyenne échéance dans le canton : maisons de la garde (adultes et pédiatriques), délégations de certaines situations (à domicile ou intra-muros) à du personnel infirmier formé spécifiquement, recours à la télémédecine dans certains cas.

Des évolutions telles que mentionnées ci-dessus ne peuvent être simplement décidées par décret mais doivent faire partie d'un processus continu et au long cours. D'une part, le fait qu'il existe une répartition des compétences entre communes, cantons et confédération, que le domaine ambulatoire relève du secteur privé doté d'un système de paiement à l'acte, représentent des éléments qui rendent la mise en œuvre de nouveaux modèles organisationnels à l'échelle d'un canton ou du pays très complexe. D'autre part, il s'agit de faire évoluer des représentations chez les professionnels, certaines pratiques, et des périmètres d'actions respectifs. Il est important, non seulement pour limiter les coûts, mais aussi pour valoriser les structures existantes, de construire à partir de ce qui existe déjà. En plus, lors du processus de développement et de la mise en œuvre des projets, il faut s'appuyer aussi sur un ensemble de partenaires et leurs possibles contributions, permettant ainsi d'élargir leur capacité d'agir. Et les concepts de soins devront être autant considérés à l'avenir sous l'angle des avantages pour les patients que sous l'angle du bénéfice en termes de coûts.

Des contraintes imposées aux cantons, à propos desquelles ceux-ci n'ont qu'une marge de manœuvre très limitée, comme les modifications de la législation fédérale relatives aux autorisations de pratiquer, la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations de santé, ou encore la valeur du point Tarmed, sont indéniablement des exigences à prendre en compte dans la planification actuelle et future du système de santé.

Enfin et pour rappel, les bases légales cantonales (art. 12 al. 2 de la Loi sur la santé) prévoient que le canton et les communes veillent à la couverture des besoins de la population en soins de base ambulatoires. Il s'agit ainsi d'une responsabilité partagée entre autorités, institutions, et prestataires de soins.

Le projet d'établir un Masterplan pour les soins ambulatoires dans le canton du Valais s'inscrit dans ce contexte.

Il fait suite au postulat 2020.12.415 déposé au Grand Conseil à la demande de la Société médicale valaisanne.

Vision – objectifs

Les habitants du canton du Valais, ainsi que ses hôtes, accèdent équitablement à des soins médicaux ambulatoires de qualité, dans un délai et une distance raisonnables, et à un coût supportable, quel que soit l'endroit où ils habitent, travaillent ou effectuent leurs activités. Leur prise en charge est garantie par un réseau d'acteurs et de services qui coopèrent afin d'assurer des soins et une prise en charge optimale.

Les analyses et les solutions envisagées doivent tenir compte des contextes et des réalités locales. Il s'agit au minimum d'observer les trois régions du canton (Haut-Valais, Valais central et Bas-Valais) et d'identifier spécifiquement les différentes zones (urbaines, péri-urbaines et vallées) dans chacune de ces régions.

Le présent projet, en réponse au constat de pénurie de médecine de premier recours, a pour objectifs généraux de définir une stratégie cantonale pour l'avenir des soins communautaires en Valais, d'identifier des objectifs et mesures spécifiques concrètes, et de proposer une feuille de route pour la mise en œuvre de ces mesures.

Perspective patient / population	Perspective système de santé / soignants
Améliorer l'état de santé de la population <ul style="list-style-type: none">• Garantir l'accès aux soins conforme aux besoins des patients• Les patients, soutenus par les professionnels, sont en mesure de prendre des décisions éclairées en matière de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies	Améliorer la satisfaction des professionnels de la santé <ul style="list-style-type: none">• Instaurer et promouvoir une pratique collaborative et intégrative alliant l'interprofessionnalité, l'interdisciplinarité en incluant le patient comme partenaire• Faciliter la mise en place de conditions-cadres favorables à l'attractivité de l'installation de professionnels de la santé ainsi qu'à la qualité de vie des professionnels de la santé
Améliorer la prise en charge psycho-sociale globale en intégrant tous les partenaires concernés dans la chaîne de prise en charge.	Accompagner la mise en place de structures de santé globale type « maisons de santé »
Améliorer l'expérience du patient en matière de soins <ul style="list-style-type: none">• Les attentes des patients sont au cœur de la prise en charge• La prise en charge médico-soignante repose sur des données scientifiques• L'évolution des pathologies chroniques est anticipée ainsi que la réponse à une partie prévisible de cette évolution	Former ou sensibiliser les professionnels aux pratiques du <i>care</i> , interactives et collaboratives. Former les professionnels au projet de soins anticipés

Section 2 : Projets de développements

Les projets de développements entrent dans cinq catégories, à partir desquelles des projets concrets sont et seront définis. Les projets n'appartiennent pas exclusivement à une catégorie mais peuvent se retrouver à différents titres dans différentes catégories.

Les projets peuvent se trouver à des stades différents de faisabilité (technique, financière, collaborative etc.) Certains sont à explorer, d'autres en phase pilote avancée, en Valais ou ailleurs, ou encore déjà mis en œuvre dans certaines régions mais à étendre selon les possibilités. Le cas échéant, des démarches en cours seront citées sans que de nouvelles interventions soient prévues à ce stade.

Catégories de projets

1. **Pratiques collaboratives interinstitutionnelles et interprofessionnelles**
2. **Conditions cadres**
3. **Organisation de la garde médicale**
4. **Structures de santé globale**
5. **Formation/sensibilisation**

Projets concrets en :

1. **Pratiques collaboratives interinstitutionnelles et interprofessionnelles**

L'objectif est de renforcer ou de créer une collaboration entre des partenaires qui, du fait du système actuel, évoluent séparément. La collaboration augmente les chances d'adhésion au traitement par les patients, diminue les risques d'erreurs dans la prise en charge, renforce l'attractivité des professions et au final, permet des économies financières et de temps dévolu notamment à la réconciliation médicamenteuse.

Exemples :

a) Projets de coordination médecin – pharmacien : des pilotes avancés sont connus

Dans le canton du Valais, où la pro-pharmacie est quasiment inexistante, il est primordial que la collaboration entre les pharmaciens et les médecins soit renforcée. En effet, ces deux groupes professionnels sont complémentaires sur plusieurs points de vue et représentent ensemble un axe central de la prise en charge ambulatoire du patient. Dans des zones où le manque de médecins de premiers recours est aigu, une pharmacie est un partenaire particulièrement important.

Dans un autre domaine de collaboration, un système d'alerte et de suivi de la polymédication entre le médecin et le pharmacien peut permettre de limiter les situations onéreuses et potentiellement dangereuses pour le patient.

*Les **cercles de qualité** « ont remarquablement fait leurs preuves en tant que méthode efficace pour la transformation et amélioration qualitative des soins. » cit. Société suisse de médecine interne générale (SSMIG). De tels cercles au long cours existent et sont connus. Plusieurs professionnels du système de santé s'associent, dans le cadre d'un petit groupe structuré, sous la forme d'un cercle de qualité, afin d'entretenir ensemble un échange d'expériences ouvert, acquérir de nouvelles connaissances et les mettre en œuvre.*

Le SSMIG organise des cours de formation pour des modératrices et modérateurs de cercles de qualité.

b) **Equipes mobiles** : des pilotes avancés sont connus

L'HVS développe actuellement des projets d'équipes mobiles permettant d'accompagner les patients hors hôpital, soit pour un temps court dans la transition entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire, soit dans des domaines plus spécialisés comme les soins palliatifs ou la psychiatrie par exemple.

c) **Projet Emus** : Déployé dans d'autres cantons

Le Département va mettre en place un projet pilote d'urgences sociales avec la collaboration de l'OCVS et du Service de l'action sociale. Ces équipes auront pour mission de prendre en charge des patients présentant des problématiques relevant des urgences sociales qui sont actuellement pris en charge par les urgences pré-hospitalières vitales.

2. Conditions cadres

Le rôle du Service de la santé publique est de rassembler les partenaires concernés, faciliter les conditions cadres pour le fonctionnement des cabinets médicaux, la création de nouvelles structures ou de projets répondant à la demande actuelle en matière de médecine ambulatoire.

Exemples :

a) **Améliorer voire résoudre les problèmes de transmission d'informations patients-médecins traitants** : solutions connues

A plusieurs étapes d'une prise en charge impliquant plusieurs partenaires, des informations critiques se perdent, aboutissant à une perte de temps, à des répétitions d'exams parfois coûteux et un risque pour la sécurité de la prise en charge. Le Dossier Electronique du Patient, le plan de soins ou de médicaments partagés seraient une réponse possible mais qui prennent du temps à devenir opérationnels. Dans l'intervalle, la systématisation de la transmission automatisée d'information de l'hôpital (urgences ou stationnaires) concernant un patient particulier à son médecin traitant serait déjà une amélioration significative.

b) **Soutien à l'implantation ou à la poursuite de projets-pilotes connus comme**

1. *Poursuite du projet pilote : « Regionalen Koordinationsstelle – Hausärztemangel Oberwallis, initié en 2022. Ses objectifs visent en particulier à soulager les médecins installés par une collaboration avec un pool de médecins retraités, à développer les contacts avec les médecins en formation postgrade pour les motiver à s'intéresser et à s'installer dans le Haut-Valais, à déployer une plateforme de coordination /information sous forme internet pour faciliter des installations, à favoriser la collaboration entre communes et médecins.*
2. *l'établissement de **cabinets de groupe** en collaboration avec les communes¹, qui sont les premières concernées par la création de telles structures,*
3. *l'engagement **d'infirmières de pratique avancée** en cabinet,*
4. *l'équipement et l'usage de la **télé médecine***

¹ Cf l'article 12 alinéa 2 de la Loi sur la santé sur les communes : « Elles veillent à une couverture adéquate des besoins de leur population en soins de base ambulatoires. Au besoin, elles prennent, en collaboration avec le canton et les autres communes de la région, des mesures incitatives visant à renforcer l'offre, dans le cadre de la politique sanitaire cantonale et sous réserve des compétences spécifiques du canton ».

Dans l'amélioration des conditions-cadres, des projets peuvent être discutés concernant :

1. **la formation initiale et continue des assistantes médicales et l'emploi d'assistantes médicales de gestion cliniques.** En effet, certains cabinets médicaux étendent le périmètre d'activité de leurs assistantes médicales à la coordination des prises en charge, ce qui fait d'ailleurs partie d'une formation complémentaire des assistantes médicales. La reconnaissance de ces prestations en termes de facturation reste mal défini.
2. **les impératifs de cybersécurité.** Il est particulièrement difficile pour chaque cabinet médical de s'équiper et fonctionner de façon sécurisée dans ce domaine.
3. **la problématique de la gestion des équipements comme le laboratoire ou la radiologie, les contrôles qualités imposés et facturés etc.**

La valeur du point **Tarmed** ne fait pas partie formellement de ce Masterplan, car les travaux et discussions continuent via la SMVS, auprès des assureurs. Toutefois cette question est préoccupante et peut pénaliser l'installation de nouveaux médecins en Valais. Dès lors, des projets expérimentaux LAMal pourraient être discutés, auxquels seraient conviés les médecins et les assureurs, comme il en existe des pilotes ou prototypes dans d'autres cantons. La rémunération du médecin pourrait ne pas seulement être fixée par rapport à son « efficacité », en analysant son chiffre d'affaire ou le nombre de patients traités/heure, etc. Elle devrait aussi être évaluée par sa disponibilité, sa réactivité et son rôle central dans le système de santé, par exemple par son engagement dans des programmes prévention (projets obésité, ostéoporose, diabète, cancer du côlon, etc.)

3. Organisation de la garde médicale

Actuellement, l'importante sollicitation des médecins astreints à la garde et la surcharge chronique des urgences hospitalières nécessitent une refonte de l'organisation de la garde et des urgences. Ce constat est surtout vrai pour le Valais romand, la situation restant sous contrôle dans le Haut-Valais avec les structures et l'organisation existantes.

La garde médicale et le recours aux urgences hospitalières ont un lien direct. Les deux dépendent également d'une réponse téléphonique à l'urgence de qualité (régulation médicale téléphonique), ainsi que d'une bonne information à la population concernant les lieux de soins les plus appropriés selon ses besoins. L'ensemble appelle un concept cohérent de réponse à l'urgence.

Trois démarches en un seul projet sont prévues et en cours de mise en œuvre (dès mi-février 2023) : un développement et une amélioration des prestations de Medi24 ou d'un partenaire équivalent, une maison de garde, une équipe mobile d'intervention rapide la nuit sous forme de projet pilote. Chacune de ces démarches bénéficie d'une expérience connue dans le canton ou dans les cantons voisins. Elles nécessitent une adaptation pour chacune des trois régions de la garde du Valais romand.

- a) *Développement des prestations de Médi24 – ou d'un partenaire équivalent, en étudiant ce qui devrait/pourrait être géré par le canton versus sous-traité à l'extérieur - et identifier les potentiels d'amélioration pour la réponse téléphonique à l'urgence.*
- b) **Maisons de garde.** *La création de structures « para »-hospitalières, sous différentes formes possibles, répondant à des demandes d'urgences non vitales, durant des horaires non-continus (par exemple de 18h00 à 23h00, ainsi que les week-ends et jours fériés), hors des structures hospitalières mais garantissant un accès facilité à ceux-ci (par exemple accolées au bâtiment hospitalier) et gérées par des médecins internistes/généralistes. Exemple : cf. HANOW*

- c) **Equipes mobiles d'intervention rapide (EMIR).** L'EMIR est une équipe d'infirmiers, basés à l'hôpital, dédiés à la réponse à l'urgence, intervenant sur demande du médecin traitant, du médecin de garde de 1er recours, des services d'urgences hospitalières, des EMS, foyers ou institutions, sur mandat des médecins responsables de structures ou de tout professionnel de santé.

Elle a pour caractéristiques de pouvoir s'organiser et se déplacer rapidement auprès des personnes en situation d'urgence non vitale, de mobiliser les ressources du système en faisant preuve d'adaptabilité afin de prodiguer des prestations de soins et d'accompagnement pour toute personne, connue ou pas de l'équipe, dans un délai de 2 heures. Exemple : EMIR liée au HRC

5. Structures de santé globale

La création de structures de santé globale, déjà bien connues, offrant un service de prise en charge médicale et paramédicale de base, notamment dans les régions excentrées, permet de répondre de manière optimale à la pénurie de ces services. Ce type de structure peut s'étoffer et s'adjoindre les services de médecins spécialistes (gynécologues, gériatres, pédo/psychiatre, orthopédistes) et d'autres professionnels de la santé (psychologues, physiothérapeutes, pharmaciens, diététiciens), ainsi que les équipements nécessaires (radiologie, laboratoire), pour répondre de manière encore plus globale aux demandes, tout en optimisant les frais par une mutualisation des ressources.

Ces structures sont également particulièrement attractives pour les jeunes médecins.

Elles sont à considérer comme une évolution des cabinets de groupe (cf. supra)

Exemple : Maison de santé de Collombey

6. Formation/sensibilisation

L'encouragement des formations professionnelles, que cela soit dans le cadre de la formation médicale (soutien des programmes de formation des médecins de premier recours) ou paramédicale (instauration en Valais et soutien d'une formation d'infirmier de pratique avancée, discussions sur la formation des assistantes médicales) permet de redistribuer les tâches et responsabilités entre des professions complémentaires.

Exemples :

La constitution récente (février 2023) de la task force que le Conseil d'Etat a mis en place pour l'attractivité de la formation en soins infirmiers va concrètement dans cette direction

La motion qui sera discutée au Grand Conseil en juin prochain permettrait la création d'un poste d'infirmière cantonale qui aurait notamment pour mission de contribuer au pilotage stratégique de la santé publique et de développer une vision du métier des soins infirmiers.

Développer avec la HES la formation d'infirmiers de pratique avancée : pilotes connus

En formation continue, développer la capacité d'élaborer des projets de soins anticipés : pilotes connus

Promouvoir, développer la fonction d'assistante médicale (cf supra): exploratoire, à discuter.

Assistanat en cabinet :

Depuis 2010, le canton subventionne les stages des médecins assistants en cabinet dans le cadre du cursus valaisan de médecine générale.

Ce programme de formation a permis depuis sa création d'assurer la relève médicale avec des médecins de famille de qualité, bien formés, intégrés à notre système de santé et à notre réseau de soins et collaborant activement avec l'Hôpital du Valais.

C'est un moyen éprouvé de stimuler de jeunes médecins à se former et à s'installer dans notre canton. Ces médecins sont non seulement bien formés mais ont tissés des relations personnelles avec les hôpitaux de proximité. Cette meilleure collaboration hôpital/privé renforce les liens entre les différents partenaires du système de santé et améliorera certainement la prise en charge des patients valaisans. Depuis le lancement du programme en 2010, le canton a accordé environ 120 subventions à des médecins assistants.

Section 3 : Organisation globale du Masterplan.

Sous la conduite d'un COPIL, des projets sont identifiés, priorisés et mis en œuvre en nombre limité.

Chaque projet comprend un chef de projet, un plan d'action et des partenariats

Certaines dimensions sont transversales à chaque projet : financement, cadre juridique, indicateurs, etc.

Phases

Nota bene : Selon les priorités et l'actualité, certains projets sont d'ores et déjà mis en œuvre (par exemple : organisation de la garde).

	Quoi	Qui	Délai
1.	Présentation/discussion et validation du projet (sélection des priorités) = Kickoff	Copil (défini plus bas)	30 mars 2023
2.	Journée de séminaire : Constats, enjeux, expériences, priorisation projets	Copil + partenaires + Chef du DSSC	Juin 2023
3.	Déclinaison de la mise en œuvre de projets prioritaires et décision d'engagement politique	Copil + Chef du DSSC	31 août 2023
4.	Début de mise en œuvre de projets prioritaires	Copil + chefs de projets + partenaires spéc.	Automne 2023
5.	Journée de présentations / discussions « tout publics » type Assises	Copil + chefs de projets + partenaires spéc. + Chef DSSC	Automne 2023 ou printemps 2024
6.	Suivi des projets	Idem	2024 et ss.

1.1 Présentation/discussion et validation du projet

Ce document du Masterplan est mis en circulation. Le copil prendra connaissance des réactions/commentaires/proposition. D'ici au 30 mars, une sélection des projets les plus urgents, prioritaires, faisables et maîtrisables sous l'angle de l'efficacité sera effectuée par le COPIL et formalisé par une décision du Chef du DSSC.

1.2 Journée de séminaire : Constats, enjeux, expériences, priorisation projets

L'organisation d'une journée de séminaire a pour but d'échanger et de discuter ensemble notamment autour des constats et besoins actuels en matière de soins dans la communauté, des différentes hypothèses de travail, des pistes/projets à privilégier, de leur faisabilité ; elle permettra de débiter concrètement l'avant-projet. Un document à part décrit l'organisation de ce séminaire.

Chaque projet retenu sera présenté et discuté par et avec des professionnels en charge de celui-ci, venant soit du canton du Valais, soit d'un autre canton si le projet est implémenté ou pilote ailleurs.

Durant ce séminaire, ou à la suite de celui-ci, chaque groupe de projet propose un document de synthèse, comprenant notamment un état des lieux et une description précise de la problématique, des pistes de solutions au travers de recherches de littérature, de visites de sites et de solutions intéressantes existant en Suisse et à l'étranger, ainsi qu'un cahier des charges, un agenda du projet et une approche des coûts et financements pour les démarches qui en nécessitent.

Cette phase se termine par la rédaction d'un rapport d'analyse validé par le Conseil d'Etat.

1.3 Déclinaison de la mise en œuvre de projets prioritaires et décision d'engagement politique

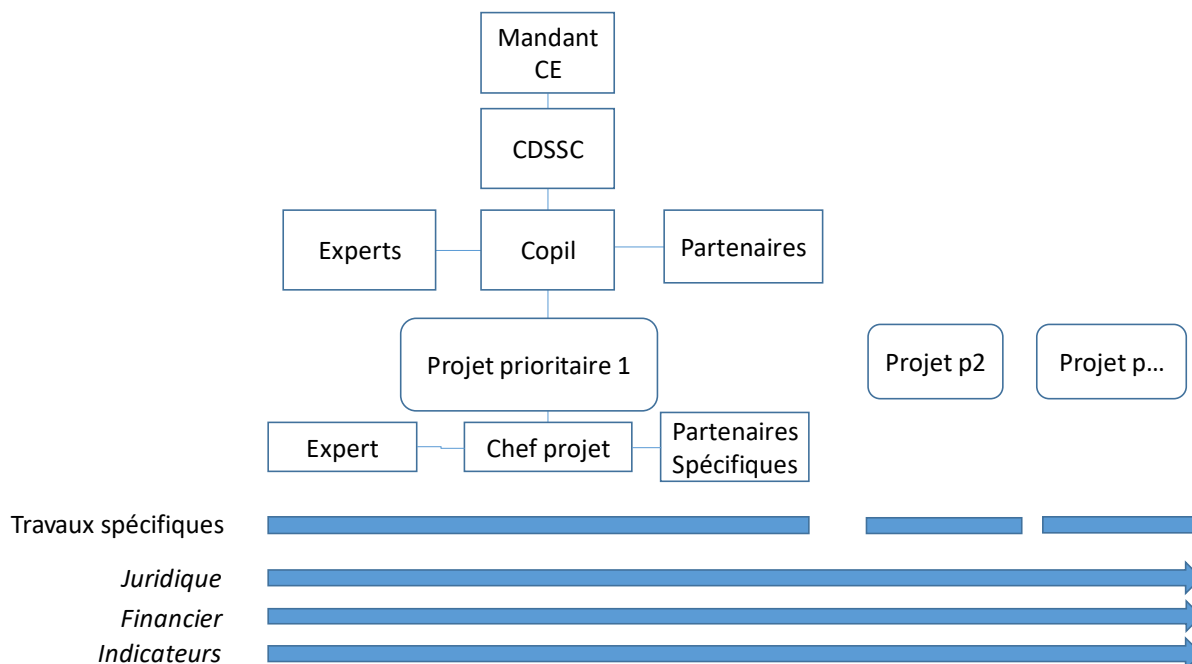
Sur la base du rapport du Comité de pilotage, le chef du DSSC décide de la présentation au mandant. Le Mandant valide la feuille de route et le plan financier.

1.4 Début de mise en œuvre de projets prioritaires

1.5 Suivi des projets

Le Comité de pilotage, sous le contrôle du chef du DSSC, supervise les projets conduits par les groupes spécifiques. L'efficacité des projets pilotes doit être évaluée. Cette évaluation doit être planifiée et organisée dès le début du processus, soit dès l'initialisation de ces derniers. Cette tâche doit dans la mesure du possible être réalisée par un institut « neutre » non impliqué dans le projet, interne ou externe au canton. Elle pourrait être soutenue par la fondation Infrastructure de Recherche Interinstitutionnelle sur les Services de Santé (IRISS) dont le DSSC fait partie. Sur la base des résultats des évaluations, les projets ayant démontré leur efficacité et les projets les plus prometteurs sont sélectionnés. Les conditions de leur pérennisation sont mises en œuvre.

2 Organigramme de projet



2.1 Mandant

Le mandant est le Conseil d'Etat du canton du Valais.

2.2 Chef du DSSC

Le chef du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture est le représentant du Mandant. Il supervise le Comité de pilotage et bénéficie des conseils et des préavis des experts et des partenaires.

Il informe régulièrement le Conseil d'Etat sur l'avancement du projet.

2.3 Comité de pilotage

Le Comité de pilotage conduit le projet sur le plan opérationnel. Il est composé au minimum :

- du médecin cantonal (président)
- de la cheffe du SSP
- d'un.e représentant.e de la SMVS
- d'un.e représentant.e de MFE
- d'un.e représentant.e du domaine hospitalier

La composition du Comité de pilotage élargi, modulable, est à discuter.

Le Comité de pilotage s'adjoit les compétences d'experts dans les secteurs de la médecine et des soins de première ligne. Il peut faire appel à des mandataires externes ainsi qu'à des soutiens d'institutions partenaires (OVS, Obsan, Unisanté, etc.).

Le Chef d'un projet fait partie du comité de pilotage avec voix consultative. Il organise la réalisation du projet, coordonne le travail des Groupes de travail, prépare les documents et organise les différentes séances en collaboration avec le président.

Le Président du Comité de pilotage informe régulièrement le chef du DSSC de l'avancement du projet et des éventuels problèmes, retards ou autres événements.

2.4 Organisation opérationnelle

Les projets prioritaires sont définis par le Comité de pilotage, en accord avec l'agenda politique notamment. Chaque projet prioritaire est géré par un chef de projet, qui s'adjoit les services d'experts et de partenaires spécifiques en fonction de la thématique. Les projets prioritaires fonctionnent de manière indépendante, mais des compte-rendu sont faits régulièrement au Copil, notamment lors de rencontres entre le Copil et des représentants de tous les groupes de projets prioritaires (Copil élargi). Les membres de chaque groupe de projet prioritaire se rencontrent selon les besoins du projet.

3 Partenaires spécifiques

Les partenaires spécifiques des projets prioritaires sont notamment les représentants des autorités cantonales et communales, des prestataires de santé institutionnels et individuels, des organismes financeurs ou de la société civile. Ces représentants sont intégrés à différents titres et moments dans le pilotage et le suivi des projets concrets qui seront choisis et mis en œuvre.

Les questions traitées concernent principalement le secteur de la santé mais également d'autres politiques publiques dans le secteur social, le tourisme, le développement territorial, etc.

Les parties suivantes (présentées sans ordre hiérarchique, liste non exhaustive) sont de près ou de loin concernées par le projet :

DSSC/SSP	SVMS	Communes
Villes	ASI	SAS
Service d'urbanisme	Secteur touristique	Associations de patients
Pro senectute	Hôpitaux (gériatrie, urgences)	OSAD
Projet Reformer	EMS	OCVS
Laboratoires	Pharmacies et PharmaValais	SECOSS
SUVA	Structures intermédiaires	Assureurs-maladie
ARAM	HES et Universités	CMS
Syndicats	OVS	<i>Autres selon décision COPIL</i>

4 Moyens

Les moyens suivants nécessaires au déroulement du projet durant la phase d'initialisation (fin 2023) sont prévus pour chaque projet prioritaire :

- Un chef de projet
- Un soutien administratif, scientifique et juridique fourni par le SSP
- Un soutien académique obtenu auprès d'Unisanté
- Un soutien statistique fourni par l'OVS et l'Obsan
- Le défraiement des experts et des participants aux groupes de travail est arrêté par le département.

Les moyens financiers et les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des projets pilotes sont définis au terme de la phase de préparation, soit à la fin du 2^{ème} semestre 2023.

5 Information – Communication (IC)

Une IC aux professionnels de la santé peut utilement contribuer à faire connaître l'attractivité du Valais pour différentes professions de la santé, à l'instar de la démarche haut-valaisanne de rencontre avec les médecins en formation.

Un projet d'une telle importance pour l'avenir du paysage sanitaire du canton doit faire l'objet d'une communication professionnelle et être ciblée sur les réalisations dans le but d'informer et de faciliter l'adhésion de la population valaisanne aux démarches en cours. L'évolution des structures de soins, de leurs prestations, nécessite une information à la population afin qu'elle identifie clairement les lieux et types de soins.

Des points d'informations communs Canton-Communes-SMVS-HVS sont à prévoir lors des phases clés du projet.

Des Assises de la santé seraient également de nature à fédérer les débats entre professionnels – institutions – autorités et population.

Dre Morgane Jotterand
Dr Cédric Dessimoz
Dr Eric Masserey
Office du Médecin Cantonal

Sion, le 01 mars 2023